

# Vårdval Halland -rapport

+ suomenkielinen tiivistelmä

Minna Tuominen-Thuesen

Päiväys 13.09.2010

# Sisällysluettelo

<b>Sisällysluettelo.....</b>	<b>2</b>
<b>1 KPMGs uppdrag.....</b>	<b>4</b>
1,1 Bakgrund till uppdraget.....	4
1,2 Arbetssätt och avgränsning.....	4
1,3 Begrepp.....	5
<b>2 Bakgrund.....</b>	<b>6</b>
2,1 Vårdval Halland i korthet.....	6
2,2 Ansvarfördelning för hälso- och sjukvård i Sverige.....	6
2,3 Ansvar för förebyggande vård i Sverige.....	7
2,4 Vårdvalssystem.....	8
2,5 Hallands län och Landstinget Halland.....	9
2,6 Beslutet att införa Vårdval Halland.....	9
<b>3 Modellen.....</b>	<b>10</b>
3,1 Modellens mål.....	10
3,2 Invånaren.....	11
3,2,1 Val av vårdenhet.....	11
3,2,2 Byte av vårdenhet .....	12
3,2,3 Information om Vårdval Halland .....	12
3,3 Certifiering av vårdenheten.....	13
3,3,1 Hälso- och sjukvårdsåtagandet.....	13
3,3,2 Samhällsmedicinskt ansvar.....	14
3,3,3 Organisatoriska krav.....	14
3,3,4 Särskilda uppdrag.....	15
3,3,5 Ansökningsprocess.....	15
3,4 Landstingets mål och dess uppföljning.....	16
3,5 Ersättningssystem .....	24
3,5,1Kapitationsersättning.....	24
3,5,2 Rörlig ersättning.....	25
3,5,3 Betalningsansvar.....	27
3,6 Måluppföljning och resultat 2009.....	28
<b>4 Effekter av Vårdval Halland.....</b>	<b>33</b>
4,1 Uppföljningssystemets effektivitet .....	34
4,2 Utveckling av hälsa och service .....	34
4,3 Utveckling av närsjukvårdsmarknaden.....	36
4,4 Invånarnas val.....	37
4,5 Ersättningssystem och vårdenheternas ekonomi.....	38
4,6 Landstingets ekonomi för närsjukvården.....	40
4,7 Landstingets roll som finansiär och utförare .....	40
4,8 Personal och kompetens .....	41
4,9 Likheter och skillnader Vårdval Halland och Vårdval Stockholm.....	41
<b>5 Utvecklingsmöjligheter för Vårdval Halland .....</b>	<b>43</b>

<b>6 Sammandrag.....</b>	<b>45</b>
<b>Appendix.....</b>	<b>46</b>
Publicerat material.....	46
Intervjuer och avstämningar.....	47
<b>Vårdval-Halland - suomenkielinen tiivistelmä.....</b>	<b>48</b>
<b>1 Taustaa.....</b>	<b>49</b>
Vårdval Halland lyhyesti.....	49
Vastuunjako terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa.....	50
Vastuu ennaltaehkäisevästä hoidosta .....	50
Vårdval -järjestelmä yleisesti.....	50
Hallandin lääni ja Hallandin maakäräjät.....	51
Päätös Vårdval Hallandin toteuttamisesta.....	51
<b>2 Vårdval -järjestelmä.....</b>	<b>51</b>
Järjestelmän tavoitteet .....	51
Asukkaat.....	52
Hoitoyksikön hyväksyminen vårdval -järjestelmään.....	53
Maakäräjien asettamat tavoitteet ja niiden seuranta.....	53
Korvausjärjestelmä.....	55
Kapitaatiokorvaus.....	55
Vaihtuva korvaus.....	55
Vårdval -järjestelmän vuoden 2009 tavoitteita ja seurannan tuloksia.....	56
<b>3 Vårdval Hallandin vaikutuksia.....</b>	<b>58</b>
Seurantajärjestelmän tehokkuus.....	58
Terveiden ja palvelujen kehittäminen.....	59
Markkinoiden kehittyminen.....	59
Maakunnan palvelun tuottajien valinta.....	59
Korvausjärjestelmä ja hoitoyksiköiden talous.....	60
Maakäräjien rooli palvelujen tilaajana ja tuottajana.....	60
Vårdval Hallandin ja Vårdval Stockholmin (Tukholman malli) vertailua.....	60
<b>4 Hallandin vårdval -järjestelmän kehittämismahdollisuuksia.....</b>	<b>62</b>

# 1 KPMGs uppdrag

## 1,1 Bakgrund till uppdraget

KPMG AB har av KPMG Offentliga Tjänster AB i Finland fått i uppdrag att beskriva vårdvalsmodellen Vårdval Halland som en del i ett större uppdrag för Sitra, Finnish Innovation Fund. Beskrivningen utgår från ett antal frågor som har framarbetats av KPMG Finland, dessa frågor i sin helhet i bilagorna. Huvudsakligen önskade KPMG Finland en rapport som fokuserade på:

- Hur finansierar man hälsovården i Landstinget Halland?
- Vilka är grundprinciperna och förutsättningarna för ett fungerande system?
- Hur fungerar vårdvalet i praktiken?
- Vilka är resultaten av vårdvalssystemet?
- Hur kan systemet utvecklas framöver?

## 1,2 Arbetssätt och avgränsning

För att besvara frågeställningarna har KPMG AB använt publicerat material samt kompletterat med intervjuer. I utarbetandet av denna rapport har våra primära källor varit officiell data och publicerat material om Vårdval Halland samt kompletterande intervjuer. När det gäller kvalitetssäkring har KPMG AB dokumenterat samtliga intervjuer genom minnesanteckning. Utöver ovanstående har KPMG AB även presenterat ett rapportutkast för KPMG Offentliga Tjänster AB där de fått möjlighet att inkomma med synpunkter på de förslag som presenterades. Rapporten har även kontrollerats av en kvalitetssäkrare i enlighet med KPMGs kvalitetspolicy.

Rapporten syftar till att vara underlag till rekommendationer åt Sitra samt inför en kommande studieresa till Halland som arrangeras av KPMG Offentliga Tjänster AB och kan ej användas för andra ändamål. Rapporten är begränsad till att beskriva Vårdval Halland utifrån de frågeställningar som utgör uppdragsbeskrivningen. KPMG AB har, inom ramen för uppdraget, vare sig reviderat eller verifierat den erhållna informationen och tar följaktligen inget ansvar för dess riktighet eller fullständighet. Vår rapport är deskriptiv i sitt slag och innehåller därmed ingen rekommendation rörande hur Sitra ska använda sig av informationen i rapporten.

Vårt arbete påbörjades den 22 april 2010 och avslutades den 23 juni 2010. Vi har inte åtagit oss att uppdatera vår rapport för händelser som inträffar efter detta datum.

## 1,3 Begrepp

I det här stycket listas några av de begrepp som vi använder i rapporten i syfte att ge en inledande förklaring till deras betydelse.

- Vårdval - i vissa landsting kallat Hälsoval, syftar till ett vårdvalssystem som ger invånarna i ett landsting rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller kraven som respektive landsting beslutat om i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

- Primärvård - hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser

- Specialistvård - hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård

- Öppenvård - hälso- och sjukvård som inte är slutenvård eller hemsjukvård

- Närsjukvård – primärvård med ett utökat åtagande som innebär att även andra specialister än allmänläkare ger vård

- Vårdenhet – läkarmottagning eller bas för en vårdleverantörs verksamhet

- Lagen om offentlig upphandling (LOU) trädde i sin nuvarande form i kraft den 1 januari 2008. Lagen bygger i huvudsak på EG-direktivet om offentlig upphandling. De som omfattas av LOU benämns upphandlande myndigheter och utgörs bland annat av beslutande församlingar i kommuner och landsting.

- Lagen om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft 1 januari 2009 och reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva sina verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.

## 2 Bakgrund

### 2,1 Vårdval Halland i korthet

Vårdval Halland är en modell för att styra närsjukvården som infördes i landstinget Halland 1 januari 2007. Vårdval Halland ger invånaren möjlighet att välja vårdenhet. Invånaren åtar sig genom sitt val att i första hand vända sig till sin vårdenhet vid behov av vård. För att få ingå i Vårdval Halland måste vårdenheten certifieras av landstinget, dvs. uppfylla landstingets krav. Vårdenheten ersätts huvudsakligen genom en ersättning kopplad till antalet invånare som valt enheten, hälso- och sjukvårdspengen. Landstinget betalar ut pengarna till den vårdenhet invånaren valt. Privata och landstingsdrivna vårdenheter ersätts enligt samma regler. För att styra vården i önskad riktning sätter landstinget upp mål för vårdenheterna. Bristande måluppfyllelse kan i vissa fall medföra avdrag på hälso- och sjukvårdspengen.

Målsättningen då Vårdval Halland infördes var bland annat att öka tillgängligheten till primärvården och främja god hälsa i Halland. Servicekvaliteten har i stort förbättrats sedan införandet. Ohälsotalen, ett mått på hälsoläget, har minskat. Det är emellertid svårt att avgöra i vilken utsträckning förbättringen härrör från införandet av Vårdval Halland. Sedan införandet har antalet privata vårdenheter anslutna till Vårdval Halland ökat markant. Den mest påtagliga förändringen skedde mellan 2006 och 2007. 2006 fanns 12 privata och 25 landstingsdrivna vårdenheter medan det 2007 fanns 20 privata enheter samtidigt som antalet landstingsdrivna var oförändrat. Idag finns 24 landstingsdrivna och 23 privata vårdenheter.

### 2,2 Ansvarfördelning för hälso- och sjukvård i Sverige

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan stat, landsting och kommun. Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras vad som är landstingens respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården fokuserar främst på barn, unga, äldre, missbrukare och personer med funktionshandikapp. Kommuner skall även sörja för färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård. Kommunerna ansvarar också för skolhälsovården samt för boende, sysselsättning och stöd till personer med psykiska funktionshinder. Landstingen ansvarar för övrig hälso- och sjukvård där vården skall erbjudas de som är bosatta inom landstinget. Även tandvård för kommuninvånarna upp till 20 år är landstingens obligatoriska ansvar. Landstingen ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Viss hälso- och sjukvård inom landstingen samordnas med landet som upptagningsområde (så kallad rikssjukvård) och beslutas av Socialstyrelsen. Lagen är utformad så att den ger landstingen och kommunerna stor frihet när det gäller hur den egna hälso- och sjukvården ska organiseras.

I Sverige finns det 18 landsting och 2 regioner med ansvar för uppgifter som är gemensamma för stora geografiska områden och som ofta kräver stora resurser. Regionerna är landsting med ett utökat regionalt utvecklingsansvar. Landstingens viktigaste uppgift är hälso- och sjukvården. Staten, landstingen och kommunerna har rätt att beskatta sina invånare för att finansiera hälso- och sjukvården. Landstingens verksamhet finansieras till största delen av landstingsskatten. Varje landsting beslutar själva över hur stor landstingsskatten ska vara och hur den ska fördelas. Regeringen bidrar med generella statsbidrag till landstingens hälso- och sjukvård. Dessutom riktar den särskilda medel till landstingen för att öka tillgängligheten i vården och till läkemedelsförmånerna. Därutöver får landstingen inkomster från patientavgifter och försäljning av tjänster. Skattesatsen i landstinget Halland har under perioden 2007 till 2010 legat konstant på 9,72 procent. Halland är således det landsting i Sverige som haft den i genomsnitt lägsta skattesatsen under perioden. Den genomsnittliga skattesatsen i samtliga landsting har under motsvarande period ökat från 10,84 till 10,87 procent. År 2005 gick cirka 90 procent av landstingens budget till hälso- och sjukvård samt tandvård.

Den svenska socialförsäkringen administreras av Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten som står under Socialdepartementet. Socialförsäkringen gäller i stort sett alla som bor eller arbetar i Sverige. Försäkringskassan är den myndighet som ansvarar för att utreda, besluta om och betala ut bidrag och ersättningar i socialförsäkringen. I socialförsäkringen ingår försäkringar och bidrag till barnfamiljer, till sjuka och till personer med funktionsnedsättning.

## 2,3 Ansvar för förebyggande vård i Sverige

Statens Folkhälsoinstitutet har det övergripande nationella ansvaret för att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Folkhälsoinstitutet ansvarar för övergripande uppföljning av utvecklingen av bestämningsfaktorer för folkhälsan, det vill säga de enskilda faktorer som påverkar folkhälsan, och utvärdering av insatser inom folkhälsopolitikens målområden. Institutet har i uppdrag att vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier för folkhälsoarbete och ansvarar för tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena samt området hälsofarliga varor.

En viktig del i Folkhälsoinstitutets arbete är att utveckla kunskaps- och metodstöd för det lokala och regionala folkhälsoarbetet. Institutet verkar för att sprida kunskapen om och tillämpningen av effektiva och kunskapsbaserade metoder och verktyg hos kommuner, landsting, länsstyrelser och frivilligorganisationer. Kunskapsförmedlingen sker främst genom institutets hemsida men för att vidareutveckla formerna för samspel på den regionala nivån har ett närmare samarbete inletts med ett antal pilotregioner/-län, däribland Västra Götalandsregionen och Region Skåne. För båda regionerna syftar samarbetet med Folkhälsoinstitutet bland annat till att synliggöra folkhälsofrågor ur ett regionalt utvecklings- och tillväxtperspektiv.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) fastställs att landstingen har ett ansvar för förebyggande arbete som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser

eller annan särskild kompetens. Landstinget Halland anger på sin hemsida att de erbjuder förebyggande vård för exempelvis rökavvänjning eller viktnedgång.

## 2,4 Vårdvalssystem

Vårdvalssystemet är ett system som började tillämpas i början av 1990-talet i ett antal kommuner och landsting. I vårdvalssystemet ges den enskilda rätt att välja utförare bland de leverantörer av vård som en myndighet godkänt (vårdcentraler, sjukhus, privata läkarmottagningar etc.) Invånarnas val får heller inte begränsas till ett visst geografiskt område inom ett landsting. En central del av vårdvalssystemen är ersättningsmekanismen där pengarna följer kunden, dvs. den ekonomiska ersättningen följer den enskildes val och är lika för alla utförare. Valfrihetssystem kan utformas på flera olika sätt där omfattningen och utformningen av systemet skiljer sig åt mellan kommuner och landsting. Det grundläggande syftet med reformen är att stärka patienternas valfrihet, stimulera mångfald och flytta makten från landstinget till patienterna. Syftet med vårdvalssystemen är att ge patienterna möjlighet att välja mellan olika utförare, såväl privata som offentliga. Från politiskt håll eftersträvades en ökad kundanpassning och en större mångfald i vård och omsorg. Genom konkurrens skulle den offentliga produktionen utvecklas och effektiviseras. Patienterna skulle få möjlighet att välja utförare utifrån kvalitetsaspekter och ett differentierat innehåll.

Valfrihetsprincipen skall åtskiljas från urvalsförandet en kommun eller landsting använder sig av när de väljer att konkurrensutsätta vården. Valfrihet kan förekomma även inom verksamheter som inte är konkurrensutsatta. Vid en konkurrensutsättning av vårdsektorn förekommer upphandling i enlighet med Lagen om offentlig upphandling (LOU) eller Lagen om valfrihetssystem (LOV). Vid en tillämpning av LOU godkänner den upphandlande myndigheten en privat aktör via ett upphandlingsförfarande medan en tillämpning av LOV involverar ett urval baserat på ett certifieringsförfarande<sup>1</sup>. En konkurrensutsättning av vårdsektorn genom tillämpning av LOU involverar inte automatiskt valfrihet för patienten. Ett certifieringsförfarande innebär att privata vårdleverantörer kan ansöka om att bli godkända av den ansvariga myndigheten. Om de godkänns (certifieras) har de rätt att bedriva vård inom kommunen respektive landstinget. Den privata aktören behöver därmed ej konkurrera med andra privata aktörer inom en upphandling. Enligt LOV ska systemet utformas så att alla utförare behandlas lika. För vårdgivare innebär detta en möjlighet att etablera sig i primärvården med offentlig finansiering under förutsättning att de uppfyller de krav som ställs i landstingets förfrågningsunderlag.

Från den 1 januari 2010 ska landstingen ha organiserat primärvården så att medborgarna kan välja vårdgivare eller utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Detta ska ske genom att landstingen inför ett vårdvalssystem i enlighet med LOV. Halland införde som första landsting i Sverige ett vårdvalssystem, Vårdval Halland, 1 januari 2007, innan lagen trädde i kraft.

<sup>1</sup> Det finns flera olika begrepp för detta förfarande varav KPMG väljer att använda sig av ordet certifiering. Andra benämningar är auktorisationsförfarande, ackrediteringsförfarande och godkännande.



## 2,5 Hallands län och Landstinget Halland

Hallands län har ca 297 000 invånare fördelade på sex kommuner – Laholm (ca 23 000 invånare), Hylte (ca 10 000 invånare), Halmstad (ca 91 000 invånare), Falkenberg (ca 41 000 invånare), Varberg (ca 57 000 invånare) och Kungsbacka (ca 74 000 invånare). Hallands län är Sveriges sjunde största avseende befolkningens storlek. Länet har betydligt färre invånare än storstadslänen/-regionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland. Befolkningstillväxten har dock under många år varit god i Halland.

Statistik över medellivslängd från Statistiska Centralbyrån (SCB) liksom Försäkringskassans ohälsotal visar att befolkningen i Halland har en god hälsa jämfört med befolkningen i andra landsting. Även sociodemografiska mått visar att invånarna i Hallands län är relativt sett välmående. I Halland finns två akutsjukhus (Halmstad och Varberg), ett närsjukhus (Kungsbacka) och därutöver avtal med ett antal privata specialister. Inom närsjukvården finns idag 47 offentliga och privata vårdvalsenheter kopplade till Vårdval Halland. Jämfört med landet lägger landstinget Halland relativt sett större del av sin budget på primärvård och mindre på specialistvård. Landstinget Halland har ca 7 000 anställda och en total omsättning på ca 6 miljarder kronor. Landstinget har en relativt god ekonomisk situation, även om 2009 innebar ett underskott på 10 mkr. Det ekonomiska resultatet för 2008 var ett underskott på 27 mkr.

## 2,6 Beslutet att införa Vårdval Halland

Enligt landstingsfullmäktiges beslut 2006-04-03 var bakgrunden till Vårdval Halland missnöje med den befintliga primärvården i länet. Det fanns flera olika vårdmodeller i länet. Olika vårdgivare fick olika betalt för samma uppdrag. Dåvarande ersättningsmodeller stödde inte de landstingsövergripande målen och saknade adekvata uppföljningsmått. Åsikten var att dåvarande modeller belönade vårdgivaren för antalet patientbesök istället för den faktiska vårdkvaliteten. Ersättningsmodellerna ansågs inte heller stödja den utveckling som skett mot allt mer kvalificerad vård i patientens närområde. Pågrund av missnöjet med den rådande modellen tillsatte landstinget en arbetsgrupp med uppdrag att lägga fram förslag till ny ersättningsmodell för primärvården/närsjukvården.

## 3 Modellen

### 3,1 Modellens mål

Målsättningen med Vårdval Halland beskrivs i landstingsfullmäktiges beslut 2006-06-12. En central målsättning är att betydligt mer av den öppna vården ska erbjudas nära invånaren – i primärvården. Denna ambition har givit upphov till det vidare begreppet närsjukvård som syftar till strävan att patientens vård så långt det är medicinskt möjligt ska ske i patientens eget närområde. Närsjukvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för invånarna i Halland, med undantag för sådana akuta och planerade tillstånd som kräver sjukhusens resurser. Invånarna ska ha möjlighet att välja vårdenhet. Primärvården ska ge vård med god kvalitet, hög tillgänglighet och kontinuitet. Den ska vara patientens stöd, samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården. All kompetens som finns att tillgå inom primärvården ska används effektivt för att fullfölja dessa åtaganden. De olika yrkeskategorierna ska göra det som de är bäst på och samverka för patientens välfärd.

För att utveckla närsjukvården i önskad riktning har landstinget utformat mål för vårdenheter som deltar i Vårdval Halland. Dessa utgör styrmedel för utvecklingen av närsjukvården i Halland. Målen för 2010 gäller områden:

- tillgänglighet
- täckningsgrad
- samverkan
- säker vård
- medicinsk kvalitet
- vårdens utveckling
- hälsofrämjande arbete
- läkemedelsförskrivning.

Landstingets mål för vårdenheterna inom Vårdval Halland kommer att beskrivas utförligare i senare avsnitt. Målen för Vårdval Halland bör även ses mot bakgrund av landstinget Hallands övergripande mål för hälso- och sjukvårdspolitik. Det yttersta målet med Vårdval Halland är att skapa förutsättningar för närsjukvården att i så stor utsträckning som möjligt bidra till de landstingsövergripande målen.

De beskrivs nedan i korthet:

- God hälsa

- Landstingsfullmäktige vill att hallänningarnas hälsa ständigt ska förbättras.

- Nöjda och engagerade invånare

- Landstingsfullmäktige vill att minst 90 procent av hallänningarna ska vara nöjda med det utbud och den tillgänglighet som landstinget erbjuder.

- God vård

- Minst 90 procent av invånarna ska vara nöjda med kvaliteten i vården.

- Stark ekonomi

- Landstinget ska ha en stark ekonomi på kort och på lång sikt. Utgångspunkten är att varje generation bär sina kostnader.

- Stolta och engagerade medarbetare

- Landstingsfullmäktige vill att medarbetarna är stolta över sitt arbete och över att arbeta inom Landstinget Halland.

## 3,2 Invånaren

Alla personer som är folkbokförda i Halland får möjligheten att välja vilken vårdenhet de vill tillhöra. Detta kallas aktiv listning och utgör grunden i alla vårdvalssystem. I Halland listas även invånare som inte gör ett val, dessa tilldelas en vårdenhet baserat på geografisk närhet eller tidigare vårdkonsumtion. Detta kallas passiv listning. Listningen innebär att invånaren har för avsikt att i första hand vända sig till den valda vårdenheten för sina närsjukvårdsbehov. Listningen innebär även att invånaren medger att landstingets vårdersättning, den så kallade hälso- och sjukvårdspengen, betalas ut till den vårdenhet invånaren är listad på.

### 3,2,1 Val av vårdenhet

För att få välja vårdenhet måste invånaren vara myndig, vårdnadshavaren väljer vårdenhet för omyndiga invånare. För nyfödda väljer vårdnadshavaren vårdenhet vid den första kontakten med barnhälsovården. Val registreras inte i befolkningsregistret. Asylsökande kan inte välja vårdenhet men ska få vård vid behov. Invånaren gör sitt val på en valblankett som ska undertecknas och lämnas till den valda vårdenheten eller skickas till landstingets Vårdvalsservice, en informationsservice upprättad av landstinget i samband med införandet av Vårdval Halland. Den valda vårdenheten ska ta emot invånaren senast inom tre månader efter att valblankett har lämnats in till vårdenheten. Val registreras hos landstinget Halland. Invånaren kan inte nekas sitt val av vårdenhet.

### 3,2,2 Byte av vårdenhet

Byte kan utföras fyra gånger per år. När invånaren vill byta vårdenhet ska valet bekräftas skriftligen på en valblankett. Valblanketten undertecknas av både invånaren och en företrädare för den valda vårdenheten. Den nya vårdenheten ska inom tre månader ta emot invånaren. Ingen information finns i dagsläget tillgänglig om orsaken till byte av vårdenhet inom Vårdval Halland. En rapport av Statskontoret från 2007 anger att det saknas studier som ger tillförlitlig information om hur patienter utnyttjar valmöjlighet i vården. En tidigare genomförd undersökning av KPMG AB visar att landsting generellt har svårigheter att svara hur många patienter som aktivt byter vårdenhet inom vårdvalssystemet. Undersökningen visade även att landstingen inte kan ange varför patienter listat sig hos andra utförare.

### 3,2,3 Information om Vårdval Halland

Innan Vårdval Halland infördes skickade landstinget ett brev till alla folkbokförda i Halland. Brevet informerades om vårdvalet samt innehöll ett förslag till vårdenhet. Förslaget var baserat på geografisk närhet eller tidigare vårdkonsumtion. Invånare som var nöjda med den föreslagna vårdenheten behövde inte göra något alls. Invånare som önskade en annan enhet än den föreslagna skickade efter en valblankett tillgänglig genom landstinget. Valblanketten var inte inkluderad i brevet för att minska onödig administration.

Landstinget genomförde en kommunikationskampanj i syfte att informera invånarna om vårdvalsmodellens utformning i stora drag samt få invånarna att läsa brevet. Att få invånarna att göra ett nytt val var inte ett av målen. Kommunikationskampanjen bestod av tidningsannonser, broschyrer och tv-reklam som informerade om vårdvalet och om att alla invånare snart skulle få ett brev. Specialinformation riktades till vissa målgrupper, däribland äldre och invandrare, genom bland annat äldreboenden och kommunens svenskundervisning för invandrare. Ett led i kommunikationskampanjen var även att upprättandet av en informationsservice, Vårdvalsservice, vilken var avsedd besvara invånarnas frågor om Vårdval Halland. Vårdvalsservice besvarar frågor via telefon och e-post, tjänsten marknadsfördes hårt innan införandet. Månaden innan Vårdval Halland infördes mottogs ungefär 4500 samtal. Antalet samtal avtog emellertid månaderna efter införandet då några hundra samtal inkom per månad. Förutom information till allmänheten informerade landstinget även internt, bland annat till landstingsdrivna vårdenheter, samt till privata vårdaktörer.

Den löpande kommunikationen med invånarna sker i dagsläget främst genom landstinget Hallands hemsida. Så är fallet för de flesta landsting. Landstingets informationsservice, Vårdvalsservice, besvarar även frågor per telefon. Trycksaker finns tillgängliga på vårdenheter och annan hälso- och sjukvårdsverksamhet. Nyinflyttade får ett brev med information om vårdvalet och förslag till vårdenhet.

## 3,3 Certifiering av vårdenheten

För att få ingå i Vårdval Halland ska vårdenheten certifieras, dvs. uppfylla landstingets krav för att bedriva vårdverksamhet. Kraven för att godkännas som vårdleverantör i Vårdval Halland preciseras i beslut av landstingsfullmäktige samt ett förfrågningsunderlag tillgängligt på landstingets hemsida. Landstinget ställer krav på vårdenhetens förmåga att tillhandahålla hälso- och sjukvård samt organisatoriska krav.

### 3,3,1 Hälso- och sjukvårdsåtagandet

Kravet att vårdenheten ska tillgodose invånarna med hälso- och sjukvård beskrivs av landstinget som det mest grundläggande kravet på vårdleverantören inom Vårdval Halland. Kravet innebär att:

- Vårdenheten ska vara ett naturligt förstahandsval för invånarna, såvida dessa inte drabbas av sådana akuta och planerade tillstånd som kräver sjukhusens resurser.

- Vårdenheten ska ge hälso- och sjukvård med god kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet. Den ska också ha en helhetssyn, vilket innebär att beakta de biologiska, psykologiska och sociala faktorer som samverkar vid ohälsa.

- Vårdenheten ska dessutom vara patientens samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården.

Åtagandet omfattar hälso- och sjukvårdstjänster som är riktade till de invånare som valt vårdenheten. Det ska tillgodoses av den valda vårdenheten och dess samverkanspartner. Åtagandets omfattning innebär att vårdenheten ska:

- Ta emot de invånare som väljer vårdenheten snarast och senast inom tre månader.

- Ta emot och bedöma, och utifrån kompetens behandla, akut sjuka och skadade, oavsett om de valt vårdenheten eller inte.

- Ansvara för vård till invånare i enlighet med det samhällsmedicinska ansvaret.

- Ge råd om egenvård och hälsa vid varje patientmöte. Egenvård utgörs av hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra.

- Bedriva barnhälsovård enligt gällande riktlinjer och utifrån barnets och familjens behov. Ge rehabilitering till patienter.

- Ansvara för att bedriva hemsjukvård enligt gällande avtal med Hallands kommuner.

- Erbjud medicinsk service i enlighet med gällande vårdöverenskommelser.

- Utfärda intyg såsom vårdintyg, rättsintyg och dödsbevis, samt i förekommande fall utlåtande till försäkringskassan, samt övriga patientrelaterade intyg.
- Vårdenheten ska ha ett öppethållande som motsvarar invånarnas behov av hälso- och sjukvård. Detta kan innebära deltagande i gemensam kvälls- och helgverksamhet.
- Beredskapstjänstgöring för läkare ska finnas i varje kommun.
- Samverka med sjukhus, psykiatri, habilitering och andra för patienten viktiga aktörer inom exempelvis kommun och försäkringskassa. Habilitering skiljer sig från rehabilitering i att vårdens insatser syftar till att utveckla funktionsförmåga hos patienter med medfödd funktionsnedsättning snarare än återvinna funktionsförmåga hos patienter med förvärvad funktionsnedsättning.
- Handleda vårdpersonal under klinisk utbildning enligt föreskrifter.
- Delta i landstingets övergripande uppföljnings- och förbättringsarbete
- Ha erforderlig kompetens, exempelvis legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildad eller psykologiskt eller psykosocialt utbildad personal.
- Förskriva hjälpmedel enligt upprättade föreskrifter.
- Följa lagar, förordningar, föreskrifter, råd och rekommendationer som gäller för hälso- och sjukvården. Vårdenheten har det medicinska ansvaret för uppdragets genomförande och är underställd Socialstyrelsens tillsyn.

### 3,3,2 Samhällsmedicinskt ansvar

Vårdenheten har ett samhällsmedicinskt ansvar för sitt närområde. Detta ansvar är helt skilt från befolkningens val av vårdenhet. Samhällsmedicinskt ansvar innebär att vårdenheten ska agera vid olika typer av ohälsoutbrott som exempelvis smittsamma sjukdomar och industriutsläpp. Närområdet syftar till det område runt en godkänd vårdenhet som landstinget specificerar. Det samhällsmedicinska ansvaret innebär ett ansvar för personer som uppehåller sig i det geografiska området (turister och fritidsboende) som är i behov av hälso- och sjukvård. Det samhällsmedicinska ansvaret gäller bland annat förskolor, skolor och arbetsplatser. När det gäller skolor och förskolor omfattar det samhällsmedicinska ansvaret barnen som grupp, deras föräldrar samt personalen. Ansvaret innefattar information, stöd och åtgärder. Det samhällsmedicinska ansvaret gäller även hälsoundersökningar av asylsökande. Sådana undersökningar ska erbjudas för att bland annat utesluta, eller som så behövs, behandla en pågående sjukdom och att spåra och förebygga spridning av smittsam sjukdom.

### 3,3,3 Organisatoriska krav

Utöver krav på vårdenhetens förmåga att tillhandahålla hälso- och sjukvård finns även organisatoriska krav. Kraven har olika karaktär vilket gör det svårt att redogöra för dem alla. De består bland annat av krav på ekonomisk stabilitet, teknisk förmåga och personalens kompetens samt krav på att vårdenheten ska följa vårdprogram, lagar och riktlinjer. Därtill finns krav på att vårdenheten ska ha

tillbörliga försäkringar och journalföring samt att nyetablering sker på basis av områdets behov av hälso- och sjukvård. Ett för stort antal vårdenheter inom samma område riskerar utarma kvaliteten på vården då patientunderlaget per enhet blir för litet. Landstinget eftersträvar en spridning av vårdenheter som främjar valfrihet för länets invånare. Kravet på ekonomisk stabilitet innebär att vårdleverantörens likviditet ska överstiga 1,0 och soliditeten (eget kapital/totalt kapital) inte ska understiga 15 procent. Kravet på personalens kompetens föreskriver att hälso- och sjukvårdspersonal och ledning ska inneha nödvändig kompetens samt att bemanningen ska säkerställa verksamhetens kontinuitet. Vårdverksamhetens bas ska utgöras av specialister inom allmänmedicin.

### 3,3,4 Särskilda uppdrag

Vårdenheterna kan förutom de generella åtagandena även ansvara för särskilda uppdrag. Särskild ersättning utgår till vårdenheter som påtar sig ett sådant ansvar. Ersättningen för de särskilda uppdragen beskrivs i stycke 3.5.2. De särskilda uppdragen gäller:

- barnmorskemottagning och mödrahälsovård
- ungdomsmottagning
- generella läkarinsatser i kommunens särskilda boenden för äldre
- läkarinsatser i kommunens korttidsboende för äldre
- specialiseringstjänstgöring (ST) för läkare i allmänmedicin
- allmäntjänstgöring (AT) för läkare
- studierektorskap för ST- läkare.

### 3,3,5 Ansökningsprocess

För vårdleverantörer som vill ingå i Vådval Halland finns ett ansökningsformulär tillgänglig på landstingets hemsida. Ansökan ska vara skriven på svenska och ska utgå från förfrågningsunderlaget. Ansökan ska innehålla bevis på att vårdenheten har skattesedel tillbörlig försäkring samt tillgodoser Socialstyrelsens system för kvalitet och patientsäkerhet. Den ska även innehålla en verksamhetsidé samt en kortfattad presentation av företaget bakom vårdenheten. I ansökan ska även ingå referenser, en finansieringsplan eller årsredovisning, redogörelse för organisationen, kompetensprofil för medarbetare samt redogörelse för IT-system. En godkänd vårdenhet följs upp vart annat år eller på förekommen anledning. Uppföljningen utförs av landstinget Halland.

## 3,4 Landstingets mål och dess uppföljning

För att styra närvården i önskad riktning sätter landstinget upp mål för vårdenheterna. Målen används för att utveckla närsjukvården i önskad riktning och utgör tillsammans med ersättningsystemet centrala styrmedel för utvecklingen av närsjukvården i Halland. Målen följs upp tre gånger per år i samband med landstingets övriga verksamhetsuppföljning.

Målen för 2010 gäller områdena

- tillgänglighet
- täckningsgrad
- samverkan
- säker vård
- medicinsk kvalitet
- vårdens utveckling
- hälsofrämjande arbete
- läkemedelsförskrivning.

Bristande måluppfyllelse av målen för täckningsgrad och läkemedelsförskrivning kan leda till avdrag på hälso- och sjukvårdspengen. Eventuella avdrag på hälso- och sjukvårdspengen sker efter att en uppföljning visat bristande måluppfyllelse. Det pågår ett kontinuerligt arbete med att förbättra uppföljningen av Vårdval Halland. Sedan Vårdval Halland infördes har flera mål tillkommit.

Uppföljningsmåten förändras kontinuerligt. Således skiljer sig uppföljningsmåten för 2010 i flera fall från uppföljningsmåten 2009. Genom att ingå i Vårdval Halland förbinder sig vårdenheterna att delta i förbättringsarbetet. Arbetet kan ta olika former men kan bland annat innebära deltagande i arbetsgrupper. Vårdenheterna ska även tillhandahålla information på landstingets begäran. Information om resultatet från uppföljningarna presenteras löpande för invånarna i Halland. Nedan beskrivs målen och dess uppföljningsmått för 2010, i förekommande fall beskrivs hur avdrag för bristande måluppfyllelse beräknas.



Tillgänglighet
Vårdenheten ska till 100 procent uppfylla den nationella vårdgarantin <sup>2</sup> .
Målet följs upp genom
<ul style="list-style-type: none"><li>- Andelen av alla patienter som kan erbjudas läkarbesök inom vårdgarantins 7 dagar.</li><li>- Patienterna ska kunna nå vårdenheten via e-post eller webblösning.</li><li>- Patienternas uppfattning av tillgänglighet utifrån Nationella patientenkäten<sup>3</sup>.</li></ul>

Täckningsgrad
80 procent av vårdenhetens invånares konsumtion av öppen hälso- och sjukvård ska tillgodoses hos den valda vårdenheten, hos de med vårdenheten samverkande aktörerna och hos övriga vårdenheter inom närsjukvården.
Målet följs upp genom
Andelen besök av totala antalet besök i öppen hälso- och sjukvård som utförs hos den valda vårdenheten, hos de med vårdenheten samverkande aktörerna och hos övriga vårdenheter inom närsjukvården. Med besök i öppen hälso- och sjukvård menas alla besök som finansieras av landstinget och som registreras inom närsjukvård, psykiatri och länssjukvård inom och utom länet, oberoende av vårdgivare.

<sup>2</sup> Nationella vårdgarantin infördes 2005 och innebär att alla patienter som söker vård ska kunna få kontakt med primärvården i telefon, till exempel via Sjukvårdsupplysningen eller på plats samma dag. Bedömer primärvården att patienten behöver besöka en läkare där ska patienten erbjudas ett sådant besök inom högst 7 dagar. Efter beslut om remiss/vårdbegäran ska ett besök inom den specialiserade vården – om sådant behövs – kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdagen. Om man inom den specialiserade vården bedömer att patienten behöver behandling, ska han/hon få den så snart som möjligt, men senast inom 90 dagar efter dagen för beslutet.

<sup>3</sup> Nationell Patientenkät är en återkommande mätning av patientupplevd kvalitet som genomförs varje år och möjliggör jämförelser mellan landstingen, dess vårdcentraler och sjukhus/mottagningar på ett likvärdigt sätt.

## Avdrag för bristande målluppfyllelse

Sedan införandet av Vårdval Halland har vårdenheterna fått avdrag på hälso- och sjukvårdspengen vid bristande täckningsgrad. Landstingets mål är att alla vårdenheter ska ha 80 procents täckningsgrad. Täckningsgraden är ett mått på hur stor andel av alla besök i öppenvård som vårdenhetens patienter utför på närsjukvårdsnivå. Om vårdenheten inte når målet minskar hälso- och sjukvårdspengen med ett belopp i kronor. Det innebär att den ersättning som vårdenheten får utgörs av hälso- och sjukvårdspengen minus avdrag för bristande målluppfyllelse, multiplicerat med framräknat antal vårdpoäng.

Med besök i öppen hälso- och sjukvård menas alla besök som finansieras av Landstinget Halland och som registreras inom närsjukvård, psykiatri och länssjukvård inom och utom länet, oberoende av vårdgivare. För närvarande mäts:

- läkarbesök
- sjuksköterskebesök
- undersköterskebesök
- sjukvårdande behandlingar

Täckningsgraden beräknas som en kvot. I täljaren ingår alla besök på närsjukvårdsnivå som vårdleverantören har kostnadsansvar för:

- besök på den egna vårdenheten
- besök på andra vårdenheter
- besök hos allmänläkare med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning
- besök hos sjukgymnaster med ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik
- besök hos avtalsparter och underleverantörer till vårdenheten såsom t ex medicinsk fotvård, dietist, logoped

Samtliga besök på närsjukvårdsnivå ingår, oavsett var i Sverige besöket har ägt rum. I nämnaren ingår besök inom och utom länet:

- inom öppen primärvård eller närsjukvård, enligt definitionen om täljaren ovan
- öppenvård på sjukhus (alla besök som inte leder till inläggning) inklusive till exempel dagkirurgi
- besök inom psykiatri och handikappverksamhet
- besök hos privata specialister utan avtal med vårdenheten

År 2010 gäller följande intervall för täckningsgrad (i procent) och följande avdrag i kronor för respektive intervall:

Täckningsgrad (%)	Avdrag (kr)
78-79	32
76-77	69
74-75	101
72-73	133
70-71	165
68-69	197
66-67	235
64-65	267
62-63	299
60-61	331
<59	363

Täckningsgraden beräknas en gång per tertial (fyramånadersperiod) och baseras på vårdkonsumtionen under föregående tertial. Exempelvis leder således bristande täckningsgrad under perioden januari-april till lägre utbetald hälso- och sjukvårdspeng under påföljande period, maj-augusti. I den mån dataleveranser har släpat efter, till exempel när det gäller besök i andra landsting, kommer de besök för perioden som saknas att istället ingå vid nästa beräkningsomgång. För en nystartad vårdenhet med avtal kommer täckningsgraden initialt att grunda sig på den senast beräknade täckningsgraden för hela den kommun där den nya vårdenheten verkar.

### Samverkan

Vårdenheten ska ansvara för att skapa effektiva vårdkedjor för den enskilda patienten och samverkan ska utvecklas efter lokala förutsättningar, så att hälsovinster och ökad livskvalitet uppstår. Verksamheten ska på så sätt utgöra en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården.

### Målet följs upp genom

- Listning av de specialistkompetenser som vårdenheten har tillgång till och i vilken omfattning.
- Teamsamverkan inom rehabiliteringsgarantin.

### Säker vård

Hälso- och sjukvården ska verka för att hallänningen får ett friskt liv, och inte drabbas av sådana sjukdomar som kan förebyggas och behandlas. Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas systematiskt. Kontinuitet är en del i en säker hälso- och sjukvård. En säker hälso- och sjukvård ska dessutom verka för att varje hallänning kan leva ett liv utan onödiga begränsningar i funktion eller i förmåga till aktivitet i det dagliga livet, och med delaktighet i samhällslivet.

### Målet följs upp genom

- Andelen av alla patientbesök hos läkare som är diagnossatta enligt den internationella diagnosstandard ICD-10.
- Vårdenheten ska ha skriftliga rutiner för avvikelserapportering samt hur enheten ska arbeta med förbättringar utifrån denna.
- Vårdenhetens deltagande i nationellt kvalitetsregister för labbdiagnostik (EQUALIS).

### Medicinsk kvalitet

Verksamheten ska bedrivas med hög kvalitet och den medicinska kvaliteten ska relateras till nationellt framtagna mål och mått. Kvaliteten ska kunna följas upp i detalj, och rutiner och system ska vara dokumenterade för att möjliggöra extern granskning och medicinsk revision

### Målet följs upp genom

- Deltagande i Nationella Diabetesregistret<sup>4</sup> med rapportering av samtliga parametrar på vårdenhetens alla diabetiker.
- Andelen patienter med stroke, som remitterats till närsjukvården från specialistvården, som varit på återbesök.
- Andel av vårdenhetens patienter med psykisk ohälsa och som behandlats med samtalsterapi/korttidsterapi såsom kognitiv beteendeterapi, KBT, eller motsvarande.
- Patienternas omfattning om vårdens kvalitet utifrån Nationella patientenkäten.

<sup>4</sup> Nationella Diabetesregistret är ett rikstäckande nationellt kvalitetsregister som från och med 2008 inkluderar all diabetes. NDR syftar till att vara ett nationellt resultatregister för diabetesvården och ett pedagogiskt verktyg för ökad kvalitet vid de enskilda vårdenheterna.

### Vårdens utveckling

Hälso- och sjukvården ska styra mot hälsovinster och bedrivas med effektiva behandlingsmetoder.

#### Målet följs upp genom

- Andel av förskrivarna som under året deltagit i utbildning given av Läkemedelskommittén Halland<sup>5</sup>.
- Vårdenhetens deltagande i landstingsgemensamma utvecklingsuppdrag.
- Vårdenhetens tillgång till rehabiliteringscoach och i vilken omfattning resursen utnyttjas.
- Områden som vårdenheten fokuserar på för att förbättra verksamheten.
- Personalens deltagande i kompetensutveckling.

### Hälsofrämjande arbete

Vårdenheterna ska i patientmötet ta upp frågor som rör sambandet mellan patientens hälsa och levnadsvanor. Vid behov ska rökslutarstöd, råd om fysisk aktivitet, kost, stöd vid övervikt och fetma samt stöd vid riskbruk av alkohol erbjudas.

#### Målet följs upp genom

- Andelen patienter där sambandet mellan patientens hälsa och livsstil tagits upp i patientbesöket.
- Andel utfärdade FaR, fysisk aktivitet på recept, per 1000 besök och de vanligaste indikationerna för behandlingen.

### Läkemedelsförskrivning

Vårdenhetens läkemedelsförskrivning ska ha en god kvalitet och vara kostnadseffektiv.

Verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige ska ha övergripande ansvar för vårdenhetens förskrivning av läkemedel.

<sup>5</sup> Läkemedelskommittén är landstinget Hallands expertorgan i frågor som rör läkemedel.

## Målet följs upp genom

- Följsamheten till de terapeutiska kvoterna mäts för nyförskrivna läkemedel under den aktuella förskrivningsperioden (tertia). De terapeutiska kvoterna är rekommenderade inriktningar för god hushållning av läkemedel för vanliga större terapiområden. Målsättningen är att de ska vara enkla, baserade på vetenskaplig dokumentation och kostnadseffektivitet. Kvoterna förändras med tiden, nedan är kvoterna per oktober 2009.

$$\text{ACE (blodtrycksmedicin): } \frac{\text{ACE}}{\text{ACE} + \text{ARB}} \geq 0,8 \text{ mätt i DDD}^6$$

Antibiotika:

$$\frac{\text{Pivmecillinam} + \text{Trimetoprim} + \text{Furadantin}}{\text{Kinoloner} + \text{Pivmecillinam} + \text{Trimetoprim} + \text{Furadantin}} \geq 0,8 \text{ per recept till kvinnor över 18 år}$$

$$\frac{\text{PcV}}{\text{PcV} + \text{alla antibiotika mot luftrörsinfektioner}} \geq 0,8 \text{ per recept till barn under fem år}$$

$$\text{Statiner (medicin mot höga blodfetter): } \frac{\text{Simvastatin}}{\text{Alla statiner}} \geq 0,8 \text{ mätt i DDD}$$

$$\text{Metformin: } \frac{\text{Metformin}}{\text{Alla perorala diabetemedel}} \geq 0,7 \text{ mätt i DDD}$$

Förpackningsstorlek sömnmedel < 50 DDD/recept

Förpackningsstorlek svaga opioider < 25 DDD/recept

Kronor per DDD < 3,50 kr

<sup>6</sup> Måttenheten DDD (Definierad DygnsDos) är den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av en vuxen vid medlets huvudindikation.

Avdrag för bristande målluppfyllelse		
Från och med 2009 får vårdenheterna avdrag på hälso- och sjukvårdspengen ifall de inte följer landstingets mål gällande läkemedelsföreskrivning, de så kallade terapeutiska kvoterna. Vårdenheter som inte följer Läkemedelskommittén Hallands rekommendationer för terapeutiska kvoter får avdrag på hälso- och sjukvårdspengen. Läkemedelskommittén Halland är landstingets expertorgan i frågor som rör läkemedel. Målluppfyllelsen beräknas för varje vårdenhet för var och en av sju utvalda terapeutiska kvoter. Avvikelse från den rekommenderade kvoten delas in i fyra nivåer, som färgmarkeras (grön, gul, röd och ofärgad). Avvikelser över 30 och 40 % innebär ekonomiskt avdrag.		
Färg	Avvikelse, procentenheter	Avdrag
Grön Avvikelse	20	godkänt och ger inte något avdrag
Gul Avvikelse	21-30	acceptabelt men bör förbättras
Röd	Negativ 31-40	inte acceptabelt och ger avdrag (ovägt) med 100 000 kronor per år och terapeutisk kvot.
Ofärgad	Negativ 40>	är oacceptabelt och ger avdrag (ovägt) med 150 000 kronor per år och terapeutisk kvot.

Ovägt avdrag syftar till avdraget på årsbasis för den genomsnittliga vårdenheten. Avdragets storlek kommer dock att avgöras av vårdenhetens storlek i form av antalet vårdpoäng, dvs. de poäng som tilldelas invånarna baserat på ålder och ligger till grund för hälso- och sjukvårdspengens storlek. Det innebär att en vårdenhet som är dubbelt så stor antal vårdpoäng jämfört med genomsnittet, får dubbelt så stort avdrag som den genomsnittliga vårdenheten. Eftersom mätningen görs per tertial (fyramånadersperiod) ska årsbeloppet divideras med 3 vid avräkningen mot hälso- och sjukvårdspengen.

### 3,5 Ersättningssystem

Landstinget Halland ersätter vårdenheterna genom dels en fast ersättning, även kallad kapitationsersättning, baserad på antalet listade vid vårdenheten, dels en rörlig ersättning, kopplad till antalet besök. Storleken på båda typer av ersättning är oberoende av driftsform. Vårdenheten har även ett betalningsansvar för de invånare som är listade på enheten.

### 3,5,1Kapitationsersättning

#### *Hälsa- och sjukvårdspeng*

Hälsa- och sjukvårdspengen är en fast ersättning som vårdenheten får från landstinget för samtliga invånare som är listade vid vårdenheten, ibland kallad kapitationsersättning. Ersättningen är fast i det avseende att den är oberoende av antalet besök. Storleken på hälsa- och sjukvårdspengen är densamma oavsett driftsform. Bristande måluppfyllelse av målen för tillgänglighet och läkemedelsföreskrivning är förknippade med avdrag på hälsa- och sjukvårdspengen.

Storleken på hälsa- och sjukvårdspengen varierar med invånarens ålder i fyra olika grupper. Pengen beräknas genom att jämföra födelseår och aktuellt kalenderår. Olika åldersgrupper ger olika många poäng och därmed en differentierad hälsa- och sjukvårdspeng per invånare. Antal poäng per åldersgrupp och ersättning per poäng bestäms årligen av landstingsfullmäktige i samband med beslut om kommande års mål och budget. Då fattas även beslut om avdrag ifall vårdenheten misslyckats med att nå de av landstinget uppsatta målen. Hälsa- och sjukvårdspengen har sedan införandet av Vårdval Halland ökat från 2600 kronor per poäng till 2 900 kronor. Antal poäng per åldersgrupp är i stort sett detsamma idag som vid införandet, undantaget är åldersgruppen 0-6 år som hade 1,9 poäng vid införandet mot dagens 2,1 poäng.

Ersättningen per poäng under 2010 är 2 900 kronor. Per invånare som valt vårdenheten ges följande ersättning

Ålder	Poäng	Årsersättning/individ exkl moms-kompensation
0-6	2,1	6 090 kronor
7-64	0,6	1 740 kronor
65-79	2,0	5 800 kronor
80<	3,0	8 700 kronor

Hälsa- och sjukvårdspengen finansierar vårdenhetens kostnader som är förknippade med åtagandet till de invånare som valt vårdenheten, exempelvis kostnader för personal, lokaler, utrustning, inkontinenshjälpmedel och medicinsk service inklusive röntgen. I betalningsansvaret ingår också besök som vårdenhetens invånare gör hos andra vårdenheter, hos läkare enligt lagen om läkarvårdsersättning och hos sjukgymnaster enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik. Även betalning för den utomlänsvård som vårdenhetens invånare konsumerar, som avser närsjukvård, ska täckas av hälsa- och sjukvårdspengen. Hälsa- och sjukvårdspengen omfattar inte läkemedelskostnader. Patienten betalar själv läkemedelskostnader upp till 1800 kronor under en tolv månaders period, därefter inträder ett högkostnadsskydd. Utbetalningen av hälsa- och



sjukvårdspengen sker månadsvis, med en tolfedel av den beräknade åsersättningen. Utbetalningen sker i förskott och baseras på antalet val vid avstämningen.

### 3,5,2 Rörlig ersättning

#### *Patientavgift*

Patientavgiften är en avgift som betalas av patienten då denne uppsöker den öppna hälso- och sjukvården. Avgiften är densamma oavsett om vården är landstingsdriven eller i privat regi. I landstinget Halland ska alla över 20 år betala patientavgift. Avgiften varierar mellan 80-300 kr beroende på typ av vård och tidpunkt för besöket. Inom Vårdval Halland tillfaller patientavgiften vårdenheten. Storleken på avgiften beslutas årligen av landstingsfullmäktige i samband med mål- och budgetbeslutet för kommande år. Om en patient har betalningsbefrielse kan patientavgiften istället betalas av landstinget.

#### *Ersättning för vård av icke-listad patient*

Vårdenheten får ingen besöksersättning för de patienter som är listade på vårdenheten, med undantag från patientavgiften. En vårdenhet får emellertid ersättning för vård av patienter som inte är listade på vårdenheten i följande fall:

- a) Vård av patienter som är folkbokförda i Halland men valt en annan vårdenhet. Dessa ersätts enligt en prislista för enstaka akuta besök som årligen fastställs av landstinget. Vårdenheter kan emellertid teckna avtal sinsemellan som reglerar ersättning om denna avviker från prislistan.
- b) Vård av patienter som är folkbokförda i annat landsting eller region, ersätts enligt schablonbelopp. Ersättningens storlek varierar beroende på i vilken region eller vilket landsting som patienten är folkbokförd, samt på besökstyp och vårdgivarkategori. Vårdenheten ersätts enligt en prislista för vård av utomlänspatienter som årligen upprättas av landstinget.
- c) Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar ersätts av Försäkringskassan.
- d) Vård av asylsökande ersätts av landstinget ifall kostnaden understiger 100 000 kronor. Ersättning följer prislistan för vård av utomlänspatienter. Ersättning för vård överstigande 100 000 kronor ersätts av Migrationsverket.

#### *Ersättning för särskilda uppdrag*

Särskild ersättning utgår för följande uppdrag:

- barnmorskemottagning och mödrahälsovård
- ungdomsmottagning
- generella läkarinsatser i kommunens särskilda boenden för äldre
- läkarinsatser i kommunens korttidsboende för äldre

- specialiseringstjänstgöring (ST) för läkare i allmänmedicin
- allmäntjänstgöring (AT) för läkare
- studierektorskap för ST-läkare.

Ersättningens form varierar beroende på uppdrag. Endast landtingsdrivna vårdenheter har barnmorskemottagning och mödrahälsovård samt ungdomsmottagning. Dessa uppdrag är anslagsfinansierade. Generellt utgår ingen avgift för besök för graviditetskontroll och ungdomsmottagning. De båda särskilda uppdragen för läkarinstatser i kommunens boende för äldre ersätts genom schablonbelopp. Privata aktörer har åtagit sig dessa uppdrag. Det är enbart aktörer som varit del av Vårdval Halland sedan införandet som har dessa uppdrag då landstinget sätter stor vikt vid kontinuitet. Vårdenheter med uppdrag att utbilda ST läkare i allmänmedicin ersätts av landstinget. AT läkare är anställda av något av Länssjukhusen i Halland. Studierektorer anställs av vårdenheten mot ersättning av landstinget.

#### *Ersättning för tolkkostnader*

Tolkkostnader ersätts av landstinget. Ersättningen utgår med dubbla fakturerade beloppet för tolkarvode. Denna ersättning avser att kompensera vårdenheten för den längre tid ett besök med tolkning tar.

#### *Momskompensation*

Enligt svensk moms­lagstiftning har landstingets vårdenheter avdragsrätt för ingående moms. För att kompensera vårdenheter i privat regi får dessa en momskompensation genom att hälso- och sjukvårdspengen uppräknas med 6 procent.

### 3,5,3 Betalningsansvar

#### *Avdrag för vård på annan vårdenhet inom Vårdval Halland*

I vårdenhetens betalningsansvar ingår akuta besök eller besök som listade invånare gör på andra vårdenheter i Halland. Avdrag på hälso- och sjukvårdspengen görs för vård av patient som utförs av annan vårdenhet enligt en prislista som årligen fastställs av landstinget. Vårdenheter kan emellertid teckna avtal sinsemellan som reglerar ersättning om denna avviker från prislistan.

#### *Avdrag för vård i andra landsting*

I vårdenhetens betalningsansvar ingår besök invånare listade på vårdenheten gör inom närsjukvård och primärvård i andra landsting. Avdrag på hälso- och sjukvårdspengen görs enligt prislista.

*Avdrag för vård hos läkare inom allmänmedicin enligt lagen om läkarvårdsersättning*

I vårdenhetens betalningsansvar ingår besök hos privata läkare inom allmänmedicin. De vårdenheter vars invånare gör besök hos taxeläkare<sup>7</sup> debiteras för dessa besök i samband med den månatliga utbetalningen av hälso- och sjukvårdspengen. Avdraget utgörs av en schablonkostnad per läkarbesök (inklusive medicinsk service och röntgen).

*Avdrag för vård hos sjukgymnaster enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik*

I vårdenhetens betalningsansvar ingår besök hos länets privata sjukgymnaster. Avdrag på hälso- och sjukvårdspengen görs enligt en differentierad prislista.

## 3,6 Måluppföljning och resultat 2009

Landstingets mål följs upp tre gånger per år i samband med landstingets övriga verksamhetsuppföljningar. I samband med uppföljningen av landstingets mål sker även uppföljning av de särskilda uppdragen. Deltagande i uppföljningen är obligatoriskt för vårdenheterna. Redovisningen av vårdenheternas resultat sker för Halland som helhet och per kommun. Första helårsuppföljningen som utfördes 2007 svarade 35 av 42 vårdenheter inom utsatt tid, totalt fanns 45 vårdenheter 2007 men vissa vårdaktörer hade verksamhet på mer och lämnade en enkät för hela verksamheten. 2008 och 2009 inkom uppföljningsenkät för samtliga 47 enheter. Som nämnts tidigare utvecklas mål och mått på måluppföljning kontinuerligt för att förbättra Vårdval Halland. Målen för 2009 och 2010 är desamma men uppföljningsmått skiljer sig. För att möjliggöra jämförelse mellan uppföljning och resultat inkluderas uppföljningsmått för 2009 nedan. Resultaten utgör sammandrag och avser Halland som helhet vid uppföljningen 2009.

---

<sup>7</sup> Då läkare går på nationell taxa. Den nationella taxan har funnit sedan 1996 och är ett samlingsbegrepp på de lagar och förordningar som styr läkarens ekonomiska ersättning. Det är därmed nationell lags som styr ersättningen landstinget betalar ut till läkaren.

## Tillgänglighet

Vårdenheten ska till 100 procent uppfylla den nationella vårdgarantin.

## Målet följs 2009 upp genom

- Andelen patienter med behov av läkarbesök som kan erbjudas detta samma dag.
- Andelen av alla patienter som kan erbjudas läkarbesök inom nationella vårdgarantins sju dagar.
- Patienterna ska kunna nå vårdenheten via e-post eller webblösning.

## Resultat av uppföljning 2009

Alla patienter ska kunna få kontakt med sjukvården samma dag för att uppfylla den nationella vårdgarantin. Ett mått på detta är telefontillgängligheten som visar att 90 procent av samtalen besvaras. Andelen patienter som tas emot inom nationella vårdgarantins sju dagar har ökat sedan införandet av Vårdval Halland. Från 96 procent 2007 till 98 procent 2009, riksgenomsnittet 2009 var 92 procent. Alla enheter utom två var tillgängliga via internet 2009. Enligt Vårdbarometern tyckte 90 procent av hallänningarna att väntetiden i vården var rimlig, riksgenomsnittet för 2009 var 86 procent.

## Täckningsgrad

80 procent av vårdenhetens invånares konsumtion av öppen hälso- och sjukvård ska tillgodoses hos den valda vårdenheten, hos de med vårdenheten samverkande aktörerna och hos övriga vårdenheter inom närsjukvården.

## Målet följs 2009 upp genom:

Andelen besök av totala antalet besök i öppen hälso- och sjukvård som utförs hos den valda vårdenheten, hos de med vårdenheten samverkande aktörerna och hos övriga vårdenheter inom närsjukvården. Med besök i öppen hälso- och sjukvård menas alla besök som finansieras av landstinget och som registreras inom närsjukvård, psykiatri och länssjukvård inom och utom länet, oberoende av vårdgivare.

## Resultat av uppföljning 2009

Landstinget i sin helhet har inte uppfyllt målet något år sedan införandet. Inte heller på kommunnivå har målet uppnåtts. Täckningsgraden har emellertid ökat sedan införandet av Vårdval Halland. Vid utgångsläget var täckningsgraden 67 procent jämfört med 69 procent 2009 för Halland i sin helhet. För landstinget är täckningsgraden ett viktigt mått. Det är starkt kopplat till landstingets målsättning om mer sjukvård nära patienten. Målet med 80 procent täckningsgrad uppfylls inte i Halland som helhet eller i någon enskild kommun under 2009. Skillnaden i täckningsgrad mellan olika kommuner är relativt stor. I Hylte, den kommun med högst täckningsgrad, uppgick täckningsgraden till 2009 till 76 procent, i Varberg, den kommun med lägst täckningsgrad, var den 67 procent. Täckningsgraden verkar inte skilja sig åt för privata respektive landstingsdrivna vårdenheter som grupp. Målet för täckningsgrad sedan Vårdval Halland infördes varit förknippat med avdrag har samtliga vårdenheter inom Vårdval Halland fortlöpande haft nedsatt hälso- och sjukvårdspeng. Målet kommenteras i stycke 4.1.

### Samverkan

Vårdenheten ska ansvara för att skapa effektiva vårdkedjor för den enskilda patienten och samverkan ska utvecklas efter lokala förutsättningar, så att hälsovinster och ökad livskvalitet uppstår. Verksamheten ska på så sätt utgöra en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården.

### Målet följs 2009 upp genom

- Andelen av de patienter som får remiss till ortopedisk specialistvård som dessförinnan har haft kontakt med en sjukgymnast, arbetsterapeut, kiropraktor eller naprapat som arbetar på vårdenheten eller har avtal med denna enligt handläggningsöverenskommelsen.
- Att det finns en skriftlig handlingsplan för vårdenhetens arbete med sjukskrivning av patienter.

### Resultat av uppföljning 2009

Vårdenheternas samverkan med specialiteter inom olika områden ter sig ha ökat sedan första uppföljningen 2007. Framförallt är tillgången på rehabiliteringsspecialister stor. Andelen enheter som samverkar med rehabiliteringscoacher fördubblades mellan 2008 och 2009.

### Säker vård

Hälso- och sjukvården ska verka för att hallänningen får ett friskt liv, och inte drabbas av sådana sjukdomar som kan förebyggas och behandlas. Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas systematiskt. Kontinuitet är en del i en säker hälso- och sjukvård. En säker hälso- och sjukvård ska dessutom verka för att varje hallänning kan leva ett liv utan onödiga begränsningar i funktion eller i förmåga till aktivitet i det dagliga livet, och med delaktighet i samhällslivet.

### Målet följs 2009 upp genom:

- Andelen av alla patientbesök hos läkare som är diagnossatta enligt den internationella diagnosstandard ICD-10.
- Vårdenheten ska ha skriftliga rutiner för avvikelserapportering samt hur enheten ska arbeta med förbättringar utifrån denna.
- Vårdenhetens deltagande i nationellt kvalitetsregister för labbdiagnostik (EQUALIS).

### Resultat av uppföljning 2009

Sedan 2008 har samtliga vårdenheter rutiner för avvikelserapportering. Rutinerna består bland annat av att händelser och ärenden hanteras i särskilda system, ärenden följs sedan upp av berörd personal. Syftet är att skapa patientsäkra rutiner. Under 2009 liksom under 2008 diagnossätts 50 procent eller fler av besöken. 32 av vårdenheterna rapporterade i slutet av december att 70-100 procent av deras patienter diagnostiserades enligt ICD-10.

Medicinsk kvalitet
Verksamheten ska bedrivas med hög kvalitet och den medicinska kvaliteten ska relateras till nationellt framtagna mål och mått. Kvaliteten ska kunna följas upp i detalj, och rutiner och system ska vara dokumenterade för att möjliggöra extern granskning och medicinsk revision
Målet följs 2009 upp genom
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltagande i Nationella diabetesregistret med rapportering av samtliga parametrar på vårdenhetens alla diabetiker.</li> <li>- Andelen patienter med stroke, som remitterats till närsjukvården från specialistvården som varit på återbesök.</li> <li>- Andelen patienter i diagnosgruppen I50 (hjärtsvikt) som behandlas med ACE/ARB läkemedel.</li> <li>- Andel av vårdenhetens patienter med diagnos som innefattar psykisk ohälsa och som behandlats med samtalsterapi eller stödsamtal.</li> <li>- Andelen av patienter med KOL, Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom, som undersökts med spirometri.</li> </ul>
Resultat av uppföljning 2009
Sedan 2009 deltar vårdenheterna i Nationella Diabetesregistret. Deltagandet är bland den lägsta i riket. Från och med hösten 2010 kommer Nationella Diabetesregistret integreras i vårdenheternas rapporteringssystem vilket väntas förenkla deltagandet. Inga landstingsövergripande resultat redovisas för andelen återbesök av remitterade stroke patienter då vårdenheterna inte lyckats få fram tillförlitliga uppgifter. Endast 21 av 47 vårdenheter lyckades ta fram information avseende behandlingen av patienter med hjärtsvikt, av dem rapporterade 16 enheter att 80 procent av patienterna fick behandling med ACE/ARB läkemedel. Endast 26 av 47 vårdenheter redovisar information om behandling av patienter med psykisk ohälsa med samtalsterapi. Bland de enheter som tillhandahöll information var skillnaden stor på andelen patienter som fick tillgång till samtalsterapi, mellan 11 och 100 procent. Andelen patienter med KOL som undersöks med spirometri varierar även den mellan vårdenheterna. Av de 29 enheter som tillhandahöll information uppgav 21 att 91-100 procent av patienter med KOL undersöktes med spirometri.
Vårdens utveckling
Hälsa- och sjukvården ska styra mot hälsovinster och bedrivas med effektiva behandlingsmetoder.
Målet följs 2009 upp genom
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antalet timmar som vårdenhetens olika professioner har deltagit i landstingsgemensamt utvecklingsarbete.</li> <li>- Andel av förskrivarna som under året deltagit i utbildning given av Läkemedelskommittén Halland.</li> <li>- Redovisning av de kvalitetsregister som vårdenheten deltar i.</li> </ul>
Resultat av uppföljning 2009
Antalet timmar som vårdenheternas olika professioner deltog i landstingets utvecklingssamarbete varierade. 33 av vårdenheterna uppgav att de deltagit i utvecklingssamarbetet. Landstinget vill att vårdenheternas alla föreskrivare ska delta i Läkemedelskommitténs producentobunden läkemedelsutbildning. Andelen enheter som deltog i utbildningen minskade från 2008 till 2009.

#### Hälsöfrämjande arbete

Vårdenheterna ska i patientmötet ta upp frågor som rör sambandet mellan patientens hälsa och levnadsvanor. Vid behov ska rökslutarstöd, råd om fysisk aktivitet, kost, stöd vid övervikt och fetma samt stöd vid riskbruk av alkohol erbjudas.

#### Målet följs 2009 upp genom

- Andelen patienter där sambandet mellan patientens hälsa och livsstil tagits upp i patientbesöket.
- Andel utfärdade Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) per 100 besök.

#### Resultat av uppföljning 2009

2009 uppfyllde 11 av 47 vårdenheter målet att hälsöfrämjande arbete skulle ske i 90 procent av patientmötena. Detta var en markant förbättring jämfört med 2008 då 2 av 47 vårdenheter uppfyllde målet. En majoritet av vårdenheterna uppger att de haft livsstilssamtal per telefon. Endast 27 vårdenheter har haft underlag för att kunna besvara frågan. Andelen vårdenheter som utfärdade och förskrivna FaR ökade under året.

### Läkemedelsförskrivning

Vårdenhetens läkemedelsförskrivning ska ha en god kvalitet och vara kostnadseffektiv.

Verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige ska ha övergripande ansvar för vårdenhetens förskrivning av läkemedel.

### Målet följs 2009 upp genom

Följsamheten till de terapeutiska kvoterna mäts för nyförskrivna läkemedel under den aktuella förskrivningsperioden (tertia). De terapeutiska kvoterna avser rekommenderade läkemedel jämfört med alla läkemedel i gruppen för:

ACE/ARB (blodtrycksmedicin)  $\geq$  80 procent

Antibiotika  $\geq$  80 procent

Statiner (medicin mot höga blodfetter)  $\geq$  80 procent

Diabetesmedel  $\geq$  70 procent

Förpackningsstorlek sömnmedel  $<$  50 DDD/recept<sup>8</sup>

### Resultat av uppföljning 2009

Landstinget vill att förskrivningen av läkemedel på vårdenheterna ska följa de terapeutiska kvoterna till minst 50 procent. Kvoterna betraktas inte som absoluta medicinska sanningar utan som riktlinjer för god hushållning av läkemedel. Under 2009 förbättrades följsamheten i alla kommuner förutom Varberg jämfört med 2008. 70 procent av vårdenheterna uppfyllde målet för alla kvoter under 2009.

<sup>8</sup> Måttenheten DDD (Definierad DygnSDos) är den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av en vuxen vid medlets huvudindikation.



## 4 Effekter av Vårdval Halland

### 4,1 Uppföljningssystemets effektivitet

Landstinget Halland arbetar kontinuerligt med att utveckla Vårdval Hallands mål och målluppföljning. De mått som används för målluppföljning har i flera fall förändrats sedan införandet. Gert Paulsson, ekonomie doktor vid Lunds Universitet och ansvarig för en årlig utvärdering av effekterna av Vårdval Halland, anser att målen för Vårdval Halland huvudsakligen är bra och överensstämmer med landstingets övergripande mål. Ett mål som inte uttryckligen ingår i Vårdval Halland är emellertid det nationella målet för jämlik vård som anger att målsättningen för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. En studie av Sveriges kommuner och landsting visar på skillnader bland annat behandling och kvalitet mellan olika socioekonomiska grupper. Ett problem är att det inte alltid är de invånare som har störst behov av vård som har bäst tillgång till den. Fallet kan exempelvis vara att en person med goda socioekonomiska förutsättningar bättre kan tillgodogöra sig information, göra upplysta val och hävda sin rätt till särskild behandling gentemot vårdgivaren än en person med större vårdbehov men sämre socioekonomiska förutsättningar. Paulsson menar att problem kopplade till vårdbehov tilltar i ett vårdvalssystem.

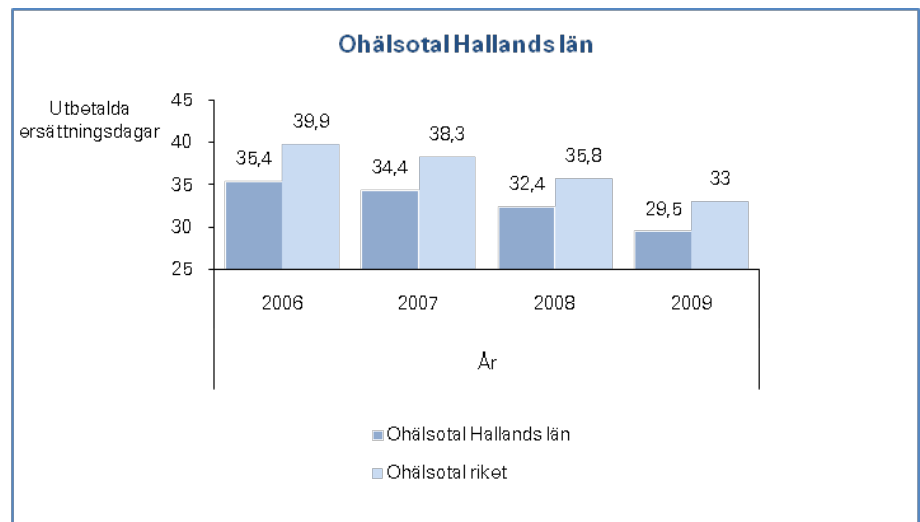
Det avdragsbehäftade målet för täckningsgrad uppnås inte i landstinget som helhet eller i någon av kommunerna. Paulsson menar att en förklaring till den låga täckningsgraden kan vara att patienterna har stor frihet att uppsöka sjukhusvård utan remiss. Ytterligare en förklaring kan vara att avdraget inte är tillräckligt stort för att motivera vårdenheterna att öka andelen patienter som vänder sig till den valda vårdenheten. De verksamhetschefer KPMG AB haft kontakt med menar att målet för täckningsgrad på 80 procent är satt för högt då ingen vårdenhet uppnår det. En verksamhetschef påpekar även att systemet är bristfälligt då det innebär att remittering av sjuka patienter minskar täckningsgraden.

Paulsson menar att uppföljningsmått för målen inte alltid är relevanta. Måtten för medicinsk kvalitet är aktivitetsbaserade snarare än effektbaserade. Ett exempel på detta är måttet för deltagande i Nationella Diabetesdatabasen. Problemet med bristfälliga mått för medicinsk kvalitet är emellertid inte unikt för Vårdval Halland, utan gäller även vårdvalsmodeller i andra landsting. En verksamhetschef menar att den information som krävs för landstingets uppföljning inte alltid går att uthämta ur de datasystem vårdenheterna använder.

### 4,2 Utveckling av hälsa och service

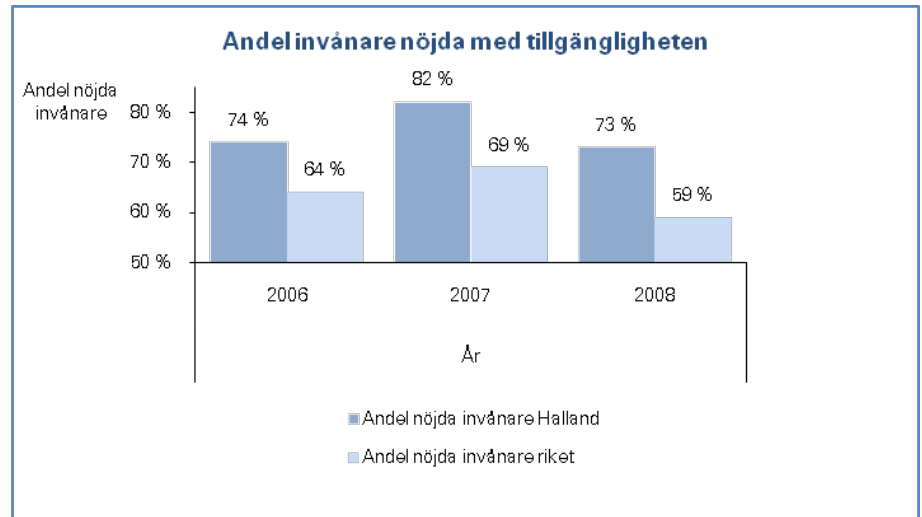
Ett av de övergripande målen för hälso- och sjukvården i Halland är god hälsa för länets invånare. Landstinget mäter invånarnas hälsa genom Försäkringskassans ohälsotal. Ohälsotalet är antalet utbetalda dagar av olika typer av sjuk- och aktivitetsersättning från sjukförsäkringen per försäkrad i åldrarna 16-64 år. Ohälsotalet i Halland som helhet har sjunkit från 35,4 år 2006 till 29,5 år 2009. Motsvarande siffror för riket var 39,9 år 2006 och 33 år 2009. Ohälsotalet antyder att hallänningarnas hälsotillstånd är gott i jämförelse med riket. Skillnaderna

mellan kommunerna är stor men ohälsotalet är lägre i samtliga kommuner 2006 jämfört med 2009.



Källa: Gert Paulsson, Utvärdering av Vårdval Halland 2009 och Landstinget Halland

Ett annat av de övergripande målen för hälso- och sjukvården i Halland är nöjda och engagerade invånare. Kopplade till detta mål är olika mått av invånarnas uppfattning om servicekvaliteten i hälso- och sjukvården. Detta följs bland annat upp genom Vårdbarometern, en rullande undersökning om svenskarnas kunskaper om, erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården. De mått som används för att mäta invånarnas nöjdhet med direkt koppling till Vårdval Halland består bland annat av mått för invånarnas förtroende för vårdenheterna och deras uppfattning av om tillgänglighet till vårdenheterna. 2009 hade 68 procent förtroende för vårdenheterna i Vårdval Halland motsvarande siffra för riket var 59 procent. 2006 hade 66 procent förtroende för vårdenheterna i Halland och 56 procent i riket. Andelen av invånarna som var nöjda med tillgängligheten till vårdenheterna var 2006 74 procent i Halland och 64 procent i riket samt 2008 73 procent i Halland och 59 procent i riket.

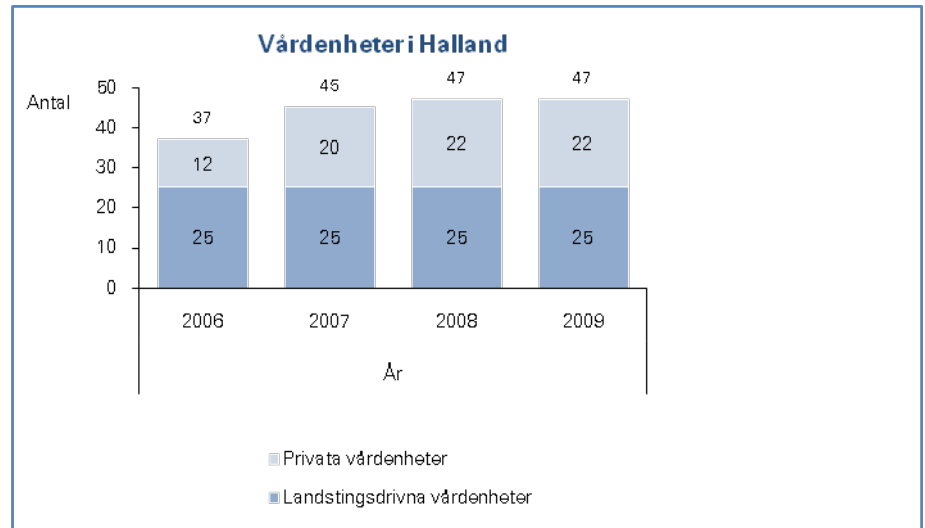


Källa: Gert Paulsson, Utvärdering av Vårdval Halland 2009

Sammantaget framgår att invånarna i Halland uppfattar servicekvaliteten som mycket god. Det bör dock betonas att den upplevda servicekvaliteten i Halland var mycket hög jämfört med riksgenomsnittet redan innan införandet. I Vårdbaremeterns rapport för 2008 låg landstinget Halland över riksgenomsnittet för så gott som samtliga mått på servicekvalitet. Det går dessutom att konstatera en förbättring över tid för fler mått inom landstinget Halland. Måttet för hallänningarnas uppfattning av om tillgänglighet genomgår emellertid en försämring från 82 procent 2007 till 73 procent 2008. En betydande begränsning för måtten av ohälsotalen och servicekvalitet är att det inte går uttala sig om vilken effekt Vårdval Halland haft på utvecklingen av parametrarna. Konkurrensverket anger emellertid i en utvärdering av vårdvalssystem att vårdvalssystemen i flera landsting lett till utökade öppettider och bättre tillgänglighet. I flera landsting har vårdvalssystemen även lett till ökat patientfokus. Anledningen till denna utveckling kan vara flera, en starkt bidragande orsak tros vara konkurrensutsättningen vårdvalssystemet medfört vilket skapat större fokus på patienternas behov och önskemål.

## 4,3 Utveckling av närsjukvårdsmarknaden

Införandet av Vårdval Halland har påverkat strukturen på närsjukvårdsmarknaden. Antalet vårdenheter i privat regi ökade kraftigt efter införandet. Från 12 stycken år 2006 till 20 år 2007. Under samma period förblev antalet landstingsdrivna vårdenheter 25 stycken. Mellan 2007 och 2010 tillkom tre privata vårdenheter och en landstingsdriven lades ner. Det finns således totalt 47 vårdenheter, 23 i privat regi och 24 landstingsdrivna. Hylte kommun är den enda kommun som saknar en privat vårdenhet. De privata vårdenheternas marknadsandel har ökat mellan 2006 och 2008, från 27,3 till 36,7 procent. Privata vårdenheters marknadsandel ökade i alla kommuner förutom Hylte under perioden 2006 och 2008. Ökningen var kraftigast under 2007.



Källa: Gert Paulsson, Utvärdering av Vårdval Halland 2009 och Landstinget Halland

Konkurrensverket konstaterar i en utvärdering av vårdvalssystem att vårdvalsmodellens utformning påverkar vårdleverantörers möjligheter att etablera sig. Faktorer av stor betydelse är landstingens certifieringsförfarande, ersättningssystem och listningsförfarande. Förutsättningarna för etablering i sin tur har en avgörande effekt på konkurrenssituationen på marknaden. Konkurrensen gynnas av att det är enkelt att etablera sig och att redan etablerade lätt kan expandera verksamheten. Anders Anell, professor vid Lunds Universitet, har hävdad, i linje med Konkurrensverkets bedömning, att de relativt höga kraven för certifiering som ställs på vårdheterna i Vårdval Halland i Halland kan ge färre nyetableringar och mindre konkurrens än i vårdvalssystem med lägre inträdeskrav.

Konkurrensverket menar att även kundrörligheten, eller hur aktiva invånarna är att välja och byta vårdgivare, påverkar etableringsmöjligheten. Landstinget kan påverka detta genom olika listningsförfaranden och utformningen av icke-valsalternativet samt genom information och andra insatser som kan främja förutsättningarna för aktiva val av vårdgivare. I Halland har man valt att använda sig av passiv listning baserad på geografisk närhet och tidigare vårdkonsumtion. Konkurrensverket hävdar att detta under vissa förutsättningar uppmuntrar nya vårdgivare etablera sig redan vid införandet av vårdvalssystemet. En bieffekt är emellertid att det kan vara svårt för företag att etablera sig efter införandet om invånarna redan är listade och rörligheten är låg.

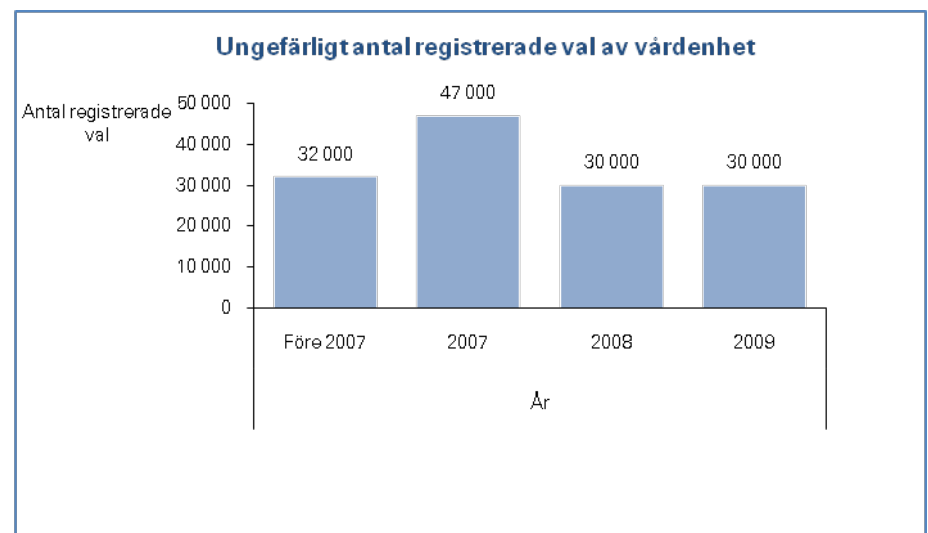
Enligt Konkurrensverket är politiska beslut om utformning av ett vårdvalssystem och insatser för att exempelvis främja aktiva val bland invånarna av stor betydelse för förutsättningarna för ett väl fungerande vårdvalssystem. Politiska beslut kan få en indirekt betydelse för företags vilja att investera och etablera sig i ett vårdvalssystem. Om förtroende för landstinget saknas och villkoren upplevs som osäkra eller instabila, kan företagets etableringsvilja hämmas. Det är viktigt att skapa ett förtroende mellan landsting och vårdgivare om att det kommer att råda konkurrensneutrala villkor mellan offentliga och privata vårdgivare. De vårdanställda KPMG AB talat med har olika åsikter om konkurrensneutraliteten i

Vårdval Halland. Verksamhetschefen för en privat vårdenhet anser att modellen är konkurrensneutral. Medlemmar inom Vårdförbundet och representanter för den landstingsdriven vård menar att privat och landstingsdrivna vårdenheter verkar under olika spelregler. Som exempel nämns att Konkurrenslagen inte tillåter en landstingsdriven vårdenhet att bedriva företagshälsövård, vilket är tillåtet för privata vårdenheter.

Förutsättningarna för etablering av nya vårdenheter i ett vårdvalssystem är inte bara avhängiga vårdmodellens utformning och politiska beslut utan påverkas även av faktorer såsom befolkningsunderlag och befolkningsutveckling som ligger utanför landstingens kontroll.

## 4,4 Invånarnas val

Under 2007, det år Vårdval Halland infördes, registrerades drygt 47 000 aktiva val i Halland. Flest val registreras i kommuner där nya vårdenheter etablerats, bl.a. i Falkenberg och Laholm. Val registreras emellertid även i Hylte, där ingen ny vårdenhet tillkommit. År 2008 och 2009 registrerades drygt 30 000 val per år, av dessa utgjorde nyinflyttade ca 7 000 och nyfödda ca 3 000. I Halmstad och Kungsbacka hade invånarna möjlighet att välja vårdenhet innan Vårdval Halland infördes eftersom kommunerna haft egna vårdvalssystem tidigare. Åren innan 2007 gjordes 32 000 val i dessa två kommuner. Totalt hade således ca 140 000 aktiva val gjorts fram till 2010. Därtill är det sannolikt att ett stort antal invånare gjort aktiva val utan att skicka in valblankett eftersom de var nöjda med den föreslagna vårdenheten.



Källa: Gert Paulsson, Utvärdering av Vårdval Halland 2009 och Landstinget Halland

## 4,5 Ersättningssystem och vårdenheternas ekonomi

Ersättningssystemets utformning är en viktig del av vårdmodellen då det tillsammans med målen är landstingets främsta styrmedel för närvården. Landstinget uppger att den ger bra totalkostnadskontroll och borgar för mindre missuppfattningar än tidigare ersättningssystem. Representanter för de vårdenheter KPMG AB talat med bekräftar att ersättningssystemet är lätt att arbeta med och storleken på utbetalningarna förutsägbar. Exempelvis kan vårdenheterna vid bristande måluppfyllelse förutse den ungefärliga storleken på nästa tertials avdrag. Ett visst missnöje uttrycks emellertid över att de kostnader hälso- och sjukvårdspengen ska täcka blir fler utan att pengan ökar tillräckligt eller över huvud taget. Ett exempel är elektroniska recept som tidigare inte ingick i hälso- och sjukvårdspengen. Numera ingår det i åtagandet med endast en marginell höjning av pengan. Åsikterna om huruvida hälso- och sjukvårdspengen är tillräcklig för att täcka de kostnader den är avsedd för går isär mellan de verksamhetschefer KPMG AB talat med. En verksamhetschef hävdar att ersättningssystemet är anpassat för friska patienter och att hälso- och sjukvårdspengen således är för liten för att täcka stora kostnader som kopplade till behandling av sjuka patienter. Verksamhetschefen för en annan vårdenhet menar att kostnaderna jämnar ut sig. Hälso- och sjukvårdspengen för invånare med litet vårdbehov täcker upp kostnaderna förknippade med behandling av patienter med stort vårdbehov.

Ersättningssystemet i Vårdval Halland bygger på en stor del kapitationsersättning, hälso- och sjukvårdspengen, samt en mindre del ersättning per besök. Det är således intressant att studera antalet besök i närvården. Siffror för besöksvolym finns endast tillgängliga för landstingsdrivna vårdenheter men påvisar en minskning av antalet vårdbesök från ca en miljon 2006 till 940 000 2008. Sannolikt beror denna minskning på att landstingsdrivna vårdenheter tappat marknadsandelar till enheter drivna i privat regi.

De ekonomiska resultaten för landstingsdrivna vårdenheter under 2006 till 2008 indikerar att pressen på dessa ökar. De ekonomiska resultaten är sämre både för vårdenheterna med de 50 procent bästa resultaten och de 50 procent sämsta 2008 jämfört med 2007. Avsaknaden av statistik över ekonomiska resultat för vårdenheter i privat regi försvårar en kartläggning av hur ersättningssystemet påverkar enheternas ekonomi generellt.

Vårdenheternas ekonomiska resultat (mkr) 2006-2008		
År	50% med bäst resultat	50% med sämst resultat
2006	~+10	~-12
2007	~+16	~-17
2008	~+3	~-17

Källa: Gert Paulsson, Utvärdering av Vårdval Halland 2009

Gert Paulsson anser det vara oklart vad som sker med de landstingsdrivna vårdenheterna som går i förlust under en längre period. I dagsläget finns en så kallad riskfond, etablerad innan Vårdval Halland infördes och finansierad av de landstingsrivna vårdenheterna gemensamt, genom vilken vårdenheter med negativt resultat kan täcka upp för sina förluster. Frågan är hur länge vinstrivande vårdenheter är beredda att subventionera andra enheter med fortlöpande negativa resultat. En ytterligare fråga är vad som sker med landstingsdrivna vårdenheter som blir konkursmässiga. Det kan vara problematiskt att avveckla dem då de i vissa fall är verksamma i områden där privata aktörer inte är intresserade av att etablera sig. En annan utväg skulle kunna vara ett kapitaltillskott från landstinget. Detta riskerar emellertid att bli konkurrensförvridande och strida mot landstingets driftsneutralitet. Konkurrensverket konstaterar att en viktig förutsättning för att ett vårdvalssystem ska fungera väl är att landstinget separerar rollen som beställare och finansiär från rollen som utförare av vård. Verket menar att det bör finnas tydliga regler för hur en situation där landstingsdrivna vårdenheter går med förlust ska hanteras.

## 4,6 Landstingets ekonomi för närsjukvården

De ekonomiska resultaten för Vårdval Hallands första tre år tyder inte på att landstingets totala ekonomi för närsjukvården har belastats i någon större utsträckning. En sammanställning av de ekonomiska resultaten för den landstingsdrivna vårdvalsverksamheten för 2009 visar ett överskott på 1,5 miljoner kronor. Resultatet för vårdvalsverksamheten 2008 var ett negativt resultat som uppgick till - 16,5 miljoner kronor. Den totala omsättningen för 2008 var 750 miljoner kronor, exklusive mödravårdscentraler och ungdomsmottagningar. Underskottet uppgick med andra ord till 2,2 procent av omsättningen 2008. 2007 var vårdvalenheternas ekonomiska resultat ±0.

## 4,7 Landstingets roll som finansiär och utförare

Landstinget Halland är både finansiär och ägare av närsjukvård i Halland. I samband med ett seminarium där företrädare för landstinget presenterade sina erfarenheter från de första två åren med Vårdval Halland uppger landstinget att båda rollerna påverkats av införandet. Landstinget menar att vårdvalsmodellen

inneburit tydligare politiskt fokus på mätbara resultat. Styrdokument i hela vården, inte bara närvården, präglas i större utsträckning av resultat och uppföljning av resultat. Politiska beslut om nedläggning av en vårdenhet förenklas av Vårdval Halland då valfriheten innebär att invånarna tydligt kan visa sitt missnöje med en vårdenhet genom att inte välja den. Vårdval Halland har även ställt krav ny kompetens bland landstingets tjänstemän.

Landstinget uppger att Vårdval Halland åskådliggjort behovet av ägarstyrning samt behovet av att se landstinget Halland som utförare av vård. Tidigare styrprinciper, för exempelvis lokalstyrning, har luckrats upp, något som utmanats av landstingsdrivan vårdenheter som inte vill bli styrda. Landstingets ovana vid krav och konkurrens har i vissa sammanhang lett till en förblandning mellan ägarstyrning och konkurrensneutralitet. Vid seminariet konstaterade landstinget att de hade behövt starkare ägardirektiv där de landstingsdrivna vårdenheternas uppdrag tydligare framgick. Landstinget konstaterade även att bättre förutsättningar för chefer och politiker att leda en kundstyrd, intäktsfinansierad verksamhet borde skapats innan införandet. En verksamhetschef KPMG talat med menar att det fanns sett behov av att utbildas om förutsättningar för att jobba inom en kundstyrd verksamhet även bland vårdpersonalen på landstingsdrivna vårdenheterna.

## 4,8 Personal och kompetens

En av målsättningarna vid införandet av Vårdval Halland var att förbättra förutsättningarna för vårdpersonalen att själva utforma verksamheten. Att vårdenheterna ska hitta innovativa sätt att bedriva verksamheten och låta den personalkategori som är bäst lämpad sköta olika arbetsuppgifter var en av grundtankarna bakom val av vårdenheter istället för val av läkare. Mellan 2006 och 2008 finns emellertid inga data på i vilken utsträckning denna målsättning uppnåtts. Camilla Henningsson, vice avdelningsordförande i Vårdförbundet Halland, anger att förbundets medlemmar upplever att de genom Vårdval Halland fått större möjligheter att påverka vårdens utformning. Medlemmarna upplever att idéer om hur verksamheten på bästa sätt ska bedrivas tas till var på. Kraven på ekonomiskbärighet har emellertid lett till att vissa av förbundets medlemmar tycker att fokus lyfts från vårdverksamheten.

## 4,9 Likheter och skillnader Vårdval Halland och Vårdval Stockholm

Det finns betydande skillnader mellan Vårdval Halland och Vårdval Stockholm. Skillnaderna finns bland annat i uppdragsbeskrivningen, kraven på vårdgivare, listningsförfarandet och ersättningssystemen.

Inom Vårdval Halland har primärvården, eller närsjukvården som den benämns i Halland, ett brett uppdrag. Ett viktigt mål är att en stor del av öppenvårdsbesöken ska ske i närsjukvården. Inom Vårdval Stockholm är uppdraget smalare, primärvården delas upp i flera delar och det sägs uttryckligen i regelverket att läkare vid mottagningarna ska vara allmänläkare. Enligt Konkurrensverket innebär ett brett uppdrag generellt att landstinget lägger större vikt vid att uppnå en



sammanhållen vård med helhetslösningar för patienten medan landsting som definierar smalare uppdrag generellt försöker komma tillrätta med tillgänglighetsproblem i primärvården. Ökad tillgänglighet har därmed varit ett mer framträdande mål.

Listningsförfarandet skiljer sig mellan landstingen. I Vårdval Halland listar sig invånarna på vårdenheter. I Vårdval Stockholm listar sig invånarna på läkare. En annan skillnad är att endast aktiv listning tillämpas i Vårdval Stockholm till skillnad från Vårdval Halland, där invånare även listas passivt. I Vårdval Halland väljer alla invånare en vårdenhet antingen aktivt, genom att skicka in en valblankett eller passivt genom att nöja sig med det av landstinget förslagna alternativet. Gemensamt för båda landstingen är att det inte förekommer något listningstak, dvs. man kan inte neka en invånare sitt val.

I Vårdval Halland står kapitationsersättningen för majoriteten av ersättningen, över 80 procent. Resterande del utgörs främst av patientavgifter. I Vårdval Stockholm utgör kapitationsersättningen drygt 40 procent av ersättningen. I Vårdval Stockholm utgår en besöksersättning baserad på vilken yrkeskategori som svarar för besöket med flera nivåer av extraersättning. Vårdval Stockholm har ett tak för besöksersättningen som baseras på antalet besök hos de olika yrkeskategorierna. Upp till taket sänks besöksersättningen stegvis. På så vis begränsas risken för en okontrollerad kostnadsökning. Kostnadsansvaret för vårdenheten är större inom Vårdval Halland än Vårdval Stockholm. I båda fallen kopplas ersättningen till kvalitetsmål, i Vårdval Stockholm finns bonus och viten på 3 procent av den totala ersättningen. I Vårdval Halland förekommer avdrag på kapitationsersättningen samt absoluta avdrag. Som nämnts ovan är Vårdval Stockholm utformad för att komma till bukt med tillgänglighetsproblem i primärvården.

Kraven för certifiering av vårdgivarna inom Vårdval Stockholm är mindre än på de inom Vårdval Halland. Som nämnts ovan kan en potentiell konsekvens av detta vara fler nyetableringar och mer konkurrens i Stockholm. Ett smalt uppdrag för husläkarverksamheten främjar sannolikt mångfald och underlätta etablering av nya vårdenheter, husläkarverksamheten stämmer även överens med hur primärvården tidigare var organiserad.

Övergripande jämförelse mellan vårdvalssystemen i Halland, Västmanland och Stockholm			
	Halland	Västmanland	Stockholm
Mål och uppdrag	Närsjukvård i fokus. Brett uppdrag. Ambition att ha både allmänläkare och specialister på vårdenheter. 80% av all öppen vård ska ske i närsjukvården.	Familjeläkarverksamhet i fokus. Brett uppdrag. Ingen uttalad ambition att ha specialister på vårdenheter.	Husläkarmottagning i fokus. Separat auktorisation för t ex barn- och mödrahälsovård. Ingen uttalad ambition att ha specialister på husläkarmottagningarna.
Listning	Akreditering . Listning på vårdenheter. Alla listas.	Upphandling enligt LOU. Listning på enheter i första hand. Alla listas.	Auktorisation. Listning på allmänläkare i första hand. Enbart aktiv listning.
Ersättning	Drygt 80% vårdpeng. Patientavgifter. Avdrag för bristande måluppfyllelse (bl a täckningsgrad).	Drygt 80% vårdpeng. Patientavgifter. Bonus och viten.	Drygt 40% vårdpeng. Besöksersättning efter yrkeskategori och åtgärd. Bonus o viten efter måluppfyllelse.

Källa: Anell, Anders; Vårdval – vårdval ett vägval för primärvården

## 5 Utvecklingsmöjligheter för Vårdval Halland

Utveckling av Vårdval Halland pågår kontinuerligt. Utvecklingsarbetet berör flera olika delar av modellen. Exempelvis påbörjades under 2009 en utredning för att avgöra huruvida hälso- och sjukvårdsåtagandet skulle vidgas för att även inkludera psykiatri, gynekologi och hud. Landstinget Halland följer även utvecklingen av vårdvalsmodeller i andra landsting. Gert Paulsson antyder att landstinget Halland, som var först i Sverige med att införa en vårdvalsmodell och därmed varit upphovsman till många av de styrmekanismer som nu används i andra landsting, gärna följer utvecklingen av andra vårdvalsmodeller innan de gör större förändringar i Vårdval Halland.

Ersättningssystemet har en central funktion i att styra vården. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) bedriver en studie vars ändamål är att utveckla landstingens ersättningssystem för hälso- och sjukvård. En utvecklingsmöjlighet som diskuteras inom såväl landstinget som bland forskare är möjligheten att vikta hälso- och sjukvårdspenghen för annat än patientens ålder. Detta förekommer redan i andra landsting. Viktning är vanligast förekommande för ålder, kön, vårdtyngd och socioekonomi. Viktning av vårdtyngd baseras på diagnosklassificering enligt ACG<sup>9</sup>. Viktning efter socioekonomi skulle exempelvis baseras på uppgifter om individen eller dess bostadsort. Dessa viktningar är avsedda att kompensera vårdenheter med högre kostnader till följd av behandling av patienter med större vårdbehov. Andra vårdmodeller innehåller viktning av detta slag men det finns inga enhetliga resultat som visar om vårdenheternas kostnader påverkas av dessa faktorer. Även om det inte ska utgöra underlag för långtgående slutsatser bör det nämnas att den vårdenhet i Halland som anses ha störst socioekonomisktyngd och vårdtyngd, Andersberg, också hade det största ekonomiska underskottet 2008, - 11,3 procent av omsättningen. Landstinget Halland testkörde under 2009 ACG på hälso- och sjukvårdens journalmaterial, något resultat av testet har inte publicerats.

Utvecklingen av Vårdval Halland märks kanske tydligast på mål och målluppföljningen. Detta är även ett område med stort utvecklingsbehov. De verksamhetschefer KPMG talat med menar att uppföljningsmåttan landstinget kräver ibland är omöjliga att få fram ur systemen eller saknar relevans. Ett mål behäftat med brister är det för medicinsk kvalitet. Måtten för medicinsk kvalitet är aktivitetsbaserade istället för effektbaserade. Problemet är emellertid inte isolerat till Halland utan återfinns i flera landsting. Ett annat målrelaterat problem är den dåliga vårdenheternas låga täckningsgrad. Gert Paulsson menar att ett sätt att öka täckningsgraden skulle kunna vara att införa någon typ av *gatekeeping* funktion på sjukhus. Sjukhusen skulle i större utsträckning än idag hänvisa patienter uppsökt vård hos sjukhusen, och kan behandlas av närsjukvården, till närsjukvården. Ytterligare ett förslag till ökad täckningsgrad är att utarbeta incitament för närsjukvården att knyta specialister till sig. Paulsson påpekar att det trots en ambition från landstinget att öka specialistkompetensen i närvården saknas incitament för vårdenheterna att anställa specialiteter. En verksamhetschef säger att de specialister som finns anställda på vårdenheten sannolikt inte är

<sup>9</sup> ACG (Adjusted Clinical Groups) är en metod som används för att fördela resurser med hänsyn till patienternas behov av vård.

ekonomiskt försvarbara. En tredje metod för att öka täckningsgraden skulle kunna vara att öka patientavgiften för patienter som söker vård på andra vårdenheter än den de är listade på.

Landstinget Halland anser att deras kommunikationskampanj som förgick införandet av Vårdval Halland borde innehållit mer intern information. De satsningar som gjordes, bland annat möten med verksamhetschefer och en specialutgåva av personaltidningen, anses inte varit tillräckliga. Andra utmaning inom kommunikationsområdet har varit att underlätta för invånarna att jämföra vårdenheter, kommunicera resultaten av måluppföljningen och få invånarna att förstå fördelen med att i första hand gå till den valda vårdenheten. Behovet av att informera vårdpersonalen inom landstingsdriven verksamhet om de förändringar Vårdval Halland innebär bekräftas av en av verksamhetscheferna KPMG AB intervjuat. Marknadsfokus och kundorientering saknades på landstingsdrivna verksamheter innan införandet.

## 6 Sammandrag

Vårdval Halland är en modell för att styra närsjukvården som infördes i landstinget Halland 1 januari 2007. Vårdval Halland ger invånaren möjlighet att välja vårdenhet. Invånaren åtar sig genom sitt val att i första hand vända sig till sin vårdenhet i behov av vård. För att få ingå i Vårdval Halland måste vårdenheten uppfylla av landstinget uppställda krav. Vårdenheten ersätts huvudsakligen genom en ersättning kopplad till antalet invånare som valt enheten, hälso- och sjukvårdspengen. Landstinget betalar ut pengarna till den vårdenhet invånaren valt. Privata och landstingsdrivna vårdenheter ersätts enligt samma regler. För att styra vården i önskad riktning sätter landstinget upp mål för vårdenheterna. Bristande målpåföljelse kan i vissa fall medföra avdrag på hälso- och sjukvårdspengen. Målsättningen då Vårdval Halland infördes var bland annat att öka tillgängligheten till primärvården och främja god hälsa i Halland.

Resultaten från landstingets målpåföljningar har i stort varit tillfredställande. Servicekvaliteten har i stort förbättrats sedan införandet. Ohälsotalen, ett mått på hälsoläget, har minskat. Det är emellertid svårt att avgöra i vilken utsträckning förbättringen härrör från införandet av Vårdval Halland. Målpåföljningen försvåras i vissa fall av vårdenheternas oförmåga att ta fram nödvändig information. Sedan införandet har antalet privata vårdenheter anslutna till Vårdval Halland ökat markant. Den mest påtagliga förändringen skedde mellan 2006 och 2007. 2006 fanns 12 privata och 25 landstingsdrivna vårdenheter medan det 2007 fanns 20 privata enheter samtidigt som antalet landstingsdrivna var oförändrat. Idag finns 24 landstingsdrivna och 23 privata vårdenheter. Ca 140 000 aktiva val har registrerats i Halland fram tills 2010. De ekonomiska resultaten för landstingsdrivna vårdenheter tyder på ökad ekonomisk press sedan Vårdval Halland infördes. Landstingets ekonomi för närsjukvården verkar däremot inte belastas i någon större utsträckning. Åsikterna om Vårdval Halland skiljer sig bland vårdpersonalen enligt fackliga företrädare.

# Appendix

## Publicerat material

- Anders Anell, KOMMEK, Vårdval ett vägval för primärvården, 2008
- Anders Anell, Läkartidningen Nr 28-29 2008 Vol 105, Vårdval på gång inom dagens primärvård
- Gert Paulsson, Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2007
- Gert Paulsson, Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2008
- Konkurrensverket, Fritt val i vård och omsorg, 2008
- Konkurrensverket, Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder, delrapport 1, 2009
- Konkurrensverket, Uppföljning av vårdval i primärvården – landstingens vårdvalssystem och erfarenheter, delrapport 2, 2010
- KPMG AB, Konkurrensutsättning inom hemtjänsten och primärvården, 2009
- Landstinget Hallands Årsredovisning 2008, 2009
- Landstingsfullmäktiges beslut 3 april 2006, 12 juni 2006
- Landstingsfullmäktiges uppföljning av mål för Vårdval Halland 2007, 2008, 2009
- Landstinget Hallands Budget 2009, 2010
- Landstinget Halland Workshop Presentationer 26 maj 2009
- Modellbeskrivning Vårdval Halland 2010
- Proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården
- Regeringsbeslut 4a Insatser för att utveckla ersättningssystem inom hälso- och sjukvården 2007
- Sammanställning av utvärderingar av vårdvalssystem, Lunds Universitet, 23 april 2010
- Statistiska centralbyrån, Årsbok för Sveriges kommuner 2010
- Socialstyrelsen, Införandet av vårdval i primärvården, 2010
- SOU 2008:15 LOV att välja – Lag om valfrihetssystem, 2008

SOU 2008:37 Vårdval i Sverige 2008

Vårdförbundet, Ersättningsmodeller i Primärvården 2010

## Intervjuer och avstämningar

Camilla Henningsson, Vice avdelningsordförande, Vårdförbundet Halland

Gert Paulsson, ekonomie doktor, Ekonomihögskolan och Rådet för Kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU) vid Lunds universitet

Helene Hay, Verksamhetschef, Capio Cityklinik Halmstad

Katarina Samskog, Verksamhetschef, Hyltebruk och Torups vårdcentraler

Lars Kolmodin, Enhetschef Ekonomiservice, Landstinget Halland

# Vårdval-Halland - suomenkielinen tiivistelmä



# 1 Taustaa

## Vårdval Halland lyhyesti

Vårdval Halland, laajennetun perusterveydenhuollon (närsjukvård)<sup>10</sup> malli, otettiin käyttöön tammikuussa 2007. Vårdval -järjestelmän tavoitteena oli alun perin lisätä perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja edistää asukkaiden terveyttä Hallandin maakunnassa. Järjestelmässä maakunnan asukas valitsee itse oman, vårdval -järjestelmään kuuluvan hoitoyksikkönsä (vårdenhet). Hoitoyksikkö kuuluu vårdval -järjestelmään vain siinä tapauksessa, että se täyttää maakäräjien hoitoyksiköille asettamat vaatimukset.

Hoitoyksiköille palvelusta maksettava korvaus (hälso- och sjukvårdspeng) perustuu pääasiassa yksikön valinneiden asukkaiden määrään, ja korvaus maksetaan sekä yksityisille että julkisille palvelun tuottajille samoin perustein. Jos asetetut tavoitteet eivät toteudu, saattaa tämä johtaa hoitoyksiköille maksettavan korvauksen vähentämiseen.

## Vastuunjako terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa

Ruotsissa vastuu terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta jakaantuu valtion, maakäräjien ja kuntien kesken. Valtio vastaa valtakunnallisesta terveydenhuolto- ja sairaanhoitopolitiikasta. Kunnan tehtävät liittyvät lähinnä lapsiin, nuoriin, vanhuksiin, päihdeongelmaisiin ja henkilöihin, joilla on jokin toimintakykyä rajoittava vamma. Kunnat vastaavat myös sairaalasta kotiutettavien henkilöiden hoidosta, kouluterveydenhuollosta sekä psyykkisesti sairaiden henkilöiden tukemisesta.

Maakäräjät vastaavat terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta siten, että kaikilla on oikeus ja mahdollisuus hyvään hoitoon. Maakäräjät ja kunnat voivat päättää melko itsenäisesti miten terveydenhuolto ja sairaanhoito alueella järjestetään.

Maakäräjillä on oikeus verottaa asukkaitaan terveydenhuolto- ja sairaanhoitopalvelujen rahoittamiseksi: maakäräjät päättävät itse minkä suuruisen veron ne keräävät ja mihin kerättävä vero kohdistetaan. Verotulojen lisäksi maakäräjät saavat valtionavustusta terveydenhuoltoon ja sairaanhoitoon. Valtio myöntää maakäräjille myös erityisiä varoja hoidon saatavuuden parantamiseksi ja lääkekustannusten kattamiseksi.

## Vastuu ennaltaehkäisevästä hoidosta

Valtion Kansanterveyslaitoksella (Folkhälsoinstitutet) on kansallinen vastuu terveyden edistämisestä sekä sairauksien ja vammojen ennaltaehkäisemisestä. Kansanterveyslaitoksen tehtävänä on kehittää osaamista sekä menetelmiä ja työkaluja paikalliseen ja alueelliseen kansanterveystyöhön.

<sup>10</sup> *Närsjukvård* tarkoittaa perusterveydenhuoltoa, jossa hoitoa antavat sekä yleis- että erikoislääkärit.

## Vårdval –järjestelmä yleisesti

Vårdval –järjestelmää alettiin soveltaa kunnissa ja maakäräjillä 1990-luvun alussa. Järjestelmässä yksilölle annetaan oikeus valita palvelun tuottaja niiden palvelun tuottajien joukosta, jotka viranomaisen on hyväksynyt. Aasukkaan valintaa ei saa rajoittaa maakunnan sisällä. Keskeinen osa mallia on korvausjärjestelmä, jossa raha seuraa asiakasta ts. maksu palvelun tuottajalle perustuu asiakkaan valintaan ja on yhtä suuri kaikille tuottajille.

Uudistuksen perimmäisenä tarkoituksena oli vahvistaa asukkaiden valinnanvapautta, monipuolistaa palveluja ja siirtää valtaa maakäräjiltä potilaille. Tavoitteena oli edistää hoidon ja hoivan palvelujen tarjonnan monimuotoisuutta sekä parantaa palvelujen sopivuutta potilaan tarpeisiin. Uudistuksen myötä vilkastuvan kilpailun uskottiin kehittävän ja tehostavan myös julkista palveluntuotantoa.

Maakäräjillä on ollut tämän vuoden tammikuun 1. päivästä lähtien lainmukainen velvollisuus järjestää perusterveydenhuoltonsa siten, että kansalaisilla on itse mahdollisuus valita palvelun tuottaja.

## Hallandin lääni ja Hallandin maakäräjät

Hallandin lääni muodostuu kuudesta kunnasta, ja läänissä on noin 297 000 asukasta. Hallandin asukkaiden terveydentila on hyvä verrattuna muuhun väestöön. Hallandissa on kaksi akuuttisairaala, Halmstad ja Varberg, lähisairaala ja lisäksi erillisiä sopimuksia yksityisten erikoislääkäreiden kanssa. Hoitoyksiköitä, julkisia ja yksityisiä, on yhteensä 47.

Muuhun maahan verrattuna Hallandissa käytetään budjetista suhteellisesti suurempi osuus perusterveydenhuoltoon ja pienempi osuus erikoissairaanhoidon. Maakunnan taloudellinen tilanne on melko hyvä, vaikka vuosien 2008 ja 2009 tulokset olivatkin negatiiviset.

## Päätös Vårdval Hallandin toteuttamisesta

Ennen Vårdval -järjestelmää Hallandin maakunnassa oltiin tyytymättömiä perusterveydenhuoltoon: käytössä oli useita eri hoitomalleja, palvelun tuottajat saivat samasta palvelusta erisuuruisen korvauksen, korvausjärjestelmä ei tukenut maakäräjien tavoitteita eivätkä seurantamittarit olleet riittävät. Silloinen korvausjärjestelmä palkitsi palvelun tuottajaa potilaskäyntien lukumäärän kasvattamisesta sen sijaan että olisi kiinnitetty huomiota palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen. Mallit eivät myöskään tukeneet perusterveydenhuoltoa erikoistuneemman hoidon siirtämistä potilaan lähelle, osaksi laajennettua perusterveydenhuoltoa.

## 2 Vårdval -järjestelmä

### Järjestelmän tavoitteet

Vårdval -järjestelmän keskeinen tavoite on, että merkittävä osa potilaan hoitoa tarjotaan lähellä potilasta, kunhan se on lääketieteellisesti mahdollista. Maakunnan asukkailla tulee olla mahdollisuus valita oma hoitoyksikkönsä. Perusterveydenhuollon laadun tulee olla hyvä ja palvelun saatavuuden korkea. Hoitoyksikön tuottaman palvelun tulee olla luonteeltaan myös jatkuvaa. Hoitoyksikön tulee tukea potilasta sekä koordinoita ja ohjata potilaan saamaa terveydenhuoltoa ja sairaanhoitoa hoitoketjujen toimivuutta edistäen.

Maakäräjät ovat asettaneet hoitoyksiköille tavoitteet, jotta laajennettua perusterveydenhuoltoa voidaan ohjata haluttuun suuntaan. Tavoitteet vuodelle 2010 liittyvät seuraaviin tekijöihin:

- Saatavuus
- Kattavuus
- Hoitoketjujen toimivuus
- Hoidon turvallisuus
- Lääketieteellinen laatu
- Hoidon kehitys
- Ennaltaehkäisevä työ
- Lääkemääräykset.

Maakäräjien erityisenä tavoitteena on

Hyvä terveys	Asukkaiden terveydentila paranee jatkuvasti.
Tyytyväiset ja sitoutuneet asukkaat	Vähintään 90 prosenttia asukkaista on tyytyväisiä maakäräjien tarjoamiin palveluihin ja niiden saatavuuteen.
Hyvä hoito	Vähintään 90 prosenttia asukkaista on tyytyväisiä hoidon laatuun.
Vahva talous	Maakäräjillä tulee olla vahva talous sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna. Lähtökohtana on, että jokainen sukupolvi vastaa omista kustannuksistaan.
Työstään ylpeät ja työhönsä sitoutuneet työntekijät	Työntekijät ovat ylpeitä työstään ja työskentelystä Hallandin maakuntakäräjillä.

## Asukkaat

Kaikilla niillä asukkailla, jotka ovat kirjoilla Hallandin maakunnassa, on mahdollisuus valita minkä hoitoyksikön piiriin he kuuluvat. Tätä kutsutaan aktiiviseksi listautumiseksi. Hallandissa listataan myös ne asukkaat, jotka eivät itse aktiivisesti valitse hoitoyksikköään: listautuminen perustuu hoitoyksikön maantieteelliseen sijaintiin tai aikaisempaan palvelujen käyttöön. Tätä kutsutaan passiiviseksi listautumiseksi. Listaus tarkoittaa, että asukas kääntyy ensisijaisesti valitsemansa hoitoyksikkönsä puoleen palveluja tarvitessaan. Hoitoyksikölle maksettava korvaus perustuu listaukseen.

Asukkaan tulee olla täysi-ikäinen voidakseen valita hoitoyksikkönsä. Hoitoyksikön tulee ottaa asukas vastaan kolmen kuukauden sisällä valinnan tekemisestä eikä hoitoyksiköllä ole oikeutta kieltäytyä asukkaan vastaanottamisesta.

Asukas voi vaihtaa hoitoyksikköä neljä kertaa vuodessa. Vaihto tapahtuu kirjallisesti. Tarkkaa rekisteröityä tietoa siitä, kuinka usein ja miksi asukkaat vaihtavat hoitoyksikköä, ei ole.

Järjestelmään siirryttäessä asukkaita lähestyttiin kirjeitse, käynnistettiin laaja tiedotuskampanja ja vastattiin asukkaiden kysymyksiin puhelimitse ja sähköpostin välityksellä. Nyt tiedottaminen tapahtuu lähinnä maakäräjien kotisivujen välityksellä.

## Hoitoyksikön hyväksyminen vårdval -järjestelmään

Palvelun tuottajan tulee täyttää maakäräjien sille asettamat vaatimukset.

- Hoitoyksikön tulee olla luonteva ensivalinta asukkaalle, sikäli kun potilaan tila ei vaadi sairaalahoitoa.
- Tuotettavien palvelujen tulee olla laadultaan hyviä, saatavissa ja luonteeltaan jatkuvia. Hoitoyksikön tulee ottaa huomioon asukkaan terveydentilaan vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät.
- Hoitoyksikkö toimii asukkaan terveydenhuollon ja sairaanhoidon palvelujen koordinoijana.

Vaatus vastaa potilas koskee hoitoyksikköä myös silloin, kun kyseessä on akuutti sairastuminen tai vamma, kuului potilas kyseiseen hoitoyksikköön tai ei.

Hoitoyksiköllä on yhteiskunnallinen vastuu lähialueestaan. Tämä vastuu ei liity asukaan valinnanvapauteen vaan kyseessä on hoitoyksikön velvollisuus toimia esimerkiksi tarttuvien tautien tai terveyteen vaikuttavien teollisuus päästöjen uhatessa.

Hoitoyksiköille asetettavat organisatoriset vaatimukset ovat moninaisia, esimerkkinä taloudellinen vakaus, tekninen kyvykkyys ja henkilöstön osaaminen sekä hoito-ohjelmien, lain ja asetettujen suuntaviivojen noudattaminen.

Hoitoyksiköt voivat yleisten tehtäviensä lisäksi vastata tietyistä erityisistä tehtävistä, esimerkiksi äitiysneuvolatoiminnasta, nuorisovastaanotosta sekä lääkärin erikoistumisesta ja erikoistumisen ohjaamisesta

### Maakäräjien asettamat tavoitteet ja niiden seuranta

Asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan kolme kertaa vuodessa, ja seurantaa kehitetään jatkuvasti. Jos tietyt tavoitteet eivät toteudu, voi tämä johtaa hoitoyksikölle maksettavan korvauksen vähentämiseen. Seuraavassa on esitetty esimerkkejä hoitoyksiköiden tavoitteista ja niiden seurannasta vuonna 2010.

Tavoite	Seuranta, esimerkkejä
Saatavuus: hoitoyksikön tulee täyttää kansallisen hoitotakuun vaatimukset 100-prosenttisesti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osuus potilaista, joille voidaan tarjota lääkärissä käynti hoitotakuun edellyttämässä 7 päivässä.</li> <li>- Hoitoyksikön tavoittaminen sähköpostitse tai netin kautta.</li> <li>- Potilaiden käsitys palvelujen saatavuudesta (kansallinen potilaskysely)</li> </ul>
Kattavuus: 80 prosenttia hoitoyksikön asukkaiden palvelujen käytöstä tuotetaan valitussa hoitoyksikössä, hoitoyksikön yhteistyötahoilla tai muissa laajennettuun perusterveydenhuoltoon kuuluvissa yksiköissä.	Laajennetun perusterveydenhuollon potilaskäyntien osuus kaikkien potilaskäyntien kokonaismäärästä. Käyntien kokonaismäärällä tarkoitetaan kaikkia niitä potilaskäyntejä, jotka rahoitetaan maakäräjien toimesta ja jotka rekisteröidään laajennettuun perusterveydenhuoltoon, psykiatriaan, läänin sairaalaan niin läänissä kuin läänin ulkopuolella. Jos tavoite ei toteudu, pienenee hoitoyksiköille maksettavan korvauksen määrä erillisen taulukon mukaisesti. Jos kattavuus on esimerkiksi 70 – 71 prosenttia, on vähennys 165 kruunua per henkilö.
Hoitoketjujen toimivuuden edistäminen: hoitoyksikön tulee rakentaa tehokkaita hoitoketjuja yksittäisille potilaille. Terveystenhuollon ja sairaanhoidon yhteisvaikutusta tulee kehittää niin, että kaikki terveyteen vaikuttavat positiiviset tekijät ja parempi elämänlaatu toteutuvat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erityisosaamisten rekisteröinti: mitä erityisosaamista hoitoyksiköllä on käytössään ja missä laajuudessa.</li> <li>- Tiimiyhteistyö kuntoutuksessa.</li> </ul>
Turvallinen hoito: asukkaiden ei tule kärsiä sellaisista sairauksista, joita voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaskäyntien osuus, jotka on diagnosoitu kansainvälisen standardin mukaisesti (ICD-10).</li> <li>- Hoitoyksiköiden kirjalliset ohjeet poikkeamien raportointia ja tilanteen korjaamiseksi tehtävää työskentelyä varten.</li> </ul>
Lääketieteellinen laatu: laatu, jota verrataan kansallisiin tavoitteisiin ja mittaustuloksiin. Laatuja tulee voida seurata yksityiskohtaisesti, toimintatavat ja menetelmät tulee olla dokumentoituina ulkoisen tarkastuksen ja lääketieteellisen tarkastuksen mahdollistamiseksi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kansalliseen diabetesrekisteriin osallistuminen</li> <li>- Niiden uusintatutkimuksiin tulleiden sydäninfarktipotilaiden osuus, jotka on lähetetty erikoissairaanhoidosta laajennetun perusterveydenhuollon piiriin.</li> </ul>

Hoidon kehittäminen: positiivisten terveysvaikutusten saavuttaminen ja palvelujen tuottaminen tehokkaiden menetelmien avulla	- Koulutukseen ja yhteisiin kehittämistehtäviin osallistuminen
Ennaltaehkäisevä työ / Terveiden edistäminen: keskustelu potilaan terveyteen ja elintapoihin liittyvistä kysymyksistä potilastapaamisissa: neuvoa ja tukea tupakoinnin lopettamiseksi, fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi, ravintoon, ylipainoon ja liikalihavuuteen sekä alkoholin väärinkäyttöön liittyen.	- Niiden potilaiden osuus, joiden kanssa on keskusteltu terveyteen ja elintapoihin liittyvistä kysymyksistä.  - Fyysisen aktiivisuuden lisäämissuosituksia per 1 000 käyntiä.
Lääkemääräykset: lääkemääräysten kustannustehokkuus ja hyvä laatu. Toiminnan johtajalla ja lääketieteellisellä vastuullisella on kokonaisvastuu hoitoyksikön lääkemääräyksistä.	- Suositusten mukaisten lääkemääräysten osuus kaikista lääkemääräyksistä. Jos tavoitteet eivät toteudu, vähenee maksettava korvaus erikseen määritellyn laskentataulukon mukaisesti.

### Korvausjärjestelmä

Hoitoyksiköille maksettava korvaus perustuu kiinteään korvaukseen, jota kutsutaan myös kapitaatiokorvaukseksi. Korvaus perustuu hoitoyksikköön listautuneiden asukkaiden määrään. Hoitoyksiköille lisäksi maksettava vaihtuva korvaus riippuu käyntien määrästä.

### Kapitaatiokorvaus

Korvaus määritellään pisteiden avulla. Yhden pisteen arvo on 2 900 kruunua.

Ikä	Pisteet	Korvaus per hlö (pl. 6 prosentin alv-kompensaatio yksityisille hoitoyksiköille)
0-6	2,1	6 090
7-64	0,6	1 740
65-79	2	5 800
80 <	3,0	8 700

Korvaus maksetaan hoitoyksiköille kuukausittain tasasuuruksina erinä. Maksu tapahtuu ennakoon.

Lääkekustannukset eivät sisälly yllä esitettyyn korvaukseen. Potilas maksaa itse lääkekustannuksensa 1 800 kruunuun asti.

## Vaihtuva korvaus

Potilasmaksu on maksu, jonka asukas maksaa käyttäessään laajennetun perusterveydenhuollon palveluja. Kaikki yli 20 -vuotiaat maksavat potilasmaksun. Maksu vaihtelee 80 ja 300 kruunun välillä riippuen palvelusta ja sen käytön ajankohdasta. Potilasmaksu kohdistuu asianomaiselle hoitoyksikölle. Potilasmaksun suuruus päätetään vuosittain maakäräjien valtuustossa tavoitteiden asetannan ja budjettipäätösten yhteydessä.

Hoitoyksikkö saa erillisen korvauksen sellaisesta potilaasta, joka ei ole listautunut yksikköön. Hallandin maakunnassa asuvat, mutta toiseen hoitoyksikköön listautuneet, korvataan erillisen maakäräjien hyväksymän hinnaston mukaan. Niiden potilaiden, jotka ovat kirjoilla toisessa maakunnassa, maksu määräytyy kertamaksuna erillisen maakäräjien hyväksymän hinnaston mukaan.

Jos hoitoyksikkö vastaa jostakin erityisestä tehtävästä, maksetaan siitä erikseen kulloisenkin tehtävän mukaan. Erityisistä tehtävistä vastaavat palvelun tuottajat, korvaustavat ym. vaihtelevat tehtävästä riippuen.

Tulkkauksekustannukset maksetaan myös maakäräjien toimesta. Korvaus hoitoyksikölle on kaksi kertaa niin suuri kuin tulkin laskuttama palkkio. Tämän lasketaan korvaavan sen, että vastaanottokäynti kestää tulkkauksen vuoksi normaalia pidemmän ajan.

Yksityiset hoitoyksiköt eivät kuulu alv-vähennyksen piiriin, toisin kuin julkiset hoitoyksiköt. Kohtelun tasapuolistamiseksi on yksityisten hoitoyksiköiden saamaa korvaussummaa korotettu kuudella prosentilla.

## Vårdval -järjestelmän vuoden 2009 tavoitteita ja seurannan tuloksia

Tavoite	Seurannan tulos, esimerkkejä
<b>Saatavuus:</b>	
Lääkärin vastaanottoajan sopiminen samana päivänä kun asukas on yhteydessä hoitoyksikkönsä	Hoitotakuu edellyttää, että asukas saa yhteyden hoitoyksikköönsä päivän aikana. Yhtenä mittarina on puheluihin vastaaminen: 90 prosenttiin puheluista vastattiin
Lääkärin vastaanotto hoitotakuun edellyttämän 7 päivän sisällä	98 % pääsi lääkäriin hoitotakuun edellyttämässä ajassa; vuonna 2007 vastaava luku oli 96 %. Valtakunnallinen ka. oli 92 %.
Hoitoyksikön tavoittaminen sähköisesti	Kaikki hoitoyksiköt, lukuun ottamatta kahta hoitoyksikköä, olivat tavoitettavissa internetin kautta.
<b>Kattavuus:</b>	

80 % palvelujen käytöstä (pl. laitoshoido ja kotisairaanhoido) tuotetaan valitussa hoitoyksikössä, hoitoyksikön kanssa yhteistyössä olevien toimijoiden kanssa ja muiden hoitoyksiköiden kanssa	Tavoite ei ole toteutunut. Kattavuus on parantunut järjestelmän aikana 67 prosentista 69 prosenttiin. Yksittäisten kuntien tulokset vaihtelevat 67 prosentista 76 prosenttiin. Tulos on pienentänyt hoitoyksiköille maksettavaa korvausta.
<b>Hoitoketjujen toimivuuden edistäminen:</b>	
- Niiden potilaiden osuus, jotka saavat lähetteen ortopedian erikoislääkärille ja jotka ovat sitä ennen olleet yhteydessä lääkintävoimistelijaan, työterapeuttiin, kiropraktikkoon tai hoitoyksikön naprapaattiin  Kirjallinen menettelyohje potilaiden sairausloman myöntämiseen	Hoitoyksiköiden yhteistyö asiantuntijoiden kanssa on lisääntynyt. Kuntoutusasiiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevien yksiköiden osuus kaksinkertaistui vuosien 2008 ja 2009 välillä.
<b>Turvallinen hoito:</b>	
Potilaskäyntien osuus, jotka on diagnosoitu kansainvälisen standardin mukaisesti.	32 hoitoyksikköä raportoi, että 70 - 100 prosenttia potilaista diagnosoitiin ICD-10 mukaisesti.
Hoitoyksiköllä tulee olla kirjalliset menettelyohjeet poikkeamien raportoimiseksi ja tilanteen parantamiseksi.	Kaikilla yksiköillä on menettelyohjeet poikkeamien raportoinniksi.
<b>Lääketieteellinen laatu:</b>	
Kansalliseen diabetesrekisteriin osallistuminen	Hoitoyksiköt osallistuvat rekisteriin vuodesta 2009 lähtien, mutta osallistuminen on edelleen yksi alhaisimmista koko valtakunnasta.
Uusintakäynnille tulleiden sydänkohtauspotilaiden osuus, jotka lähetetään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon	Ei tietoa
Potilaat, joilla on psyykkisiä ongelmia ja joita tuetaan keskusteluterapialla	27 yksikköä 47:stä ilmoitti käyttäneensä keskusteluterapiaa yhtenä hoitokeinona.
Hoidon kehittäminen	Kehittämistyöhön käytettyjen tuntien määrä vaihteli eri ammattiryhmissä. Maakäräjien toivomaan koulutukseen osallistuminen ei lisääntynyt.
<b>Ennaltaehkäisevä työ / Terveiden edistäminen:</b>	
Terveyttä edistävää työtä toteutetaan 90	11 hoitoyksikköä saavutti tavoitteen. Vuonna 2008 vastaava luku



prosentissa potilaskäyntejä	oli 2 hoitoyksikköä. Kaikilla ei ollut koottua tietoa asiasta eikä siten edellytyksiä vastata kysymykseen.
<b>Lääkemääräykset:</b>	
hoitoyksiköiden kirjoittamat lääkemääräykset noudattavat suosituksia vähintään 50 prosenttisesti.	70 prosenttia hoitoyksiköistä täytti tavoitteen kaikissa suosituksissa

## 3 Vårdval Hallandin vaikutuksia

### Seurantajärjestelmän tehokkuus

Maakäräjät kehittävät seurantajärjestelmää jatkuvasti.

- Kattavuustavoitteet eivät ole toteutuneet. Syynä saattaa olla, että potilailla on mahdollisuus päästä sairaalaan ilman lähetettä. Toisaalta hoitoyksiköille maksettavasta korvauksesta tehtävä vähennys ei kenties ole riittävän suuri, jotta sillä olisi vaikutusta hoitoyksiköiden käyttäytymiseen.

- Mittarit eivät aina ole relevantteja eivätkä mittaa hoidon tehokkuutta tai vaikuttavuutta (esimerkkinä osallistuminen kansalliseen diabetesrekisteriin).

- Lääketieteellisen laadun mittaaminen on puutteellista niin Hallandissa kuin koko maassa.

### Terveyden ja palvelujen kehittäminen

Maakäräjien tavoitteena on asukkaiden hyvä terveys. Hallandissa sairauspoissaolojen määrä on pienempi kuin koko maassa keskimäärin. Sairasvakuutuskassasta (Försäkringskassa) 16–64 -vuotiaille maksettiin korvauksia vuonna 2006 35,4 päivältä (koko maa 39,9) ja vuonna 2009 29,5 päivältä (koko maa 33).

Maakäräjien toisena tavoitteena on tyytyväinen ja toimintaan sitoutunut asukas. Asukkaista 68 % luotti hoitoyksikköönsä (koko maa 59 %). Hallandissa ollaan myös keskimääräistä tyytyväisempiä hoidon saatavuuteen. Asukkaat pitävät palvelun laatua erittäin hyvänä. Tosin tyytyväisyys oli koko maata korkeampi jo ennen Vårdval Hallandin käyttöönottoa.

Vårdval -järjestelmän myötä hoitoyksiköiden aukioloajat ovat pidentyneet: hoitoon pääsee entistä paremmin myös iltaisin ja viikonloppuisin. Yhtenä syynä kehitykseen saattavat olla vårdval -järjestelmälle yleiset piirteet: kilpailuasetelma hoitoyksiköiden välillä sekä asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin fokuoiminen.

Hoitoyksiköiden käyntien kokonaismäärän kehityksestä ei ole saatavissa tarkkaa tietoa. Julkisten hoitoyksiköiden käyntimäärät ovat pienentyneet noin yhdestä miljoonasta vuonna 2006 aina 940 000 euroon vuonna 2008. Todennäköisesti vähennys johtuu siitä, että julkiset hoitoyksiköt ovat menettäneet markkinaosuuttaan yksityisille hoitoyksiköille.

### Markkinoiden kehittyminen

Vårdval Halland on vaikuttanut terveydenhuollon palvelutuotannon rakenteisiin. Yksityisten palveluntuottajien määrä kasvoi merkittävästi järjestelmän käyttöönoton myötä: vuonna 2006 yksityisiä yksiköitä oli 12 ja vuonna 2010 yksityisiä hoitoyksiköitä oli 23.

Kilpailuvirasto toteaa, että hoitoyksikön perustamiseen vaikuttavat pääasiassa maakäräjien palvelun tuottajien hyväksymismenettely, korvausjärjestelmä ja asukkaiden listautumismenettely. Hallandin hyväksymiskriteerejä palvelun tuottajille pidetään melko vaativina ja siten myös markkinoiden kehittymiseen vaikuttavina. Asukkaiden liikkuvuus tai se, kuinka aktiivisia asukkaat ovat valitsemaan ja vaihtamaan palveluntuottajaa, vaikuttavat osaltaan uuden yksikön perustamiseen. Myös poliittisilla päätöksillä voi olla merkittävä vaikutus yksityisen palvelun tuottajan halukkuuteen investoida ja etabloitua osaksi vårdval-järjestelmää.

### Maakunnan palvelun tuottajien valinta

Vuonna 2007, kun järjestelmään siirryttiin, rekisteröitiin yhteensä 47 000 aktiivista valintaa. Vuosina 2008 ja 2009 rekisteröitiin runsaat 30 000 valintaa kumpanakin vuonna. Lisäksi voidaan olettaa, että suuri osa asukkaista, jotka olivat tyytyväisiä heille ehdotettuun hoitoyksikköön, tekivät käytännössä aktiivisen valinnan.

### Korvausjärjestelmä ja hoitoyksiköiden talous

Korvausjärjestelmä on tärkeä osa Vårdval -mallia. Korvausjärjestelmä yhdessä hoitoyksiköille asetettavien tavoitteiden kanssa on maakäräjien tärkein terveydenhuollon ja sairaanhoidon ohjauskeino. Järjestelmä palvelee hyvin myös maakäräjien kokonaiskustannusten seuranta. Hoitoyksiköt puolestaan kokevat, että järjestelmän kanssa on helppo elää mm. siksi, että maksuerät ovat helposti ennustettavissa. Korvausjärjestelmä perustuu suurelta osin kapitaatiokorvauksiin ja pienempi osa käyntimaksuihin.

Hoitoyksiköiden taloutta tarkasteltaessa voidaan kysyä: mitä tapahtuu julkisille hoitoyksiköille, jos niiden tulos on negatiivinen pidemmän ajan? Tällä hetkellä heikommin menestyvän hoitoyksikön mahdolliset tappiot voidaan kattaa erityisestä riskirahastosta, johon kaikki julkiset hoitoyksiköt suorittavat tietyn maksun. Toinen kysymys liittyy konkurssikypsien yksiköiden lakkauttamiseen siinä tapauksessa, ettei kyseinen alue ole houkutteleva yksityiselle hoitoyksikölle. Maakunnassa tulisi olla selkeät ohjeet siitä, mitä julkisille tappiollisille hoitoyksiköille tapahtuu ajan myötä.

### Maakäräjien rooli palvelujen tilaajana ja tuottajana

Maakäräjät ovat sekä palvelujen rahoittajia (tilaajia) että omistajia (tuottajia). Kumpikin rooli on muuttunut vårdval -järjestelmän myötä. Ohjausmekanismeissa näkyvät nyt selkeämmin toiminnan tulos sekä sen mittaaminen ja seuranta. Järjestelmä on osoittanut, että on tarpeellista ymmärtää omistajaohjauksen merkitys sekä nähdä myös maakäräjien rooli palvelujen tuottajana.

## Vårdval Hallandin ja Vårdval Stockholmin (Tukholman malli) vertailua

Vårdval Halland ja Vårdval Stockholm poikkeavat toisistaan merkittävästi. Eroavaisuuksia on mm. tehtäväkuvauksissa, palveluntuottajille asetettavissa vaatimuksissa, listausmenettelyssä ja korvausjärjestelmässä.

- Hallandin mallin katsotaan olevan Tukholman mallia laajempi; Tukholman mallin pääasiallisena tavoitteena on perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantaminen.
- Listausmenettelyssä Hallandissa asukas listautuu hoitoyksikköön, Tukholmassa listautuminen tapahtuu lääkärille. Tukholmassa on käytössä vain aktiivinen listaus, toisin kuin Hallandissa.
- Hallandin järjestelmässä yli 80 % hoitoyksiköiden rahoituksesta kertyy kapitaatioperusteisesti ja loppuosa pääasiassa potilasmaksuista. Tukholmassa kapitaatioperusteinen rahoitus muodostaa runsaat 40 % kokonaisrahoituksesta.
- Hallandin mallissa tavoitteena on, että hoitoyksiköissä työskentelee sekä yleis- että erikoislääkäreitä. Vastaavaa tavoitetta ei ole esitetty Tukholman mallissa.
- Tukholman mallissa palvelun tuottajalle maksetaan bonusta enintään kolme prosenttia kokonaiskorvauksesta, kun taas Hallandin mallissa toteutetaan ainoastaan korvauksen vähentämistä.
- Hallandin maakunnassa palvelun tuottajille asetetut vaatimukset ovat tiukemmat kuin Tukholman mallissa. Uusien toimijoiden on siten helpompi etabloitua markkinoille Tukholmassa kuin Hallandin maakunnassa.

# 4 Hallandin vårdval -järjestelmän kehittämismahdollisuuksia

Kehittämistyö on jatkuvaa ja parhaiten se ilmenee tavoitteiden asettamisessa ja niiden seurannassa.

- Vuonna 2009 alettiin selvittää, miten psykiatria sekä iho- ja naistentaudit saataisiin vårdval -järjestelmän piiriin.

- Tuleeko hoitoyksiköille maksettava korvaus sitoa muihinkin tekijöihin kuin vain asukkaan ikään? Korvaus voidaan sitoa mm. henkilön sukupuoleen, hoitoisuuteen ja sosioekonomisiin tekijöihin. Yhtenäisiä tuloksia siitä, miten edellä mainitut tekijät vaikuttavat hoitoyksiköiden tulokseen, ei ole käytettävissä.

- Seurannan mittarit eivät aina ole relevantteja, tai seurantatiedon kokoaminen on työlästä tai lähes mahdotonta. Hoidon kattavuustavoitteen saavuttaminen on selkeä tavoitteen asettamiseen ja mittaamiseen liittyvä ongelma. Kattavuuteen saatetaan voida vaikuttaa perustamalla sairaaloihin ns. "portinvartijan" tehtävä, jolloin sairaala ohjaisi kaikki sairaalahoitoa tarvitsemattomat potilaat välittömästi laajennetun perusterveydenhuollon piiriin.

- Laajennettua perusterveydenhuoltoa voi edistää palkitsemalla hoitoyksiköitä erityisesti erikoislääkäreiden liittämistä hoitoyksikön toimintaan.

- Asukkaan ohjaaminen valittuun hoitoyksikköön saattaisi tehostua, jos potilasmaksua korotettaisiin potilaan hakeutuessa muuhun kuin omaan hoitoyksikköön.