Region Stockholm

4

Förslag till åtgärder med anledning av Vårdvalsutredningen

HSN 2019-2131

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Utredning och beställarstöd
Yvonne Lettermark

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-02-17

HSN 2019–2131

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Förslag till åtgärder med anledning av Vårdvalsutredningen

Ärendebeskrivning

Hösten 2019 gav hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsutskott hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att genomföra en utredning av utvecklat vårdval. År 2020 präglades av covid-19-pandemin, vilket påverkat förutsättningarna för utredningen som slutförts under år 2021. Ärendet innehåller förslag till beslut som följer av nämnda utredning.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Utredning om utvecklat vårdval - rapportering av uppdrag
Protokollsutdrag hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsutskott 2022-02-03 § 8

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att förtydliga strategin avseende den specialiserade somatiska vårdens roll i arbetet mot nära vård. Akutsjukhusens uppdrag bör harmonieras med denna inriktning.

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att ta fram ett förslag till reviderat styrdokument för val av avtalsform för hälso- och sjukvård.

3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att ta fram en arbetsmetodik och rutin för att säkerställa att det i beslutsunderlag avseende vårdval finns en plan för uppföljning och utvärdering av effekterna av det föreslagna beslutet. Denna plan bör inkludera en beskrivning av målet med beslutet och en beskrivning av hur måluppfyllelsen ska följas upp och utvärderas.

4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att inleda arbetet med att definiera behov och krav för ett eventuellt IT-stöd för upphandling och avtalsförvaltning. Uppdraget ska bedrivas i samverkan med det regionövergripande projektet om inköpsdigitalisering.

5. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att analysera vilka faktorer – såsom exempelvis ersättning för utbildning, kravställning avseende handledarkompetens, behov av samordnande funktioner och samverkan mellan vårdgivare – som påverkar vårdgivares förutsättningar att fullgöra sin del av utbildningsuppdraget.

6. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att utifrån denna analys fastställa principer för formuleringen av utbildningsuppdraget vid framtagandet av vårdvalsavtal. Detta bör implementeras i avtalsprocessen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Med utgångspunkt från ett uppdrag i budget för 2020 fastställde avtalsutskottet i december 2019 ett utredningsdirektiv om Utvecklat vårdval (HSN 2019–2131). Utredningsdirektivet är omfattande och nedan beskrivs kort de huvudområden som enligt direktivet skulle besvaras:

1. Åtgärder för att stärka samverkan och sammanhållna vårduppdrag och underlätta för vårdgivare att öka kontinuiteten, kvaliteten och effektivisera resursutnyttjandet för patienterna.
2. Vårdvalsuppdrag som bidrar till systemeffektivitet och vård på rätt vårdnivå - vilken vård ska ges på akutsjukhus och vilken vård ska ges utanför?
3. Hållbara ersättningsmodeller för vårdvalen.
4. Säkra kompetensen på kort och lång sikt – forskning, kunskapsstyrning och utbildning.
5. Avtal, ersättning och styrprinciper som prioriterar vård efter behov och stärker kvalitet och hälsofrämjande arbete.

Syftet med utredningen, som avrapporterats till avtalsutskottet, har varit att söka medverka till att avtalsformen vårdval på sikt får bättre förutsättningar att utvecklas för en ökad kvalitet, patientsäkerhet och en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård, i samspel med andra avtalsformer. Parallellt med utredningens arbete har ett omfattande arbete inletts inom

förvaltningen där en genomlysning görs av vilka förändringsbehov som finns inom respektive vårdval. Utredningen är därför avgränsad till att avhandla vårdvalens funktionssätt, det vill säga de mekanismer och processer som kan hänföras till arbete med utveckling och tillämpning av vårdval som avtalsform.

Överväganden
Givet utredningens syfte och avgränsning till vårdvalens funktionssätt speglar huvuddelen av rapporten det strategiska och operativa avtalsarbetet i hälso- och sjukvårdsförvaltningens avtalsprocess. Resonemanget är till de flesta delar applicerbart även på andra avtalsformer. Rapporten gör inte anspråk på att ge en komplett bild, men beskriver på övergripande nivå utvecklingsmöjligheter och ger förslag som ska bidra till önskade förbättringar.

Rapporten presenteras i sex delområden som är centrala vid utvecklingen av vårdval: styrning av vård i Region Stockholm, beställarens strategiska avtalsplanering, avtalsprocessen, samverkan för säkra vårdövergångar, säkra kompetensförsörjning och utbildning samt forskning i hela vårdsystemet. Varje delområde inleds med en beskrivning av nuvarande förutsättningar och arbetssätt och avslutas med en analys av identifierade utvecklingsmöjligheter samt förslag.

Förvaltningen konstaterar i utredningen att det finns möjligheter att utveckla och förbättra förutsättningarna för styrning, planering, förvaltning, uppföljning och utvärdering av såväl enskilda vårdval som vårdval som avtalsform. Vissa av dessa förbättringsmöjligheter är av sådan karaktär och dignitet att de förutsätter beslut av hälso- och sjukvårdsnämnden. Nämnden föreslås i föreliggande ärende att ställa sig bakom dessa förslag.

Huvuddelen av resterande förslag i utredningen kan genomföras direkt av hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I huvudsak utgör dessa förslag kompletteringar/utveckling av aktiviteter i redan pågående uppdrag inom förvaltningen.

Ekonomiska konsekvenser
Ärendet utgår ifrån utredningens analys och innehåller förslag till beslut gällande hur förvaltningens arbete med inköp och avtalsförvaltning kan utvecklas. På sikt torde ett sådant arbete leda till positiva ekonomiska konsekvenser för förvaltningen. Ärendet i sig bedöms dock inte ha några ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för forskning, kompetensförsörjning eller utbildning
Ärendet utgår ifrån utredningens analys och innehåller förslag till beslut gällande hur kraven i förvaltningens avtalsprocess avseende såväl forskning, som kompetensförsörjning och utbildning bör skärpas. Beslut om och implementering av dessa förslag torde innebära positiva konsekvenser för samtliga nämnda områden.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Ärendet utgår ifrån nämnda utredning som till del belyser olika aspekter på hur patientperspektivet i ökad utsträckning ska kunna appliceras i förvaltningens avtalsprocess vilket på sikt kan förväntas leda till ökad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Ärendet utgår ifrån utredningens analys och innehåller förslag om att förtydliga strategin avseende den specialiserade somatiska vårdens roll i arbetet mot nära vård vilket som del av den strategiska avtalsplaneringen jämte ett utvecklat arbete med vårdbehovsprognoser på sikt bör leda till positiva konsekvenser för arbetet med jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Ärendet utgår ifrån nämnda utredning som i sig inte bedöms ha några miljökonsekvenser utöver de krav gällande miljö som regelmässigt redan idag tillämpas i förvaltningens avtalsprocess.

Administrativa konsekvenser
I utredningen finns förslag som på sikt kan innebära minskad administration för så väl hälso- och sjukvårdsförvaltning som leverantörer.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2022-02-17

Utredning om utvecklat vårdval – rapportering av uppdrag

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 133 00
Datum: 2021-12-30
Diarienummer: HSN 2019–2131

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Yvonne Lettermark (projektledare)
Avdelningen Styrning och stöd, enheten Utredning och beställarstöd
yvonne.lettermark@regionstockholm.se

Marie Hellström (utredare)
Avdelningen Styrning och stöd, enheten Utredning och beställarstöd
marie.hellstrom@regionstockholm.se

Ylva Westander (utredare)
Avdelningen Kunskapsutveckling, enheten Vårdanalys och statistik
ylva.westander@regionstockholm.se

Förord

Under hösten 2019 gav hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsutskott hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att genomföra en utredning av utvecklat vårdval. År 2020 präglades av covid-19-pandemin, vilket påverkat förutsättningarna för utredningen. Vissa delar av de utvecklingsarbeten som direktivet tog upp har hanterats, eller kommer att hanteras, inom ramen för enskilda vårdval; andra delar har utvecklats inom ramen för enskilda projekt; ytterligare andra har delrapporterats under utredningens gång.

Denna rapport utgör slutleverans från utredningen. Rapporten presenteras i sex delområden som är centrala vid utvecklingen av vårdval:

- Styrning av vård i Region Stockholm
- Beställarens strategiska avtalsplanering
- Avtalsprocessen
- Samverkan för säkra vårdövergångar
- Säkra kompetensförsörjning och utbildning
- Forskning i hela vårdsystemet

Varje delområde inleds med en beskrivning av nuvarande förutsättningar och arbetssätt och avslutas med en analys av identifierade utvecklingsmöjligheter och förslag. Flera av förslagen som utredningen lämnar kan med fördel utgöra en del i hälso- och sjukvårdsförvaltningens utvecklade ledningsstruktur genom de interna utskott som nyligen inrättats och som ska hantera tvärfunktionella frågor, till exempel strategi- och principfrågor.

Pågående utveckling, såväl som framtida förväntad utveckling, av hälso- och sjukvården visar på att alltmer vård kan erbjudas i den nära vården. I ljuset av en sådan framtidsbild framstår det som helt avgörande att vårdval utvecklas strategiskt och operativt utifrån en sammanhållen bild av hur olika avtalsformer kan samverka i vårdsystemets olika delar: vård, utbildning och forskning. Ambitionen med denna rapport är att den på ett överskådligt och lättfattligt sätt ska bidra till fortsatt arbete med att utveckla vårdval.

Stockholm den 30 december 2021

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Uppdragsägare

Innehållsförteckning

Förord **2**
Sammanfattning och förslag **4**
Utredningens direktiv och genomförande **7**
Bakgrund **9**
Vårdvalens införande och utveckling i ett nationellt perspektiv 9
Vårdvalens förutsättningar och utveckling i Region Stockholm 11
Produktionsvolymer i vårdval och annan vård 15
Årliga kostnader för vårdvalen och för vården 16
Styrning av vård i Region Stockholm **19**
Övergripande styrning 19
Framtidsplanen 20
Primärvårdstrategin 20
Vårdbehovsprognoser 20
Beställarstyrning och kunskapsstyrning 21
Systemuppföljning 22
Analys av utvecklingsmöjligheter 22
Beställarens strategiska avtalsplanering **24**
Riktlinjer och policy för inköp 24
Val av avtalsform 24
Analys av utvecklingsmöjligheter 26
Avtalsprocessen **28**
Strategisk planering och analyser 28
Skapa nytt/revidera avtalsunderlag 29
Avtalsförvaltning 33
Avtalsuppföljning och återkoppling 34
Analys av utvecklingsmöjligheter 36
Samverkan för säkra vårdövergångar **40**
Analys av utvecklingsmöjligheter 41
Kompetensförsörjning och utbildning **43**
Plats för verksamhetsintegrerat lärande 43
Plats för läkares AT, BT och ST samt för sjuksköterskor i specialistutbildning 44
Analys av utvecklingsmöjligheter 45
Forskning i hela vårdsystemet **47**
Analys av utvecklingsmöjligheter 48
Slutord **49**
Bilaga 1. Uppdrag enligt direktivet som hanteras utanför vårdvalsutredningen **51**
Bilaga 2. Kostnader och vårdkonsumtion inom vårdval 2016–2020 ..... **52**
Bilaga 3. Aktuellt kunskaps- och forskningsläge gällande vårdval **56**
Bilaga 4. PM kring ersättningsmodeller **59**

Sammanfattning och förslag

Det är nu mer än tio år sedan vårdval i större skala började införas i Region Stockholm. Ambitionen med systemförändringen kan i flera centrala avseenden sägas ha uppnåtts: Tillgängligheten och patientens valfrihet har ökat och vårdgivarna/leverantörerna har fått en ny typ av incitament att fokusera på det som är viktigt för patienten. Samtidigt finns i styrningen av denna avtalsform, liksom i styrningen av andra avtalsformer, svagheter. Denna utredning är ett led i arbetet med att ge förutsättningar för att avtalsformens styrkor ska få ta plats.

Det finns möjligheter att utveckla och förbättra förutsättningarna för styrning, planering, förvaltning, uppföljning och utvärdering av såväl enskilda vårdval som vårdval som avtalsform. Vissa av dessa förbättringsmöjligheter är av sådan karaktär och dignitet att de förutsätter beslut av hälso- och sjukvårdsnämnden; andra kan genomföras direkt av hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Huvuddelen av de sistnämnda utgör förslag på kompletteringar/utveckling av aktiviteter i redan pågående uppdrag inom förvaltningen. Planering av aktiviteter, resurssättning samt uppföljning av desamma kommer att ske inom ramen för förvaltningens ordinarie arbete med intern ledning och styrning.

Mot bakgrund av föreliggande utredning föreslår förvaltningen hälso- och sjukvårdsnämnden att besluta:

- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att förtydliga strategin avseende den specialiserade somatiska vårdens roll i arbetet mot nära vård. Akutsjukhusens uppdrag bör harmonieras med denna inriktning.
- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram ett förslag till reviderat styrdokument för val av avtalsform för hälso- och sjukvård.
- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram en arbetsmetodik och rutin för att säkerställa att det i beslutsunderlag avseende vårdval finns en plan för uppföljning och utvärdering av effekterna av det föreslagna beslutet. Denna plan bör inkludera en beskrivning av målet med beslutet och en beskrivning av hur måluppfyllelsen ska följas upp och utvärderas.
- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att inleda arbetet med att definiera behov och krav för ett eventuellt IT-stöd för upphandling och avtalsförvaltning. Uppdraget ska bedrivas i samverkan med det regionövergripande projektet om inköpsdigitalisering.
- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att analysera vilka faktorer – såsom ersättning för utbildning, kravställning avseende handledarkompetens, behov av samordnande funktioner och samverkan mellan vårdgivare – som påverkar vårdgivares förutsättningar att fullgöra sin del av utbildningsuppdraget.
- Att dessutom ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utifrån denna analys fastställa principer för formuleringen av utbildningsuppdraget vid framtagandet av vårdvalsavtal. Detta bör implementeras i avtalsprocessen.

För egen del avser förvaltningen:

- Att fortsatt utveckla metodiken för vårdbehovsprognoser. Vårdbehovsprognoserna ska kunna ge underlag till beslut om hur det framtida vårdutbudet ska se ut och vilka förändringar och justeringar som behövs i hälso- och sjukvårdssystemet, på kort så väl som på lång sikt.
- Att utforma en strategi för förvaltningens vårdupphandlingar som omfattar samtliga avtalsformer. Denna strategi bör utformas utifrån fastslagen målbild för hälso- och sjukvården, med beaktande av tidsaspekter, tillgängliga förvaltningsresurser samt vad och vilka faktorer som kravställs i samband med upphandlingar inom olika vårdområden. Detta arbete planeras ske inom ramen för förvaltningens pågående uppdrag avseende implementering av fullmäktiges inköpspolicy.
- Att utarbeta en taktisk planering som innehåller avtalsutveckling och revidering inom såväl egen regi som LOU och vårdval. Detta planeras ske inom ramen för pågående arbetet med att utveckla vårdupphandlingsplaneringen. I detta bör också ingå en ökad satsning på granskning och utvärdering av upphandlingar avseende leverans, avtalsvärde och beslutsprocess.
- Att fördjupa den del av avtalsprocessen som avser hur uppdrag ska beskrivas och avgränsas inför revidering av ett vårdval eller utveckling av ett nytt vårdval. En rutin bör tas fram inom avtalsprocessen som stöd för detta arbete. Rutinen bör inbegripa stöd för beslut om var de lämpliga gränserna för uppdraget går, i förhållande till andra vårdområden och i förhållande till andra vårdformer. Detta ska ske inom ramen för förvaltningens pågående utvecklingsarbete med vårdavtalen.
- Att ta fram riktlinjer och metodstöd för fastställande av ersättningsnivåer vid utformning och revidering av olika avtalsområden.
- Att se över om det finns delar i avtalsprocessen som innebär mer administration än vad som är nödvändigt för att upprätthålla en välfungerande verksamhet, och i så fall komma med förslag på hur denna administration kan minskas. Detta ska ske inom ramen för det pågående utvecklingsarbetet med vårdavtalen. Förvaltningen kommer i detta arbete också överväga hur denna typ av internt arbete med administration och stöd för densamma bäst kan organiseras.
- Att i avtalsprocessen även se över vilka eventuella uppdateringar som behöver göras för att säkerställa att det i avtal tydligt framgår vilket ansvar som åvilar leverantörer vad gäller administrativ förmåga i fullgörandet av vårdavtal.
- Att utforma en process för patientens vårdövergångar (hänvisning/inskrivning, remittering och utskrivning) i syfte att säkerställa att patientens vård inte stannar av vid övergången från en vårdgivare till en annan och riskerar att patienten drabbas av vårdskada eller att viktig utredning, vård och/eller behandling blir fördröjd. Detta planeras ske inom ramen för det pågående arbetet med hänvisningsstödet.

- Att undersöka förutsättningarna för hur den regionala triageringsfunktionen, med nära koppling till primärvårdsstrategin, ska kunna utföras i ett digitalt flöde fram till vårdgivaren. Även denna insats planeras utföras inom ramen för det pågående arbetet med hänvisningsstödet.
- Att, tillsammans med vårdens representanter, fastställa en gemensam standard och rutin för vilken information om patienten som ska vara tillgänglig i vårdprocessens olika steg.
- Att, under förutsättning av beslut av nämnden om att ge direktören i uppdrag att förtydliga strategin avseende den specialiserade vårdens roll i arbetet mot nära vård, i det kommande arbetet även inkludera forskningsperspektivet.
- Att utveckla en systematik för att inkludera forskningsuppdraget i arbetet med vårdavtal. Detta planeras ske inom ramen för det pågående arbetet med att utveckla metodiken för framtagande och revidering av avtal.
- Att intensifiera ansträngningarna med att implementera nya skrivningar i avtalen med krav på vårdgivaren att registrera i kvalitetsregister samt tillgängliggöra kliniska data. Även detta planeras ske inom ramen för ovan nämnda arbete.

Vår bedömning är att dessa förändringar kommer att leda till bättre förutsättningar för en långsiktig styrning, större effektivitet och likvärdighet samt högre kvalitet i utformningen av vårdval.

Utredningens direktiv och genomförande

Ett direktiv om utredning av ”Utvecklat vårdval”, i det följande ibland även benämnd Vårdvalsutredningen, fastställdes av avtalsutskottet i december 2019.

Utredningsdirektivet är omfattande och här beskrivs kort de huvudfrågeställningar som ska besvaras:

1. Åtgärder för att stärka samverkan och sammanhållna vårduppdrag och underlätta för vårdgivare att öka kontinuiteten, kvaliteten och effektivisera resursutnyttjandet för patienterna.
2. Vårdvalsuppdrag som bidrar till systemeffektivitet och vård på rätt vårdnivå - vilken vård ska ges på akutsjukhus och vilken vård ska ges utanför?
3. Hållbara ersättningsmodeller för vårdvalen.
4. Säkra kompetensen på kort och lång sikt – forskning, kunskapsstyrning och utbildning.
5. Avtal, ersättning och styrprinciper som prioriterar vård efter behov och stärker kvalitet och hälsofrämjande arbete.

I uppdragsdirektivet nämns att utredningen ska genomföras i dialog med vårdvalsaktörer. Detta ska bland annat ske genom det fördjupade samarbetet Handslaget, som initierades av politiken och bildades 2019 med företrädare från hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF:s) förvaltningsledning, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och representanter för vårdgivare genom Branschrådet. Handslaget ska användas på lämpligt sätt för att utreda och ta fram underlag inför förslag som svarar på utredningens frågeställningar.

På grund av covid-19-pandemin, allt sedan mars 2020, har det varit nödvändigt att revidera ambitionsnivån för vårdvalsutredningen. Delar av direktivet har lyfts ur utredningsdirektivet, som vikten av ett hälsofrämjande perspektiv och företräde till vård utifrån behov; utvecklingsarbete avseende dessa frågor pågår nu inom förvaltningen. Rapportering inför och dialog med förvaltningens branschråd har ägt rum vid två tillfällen.

Utredningens syfte och avgränsning
Syftet med utredningen och denna rapport är att medverka till att avtalsformen vårdval på sikt får bättre förutsättningar att utvecklas för en ökad kvalitet, patientsäkerhet och en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård, i samspel med andra avtalsformer. Rapporten gör inte anspråk på att ge en komplett bild, men beskriver på övergripande nivå utvecklingsmöjligheter och ger förslag som bidra till önskade förbättringar. Rapporten kommer att avsluta vårdvalsutredningen.

Vårdvalsutredningen har avgränsats till att avhandla vårdvalens funktionssätt, det vill säga de mekanismer och processer som kan hänföras till arbete med utveckling och tillämpning av vårdval som avtalsform. Utredningen utgör därmed ingen utvärdering eller analys av avtalsformen som sådan. Parallellt med utredningens arbete har ett omfattande arbete inletts inom förvaltningen där en genomlysning görs av vilka förändringsbehov som finns inom respektive vårdval. Genomlysningen planeras att omfatta bland annat följande områden: nya behandlingsmetoder som påverkar vårdutbudet, vård på fel vårdnivå, grad av överbehandling/överkonsumtion och risk för underbehandling/bristande tillgänglighet. Även specifika behov kopplat till forskning, utbildning och kompetensförsörjning planeras att hanteras inom detta arbete.

Vårdvalsrapportens uppbyggnad består av sex områden som är centrala vid utvecklingen av vårdval. Givet utredningens syfte och avgränsning till vårdvalens funktionssätt speglar huvuddelen av rapporten det strategiska och operativa avtalsarbetet i HSF:s avtalsprocess. Resonemanget är till de flesta delar applicerbart även på andra avtalsformer. I de fall en skrivning endast rör vårdval kommer det att framgå.

Utredningens direktiv har varit omfattande. Förvaltningens arbete med utredningens frågeställningar har därför, utöver reguljärt utredningsarbete, även innefattat framtagande och presentation av olika promemorior (PM) som sedan lyfts i avtalsutskottet för diskussion. Det konkreta arbetet inleddes för avtalsutskottets del med en workshop i mars 2020. Avtalsutskottet ombads att inkomma med önskemål kring konkretisering av direktivet och synpunkter på hur man önskade bidra i arbetet. Härvid nämndes bland annat ”aktiv och regelbunden delaktighet under utredningens gång”, ”möjlighet att diskutera specifika frågeställningar och vägvalsfrågor” samt ”tillfällen att höra vårdgivarnas syn samt patientorganisationers synpunkter.” I september månad 2020 presenterades en PM i syfte att tillsammans med avtalsutskottet föra resonemang kring metoder och åtgärder som kan, eller antas kunna, påverka kostnadsutvecklingen inom olika vårdavtal. I maj månad 2021 presenterades en PM gällande den pågående digifysiska utvecklingen på grund av pandemin. Utöver ovanstående har muntliga rapporter lämnats vid flera tillfällen.

Till arbetet med utredningen kan också kopplas ett antal tjänsteutlåtanden med policy- och eller budgetkonsekvenser. Här bör särskilt erinras om det beslut som HSN fattade i mars 2020 gällande förslag till inriktning för effektivare vårdstruktur och en hållbar utveckling (HSN 2020–0197). Beslutet omfattade inriktningar och åtgärder bland annat för vårdval i syftet att modernisera hälso- och sjukvården för att uppnå en effektiv vårdstruktur. Beslutet syftade också till att skapa förutsättningar för en ekonomi i balans genom ökat fokus på kostnadskontroll. Baserat på detta inriktningsbeslut har ett antal beslut om avtalsförändringar i enskilda vårdval sedan fattats.

Bakgrund

I detta kapitel ges först en kort introduktion till vårdvalens historia och en nationell utblick görs. Sedan beskrivs vårdvalens utveckling i Region Stockholm. Avslutningsvis redovisas årliga kostnader och produktionsvolymer för vården och vårdvalen för perioden 2016–2019.

Vårdvalens införande och utveckling i ett nationellt perspektiv

Sedan 2010 är vårdval genom lag om valfrihetssystem (LOV), obligatoriskt i primärvården. Detta innebär att regionerna ska ge alla invånare möjligheter att välja vårdgivare utan begränsningar till visst geografiskt område. Regionerna får själva utforma förfrågningsunderlagen, något som gjort att uppdrag, ersättningsmodeller, kostnadsansvar samt ersättningsnivåer och uppföljningsmodeller för vårdvalen har utformats på många olika sätt. Halland var den första region som 2007 införde vårdval inom primärvården. Västmanland följde året efter och ”Vårdval Stockholm” började införas 2009.

Den nya lagstiftningen om vårdval motiverades med att patientens ställning och valfrihet skulle stärkas. Då externa vårdgivare tillåts att löpande ansluta sig till vårdval skapas en mångfald av utförare vilket medför en ökad tillgänglighet och bättre kontinuitet för patienten. Det skulle bli enklare för patienten att aktivt välja eller välja bort vårdgivare eller mottagning. Konkurrensen om patienterna skulle ge ökad medicinsk kvalitet genom verksamhetsutveckling och kostnadseffektivitet. Leverantörer med goda resultat skulle ges möjlighet att växa, medan verksamheter som inte var konkurrenskraftiga skulle slås ut. Detta skulle befrämja systemets effektivitet.

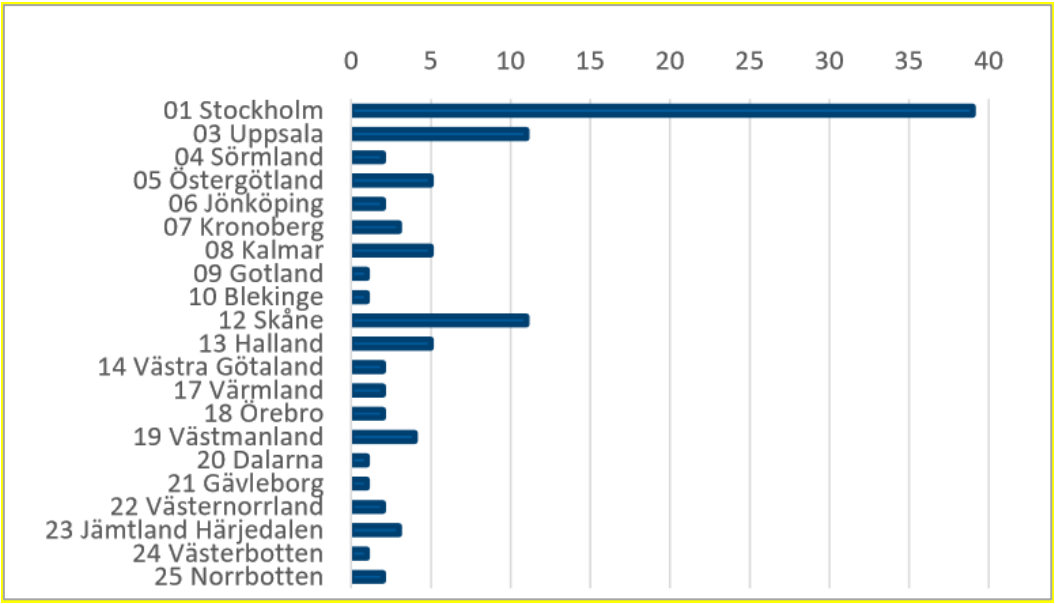
Att godkänna sökande leverantörer i ett valfrihetssystem enligt LOV ger en process med större öppenhet och enklare tillvägagångssätt, jämfört med upphandling enligt LOU. Det ”enklare” ansökningsförfarandet kan underlätta för mindre leverantörer att få möjlighet att teckna avtal. I ansökan om vårdval finns ingen bestämd anbudsperiod. Potentiella leverantörer kan löpande ansöka om godkännande.

Vårdval medger avtal för alla leverantörer som ansöker och blir godkända. Samma villkor samt konkurrensneutralitet ska råda, utifrån de krav som stipuleras i förfrågningsunderlaget för ett avtalsområde. Det är inte möjligt för regioner att begränsa antal vårdgivare i ett vårdval och det kan vara svårt att anvisa geografisk placering där en leverantör ska bedriva sin verksamhet. Det är inte heller tillåtet, med hänsyn till likabehandlingsprincipen, att anvisa en specifik lokal till en enskild leverantör före någon annan.

Flera regioner tillämpar idag vårdval inom flera andra områden än enbart primärvård, för att komplettera sin egen kapacitet med privata utförare och samtidigt öka individens valfrihet.

I Region Stockholm finns för närvarande 39 vårdval, vilket innebär att Stockholm är den region i Sverige som har störst antal vårdval. Region Uppsala och Region Skåne kommer därefter med elva vårdval. Dessa regioner har goda befolkningsmässiga förutsättningar för etablering av tillräckligt många vårdgivare, för att uppnå verklig valfrihet för patienterna. Fem regioner (Gotland, Blekinge, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten) har infört enbart det obligatoriska vårdvalet för primärvård. Dessa har tillsammans drygt en miljon invånare; befolkningsmängden i respektive region är därmed relativt liten.

Tabell 1. Antalet vårdval per region i juni 2020



Uppdragen i vårdval ser olika ut i regionerna. Inom primärvården har vissa regioner breda vårdval som spänner över hela primärvårdens verksamhetsområden. Andra regioner, främst Stockholm, har valt att dela upp primärvårdsuppdraget i flera separata vårdval.

Det finns färre utvärderingar och uppföljningar av införandet av vårdval inom den specialiserade vården än inom primärvården (se bilaga 3 Aktuellt kunskaps- och forskningsläge gällande vårdval). Detta gör det svårt att jämföra effekterna av vårdval mellan olika regioner.

En förutsättning för vårdvalets grundpelare - ökad valfrihet och kvalitet - är att det finns tillräckligt många utförare att välja mellan inom rimligt avstånd. För att uppnå kvalitetsdrivande konkurrens förutsätts dessutom ett visst överutbud av utförare, som alla har kapacitet att växa. Förutsättningarna för vårdval är därför större i befolkningstäta områden, där patientunderlaget är stort och där det finns befolkningstillväxt.

Ytterligare förutsättningar är att det finns vårdgivare som har hälso- och sjukvårdspersonal i tillräcklig omfattning med den kompetens som efterfrågas för uppdraget, att det medicinska verksamhetsområdet är tillräckligt stort utifrån regionens geografiska förutsättningar och att folkmängden är lämplig att dela upp på flera utförare. Lättillgänglig information om vårdgivarnas erbjudande och kvalitet är också en förutsättning för patientens möjlighet att göra informerade val.

Vårdvalens förutsättningar och utveckling i Region Stockholm

I Region Stockholm finns ett omfattande vårdutbud. Historiskt har vården bedrivits i egen regi. Under 1990-talet började upphandlingar enligt LOU genomföras. Redan 2001 infördes ett valfrihetssystem för barn- och ungdomstandvård i syfte att möjliggöra för invånarna att välja vårdgivare och därmed få högre kvalitet.

I budget 2007 formulerade dåvarande landstingsfullmäktige ett uppdrag att *”vårdval succesivt ska införas för alla områden inom vården där det är möjligt och funktionellt. Utformningen ska ske så att landstinget kan bibehålla totalkostnadskontroll.”*

Vårdval Stockholm initierades 2009 med bland annat husläkarverksamhet, mödravårdscentral, barnavårdscentral och fotsjukvård. För övrig hälso- och sjukvård har styrning sedan dess skett utifrån den politiska prioriteringen i riktning mot ökad konkurrensutsättning, främst via vårdval. Av regionens totalt 39 vårdvalsområden, finns 23 inom specialiserad vård. Dessa spänner över en mängd olika verksamhetsområden, inom såväl öppen- som delar av slutenvården. Inom primärvården kommer en förändring att ske från och med 1 januari 2022 då fotsjukvård blir en del av vårdval husläkarverksamhet.

Tabell 2. Befintliga avtalsområden inom vårdval (exklusive tilläggsuppdrag). Kategorisering enligt Långtidsutredningen, HS 2040.

Vårdval inom "Nära vård"		Vårdval övrig specialiserad vård	
Primärvård	**"Närliggande områden"**	**Annan specialiserad vård**	**Tandvård**
• Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård • Barnavårdscentral, BVC • Barnmorskemottagning/ Mödravårdscentral, MVC • Fotsjukvård • Logopedi • Läkarinsatser i särskilda boenden • Primär hörselrehabilitering • Primärvårdsrehabilitering • Specialiserad fysioterapi	• Avancerad sjukvård i hemmet, ASIH • Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, BUMM • Geriatrik • Obstetriska ultraljud • Sexuell hälsa • Sluten specialiserad palliativ vård • Vaccination	• Allergologi • Förlossning • Gynekologi • Hudsjukvård • Höft- och knäprotesoperationer • Intensiv träning för personer med rörelsehinder • Klinisk fysiologi • Klinisk neurofysiologi • Neurologi • Ortopedi och handkirurgi • Planerad specialiserad rehabilitering lymfödem • Planerad specialiserad rehabilitering neurologi • Planerad specialiserad rehabilitering onkologi • Rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom, MMR2 • Ryggkirurgi • Specialiserad kirurgisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus • Specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus • Urologi • Ögonsjukvård • Öron- näs- och halssjukvård	• Specialisttandvård för barn och ungdom • Allmän tandvård för barn och ungdom • Tandregleringsvård för barn och ungdom

Källa: Region Stockholm

Förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika vårdval. Vissa vårdval har så kallade sorterade behov, konstruerade utifrån en specifik diagnos, en specifik behandlingsåtgärd eller en specifik grupp av åtgärder. Till dessa hör till exempel förlossning, höft-/knäprotesoperationer och tandregleringsvård. Vårdval med osorterade behov är konstruerade utifrån en hel medicinsk specialitet, en verksamhet eller en profession med ett brett spektrum av sökorsaker, diagnoser och behandlingar. Till dessa hör bland annat gynekologi, husläkarverksamhet eller fysioterapi. Inom denna typ av uppdrag uppkommer ofta svårigheter med en tydlig avgränsning av målgrupp och möjlighet att förutse behov. Uppdrag inom vårdval med osorterat behov överlappar lättare andra närliggande uppdrag eller vårdformer.

Vårdval har medverkat till att forma strukturen i vården inom regionen till vad den är idag, i enlighet med Framtidsplanens intentioner (se avsnitt Styrning av vård i Region Stockholm). För invånaren har det inneburit möjligheter såsom större frihet att välja vårdgivare och ökad tillgänglighet till vård. Vårdvalen har också varit grunden för omställningen mot att den specialiserade vården i högre grad än tidigare bedrivs utanför akutsjukhusen.

Samtidigt har omställningen skapat en vårdstruktur med olika vårdformer och en stor mängd avtal, vilket komplicerar till exempel styrning och samordning på

systemnivå. Avtal finns med allt från en enskilt verksam specialist till en stor husläkarverksamhet eller förlossningsenhet. För 36 av vårdvalen, exkluderat tandvård, finns cirka 1 300 unika avtal, varav av 230 tillhör vårdval husläkarverksamhet. Antal avtal är grovt räknat lika med antal mottagningar. Tandvården har en annorlunda struktur än hälso- och sjukvården. Inom tandvårdens tre vårdval finns cirka 450 unika avtal som omfattar 800 mottagningar, varav 700 avser vårdval allmän barn- och ungdomstandvård. Utbudet av avtal inom vårdvalen förändras kontinuerligt då nya leverantörer kommer till och andra avslutar sina avtal.

Avtalsformen vårdval

Alla avtalsformer kräver mycket arbete med att noggrant utforma uppdrag, ersättningsmodeller, ersättningsnivåer och uppföljningsmodeller samt med utveckling och förvaltning. Inom avtalsformen vårdval blir detta påtagligt genom mängden vårdgivare och avtal.

Vårdval är en flexibel avtalsform där det är möjligt att utforma och utveckla uppdrag tillsammans med leverantörer och potentiella leverantörer. Flexibiliteten medger förändringar i förfrågningsunderlaget utifrån behov fortlöpande över tid. Stora ändringar benämns revideringar, vilka beslutas politiskt och måste accepteras av vårdgivaren. Vårdgivare som inte accepterar förändringen kan avsluta avtalet i enlighet med gällande uppsägningstid. Flexibiliteten gör att det kan ske kontinuerliga ändringar inom de flesta avtalsområden såväl vad det gäller förändringar i uppdrag, som ”skruvande” i ersättningsmodell eller ersättningsnivå och uppföljningsmodell. Ibland sker förändringar frekvent och innan föregående förändring hunnit få genomslag och utvärderats. Därav ökar de administrativa procedurerna så väl för leverantörer som för förvaltningen. Det blir generellt svårt att följa upp och utvärdera vårdvalen utveckling över tid och att utöva styrning på systemnivå då förutsättningarna löpande ändras.

Avtalstiden för ett nytt vårdval är initialt fyra år och löper efter det tills vidare med tolv månaders uppsägning. I praktiken blir det många avtal utan en bortre avtalsgräns. Det kan vara positivt bland annat för patientens kontinuitet, och leverantören får en lång och förutsägbar avtalstid. Dock finns risk för till exempel inlåsningseffekter, att det blir svårare att avsluta avtal och anpassa dem efter förändringar i omvärlden. Samtidigt finns möjligheten för beställaren att, utifrån gällande lagstiftning, vidta åtgärder och avsluta avtalsförhållanden med brister.

Likabehandling och transparens är två grundläggande principer inom vårdval, men innebär också utmaningar vad gäller att till exempel utforma tak för ersättning eller att bestämma ersättningsnivåer för olika vårdtjänster. Dessa bestämmelser ska då vara lika för alla leverantörer oaktat de olika förutsättningar som större och mindre leverantörer har. Likabehandlingen kan också vara kontraproduktiv och stoppa dynamiken vid behov av kortare eller längre specifika uppdrag som av kvalitetsskäl inte bör ges till alla leverantörer.

Löpande utveckling och förändring

Utveckling sker kontinuerligt, inom enskilda vårdval såväl som på en vårdavtalsgemensam eller strategisk nivå. En systematisk översyn gjordes drygt tio år efter vårdvalens införande i regionen. Flera utvecklingsmöjligheter identifierades då, varpå flera förändringar initierades och implementerades. Under de senaste åren har ytterligare utveckling skett och bland annat har följande genomförts:

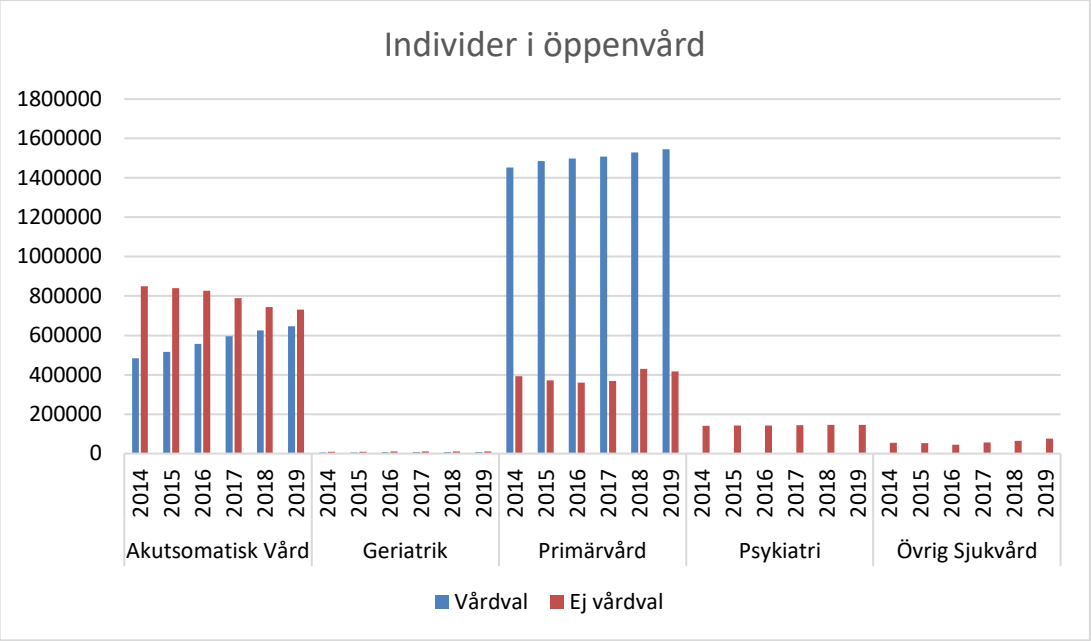
- För primärvården finns numer en beslutad strategi och genomförandeplan vilken omfattar en rad vårdval och hur de ska utvecklas. Uppdatering av denna pågår och planeras vara klar i slutet av 2021. En utgångspunkt är att bredda vårdval, till exempel avseende uppdraget för husläkarverksamhet, med sammanslagning av närliggande vårdval för att stärka husläkarens roll och ansvar samt därmed stärka patientens kontinuitet och inflytande över sin vård.
- Geografiska principer har beslutats för en mer samverkansorienterad vård. Syftet är att förbättra förutsättningarna för samverkan mellan leverantörer och vård- och omsorgsgivare med den husläkarmottagning som har samordningsansvar inom ett geografiskt område.
- Inriktning mot större mottagningar genom krav på en minsta tillåtna läkarbemanning har beslutats för ett antal vårdval, till exempel för ortopedi. Syftet är att större mottagningar främst gagnar det kvalitativa perspektivet, kompetensförsörjningen, utbildning, kollegial samverkan och tillgänglighet samt kontinuitet för patienten. Åtgärder för att styra mot större mottagningar kan utöver krav på bemanning till exempel omfatta ett bredare obligatoriskt basuppdrag och volymkrav avseende vårdproduktionen.
- Remisskrav för nybesök har införts i vissa vårdval där det ansetts vara motiverat. Detta har skett med LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå) som utgångspunkt, i syfte att styra mot bättre tillgänglighet för de patienter som har störst behov av specialistvård. Genom remisskrav kan efterfrågan ransoneras och därigenom kan såväl besöksutvecklingen som kostnadsutvecklingen dämpas.
- Riskjusterad ersättning med Care Need Index (CNI) har införts inom vårdval barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. CNI syftar till att påverka vårdutbudet och viljan för leverantörer att bedriva till exempel verksamhet i områden med större behov. Detta är en styrinsats som sedan tidigare även finns inom vårdval husläkarverksamhet och vårdval barnavårdscentraler.
- Omfattningen av underleverantörer i vårdavtal har växt genom åren. Principer för förvaltningens interna hantering av underleverantörer i vårdavtal har därför tagits fram och implementering pågår.
- Det finns ett beslut om att vården som bedrivs genom avtal, samt Region Stockholms vårdgaranti, ska vara digifysisk, det vill säga neutral avseende sättet som vården tillhandahålls. Syftet är att genom nya arbetssätt och digitala tekniker utveckla samt anpassa mötet efter patientens behov och därmed bedriva en mer resurseffektiv vård.

- Kunskapsstyrningen har utvecklats och bygger nu på en integration mellan nationell, regional och vårdgivarnivå. Den omfattar bland annat kunskapsstöd, vårdprogram samt öppna prioriteringar. Kunskapsstyrning är till hjälp för att minska kostnader för exempelvis reoperationer till följd av vårdskador och bristande kvalitet. Kunskapsstyrning kan bidra till att minska risk för indikationsglidning (det vill säga att en leverantör behandlar patienter med ”enklare” åkommor än beställaren avsett) och till att skapa en mer jämlik vård genom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
- Samverkan vid vårdens övergångar regleras och stöds bättre i de olika avtalen samt genom nya kunskapsstöd som *Hänvisningsstödet* och informationstjänsten *Utbudstjänsten* och samverkansstödet *Web Care/LifeCare*. Detta gör att gränssnitten mellan vårdgivare, mellan vårdverksamheter och mellan huvudmän och dess ansvar har blivit tydligare. Information som tillhandahålls i stödsystemen har blivit mer samstämmig, vilket gjort det lättare att hjälpa patienten att navigera i vården.
- Riktlinjer för hur ersättningsmodeller, det vill säga hur och under vilka förutsättningar ersättning ska utbetalas till leverantörer, ska utformas i avtal har tagits fram. Likaså finns numer ett ramverk för hur förvaltningen ska arbeta med uppföljning, varav en dimension är fördjupad uppföljning, på ett mer strukturerat och systematiskt sätt för att säkerställa att vård utförs i enlighet med uppdrag.
- Principer för att decentralisera vårdgivares kostnadsansvar för läkemedel, hjälpmedel och medicinsk service har tagits fram.

Produktionsvolymer i vårdval

Vårdvalen står idag för en betydande del av vårdutbudet i Region Stockholm. En samlad tabell över volym- och kostnadsutvecklingen tom år 2019 för alla vårdval återfinns i bilaga 1. År 2020 är exkluderat på grund av pandemin. Utvecklingen av antalet individer i olika typer av öppenvårdsbesök inom vårdval framgår av diagram 1. Under 2019 hade drygt två tredjedelar av befolkningen har haft minst ett öppenvårdsbesök hos någon vårdgivare inom vårdval i primärvård och mer än en fjärdedel av befolkningen har besökt vårdvalen inom den specialiserade somatiska vården.

Diagram 1. Antal individer i öppenvård som vårdats i vårdval 2014–2019, per vårdgren



Det vårdval som flest patienter har besökt 2019 är husläkarverksamheten, men även primärvårdsrehabilitering, ögonsjukvård och BVC har tagit emot en stor del av stockholmarna, liksom de specialiserade vårdvalen inom förlossning och gynekologi.

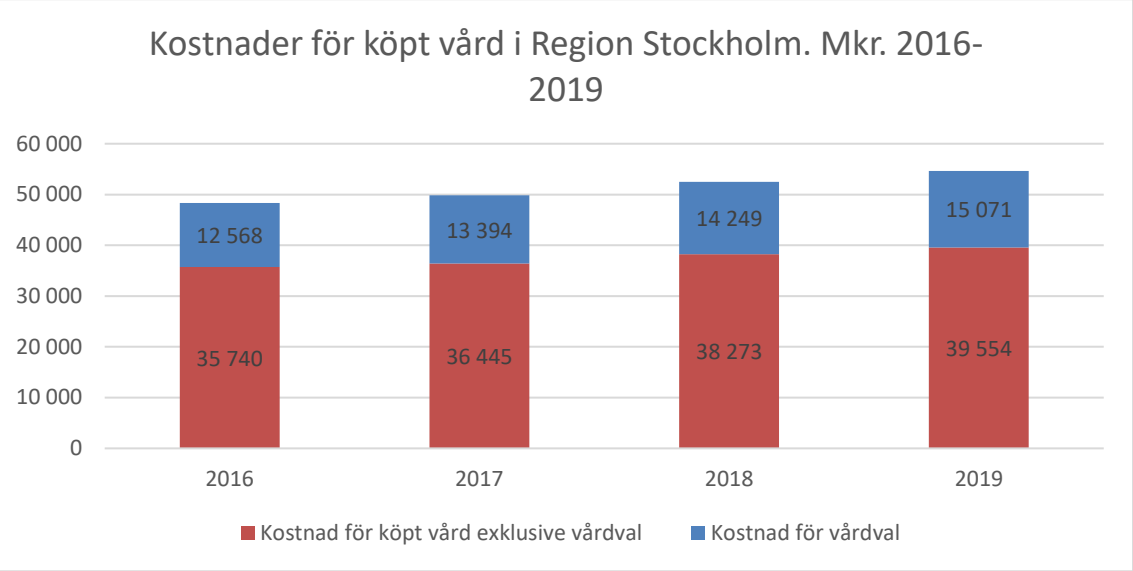
Årliga kostnader för vårdvalen och för vården

I detta avsnitt redovisas övergripande de årliga kostnader för perioden 2016–2019 som återfinns i bilaga 1. Även här är år 2020 exkluderat i redovisningen då året dominerades av covid-pandemin och kostnaderna därför inte är representativa.

Totala kostnader

Region Stockholms kostnader 2019 för köpt vård uppgick till 54 625 mkr. Kostnaden för vårdval utgjorde 27,6 procent av denna summa. Vårdvalens andel av totala kostnaderna för köpt vård har legat kring 26–27 procent under den period som här återges. Detta ligger i linje med Framtidsplanens intentioner, har delar av vården flyttat ut från akutsjukhusen till vårdvalen. Ett flertal privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter, som tidigare ersatts via nationella taxan, verkar nu inom vårdvalen och ersätts inom dessa.

Diagram 2. Kostnader för köpt vård i region Stockholm, 2019–2019.



Mellan år 2016 och 2019 ökade kostnaden för vårdvalen med cirka 5 procent årligen. Under samma period ökade de totala kostnaderna för all vård i Region Stockholm med knappt 4 procent per år. Totalt motsvarar det en ökning på 13 procent under dessa år.

Kostnader för vårdvalen

Av de 39 vårdvalen i region Stockholm finns 16 inom primärvården. Kostnaden för vårdvalen inom primärvården utgör kontinuerligt nära 70 procent av de totala kostnaderna för vårdvalen. Inom vårdområdet somatisk specialistvård finns 18 vårdval. Kostnaderna för dessa har årligen utgjort cirka 23 procent av de totala kostnaderna för vårdvalen. Inom den del som i diagrammet kallas ”Särskilda vårdfrågor” återfinns fem vårdval som alla hör till tandvården, vilka årligen utgjort cirka 8 procent av de totala kostnaderna för vårdvalen.

Diagram 3. Procentuell fördelning av kostnader mellan olika vårdval



Nettokostnaden per invånare

Mellan regioner kan *nettokostnaden för vård per invånare,* jämföras. Sammanställningen nedan visar skillnaden i nettokostnader exklusive tandvård, mätt i kronor år 2018, mellan de tre storstadsregionerna. Region Stockholm ligger över medelvärdet för regionerna i Sverige, medan Skåne och Västra Götaland ligger under.

Om vi i analysen inkluderar tandvård så ökar självfallet nettokostnaden per invånare. Här bör en skillnad mellan regionerna uppmärksammas. Kostnaden för tandvård i Region Stockholm är lägre än både rikssnittet och de andra två storstadsregionerna. Förenklat kan sägas att skälet till de lägre tandvårdskostnaderna i Region Stockholm (i synnerhet för barn- och ungdomstandvård, som utgör största delen av tandvårdskostnaderna), beror på att Region Stockholm tillämpar, en lägre kapiteringsersättning än andra regioner.

Tabell 3. Jämförelse nettokostnader per invånare, storstadsregionerna

	VERKSAMHETENS NETTOKOSTNADER 2018, KRONOR PER INVÅNARE								
LANDSTING/ REGION	Primär-vård	Spec. somatisk vård	Spec. psyk. vård	Övr. hälso- o sjukvård	Politisk verk. HoS	Läkem. inom förmån.	TOTAL HoS exkl tandvård	Tand-vård	TOTAL HoS inkl tandvård
Stockholm	4 955	14 598	2 851	2 149	89	2 157	26 799	526	27 325
Västra Götaland	4 970	12 652	2 140	3 048	115	2 155	25 077	689	25 766
Skåne	4 247	14 613	2 091	1 849	119	2 312	25 230	623	25 853
Medelvärde regioner i Sverige	**4 679**	**14 673**	**2 280**	**2 255**	**134**	**2 373**	**26 393**	**671**	**27 064**

Styrning av vård i Region Stockholm

I detta kapitel beskrivs först hur den övergripande, strategiska styrningen av hälso- och sjukvården går till i Region Stockholm och den plan för framtidens hälso- och sjukvård som denna styrning utgår från. Därefter beskrivs hur beställarstyrning och kunskapsstyrning utförs och integreras och hur systemuppföljning används som ett verktyg i styrningen. Denna styrning manifesteras ytterst i avtalen med vårdgivarna. Slutligen beskrivs här identifierade utvecklingsmöjligheter inom området.

Övergripande styrning

De grundläggande bestämmelserna för hälso- och sjukvården stipuleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Vården ska vara säker och av god kvalitet och ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador.

Det främsta styrande dokumentet i Region Stockholm är budget, där regionfullmäktige fastställer mål som gäller för alla verksamheter. I budget finns också uppdrag angivna för att åstadkomma konkreta förändringar inom definierade områden. Utöver budget finns ett femtiotal andra styrande eller vägledande dokument.

Grunden i Region Stockholms styrmodell bygger på integration av ledning och styrning, där målstyrning samt ekonomistyrning ska säkra de övergripande målen enligt Framtidsplanen, se rubrik nedan.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och vårdens kunskapsstyrningsnämnd (VKN) fattar beslut om hälso- och sjukvård på uppdrag av fullmäktige. HSN och VKN har jämställda positioner i den politiska styrningen och ska se till att hälso- och sjukvården utformas och följs upp ändamålsenligt, utifrån befolkningens behov i enlighet med fullmäktiges mål.

Avtalsutskottet är ett underorgan till HSN och verkar för utveckling och förändringar i vårdval, under förutsättning att det inte påtagligt påverkar det övriga sjukvårdssystemet. Avtalsutskottet ansvarar för att godkänna och teckna avtal med leverantörer gällande vårdval.

Framtidsplanen

Beslutsdokument och underlag för hur vårdstrukturen ska utvecklas är en grundförutsättning för styrning av hälso- och sjukvård. Framtidens hälso- och sjukvård, *Framtidsplanen*, är ett sådant beslutsdokument med en målbild och viljeinriktning på lång sikt som fastställdes av fullmäktige 2011.

Framtidsplanens målbild för år 2025 stipulerar bland annat att länets befolkning ska vara friskare och ha ett större förtroende för hälso- och sjukvården. Patientens vårdbehov ska tillgodoses i en sammanhållen vård. Den informerade patienten ska orientera sig enkelt i en lättillgänglig vård som erbjuder goda valmöjligheter på lika villkor. Målinriktade vårdgivare leverera en hälsofrämjande sjukvård med patientsäkerhet i fokus. Målbilden för 2025 bygger på förbättrad tillgänglighet, säker vård, god kvalitet och delaktighet samt hög effektivitet.

Framtidsplanens strategiska inriktning är integrerad i styrningen av hälso- och sjukvårdsstrukturen. I korthet innebär inriktningen att vårdstrukturen ska utvecklas i riktningen mot ökat fokus på hälsofrämjande insatser och prevention. Den specialiserade vården utanför akutsjukhusen ska utvecklas inom de flesta avtalsområden och inom ett flertal akademiska specialistcentra. Akutsjukhusens uppdrag ska successivt renodlas.

Primärvårdstrategin

Primärvårdsstrategin är en annan central inriktning som ska genomsyra den kontinuerliga utvecklingen av primärvården, en sammanhållen vård nära patienten. Husläkarverksamheten ska utgöra navet för invånarnas hälso- och sjukvård och ha helhetsansvar för somatisk och psykisk hälsa. Samverkan ska utvecklas mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården samt med kommunala vård- och omsorgsgivare utifrån patienten och dennes behov.

Vårdbehovsprognoser

Förvaltningen tar årligen fram översiktliga vårdbehovsprognoser för somatik, geriatrik och psykiatri avseende vårdtillfällen/slutenvård och vårdplatser. Prognoserna bygger på analyser av tidigare vårdproduktion och den demografiska utvecklingen. Prognoserna ligger till grund för så väl beställning av vård, oberoende av avtalsform, som underlag till arbetet med investeringar i fysiska lokaler, både på kort och medellång sikt.

Värdet av långsiktig planering när det gäller vårdbehov och lokalinvesteringar kan inte underskattas, även om prognosarbetet är svårt och förutsättningarna kan ändras snabbt över tid. Arbetet med vårdbehovsprognoser och dess analyser har en potential att förbättras. Vårdbehovsprognoser behöver tas fram

i en mer samlad framtidsprognos som bättre speglar behov snarare än konsumtion och produktion. Besök i öppenvården behöver tydligare adderas till prognosarbetet.

Beställarstyrning och kunskapsstyrning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har på uppdrag av HSN ansvar för beställarstyrning och på uppdrag av VKN ansvar för vårdens kunskapsstyrning. Beställarstyrning och kunskapsstyrning är kommunicerande kärl och utgör den sammantagna avtalsstyrningen. Det innebär att hälso- och sjukvården planeras och utvecklas utifrån bästa möjliga kunskap samt följs upp på strategisk nivå enligt den inriktning och de mål som framgår av budget och andra styrande dokument. Förvaltningens uppdrag innebär att ha kunskap om hela hälso- och sjukvårdssystemet och ansvar för hur det ska styras, samordnas för att bidra till en kunskapsbaserad, jämlik, säker och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Beställarstyrning utformas främst via avtal med olika utförare av vård. *Inriktning för val av avtalsform* (HSN 2016–2522) är helt grundläggande för avtalsstyrningen (se avsnitt Beställarens strategiska avtalsplanering). Avtalsform i kombination med relevanta incitament och ansvarsutkrävning ska stödja möjligheten att förverkliga de övergripande målen för hälso- och sjukvården och stödja Framtidsplanens intentioner.

De avtalsformer som används för olika avtalsområden utgår från nedanstående:

- Lagen om valfrihetssystem, LOV - vårdval - för privata utförare och egen regi.
- Lagen om offentlig upphandling, LOU, för privata utförare.
- Överenskommelser med egen regi - för regionens egna utförare inom områden som inte omfattas av vårdval eller LOU.
- Lag om läkarvårdsersättning/ersättning för fysioterapi (LOL/LOF) - så kallad nationell taxa - för privata utförare.

Förutsättningar för en mer kunskapsbaserad vård skapades genom att ett system för kunskapsstyrning etablerades 2019 i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland, som en följd av att landets regioner tillsammans bildat ett nationellt system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård.

Kunskapsstyrningen bygger på samspel mellan nationell nivå, regional nivå och utförarnivå och syftar till att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik, kunskapsbaserad, säker och effektiv, såväl mellan som inom regionerna. Kunskapsstyrningen i denna form är relativt ny och behöver få tid att utvecklas.

I Region Stockholm finns det 26 regionala programområden (RPO) för olika medicinska specialiteter. De regionala programområdena har till uppdrag att initiera frågor för den nationella samverkan, anpassa och omsätta den kunskap

som tas fram nationellt samt säkra att kunskapen når fram till mötet mellan vårdgivare och patient. I kunskapsstyrning finns också tvärgående samverkansgrupper som ska stödja de nationella och regionala programområdena, till exempel nationell och regional samverkansgrupp Patientsäkerhet. Uppdraget är här att utveckla patientsäkerhet i hela vårdprocessen för patienterna.

Systemuppföljning

Det främsta syftet med uppföljning på systemnivå är att få svar på i vilken utsträckning befolkningens behov av vård har uppfyllts samt om de politiska målen är uppfyllda. Systemuppföljningen ska belysa hur väl den vård som utförs motsvarar lagens krav och den politiska intentionen i regionen. Uppföljningen görs för att möjliggöra horisontell prioritering till exempel mellan olika vårdavtalsområden och sjukdomsgrupper.

Uppföljning på systemnivå görs utifrån strategisk måluppfyllelse och ur ett befolkningsperspektiv och omfattar analys av:

- all övergripande uppföljning inom hälso- och sjukvården,
- befolkningens hälsa och vårdkonsumtion,
- hälso- och sjukvårdens kostnader,
- patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet,
- vårdflöden och patientens väg genom vården.

Systemuppföljning kan innebära både kontinuerlig uppföljning, till exempel veckovis mätning av antal besök inom olika delar av hälso- och sjukvården, och punktvis uppföljning så som av förändringar i patientflöden till följd av ändringar av uppdrag inom ett vårdval. Det kan också avse exempelvis väntetider i olika sjukdomsgrupper, tillgodosedd kontinuitet eller patientnöjdhet samt mycket annat.

Resultaten används dels för att säkerställa att förvaltningen styr hälso- och sjukvården efter behov och att måluppfyllelse uppnås, dels som underlag för förändringar. Att resultaten av uppföljningen utvärderas mot de målformuleringar som ligger i linje med kunskapsstyrningen, utgör också ett viktigt led i arbetet med att harmoniera densamma med beställarstyrningen.

Analys av utvecklingsmöjligheter

I fråga om styrningen av hälso- och sjukvården har flera utvecklingsmöjligheter identifierats.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tar löpande fram så kallade vårdbehovsprognoser, som syftar till att utgöra en grund för strategisk planering av hälso- och sjukvårdens organisering. För att prognoserna ska kunna fylla denna funktion behöver hänsyn tas till en mängd aspekter, däribland

- sjukdomsprevalensen i befolkningen
- befolkningens förväntade sökmönster
- målbilder och strategier för hälso- och sjukvården samt
- tillgängliga och framtida resurser
- vetenskap och beprövad erfarenhet i kombination med hälsoekonomiska aspekter, dvs. kostnader och effekter av insatser inom hälso- och sjukvården

Det är en utmaning att säkerställa att prognoserna på ett systematiskt sätt tar hänsyn till samtliga relevanta faktorer, och att de samtidigt blir så konkreta att de kan ligga till grund för ett planerande arbete.

En ändamålsenlig styrning av det komplexa system som hälso- och sjukvården utgör kräver en omfattande strategisk planering utifrån ovan nämnda vårdbehov och vårdutbud och utifrån regionens inriktning för vården. En del av detta finns för den nära vården, i form av primärvårdsstrategin. Motsvarande strategi för den specialiserade vården skulle innebära förbättrade planeringsförutsättningar för detta vårdområde.

Systemuppföljning är en annan viktig förutsättning för att kunna styra hälso- och sjukvården i den riktning som önskas och åsyftas. Att skapa en gemensam bild över den samlade uppföljningen som utförs av förvaltningen, samt hur denna används och kan användas, är fortsatt ett utvecklingsområde inom förvaltningen och beskrivs, till del, senare i denna rapport.

Vad gäller styrning av vård i Region Stockholm föreslår förvaltningen hälso- och sjukvårdsnämnden besluta:

- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att förtydliga strategin avseende den specialiserade somatiska vårdens roll i arbetet mot nära vård. Akutsjukhusens uppdrag bör harmonieras med denna inriktning.

För egen del avser förvaltningen:

- Att fortsatt utveckla metodiken för vårdbehovsprognoser. Vårdbehovsprognoserna ska kunna ge underlag till beslut om hur det framtida vårdutbudet ska se ut och vilka förändringar och justeringar som behövs i hälso- och sjukvårdssystemet, på kort såväl som på lång sikt.

Beställarens strategiska avtalsplanering

I detta avsnitt beskrivs utgångspunkten för hälso- och sjukvårdsförvaltningens strategiska avtalsplanering. Denna återfinns dels i riktlinjer och policy för inköp, som beslutats av regionstyrelsen respektive regionfullmäktige (då landstingsfullmäktige), dels i riktlinjer för val av avtalsform, som beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden. Avsnittet avslutas med identifierade utvecklingsmöjligheter inom området.

Riktlinjer och policy för inköp

Allt inköpsarbete ska genomföras i enlighet med fullmäktiges riktlinjer och beslutad policy för inköp samt med gällande lagstiftning och grundläggande principer för offentlig upphandling.

Det innebär bland annat att inköp ska genomföras enligt beslutad inriktning och kvalitet och ekonomiska förutsättningar. Och att inköpsarbetet ska ge rätt varor och tjänster till bästa möjliga pris ur ett totalkostnadsperspektiv, i förhållande till beslutad kvalitet och mål.

Förberedelser inför samtliga inköp ska ske i god tid för att säkerställa ett professionellt genomförande. Inköp som har stor verksamhetspåverkan eller stor ekonomisk påverkan, ska alltid föregås av strategisk analys och planering. Inköpsprocessen ska bidra till hållbar produktion, ge likvärdig och god service till alla invånare samt behandla alla leverantörer likvärdigt och opartiskt. Under vissa förutsättningar kan det enligt policyn vara aktuellt att göra en inköpsanalys för mätning och uppföljning av inköp samt att ta fram underlag till hur inköpsarbetet bör organiseras och prioriteras.

I enlighet med regionens inköpspolicy så omfattar HSN:s budgetförslag numera även en bilaga där en plan för kommande upphandlingar ingår. För närvarande återspeglar denna enbart upphandlingar som görs med stöd av LOU.

Val av avtalsform

När avtalsform för ett avtalsområde ska bestämmas används styrdokumentet *Inriktning för val av avtalsform* (HSN 2016–2522). Styrdokumentet beskriver de grundläggande förutsättningar som behöver utredas och analyseras samt vilka ställningstaganden som behöver göras inför valet av avtalsform.

Denna analys ska bland annat omfatta nuläge och målbild, beaktande av vårdbehov, hänsyn till strategisk inriktning samt de ekonomiska förutsättningarna. Analysen ska även omfatta kartläggning av hur många avtal som finns och marknadssituation samt alternativa sätt att organisera vårdområdet, liksom geografisk fördelning av vårdutbudet. Överväganden behöver göras kring jämlik fördelning av vårdutbudet, vilken vård som ur ett patientperspektiv behöver finnas nära, väl tillgänglig och fördelad i geografin samt hur ”vita fläckar” (områden där ingen vårdgivare finns eller vill etablera sig) ska hanteras. Hänsyn bör även tas till vilken vård som är sällanförekommande och som därför behöver koncentreras i vårdstrukturen till ett färre antal platser och vårdgivare. Därutöver behöver bedömningar göras om förutsättningar för utbildning och forskning kan utvecklas och stödjas inom det aktuella avtalsområdet.

Ett strategiskt ställningstagande i valet av avtalsform är om avtalsområdet anses lämpligt att konkurrensutsätta, för första gången från egen regi, eller på nytt efter tidigare upphandling. I samband med detta ställningstagande bedöms hur de olika avtalsformernas fördelar allra bäst kan nyttjas i ett tilltänkt avtalsområde. Om ett avtalsområde ska konkurrensutsättas görs det genom vårdval enligt LOV eller upphandling enligt LOU utifrån olika kriterier.

LOV är speciellt lämpligt när:

- det finns ett behov av att öka patienters möjlighet att göra reella val.
- det finns ett behov av att främja mångfalden av leverantörer.
- det finns ett behov av flexibilitet i uppdrag under avtalsperioden.

LOU är speciellt lämpligt när:

- valmöjligheter för patienter är begränsade.
- det finns behov av att styra utbudet geografiskt.
- kostnadskontroll är svår att åstadkomma med andra avtalsformer.
- kraven på investeringar och utrustning för att driva vården är hög.

Enligt styrdokumentet bör egen regi bör användas när konkurrensutsättning inte bedöms lämpligt eller när ett flertal av nedanstående förutsättningar sammanvägt är svåra att bedöma. Såsom att:

- uppdraget är svårt att beskriva och avgränsa.
- uppdraget är högspecialiserat eller sällanförekommande.
- uppdraget omfattar del av annan behandling.
- uppdraget omfattar snabb och omfattande medicinteknisk utveckling.
- uppdraget kräver stor andel dyra läkemedel.
- kompetensbrist råder eller kompetens behöver hållas ihop.

- stort behov av forskning inom uppdraget.

Alla avtalsformer bör omprövas över tid för att möta förändringar i omvärlden, medicinteknisk utveckling, ändrade patientbehov eller behov av kostnadsreducering.

Avtalsformer kan kombineras på ett flertal sätt. Till exempel kan ett större vårdområde kan delas upp i mindre avtalsområden som antingen upphandlas utifrån LOU alternativt tecknas genom vårdval (båda avtalsformerna kan verka parallellt) och någon del kan vara lämplig för avtal med egen regi.

Efter att val av avtalsform är beslutad för ett avtalsområde är den mest utmanande delen den strategiska planeringen och att beskriva uppdraget. Det vill säga att formulera själva vårdtjänsten i förhållande till andra avtalsområden. Det är hur väl uppdraget är formulerat och avgränsat som sedan styr hur ersättningsmodeller och uppföljningsmodeller kan konstrueras.

Analys av utvecklingsmöjligheter

Mot bakgrund av hur beställarens strategiska avtalsplanering i dag styrs och genomförs har vissa möjligheter till utveckling identifierats:

Olika avtalsformer lämpar sig olika väl för olika förutsättningar och behov. Hälso- och sjukvården behöver planeras och vårdbeställningar behöver utföras på ett sätt som innebär att de olika avtalsformerna används optimalt och i samklang. För att detta ska åstadkommas finns ett styrdokument för val av avtalsform som anger vilken avtalsform som lämpar sig vid olika förutsättningar. Detta dokument behöver återtas i mer aktivt bruk. Ett led i att åstadkomma det är att göra en översyn och utveckling av styrdokumentets innehåll.

Vidare är bedömningen att fullmäktiges policy för inköp ännu inte är helt implementerad inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen: roller och ansvarsfördelning har ännu inte fastställts och en tydlig strategi för samtliga vårdupphandlingar saknas. Även formerna för samarbete mellan olika förvaltningar, exempelvis mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och serviceförvaltningens upphandlingsenhet behöver bli tydligare. Det är förvaltningens åsikt att HSN:s årliga upphandlingsplan, som hanteras i samband med nämndens beslut om slutlig budget, fortsättningsvis bör omfatta samtliga avtalsformer (inte bara LOU) samt en beskrivning över förvaltningens upphandlingsstrategi för desamma.

För att upprätthålla en hög kvalitet och en systemeffektivitet i hälso- och sjukvården behöver samtliga vårduppdrag regelbundet granskas, utvärderas och utvecklas. Detta arbete behöver genomföras i samarbete mellan flera olika kompetenser. Det är en utmaning för hälso- och sjukvårdsförvaltningen att konsekvent samla tillräckliga resurser för denna typ av utvecklingsarbete. Det sker naturligt med sådana avtal som upphandlas med utgångspunkt i LOU och

som därför har en avgränsad avtalsperiod, men inte på samma självklara sätt med LOV-avtal. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör därför utveckla nuvarande planering av vårdupphandlingar så att samtliga avtalsformer täcks in.

Det är, slutligen, en utmaning att säkerställa att de förändringar som genomförs, på systemnivå likväl som på enskild avtalsnivå, får önskad effekt. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver bli bättre på att, vid varje förändring, se till att det finns en plan för hur och när den planerade förändringen ska följas upp och utvärderas.

När det gäller beställarens strategiska avtalsplanering föreslår förvaltningen hälso- och sjukvårdsnämnden besluta:

- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram ett förslag till reviderat styrdokument för val av avtalsform för hälso- och sjukvård.
- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram en arbetsmetodik och rutin för att säkerställa att det i beslutsunderlag avseende vårdval finns en plan för uppföljning och utvärdering av effekterna av det föreslagna beslutet. Denna plan bör inkludera en beskrivning av målet med beslutet och en beskrivning av hur måluppfyllelsen ska följas upp och utvärderas.

För egen del avser förvaltningen:

- Att utforma en strategi för förvaltningens vårdupphandlingar som omfattar samtliga avtalsformer. Denna strategi bör utformas utifrån fastslagen målbild för hälso- och sjukvården, med beaktande av tidsaspekter, tillgängliga förvaltningsresurser samt vad och vilka faktorer som kravställs i samband med upphandlingar inom olika vårdområden. Detta arbete planeras ske inom ramen för förvaltningens pågående uppdrag avseende implementering av fullmäktiges inköpspolicy.
- Att utarbeta en taktisk planering som innehåller avtalsutveckling och revidering inom såväl egen regi som LOU och vårdval. Detta planeras ske inom ramen för pågående arbetet med att utveckla vårdupphandlingsplaneringen. I detta bör också ingå en ökad satsning på granskning och utvärdering av upphandlingar avseende leverans, avtalsvärde och beslutsprocess.

Avtalsprocessen

Som tidigare angivits avseende utredningens syfte och avgränsning till vårdvalens funktionssätt så speglar huvuddelen av rapporten det strategiska och operativa avtalsarbetet i HSF:s avtalsprocess. I detta avsnitt inleds därför är en sammanfattande återgivning av hälso- och sjukvårdsförvaltningens avtalsprocess, så som den beskrivs i avtalshandboken. Även i detta avsnitt avslutas med identifierade utvecklingsmöjligheter inom området.

Strategisk planering och analyser

Inledningen av beställarens arbete med att skapa avtal för ett avtalsområde är en mångfacetterad process och sker i enlighet med var tids gällande plan för upphandling. Startpunkten varierar beroende på om avtal ska skapas för ett helt nytt avtalsområde eller om det avser revidering av ett befintligt.

För ett specifikt avtalsområde behöver målbild beskrivas, budget, strategisk inriktning och kostnadseffektivitet beaktas. Analyser av vårdbehov behöver göras utifrån ett patientperspektiv som stöd för att säkerställa vårdutbud samt hälsofrämjande och förebyggande insatser. Möjligheter till utbildning och forskning ska bedömas. Dessa analyser ger underlag till de förändringar som behövs inom avtalsområdet eller på systemnivå.

Planeringen innefattar också att kartlägga vilka avtal som förekommer och undersöka vilka leverantörer och vilka tjänster som erbjuds samt vilken kompetens av hälso- och sjukvårdpersonal som finns. Det görs i kontakt med leverantörer och branschorganisationer eller genom att ta del av andra regioners erfarenheter.

I planeringen ingår vidare att bedöma av vilka patientprocesser som ska beaktas och behov av samverkan mellan leverantörer tillsammans med patienten. Detta för att vården ska uppfattas som sammanhållen i gränssnitten mellan olika leverantörer och vårdformer.

En analys av den rådande strukturen och styrinsatser (lagar, förordningar, utformning av gällande uppdrag, ersättningsmodeller, uppföljningsmodeller och kunskap med relevanta kunskapsunderlagen mm) krävs för att ta till vara erfarenheter av upphandlingar och vårdavtal, kända effekter och risker. Vilka styrincitament som finns och hur påverkar de varandra och vilka värden är det som ska uppnås. Erfarenheter från såväl den egna verksamheten som viktiga intressenter som bransch och patienter ska tas tillvara.

Slutligen behöver en helhetsanalys göras genom att väga samman de olika perspektiven och utforma strategier och formulera dessa i inriktningsbeslut som underlag vid utformning av vårdavtal.

Till stöd i arbetet med att förbereda, formulera, förvalta och följa upp avtal finns hälso- och sjukvårdsförvaltningens avtalsprocess. Avtalsprocessen syftar till

- att beställningen av vård ska utföras på ett enhetligt och rättssäkert sätt, med både hög och jämn kvalitet.
- att beställningen av vård ska göras på ett sätt som säkerställer ett systemperspektiv, dvs. ett välfungerande resultat på systemnivå och inte bara på enskild avtalsnivå.
- att beställningen av vård ska stödja en sammanhållen och kunskapsbaserad vård.

Avtalsprocessen beskrivs i en avtalshandbok och en processkarta, som kontinuerligt utvecklas. Avtalshandboken ger medarbetare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen konkret vägledning i varje steg av avtalsprocessens fem delar:

- Utforma strategi.
- Skapa och analysera avtalsområde.
- Skapa enskilda avtal.
- Förvalta enskilda avtal.
- Analysera avtalsområde.

Avtalsprocessen är en komplex process med många steg där flera enheter och avdelningar inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver involveras. Varje del i avtalsprocessen hänger samman med flera andra delar. För att uppföljning av avtal ska kunna genomföras på ett sätt som blir effektivt och relevant för såväl beställare som utförare krävs exempelvis att avtalens uppdragsbeskrivningar är utformade på ett sätt som stödjer denna uppföljning, och att det finns nödvändigt digitalt stöd för sådan uppföljning.

Skapa nytt/revidera avtalsunderlag

Avtalsunderlag utgör styrdokument. Genom utformningen styr hälso- och sjukvårdsförvaltningen så att patienternas behov av god och säker vård tillgodoses.

Påbörja projekt

Arbetet med att ta fram ett nytt avtalsunderlag för ett avtalsområde görs i form av projekt. Medicinsk kompetens ingår alltid i projektgruppen. Särskild juridisk kompetens kan användas vid behov.

Utöver uppdragsformuleringen beskrivs i avtalshandboken också andra, mer tidskrävande åtgärder vid arbetet med att skapa och revidera avtalsunderlag:

- Större förändringar i ersättningsmodellen.

- Områden där det finns behov av förankring hos externa aktörer.
- Områden där det finns behov av systemutveckling.
- Ändringar i ersättningsmodellen kan innebära att IT-komponenter behöver konfigureras om och att rapporteringsanvisningarna måste omarbetas, vilket kräver god framförhållning.

Förstudie, kalkyl och analys

Enligt Region Stockholms inköpspolicy ska inköp som har stor påverkan på verksamheten och/eller stor ekonomisk påverkan på hälso- och sjukvårdsnämndens budget alltid föregås av strategisk analys och planering. Strategidelen i avtalsprocessen är viktig för att skapa ett systemperspektiv för att säkra att inga gap uppstår mellan olika vårdområden och vårdnivåer.
I förstudien ska behov och mål tydliggöras samt potential till effektivisering och verksamhetsutveckling analyseras.

Omvärldsbevakning och förankring

En del i processen med att ta fram ett nytt avtal är att genomföra en omvärldsbevakning för att se vilka avtal som finns inom andra områden, vad leverantör och patienter har för synpunkter kring avtalet, samt att förankra arbetet hos leverantör och andra intressenter. Det är ofta värdefullt att titta på hur andra liknande avtal är utformade, inom andra vårdområden i regionen och i andra regioner.

Skapa avtalsunderlag

Uppdragsbeskrivning, ersättningsmodell, ersättningsnivåer och plan för uppföljning inklusive indikatorer ska formuleras. Kostnadskontroll ska säkerställas, liksom nödvändig digital förmåga (vilka e-tjänster och system är relevanta för uppdraget). Dessutom ska vårdutbudsinformation till patienter och remittenter formas utifrån tillgängliga kodverk.

Skapa specifik uppdragsbeskrivning

Uppdragsbeskrivningen innehåller den detaljerade beskrivningen av de tjänster som ska utföras. Uppdragsbeskrivningen måste vara utformad i samråd med berörd medicinsk och annan relevant expertis. Arbetet med uppdragsbeskrivningen omfattar att:

- Precisera vilka hälso- och sjukvårdstjänster som ingår
- Precisera målgruppen
- Ställa krav som är kopplade till tjänsterna avseende tillgänghet, samverkan, utbildning, läkemedel med mera.

En otydlig uppdragsbeskrivning kan medföra risk för övervältringseffekter och gör vårdutbudet svårt att överblicka. Om målgruppen inte tydliggörs kan det finnas risk att patienter omhändertas inom en mindre lämplig vårdform.

Detta riskerar leda till ökade kostnader och att patienter inte omhändertas på ett säkert sätt.

I uppdragsbeskrivningen tydliggörs följande:

- Krav på personalens kompetens.
- Krav på utrustning och lokaler, exempelvis hygienaspekter i operationslokaler.
- Krav på leverantörens medverkan i utbildning och kompetensförsörjning.
- Krav på samverkansinsatser.
- Om krav på medverkan i forskning ska vara mer omfattande än standardskrivningarna behöver dessa specifika krav formuleras.
- I uppdragsbeskrivningen finns en standardskrivning om utbildningsplatser. För varje nytt vårdval behöver standardskrivningen kompletteras med kvantifierade krav.

Beskriv och formulera uppdraget med vårdutbuds- och hänvisningsinformation

Avtalsområdet som utvecklas eller revideras är en del i Region Stockholms sjukvård. Vårdgivarnas uppdrag ska beskrivas så att invånare och övriga hälso- och sjukvården ska kunna förstå uppdraget.

Skapa ersättningsvillkor

Att skapa ersättningsvillkor omfattar bland annat att välja ersättningsmodell och fastställa ersättningsnivåer. Ett utförligt resonemang kring hållbara ersättningsmodeller finns i bilaga 4 till rapporten. Här följer en kort sammanfattning av avtalshandbokens beskrivning av arbetet med att skapa en ersättningsmodell och fastställa ersättningsnivåer.

Skapa ersättningsmodell

Ersättningsmodellen reglerar under vilka förutsättningar en ersättning ska utbetalas samt vilket kostnadsansvar som vårdgivaren ska omfattas av. Huvudsyftet med en ersättningsmodell är att med minsta möjliga administration fördela totalersättningen utifrån avtalat uppdrag. För att ersättningsmodellen inte ska öka den administrativa bördan bör till exempel antalet ersättningsparametrar hållas nere och manuella rutiner ska undvikas. Ersättningsmodellen får vidare aldrig hindra utveckling av nya arbetssätt och innovationer.

Varje avtalsområde har en ersättningsmodell. I Region Stockholm har vi delat in ersättningsmodellerna i fem olika grundmodeller. Som huvudregel ska en grundmodell alltid innehålla samtliga tre ersättningsprinciper (produktionsrelaterad, uppdragsrelaterad och målrelaterad ersättning) för att minimera de negativa bieffekter som finns med respektive princip. I Region Stockholm utgår ersättningsmodeller, avser samtliga avtalsformer, i huvudsak från produktionsrelaterade grundmodeller.

Produktionsrelaterad ersättning
Den produktionsrelaterade ersättningen är en ersättning som utgår för den av vårdgivaren inrapporterade och utförda vården eller annan avtalad produktion. Produktionsrelaterad ersättning innefattar ersättning för vårdkontakter i öppen vård, slutenvård och episoder (vårdhändelse med en början och ett slut).

Uppdragsrelaterad ersättning
Den uppdragsrelaterade ersättningen kan vara ersättning för ett helhetsansvar för patienter eller en i avtalet beskriven tjänst (t ex konsultationer eller utbildningsuppdrag. Ersättningen baseras aldrig på antalet utförda vårdkontakter utan betalas ut som en summa för ett i avtalet beskrivet uppdrag. I vissa vårdval baseras den uppdragsrelaterade ersättningen på kapitering (listning) som baseras på en viktad ersättning per patient som valt att lista sig på respektive mottagning.

Målrelaterad ersättning
Den målrelaterade ersättningen utgår från uppsatta mätbara mål för den verksamhet som omfattas av uppdraget och anpassas efter varje avtalsområdes unika förutsättningar. En målrelaterad ersättning kan utgå utifrån ett mätvärde, eller utifrån en kombination av mätvärden som till exempel ett vite vid utfall under mål nivå A och en bonus vid utfall över mål nivå B. Den syftar till att skapa incitament för leverantören att uppfylla önskade målnivåer, utöver de obligatoriska kraven i avtalet.

Kostnadsansvar
Efter val av grundmodell ska kostnadsansvaret bestämmas. I det arbetet ingår överväganden om vilket kostnadsansvar leverantören ska bära för avtalad verksamhet. Den generella inriktningen är att leverantören ska bära sina egna verksamhetskostnader, eftersom kostnaden lättast påverkas där den uppstår. Om det ekonomiska ansvaret huvudsakligen ligger på beställaren kan det i många fall motverka effektivisering och utveckling av behandlingsmetoder och arbetsprocesser hos vårdgivarna. Det primära syftet med fullt kostnadsansvar för vårdgivaren är således att uppnå en ökad kostnadseffektivitet för hälso- och sjukvården som helhet.

Risken med avsteg från grundregeln om fullt kostnadsansvar är, förutom risken för övervältring av patienter mellan olika avtalsområden i syfte att undvika kostnader i verksamheten, att det även kan påverka vårdgivarens val av diagnostik eller annat. Om till exempel en kringtjänst är en fri nyttighet (inget kostnadsansvar för leverantör) medan en liknade kringtjänst ska bekostas av leverantör, kan kostnadsansvaret i värsta fall styra hårdare än patientens behov av lämplig tjänst.

Bestämma ersättningsnivåer
Oavsett ersättningsmodell behöver en grundersättning (prisnivå) kunna sättas, stimuleras och underhållas. Att bestämma ersättningsnivåer, som reglerar storleken på utbetalning, är en separat styrinsats, med ett nära samband till ersättningsmodellen. Ersättningsnivåer har betydelse för att påverka vårdens innehåll och prestationer. Det är viktigt att betona att ersättningsnivån bygger

på förväntad medelkostnad för en vårdåtgärd, trots att kostnaden för många vårdåtgärder varierar mellan individer.

Arbetet med att bestämma ersättningsnivåer kan bland annat utgå ifrån kostnad per patient (KPP) om det finns tillgängligt, jämförelser av prissättning inom andra liknande uppdrag eller andra regioner, och förväntad resursåtgång. Ersättningsnivån kan i vissa fall justeras utifrån case-mix, det vill säga en justering av ersättningsnivån utifrån patientens individuella förutsättningar eller en grupp patienters specifika förutsättningar.

Utöver arbetet med att bestämma ersättningsnivåer så sker ibland en uppräkning av ersättningsnivåer genom så kallad indexreglering, ofta årligen. Det finns en praxis med indexreglering i LOU-avtal och till exempel i avtal med akutsjukhus.

Klassificera avtalsområdet enligt prioriteringsmodell för uppföljning

För att effektivisera och ensa förvaltningens arbete med uppföljning samt att använda de interna resurserna på ett ändamålsenligt sätt ska alla avtalsområden klassificeras enligt prioriteringsmodellen för avtalsuppföljning. Detta beskrivs i avsnitt *Avtalsuppföljning och återkoppling* nedan.

Skapa uppföljningsvillkor och utforma uppföljningsplan
Uppföljningsvillkor bestäms i samband med att ett avtalsunderlag skapas eller revideras. Formen för uppföljning ska framgå av avtalet och till varje avtal hör en uppföljningsplan. Utgångpunkt vid skapande av uppföljningsplan är mål och syfte med avtalet.

Digifysisk vård och krav på digitala förmågor

Vården i Region Stockholm ska vara digifysisk – kanalneutral. Det innebär att leverantören ska tillse att sättet som vården tillhandahålls, digitalt eller fysiskt, utgår från det medicinska behovet, patientens önskemål och effektivt resursanvändande. För att möjliggöra detta behöver hälso- och sjukvårdsförvaltningens vårdbeställning vara kanalneutral i den utsträckning som är möjlig.

Avtalsförvaltning

Processteget *förvalta avtal* innefattar alla de aktiviteter som sker under en avtalsperiod; hantera ändringar, följa upp avtal, ersätta avtal och avsluta avtal. Processen innefattar den löpande hanteringen av LOV-ansökningar.

Hantera LOV-ansökan

Godkännande av ansökan att bedriva vård enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) - vårdval - ges om leverantören uppfyller förfrågningsunderlagets krav. Beslut om godkännande föregås av granskning av bland annat om ansökan är komplett, om den sökande uppfyller kraven på kreditvärdighet, om beskrivningen av verksamheten motsvarar kraven som beskrivs i förfrågningsunderlaget och om eventuella specifika krav på kompetens och certifiering hos personalen är uppfyllda.

Implementera leverantör

För att den avtalade vården ska kunna hittas, följas upp, ersättas och faktureras behöver den kodas och kopplas samman i olika IT-system. Detta kräver idag omfattande administration hos såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som hos serviceförvaltningen och vårdgivarna.

Hantera ändring i avtal

Olika ändringar kan ske inom avtalsområdet, med mer eller mindre påverkan på avtalet och uppdraget. Rutiner finns för förvaltningens hantering vid bl.a. förändringar rörande underleverantör, byte av verksamhetschef eller medicinskt ansvarig, byte av lokal, ägarförändring, bristande uppfyllnad av avtalsvillkor, konkurs och förlängning av avtal.

Ersätta vård

Hur leverantören ska ersättas regleras i avtalet. Fakturor konteras, godkänns och attesteras i ekonomisystemet Raindance. Om fakturering inte stämmer med gällande avtal ska avtalshandläggare i samarbete med controller bestrida fakturan, det vill säga skriftligen meddela vårdgivaren att hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte godtar fakturan. Inom förvaltningen hanteras årligen cirka 200 000 fakturor.

Avtalsuppföljning och återkoppling

Uppföljning är en förutsättning för att åstadkomma en samlad styrning och ledning av vårdens utveckling. Uppföljningen har ett dubbelt syfte, dels kontroll av att krav som ställs i avtalen uppfylls, dels att styra och följa att vårdens kvalitet kontinuerligt förbättras och utvecklas.

Uppföljning sker bland annat via kvalitetsindikatorer och nyckeltal samt i tillämpliga fall mål- och kvalitetsnivåer vid målrelaterade ersättningar. Genom uppföljning kan också tecken på brister av patientsäkerhetskaraktär, ekonomisk karaktär eller annan karaktär upptäckas.

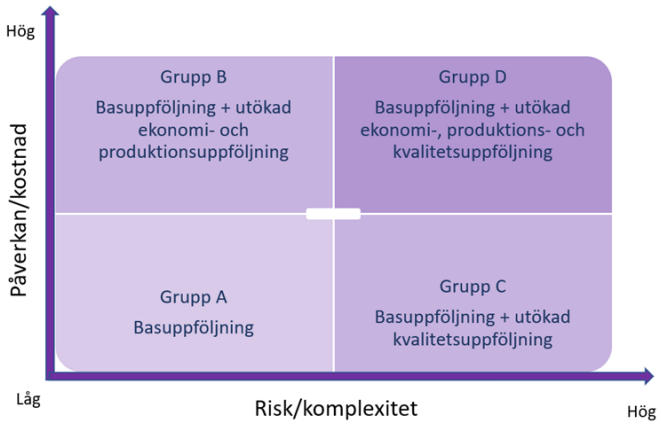
Uppföljning sker på olika nivåer:

- Avtalsnivå - uppföljning av enskilda avtal.
- Avtalsområdesnivå - uppföljning av alla avtal inom ett specifikt avtalsområde, inom vilket alla avtalsområden har samma legala förutsättningar.
- Vårdområde - uppföljning av särskilda patientgrupper eller vårduppdrag.
- Systemnivå - uppföljning ur helhetsperspektiv utifrån demografi, vårdflöden, ekonomi osv.

Uppföljningens intervall och omfattning – klassificering enligt prioriteringsmodellen

Vid bedömning av uppföljningens intervall och omfattning så sker en klassificering som en del av utformandet av avtalsområdet redan när avtalsunderlaget skapas. Utifrån klassificeringen grupperas avtalsområdet i någon av grupperna A-D, se figur nedan. Grupptillhörigheten anger nivå och omfattning på uppföljningen som ska göras. Verktyg för detta är under framtagande.

Figur 1 Prioriteringsmodell för klassificering av uppföljningsgrupper



Avtalsuppföljningens process

Grundläggande information om leverantörens produktion, ekonomi och kvalitet ingår alltid i uppföljningen. Rutiner finns för hur de olika stegen i uppföljningsprocessen sker: insamling av kvalitativa och kvantitativa data (inklusive exempel på datakällor och IT-verktyg som kan användas för uppföljningen), analys av uppföljningsresultat samt återkoppling av uppföljningsresultat till leverantör och åtgärder vid otillfredsställande resultat.

Analysera uppföljningsresultat

En uppföljning ska alltid följas av en analys av varför ett resultat blivit som det blivit och vilka som är de bakomliggande orsakerna till att uppsatta mål inte nås eller överträffas. Analysen kan göras för ett avtalsområde, där de enskilda avtalen kan identifieras eller för ett enskilt avtal.

Fördjupad uppföljning av leverantör

Om förvaltningen behöver få djupare kunskap om något, exempelvis om rätt patienter tas om hand i ett avtalsområde, om avtal ger den vård som det är tänkt eller om det kommit tips om misstänkt fusk, kan en fördjupad uppföljning utföras. Fördjupad uppföljning kan innefatta såväl kontroll av prestationer som verksamheten ersätts för, som kontroll av kvalitet och patientsäkerhet. Fördjupad uppföljning innefattar oftast journalgranskning. Om avvikelser som genererat felaktig ersättning eller bristande kvalitet upptäcks, ska åtgärder vidtas. Åtgärdernas typ beror på art och grad av avvikelse.

Hantera påföljder vid brister

Följande aktiviteter bli aktuella vid konstaterade brister inom ett avtal:

- Leverantören uppmanas till rättelse.
- Leverantören ska ta fram och skicka in en åtgärdsplan.
- Förvaltningen håller inne ersättning.
- Leverantören ska betala tillbaka utbetald ersättning.
- Leverantören ska betala vite eller annan påföljd blir aktuell (inklusive rättsliga åtgärder).
- Avtalet sägs upp.

När det har kommit fram att det finns brister i följsamheten till ett avtal ska leverantören få möjlighet att rätta till bristerna. Vid allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker kan det finnas skäl att vidta rättsliga åtgärder så snart som möjligt, till exempel att säga upp avtalet på grund av avtalsbrott och polisanmäla. Det kan också bli aktuellt att anmäla leverantören till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Avsluta avtal

Avtal kan avslutas av olika skäl; på leverantörens begäran, för att avtalet löper ut, eller på begäran av beställaren. Uppsägning från förvaltningens sida tillämpas framför allt om avtalsområdet inte längre ska finnas med den aktuella avtalsformen. Avtal inom vårdval kan också sägas upp om uppdraget inte utförs enligt avtalet. Vanligare är att leverantören vill säga upp avtalet. Avtal kan även avslutas till följd av konkurs eller till följd av allvarliga kvalitetsbrister.

Analys av utvecklingsmöjligheter

Ett välfungerande och adekvat förfrågningsunderlag förutsätter ett väl genomfört förarbete. Varje förfrågningsunderlag behöver utformas så att det aktuella vårdbehovet tillgodoses och så att skattemedel används optimalt. Utformningen av uppdraget är navet i detta arbete.

Varje avtal behöver, i sin beskrivning av uppdraget, tydligt specificera vilken patient som hör hemma inom det aktuella uppdraget. Om så inte sker finns risk att patienter tas om hand inom ett uppdrag som inte har rätt kompetens för det aktuella tillståndet, att patienter tas om hand på mer avancerad vårdnivå än vad som hade varit nödvändigt, eller att patienter inte uppfattas som hemmahörande inom något uppdrag eller någon vårdform. Att utforma krav och förutsättningar inom enskilda avtalsområden, att på ett lämpligt sätt avgränsa olika uppdrag, och att därtill säkerställa att ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv genomsyrar förvaltningens beställningar kan betraktas som centrala aspekter i uppdragsutformningen. Det är, parallellt med detta, en utmaning att tillse att uppdrag inte blir allt för detaljerade i sin utformning, då det sätter ramarna för konstruktion av ersättnings- och uppföljningsmodell.

Ett väl fungerande vårdval förutsätter ett noggrant förarbete med ytterligare komponenter av förfrågningsunderlaget. Efter beskrivning och avgränsning av uppdraget utformas ersättningsmodell, ersättningsnivåer bestäms och uppföljningsmodell beaktas. Riktlinjer finns för framtagande av ersättningsmodeller jämte ramverk för uppföljning. Motsvarande stöd vad gäller fastställande av ersättningsnivåer (prissättning) är fortfarande ett utvecklingsområde.

När det gäller arbetet med att skapa och revidera avtalsunderlag, avser förvaltningen för egen del:

- Att fördjupa den del av avtalsprocessen som avser hur uppdrag ska beskrivas och avgränsas inför revidering av ett vårdval eller utveckling av ett nytt vårdval. En rutin bör tas fram inom avtalsprocessen som stöd för detta arbete. Rutinen bör inbegripa stöd för beslut om var de lämpliga gränserna för uppdraget går, i förhållande till andra vårdområden och i förhållande till andra vårdformer. Detta ska ske inom ramen för förvaltningens pågående utvecklingsarbete med vårdavtalen.
- Att ta fram riktlinjer och metodstöd för fastställande av ersättningsnivåer vid utformning och revidering av olika avtalsområden.

En följd av att Region Stockholm har många vårdval, upphandlad vård samt avtalsliknande överenskommelser med egen regi är att det finns ett stort antal avtal med ett stort antal vårdgivare och frekventa förändringar i regionens vårdutbud.

Administration av ändringar i avtal, exempelvis då leverantören byter verksamhetschef eller medicinsk ansvarig, liksom av ansökningar som inte är korrekt utformade eller kompletta, utgör ett stort administrativt åtagande som samlat innebär att ansvariga tjänstepersoner har mindre tid för att följa upp, utvärdera och utveckla vårdvalsuppdragen. Den arbetsinsats som detta medför bygger på antalet avtal som förvaltas, på de avtalskrav som ställs och på avsaknad av adekvata stödsystem.

Det finns idag, inom förvaltningen, inte något system för sammanhållen avtalsförvaltning. Många moment som ingår i denna förvaltning hanteras manuellt. En bred flora av IT-system ingår i avtalsprocessens flöde utan att vara sammankopplade på ett effektivt sätt. Det handlar om såväl ansöknings- och godkännandeförfarande som system och funktioner för exempelvis fakturering av medicinsk service, för invånartjänster såsom 1177.se, e-remisser över regiongränser, listningsinformation, besöksrapportering och väntetidsrapportering, hjälpmedelsbeställning och samordning av vård.

För vårdgivarna innebär detta en administrativ utmaning. Det kan också konstateras att detta försvårar för förvaltningen att få systemöverblick och att agera som en effektiv beställare. Dessutom försvåras förutsättningarna för likabehandling och transparens inom vårdval. Vidare försämras förutsättningarna för berörda handläggare, avtalsansvariga och för leverantörer att följa ett ärende och säkerställa att processen efterlevs. Ett utvecklingsarbete pågår sedan några år inom förvaltningen som syftar till att ta ett samlat grepp snarare än lappa och laga i befintlig stödstruktur.

I tillägg till detta kan konstateras att små leverantörer ofta har mindre resurser för att sätta sig in i och lära sig att behärska alla de vårdadministrativa system som är en förutsättning för att leverantören ska kunna bedriva vård, ha kontakt med andra leverantörer och rapportera till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det innebär ibland en avsevärd arbetsinsats för dessa leverantörer och i förlängningen även för förvaltningen.

Genom åren har en rad utvecklingsinsatser och försök gjorts för att digitalisera avtalsprocessens flöde. Insatserna har dock varit svåra att genomföra på grund av brister i informationsstruktur, standardisering och processbeskrivningar. I Region Stockholm pågår dock sedan 2018 ett program för att införa masterdata management (MDM). När det är implementerat fullt ut kommer det att förbättra förvaltningens informationsstruktur och ge möjlighet att hantera informationen i högre utsträckning automatiserat. Dessutom pågår projektet DILA, Digital livscykelhantering av avtal, som syftar till att skapa en digital hantering av informationsflödet som idag hanteras inom VASS.[1]

För närvarande saknas dock ett tydligt uppdrag och adekvata resurser för att genomföra ett samlat arbete i syfte att definiera behov och krav för en digitalisering av förvaltningens avtalsprocess.

När det gäller arbetet med att utveckla avtalsförvaltningen föreslår förvaltningen hälso- och sjukvårdsnämnden besluta:

- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att inleda arbetet med att definiera behov och krav för ett eventuellt IT-stöd för upphandling och avtalsförvaltning. Uppdraget ska bedrivas i samverkan med det regionövergripande projektet om inköpsdigitalisering.

[1] Ordet VASS är en förkortning av en tidigare enhet på SF IT som har levt kvar som namn för detta flöde.

För egen del avser förvaltningen:

- Att se över om det finns delar i avtalsprocessen som innebär mer administration än vad som är nödvändigt för att upprätthålla en välfungerande verksamhet, och i så fall komma med förslag på hur denna administration kan minskas. Detta ska ske inom ramen för det pågående utvecklingsarbetet med vårdavtalen. Förvaltningen kommer i detta arbete också överväga hur denna typ av internt arbete med administration och stöd för densamma bäst kan organiseras.
- Att i avtalsprocessen även se över vilka eventuella uppdateringar som behöver göras för att säkerställa att det i avtal tydligt framgår vilket ansvar som åvilar leverantörer vad gäller administrativ förmåga i fullgörandet av vårdavtal.

Uppföljningen av avtal görs på olika sätt inom förvaltningen och i olika omfattning av respektive enhet, och i de fall där uppföljningen är mindre omfattande eller mindre systematisk finns större risk för oupptäckta kvalitetsbrister. Bristande likvärdighet är ett principiellt problem. En uppföljning som utgår från en systematisk och gemensam prioritering utgör därtill en bättre grund för erfarenhetsåterföring till och dialog med vårdgivarna. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar för närvarande med att utveckla och implementera en gemensam prioriteringsmodell för uppföljning av avtal.

För att stärka Region Stockholms avtalsuppföljning och granskning av vårdgivare som har avtal med regionen ska hälso- och sjukvårdsnämnden, enligt fullmäktiges beslut om budget 2022, etablera en central resurs för att stävja fusk och motverka brott. Flera samhällsfunktioner är i dag utsatta för organiserad brottslighet, varför det är viktigt att Region Stockholms verksamheter är vaksamma på dessa risker.

I sammanhanget kan även nämnas det pågående arbetet med att utveckla de aktiviteter i den *Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet* som syftar till att stärka och stödja det regionala patientsäkerhetsarbetet på övergripande huvudmannanivå och därmed även hos de enskilda vårdgivarna i regionen.

Givet dessa, redan pågående, uppdrag lämnas inga förslag avseende utveckling av avtalsuppföljningen.

Samverkan för säkra vårdövergångar

I direktivet ingår även att denna utredning har i uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka samverkan och sammanhållna vårduppdrag, att effektivisera resursutnyttjandet och att underlätta för vårdgivare att öka kontinuiteten, kvaliteten, säkerheten för patienterna.

I detta avsnitt beskrivs kortfattat ett pågående utvecklings- och förbättringsarbete som syftar till att stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårduppdrag. Detta ska underlätta för vårdgivare att öka kontinuitet, kvalitet och effektivitet, till nytta för såväl patient som vårdgivare. Arbetet varken ägs eller bedrivs av vårdvalsutredningen, de utvecklingsmöjligheter och förslag gällande området som framtagits i det pågående arbetet presenteras därför här kortfattat.

Ett mångfacetterat och föränderligt vårdutbud med många verksamma vårdgivare på flera nivåer medför att antalet vårdövergångar ökar. Bristande samverkan, bristande informationsöverföring, motstridiga styrsignaler och incitament kan innebära patientsäkerhetsrisker, med försenad eller utebliven diagnos och behandling som följd.

Det går att koppla arbetet med vårdövergångar till tre områden eller huvudprocesser i vården:

- *Hänvisning/Inskrivning* - initial kontakt med vården som syftar till att rätt patient ska tas omhand inom rätt vårdform i rätt tid. Den initiala kontakten kan övergå i en inskrivning.
- *Remittering* - samverkan mellan vårdgivare avseende övertagande av vårdansvar eller beställning av tjänst.
- *Utskrivning* - vårdövergång mellan regional och kommunal huvudman.

Alla vårdgivare har tillgång till viktiga stöd såsom VISS.nu och det s.k. Hänvisningsstödet, ett symtombaserat kunskapsstöd, som tillsammans är anpassade för att bedöma vårdsökandes vårdbehov och brådskegrad. Utifrån dessa parametrar, och med utgångspunkt i geografisk/organisatorisk tillgänglighet, pekar Hänvisningsstödet ut vilken vårdform som är lämplig. Bedömningen genomförs med principen att ”en hänvisning gäller” för att förhindra att vårdsökande hänvisas runt i hälso- och sjukvårdssystemet. Hänvisningsstödet har framgångsrikt lanserats sedan några år tillbaka men behöver vidareutvecklas och implementeras i utestående delar av vårdsystemet.

För att säkerställa att vårdens leverantörer är koordinerade och kan samverka säkert och effektivt krävs gemensamma, övergripande och enhetliga rutiner som utgår från patientens vårdprocess. Det ställer krav på en gemensam stödjande infrastruktur och gemensamma informationsmängder och kunskapsstöd för att på ett enhetligt sätt bedöma vårdbehov. Men också på att kunna hitta och kommunicera med vårdgivare i systemet, dokumentera och dela patientinformation, ofta även med patienten själv. Den gemensamma infrastrukturen är en förutsättning för att vårdgivarna ska kunna konkurrera på lika villkor och ha möjlighet att välja egna tekniska lösningar som till exempel journalsystem men ändå kunna samverka med andra. Pågående utveckling med utbudstjänsten är en central del i detta arbete för en gemensam infrastruktur. Fortsatt arbetet är nödvändigt för att säkerställa att utbudstjänsten innehåller rätt information om vem som gör vad inom olika delar av vården.

För att hälso- och sjukvårdssystemet ska uppfattas som sammanhållet behöver vården agera koordinerat utifrån var patienten befinner sig i sin process. En så kallad aktiv överlämning ställer krav på att vårdpersonal, som tar emot en hänvisad patient, uppfattar sig själva som en del i ett sammanhållet system. En förutsättning är att vårdpersonalen kan ta del av den bedömning och hänvisning som gjorts i tidigare steg på ett standardiserat och överenskommet sätt. Här finns flera goda exempel från såväl enskilda kliniker som från cancervården.

Analys av utvecklingsmöjligheter

Vården är till sin karaktär processorienterad. Men även om enskilda vårdgivare har patienten i fokus vid utformandet av sina processer innebär patientens övergång från en vårdgivare till en annan en patientsäkerhetsrisk. Patienter triageras i flera steg och det är, i många fall, otydligt hur övergångar inom och mellan olika nivåer och vårdgivare ska gå till.

I ett hälso- och sjukvårdssystem som fungerar och uppfattas som sammanhållet behöver vården agera koordinerat utifrån var patienten befinner sig i sin process. Och inte minst ska patienten kunna orientera sig i sin egen vårdprocess. Beställaren kan i avtal på olika sätt kan ställa krav, ersätta och säkerställa infrastruktur för samverkan och samordningsansvar.

I ett mångfacetterat och föränderligt vårdutbud där vårduppdragen förändras, är det av stor vikt för vårdgivare att vårdutbudet är beskrivet och sökbart på ett för dem användbart sätt. Utan tillgång till gemensam information om vilka vårduppdrag och vårdgivare som finns i hälso- och sjukvårdssystemet begränsas vårdgivarnas möjligheter att hitta varandra och bli hittade av andra. Även patientens valfrihet riskerar att begränsas, liksom vårdgivarnas möjlighet att konkurrera på lika villkor. I arbetet med att stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårduppdrag har identifierats behov av fortsatt arbete.

När det gäller arbetet med samverkan för att säkra vårdövergångar, avser förvaltningen för egen del:

- Att utforma en process för patientens vårdövergångar (hänvisning/inskrivning, remittering och utskrivning) i syfte att säkerställa att patientens vård inte stannar av vid övergången från en vårdgivare till en annan och riskerar att patienten drabbas av vårdskada eller att viktig utredning, vård och/eller behandling blir fördröjd. Detta planeras ske inom ramen för det pågående arbetet med hänvisningsstödet.
- Att undersöka förutsättningarna för hur den regionala triageringsfunktionen, med nära koppling till primärvårdsstrategin, ska kunna utföras i ett digitalt flöde fram till vårdgivaren. Även denna insats planeras utföras inom ramen för det pågående arbetet med hänvisningsstödet.
- Att, tillsammans med vårdens representanter, fastställa en gemensam standard och rutin för vilken information om patienten som ska vara tillgänglig i vårdprocessens olika steg.

Kompetensförsörjning och utbildning

Denna utredning har även haft i uppdrag att föreslå åtgärder för att ”Säkra kompetensen på kort och lång sikt – forskning, kunskapsstyrning och utbildning”. Inom regionen och förvaltningen pågår redan ett aktivt utvecklings- och förbättringsarbete inom detta område, som inte ägs/bedrivs av vårdvalsutredningen. Detta kapitel inriktas därför på att beskriva det pågående arbetet. Utvecklingsmöjligheter och förslag presenteras likväl.

HSN har enligt sitt reglemente i uppgift att säkerställa långsiktig kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård i länet. Regionens utbildningsdirektiv reglerar utbildningsuppdrag samt fördelning och användning av Region Stockholms utbildningsbudget.[2]

Nämnden har fattat beslut om läkares specialiseringstjänstgöring - inriktning, villkor och ersättning i vårdavtal (september 2017) samt om förutsättningar i avtal för verksamhetsförlagd utbildning på grund och avancerad nivå (jan. 2018).

Utgångspunkten för såväl nämndens beslut som utbildningsdirektivet är att samtliga leverantörer, både i egen och privat regi, omfattas av och medverkar i utbildningsuppdraget. Samma principer och kvalitetskrav ska tillämpas av alla leverantörer. Likväl kvarstår otydligheter när det gäller såväl innehållet i uppdraget, som kvalitetskrav, vissa ersättningar och uppföljning. Flera olika behov behöver tillgodoses för att utbildningsuppdraget fullt ut ska kunna fullgöras.

Plats för verksamhetsintegrerat lärande

Ansvaret för grundutbildning av de flesta legitimationsyrken som verkar inom hälso- och sjukvård, liksom för specialistutbildning för sjuksköterskor, vilar på universitet och högskolor. Ytterligare utbildningar av relevans för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning genomförs på gymnasienivå samt inom yrkeshögskolan. I dessa utbildningar ingår verksamhetsintegrerat lärande (VIL), vilket förutsätter att plats för så kallade studerandeveckor bereds hos hälso- och sjukvårdens aktörer.

[2] Denna budget består av regionledningskontorets samt hälso- och sjukvårdsförvaltningens utbildningsmedel, varav en viss del hanteras inom Karolinska Institutet-Region Stockholm-samverkan inom ramen för det regionala ALF-avtalet. ALF-avtalet reglerar samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Regionens utbildningsuppdrag, räknat i antal studerandeveckor, ökar för varje år. Det stora flertalet av dessa studerandeveckor genomförs i vården inom egen regi. Andelen studerande hos privata leverantörer ökar inom vissa områden, men det är fortfarande få studenter i den specialiserade öppenvården (där de flesta privata vårdgivare inom den specialiserade vården verkar).

Det finns behov av samordnande funktioner inom olika vårdområden. Eftersom antalet vårdaktörer i Region Stockholm är stort, är det svåröverblickat för utbildningsanordnarna var de kan efterfråga platser för sina studenter. Det finns idag ett antal goda exempel inom exempelvis primärvård och geriatrik, men övergripande samordning mellan leverantörer i egen regi och privata leverantörer behöver öka. Ökad samverkan mellan förvaltning, leverantörer och samtliga lärosäten behövs också, liksom en utvecklad infrastruktur för samordning av studentansvar i den öppna specialiserade vården.

Plats för läkares AT, BT och ST samt för sjuksköterskor i specialistutbildning

Utbildningsansvaret för läkarnas allmäntjänstgöring (AT), bastjänstgöring (BT) och specialiseringstjänstgöring (ST) ligger, till skillnad från ovan nämnda grundutbildning, hos regionerna. I stort sett alla kliniskt verksamma läkare utbildar sig till specialistläkare.

Vissa specialiteter har en tillfredställande kompetensförsörjningssituation, inom andra specialiteter finns anledning till oro över att ett tillräckligt antal specialiserade läkare inte kommer att kunna utbildas. Inom några specialiteter är situationen allvarlig. En majoritet av de specialiteter som signalerar svårigheter gällande ST-utbildningen finns inom områden där delar av vårduppdraget har flyttat ut till den specialiserade öppenvården medan andra delar av vårduppdraget inom samma specialitet finns kvar inom slutenvården.

Ett exempel på detta är kirurgiska specialiteter. Den basala kirurgin har flyttat från akutsjukhusen till kirurgiska verksamheter inom LOV och LOU utan att utbildningsuppdraget har följt med i tillräcklig omfattning. En följd av det är att ST-läkare samt operations- och anestesisjuksköterskor som utbildas på akutsjukhusen inte får möta och behandla tillräcklig många patienter med basala kirurgiska åkommor. Tiden för att uppnå specialistkompetens riskerar att förlängas.

Utbildningen inom hälso- och sjukvård sker huvudsakligen genom lärande av varandra i klinisk verksamhet i interprofessionella team. Det innebär behov av kompetenta medarbetare där vården bedrivs, som integrerat i det kliniska arbetet, också kan utbilda yngre och blivande kollegor. Den nuvarande vårdstrukturen, där en stor andel av specialistsjukvården utförs inom verksamheter som i relativt låg utsträckning deltar i utbildningsuppdraget, har rubbat utbildningsbalansen. Ett budgetuppdrag för 2022 är att utveckla nya

styr- och ersättningsmodeller för ST och BT, bland annat för att bättre kunna styra mot bristspecialiteter men också för att hantera frågan om lön vid sidotjänstgöring för ST-läkare hos samtliga vårdgivare.

Analys av utvecklingsmöjligheter

Regionens kompetensförsörjning bygger på att framtida medarbetare – studenter under utbildning – får tillgång till verksamhetsförlagd utbildning. Mot bakgrund av att allt mer av regionens hälso- och sjukvård utförs utanför akutsjukhusen och av privata leverantörer, framstår det som helt avgörande att utbildning, överföring av kliniska färdigheter och bevarande av kompetens (och forskning, se senare avsnitt i denna rapport) kan tillgodoses i hela vårdsystemet. Arenan för utbildning behöver vidgas för att följa med i den utveckling som vården genomgår.

För att denna kompetensförsörjning ska fungera, och för att de leverantörer som regionen har avtal med ska ges likvärdiga villkor och tillräckliga incitament, behöver samtliga leverantörer, utifrån sina förutsättningar, bidra till verksamhetsförlagd utbildning. För att vårdens framtida medarbetade ska få se och lära sig om hela spektra av sjukdoms- och skadetillstånd, och hur dessa behandlas, är ökad samverkan mellan akutsjukhusen och den specialiserade öppenvården nödvändig, i synnerhet när det gäller läkares specialiseringstjänstgöring. Vårdbeställningarna behöver därför ta höjd för de olika krav, behov och produktionslogiker som finns i olika specialiteter och som påverkar kompetensflöden inom och mellan vårdnivåer och vårdformer.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tidigare fattat beslut om läkares specialisttjänstgöring och om förutsättningar i avtal för verksamhetsförlagd utbildning. Intentionen i dessa beslut genomsyrar ännu inte hälso- och sjukvården i regionen. Verksamhetsintegrerat lärande inom utbildningarna till vårdens olika yrkesgrupper samt ST-utbildning för läkare inom specialiserad vård behöver säkerställas inom vårdvalen såväl som inom andra avtalsformer. Framgångsrika arbeten görs inom primärvård, psykiatri och tandvård, men utvecklingsmöjligheter finns. En sammanfattande analys kring vad som skett och/eller håller på att ske inom respektive specialitet saknas inom somatisk vård. För att säkra utbildning och bevarande av kompetens inom hela hälso- och sjukvårdsystemet finns behov av ett fortsatt analysarbete. Då situationen skiljer sig åt mellan vårdavtalsområden och specialiteter behöver separata analyser göras för olika professioner och kompetenser, och de avtal inom vilka dessa verkar.

När det gäller arbetet med kompetensförsörjning och utbildning föreslår förvaltningen hälso- och sjukvårdsnämnden besluta:

- Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att analysera vilka faktorer – såsom exempelvis ersättning för utbildning, kravställningar avseende handledarkompetens, behov av samordnande funktioner, samverkan mellan vårdgivare – som påverkar vårdgivares förutsättningar att fullgöra sin del av utbildningsuppdraget.
- Att dessutom ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utifrån denna analys fastställa principer för formuleringen av utbildningsuppdraget vid framtagandet av vårdvalsavtal. Detta bör implementeras i avtalsprocessen.

Forskning i hela vårdsystemet

Denna utredning har, som tidigare angivits, haft i uppdrag att föreslå åtgärder för att ”Säkra kompetensen på kort och lång sikt – forskning, kunskapsstyrning och utbildning”. Inom Region Stockholm pågår ett aktivt utvecklings- och förbättringsarbete inom området som inte ägs/bedrivs av vårdvalsutredningen varför avsnittet inriktas på att beskriva detta arbete. Utvecklingsmöjligheter och förslag presenteras likväl.

Kliniska forskare ska kunna bedriva forskning i hela hälso- och sjukvården och det ska vara möjligt för patienter i hela vårdprocessen att delta i klinisk forskning. Intentionerna i det regionala ALF-avtalet, det vill säga avtalet mellan svenska staten och vissa regioner om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, ska förverkligas genom en funktionell universitetssjukvård. Det är regionens ambition att forskning och utbildning ska ske genom samverkan i hela vårdprocessen, inte minst inom öppenvården. Starkare band mellan hälso- och sjukvården och forskningen ska främjas för att underlätta införandet av nya behandlingsmetoder.

Såväl HSN som VKN har arbetar med frågor som påverkar den kliniska forskningen. Inom regionen finns även andra organisationer som arbetar med frågan. Särskilt bör här nämnas Regionstyrelsen och dess forskningsberedning med administrativa resurser på Regionledningskontoret, RLK, ansvarar för klinisk forskning i Region Stockholm såsom övergripande frågor om forskningsuppdraget, infrastruktur-, och finansieringsfrågor.

Klinisk forskning förutsätter tillgång till vårdens struktur och resurser, såsom patienter och patientdata. Enligt gällande reglemente, är det HSN som ansvarar för hälso- och sjukvårdssystemets vårdstruktur och att denna struktur som helhet bidrar till att skapa förutsättningarna för den kliniska forskningen i Stockholm. HSN behöver därför säkerställa att det i dialog med ansvariga på RLK, utformas generella avtalskrav för alla leverantörer, som gör att förutsättningar för klinisk forskning finns i hela hälso-och sjukvårdssystemet.

Till bilden hör att det bland annat behövs dialogytor med privata leverantörer på systemnivå (branschråd), patientgruppsnivå och avtalsområdesnivå (alla leverantörer med uppdrag inom exempelvis hudsjukvård). Leverantörer inom egen regi och privata leverantörer måste bättre samverka för att säkerställa forskningsuppdraget. För närvarande pågår ett omfattande arbete hos Region Stockholms forskningsdirektör med syftet att identifiera hinder för klinisk forskning. Fördjupade hearings per avtalsområde har genomförts och ytterligare planeras, till exempel inom hud, gynekologi och öron-, näs- och halssjukvård.

Utifrån vårdvalsutredningens direktiv framstår det som angeläget att HSN och HSF fokuserar på de lösningar som ligger inom ramen för arbetet med vårdavtal. Ökad samverkan inför kommande avtalsutvecklings- och vårdvalsrevideringar är nödvändig.

Utvecklingsmöjligheter och förslag som nämns nedan gör dock inte anspråk på att erbjuda en fullständig lösning på de utmaningar för klinisk forskning som hälso- och sjukvården har.

Analys av utvecklingsmöjligheter

I detta avsnitt beskrivs frågan om hur forskning kan säkerställas i hela hälso- och sjukvårdssystemet, där olika vårdval utgör en betydande del. Liksom det är en utmaning att skapa förutsättningar för en långsiktig, strategisk planering av vårdutbudet som helhet, är det en utmaning att säkerställa möjlighet till forskning i vårdavtalen i allmänhet och i vårdvalen i synnerhet. Förutsättningar för klinisk forskning behöver finnas i hela hälso- och sjukvårdssystemet. I arbetet med kommande vårdstrukturförändringar och med nya vårdavtal är det viktigt att åtgärder identifieras i syfte att främja klinisk forskning i hela hälso- och sjukvårdsystemet.

När det gäller arbetet med säkra forskning i hela hälso-och sjukvårdssystemet, avser förvaltningen för egen del:

- Att, under förutsättning av beslut av nämnden om att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att förtydliga strategin avseende den specialiserade vårdens roll i arbetet mot nära vård, i det kommande arbetet även inkludera forskningsperspektivet.
- Att utveckla en systematik för att inkludera forskningsuppdraget i arbetet med vårdavtal. Detta planeras ske inom ramen för det pågående arbetet med att utveckla metodiken för framtagande och revidering av avtal.
- Att intensifiera ansträngningarna med att implementera nya skrivningar i avtalen med krav på vårdgivaren att registrera i kvalitetsregister samt tillgängliggöra kliniska data. Även detta planeras ske inom ramen för ovan nämnda arbete.

Slutord

Det är drygt tio år sedan vårdval i större skala började införas i Region Stockholm. Ambitionen med systemförändringen kan i flera centrala avseenden sägas ha uppnåtts: Tillgängligheten och patientens valfrihet har ökat och leverantörerna har fått en ny typ av incitament att fokusera på det som är viktigt för patienten. Samtidigt finns, i styrningen av denna avtalsform liksom i styrningen av andra avtalsformer, svagheter. Denna utredning är ett led i arbetet med att utveckla styrningen av vårdvalen, så att avtalsformens styrkor får ta plats.

Vårdvalen verkar i ett system och behöver kombineras med andra avtalsformer för att vårdstrukturen ska utvecklas optimalt. Varje enskilt vårdval behöver värderas, planeras och styras utifrån målsättningar och strategisk inriktning på systemnivå och avtalsområdesnivå och med hänsyn till den kontext som den övriga vårdstrukturen utgör. Det innebär att varje enskilt vårdvals utveckling behöver baseras på dialog – med patienter, vårdgivare och andra intressenter – om utvecklingen inom avtalsområdet och inom hälso- och sjukvården som helhet. För en hållbar vårdstruktur behöver således hela vårdutbudet planeras samtidigt, det vill säga vård som utförs såväl i egen regi, som efter upphandling enligt LOU eller i vårdval. Alla avtalsformer behöver löpande omprövas och omvärderas för att möta förändringar i omvärlden; medicinteknisk utveckling, ändrade patientbehov eller andra förändrade förutsättningar. Det främjar vården om de olika avtalsformerna kan komplettera varandra.

Oavsett avtalsform är det ett omfattande arbete att från ax till limpa ta fram ett nytt avtalsunderlag för ett avtalsområde och likaså följa upp och utveckla det. Vårdvalsavtal skiljer ut sig när det gäller den förvaltningsinsats som de innebär, främst genom mängden leverantörer och avtal. Detta har bidragit till kritik mot att avtalsformen tillämpas alltför generöst. Det tål att diskuteras om det beror på mängden vårdval, på antalet leverantörer per vårdval, på uppdragens detaljeringsgrad eller på revideringstakten i enskilda vårdval.

I vårdval finns en dynamik i att det är möjligt att revidera uppdrag över tid och att det kan ske i samverkan med leverantörer. Den möjligheten ska nyttjas, men med varsamhet i frekvens och i förhållande till revideringens tänkta nytta. Effekterna av förändringar behöver utvärderas med en långsiktig tanke och med hänsyn till helheten. Inom varje avtalsområde behöver hållbara avtalslösningar formas. Det är ett arbetssätt där de samlade styrinsatserna – uppdragets utformning, ersättningsmodellen, ersättningsnivåer och uppföljningsmodellen – utgör en helhet. Det finns inte en styrmodell eller en specifik metod som passar för alla lägen.

Den mängd utförare som är en förutsättning för patientens valfrihet innebär samtidigt en utmaning när det gäller möjligheterna till samordning av vården runt den enskilda patienten. I en komplex vårdstruktur, där sammanhållen vård är en förutsättning för att varje patient ska få en god vård, är samverkan mellan olika vårdaktörer nödvändig. Förvaltningens verktyg att i avtal med leverantörer på olika sätt ställa krav på samverkan är gott i sitt syfte men har hittills inte räckt. Här krävs ett fortsatt förbättringsarbete. Därav är det pågående initiativet med att utforma en process för säkra övergångar i vården och att undersöka förutsättningarna för en enhetlig funktion där ”vägen in i vården” kan ske i ett digitalt flöde, av stor vikt. Det löser inte alla frågor, men det kan vara ytterligare ett kliv framåt.

Utvecklingen av hälso- och sjukvården sker på flera olika fronter och med flera olika metoder. Den drivs av den demografiska och medicinska utvecklingen, effektiviseringskrav och av digitalisering. Den drivs av befolkningens ökade förväntningar om en tillgänglig och platsoberoende vård. Den drivs i riktning mot ökad kunskapsstyrning och som del av beställarstyrningen. Även om drivkrafterna och metoderna är flera torde målet kunna sägas vara ett: styrning av hälso- och sjukvård som är fokuserad på vårdens innehåll och resultat snarare än på avtalsform.

Bilaga 1. Uppdrag enligt direktivet som hanteras utanför vårdvalsutredningen

Den här utredningen har genomförts under tiden mars 2020 till december 2021 och förutsättningarna har självfallet påverkats av den pågående covid-19-pandemin. Bland annat har detta fått till följd att ett antal frågor inte kunnat avhandlas alternativt skjutits på framtiden och/eller kommer att hanteras i annat sammanhang. Hit hör följande uppdrag enligt direktivet:

- ”Föreslå hur arbetet som skett inom ramen för FHS, kan fortskrida med att flytta ut vård som inte fodrar akutsjukhusens resurser, men däri också tydligare belysa vårdgivares förutsättningar att avlasta akutsjukhusen, inom ramen för LOV och vårdnivån”.

  – Här kan konstateras att ett samlat strategiarbete kring hållbar vårdstruktur som syftar till att adressera detta har inletts inom HSF under hösten 2021.

- ”Föreslå hur vårdvalen kan effektiviseras och utvecklas, exempelvis genom sammanslagning, tilläggsuppdrag eller införande av remisskrav” samt föreslå ”vilka vårdval som skulle förbättras av ett remisskrav för nybesök”.

  – Under sommaren och hösten 2021 har genomlysning av vissa vårdvals förändringsbehov inletts och planeras att hanteras i arbetet med primärvårdsstrategin samt i revideringar.

- ”Rapportering av kvalitetsdata till kvalitetsregister ska säkerställas liksom hur relevant information till den framtida patientportalen ska samlas in.”

  – Förvaltningen avser att följa den förstudie om (nationell) patientportal som Sveriges Kommuner och Regioner har i uppdrag att genomföra.

- ”Ta fram ett förslag till principdokument som stöd för att utnyttja LOV:s fulla potential som avtalsform för möjliggörande av långsiktiga investeringar och anpassning efter patientbehov och metodutveckling.”

  – Förslag om att utarbeta ett principdokument av sådan typ ingår i denna utredning med syftet att utgöra stöd vid val av avtalsform.

  – Diskussioner om riktlinjer och ansvarsfördelning avseende fysiska och/eller andra investeringar för vården förs på flera håll i Region Stockholm och hanteras i annat sammanhang.

Bilaga 2. Kostnader och vårdkonsumtion inom vårdval 2016–2020

Vårdval/År	2016	2017	2018	2019	2020	Förändring 2020/2019
Vårdval inom närsjukvård						
Vårdval BVC						
Kostnader i tkr	480 409	470 815	503 749	509 866	497 690	-2,4%
Läkarbesök	94 896	92 974	88 934	87 799	85 109	-3,1%
Övriga besök	566 259	545 950	489 505	448 590	406 722	-9,3%
Vårdval MVC						
Kostnader i tkr	367 060	387 334	425 003	427 139	403 407	-5,6%
Läkarbesök	47 476	48 920	46 049	42 038	37 079	-11,8%
Övriga besök	438 517	434 729	488 512	434 486	387 822	-10,7%
Vårdval Fotsjukvård						
Kostnader i tkr	64 499	68 299	70 106	77 169	71 560	-7,3%
Övriga besök	157 090	165 176	170 176	191 190	157 400	-17,7%
Vårdval Husläkarverksamhet (Husläkarmottagningar och husläkarjourer)						
Kostnader i tkr	4 968 624	5 199 045	5 505 515	5 749 823	5 874 073	2,2%
Läkarbesök	3 563 907	3 309 560	3 081 520	3 106 159	2 372 415	-23,6%
Övriga besök	2 710 567	2 944 568	3 157 883	3 370 588	3 245 800	-3,7%
Vårdval Logopedi						
Kostnader i tkr	141 089	135 670	136 618	152 660	158 994	4,1%
Övriga besök	157 500	150 066	153 208	154 621	152 515	-1,4%
Vårdval Läkarinsatser i SÄBO						
Kostnader i tkr	164 343	164 930	164 882	173 900	159 184	-8,5%
Läkarbesök	72 851	67 468	63 783	64 983	49 412	-24,0%
Vårdval Ultraljudsverksamhet						
Kostnader i tkr	66 761	68 801	69 371	72 506	82 709	14,1%
Läkarbesök	6 682	6 225	7 982	9 463	6 855	-27,6%
Övriga besök	69 833	71 965	75 609	80 909	82 787	2,3%
Vårdval Vaccination						
Kostnader i tkr	30 082	27 846	36 004	38 530	63 972	66,0%
Antal influensavaccinationer	242 121	233 519	262 623	225 293		-100,0%

Vårdval Primär hörselrehabilitering						
Kostnader i tkr	38 859	39 095	49 320	61 966	71 680	15,7%
Övriga besök	161 218	180 676	164 593	149 910	132 981	-11,3%
Vårdval Specialiserad fysioterapi						
Kostnader i tkr	179 940	171 823	164 146	194 190	199 675	2,8%
Övriga besök	409 271	426 493	379 057	379 979	347 479	-8,6%
Vårdval Primärvårdsrehabiltering						
Kostnader i tkr	686 091	732 417	765 724	816 148	788 317	-3,4%
Övriga besök	1 254 308	1 378 963	1 411 608	1 461 591	1 332 640	-8,8%
Vårdval ASiH						
Kostnader i tkr	887 998	915 693	945 907	974 866	1 049 675	7,7%
Vårddygn	759 217	783 320	784 408	803 929	881 729	9,7%
Vårdval spec palliativ vård						
Kostnader i tkr	282 584	319 361	325 672	323 108	330 955	2,4%
Vårddygn	65 904	74 089	74 843	74 435	72 107	-3,1%
Vårdval Psyk ohälsa hos barn och ungdomar						
Kostnader i tkr	32 434	42 766	47 704	58 102	64 616	11,2%
Övriga besök	23 577	31 163	45 562	58 612	64 900	10,7%
Vårdval Rehabilitering vid långvarig smärta						
Kostnader i tkr	245 166	286 144	318 514	347 378	329 155	-5,2%
Övriga besök	188 132	235 767	258 500	293 749	291 374	-0,8%
Vårdval Intensivträning barn och ungdomar med rörelsenedsättning						
Kostnader i tkr	2 474	1 874	5 741	5 979	4 676	-21,8%
Övriga besök	1 598	1 199	9 097	9 266	6 973	-24,7%
Vårdval Barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård						
Kostnader i tkr	190 950	258 648	306 316	377 603	474 725	25,7%
Läkarbesök	84 550	110 428	122 358	140 275	150 803	7,5%
Övriga besök	14 870	22 078	29 366	39 711	54 894	38,2%
Distans	29 527	36 462	42 346	53 016	69 360	30,8%
Vårdval sexuell hälsa						
Kostnader i tkr				33 859	34 100	0,7%
Läkarbesök				3 293	3 685	11,9%
Övriga besök				28 266	29 462	4,2%
Vårdval inom somatisk specialistvård						
Vårdval Förlossningsvård						
Kostnader i tkr	1 137 314	1 171 217	1 210 415	1 192 903	1 213 160	1,7%
Vårdtillfällen	30 229	29 393	29 326	28 927	28 895	-0,1%
Läkarbesök	62 632	56 726	55 727	55 424	55 130	-0,5%

Övriga besök	53 265	50 428	55 141	57 871	57 265	-1,0%
Vårdval Höft- knäledsplastik						
Kostnader i tkr	175 699	204 896	218 633	239 175	217 475	-9,1%
Vårdtillfällen	3 085	3 540	3 729	3 910	3 592	-8,1%
Läkarbesök	9 777	10 953	11 101	11 506	10 376	-9,8%
Övriga besök	1 264	1 977	1 759	1 737	1 365	-21,4%
Vårdval Ögonsjukvård						
Kostnader i tkr	340 883	378 251	394 208	392 078	347 557	-11,4%
Läkarbesök	279 007	308 484	322 768	315 727	287 343	-9,0%
Övriga besök	34 853	40 541	41 961	53 510	46 803	-12,5%
Vårdval Gynekologi						
Kostnader i tkr	322 542	374 530	399 729	419 391	415 424	-0,9%
Vårdtillfällen	520	504	522	442	174	-60,6%
Läkarbesök	306 976	334 914	342 297	355 439	340 504	-4,2%
Övriga besök	9 959	14 890	17 590	14 745	13 809	-6,3%
Vårdval Hudsjukvård						
Kostnader i tkr	210 615	222 701	221 311	234 026	224 612	-4,0%
Läkarbesök	189 195	202 816	212 806	219 410	217 464	-0,9%
Övriga besök	106 764	102 719	90 654	89 916	65 783	-26,8%
Vårdval Öron-, näs- och halssjukvård						
Kostnader i tkr	216 851	238 647	251 448	245 706	204 100	-16,9%
Läkarbesök	169 797	176 518	187 118	180 547	156 585	-13,3%
Övriga besök	62	52	38	113	18	-84,1%
Vårdval Specialiserad allergologi						
Kostnader i tkr	24 123	24 747	24 956	22 415	25 508	13,8%
Läkarbesök	18 817	20 283	19 148	17 803	16 969	-4,7%
Övriga besök		25	168	2	1	-50,0%
Vårdval Ryggkirurgi						
Kostnader i tkr	122 472	146 542	156 924	169 378	155 496	-8,2%
Vårdtillfällen	1 807	2 123	2 121	2 271	2 179	-4,1%
Läkarbesök	10 574	10 384	10 852	12 080	11 147	-7,7%
Övriga besök	5 503	6 337	8 412	9 219	7 440	-19,3%
Vårdval Ortopedi/Handkirurgi						
Kostnader i tkr	270 870	274 799	299 261	345 588	349 493	1,1%
Vårdtillfällen	547	351	411	313	185	-40,9%
Läkarbesök	145 561	155 472	162 420	191 390	196 746	2,8%
Övriga besök	3 298	2 129	2 807	2 481	1 983	-20,1%
Vårdval Neurologi						
Kostnader i tkr	46 749	49 365	58 919	52 913	52 390	-1,0%
Läkarbesök	20 487	23 857	28 072	25 970	18 884	-27,3%
Övriga besök	3 972	5 142	6 080	6 251	6 636	6,2%
Vårdval urologi						
Kostnader i tkr	1 583	58 563	114 464	128 195	144 859	13,0%

Vårdtillfällen				33	124	275,8%
Läkarbesök	700	30 801	56 928	65 987	76 851	16,5%
Övriga besök	5	3 768	8 862	6 861	8 280	20,7%
Vårdval Geriatrik						
Kostnader i tkr				84 980	185 797	118,6%
Vårdtillfällen				1 777	3 314	86,5%
Läkarbesök				201	1	-99,5%
Vårdval inom Särskilda vårdfrågor						
Vårdval Planerad specialiserad rehabilitering						
Kostnader i tkr	76 631	85 025	90 411	98 060	66 769	-31,9%
Vårdtillfällen/Slutenvård	940	1 275	1 087	1 088	610	-43,9%
Vårdtillfällen/Dagvård*	1 138	9 073	10 165	7 340	6 361	-13,3%
Vårdval specialiserad rehabilitering efter akutsjukhus						
Kostnader i tkr	195 988	211 874	236 040	252 042	295 741	17,3%
Vårdtillfällen/Slutenvård	4 075	4 316	4 686	4 867	4 784	-1,7%
Vårdtillfällen/Dagvård	0	0	0		0	
Vårdval Allmän barn- och ungdomstandvård						
Kostnader i tkr	401 167	446 165	488 755	518 256	531 073	2,5%
Andel barn och ungdomar som besöker tandvården	94%	93%	93%	92,0%	89,80%	-2,4%
Vårdval Specialisttandvård för barn och ungdomar						
Kostnader i tkr	91 137	103 038	125 393	158 257	166 596	5,3%
Antal nya remisser inom specialisttandvården	13 899	15 264	17 634	19 430	22 219	14,4%
Vårdval Tandregleringsvård för barn och ungdomar						
Kostnader i tkr	104 045	112 906	117 442	123 284	119 794	-2,8%
Antal starter tandreglering	5 964	6 105	6 714	6 515	6 296	-3,4%
Totalt						
Kostnader tkr	***12 568 032***	***13 393 827***	***14 248 601***	***15 071 439***	***15 375 006***	
Kostnadsutveckling i procent		***6,6%***	***6,4%***	***4,9%***	***2,0%***	

Bilaga 3. Aktuellt kunskaps- och forskningsläge gällande vårdval

Ett antal större studier och utvärderingar av vårdval har genomförts. De allra flesta gäller primärvården, vilket är naturligt eftersom det inte förekommer många vårdval inom somatisk specialistvård i andra regioner än Stockholm. Det kan också konstateras att den övervägande delen av utvärderingarna gjordes under vårdvalens första år. Efter 2018 har det inte genomförts någon större utvärdering som är allmänt tillgänglig.

Den mest omfattande utvärderingen gjordes 2018 av Linköpings universitet på uppdrag av Stockholms läns landsting. Den gällde vårdval ryggkirurgi och de samlade resultaten ligger till grund för en doktorsavhandling av Thérèse Eriksson vid Linköpings universitet.

Man kan vid genomgång av utvärderingarna se att målsättningarna för dessa har varierat. Det har också medfört att det inte förekommer så många bedömningar av varje enskild aspekt på vårdvalen. Det kan också konstateras att det är svårt att särskilja olika förändringsprocesser som pågått inom svensk hälso- och sjukvård sedan vårdvalen infördes. Flera andra viktiga styrinsatser har tillämpats inom vårdval och undergått förändringar under tiden som vårdvalen funnits. Det gäller exempelvis ersättningen till vårdgivarna.

Vårdgarantier som stöttats med särskilda medel från staten har också påverkat viktiga utfall som tillgänglighet och köer. Därtill pågår det hela tiden en utveckling av hälso- och sjukvården som påverkas av olika faktorer i samhället, såsom den ekonomiska utvecklingen och demografin.

Att antalet vårdgivare ökat sedan vårdvalen införts kan tänkas vara betingat av bättre ekonomiska förutsättningar för företagande generellt i samhället och av ökad efterfrågan på vård, som av själva vårdvalen. Särskilt för primärvården är det svårt att få en kontrafaktisk utveckling att jämföra med, det vill säga den utveckling som skulle ha skett om inte vårdval införts, eftersom alla regioner infört någon typ av vårdval för primärvården. Det skulle kunna vara möjligt att göra en sådan för somatisk specialistvård eftersom flertalet regioner varit mer återhållsamma med att införa vårdval än Region Stockholm.

I tabellen nedan har en gruppering av resultat från de större utvärderingar av vårdval som genomförts i Sverige gjorts efter vilka variabler som utvärderingarna bedömt. I HSF:s rapport *Vårdval 10 år – Vad vet vi om dess effekter* från 2017 finns en genomgång av merparten av dessa utvärderingar.

I tabellen markerar (+) en ökning av variabeln, (-) en minskning och (0) ingen förändring. Bedömningarna har i vissa fall varit kvalitativa och inte kvantitativa. I de fallen representerar (+) positiv och (–) negativ bedömning. Där det står 0/- eller =/+ har forskarna varit osäkra i sin bedömning, men mer lutat åt (+) eller (-).

Tabellen visar att det är stor spridning av vilka variabler som bedömts i utvärderingarna. Det gör att det är svårt att dra övertygande slutsatser för de flesta variabler. Det kan konstateras att den variabel som det finns flest bedömningar av är tillgänglighet, där alla gjort bedömningen att tillgängligheten ökat under vårdvalsperioden. Ett par andra variabler som det finns relativt väl med observationer för är vårdutbud och besöksfrekvens. I alla fall där något rapporterats för dessa har det varit att de båda ökat. Väntetiderna har också konstaterats ha minskat i flera utvärderingar.

De utvärderingar som studerat undanträngningseffekter mellan grupper har kommit fram till delvis olika slutsatser. Undanträngning av patienter med större behov till förmån för patienter som efterfrågar enklare, vårdtjänster har inte belagts av Dahlgren och Eriksson. Övriga tre utvärderingar med data för undanträngning har försökt bedöma om socio-ekonomiskt svagare grupper ökat sin vårdkonsumtion mindre än dem med bättre socioekonomi. Slutsatsen i två av dessa utredningar var att vissa data talar för en sådan utveckling, medan det i den tredje utvärderingen inte gick att påvisa någon sådan effekt.

Vad gäller vårdkvaliteten finner de som värderat den inga tecken på att den påverkats i någon större utsträckning. Det kan bero på att vårdkvaliteten redan var hög vid vårdvalens införande. Inte heller för kostnadsutvecklingen finns det generellt några tydliga slutsatser från studierna.

I Erikssons studie har de totala kostnaderna för ryggkirurgi ökat, men samtidigt har produktiviteten ökat. Det har lett till att kostnaderna per operation minskat. Endast en utvärdering har studerat om administrationen har ökat på grund av vårdval, jämfört med tidigare. Eriksson fann genom intervjuer med både vårdgivare och beställare (HSF) att man upplevde sådan ökad administration. En betydande del av denna var dock kopplad till vårdersättningsprocessen, som i sig är oberoende av själva vårdvalet.

I de fall patientnöjdheten studerats har ingen betydande förändring setts efter vårdvalen. Det kan delvis bero på att utgångsvärdet även för denna variabel var högt, det vill säga många patienter var rätt nöjda med vården innan vårdvalen påbörjades.

Det samlade resultatet av de genomförda utvärderingarna talar för att vårdvalens införande inom primärvården inte medfört några dramatiska förändringar av vården. Samtidigt finns det utfall som kan och ska diskuteras för att kontinuerligt förbättra vården. Inom specialistvården är underlagen för att dra några generella slutsatser alltför begränsade.

Studie	Vårdutbud	Antal vårdgivare	Valfrihet	Besöksfrekvens	Tillgänglighet	Minskade	Socioekonomisk snedfördelning	Undanträngnings	Kvalitet	Ökad	Produktionsökni	Produktivitet	Patientnöjdhet	Kontinuitet	Ökad
Vårdval Primärvård															
Rehnberg, C., Janlöv, N. och Kahn, J. (2008)	+	+		+	+		Högre inkomst ökat vårdkons. ngt mer än lägre								
Dahlgren (2013)				+	+			0		-		+	-		
Glenngård AH. (2015)			+		+		Osäkert		Ej belagt förbättring					-/0	
Socialstyrelsen 2012					+		-?							0	
Vård- och omsorgsanalys 2013				+	+		0	+/-							
Vård- och omsorgsanalys 2014					+									-/0	
Konkurrensverket (2010)	+	+	+		+										
Riksrevisionen (2014)			+	+	+			+		+					
Landstingsrevisorerna (2012)	+			+	+	+		+							
Vårdval specialiserad vård															
HSF (2013)	+				+	+			0/+	+					
Wohlin (2012) (höft-knä)					+	+			+		+				
Eriksson (2018) (ryggkirurgi)	+	+		+	+	+	0	0	(0)	+	+	+	0		+

Bilaga 4. PM kring ersättningsmodeller

Inledning
Denna promemoria är framtagen inom utredningsområde nummer 3, Hållbara ersättningsmodeller för vårdval, i syfte att användas som ett informations och diskussionsunderlag i vårdvalsutredningen.

Två liknande promemorior har tidigare tagits fram och avlämnats till avtalsutskottet som diskussionsmaterial inom vårdvalsutredningen:

- ”Olika vägar att påverka kostnadsutvecklingen inom avtalsformen vårdval” (HSN 2019–2131)
- ”Diskussionsunderlag om utveckling av digifysisk vård i Region Stockholms vårdval” (HSN 2019–2131)

I denna promemoria finns ett antal hänvisningar till bland annat avtalsprocess och ett antal dokument som är både vägledande och styrande för ersättningsmodeller. Detta som ett försök att belysa ersättningsmodeller som en koppling till helheten och inte som en enskild företeelse i ett avtal.

Vården är ett komplext system med många aktörer som agerar och interagerar med varandra. I detta system verkar Hälso- och sjukvårdsnämnden som beställare av vård. I de vårdavtal som träffas mellan beställare och vårdgivare, regleras uppdraget med de krav, förutsättningar och inriktning som önskas för avtalsområdet. Uppdraget för avtalsområdet och den kontext vården verkar inom ger förutsättningar och ramar för hur ersättningsmodellen sedan kan konstrueras.

Om vårdgivaren är privat eller offentlig påverkar inte ersättningsmodellens utformning men val av avtalsform är till viss del styrande. Detta eftersom fri etableringsrättsrätt, om kraven vid ansökan om godkännande inom ett vårdval uppfylls, kan påverka kostnadsutvecklingstakten på ett för beställaren oönskat sätt. Ett stort vårdutbud, med många vårdgivare, med hög produktion är drivande för kostnadsutvecklingstakten för köpt vård och därmed en ekonomisk risk.

Definition och huvudsyfte med en ersättningsmodell
En ersättningsmodell reglerar de förutsättningar som ligger till grund för att en ersättning ska utbetalas samt vilket kostnadsansvar vårdgivaren har för den avtalade verksamheten. Dessa förutsättningar framgår i avtalets ersättningsvillkorsbilaga. Bilagan innehåller förutom uppgifter om

ersättningsmodellen även uppgifter som ersättningsnivåer, betalningsvillkor samt faktureringsrutiner.

Det finns ingen nationellt vedertagen definition av begreppet ersättningsmodell men det finns en stor samsyn kring vilka komponenter som en ersättningsmodell ska innehålla. En ersättningsmodell ska innefattat uppgifter om vilka kostnader som vårdgivaren ska bära för den verksamhet som avtalet omfattar samt under vilka förutsättningar som ersättning utbetalas.

I ”Termlista HSF version 1.0”[3] definieras ersättningsmodell enligt följande:

Beskriver vilka förutsättningar som gäller för att en ersättning ska utbetalas (när och utifrån vilka ersättningsprinciper). Reglerar tillsammans med ersättningsnivå förutsättningar för utbetalning av ersättning.

Beställarens termlista revideras årligen och är framtagen i syfte att minska risk för missförstånd och öka tydligheten. Den är avsedd för beställarens bruk och vissa termer kan därför ha en något snävare betydelse än de kan ha i dagligt tal eller inom andra områden.

Beställaren har rutiner för hur en ersättningsmodell ska konstrueras i avtal. Nedanstående punkter är hämtade från sammanfattningen i verkställighetsbeslut ”Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal” (HSN 2020–0860).

- *Huvudsyftet med en ersättningsmodell är att med minsta möjliga administration fördela resurserna utifrån avtalat uppdrag. Även andelen ersättningsparametrar ska hållas nere för minskad administration samt minskad detaljstyrning. Ersättningsmodellen ska utöver detta inte hindra utveckling av nya arbetssätt och innovationer.*
- *Ersättningsmodeller är en del i förvaltningens samlade styrsystem. Ersättningsmodellen kan vid behov förstärka den sammantagna styrningen genom utformande av olika ekonomiska incitament. Ersättningsmodeller är dock ett relativt trubbigt styrinstrument som ska användas med försiktighet.*

Ersättningsmodellen som en del i beställarstyrningen (avtalsstyrningen)

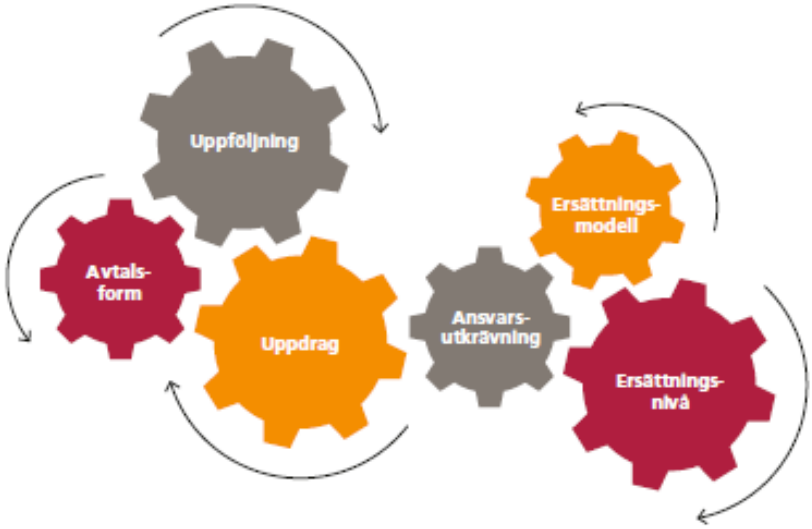
Styrningen av vården är komplex och uppstår både i och utanför olika organisationer. Styrning kan liknas vid förhållningsregler som den styrande parten sätter upp för att leda mot en framtida vision och fastställda mål.

Ersättningsmodellen är bara en liten del av den totala beställarstyrningen genom avtal. Andra styrinsatser i avtal är till exempel olika krav som måste

[3] Termlistan är publicerad på Hälso-och sjukvårdsförvaltningens intranät; Region Stockholm intranät - Termlista HSF (sll.se)

uppfyllas, som miniminivå för personalens kompetens eller öppettider. Det är viktigt att avtalets olika styrinsatser inte ligger i konflikt med varandra utan samverkar likt kugghjul för att styra åt samma vision och målsättningar.

Bild 1, hämtad från "Perspektivrapport Styrning av hälso- och sjukvården (Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040)" (HSN20018-0387)



Ersättningsmodellen är en delkomponent i avtalsstyrning och kan ha flera olika funktioner eller syften uppfylla. Modellens basala uppgift är att fördela tillgängliga finansiella resurser utifrån uppdragets utformning, utan att samtidigt hindra dess intention. Ersättningsmodellens konstruktion bör även om möjligt motverka oönskade bieffekter som de enskilda komponenterna i modellen kan ge upphov till. Ersättningsmodellen kan därutöver ha som syfte att ge riktade incitament för styrning, om behov finns för detta. Ersättningsmodellers olika konstruktionsmöjligheter beskrivs närmare i avsnittet nedan, Utforma en ersättningsmodell.

Styrning genom ersättningsmodeller är ingen exakt vetenskap. Samma incitament för styrning kan ge olika resultat i olika kontext och utifrån den mottagande partens preferenser. Vårdföretagets egen målsättning i kombination med intern verksamhetsstyrning är exempel på styrning som ibland kan spela minst lika stor roll för utfallet som den styrning som sker genom avtal.

Under senare år har fokus för styrning generellt flyttats från ersättningsmodeller som den viktigaste styrinsatsen och numera diskuteras istället ett avtals sammantagna styrinsatser. Att det inte finns en perfekt ersättningsmodell har bland annat konstaterats i Tillitsdelegationens delbetänkande "Jakten på den perfekta ersättningsmodellen - vad hände med medarbetarnas handlingsutrymme" (SOU 2017:56). I beställarens "Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal" (HSN 2020–0860) framgår även där att ersättningsmodellen ska ses som en delkomponent i förvaltningens sammantagna styrning.

Hållbara ersättningsmodeller

Det är troligen en utopi att sträva efter att ha en och samma konstruktion av en ersättningsmodell över tid. Vården är och har en tradition av att vara en verksamhet i stark förändring, inte bara medicinskt utan även inom andra områden som organisation och struktur. Ersättningsmodellen baseras på avtalsområdets uppdrag som förändras löpande för att främja denna naturliga utveckling som sker i vården över tid. Om ersättningsmodellen inte anpassades efter uppdraget skulle troligen stora skevheter i styrningen uppdagas relativt snart. Sett från detta lite snävare perspektiv så är dagens ersättningsmodeller inte hållbara över tid.

Utgår man istället ifrån att anpassningar av ersättningsmodeller är en del i beställarens strävan mot hållbara avtalslösningar blir målet om hållbara ersättningsmodeller en annan. I ”Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal” (HSN 2020–0860) finns en strategi för hur en fungerande ersättningsmodell utifrån avtalsområdets specifika förutsättningar tas fram, med hänsyn till andra aktuella målsättningar som kostnadskontroll och effektivare arbetssätt. Kombinerar man detta arbetssätt med en kontinuerlig uppföljning med efterföljande analys (fick beställaren den vård som avtalats och vilka nya förutsättningarhar tillkommit eller är på väg in?) samt ett agerande vid oönskad utveckling kan hela avtalet inklusive ersättningsmodellen betraktas som hållbar.

Fokus är inte längre en strävan mot en perfekt ersättningsmodell. Fokus är istället att följa utvecklingen i vården och utveckla målbilden för hela vårdsystemet. Och sedan utifrån målbilden ompröva och utveckla dagens avtalsområden, inklusive styrningen inom dessa. För att veta vad man ska styra mot måste man identifierat vad som ska åstadkommas.
För att sedan veta om styrningen leder mot fastställda mål bör mått och mätpunkter definieras, i syfte att möjliggöra avstämning för att se att man rör sig i förväntad förändringsriktning. Vid eventuella avvikelse mot mål måste beställaren agera och använda sig av lämpliga styrinsatser hämtade från den samlade styrningen samt koordinera dessa insatser för bästa effekt.

Utforma en ersättningsmodell

Beställaren arbetar utifrån en fastställd avtalsprocess[4] som i stort består av en processkarta med tillhörande avtalshandbok som mer i detalj beskriver de olika processtegen. De beslutade ”Riktlinjerna för hur ersättningsmodeller utformas i avtal” (HSN 2020–0860) är implementerade i avtalshandboken samt avspeglas i de ”Avtalsmallar” (HSN2021-0673) som används vid köp av vård. Avsteg från ”Riktlinjen för hur ersättningsmodeller utformas i avtal” (HSN 2020–0860) har medgetts, om särskilda skäl för detta funnits.

En ersättningsmodell byggs upp utifrån de förutsättningar som ges i hur uppdraget är formulerat och avgränsat. Därtill tas hänsyn till om den vård som

[4] Avtalsprocess och avtalshandbok återfinns på Hälso- och sjukvårdsförvaltningens intranät: Region Stockholm intranät - Avtalshandboken HSF (sll.se)

ska bedrivas inom det aktuella avtalsområdet omfattar ett sorterat eller osorterat behov.

Bild 2, Verksamhetsområdets struktur hämtad från "Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal" (HSN 2020–0860)



I uppdrag som omfattar ett **osorterat behov** blir varje kontakt med vården unik, vilket medför att det ställs höga krav på att ersättningen speglar det enskilda vårdmötet.

I uppdrag som omfattar ett **sorterat behov** är patientens kontakt med vården mer förutsägbar och standardiserad. Detta eftersom uppdraget i detta fall endast omfattar en viss typ av behandling eller diagnosgrupp.

Beroende på om avtalsområdet omfattar ett sorterat eller osorterat behov är olika kombinationer av komponenter i en ersättningsmodell, mer eller mindre lämpliga att använda.

En ersättningsmodell består dels av ett antal ersättningsprinciper som tillsammans utgör avtalets totalersättning. Därtill regleras det kostnadsansvar som vårdgivaren ska bära för det avtalade uppdraget.

Vanligen ansvarar vårdgivare för de kostnader som är förenade med avtalat uppdrag, till exempel lön till anställda, lokalhyra, läkemedels- och materialkostnader. Därtill kan ersättningsmodellen modifieras för att ytterligare stärka styrningen eller minimera risker med enskilda komponenter i ersättningsmodellen. I syfte att stärka kostnadskontrollen kan till exempel en modifiering omfatta en omfördelning mellan olika ersättningsprinciper, förändringar gällande kostnadsansvar eller tillägg av en takkonstruktion i modellen. Ett tak kan innebära att ersättningen sänks eller helt upphörs att utbetalas när en viss produktionsvolym nås eller en totalersättning utbetalats.

Bild 3, En ersättningsmodells olika delkomponenter hämtad från "Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal" (HSN 2020–0860).



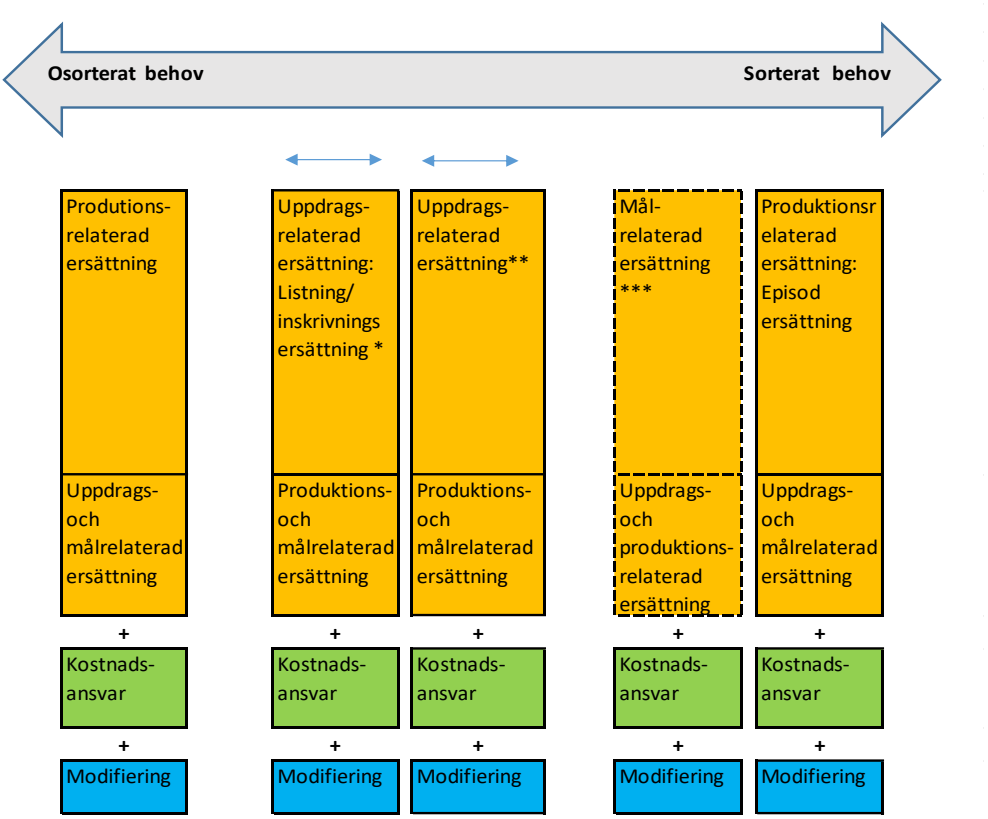
Det finns tre olika ersättningsprinciper att använda i en ersättningsmodell, när en totalersättning ska fastställas:

- **Uppdragsrelaterad ersättning** utgår som ett anslag eller en kapiteringsersättning (listningsersättning).
- **Produktionsrelaterad ersättning** baseras på den vård som utförs, som ett besök, en viss typ av operation, eller en hel episod av vård.
- **Målrelaterad ersättning** baseras på kvantifierbara indikatorer/mätvärden för bland annat medicinsk kvalitet och/eller patientupplevd kvalitet (kan omfatta både bonus och viten).

Samtliga ersättningsprinciper har sina för- och nackdelar. Därför förordas, i enighet med "Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal" (HSN 2020–0860), att ersättningsmodeller ska innefatta en kombination av samtliga tre principer. Detta för att ta tillvara möjligheten till önskad styrning och samtidigt balansera respektive princips negativa bieffekter.

I dag används fyra av fem möjliga grundmodeller i de vårdavtal som beställaren tecknat med olika vårdgivare. Respektive grundmodell baseras på en dominerande ersättningsprincip, lämpligt kostnadsansvar samt förslag på möjliga modifieringar. Den grundmodell som inte används är en modell som har målrelaterad ersättning som dominerande ersättningsprincip. Indelningen i olika grundmodeller utgår från vilken ersättningsprincip som är den dominerande i ersättningsmodellen.

Bild 4, över grundmodeller hämtad från "Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal" (HSN 2020–0860)



Hur stor andel av den totala ersättningen som respektive princip bör omfatta beror främst på val av avtalsform, uppdragets utformning samt vilken typ av vård som avtalsområdet omfattar. Om man endast använder sig av en ersättningsprincip i ett avtal blir riskerna med vald ersättningsprincip större. Därav bör om möjligt samtliga ersättningsprinciper ingå i en ersättningsmodell. Nedan ges en översikt om de generella risker som val av en enskild ersättningsprincip kan medföra.

Bild 5, Vedertagen modell avseende ekonomiska incitament, fritt utvecklad utifrån presentation av A. Anell[5]

[5] SNS: Rapport 2020, Vården är värd en bättre styrning av Anders Anell samt olika presentationsmaterial av Anders Anell, Professor, Lunds universitet

Uppdragsrelaterad ersättning (anslag)	Gör så lite som möjligt för så få som möjligt
Uppdragrelaterad ersättning (kapitering)	Gör så lite som möjligt för så många som möjligt
Produktionsrelaterad ersättning (episod)	Gör så många episoder som möjligt oavsett nyttan
Produktionsrelaterad ersättning (besöksersättning)	Gör så många besök som möjligt oavsett nyttan
Målrelaterad ersättning	Uppfyll mål som belönas men inte mer och så lite som möjligt i övrigt

Styrning genom ersättningsmodeller är ett relativt trubbigt styrinstrument eftersom det i princip endast finns två lägen för denna styrinsats; gasa eller bromsa. Effekterna av styrningen genom ersättningsmodeller blir därför ofta mer onyanserade än önskat. Syftet med att till exempel premiera nybesök i syfte att öka tillgängligheten till vård, genom ersättningsmodellen, är svårt utan att samtidigt riskera att återbesök trängs undan vilket ofta drabbar de patienter med störst vårdbehov. Därav bör denna form av riktad styrning användas med försiktighet. De olika komponenterna i en ersättningsmodell behöver alltid nogsamt vägas mot varandra för att styra med så få bieffekter som möjligt. Men eftersom styrning generellt kan tas emot på olika sätt av mottagarna måste alltid uppföljning av avtalsområdet ingå som en naturlig del. Detta för att beställaren vid oönskade avvikelser ska kunna agera och korrigera.

Vid konstruktionen av ersättningsmodell ingår även överväganden om vilket kostnadsansvar som vårdgivaren ska bära, för den avtalade verksamhet. Normalt omfattas vårdgivaren av ett decentraliserat kostnadsansvar, vilket innebär att vårdgivaren ansvarar för de kostnader som är förenade med avtalat uppdrag. Grundtesen är att ett decentraliserat kostnadsansvar möjliggöra för vårdgivare att välja den mest fördelaktiga undersökningen eller behandlingen ur såväl ett patientperspektiv, som ett ekonomiskt perspektiv. När det ekonomiska ansvaret huvudsakligen ligger på beställaren kan det i många fall motverka en effektivisering och utveckling av behandlingsmetoder och arbetsprocesser hos vårdgivarna. Det primära syftet med ett decentraliserat kostnadsansvar är således inte att minska beställarens kostnader utan att uppnå en ökad kostnadseffektivitet för hälso- och sjukvården som helhet.

Att införa ett decentralisera kostnadsansvaret är en pågående process och avsteg från beslut om ”Principer för vårdgivares kostnadsansvar för läkemedel, hjälpmedel och medicinsk service” (HSN 2017–0887) bedömts ibland som lämpligt. Vanligen utifrån ett antagande om att små vårdgivare är extra känsliga för svängningar i patienters behov gällande dyrare kringtjänster, som diagnostikkostnader för röntgen. Eftersom avvikelser från decentraliserat kostnadsansvar ibland medges, är inte kostandsansvarslösningar i avtalen helt stringenta.

Riskerna med avsteg från ett decentraliserat kostnadsansvar kan förutom risken för övervältring av patienter mellan olika avtalsområden i syfte att undvika kostnader i verksamheten, även ge effekter på val av diagnostik eller annat. Om till exempel en kringtjänst blir en fri nyttighet (inget kostnadsansvar för vårdgivaren) medan en liknade kringtjänst ska bekostas av vårdgivaren, kan kostnadsansvaret i värsta fall styra hårdare än patientens behov av lämplig tjänst. Även gällande kostnadsansvar är styrningen trubbig och oönskade bieffekter uppstår lätt.

När grundmodell valts och överväganden om kostnadsansvarslösningen är klar ses samtliga risker och oönskade bieffekter med valda komponenter i modellen över, ännu en gång. Ytterligare modifieringar kan då bli aktuellt för att finjustera modellen och vid behov överväga ytterligare styrinsatser i syfte att ytterligare öka styrningen mot avtalsområdets målsättning.

Styrning och risker med hela avtalskonstruktionen ses även över så att samtliga styrinsatser i avtalet kan koordineras och risker för oönskade bieffekter minimeras, totalt sett samt ur hela vårdsystemets perspektiv. Generellt finns risker att styrningen inom ett avtalsområde kan ge en snedvridning inom ett annat avtalsområde, om inte helheten i styrningen beaktas.

Vilka ersättningsmodeller använder vi oss av i Region Stockholm
Vårdstrukturen i Region Stockholm är sammansatt. Det totala antalet unika vårdgivare per 2019 var cirka 1 200 och omräknat till avtal motsvarar det cirka 2 400. Dessa avtal omfatta verksamheter med någon enstaka eller ett fåtal anställda, till avtal som omfattar ett helt akutsjukhus. Avtalen omfattar vård i privatregi samt regionens egenregiverksamheter. Den avtalade vården som utförs i privat regi är upphandlad utifrån lag om valfrihetssystem (LOV) eller lag om offentlig upphandling (LOU).

Utöver det fanns det per 2019 cirka 800 vårdgivare verksamma enligt lag om läkarvårdsersättning (LOL) och lag om ersättning för fysioterapi (LOF).[6]

Beställarens ersättningsmodeller inom samtliga avtalsformer utgår i huvudsak från produktionsrelaterade grundmodeller. Nedan visas en tabell över de 39 vårdvalens olika grundmodeller samt vilka ersättningsprinciper som används i de olika modellerna, december 2020 (avser patienter folkbokförda i Region Stockholm):

[6] Uppgifter om antal vårdgivare och antal avtal är hämtade från rapporten Hälso- och sjukvården i Stockholms län - en marknadsanalys (HSN 2019–0644), sid 3. Fördelning mellan LOV, LOU samt egenregi framgår inte av denna rapport.

Avtalsområden inom vårdval, inventerade december 2020	Grundmodell	Målrelaterad ersättning	Uppdragsrelaterad ersättning		Produktionsrelaterad ers	
	- Uppdragsrelaterad grundmodell kapitering/listning=UK - Produktionsrelaterad grundmodell episod=PE - Produktionsrelaterad grundmodell=P	Ja, modellen innefattar målrelaterad ersättning (Bonus/Vite)*	Ja, modellen innefattar kapiterings-ersättning (listnings-ersättning)	Ja, modellen innefattar uppdrags-relaterad ersättning	Ja, modellen innefattar episoder/er eller annan paketlösning	Ja, modellen innefattar produktions-relaterad ersättning
Husläkare med basal hemsjukvård	UK	X	X	X		X
Neurologi specialiserad	P	X				X
Ögonsjukvård specialiserad	P					X
Gynekologi specialiserad	P				X	X
Logopedi	P					X
Allmän barn och ungdomstandvård	UK		X		X	X
Primär hörselrehabilitering	PE	X	X		X	X
Barn och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM)	P	X			X	X
Hudsjukvård specialiserad	P					X
Vaccination	P					X
Specialiserad allergologi	P					X
Avancerad sjukvård i hemmet, ASIH	P	X				X
BVC	UK	X	X	X		X
Barnmorskemott	P	X		X		X
Fotsjukvård	P					X
Fysioterapi, specialiserad	P					X
Höft och knäprotesoperatoner	PE	X			X	X
Intensivträning för personer med rörelsenedsättning	P					X
Klinisk neurofysiologi	P	X				X
Lymfödemrehabilitering planerad specialiserad	PE				X	X
Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre	UK		X	X		X
Specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus	PE				X	X
Planerad specialiserad cancerrehabilitering	PE				X	X
Obstetrisk ultraljudsverksamhet	P					X
Vårdval ortopedi och vårdval handkirurgi	P					X
VV, Palliativ slutenvård specialiserad (SPSV)	P	X				X
Primvårdrehabilitering	P					X
Ryggkirurgi	PE	X			X	X
Specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på sjukhus	PE	X			X	X
Neurologisk rehabilitering, planerad specialiserad	PE	X			X	X
Specialisttandvård för barn och ungdomar	P					X
Tandregleringsvård för barn och ungdomar	PE				X	X
Urologi, specialiserad	P					X
Specialiserad öron- näsa-halssjukvård	P					X
Klinisk fysiologi	P					X
Geriatrik	P	X		X		X
Sexuell hälsa	P					X
Rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom (MMR2)	P					X
Förlossning	P	X				X

*Bonus/Vite i tabellen ovan innefattar inte vite för ej uppnådda miljömål, vite om regler för marknadsföring inte följs eller ett vite vid bristande inrapportering eftersom dessa viten snarare är att betrakta som en sanktion för ej uppfyllda grundkrav i avtal.

I 35 av de 39 avtalsområdena i tabellen ovan kan utläsas att de har en grundmodell som baseras på någon form av produktionsrelaterad ersättning. Nio av dessa utgår från av episodersättning. De fyra kvarvarande avtalsområdena har en grundmodell baserad på kapiteringsersättning som är en form av uppdragsrelaterad ersättning.

Anledningen till att så många av avtalsområdena inom vårdval omfattas av en produktionsrelaterad ersättning är dels att flertalet omfattar ett osorterat behov i kombination med att resursåtgången för utförd vård varierar i betydande grad mellan olika patientgrupper, inom ett och samma avtalsområde. En annan faktor är det fokus som funnits på ökad tillgänglighet.

Det saknas ofta en målrelaterad ersättning i ersättningsmodellerna som används inom vårdval, se tabellen ovan. Detta beror i huvudsak på svårigheten att identifiera validerade indikatorer som styr mot avtalsområdets målsättning. Om inte validerade mått finns att tillgå kan det föranleda att avsteg från gällande ”Riktlinje för hur ersättningsmodeller utformas i avtal” (HSN 2020–0860).

Även en uppdragsrelaterad ersättning saknas i flertalet av grundmodellerna i tabellen ovan, men allt oftare övervägs denna form av ersättningsprincip vid nytecknade och revideringar av vårdval. Detta främst för att minska incitamentet för ökad produktion och samtidigt ge ytterligare ekonomiskt utrymme för utveckling av nya arbetssätt, ökad samverkan samt innovation i verksamheterna.

Att inte alla ersättningsprinciper ingår i ersättningsmodellerna för vårdval är i sig en avvikelse från den av beställaren beslutade ”Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal” (HSN 2020–0860). Detta ökar riskerna för oönskade bieffekter med vald ersättningsprincip eftersom eventuella risker då inte kan motverkas genom en kombination av olika ersättningsprinciper. Ibland kan det dock vara befogat att frångå riktlinjen om särskilda skäl för detta föreligger. Det kan till exempel vara så att nya indikatorer kan behöva valideras ytterligare innan en eventuell målrelaterad ersättning kan kopplas till dem, i syfte att styra vården i önskad riktning.

Ersättningsmodellerna behöver ständigt utvärderas, omvärderas och utvecklas i takt med vårdens och avtalens utvecklig. Att bibehålla en indikator som kanske inte är relevant i väntan på en validerad ny är inte optimalt, därav behöver flexibilitet finnas med i arbetet med ersättningsmodeller.

Sammanfattning
Ersättningsmodeller är en mindre del av den totala styrningen genom avtal. Alla styrinsatser bör gemensamt bidra till avtalsuppfyllnad. Uppdraget i avtalet tillsammans med val av avtalsform och kontexten för det tilltänkta avtalsområdet sätter ramarna för ersättningsmodellens konstruktion.

Förutsättningarna i vården förändras ständigt vilket medför att avtal och därmed även ersättningsmodeller ständigt behöver ses över och anpassas.

Det finns ingen perfekt ersättningsmodell. En ersättningsmodell kräver en ständig utveckling och flexibilitet för att möta morgondagens förändringar. En väl fungerande ersättningsmodell måste ständigt omprövas och utvecklas för att fungera optimalt i syfte att förbli hållbar över tid. Metodiken för ett sådant förhållningsätt återfinns i beställarens ”Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal” (HSN 2020–0860).

Hela avtalets utveckling behöver baseras på dialog om utvecklingen inom avtalsområdet i kombination med den strategiska inriktningen för hälso- och sjukvårdssystemet.

Under avtalsperioden behöver även utfallet av avtalat uppdrag följas, analyseras i kombination med ett agerande om det finns indikatorer på en utveckling går i oönskad riktning. Detta kan ses som en sorts ”hygienfaktor” för att säkerställa en väl fungerande vårdmarknad. Gäller uppmärksammande avvikelser ett helt avtalsområde är det troligen hela avtalsstyrningen som behöver ses över. Om istället enstaka vårdgivare avviker kan problemet vara ett annat. Vårdgivare kan till exempel ha missuppfattat uppdragets viljeinriktning eller så kan företagets interna styrning avvika från Hälso- och sjukvårdsnämndens intentioner och påverka utfallet mer än styrning genom avtal. I enstaka fall kan även oegentligheter ligga bakom avvikelser. Oavsett anledning så måste oönskade avvikelser hanteras.

Beställaren har upparbetade processer för att ta fram avtal. Detta arbetssätt i kombination med uppföljning, analys och en flexibilitet för att möta framtiden, möjliggör hållbara avtalslösningar och därmed också hållbara ersättningsmodeller. Utöver detta behövs en konkret målsättning för vården samt en hållbar finansiering, på kort, medel och lång sikt, för att ge en god förutsättning i hela hälso- och sjukvårdsystemet.

§ 8
Utredning om utvecklat vårdval – rapportering av uppdrag

HSN 2019-2131

Ärendebeskrivning

Under hösten 2019 gav hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsutskott hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att genomföra en utredning av utvecklat vårdval. År 2020 präglades av covid-19-pandemin, vilket påverkat förutsättningarna för utredningen som slutförts under år 2021.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Utredning om Utvecklat vårdval – rapportering av uppdrag

Yrkanden

Ordförande Lars Rådén (M) yrkar bifall till förvaltningens förslag.
Gabriel Kroon (SD) yrkar bifall till eget förslag till tilläggsbeslut, bilaga.
Ordförande Lars Rådén (M) yrkar avslag på (SD):s förslag till tilläggsbeslut.

Propositionsordning

Ordförande Lars Rådén (M) ställer först proposition på eget yrkande och finner att avtalsutskottet beslutar enligt det.
Ordförande Lars Rådén (M) ställer därefter (SD):s förslag till tilläggsbeslut mot avslagsyrkandet och finner att avtalsutskottet avslår (SD):s förslag.

Beslut

Avtalsutskottet beslutar följande:

Avtalsutskottet godkänner rapporten som avrapportering av uppdraget.

Deltar ej i beslut

Tove Sander (S) anmäler att S-ledamöterna inte deltar i beslutet.
Bengt Larsson (V) deltar ej i beslutet.

Reservation

Gabriel Kroon (SD) reserverar sig mot beslutet att avslå tilläggsyrkandet.

Särskilt uttalande

Bengt Larsson (V) lämnar ett särskilt uttalande, bilaga.

Region Stockholm

Avtalsutskottet

PROTOKOLLSUTDRAG
2022-02-03

Paragrafen är justerad

Expedieras till

Akten

Region Stockholm

FÖRSLAG TILL TILLÄGGSBESLUT
2022-02-03 HSN 2019-2131

Sverigedemokraterna Region Stockholm

Avtalsutskottet
8

Utredning om utvecklat vårdval – rapportering av uppdrag

Sverigedemokraterna välkomnar utredningen om vårdvalen. De många och omfattande vårdvalen behöver löpande utvärderas, med anledning av deras innovativa art. Många vårdval som införts i Region Stockholm har aldrig tidigare prövats i Sverige. Detta föranleder särskilda djupgående utvärderingar tillsammans med akademin vid Karolinska Institutet. Tyvärr har dessa däremot uteblivit sen införandet av vårdvalen. Vi hoppas att den liggande utredningen blir startskottet för mer djuplodad, enskilda, utvärderingar av enskilda vårdval.

Sverigedemokraterna vill därutöver understryka de negativa konsekvenserna vid centralisering av vård genom höjda krav i avtalen I takt med att Region Stockholm har utökat kraven i avtalen, har detta lett till en centralisering av vården till färre vårdgivare. Detta resulterar i att de småskaliga ideellt eller personaldrivna mottagningar tvingas att stänga ner, samtidigt som välkapitaliserade nationella/internationella vårdaktörer tar en större del av marknaden. Det är ytterst oroande att valfriheten uppenbart begränsas, samtidigt som maktförhållandet mellan HSF och vårdgivarna tydligt påverkas när ett fåtal stora vårdgivare står för vårdproduktionen. Nya angreppsätt behövs för att å ena sidan öka kraven på aktörerna, men å andra sidan främja en mångfald av aktörer. Detta kan exempelvis vara underleverantörsmöjligheter, och andra tillvägagångsätt det en sammanslutning av enskilda vårdgivare samverkar för att möta samtliga vårdkrav i avtalet.

Sverigedemokraterna föreslår Avtalsutskottet besluta:

1. Avtalsutskottet ges i uppdrag att genomföra utvärderingar av samtliga vårdval, tillsammans med Karolinska Institutet.

2. Avtalsutskottet ges i uppdrag att beakta de småskaliga vårdgivarnas möjlighet att verka vid revideringar av vårdval.

Region Stockholm

Avtalsutskottet 2022-02-03

Vänsterpartiet

Ärende nr 8

HSN 2019-2131

Utredning om utvecklat vårdval – rapportering av uppdrag.

Vänsterpartiet deltar inte i beslutet.

Den fria etableringsrätten för privata vårdföretag har av högerpartierna döpts om till vårdval. Språket och orden är viktiga. Det är bra för de dogmatiska marknadsliberaler som styr Region Stockholm, och naturligtvis ännu bättre för vårdbolagens aktieägare, om invånarna i regionen tror att vårdvalen ger dem själva större valfrihet. Men så är inte fallet, bakom ordet vårdval döljer den fria etableringsrätten. Den ger vårdföretag stora möjligheter att kamma hem enorma summor pengar i vinst, direkt från invånarnas inbetalda skatter. Regionen göder vårdbolagens aktieägare inte bara i Sverige, utan också i andra länder varav en del är skatteparadis.

Den utredning som presenteras är en ensidig och politiskt styrd utredning. Utgångspunkten är att det inte finns något alternativ till den marknadsliberala vårdmodellen. Trots alla enorma problem som skapas av denna modell så föreslår utredningen bara olika mindre ändringsförslag med vilka man hoppas att kunna motverka en del av den alltmer negativa utvecklingen. Detta sätt att analysera problem är typiskt för dogmatiska människor. Dogmen får inte ifrågasättas.

Marknadsliberal dogmatism har präglat svenska politiska beslut alltsedan 1990-talet, och resultatet är snabbt växande klassklyftor, ökade sociala problem, utslagning av människor och växande fattigdomen. Detta drabbar särskilt hårt de utsatta områdena i storstädernas förorter. Välfärdsstaten krackelerar, fattiga, sjuka och människor med funktionshinder drabbas särskilt hårt av indragna rättigheter till bidrag och stöd.

Region Stockholm är den region i landet där den dogmatiska marknadsliberalismen regerat längst och gått hårdast fram. Det syns tydligt i ökade klyftor inom hälso- och sjukvården, där rika människor i city konsumerar en massa vård som de flesta av dem egentligen inte behöver, alltmedan fattiga människor med dålig grundhälsa i utsatta förorter inte får den vård de har rätt till.

De enda som verkligen vinner något på detta är de privata vårdbolagen och deras aktieägare. Vårdföretagen har med fria etableringsrätten som sitt verktyg placerat vårdinrättningar på de platser som garanterar högsta möjliga vinst. Det är deras skyldighet eftersom de har att följa aktiebolagslagen.

Men när det gäller hälso- och sjukvård så borde portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen vara helt och hållet avgörande. Den som säger: ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Därför vill Vänsterpartiet att vinstintresset helt ska bort från hälso- och sjukvårdens område. Vi ska i stället ha en jämlik sjukvård med sammanhållna vårdkedjor och ett gott planerat folkhälsoarbete. Det kräver att hälso- och sjukvården drivs i offentlig regi och styrs demokratiskt av de folkvalda.

Vi hoppas att regionvalen 2022 leder till ett skifte vid makten i Region Stockholm. Ett progressivt styre kommer i så fall att ha enorma arbetsuppgifter framför sig. En av dessa uppgifter blir att på område efter område avveckla den fria etableringsrätten för vinstdrivna vårdföretag. I den aktuella utredningen alltså felaktigt benämnt med ordet vårdval.