

Granskning av VG Primärvård

Dnr: Rev 29-2013

Genomförd av: Ernst & Young

Behandlad av Revisorskollegiet den 13 november 2013

Granskning av VG Primärvård Västra Götalandsregionen



Innehåll

1. Inledning	2
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	4
1.3. Revisionskriterier.....	5
1.4. Metod	5
2. Organisering och styrning.....	6
2.1. Idéskiss vid starten av VG Primärvård.....	6
2.2. Riskanalys i samband med planeringen av VG Primärvård	7
2.3. Organisering av VG Primärvård.....	8
2.4. Bedömning	10
3. Vårdcentralens styrfaktorer.....	11
3.1. KoK-boken	11
3.2. Ekonomisk ersättning	11
3.3. Val av vårdcentral.....	13
3.4. Närområdesprincipen	13
3.5. Bedömning	14
4. Ersättningsmodellens effekter	15
4.1. Vårdtyngd och läkemedel	15
4.2. Täckningsgrad.....	15
4.3. Hämmar eller stimulerar utveckling.....	15
4.4. Ersättningsmaximering	16
4.5. Mycket registreringsarbete	16
4.6. Acceptans för ersättningsmodellen.....	16
4.7. Bedömning	16
5. Medborgarnas underlag för val	18
5.1. Bedömning	18
6. Idéskissen och nuläget.....	20
6.1. Medborgaren och Patienten ska ha en stark ställning	20
6.2. Medborgaren och patienten ska vara trygg med primärvården	20
6.3. Primärvården ska bedrivas med hög kvalitet	21
6.4. Primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi	21
6.5. Primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats	22
6.6. Primärvården ska vara en lärande organisation	24
6.7. Primärvårdens och patientens resurser ska nyttjas effektivt	24
6.8. Primärvårdens enheter ska ha eget handlingsutrymme	25
7. Sammanfattande bedömning och slutsats.....	26

Bilagor:

Bilaga 1 Revisionskriterier

Bilaga 2 Dokumentförteckning

Sammanfattning

På uppdrag av regionens revisorer har EY genomfört en granskning av VG Primärvård. Granskningens syfte är att göra en genomlysning av vårdvalets effekter för hälso- och sjukvården inom Västra Götalandsregionen. Syftet är även att granska om intentionerna i regionens idéskiss uppfyllts samt vilket genomslag revisionsenhetens granskning från 2009 har haft för att motverka identifierade risker i samband med införandet. Granskningen har genomförts som dokumentstudier och med intervjuer av ledande funktioner, representanter för stabsorganisationer samt med chefer för fyra privata och fyra offentligt drivna vårdcentraler.

Som kriterier för bedömningar har granskningen främst tagit utgångspunkt i den idéskiss som togs fram inför vårdvalets införande år 2009 samt de risker som identifierades i en granskning i samband med framtagandet av idéskissen.

Den övergripande bedömningen är att VG Primärvård är ett i stort välfungerande system och att idéskissens intentioner i flera avseenden är uppfyllda. De risker som identifierades vid starten har i huvudsak hanterats ändamålsenligt. Däremot bedöms regionens arbete med att ge medborgarna tillräckligt bra information vara bristfälligt.

Intentioner som bedöms som helt eller delvis uppfyllda är i korthet:

- ▶ Patienten har stärkts via valmöjligheten
- ▶ Trygghetsmålet är delvis uppnått, men frågetecken finns vad beträffar tillgängligheten för återbesök och fast vårdkontakt
- ▶ Förutsättningarna för att följa upp och förbättra kvaliteten har ökat
- ▶ Konkurrensneutraliteten är relativt hög men problemområden finns som behöver åtgärdas
- ▶ Primärvården har blivit en tilltalande arbetsplats avseende attraktionskraften på läkare och läkare under utbildning
- ▶ VG Primärvård har stimulerat till innovationer inom vårdcentralens ram
- ▶ Utbud och produktion har ökat med bibehållen kostnad

Ersättningsmodellen bedöms vara i stort välfungerande och arrangemang har skapats för att upptäcka eventuella skevheter, ersättningsmaximeringar och oegentligheter. Områden där intentionerna inte är helt uppfyllda är i korthet:

- ▶ Vissa konkurrensbegränsande faktorer som snedvrider konkurrensen mellan offentligt drivna och privata vårdcentraler
- ▶ Informationen för att medborgarna enkelt ska kunna göra välgrundade val
- ▶ Samordningen av uppföljningen i utvecklingssyfte
- ▶ Vissa komponenter i ersättningsmodellen, främst rörande faktorn täckningsgrad
- ▶ Vårdvalets bidrag till utveckling av hela sjukvårdssystemet
- ▶ Stor variation mellan vårdcentraler när det gäller möjligheten och förmågan till bemanning utifrån regelverket
- ▶ De offentliga vårdcentralernas autonomi och handlingsutrymme

Ett system som VG Primärvård kommer alltid att förändras och det kan ske förändringar som gör att mer betydande risker eller brister uppstår. Det är därför av stor vikt att regionstyrelsen tar initiativ till och vidtar åtgärder för en fortsatt och förbättrad uppföljning och utveckling av systemet. Granskningen visar att de kontrollerande och uppföljande arrangemangen funge-

rar tillfredsställande för att uppdaga direkta fel eller oegentligheter. Däremot finns det utvecklingsmöjligheter när det gäller den samlade förmågan att utveckla och förfinas systemet.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas vidta åtgärder för att stärka samordningen mellan Hälso- och sjukvårdsavdelningen och Hälso- och sjukvårdskansliets uppföljande aktiviteter. Detta är bland annat nödvändigt för att förbättra ersättningsmodellen och kvalitetsuppföljningen men även kontrollen av den enskilda vårdcentralen.
- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas vidta åtgärder för att uppfylla målsättningen och de krav som ställs i lagen om valfrihet (LOV) när det gäller informationen till medborgarna. Tydligare mål, uppdrag och tidplaner krävs.
- ▶ Överväg förändringar i ersättningsmodellens komponent för täckningsgrad. Denna fungerar dåligt som styrmedel, är inte fullt accepterad och är till viss del motverkande för nya metoder som inte bygger på fysiska besök.
- ▶ Överväg åtgärder för att fler vårdcentraler ska kunna ta emot ST-läkare.
- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas att säkerställa att ett fortsatt arbete pågår för att minimera de faktorer som begränsar konkurrensen i vårdvalssystemet.

Göteborg 2013-10-30

Anders Hellqvist och Caroline Trowald

EY

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Riksdagen antog den 25 februari 2009 propositionen Vårdval i primärvården. Förändringen av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innebär att från den 1 januari 2010 skulle landstingen¹ ha organiserat primärvården så att medborgarna kunde välja vårdgivare eller utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Regionfullmäktige beslutade i februari 2009 om att införa ett nytt vårdvalssystem för primärvård, benämnt VG Primärvård. Start för vårdvalet bestämdes till 2009-10-01. Idéskissen "Vägen till medborgarnas primärvård" utgjorde underlag för beslutet.

I samband med införandet av VG Primärvård gjorde BDO på uppdrag av Revisionsenheten en granskning benämnd "Riskanalyser i beredningen av idéskissen Vägen till medborgarnas primärvård". Ett trettiotal risker identifierades och bedömdes. En intressant faktor var att granskningen genomfördes parallellt med beredningen av den föreslagna reformen. I granskningen påtalades bl.a. inför planeringen av genomförandet av VG Primärvård att det är angeläget med en systematisk och väl förankrad riskanalys som ger underlag för beredskap att hantera oönskade effekter på ett effektivt och välorganiserat sätt.

Vårdvalet har nu "satt sig" och det känns angeläget att granska hur man hanterat effekterna av vårdvalet. Uppdraget och ersättningsregleras i Krav- och kvalitetsboken, som har reviderats tre gånger sedan starten.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att göra en genomlysning av vårdvalets effekter för hälso- och sjukvården inom Västra Götalandsregionen och om intentionerna i idéskissen uppfyllts samt vilket genomslag revisionsenhetens granskning har haft för att motverka identifierade risker i samband med införandet. Utifrån syftet besvaras följande revisionsfrågor i rapporten:

1. I vilken mån har vårdvalssystemets intentioner i samband med införandet uppfyllts?
2. Vilka risker har identifierats i samband med VG Primärvård uppföljningar och vilka åtgärder har vidtagits för att motverka dessa?
3. Vilka faktorer styr vårdcentralernas verksamhet?
4. Hur har regionen agerat för att skapa konkurrensneutralitet inom VG Primärvård?
5. Hur arbetar VG Vårdvalsenheten för att motverka risken för ersättningsmaximering?
6. Är ersättningsmodellen ändamålsenlig?
7. Hur säkerställs att invånarna fått tillräcklig information för att göra aktiva val?
8. Har vårdvalets införande påverkats av vårdcentralernas möjligheter att bemanna utifrån de krav som ackrediteringsvillkoren ställer?

Avgränsning

Två primärvårdsområden studeras, område 5, Göteborg centrum, nordost, Örgryte-Härlanda och område 8, delar av Skaraborg.

¹ Med landsting menas landsting, regioner och Gotlands kommun.

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förfaranden eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

Revisionskriterierna i denna granskning utgörs av:

- Lag (2008:962) om valfrihetssystem
- Krav- och kvalitetsboken
- BDO – riskanalys
- Idéskiss primärvård 2007/08.

Närmare beskrivning av revisionskriterierna framgår av kapitel 3 och 4 i föreliggande rapport. Lagen om valfrihet beskrivs närmare i bilaga 1.

1.4. Metod

Granskningen har genomförts med stöd av intervjuer och studier av för granskningen relevanta dokument. Granskade dokument samt intervjuade funktioner framgår av bilaga 2.

En väsentlig del i granskningen har varit att bedöma uppnådda effekter. Med uppnådda effekter menas om resultatet eller utfallet lever upp till de mål och intentioner som har formulerats för vårdvalet. För att kunna bedöma effekterna i förhållande till målen/intentionerna har de resultat/utfall som hittills uppnåtts identifierats, i huvudsak, utifrån regionens egen uppföljning och den nationella uppföljningen. Vad som har bedömts är dock i stor utsträckning beroende på vilka data om vårdvalet som faktiskt finns att tillgå. Utifrån riskerna som identifierades i revisionsenhetens granskning 2009 har en avstämning gjorts avseende vilket genomslag den har haft.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

2. Organisering och styrning

När vårdvalet startade år 2009 fanns det cirka 145 vårdcentraler i Västra Götalandsregionen, i dagsläget finns 202 vårdcentraler, ytterligare 3 stycken är under godkännande. Storlek och driftsform framgår av nedanstående tabell.

	Antal	Genomsnittlig listning/VC (2012-11-30)
Antal vårdcentraler	202	7946
Varav privata	88	6448
Varav offentliga	114	9089

2.1. Idéskiss vid starten av VG Primärvård

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade under år 2007 att utveckla en idéskiss som skulle leda till en väl godkänd primärvård i Västra Götaland. En utgångspunkt i arbetet var att värna om den utveckling som gett positiva resultat för primärvården. Arbetet skulle även leda till att förstärka med nya åtgärder som stödjer de områden där önskade effekter inte hade uppnåtts. I dokumentet "Vägen till medborgarnas primärvård- en idéskiss för VG Primärvård" beskrivs ett antal målsättningar för införandet av vårdvalssystemet. Målen är sorterade utifrån fyra perspektiv och framgår nedan:

Medborgar-/patientperspektiv	Medborgaren och Patienten ska ha en stark ställning - Möjlighet att välja (Pengen följer patienten) - Inflytande över verksamheten - Bättre kunskap hos medborgaren om PV och behandlingen Medborgaren och Patienten ska vara trygg med primärvården - Tillgänglighet - Fast vårdkontakt - Kvalitet
Verksamhetsperspektiv	Primärvården ska bedrivas med hög kvalitet - Kvalitetsstyrning och publicering Primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi - Behov söker kompetens - Lika villkor
Medarbetarperspektiv	Primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats - Gott ledarskap och värdegrund via större autonomi - Medarbetaransvar – värdeskapande arbete ska belönas Primärvården ska vara en lärande organisation - Kunskapsöverföring från och till andra aktörer - Kompetensutveckling - Forskning

Styrning/ledning	Primärvårdens och patientens resurser ska nyttjas effektivt - Processorienterat förbättringsarbete - Kostnadseffektivitet och kontroll - Ersättningssystem som främjar helhetstänkandet Primärvårdens enheter ska ha eget handlingsutrymme - Frihet under ansvar - Närhälsans koncernledning ska vara anpassad till självständighet vid vårdcentralerna
------------------	--

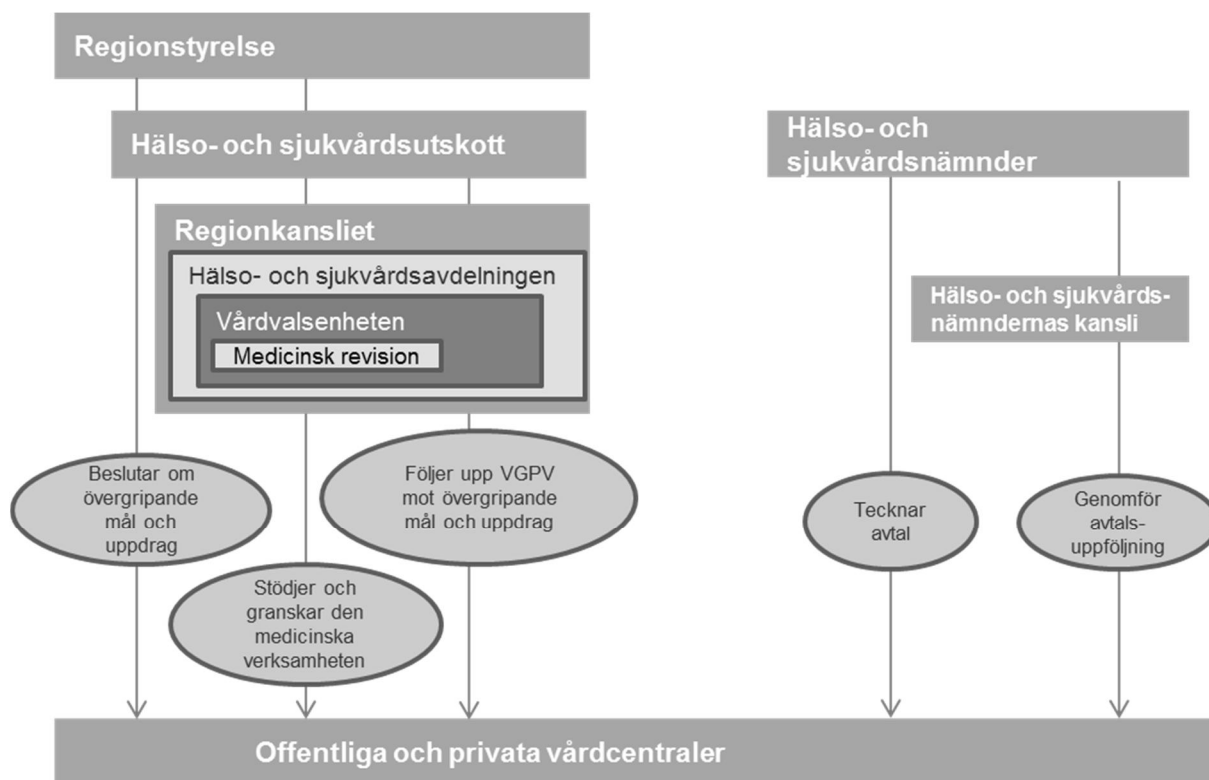
För att nå målen ovan fastställs två ledord i idéskissen som ska vara ledande för arbetet: förtroende och arbetsglädje. Arbetet mot målen ska genomsyras av tanken att det är medborgarnas primärvård som eftersträvas. Det ska vara behovet som söker kompetens och inte tvärtom.

2.2. Riskanalys i samband med planeringen av VG Primärvård

Parallellt med framtagandet av idéskissen genomförde revisorerna en granskning av beredningsarbetet för idéskissen. Granskningen visade dels att vissa frågor prioriterades i beredningsarbetet. Några riskområden identifierades med det förslag till system som växte fram i beredningsarbetet. Nedanstående riskområden lyftes fram av granskarna som särskilt angelägna var i korthet:

- ▶ Risk för obalans mellan behov och utbud. Vissa områden kan dra till sig mer vårdutbud än andra (Se kapitel 6)
- ▶ Betydande risk för fokusering på lönsamhet genom kostnadskontroll hos leverantörerna med den valda ersättningsmodellen (Se kapitel 4)
- ▶ Risk för bristande konkurrensneutralitet. Här är det nackdelar för den av regionen drivna vårdcentralerna som beskrivs. Resultatansvar, personalfrågor och hanteringen av överskott är faktorer som nämns och som skulle kunna försvåra Närhälsans möjlighet att konkurrera. (Se kapitel 4)
- ▶ Risk för ökad belastning på regionens administrativa funktioner (Se kapitel 6)
- ▶ Stora krav på välfungerande IT-lösningar (Se kapitel 6)

2.3. Organisering av VG Primärvård



2.3.1. HSU, HSA och Regionkansliet

Regionstyrelsens häls- och sjukvårdsutskott (HSU) svarar för övergripande häls- och sjukvårdspolitiska frågor. HSU har bland annat i uppdrag att formulera regiongemensamma uppdrag till och förutsättningar för häls- och sjukvården oavsett om verksamheten bedrivs i privat eller i regionens egen regi. Häls- och sjukvårdsavdelningen inom regionkansliet har sedan till uppdrag att följa upp de fastställda målen och resultat av implementering av beslutade strategier, handlingsplaner och riktlinjer. Det är vårdvalsenheten inom häls- och sjukvårdsavdelningen som ansvarar för uppföljning och revision av nuvarande och kommande vårdval i regionen. En medicinsk revisionsenhet ansvarar för den medicinska revisionen och är organisatoriskt placerad inom vårdvalsenheten.

Vårdvalsenheten sammanställer uppföljningen i årsvisa rapporter. "Uppföljning av vårdval VG Primärvård" är den tredje uppföljningsrapporten sedan vårdvalet infördes i oktober 2009. Syftet med rapporterna är att på en övergripande nivå följa upp vårdvalet gentemot de mål och syften som sattes upp inför införandet och som framgår av idéskissen som beskrivs ovan.

Vid intervjuerna framkommer att uppföljningen bedöms vara omfattande och vårdvalsenheten menar att samarbetet med HSNK i uppföljningsprocesserna är välfungerande. Det har dock identifierats vissa förbättringsområden gällande kansliets avtalsuppföljningar. Ett exempel på brister som lyfts fram av intervjuade vårdcentralchefer är att blodsockervärden hos patienterna följs upp utan att hänsyn tas till den socioekonomiska belastningen. En vårdcentral kan som har en hög socioekonomisk belastning kan därför bedriva en god diabetesvård

utan att detta framkommer i utvärderingen eftersom patienterna kan ha höga värden p.g.a. livsstil. På samma sätt kan en vårdenhet bedriva en mindre kvalitativ diabetesvård men ha relativt låga blodsockervärden i uppföljningen på grund av låg socioekonomisk belastning. Slutsatserna kring hälsoindikatorerna i uppföljningen kan på så vis bli felaktiga.

I uppdraget för den medicinska revisionsenheten ingår att arbeta dels stödjande mot verksamheterna och dels granskande när behov föreligger. Av intervjuer framkommer att den medicinska revisionen inte har kunnat fullfölja sitt uppdrag till fullo på grund av resursskäl. Under år 2013 har dock enheten utökats i syfte att arbeta mer systematiskt. Uppföljningsbesök ska ske vid samtliga vårdcentraler och inför åren 2013-2014 ska den medicinska revisionen enligt intervju fokusera på följande fyra fokusområden:

- Läkarbemannning
- Avvikelse rapportering
- Riktlinjer för implementering av regionala medicinska riktlinjer
- Beredskap för akut omhändertagande av patient som behöver omedelbar vård

Besöken kommer att följas av en uppföljningsrapport till vårdcentralen med åtgärdsförslag samt datum för uppföljning av åtgärderna. Detta är ett utvecklingsarbete och har därmed inte påbörjats. Den medicinska revisionen har hittills skett tillsammans med hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli.

Vid intervjuer har flertalet synpunkter framkommit på att den medicinska revisionen bör stärkas. Flertalet vårdcentraler har inte genomgått denna typ av revision och anser därför att den faktiska kvaliteten i vården inte följs upp. Synpunkter framkommer på att den medicinska revisionen även bör granska grunderna för hur vårdenheter blir godkända för sitt utbildningsuppdrag att anställa ST-läkare. Synpunkter på regelverket framgår närmare i avsnitt 6.6 nedan.

2.3.2. Hälso- och sjukvårdsnämnderna

Hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknar kontrakt med vårdgivarna och skall följa upp dessa minst en gång per år. Syftet med uppföljningen är att kontrollera att vårdcentralen uppfyller de krav som KoK-boken föreskriver. Den årliga uppföljningen görs av hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli (HSNK) utifrån nämndernas intresse av att följa indikatorer över tid..

Inom HSNK har en regiongemensam mall tagits fram som skickas ut till vårdcentralernas verksamhetschefer inför besöken. Under år 2012 utgick den gemensamma mallen från ett antal fokusområden: hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser, äldre, psykisk ohälsa samt läkemedel. Tyngdpunkten i uppföljningen har varit utfallet av utvalda kvalitetsindikatorer till nämnda fokusområden som vårdcentralen registrerar. Data plockas ut från det regiongemensamma uppföljningsverktyget SPEAR². Vårdgivarna ska kontinuerligt fylla i uppgifter i SPEAR. Vissa indikatorer ska vårdcentralerna fylla i månadsvis, exempelvis tillgänglighet i telefon. Andra indikatorer följs upp kvartals- eller årsvis. Detta möjliggör för vårdgivarna att jämföra sina resultat med andras. För 39 av totalt 140 indikatorer ges ersättning vid uppnådda mål.

² SPEAR (Simulering, Prognostisering, Evaluering, Analys, Ranking) är det IT-stöd som lagrar den information som vårdcentralerna enligt KoK-boken ska registrera.

I en rapport från 2013 gör HSNK en sammanställning av de avtalsuppföljningar som gjordes 2012. I rapporten beskrivs utfallet av uppföljningen utifrån ovan nämnda fokusområden. Rapporten belyser tre aspekter: spridning mellan vårdcentraler, regional utveckling över tid samt spridning mellan regionens nämnder. Av avtalsuppföljningsrapporten framgår att det finns stora variationer mellan vårdcentraler och mellan nämndområdena. Det framgår även att flertalet vårdcentraler brister i sina registreringsrutiner varför resultaten blir något osäkra.

Vid intervjuer med vårdcentraler framkommer synpunkter avseende den månadsvisa inrapporteringen i SPEAR. Information som registreras månadsvis är bland annat: rutiner för suicidprevention, rutiner vid sjukskrivning, om ett ackrediterat laboratorium finns på plats samt om vårdcentralen deltar i något kvalitetsregister. Vissa menar att värdet av att registrera detta varje månad är begränsat. Dessutom ska antalet besvarade telefonsamtal registreras. De intervjuade vårdcentralcheferna menar att den information som efterfrågas och registreras säger lite om vilken faktisk kvalitet som bedrivs vid vårdcentralerna. Exempelvis efterfrågas inte efterlevnad av rutiner utan enbart om rutinerna finns på plats.

Även vårdvalsenheten framför att det kan finnas anledning att se över de uppföljningsrapporter som görs av HSNK. Anledningen är bland annat att HSNK drar tveksamma slutsatser av vissa kvalitetsindikatorer som ingår som komponenter i ersättningsmodellen. En annan problematik är att HSNK:s uppföljningsrapporter enbart belyser aspekter som går att utläsa i det gemensamma IT-stödet SPEAR. Inga analyser görs utifrån de dialoger som förs med alla vårdcentraler varje år. Analys av dialogerna görs enbart i de lokala rapporterna som tas fram årligen.

2.4. Bedömning

Uppföljningen av vårdvalet som system och de ingående vårdcentralerna är uppdelad i två processer. Vårdvalsenheten genomför på uppdrag av HSU uppföljning av systemet och Hälso- och sjukvårdsnämnderna följer upp de enskilda kontrakterade vårdcentralerna. Denna rollfördelning bedöms vara ändamålsenlig utifrån regionens organisation. Bedömningen är också att organiseringen av styrningen och uppföljningen är tydlig och i tillräcklig utsträckning skild från regionens ansvar som utförare.

I dagsläget bedöms det däremot föreligga en risk för att uppföljningarna som görs enbart innebär kontroll av vårdcentralernas efterlevnad av KoK-boken och därmed underlaget för ersättning till vårdcentralerna. För att uppföljningen av vårdvalets effekter ska äga rum krävs att uppföljningen är mer samordnad. Detta är även en förutsättning för att säkerställa en kontinuerlig och systematisk utveckling av kvalitet och lärande i vårdvalet. Det krävs även analyser och underlag för slutsatser för att en utveckling av vårdvalet ska ske. Den kunskap som vårdvalsenheten och HSNK genererar tillsammans bör användas bättre i utvecklingssyfte. Med ökad kvalitet och samordning i uppföljningsinsatserna ges även ökade förutsättningar för att mer information inför medborgarnas val av vårdcentral kan säkerställas.

Den nu förstärkta medicinska revisionen i vårdvalsenheten rekommenderas att ha ovanstående faktorer som en viktig utgångspunkt i formandet av vilken strategi och funktion den medicinska revisionen ska ha. Vi bedömer att den medicinska revisionens strategi inte är helt tydlig för närvarande.

3. Vårdcentralens styrfaktorer

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågan; Vad styr vårdcentralernas verksamhet?

3.1. KoK-boken

Dokumentet "Krav – och kvalitetsbok" (benämns KoK-boken) är det dokument som styr vårdcentralerna i Västra Götaland och utgör det förfrågningsunderlag som enligt LOV ska reglera krav och villkor för uppdraget. Dokumentet fastställs av fullmäktige och formulerar de krav som ställs för att en vårdgivare ska få tillstånd att bedriva en vårdcentral. KoK-boken har reviderats varje år för att icke önskvärda styreffekter ska kunna korrigeras efterhand. Förutom beskrivningar av den procedur som leder till ett kontrakt mellan aktuell HSN och vårdcentral innehåller KoK-boken kravspecifikationer inom följande områden:

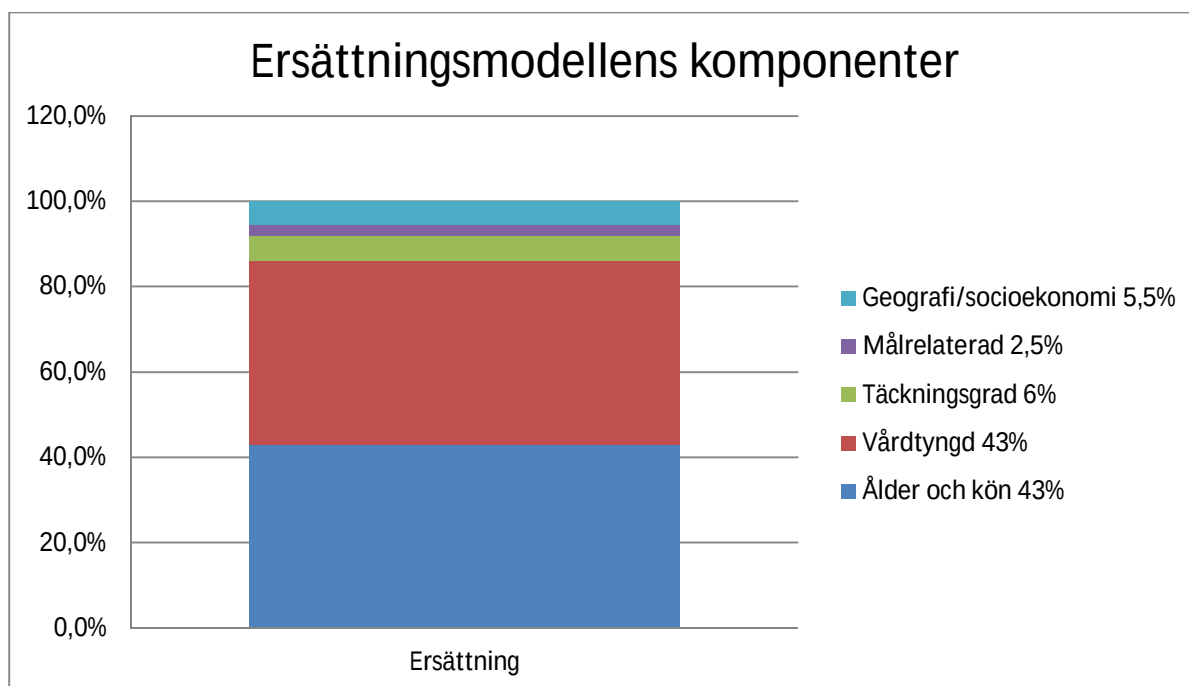
- ▶ Uppdraget
 - Vårdåtagande, medverkan i kommunal sjukvård, öppettider, närområdesansvar, bemanning m.m.
- ▶ Allmänna villkor
 - 26 olika krav som vårdcentralen ska uppfylla och bestämmelser som ska följas
- ▶ Regler för val av vårdenhet
- ▶ Uppföljning
- ▶ Ersättning och kostnadsansvar

Varje vårdcentral följs upp antingen av vårdvalsenheten eller av aktuell HSN. Dels följs vårdcentralen upp utifrån de data som finns tillgängliga i nationella och regionala register, från de datafiler som levereras till vårdvalsenheten och från inmatning i webformulär som skickas ut från vårdvalsenheten.

KoK-boken är föremål för revidering varje år och inför 2013 förstärktes krav och incitament för hembesök. Kraven skärptes bl.a. på arbete med att identifiera patienter med risk för ökade vårdbehov, erbjuda fast vårdkontakt för kroniskt sjuka och på att vårdcentralen ska ha kunskaper i antibiotikaförskrivning.

3.2. Ekonomisk ersättning

Den andra styrfaktorn som påverkar vårdcentralens agerande är den ekonomiska ersättningen. Västra Götalandsregionen har valt en ersättningsmodell som till stora delar bygger på en fast ersättning som är dimensionerad utifrån de listade patienternas demografiska förhållanden. Nedan beskrivs komponenterna efter revideringen inför 2012.



Den allra största delen av ersättningen följer patientens val av vårdcentral. Medborgarna kan välja att lista sig på vårdcentral, inte hos enskild läkare.

Kvinnor konsumerar mer sjukvård än män och skillnaderna varierar dessutom med ålder. Äldre konsumerar mer vård än yngre och därmed får vårdcentraler med stor andel kvinnor och äldre högre ersättning.

Den andra stora komponenten är vårdtyngd och mäts utifrån de diagnoser som vårdcentralen ställer. Detta är ett sätt att mäta den listade befolkningens sjuklighet och förväntade vårdbehov och görs utifrån den s.k. ACG-metoden (adjusted clinical group). Det kan nämnas att antalet ställdiagnoser har ökat med 160 % sedan starten av VG Primärvård. Vårdvalet har således bidragit till att primärvården i mycket större utsträckning registrerar diagnoser. Andelen invånare med någon diagnos från primärvården har ökat från 56 till 68 procent. Vårdvalsenheten drar slutsatsen att antalet patienter med kroniska sjukdomar enligt den regionala vårddatabasen nu stämmer bättre överens med andra uppskattningar och verkligheten. Vidare anges i uppföljningen av vårdvalet 2012 behovet av att årligen analysera om ökningen av diagnoserna beror på ökad vårdtyngd eller på ökad registrering.

Begreppet täckningsgrad avser antalet öppenvårdsbesök i primärvården i förhållande till specialistvården. Ersättningen som är kopplad till täckningsgraden syftar till att öka primärvårdens andel. En vårdcentral får ersättning per listningspoäng för varje procentenhet som överstiger 50 % upp till en maximal nivå på 80 %.

Varje vårdcentral följs upp utifrån 140 olika parametrar. Av dessa är 39 indikatorer kopplade till ersättning om målen uppnås. Det finns en tonvikt på registrering, d.v.s. att ersättning utgår om registrering sker. Syftet med det är att stödja en utveckling mot tillförlitliga resultatmått. Enligt uppföljningsrapporten för 2012 är det för tidigt att dra slutsatsen att den ökade registreringen leder till faktisk patientnytta.

För att stimulera etablering av vårdcentraler i glest befolkade områden finns en särskild komponent i ersättningsmodellen. Komponenten innebär ersättning för vårdcentraler som är

fysiskt placerade i vissa definierade områden med långa transporter, merkostnader för provtagning och där vårdcentralen i vissa avseenden behöver dimensioneras för ett större befolkningsunderlag än vad som finns i närområdet.

Slutligen finns det en komponent som ger ersättning för vårdcentraler med stor socioekonomisk belastning. Hur stor socioekonomisk belastning en vårdcentral har beräknas med en modell framtagen för svensk primärvård. Modellen innehåller faktorer som andel ensamstående, arbetslösa, födda utomlands, ensamstående föräldrar, lågutbildad arbetskraft, barn samt andelen flyttningar det senaste året.

Utöver den ovan beskrivna ersättningsmodellen utgår även särskild ersättning för tolk samt för eventuella särskilda uppdrag som vårdcentralen åtar sig. Särskilda uppdrag kan vara medverkan i familjecentraler, samordningsansvar i kommunal hälso- och sjukvård eller utbildningsuppdrag.

I de intervjuer som genomförts med vårdcentralchefer är den ekonomiska ersättningen en stark styrfaktor som påverkar vårdcentralens agerande och styrning. För de privata vårdcentralerna är styrningen mot de faktorer som ger intäkter tydlig och har funnits med sedan starten. För stora delar av Närhälsans vårdcentraler har personalen tidigare arbetat i ett annat system. Flera intervjuade, både på vårdcentralsnivå och i centrala funktioner, beskriver att de offentligt drivna vårdcentralerna har fått arbeta aktivt med att förändra sitt förhållningssätt. Förändringen har inneburit att frångå att enbart ha fokus på kostnader till att även inrikta sig mot att värna om vårdcentralens intäkter. Vårdcentralchefernas åsikter om ersättningsmodellens utformning redovisas i kapitel 5.

3.3. Val av vårdcentral

En ytterligare styrfaktor är patienternas beteendemönster vid val av vårdcentral. Samtliga kan välja vårdcentral från 16 års ålder. För patienter under 16 år väljer vårdnadshavare vårdcentral. Valet gäller till dess att annat val görs. En vårdcentral kan inte neka någon att välja vårdcentralen annat än i undantagsfall vilket avgörs av vårdvalsenheten. Den som flyttar till regionen från ett annat landsting listas automatiskt vid närmast belägna vårdcentral. Personer som flyttar inom regionen till ett annat område och som tidigare har ett vårdval listas inte om automatiskt om utan behåller sin tidigare listning.

Patienter som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård väljer vårdcentral. Den valda vårdcentralen har enligt överenskommelse med kommunen ett visst patientansvar. Inom varje kommun/stadsdel ska vårdgivare komma överens om 6 olika ansvarsområden som ska ingå i ett närområdesansvar (se 3.4 nedan). Ett ansvar är att fördela samordningsansvarig läkare till kommunala boendeenheter. Det innebär att en fast läkarkontakt ska anges för varje boende. I samordningsansvaret ingår inte patientansvar. Regionen styr inte vilka vårdcentraler som sluter dessa avtal.

3.4. Närområdesprincipen

Vårdcentralerna har ett gemensamt ansvar att upprätta en närområdesplan där ansvarsfördelningen och samordningsansvaret mellan vårdcentralerna tydligt framgår. I ansvaret ligger att utse samordningsansvarig läkare för kommunal vård, hälsofrämjande arbete, medverkan i psykiskt och socialt omhändertagande samt i deltagande i samverkans- och utvecklingsforum.

Om inte vårdcentralerna kommer överens är det den närmast belägna vårdcentralen som får samordningsansvaret för exempelvis ett särskilt boende.

3.5. Bedömning

KoK-boken (d.v.s. regelverket), ersättningsmodellen samt medborgarnas val av vårdcentral är de faktorer som bedöms vara de främsta styrfaktorerna för den enskilda vårdcentralen. Vid sidan av dessa faktorer är tillgången till och förmågan att attrahera personal en faktor som kan begränsa en vårdcentralers handlingsmöjligheter. Bedömningen är att styrfaktorerna i stort ligger i linje med intentionerna som fanns i samband införandet av vårdvalet. Bedömningen är också att dessa faktorer är accepterade av de som driver vårdcentralerna. Brister och utvecklingsmöjligheter finns dock vilket framgår i kommande avsnitt av rapporten men bedömningen är Västra Götalandsregionen på ett övergripande plan skapat ett ändamålsenligt vårdvalssystem.

Ett vårdvalssystem av detta slag bör ses som ett system i ständigt lärande och utveckling. De årliga revideringarna av KoK-boken är därför ett viktigt inslag. Samtidigt bör vårdcentralerna inte utsättas för alltför frekventa och genomgripande förändringar av villkoren för driften. Vi bedömer inte att det varit fallet hittills sedan starten 2009.

4. Ersättningsmodellens effekter

Modellens utseende beskrivs i kap 4. I följande avsnitt beskrivs vad som framkommit i intervjuer. Avsnittet besvarar revisionsfråga 5 och 7.

4.1. Vårdtyngd och läkemedel

Vid vissa av de intervjuade vårdcentralerna framkommer att ersättning för ACG upplevs problematisk till viss del. De intervjuade ser en ökande trend där listade personer med lättare diagnoser konsumerar allt mer vård. Patienter ställer större krav på vården vilket resulterar i fler besök på vårdcentralen. De intervjuade menar att den enskilda vårdcentralen inte blir ersatt för detta eftersom dessa patienter medför låga ACG-värden.

De intervjuade menar dock att ersättning för ACG är att föredra mot exempelvis "Stockholms-modellen" där ersättning baseras på antalet besök.

Ersättningen för läkemedel baseras idag på ålder och kön. De intervjuade menar att det är problematiskt att det saknas ett rakt samband mellan ACG och höga läkemedelskostnader. Vårdcentralen blir ersatt för patientens vårdtyngd, men eftersom en hög vårdtyngd medför höga läkemedelskostnader blir ersättningen i realiteten marginell. De extra medel som utgår för fler och längre besök för vårdtunga patienter upplevs ätas upp av högre läkemedelskostnader. Av intervjuer framkommer att det pågår en översyn av ersättningen för läkemedel till att lyftas över till ersättning för vårdtyngd.

4.2. Täckningsgrad

De intervjuade cheferna visar en samstämmig bild avseende täckningsgraden som en del i ersättningssystemet. Målet om att nå upp till 80 % täckningsgrad anser de allra flesta vara en omöjlighet, speciellt i centrala Göteborg där det finns många specialistmottagningar. Vidare upplever de allra flesta chefer att vårdcentralen i liten utsträckning kan påverka täckningsgraden, varför det upplevs som en tveksam faktor i ersättningsmodellen. De intervjuade ifrågasätter även på vilket sätt en ökad täckningsgrad medför en ökad kvalitet i vården. Att aktivt arbeta mot mål som ökar kvaliteten borde öka ersättningen i högre grad än täckningsgrad menar några intervjuade. Synpunkter har också framförts om att täckningsgrad och geografiersättning blir en dubbelersättning för glesbygden eftersom de samverkar. Ju längre från sjukhuset en vårdcentral ligger desto högre blir täckningsgraden.

4.3. Hämmar eller stimulerar utveckling

KoK-boken och ersättningsmodellen ger en tydlig definition av vad en vårdcentral är och vilka faktorer som belönas. Vissa intervjuade pekar på att detta kan begränsa incitament till utveckling. Som exempel på detta anges utvecklingen av internetbaserad behandling. Eftersom denna behandling sker över nätet samt via telefonkontakt mister vårdcentralen ersättning för besök (i praktiken ersättning för täckningsgrad). Å andra sidan är det många intervjuade chefer som beskriver att ersättningsmodellens utformning med stor andel fast ersättning skapar stor frihet att arbeta med alternativa former för att svara mot befolkningens behov. På så sätt gynnas innovation men inom ramen för vad en vårdcentral ska vara.

4.4. Ersättningsmaximering

De intervjuade vid Vårdvalsenheten menar att risken för ersättningsmaximering är liten och minskar eftersom manipulationer i registreringen uppdagas vid avtalsuppföljningen och i den medicinska revisionen. Försök till ersättningsmaximering har upptäckts under VG Primärvård:s två första år. Detta ledde till att tre vårdcentraler har fått avsluta sin verksamhet och att ett antal vårdcentraler har blivit återbetalningsskyldiga. Den gemensamma nämnaren för dessa vårdcentraler var att de hade andra vårdavtal med regionen inklusive nationell taxa och helprivat verksamhet. Registrering av besök, undersökningar och tolk etc hade skett inom det avtal som var mest fördelaktigt.

4.5. Mycket registreringsarbete

I flera intervjuer på vårdcentralsnivå framkommer synpunkten att ersättningsmodellen i alltför stor utsträckning kräver att mycket tid måste ägnas åt att registrera i olika system. Det arbete som måste läggas ner motsvaras inte av det värde som skapas för patienten utan måste utföras för att skapa intäkter till vårdcentralen. Det finns därför de som anser att kvalitetsparametrarna kopplade till ersättning är alltför många.

4.6. Acceptans för ersättningsmodellen

Den dominerande bilden i granskningen är att det finns en stor acceptans för den ersättningsmodell som VG Primärvård valt. Många intervjupersoner refererar till andra landsting och anser att VGR har en modell som fungerar förhållandevis väl även om det finns delar som bör utvecklas och förbättras. Denna uppfattning finns bland intervjupersoner både på vårdcentralsnivå och i centrala funktioner och både inom privata vårdcentraler och inom Närhälsan. Framför allt lyfts den socioekonomiska faktorn fram som en bra komponent i ersättningsmodellen.

En av de nio projektgrupper som arbetar med översyn och revidering av KoK-boken inför 2015 har uppdraget att se över ersättningsmodellen.

4.7. Bedömning

En utgångspunkt i bedömningen av ersättningsmodellens effekter och funktion är att det är näst intill omöjligt att konstruera en ekonomisk ersättningsmodell som till fullo styr mot det avsedda målet. Ekonomistyrningen är en så stark styrfaktor att både försiktighet och noggrannhet bör iakttas då de utformas och vid valet av vilka faktorer som ska styras med ekonomiska medel.

Västra Götalandsregionen ligger bland de sex landsting/regioner i riket som har den lägsta kostnaden per besök i primärvården enligt Öppna jämförelser 2013. Primärvård innefattas av fler verksamheter än vårdvalet men jämförelsen indikerar i sig inte att regionen har en jämförelsevis hög kostnad totalt. Bedömningen är att valet av en ersättningsmodell som till den allra största delen (86 %) bygger på en fast ersättning utifrån de listade patienternas ålder, kön och vårdtyngd, medför en kostnadskontroll för regionen. Modellen medför också en stabilitet för vårdcentralen och ett incitament att hitta lämpliga former för att möta den listade befolkningens behov.

Fall av ersättningsmaximering och i vissa fall direkt manipulativa ageranden har förekommit. De som uppdagats har resulterat i antingen brytning av kontraktet eller föreläggande om återbetalning. Bedömningen är att vårdvalsenheten och HSNK har stora möjligheter att upp-

daga försök till ersättningsmaximeringar på bekostnad av ändamålet. Denna förmåga bör fortsättningsvis utvecklas, inte minst i samband med att den medicinska revisionen förstärks. Förmågan att uppdaga och åtgärda manipulationer, oegentligheter, skevheter och omedvetna ersättningsmaximeringar är central för systemets legitimitet både visavi vårdcentralerna och visavi befolkningen. Med tanke på att det är flera nämnder som godkänner och sanktionerar vårdcentraler är det viktigt att bedömningar och agerande vid oegentligheter görs på ett enhetligt sätt.

Acceptansen för ersättningsmodellens övergripande utformning är stor hos samtliga aktörer i granskningen.

En fortsatt utveckling av ersättningsmodellen bör säkerställas och den del av ersättningsmodellen som bör utredas vidare inför kommande revideringar är ersättningen för täckningsgrad. Målsättningen med en ökad täckningsgrad kan eftersträvas med eller utan en sådan komponent i ersättningsmodellen. Det största problemet med täckningsgradkomponenten (ca 6 %) är att vårdcentralerna inte känner att det är en faktor de kan påverka i någon större utsträckning. Ett annat problem är att täckningsgraden tycks samvariera tydligt med dimensionen tätort/glesbygd. I granskningen framkommer flera olika synpunkter på bristerna i täckningsgradskomponenten varför överväganden om förändring eller utveckling bör göras.

Den kritik som framkommit av ersättningsmodellens avspeglning av läkemedelsbehovet hos de listade patienterna bör också tas med i det fortsatta utvecklingsarbetet. Denna granskning kan inte svara på om det finns ett reellt problem men det faktum att flera synpunkter framförts gör att frågan behöver utredas.

5. Medborgarnas underlag för val

Detta avsnitt besvarar revisionsfråga 7

Enligt lagen om valfrihet ska den upphandlande myndigheten informera brukarna om samtliga leverantörer som myndigheten har tecknat avtal med och som brukarna kan välja mellan. Informationen ska vara saklig, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig.

Västra Götalandsregionen har därmed ett övergripande ansvar för att informera invånarna om vårdutbudet. Detta sker främst genom den internetbaserade vårdportalen "hitta och jämför vård" (1177). Enligt KoK-boken är vårdenheten skyldig att kontinuerligt uppdatera sina uppgifter i den gemensamma katalogtjänsten Katalog i Väst (KIV) som har koppling till den nationella hälso- och sjukvårdens adressregister HSA-katalogen. Registreringen i KIV ligger sedan till grund för den samlade informationen om vårdutbudet. Intervjuade vid vårdvalsenheten menar att 1177 inte alls fungerar. Detta beror på att landstingen inte registrerar samma typ av data och informationen i vårdportalen blir därmed inte enhetlig. Det pågår just nu ett nationellt projekt genom Sveriges kommuner och landsting med att utveckla portalen.

Enligt intervjuerna har Västra Götalandsregionen haft ambitionen att ligga i framkant när det gäller att utforma jämförelseparametrar för medborgarna då de ska välja vårdcentral. Vårdvalsenheten har inget explicit uppdrag att utveckla underlaget för medborgarnas val men gör vissa förberedelser med att utarbeta förslag på parametrar. Idag kan medborgarna inte exempelvis på ett enkelt sätt jämföra väntetider vid olika vårdcentraler eller jämföra bemaningen på vårdcentralen. Enligt intervju med vårdvalsenheten framkommer att en arbetsgrupp bestående av representanter från Regionkansliets vårdvalsenhet och analysenhet arbetar med att ta fram kvalitetsmått för invånarna som stöd för val av vårdcentral. Dessa mått ska presenteras för SKL:s nationella arbetsgrupp för valfrihetsinformation. Förhoppningen är att dessa mått ska kunna presenteras på portalen "Hitta och jämför vård" i november 2013 och kunna användas för att jämföra vårdcentraler från januari 2014.

Av KoK-boken framgår att vårdenheten ansvarar för att informera om sin verksamhet till invånare, patienter, samverkanspartner och andra intressenter. Bland annat med länkar till 1177 och information hur man väljer vårdcentral. Intervjuade chefer vid vårdcentralerna menar att det inte är något större problem att uppfylla KoK-bokens krav på information.

Den helt dominerande bilden bland de intervjuade är att de medborgare som vill välja gör det utifrån referenser från andra personer och det geografiska läget. Den andra viktiga faktorn är att patienten väljer bort en vårdcentral vid missnöje eller då förväntningar på behandling eller läkemedel inte motsvaras.

5.1. Bedömning

Bedömningen är att den information som finns för medborgarna i syfte att underlätta val av vårdcentral behöver utvecklas. I dagsläget svarar informationen inte upp emot regionens intentioner och kraven i lagen om valfrihet (LOV). I intervjuerna med vårdcentralerna har det inte framförts någon nämnvärd kritik mot informationen och det finns inte några stora förväntningar på väsentligt förbättrad information bland vårdcentralernas chefer. Den utbredda uppfattningen är att det är personliga referenser, servicenivå och läge som är de faktorer medborgarna efterfrågar.

Myndigheten för vårdanalys presenterade i rapporten "vad vill patienten välja?" (2013). Undersökningen bygger på litteraturstudier och en enkät till 3354 personer över 18 år. Några av resultaten är att:

- ▶ en majoritet vill välja
- ▶ allmänheten söker i liten utsträckning efter information inför valet av vårdcentral
- ▶ få är missnöjda med informationen
- ▶ bristfällig information upplevs som ett hinder för att välja (tyckte en tredjedel av respondenterna)
- ▶ merparten hittar den information de söker efter
 - o geografiskt läge
 - o öppettider
 - o vilka vårdcentraler som finns
 - o få söker information om medicinsk kvalitet och de som söker har svårt att hitta det

Även Myndigheten för vårdanalys konstaterar att informationen inte möter lagstiftarens krav. Det är främst jämförbarheten som brister.

Bedömningen är att det arbete som pågår för att standardisera informationen och ta fram förslag till kvalitetsparametrar är viktigt och ändamålsenligt men att det saknas tydliga och tidsatta beskrivningar av målsättningen. De krav som lagen (LOV) ställer är tydliga men inte uppfyllda. Utöver kvalitetsjämförelser är bemanning, kontinuitet (möjlighet till fast läkare) och tillgänglighet parametrar angelägna jämförelsedata som möter lagens krav och som förbättrar medborgarnas underlag för val. Idéskissen beskriver också vikten av att vårdvalet ska vara "Medborgarnas primärvård".

6. Idéskissen och nuläget

I detta avsnitt ges ett svar på revisionsfråga 1; i vilken mån har vårdvalssystemets intentioner i samband med införandet uppfyllts? Bedömningar görs kursivt i varje del.

6.1. Medborgaren och Patienten ska ha en stark ställning

På frågan om patienten har fått en starkare ställning i och med vårdvalets införande svarar samtliga intervjuade "ja". Det främsta skälet är patientens möjlighet att välja vårdcentral och framför allt möjligheten att välja bort en vårdcentral man är missnöjd med. I och med att vårdcentralen påverkas starkt ekonomiskt av patienternas val blir detta en betydande påverkanskraft. Enligt Vårdvalsenhetens analyser genomförs mellan 10 000 och 16 000 omval (omlistningar per månad) vilket utgör 10 – 12 % av befolkningen. Framför allt är det i nämndområdena i Göteborg som omval görs. I nämndområde 5 (centrum väster Göteborg) är andelen som valt privata vårdgivare störst med över 50 %. Den sista december 2012 hade 35 % av invånarna i regionen listat sig vid en privat vårdcentral.

Enligt intervjuerna avspeglar sig valmöjligheten i att patienten oftare har en egen uppfattning om vilken behandling eller vilket läkemedel som är lämpligast. Om dessa förväntningar inte uppfylls kan det vara ett motiv till att välja en annan vårdcentral. Vissa intervjuade vårdcentralchefer anser att det skulle behöva finnas en begränsning av hur ofta en patient får lista om sig, bland annat av patientsäkerhetsskäl.

Bedömningen är att patienten har fått en väsentligt starkare ställning i och med vårdvalet, främst beroende på att patienten fritt kan välja och välja bort vårdcentral. Patienten kan inte heller bli nekad att välja en viss vårdcentral. I och med att pengarna följer patienten blir patientens val något som styr vårdcentralens strategier. När det gäller inflytande över behandling och medborgarnas kunskap om primärvården har inget framkommit som tyder på någon väsentlig förändring.

6.2. Medborgaren och patienten ska vara trygg med primärvården

De intervjuade anger att den främsta faktorn (näst efter förtroendet för den personal man möter) för att skapa trygghet hos patienten är tillgängligheten. Tillgängligheten har ökat i samband med vårdvalet. Antalet utbudspunkter har ökat väsentligt från ca 140 vårdcentraler 2009 till ca 200 idag. Andelen telefonsamtal som besvaras samma dag som patienten ringer är 97-98 procent vilket är högt över rikets genomsnitt. Skillnader finns dock på vårdcentralsnivå men patienten kan som tidigare nämnts inte jämföra tillgängligheten vid olika vårdcentraler på ett enkelt sätt.

I den nationella patientenkäten som genomfördes 2012 mäts ett antal faktorer som är kopplade till förtroende och trygghet och VG Primärvård ligger på en nivå som enligt Vårdvalsenheten är i nivå med rikets genomsnitt. På en skala 0-100 där 100 är bäst varierar värdena mellan 75 och 95 för de olika faktorerna. Skillnaderna är stora mellan olika vårdcentraler (från 51 – 98).

Det finns idag inga data som visar hur väl vårdcentralerna lyckas erbjuda en fast vårdkontakt. Inte heller finns det någon helhetsbild över vilka vårdcentraler som är beroende av hyrläkare vilket skulle kunna vara en indikation på möjligheten till fast vårdkontakt. De flesta vårdcentraler som har hyrläkare styr kroniska patienter och samordningsansvar till de fasta läkarna i möjligaste mån.

Bedömningen är att vårdvalets intentioner avseende trygghet har förverkligats i ett flertal avseenden, inte minst när det gäller tillgängligheten. Möjligheten till fast vårdkontakt påverkas av hur stort beroendet av hyrläkare är. De vårdcentraler som ingått i denna granskning har i möjligaste mån strävat efter att koppla de patienter med stort vårdbehov till vårdcentralens fasta läkare. Förtroende i form av bemötande varierar stort mellan vårdcentraler och kan förbättras.

6.3. Primärvården ska bedrivas med hög kvalitet

Vid intervjuerna framkommer att införandet av VG Primärvård bedöms ha ökat förutsättningarna för kvalitetsstyrning av vården betydligt. Detta genom att ersättningssystemet till viss del bygger på målrelaterad ersättning för kvalitet. För 40 av totalt 140 stycken indikatorer ges ersättning vid uppnått mål. Alla vårdcentraler uppnår den målrelaterade ersättningen på flera indikatorer, dock i varierande utsträckning. En central fråga är hur det säkerställs att det är den faktiska kvaliteten i vården som mäts genom indikatorerna. Vid intervjuer med vårdvalsenheten samt i enhetens uppföljningsrapport framkommer att framtagandet av mått och mätmetoder som ger en trovärdig beskrivning av vårdens kvalitet är ett utvecklingsområde. Flera av de kvalitetsindikatorer som ingår i uppföljningssystemet och som ligger till grund för ersättningen handlar framförallt om att registrering skett i systemet och saknar önskvärda mål. Det är snarare följsamhet till riktlinjer som mäts. Skälet till att ett fåtal mål är kopplade till resultat är att det saknas tillgängliga mätbara mål och mått för kvalitet som är kopplade till evidens.

Eftersom arbetet med urval av uppföljnings- och kvalitetsindikatorer inom VG primärvård fortfarande är i sin inledande fas ser de intervjuade positivt på det utvecklingsarbete som pågår inom den medicinska revisionen. Med resultatet ur SPEAR som utgångspunkt kommer den medicinska revisionens kvalitetsarbete kunna utvecklas och tydligare kvalitetsindikatorer tas fram menar de intervjuade.

Vid vårdvalsenheten understryks att det har skett en markant skillnad i möjligheten att arbeta med samt analysera och följa upp primärvården nu jämfört med hur situationen var innan införandet av VG primärvård. Innan införandet av vårdvalet genomfördes inte någon uppföljning av medicinska kvalitetsmått från beställarens sida. I förhållande till andra landsting ligger regionen långt fram gällande kvalitetsmått och medicinsk revision menar de intervjuade.

Bedömningen är att vårdvalet inneburit en betydande förbättring av möjligheterna att följa upp vårdcentralernas medicinska kvalitet. Det återstår dock ett väsentligt utvecklingsarbete för att använda uppföljningen i ett utvecklingssyfte vilket beskrevs i bedömningarna i avsnitt två.

6.4. Primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi

Det är tydligt att primärvårdens uppdrag numera utförs både offentliga och privat regi. Vid starten av VG primärvård fanns cirka 145 vårdcentraler, idag finns det 201 stycken varav 87 är privata och drivs av 31 olika vårdföretag. Andelen privata vårdcentraler har ökat över tiden. Majoriteten av dessa är mindre företag som endast driver en vårdcentral.

Överlag anser de intervjuade att modellen inom VG Primärvård i stor utsträckning styrs mot konkurrensneutralitet. Från regionledningen framkommer visserligen synpunkter på att angelägenheten att agera konkurrensneutralt är så stark att det får en negativ inverkan på kreativitet och nytänkande för organisatoriska lösningar inom regionens primärvård. Intervjuade chefer för offentliga vårdcentraler menar att eftersom Närhälsan har ett stort utbud av vårdcentraler, erfarenhet och kompetens skulle ett större utbyte mellan vårdcentralerna kunna ske. De intervjuade cheferna menar att en oro för att detta skulle hämma konkurrensneutraliteten begränsar dock möjligheten till nya typer av lösningar inom Närhälsan.

Intervjuade verksamhetschefer för Närhälsans vårdcentraler menar att de privata utförarna har konkurrensfördelar som de offentliga saknar. Exempelvis kan en privat vårdcentral bedriva apotekstjänst, företagshälsovård och marknadsföra enskilda vårdcentraler i närområdet. På grund av att den offentliga vården omsluts av kommunallagens förbud mot att driva verksamhet i vinstsyfte upplever sig de offentliga vårdcentralerna begränsade i dessa hänseenden.

Enligt KoK-boken ska vårdcentralen bedriva barnhälsovård. Mödrahälsovård ingår däremot inte i vårdvalet utan bedrivs som beställd primärvård. I intervjuer med företrädare för privata vårdcentraler framkommer synpunkter på att detta hämmar konkurrensneutraliteten. Den stora rekryteringsbasen för barnhälsovård sker inom mödrahälsovården och därmed upplever de privata utförarna att de flesta föräldrar väljer att stanna kvar inom den offentliga vården när behovet av barnhälsovård blir aktuellt.

En annan faktor som beskrivs som konkurrensbegränsande är att Närhälsans vårdcentraler inte har samma autonomi och självbestämmande som de privata. Faktorer som inköp och löner, personalfrågor, lokaler och investeringar är styrda uppifrån och anses hämma den enskilda vårdcentralens möjligheter att forma sin verksamhet.

Bedömningen är att idéskissens intentioner om konkurrensneutralitet och drift i varierande regi till stora delar är uppnådda. Det finns ett antal faktorer som fortsättningsvis behöver anpassas eller korrigeras när det gäller konkurrensneutralitet men det förändrar inte den övergripande bedömningen.

6.5. Primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats

Eftersom vårdvalssystemet har lett till ett ökat utbud av vårdcentraler har även efterfrågan på specialister i allmänmedicin ökat. Enligt uppskattningar har minst 100 nya läkare tillkommit i Västra Götalandsregionens primärvård sedan vårdvalet infördes. Den ökade efterfrågan har bland annat bidragit till en högre lönenivå. En annan konsekvens är att fler specialister har möjlighet att tjänstgöra på vårdcentraler i tätorterna vilket i sin tur har skapat en brist på allmänläkare i glesbygden, menar intervjuad chef för Närhälsan.

Vårdvalsenheten understryker att intresset för allmänmedicin som specialisering har ökat markant bland läkarstudenter.

En uppföljning av kompetensförsörjning och vårdcentralernas utbildningsuppdrag framgår av vårdvalsenhetens uppföljningsrapport för år 2012. För att bli godkänd som utbildningsvårdenhet krävs att vårdcentralen uppfyller vissa kvalitetskriterier och bereder verksamhetsförlagd utbildning för alla yrkeskategorier som är verksamma på enheten. Av rapporten framgår följande statistik:

- 46 procent av samtliga vårdcentraler är godkända utbildningsenheter för både VFU³ och läkare
- 12 procent av samtliga vårdcentraler är inte godkända för utbildningsuppdrag
- 51 procent av samtliga vårdcentraler klarar krav för utbildningsuppdrag VFU
- 84 procent av samtliga vårdcentraler klarar utbildningsuppdrag för läkare.

Av rapporten framkommer att den övervägande orsaken till att vårdcentralerna inte är godkända för utbildningsuppdrag för läkare är att läkarbemanningen är instabil och låg. Övervägande orsak till att vårdcentralerna inte är godkända för utbildningsuppdrag VFU är brist på handledarutbildade och magisterkompetenta sjuksköterskor.

Antalet ST-läkare i allmänmedicin har ökat i regionen. I december 2012 var 311 personer anställda att jämföra med 290 personer i slutet av 2011. 31 procent av ST-läkarna var i december 2012 anställda på privata vårdcentraler att jämföras med 22 procent år 2011. Första april 2012 infördes en utökning av ST-ersättningen till vårdcentraler utanför Storgöteborg för att stimulera anställning av fler ST-läkare. Ökningen av antalet ST-läkare är fortfarande mest uttalad i Göteborgsområdet enligt vårdvalsenhetens uppföljningsrapport.

Närhälsan har enligt intervjuad chef ett rekryteringsbehov av ca 100 läkare och de kommande åren väntas stora pensionsavgångar. Rekryteringsbehovet medför att förvaltningen är beroende av bemanningsföretag för att upprätthålla kontinuitet i verksamheten. Samtidigt minskar antalet ST-läkare hos de offentliga vårdcentralerna. Av utbildningsuppdraget för VG primärvård framgår att vårdgivaren ska bidra till regionens långsiktiga strategi för personalförsörjning genom att tillhandahålla kliniska utbildningsplatser. De krav som ställs på handledarutbildningen för ST-läkare begränsar Närhälsans förmåga att bidra till en långsiktig strategi för personalförsörjning. Chefen för Närhälsan menar att det finns möjligheter att öka kompetensförsörjningen genom att utveckla alternativa handledarmodeller som syftar till att ge goda utbildningsförutsättningar för ST-läkare utan att sänka kvaliteten på utbildningen.

Alternativen kan exempelvis innebära olika typer av grupphandledning, möjliggöra för ST-läkare att tjänstgöra på flera vårdenheter samt att en huvudhandledare ska kunna ha fler än två ST-läkare samtidigt. Närhälsan har lagt fram ett antal sådana förslag utan framgång hos studierektorsorganisationen. Chefen för Närhälsan framhåller att om nuvarande konstruktion kvarstår finns en risk för att läkarbristen blir varaktig i delar av regionen vilket kommer få allvarliga konsekvenser för primärvården.

Synpunkter på möjligheterna att rekrytera ST-läkare framkommer även i intervju med företrädare för privata vårdcentraler och ordförande för det medicinska sektorsrådet för allmänsjukvård. De intervjuade menar att den huvudsakliga faktorn för att kunna säkerställa kvaliteten i handledarskapet är att dessa ska utgöras av fast anställda specialister. KoK-boken gör gällande att vårdenheten enbart behöver vara "bemannad" med två specialister och inte att dessa ska vara fast anställda. Andra problem med regelverket är att en vårdcentral max får ha fem stycken ST-läkare. Gränsen gör att stora vårdcentraler som har flertalet fasta specialister inte kan ta emot fler ST-läkare. Detta bör revideras menar de intervjuade.

Huruvida vårdvalet som system inneburit en förstärkning av attraktionskraften för primärvården som arbetsplats är svårt att bedöma i sin helhet men ökningen av antalet läkare och intresset från läkarstudenter indikerar en utveckling i linje med idéskissens intentioner. För mågan att ta emot ST-läkare och sjuksköterskor under utbildning är en viktig faktor och överväganden bör göras för att öka dessa möjligheter.

³ Verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor.

6.6. Primärvården ska vara en lärande organisation

Av intervju med chef för Närhälsan framkommer synpunkten att möjligheten att arbeta med forskning och utveckling har begränsats. Det är hälso- och sjukvårdsnämnderna som ska fördela forskningsanslaget och dessa bidrag har minskat. Eftersom forskningsanslag inte är en del av vårdvalspengen saknas incitament till att bedriva FoU-verksamhet.

Flera intervjupersoner menar att det skett utveckling av olika sätt att arbeta inom vårdcentralens ram. En av de granskade vårdcentralerna har utformat nya arbetssätt och vårdlogistik utifrån en analys av den listade befolkningens preferenser. En annan vårdcentral har specialiserat sig på att möta behov hos äldre patienter. Närhälsan har initierat utveckling av ett äldrekoncept.

Inför 2015 genomförs ett utvecklingsuppdrag som syftar till att utveckla vårdvalsmodellen och KoK-boken. Nio grupper, sammansatta av representanter från HSA, HSNK och olika verksamhetsföreträdare, ska ta fram förbättringsförslag och utreda konsekvenser av eventuella förändringar. Delområden som är föremål för uppmärksamhet är:

1. Bemanning och kompetens
2. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
3. Vårdcentralens åtagande för psykisk ohälsa/sjukdom
4. Vårdcentralens åtagande om hälsofrämjande och förebyggande insatser
5. Åtagande kvällar och helger
6. Ekonomi, ersättningsmodell och kostnadsansvar
7. Uppföljning och medicinsk revision
8. Utveckla till ökat åtagande utöver basåtagande
9. IS/IT

Bedömningen är att VG Primärvård skapat incitament och möjligheter att utveckla nya lösningar att möta befolkningens behov. Däremot finns det brister i den forskningsrelaterade FoU-verksamheten i systemet. De områden som ska utredas och utvecklas inför 2015 bedöms som väl valda utifrån vad som framkommit i granskningen.

6.7. Primärvårdens och patientens resurser ska nyttjas effektivt

Denna granskning kan inte ge ett fullständigt svar på om resurserna nyttjas effektivt. Ersättningsmodellen stödjer till stora delar ett helhetstänkande vilket tidigare beskrivits. Kostnads- mässigt kan följande uppgifter ge en fingervisning om produktiviteten.

	2009	2012
Kostnader för primärvård (Budget)	5 miljarder	5,28 miljarder*
Antal vårdcentraler	145	200
Antal läkarbesök (ca)	2 020 000	2 327 000
Antal sjuksköterskebesök (ca)	1 400 000	1 300 000
Antal besök till psyko- log/psykoterapeut/kurator (ca)	133 000	123 000

*Den utbetalda summan 2012 var 5,183 miljarder

Kostnaden för vårdcentralernas verksamhet har ökat med knappt 6 procent sedan 2009. Enligt vårdvalsenhetens beräkningar av antalet listade patienter har kostnaden per listad patient

stigit från 3170 respektive 3304 kronor (4,2 %). Det ska tilläggas att budgeten 2009 förstärktes med ca 70 mnkr vid starten för att förhindra startproblem.

Vårdvalsenheten har för närvarande ca nio tjänster av vilka vissa arbetar delvis med uppgifter utanför vårdvalet. HSNK har drygt fyra tjänster som arbetar med uppföljning av avtalen men vissa av dessa resurser fanns även tidigare. Driften av vårdvalets IT-stöd kostar ca 8,4 miljoner kronor per år.

Patientens resurser ska utnyttjas effektivt är en annan aspekt av effektivitet i idéskissen. Patientens resurser utnyttjades effektivt i den meningen att väntetiden till telefon och nybesök är relativt kort. Storleken på problemet med tillgängligheten till återbesök är oklart och framför allt kan inte patienten hitta information om detta vid val av vårdcentral.

Bedömningen av effektivitet är komplicerad att göra och kräver noggrannare studier av olika data. På ett övergripande plan är bedömningen att effektiviteten påverkats i positiv riktning. Fler utbudspunkter och en god tillgänglighet har skapats utan att mer pengar än landstingsprisindex har skjutits till. När det gäller att utvecklingsarbetet ska främja hela vårdsystemet är bedömningen däremot att utvecklingen endast skett inom ramen för vårdcentralen som koncept. Det finns en risk att innovation kring hela vårdkedjan hämmas av den fokusering på vårdcentralen som form som KoK-boken innebär.

6.8. Primärvårdens enheter ska ha eget handlingsutrymme

Som tidigare beskrivits upplever de flesta att handlingsutrymmet har ökat för den enskilda vårdcentralen men i mindre utsträckning för Närhälsans vårdcentraler. Diskussioner pågår om att eventuellt skapa mer autonomi för den enskilda vårdcentralen inom Närhälsan med olika organisatoriska lösningar.

Den valda ersättningsmodellen fokuserar mer på vad som ska levereras än på hur det görs vilket öppnar för olika sätt lösa uppgiften utifrån de lokala förutsättningarna. Den enskilda vårdcentralen har ett stort handlingsutrymme men de intentioner som fanns i idéskissen avseende handlingsutrymmet för vårdcentralerna i egen regi bedöms inte vara uppfyllda.

7. Sammanfattande bedömning och slutsats

Här beskrivs svaret på respektive revisionsfråga beskrivas tillsammans med en bedömning utifrån de identifierade riskerna. Slutligen görs också en övergripande slutsats och rekommendationer.

Revisionsfråga	Svar
1 I vilken mån har vårdvalssystemets intentioner i samband med införandet uppfyllts?	I stora delar har idéskissens intentioner uppfyllts. - Patienten har stärkts via valmöjligheten - Trygghetsmålet är delvis uppnått men frågetecken finns vad beträffar tillgängligheten för återbesök och fast vårdkontakt - Förutsättningarna för att följa upp och förbättra kvaliteten har ökat - Konkurrensneutraliteten är hög men problemområden finns - Primärvården har blivit en tilltalande arbetsplats avseende attraktionskraften på läkare och läkare under utbildning - Innovationer kan noteras men inom vårdcentralens ram men bidraget till utveckling av vårdsystemet som helhet är tveksamt - Utbud och produktion har ökat med bibehållen kostnad - Vårdvalet ger ett handlingsutrymme med den valda ersättningsmodellen men intentionerna att Närhälsans vårdcentraler ska få ökat utrymme har inte uppnåtts
2 Vilka risker har identifierats i samband med VG Primärvårds uppföljningar och vilka åtgärder har vidtagits för att motverka dessa?	Den övergripande risken som identifierats i samband med uppföljningar avser själva uppföljningen i sig. 140 kvalitetsparametrar följs upp men utan möjlighet att kunna följa upp den faktiska vårdkvaliteten. Det finns en medvetenhet kring denna fråga inom vårdvalsenheten och åtgärder har vidtagits för att utveckla den medicinska revisionen. Detta ger möjligheter till en mer systematisk och regelbunden uppföljning av vårdkvalitet.
3 Vilka faktorer styr vårdcentralernas verksamhet?	I granskningen har följande områden identifierats som de främsta styrfaktorerna för vårdcentraler: - <i>Krav- och kvalitetsbokens</i> krav för godkännande att bedriva vårdcentral - <i>Ersättningsmodellens</i> utformning som till stora delar bygger på en fast ersättning utifrån de listade patienternas demografiska förhållanden - <i>Patienternas valbeteende</i> som grundar sig i deras fria möjlighet att välja vilken vårdcentral de ska listas vid - <i>Närområdesprincipen</i> där vårdcentralerna ska upprätta en närområdesplan för ansvarsfördelningen mellan vårdcentralerna i ett närområde

4 Hur har regionen agerat för att skapa konkurrensneutralitet inom VG Primärvård?	Med undantag för ett antal problemområden är konkurrensneutraliteten inom VG-primärvård god. Organiseringen av styrningen, KoK-boken samt ersättningsmodellen är de faktorer som främst bidrar till konkurrensneutralitet. Fortsatt utveckling av bristområdena är dock nödvändig för systemets legitimitet.
5 Hur arbetar VG Primärvård-kontoret för att motverka risken för ersättningsmaximering?	Risken för ersättningsmaximering bedöms liten av de intervjuade eftersom manipulationer i registreringen upptäcks vid avtalsuppföljning och i den medicinska revisionen. Sedan införandet av VG PV år 2009 har tre vårdcentraler fått avsluta sin verksamhet och ett antal vårdcentraler har blivit återbetalningsskyldiga bland annat på grund av försök till ersättningsmaximering.
6 Är ersättningsmodellen ändamålsenlig?	Den dominerande bilden som framkommit är en stor acceptens för ersättningsmodellen. I jämförelse med andra landsting bedömer de intervjuade att VG PV-modellen är att föredra. Framförallt lyfts den socioekonomiska faktorn fram som en bra komponent. Förbättringsområden som lyfts är bland annat att det krävs mycket tid för registrering för vårdcentralerna samt att täckningsgraden inte går att påverka.
7 Hur säkerställs att invånarna fått tillräcklig information för att göra aktiva val?	Detta är ett utvecklingsområde för regionen. Av intervjuer framkommer att det saknas tydliga kvalitetsindikatorer för medborgarna att göra aktiva och informerade val. En dominerande bild bland de intervjuade är dock att medborgare som vill välja gör det utifrån referenser och det geografiska läget. En annan viktig valfaktor är att patienten aktivt kan välja bort en vårdcentral vid missnöje. VG Primärvård uppfyller inte de krav som ställs i LOV.
8 Har vårdvalets införande påverkats av vårdcentralernas möjligheter att bemanna utifrån de krav som ackrediteringsvillkoren ställer?	Stora skillnader mellan vårdcentraler råder när det gäller möjligheter och förmåga att attrahera personal. I många fall har personalrörelse skett från offentligt drivna vårdcentraler till privata, speciellt i starten av vårdvalet. Närhälsan står inför en kompetensförsörjningsutmaning.

Utifrån de risker som identifierades i granskningen år 2009 görs följande bedömning:

Identifierad risk	Bedömning
Risk för obalans mellan behov och utbud. Vissa områden kan dra till sig mer vårdutbud än andra.	När det gäller vårdcentraler är bedömningen att detta inte har skett. Tvärtom har områden med socioekonomisk tyngd fått fler vårdcentraler och ett större utbud. Däremot har vårdvalet inte medfört en balans mellan behov och utbud när det gäller personal. Vissa vårdcentraler har stor attraktionskraft medan andra har svårt att anställa fast personal. En viss polarisering existerar mellan vårdcentralerna.
Betydande risk för fokusering på lönsamhet genom kostnadskontroll hos leverantörerna med den valda ersättningsmodellen.	I granskningen framkommer inte något som tyder på att risken förverkligats. Tillgängligheten är god till telefonkontakt och nybesök men det finns vissa problem med återbesök vid vissa av de granskade vårdcentralerna men det är inte kopplat till kostnadskontroll. Vi ser inte att kostnadskontroll varit ett problem. Däremot har flera av Närhälsans vårdcentraler stärkt inriktningen mot intäktskontroll utifrån ersättningsmodellen. I några fall har intäktsfokuseringen varit i strid mot regelverket.
Risk för bristande konkurrensneutralitet.	Granskningen har identifierat några brister i konkurrensneutraliteten, både till Närhälsans och de privata vårdcentralernas nackdel. Den övergripande bedömningen är att VG Primärvård har konkurrensneutralt i tillräcklig omfattning.
Risk för ökad belastning på regionens administrativa funktioner.	Bedömningen är att VG Primärvård inte har medfört några betydande eller orimligt stora administrativa kostnader. De resurser som finns bedöms som nödvändiga för ett fungerande och legitimt system.
Stora krav på välfungerande IT-lösningar.	Granskningen har inte identifierat några väsentliga brister eller svårigheter i de IT-stöd som är knutna till själva vårdvalet.

7.1. Sammanfattande slutsats och bedömning

Granskningens syfte är att göra en genomlysning av vårdvalets effekter för hälso- och sjukvården inom Västra Götalandsregionen, om intentionerna i idéskissen uppfyllts samt vilket genomslag revisionsenhetens granskning hade för att motverka identifierade risker i samband med införandet. Mot bakgrund av revisionskriterierna är den övergripande bedömningen att VG Primärvård är ett i stort välfungerande system och att idéskissens intentioner i flera avseenden är uppfyllda. De risker som identifierades vid starten har i huvudsak hanterats ändamålsenligt.

Däremot bedöms regionens arbete med att ge medborgarna tillräckligt bra information vara bristfälligt.

Ett system som VG Primärvård är under ständig förändring och det kan ske förändringar som gör att mer betydande risker eller brister uppstår. Det är därför av stor vikt att regionstyrelsen tar initiativ till och vidtar åtgärder för en fortsatt och förbättrad uppföljning och utveckling av systemet. Granskningen visar att de kontrollerande och uppföljande arrangemangen fungerar tillfredsställande för att uppdaga direkta fel eller oegentligheter. Däremot finns det utvecklingsmöjligheter när det gäller den samlade förmågan att utveckla och förfinas systemet.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas vidta åtgärder för att stärka samordningen mellan Hälso- och sjukvårdsavdelningen och Hälso- och sjukvårdskansliets uppföljande aktiviteter. Detta är bland annat nödvändigt för att förbättra ersättningsmodellen och kvalitetsuppföljningen men även kontrollen av den enskilda vårdcentralen.
- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas vidta åtgärder för att uppfylla målsättningen och de krav som ställs i lagen om valfrihet (LOV) när det gäller informationen till medborgarna. Tydligare mål, uppdrag och tidplaner krävs.
- ▶ Överväg förändringar i ersättningsmodellens komponent för täckningsgrad. Denna fungerar dåligt som styrmedel, är inte fullt accepterad och är till viss del motverkande för nya metoder som inte bygger på fysiska besök.
- ▶ Överväg åtgärder för att fler vårdcentraler ska kunna ta emot ST-läkare.
- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas att säkerställa att ett fortsatt arbete pågår för att minimera de faktorer som begränsar konkurrensen i vårdvalssystemet.

Bilaga 1: Revisionskriterier

7.2. LOV

Sedan den 1 januari 2010 är samtliga landsting/regioner skyldiga att införa vårdval inom primärvården i enlighet med lagen om valfrihet (LOV). Centrala delar i lagen är att kommunen eller landstinget/regionen öppet ska annonsera anbudsgivare, godkänna och skriva kontrakt med alla som lever upp till de ställda kraven samt säkerställa att alla utförare ersätts på samma sätt och därmed konkurrerar enbart med kvalité. Den enskilde medborgaren ska fritt kunna välja mellan alla godkända leverantörer. Kommunen, landstinget eller regionen har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten. Hur valfrihetssystemet enligt LOV ska utformas är upp till respektive landsting. Grunderna i ersättningssystemet är dock alltid att ersättningen följer patienten och att offentliga och privata vårdgivare ska behandlas konkurrensneutralt.

Bilaga 2: Dokumentförteckning och intervjuade funktioner

Dokumentförteckning

- Krav- och kvalitetsboken (2012-04-01)
- Närhälsans organisation och plattform (2013-05-07)
- "Vägen till medborgarnas primärvård" – en idéskiss för VG primärvård
- Granskning av riskanalyser i beredning av idéskissen Vägen till medborgarnas primärvård, 2009-02-24, BDO
- Uppföljning Vårdval primärvård 2012, 2011 och 2010, Vårdvalsenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelning, Regionkansliet
- Åldersstrukturer 2013, Västra Götalandsregionen
- Vårdval VG Pv i ett befolkningsperspektiv, en kartläggning av omväljare av vårdcentral veckorna 34-52, år 2009
- Kommentarer från vårdvalsenheten angående antibiotika från Strama-enheten 2013-01-29.
- Konsekvenser av genomförandet av VG Primärvård, Hälso- och sjukvårdsavdelningen (2012-01-31, DNR RSK 630-2008)
- Avtalsuppföljning, VG Primärvård 2012, Regiongemensam rapport (DNR:HSN5-73-2013(4))
- Funktionsbeskrivning för Hälso- och sjukvårdsavdelning, regionkansliet (2013-01-14)
- Uppgiftsområden för regionstyrelsens hälso-och sjukvårdsutskott, Fastställt av regionstyrelsen 5 april 2011, § 107 HSU 1 (4)
- Reglemente för Hälso- och sjukvårdsnämnd i Västra Götalandsregionen, antaget av regionfullmäktige 19 okt 2010 § 159 (ändringar regionfullmäktige §177/10 har införts)
- Reglemente för Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen, antaget av regionfullmäktige 19 oktober 2010, § 159 (ändringar enligt RF § 177/10 har införts)

Intervjuer har genomförts med följande funktioner:

- Ordförande och vice ordförande för primärvårdsstyrelsen
- Ordförande och vice ordförande hälso- och sjukvårdsutskottet
- Ordförande och vice ordförande för regionstyrelsen.
- Regiondirektör
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Hälso- och sjukvårdschef, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli
- Planeringsledare, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli
- Chef för Vårdvalsenheten samt utvecklingsledare och medicinsk revisor inom vårdvalsenheten
- Förvaltningschef för Närhälsan
- Ordförande sektorsrådet
- Verksamhetschefer vid fyra vårdcentraler, primärvårdsområde 5:
 - o Närhälsan Gamlestadstorget
 - o Närhälsan Kungshöjd
 - o Nötkärnans vårdcentral, Bergsjön
 - o Familjehälsans vårdcentral, Gamlestadstorget
 - o Fyra inom respektive primärvårdsområde, varav två privata och två i regionens regi.
- Verksamhetschefer vid fyra vårdcentraler, primärvårdsområde 8:
 - o Närhälsan, Töreboda

- o Närhälsan, Vara
- o Hamnstadens vårdcentral, Lidköping
- o Vårdcentral Vilan, Skara