

# **Revisorerna i Västra Götalandsregionen**

## **Granskning av Riskanalyser i beredningen av idéskissen Vägen till medborgarnas primärvård**

Rapport

2009-02-24

**BDO Nordic Consulting Group AB**

## FÖRORD

### *Till Revisorerna i Västra Götalandsregionen*

BDO Nordic Consulting Group AB överlämnar härmed rapport från granskning av riskanalyser i beredningen av idéskissen Vägen till medborgarnas primärvård.

Vi tackar samtliga personer som ställt sig till förfogande och medverkat i utredningsarbetet.

*BDO Nordic Consulting Group AB*

## SAMMANFATTNING

På uppdrag av Revisorerna i Västra Götalandsregionen har BDO utfört en granskning med tyngdpunkt på riskanalys i den pågående beredningen av ”Vägen till med borgarnas primärvård – en idéskiss till VG Primärvård”. Granskningen skall ge svar på följande frågor:

- Har beredningen av förslagna förändringar i systemen skett på ändamålsenligt och tillförlitligt sätt?
- Vilka förändringar innebär de nya systemen jämfört med nuvarande system?
- Vilka effekter och konsekvenser förväntas av de nya systemen?

Granskningen har genomförts parallellt med beredningen av den föreslagna reformen och baseras på dokumentstudier och intervjuer. BDO har tagit del av de dokument som berör projektet och genomfört intervjuer med sammanlagt 15 personer.

### **Ändamålsenlighet och tillförlitlighet i beredningsprocessen**

Arbetet med VG Primärvård är till avgörande delar styrt externt genom regeringens förslag att göra lagstiftningen om Vårdval i primärvården tvingande. Vår sammanfattande bedömning är att beredningen av föreslagna förändringar i systemen skett på ett sätt som under givna förutsättningar kan anses ändamålsenligt och tillförlitligt. I arbetet har prioriterats att nå resultat som är tillräckligt genomarbetade för att kunna ligga till grund för genomförande av reformen inom den givna tidsramen.

Det betyder samtidigt att många väsentliga problem skjutits fram till senare faser i beredningen. Det ökar kraven på beredskap att hantera oönskade effekter. Vår bedömning är att det finns en sådan beredskap men att den förefaller mindre systematisk och genomarbetad än som varit önskvärt med hänsyn till komplexiteten i genomförandet av vårdvalsreformen.

### **Förändringar jämfört med tidigare system**

Genom regeringens förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen görs regionen skyldig att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom regionen kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster enligt det föreslagna vårdvalssystemet. Regionen skall utforma systemet så att alla utförare behandlas lika. Ersättningen till utförare i vårdvalssystemet skall följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem skall lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Istället för budgetallokering kommer respektive vårdenhet i vårdvalssystemet att få ersättning genom en primärvårdspeng som till närmare 85 procent bestäms av ålder, kön och vårdtyngd hos dem som valt enheten. Den totala intäkten avgörs av hur väl vårdgivarna lyckas få medborgarna att lista sig hos enheten respektive om enheten kunnat etablera sig i ett område med ett stort antal passivt listade patienter.

Avsikten med regeringens förslag är att stärka patientens ställning och att erbjuda ökad valfrihet genom ett större antal konkurrerande vårdgivare när verksamheten delas upp på flera, självständiga utförare. Samtidigt blir innehållet i vårdutbudet mer standardiserat än hittills i Västra Götalandsregionen eftersom samma uppdrag för primärvård skall gälla inom

hela regionen. Vål fungerande enheter kan komma att splittras upp om de i nuläget också har uppgifter som inte innefattas i det nya primärvårdsuppdraget.

### **Effekter av det nya vårdvalssystemet**

I rapporten behandlar vi tänkbara effekter av det föreslagna vårdvalssystemet med särskilt fokus på riskbedömningar. Vi lyfter här fram områden som vi bedömer som särskilt angelägna.

Vi menar att det kan finnas betydande risk för obalans mellan utbud och vårdbehov i det nya systemet. Det kan finnas områden som saknar tillräckligt underlag för att vara intressanta för en leverantör att öppna verksamhet i trots extra ersättning för glesbygd eller socioekonomiska förhållanden. Å andra sidan kan det också tänkas finnas områden som är så attraktiva att flera leverantörer samtidigt anmäler intresse för samma geografiska område. I det första fallet måste regionen ändå fullgöra sitt lagstadgade vårdansvar. I det andra fallet måste regionen ha någon form av mekanism för att välja leverantör om intressenterna inte kan komma överens själva. I rapporterna från arbetsgrupperna eller styrgruppen har vi inte funnit någon diskussion om vad som skall hända i sådana fall.

Styrgruppen noterar i sitt beslutsunderlag att etableringen av den nya primärvårdsmodell som VG Primärvård innebär kan leda till omställningskostnader av olika slag för regionen, t.ex. friställda lokaler eller övertalig personal till följd av minskning eller avveckling av verksamheter inom den offentliga primärvården.

I avrapporteringen från delprojektet om ekonomi, ersättning och kostnadsansvar redovisas att det idag finns stora variationer mellan hälso- och sjukvårdsnämnder vad gäller primärvårdsuppdragets omfattning, ersättning per invånare för primärvård samt detaljeringsgrad i den ekonomiska rapporteringen. Vidare varierar gränssnittet mellan primärvården och andra vårdgivare, bland annat sjukhusen och kommunerna. Den nya och regionalt enhetliga ersättningsmodellen medför enligt arbetsgruppen därmed vissa förändringar i fördelningen av primärvårdsresurser.

Den stora andel av ersättningen till leverantörerna som utgår i form av en primärvårdspeng baserad på de listade medborgarnas ålder, kön och vårdtyngd medför enligt vår bedömning betydande risk för fokus på lönsamhet genom kostnads kontroll hos leverantörerna. Knappt tio procent av ersättningen går att påverka genom ökad verksamhetsvolym. Mindre än tre procent av totala ersättningen avsätts för åtgärder som inriktas på förbättrad kvalitet genom särskilt målrelaterad ersättning.

Enligt förutsättningarna för reformen är det väsentligt att konkurrensen mellan olika vårdgivare i vårdvalssystemet sker på lika villkor. Vi kan dock urskilja en del asymmetrier i de föreslagna villkoren som begränsar förutsättningarna för verksamheter i regionens regi att konkurrera fullt ut.

Den ökade belastning på regionens administrativa funktioner som det nya vårdvalssystemet kan förväntas medföra har hittills ägnats mycket begränsad uppmärksamhet i beredningsarbetet. Initialt kommer regionen att ställas inför kravet att granska och godkänna ett antal leverantörer. Om det blir fråga om överlåtelse av verksamheter skall regionen också kunna göra en korrekt värdering av de verksamheter som övergår i annan regi.

Det nya vårdvalssystemet ställer stora krav på väl fungerande IT-lösningar. Den korta tiden för utvecklingsarbetet, är enligt lägesrapport från IT-projektet den största risken vad gäller utvecklingen av det nödvändiga IT-stödet. Tidsbristen kan inte alltid kompenseras med att sätta in mer utvecklingsresurser

Enligt bestämmelserna i Krav och kvalitetsbok 2009-01-19 ansvarar VGR för administrationen av val av vårdenhet. Initialt kan den processen innebära en betydande administrativ belastning på regionen. När det nya systemet börjat fungera skall regionen administrera fördelning av resurser enligt villkoren för verksamheten och löpande uppföljning av de verksamheter som leverantörerna svarar för. I det ingår också krav på att kunna ingripa och initiera korrigerande åtgärder där så anses befogat.

Normalt förutsätts verksamheterna förlöpa friktionsfritt i gott samarbete mellan regionen och leverantörerna. Det är dock inte osannolikt att det förr eller senare uppkommer konflikter mellan leverantörerna sinsemellan eller mellan en leverantör och regionen som det behövs beredskap att hantera.

Det förtroende som medborgare och medarbetare i regionen får för det nya vårdvalssystemet bestäms ytterst av hur det fungerar i praktiken. En viktig förutsättning för det är att skapa förståelse och acceptans för de villkor som det nya systemet skall verka under.

Vi har i rapporten konstaterat att de förslag som tagits fram av arbetsgruppen för kommunikationsstrategi förefaller mer fokuserade på enkelriktad information till medborgare, leverantörer och medarbetare än på kommunikation och dialog med dessa. Vi har också noterat att styrgruppen i sitt beslutsunderlag ägnar mycket begränsad uppmärksamhet åt frågor om information och kommunikation till anställda och till medborgare.

Arbetsgruppernas och styrgruppens attityd till information utåt har hittills varit utomordentligt restriktiv. Förankring har huvudsakligen skett inom projektet mellan arbetsgrupper och gentemot styrguppen samt mot förtroendevalda beslutsorgan.

### **Rekommendationer inför det fortsatta beredningsarbetet**

Inför planeringen av genomförandet av VG Primärvård under 2009 anser vi det angeläget med en systematisk och väl förankrad riskanalys som ger underlag för beredskap att hantera oönskade effekter på ett effektivt och väl organiserat sätt.

Analysen kan enligt vår bedömning med fördel ske med utgångspunkt i de principer om risk och väsentlighet som gäller enligt god revisionsred. Analysen kan ha olika tidsperspektiv men vi bedömer att det kan vara lämpligt att initialt fokusera på de förhållanden som gäller under den närmaste tiden.

Styrgruppen har i sitt beslutsunderlag redovisat en tidplan för genomförandet av VG Primärvård som är utomordentligt komprimerad. Under den första delen som omfattar cirka 2 och en halv månad skall annonsering och information till medarbetare och intresserade leverantörer ske. Det kan vara svårt för leverantörerna att genomföra erforderliga beräkningar och analyser under den tillmätta tiden.

Att vinna acceptans och förtroende hos de anställda som berörs av VG Primärvård ser vi som en avgörande faktor för att uppnå önskat resultat av reformen. Brister i kommunikationen med

de anställda kan komma att ta mycket energi från verksamheten. Vi bedömer att det finns skäl till skärpt uppmärksamhet inom det området.

Godkännande av leverantörer är en komplicerad process ska genomföras under en tid av två månader. Vi har här tidigare noterat risk för att vissa geografiska områden inte skall visa sig tillräckligt attraktiva för att intressera någon sökande respektive att det i andra fall kan finnas flera intressenter som konkurrerar om samma område. I båda fallen kan det komma att ställas särskilda krav på insatser från regionen. I händelse av överlåtelse av verksamheter från regionen till privata leverantörer kommer regionen att ställas inför krav att kunna korrekt värdera de verksamheter som överläts. Det bör finnas beredskap för sådana situationer.

I den tidplan som redovisas i styrgruppens beslutsunderlag har information till medborgarna i regionen bestämts till tiden maj-juni 2009. För att inte förlora tempo i arbetet med att vinna det förtroende och den acceptans som behövs är det enligt vår bedömning angeläget att utnyttja all tid som står till förfogande för information till medborgarna.

I mitten av augusti 2009 räknar styrgruppen med att utskick till invånarna om val av vårdenhet skall ske. Medborgarna får därefter en månad för att göra sitt val. Senast i mitten av september 2009 skall alla invånare vara listade på respektive vårdenhet. Det är osäkert i vilken utsträckning medborgarna verkligen kommer att aktivt lista sig på någon vårdenhet. Oavsett utfall kommer dock processen att innebära en betydande administrativ belastning på regionen. Det bör finnas beredskap för detta.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>FÖRORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>3</b>
<b>UPPDRAGET</b> .....	<b>9</b>
BAKGRUND .....	9
<i>Regeringens förslag till vårdval i primärvården</i> .....	9
<i>Regionens arbete med vårdval i primärvården</i> .....	10
SYFTE MED GRANSKNINGEN .....	10
<b>METOD</b> .....	<b>11</b>
<b>REDOVISNING AV IAKTTAGELSER</b> .....	<b>11</b>
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR BEREDNINGEN AV VÄGEN TILL MEDBORGARNAS PRIMÄRVÅRD .....	11
<i>Bestämmelser enligt Regeringens förslag till lagstiftning</i> .....	11
<i>Regionens arbete med Vägen till medborgarnas primärvård</i> .....	12
<i>Bedömning av risker vid genomförande av Vägen till medborgarnas primärvård</i> .....	13
MÅLFORMULERING OCH ÖVERGRIPANDE STYRNING .....	15
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	15
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	15
JURIDISK AVSTÄMNING .....	16
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	16
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	16
BASUPPDRAG OCH TILLÄGGSUPPDRAG .....	17
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	17
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	18
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	18
EKONOMI, ERSÄTTNING OCH KOSTNADSANSVAR .....	19
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	19
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	20
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	22
KVALITETSINDIKATORER .....	25
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	25
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	25
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	26
UPPFÖLJNINGSPLAN, RAPPORTERINGSRUTINER, UPPFÖLJNINGSSYSTEM SAMT LISTNING .....	27
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	27
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	27
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	30
IT-STÖD TILL VG PRIMÄRVÅRD .....	31
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	31
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	31
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	32
KOMMUNIKATIONSSTRATEGI OCH HANDLINGSPLAN FÖR MEDBORGARNAS PRIMÄRVÅRD .....	32
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	32
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	32
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	33

INTERNA REGELSYSTEM OCH UTBILDNINGSPRÅGOR .....	34
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	34
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	34
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	37
INTERNA ORGANISATIONSFRÅGOR.....	37
<i>Uppdrag, organisation, ledning och samverkan</i> .....	37
<i>Dokumentgranskning och intervjuer</i> .....	38
<i>Bedömning av riskidentifiering och riskhantering</i> .....	39
<b>SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....</b>	<b>40</b>
SAMMANFATTANDE BEDÖMNING .....	40
<i>Ändamålsenlighet och tillförlitlighet i beredningsprocessen</i> .....	40
<i>Förändringar jämfört med tidigare system</i> .....	41
<i>Effekter av det nya vårdvalssystemet</i> .....	42
REKOMMENDATIONER INFÖR DET FORTSATTA BEREDNINGSPÅRBEDET .....	46
<i>Tidplan för arbetet</i> .....	46
<i>Förslag till åtgärder</i> .....	47

## UPPDRAGET

På uppdrag av Revisorerna i Västra Götalandsregionen har BDO utfört en granskning med tyngdpunkten på riskanalys i den pågående beredningen av "Vägen till medborgarnas primärvård – en idéskiss till VG Primärvård".

### **Bakgrund**

#### **Regeringens förslag till vårdval i primärvården**

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. Den 15 april 2008 lämnade utredaren delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37). Efter remissbehandling av utredningen föreslår Regeringen i propositionen 2008/09:74 om Vårdval i primärvården ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i syfte att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Landstingen föreslås bli skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas. Grunderna i vårdvalssystemet ska vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning. I hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin. Regeringen föreslår att denna bestämmelse ska tas bort.

Förslaget att ta bort kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin föreslås träda i kraft den 1 april 2009. Övriga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2010. Landstingen kan därmed under 2009 förbereda sig genom att bygga upp vårdvalssystem

I propositionen redovisas remissinstansernas synpunkter på delbetänkandet Vårdval i Sverige. Flera instanser uttrycker tveksamhet över den korta tiden för införande. I remissammanställningen redovisas att Västra Götalandsregionen tillsammans med andra remissinstanser:

- avvisar utredningens förslag att reformen skall vara tvingande eftersom det anses inskränka det kommunala självbestämmandet,
- anser att beslut om organiseringen av primärvården även framgent bör ligga hos landsting och regioner,
- ställer sig bakom förslaget att ta bort bestämmelsen om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin men framhåller att specialister i allmänmedicin är fortsatt mycket viktiga inom primärvården,
- stöder förslaget att grunderna i ersättningssystemet innebär att pengarna följer patientens val samt att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika.

## **Regionens arbete med vårdval i primärvården**

Mot bakgrund av det utredningsarbete som Regeringen initierat gav Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) i Västra Götalandsregionen i juni 2007 ett uppdrag till en utredningsgrupp att ta fram en idéskiss kring den framtida primärvården i Västra Götalandsregionen. Syftet skulle vara att ge medborgarna större inflytande, sätta kvalitet och tillgänglighet i fokus samt erbjuda de enskilda vårdenheterna större frihet och ansvar genom ett nytt ersättningssystem.

Idéskissen genomsyras av tanken att det är medborgarnas primärvård som eftersträvas. Det är behovet som söker kompetens och inte tvärtom. Som ledord i arbetet med idéskissen formulerades Förtroende och Arbetsglädje.

Ett politiskt positionspapper upprättades av (fp), (m), (s), (kd), (c ), (mp) och (svg) med anledning av Idéskissen för att ”avge en avsiktsförklaring för det fortsatta arbetet och betona några viktiga mål och principer i det fortsatta utvecklingsarbetet”.

Idéskissen gick på remiss till nämnder, styrelser och andra berörda parter. Svar inkom från drygt 80 intressenter. Remissvaren präglades av ett positivt bemötande av grundidén, samtidigt som det framkom en rad farhågor. Vad som ifrågasattes var bland annat realismen i tidsplanen och förutsättningarna för samverkan i perspektivet integrerad närsjukvård.

Ett projekt med en projektgrupp och nio delprojekt bildades för uppdraget med utredning av de olika frågeställningarna i idéskissen.

I skrivelse till Hälso- och sjukvårdsdirektören<sup>1</sup> redovisas att styrgruppen bedömer det som fullt möjligt att införa VG Primärvård 2009-10-01 i enlighet med beslut i Hälso- och sjukvårdsutskottet under förutsättning att Regionfullmäktige fattar ett sådant beslut tidigt under 2009. Regionfullmäktige har fattat beslut i ärendet 2009-02-03.

## **Syfte med granskningen**

För att tydligt kunna presentera de resultat och iakttagelser av vikt som urskilts har granskningen av beredningen inriktats på nedanstående områden:

- arbetet med att säkerställa en övergripande styrning
- förankring i såväl ett medborgar- som ett medarbetarperspektiv
- anpassning av ersättningssystem
- säkring av uppföljningssystem
- konstruktion av stödsystem
- beredskap för att hantera oönskade effekter
- överensstämmelse med lagstiftningen
- förtroenderisker

Granskningen skall ge svar på om nedanstående frågor har beaktats i förarbetena på ett lämpligt sätt:

---

<sup>1</sup> Beslutsunderlag angående införande av VG Primärvård. Rapport från styrgruppen

- Har beredningen av förslagna förändringar i systemen skett på ett ändamålsenligt och tillförlitligt sätt?
- Vilka förändringar innebär de nya systemen jämfört med nuvarande system bland annat vad gäller tidigare fastställd grundmodell för ersättningssystem, kritiska parametrar, ersättningsgrunder, ersättningsnivåer, redovisnings- och kontrollsystem?
- Vilka effekter och konsekvenser förväntas av de nya systemen?

## METOD

Granskningen inleddes i oktober 2008 med ett möte med uppdragsgivaren för en närmare genomgång av uppläggning och genomförande. Därefter har en kartläggning skett av arbetet med att ta fram förslagen till nya ersättningssystem. Kartläggningen har i första hand inriktats på frågor som avser beredningsprocessen, beslutsunderlag, angivna mål och syften med beslutade förändringar samt förväntade effekter och konsekvenser av de nya systemen. Granskningen har fokuserats på de delmoment som bedömts som mest kritiska.

Granskningen består av dokumentstudier och intervjuer. BDO har tagit del av dokument som berör projektet och genomfört intervjuer med sammanlagt 15 personer. Bland dessa ingår projektledare för varje delprojekt och ledamöter i styrgruppen. Urvalet av intervjupersoner har skett i samråd med uppdragsgivaren.

Granskningen avser hur HSU i arbetet med Vägen till medborgarnas primärvård säkerställer att relevanta risker identifieras och hanteras på ett adekvat sätt.

## REDOVISNING AV IAKTTAGELSER

### *Förutsättningar för beredningen av Vägen till medborgarnas primärvård*

#### **Bestämmelser enligt Regeringens förslag till lagstiftning**

Trots betydande motstånd från sjukvårdshuvudmännen i landet har Regeringen valt att i propositionen 2008/09:74 göra lagstiftningen om Vårdval i primärvården tvingande. Det innebär att sjukvårdshuvudmännen ställs inför problem och risker som de inte kan påverka.

Det gäller främst kravet att öppna en marknad för andra vårdgivare och att ge medborgarna större frihet att välja vårdgivare. Tiden för genomförande får fortfarande anses kort trots den förlängning som Regeringen medgett efter remisskritiken av det ursprungliga förslaget.

Avsikten med reformen är att ge medborgarna större valfrihet. Den kommer att medföra vidgade förutsättningar för dessa att välja vårdgivare. Samtidigt kan reformen medföra inskränkningar i det utbud som vårdgivarna erbjuder. Regeringen har avstått från att formulera ett nationellt grunduppdrag för primärvården. Istället förutsätts att sjukvårdshuvudmännen fastställer preciserade krav som vårdgivaren skall uppfylla, oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi. Kraven bör utformas och preciseras utifrån vad som anges i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) om verksamhet inom primärvården.

Lagstiftningens krav på likabehandling av vårdgivare medför att sjukvårdshuvudmännen behöver formulera gemensamma krav på de verksamheter som skall kunna konkurrera om upp-

drag. Det innebär risk för minskat utrymme för differentiering av vårdutbudet med hänsyn till geografiska eller socioekonomiska förutsättningar.

Medborgarna får ett ökat inflytande i egenskap av konsumenter som kan välja vårdgivare. Det kan vara till fördel för dem som har möjlighet att göra ett aktivt val. Det reella medborgarinflytandet ligger fortfarande kvar hos de förtroendevalda i sjukvårdshuvudmännens beslutande församlingar. Där skall resursnivåer och fördelning mellan olika verksamheter bestämmas med utgångspunkt i HSL's mål om god hälsa, vård på lika villkor och vård efter behov.

Medborgarnas möjligheter till insyn i verksamheterna kan komma att minska när dessa bedrivs i annan form än offentlig. Introduktion av nya vårdgivare medför också att tidigare homogena verksamheter splittras upp. Organisationsstrukturen beskrivs i ett remissyttrande till idéskissen som atomistisk. Det innebär i sin tur ökad risk för svårigheter i samverkan och kommunikation mellan olika intressenter. Problemen med kommunikation och samverkan kan i sin tur ytterligare accentueras om en tillämpning av Lag om valfrihetssystem leder till etablering av fler vårdgivare inom exempelvis kommunernas äldreomsorg.

### **Regionens arbete med Vägen till medborgarnas primärvård**

Vid sitt möte 2008-04-02 fattade Hälso- och sjukvårdsutskottet beslut om att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att tillsätta arbetsgrupper för att precisera innehållet i Kravbok och Handlingsplan.

Uppdraget innebär att förbereda införande av VG Primärvård enligt föreslagen idéskiss och politiska beslut i anslutning till denna och har organiserats i totalt nio delprojekt:

1. Juridisk avstämning
2. Basuppdrag och tilläggsuppdrag – innehåll, omfattning och avgränsning
3. Ekonomi, ersättning och kostnadsansvar
4. Kvalitetsindikatorer
5. Uppföljningsplan, rapporteringsrutiner, uppföljningssystem samt listning
6. IT
7. Information och kommunikation
8. Interna regelsystem och utbildningsfrågor
9. Interna organisationsfrågor

Uppdragets genomförande förutsätter kontinuerlig samverkan mellan och samordning av de delprojekt som genomförs inom ramen för Införande av VG Primärvård. Samarbete förutsätts också ske, när så är lämpligt, med andra landsting och regioner som arbetar med liknande frågor.

Arbetet ska fortlöpande avrapporteras till en styrgrupp med företrädare för enheter inom hälso- och sjukvårdsadministrationen. HSU's ledamöter och ersättare utgör tillsammans med representanter för Miljöpartiet och Sjukvårdspartiet politisk styrgrupp för arbetet.

Samtliga partier i regionen utom Vänsterpartiet har antagit ett politiskt positionspapper med riktlinjer för beredningsarbetet. Dokumentet ansluter sig huvudsak till idéskissen. I positions-papperet konstateras bland annat att Västra Götalandsregionen med bred verksamhet kommer att ta ett koncernövergripande personalpolitiskt ansvar vid eventuell övertalighet.

Vänsterpartiet har lämnat ett eget yrkande som innebär att HSU skall avvakta med att fatta slutligt beslut till dess ett riksdagsbeslut fattats om vilket regelsystem som kommer att styra etableringsrätten inom primärvården i Sverige.

### Bedömning av risker vid genomförande av Vägen till medborgarnas primärvård

I tabellen nedan ges en sammanfattning av de risker som ur olika perspektiv bedöms kunna vara förknippade med genomförande av Vägen till medborgarnas primärvård. Materialet bygger i hög grad på de synpunkter som kommit fram under remissbehandlingen av idéskissen.

Vi har i sammanställningen gjort bedömningar av riskområdena enligt de principer om risk och väsentlighet som är en del av God revisionssed. Vi har bedömt sannolikheten för att olika risker skall materialiseras och försökt värdera vilka konsekvenser dessa skulle kunna få.

Våra bedömningar är översiktliga och avsedda i första hand som underlag för fortsatt diskussion. Det mönster de bildar skall ses som ett raster som vi lägger över de granskningar som redovisas i fortsättningen av denna rapport. Vi menar också att det kan vara ett fruktbart sätt att identifiera områden som bör uppmärksammas i det fortsatta beredningsarbetet med VG Primärvård.

Sannolikhet	Konsekvenser			
	<i>Lindriga</i>	<i>Kännbara</i>	<i>Allvarliga</i>	<i>Mycket allvarliga</i>
<b>Mycket liten</b> <25%		<ul style="list-style-type: none"> <li>80 procent kontakter i primärvården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Överskridna kostnadsramar.</li> </ul>	
<b>Liten</b> 25-50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ändrad efterfrågan på grund av ändrad patientavgift</li> <li>Konkurrens medför oönskat beteende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bortrationalisering av funktioner</li> <li>Splittring i kommuner genom kundval</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svårigheter att kommunicera till medborgare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oseriösa vårdgivare tillhandahåller otillfredsställande vårdtjänster</li> </ul>
<b>Rätt stor</b> 50-75%		<ul style="list-style-type: none"> <li>Brister i följsamhet till vårdprogram</li> <li>Splittrat områdesansvar</li> <li>Svårigheter med folkhälsoarbete</li> <li>Övervältring på andra vårdgivare</li> <li>Omställningsproblem för personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svårigheter i samverkan</li> <li>Tekniska och juridiska problem i kommunikation</li> <li>Splittrad vårdkedja</li> <li>Bristområden och överetablering</li> <li>Lokalproblem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Underkonsumtion och ovilja att remittera på grund av kostnadsansvar</li> <li>Etiska överväganden ställs mot ekonomiska bedömningar</li> </ul>
<b>Mycket stor</b> >75%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begränsat utbud av tjänster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konkurrens på olika villkor.</li> <li>Lönekonkurrens.</li> <li>Svårigheter att etablera beredskap.</li> <li>Ökad administration.</li> <li>Stor initial administrativ belastning då vårdval skall göras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efterfrågestyrt vårdutbud</li> <li>Glesbygd missgynnas</li> <li>Initiala brister i IT-system</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osäkerhet i genomförandet</li> <li>Omstrukturerings av vårdutbud</li> </ul>

Ett mål med VG Primärvård är att öka täckningsgraden så att ca 80 procent av medborgarnas behov handläggs inom primärvården. Mot bakgrund av den utveckling som hittills förekommit förefaller sannolikheten mycket liten att detta skall inträffa. Om så sker kommer det dock att innebära betydande omfördelning av resurser och ansvar från sjukhusvård till primärvård.

I styrgruppens skrivelse till Hälso- och sjukvårdsdirektören konstateras att ersättningsmodellen i VG Primärvård i grundläggande delar ger god kostnadskontroll för VGR men att modellen också har inslag som medför vissa risker för kostnadsökningar. Det gäller bl.a. täckningsgrad, tolkkostnader och förändrade patientavgifter.

Något större risk anser vi kan finnas för att efterfrågan påverkas av reformens förslag till ändrade patientavgifter. Det har också framförts synpunkter på att konkurrens om patienter kan leda till arbetssätt hos vårdgivarna som inte står i överensstämmelse med uppdragsgivarens önskemål. Icke lönsamma verksamheter kan komma att rationaliseras bort.

Inom de kommunala verksamheterna finns risk för att införande av vårdval leder till flera vårdgivare i kommunerna som vårdgivarna i primärvården skall samverka med. Vi ser också risk för svårigheter att kommunicera budskapet om valfrihet på ett adekvat sätt till medborgarna inom den tidrymd som står till förfogande. Det kan också finnas risk för att oseriösa vårdgivare tillhandahåller tjänster som inte uppfyller önskvärda kvalitetskrav.

Vi ser rätt stor risk för kännbara effekter på vården till följd av bristande följsamhet till vårdprogram i en differentierad struktur av vårdgivare, att det blir ett splittrat områdesansvar till förfång för bland annat folkhälsoarbete och att det kan finnas risk för övervältring av vårdansvar till andra vårdgivare. Vi kan också notera en rätt stor risk för omställningsproblem för de anställda som Regionen har att ta ansvar för i sin egenskap av arbetsgivare.

Vi ser också att det finns rätt stor risk för allvarliga konsekvenser om det i den splittrade strukturen av vårdgivare blir svårare att samverka och byta information. Det kan handla om såväl sekretesshinder som praktiska problem med journalföring. Det finns risk för splittrade vårdkedjor och uppkomst av bristområden eller områden med överetablering.

Vi menar också att det finns rätt stor risk för att vårdgivare som fått en fast ersättning är ovilliga att remittera patienter till andra vårdgivare om de fortfarande har ett kostnadsansvar för patienten hos den nye vårdgivaren.

Det finns enligt vår bedömning mycket stor risk för viss utarmning av vårdutbudet genom den standardisering som reformen förutsätter. Vi ser också att det kan bli svårt att etablera konkurrens på lika villkor mellan verksamheter som skall följa regelverket i det offentliga systemet och sådana som har en friare ställning. Det finns stor risk för lönekonkurrens om nyckelgrupper mellan vårdgivarna.

Den splittrade vårdstrukturen kan också medföra svårigheter att utforma system för jour och beredskap och krishantering på ett adekvat sätt. Det föreslagna vårdvalssystemet förefaller medföra risk för ökad administration både hos vårdgivarna och hos uppdragsgivarna. Det finns enligt bedömning inom bland annat Region Skåne risk för stor initial belastning på systemen då principen om fritt vårdval införs.

Det finns också enligt vår bedömning mycket stor risk för att ett efterfrågestyrt utbud kan komma att missgynna patienter som har begränsad autonomi. Det finns också risk för att glesbygderna missgynnas genom reformens krav på viss storlek på vårdenheterna.

Införande av nya IT-system innebär i sig alltid en risk. Vid införandet av VG Primärvård kan brister i det avseendet tänkas få allvarliga följder. De allvarligaste problem som identifierats vid remissgranskningen är enligt vår bedömning de osäkerheter som är förknippade med genomförandet. Den fasen är ännu mycket knappt behandlad i utredningsarbetet. Reformen kan leda till betydande omstruktureringar av vårdutbudet. Konsekvenserna av sådana förändringar är delvis en avsedd följd av reformen och behöver inte vara särskilt kännbara men kan också potentiellt innefatta betydande problem som nu är svåra att förutse.

### ***Målformulering och övergripande styrning***

#### **Dokumentgranskning och intervjuer**

Medverkande i delprojekten och projektet i sin helhet har enligt intervjusvaren uppfattat att målen varit tydligt formulerade. En enad åsikt i delprojekten är dock att tiden är mycket knapp för att genomföra en så pass omfattande reform som införandet av vårdval i Västra Götalandsregionen är.

Generellt upplever de ansvariga för delprojekten att arbetet med beredningen inför introduktionen av vårdvalet har fortskridit relativt väl. De ser dock risker med att det är så pass många delprojekt som ska samverka med varandra. Det kan uppstå svårigheter med att hålla ihop hela projektet då det råder olika uppfattningar om och tolkningar av uppdraget. Å andra sidan anses att frågor blir bättre belysta om fler kompetenser deltar. Då ingen samlad risk- och konsekvensanalys genomförts har deltagarna i projektet uppfattat svårigheter att avgöra om detta i sin helhet styrs i vad som bedöms som rätt riktning.

De intervjuade menar även att de riktlinjer som satts upp för projektet har upplevts som vaga och att det därmed inte funnits tillräckligt fasta utgångspunkter att arbeta efter. Exempel på detta har varit frågan om rehabilitering och sjukgymnastik ska ingå eller ligga utanför vårdvalet, vilket försenat arbetet.

Många intervjuade är i viss grad skeptiska till den ursprungliga idéskissen och hur denna är framarbetad. Under arbetets gång har projektet uppfattats ha behövt backa flera steg och verklighetsanpassa idéskissen. Vissa anser att det i dagsläget inte finns mycket kvar av den ursprungliga skissen, utan att den aktivt behövt omarbetas i betydande omfattning.

En annan generell risk som nämns i intervjusvaren är att det inte funnits tid att arbeta med tillräcklig professionalism. Beslut uppfattas inte som grundade på fakta och verklighetsbeskrivningar. Detta har lett till att vissa av förslagen inte uppfattas som baserade på verklighet, utan snarare på estimat och visioner.

#### **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

Vi har stämt av uppgifterna vid intervjuerna med granskning av organisation och delrapporter i projektet. Vi bedömer att organisationen av projektet uppfyller rimliga krav på förutsättningar för samordning och samverkan.

För samordning finns ett projektkansli och en styrgrupp. För varje delprojekt finns tydliga instruktioner att samverka med övriga delprojekt där så är motiverat. I delrapporter redovisas att sådan samverkan skett genom regelbundna kontakter eller i några fall genom personunioner mellan delprojekten. Avstämning har skett med den politiska styrgrupp som utgörs av HSU med adjungerade medlemmar.

För varje delprojekt har utfärdats en uppdragshandling där uppdrag, organisation och tidplan preciserats. I skrivelse till delprojektledarna 2008-09-09 förtecknas vilka områden i remissyttrandena som respektive delprojekt skall beakta.

I Regeringens proposition 2008/09:74 om Vårdval i primärvården föreslås att lagändringarna skall träda i kraft 2010-01-01. Det torde kunna ge ytterligare någon respekt för genomförandet i Västra Götalandsregionen om så anses behövligt.

### **Juridisk avstämning**

I uppdragshandlingen för delprojektet redovisas att syftet med detta är att auktorisationsvillkor och auktorisationsavtal utformas enligt föreslagen Lag om valfrihetssystem och beaktar det lagrum som gäller/föreslås vid införande av ett sådant system. Uppdraget ska utföras enligt den riktning som anges i "Vägen till medborgarnas primärvård" samt i det positionsdokument som beslutats av HSU 2008-04-02. I uppdraget ingår att belysa vilka konsekvenser införandet kan få ur juridiskt perspektiv. Uppdraget omfattar:

- Juridisk avstämning av auktorisationsvillkor och auktorisationsavtal samt övriga delar i kravboken
- Komplettering i avtalet avseende kriterier för uppsägning och sanktioner
- Avstämning mot lagförslag om valfrihetsmodeller (LOV)
- Övergångsregler för befintliga vårdavtal

### **Dokumentgranskning och intervjuer**

Att det första underlaget till projektet tagits fram innan lagstiftningen var klar innebar en risk för bristande överensstämmelse. Lagstiftningen uppfattas av de intervjuade som luddig och svår i sig och det saknas tidigare erfarenheter eller rättsfall att gå efter.

Med tidspressen följer risk att material inte hinner ordentligt granskas och jämföras mot lagstiftningen, vilket anses kunna innebära brister i avtal och kontrakt. Försök görs enligt intervjusvar att hitta luckor som inte överensstämmer med lagstiftningen och avsikten är att avhjälpa dessa så fort som möjligt. Flera kompetenser anlitas för att bedöma materialet ur olika perspektiv och därigenom motverka risk för fel.

### **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

Någon dokumentation av arbetet inom det här delprojektet har inte redovisats. Arbetsgruppens bedömningar har enligt uppgift löpande arbetats in i Kravboken. Våra bedömningar baseras på intervjusvar samt jämförelser mellan lagstiftningens formella krav och de förslag som redovisas i andra delprojekt.

Vi bedömer att förslaget till utformning av primärvården under det nya regelsystemet i sina grunddrag överensstämmer väl med Regeringens lagförslag. Finansiering skall enligt lagförslaget utformas efter principen kapitation med möjlighet till justeringar för skillnader i socio-

ekonomiska och geografiska villkor på samma sätt som förutsätts i Regionens idéskiss. Sjukvårdshuvudmännen får också utrymme enligt lagförslaget att utforma uppdraget för primärvården efter bedömning av lokala behov.

I lagrådsremissen fanns viss oklarhet vad som ska gälla när ett landsting träffar avtal med privata vårdgivare inom ramen för vårdvalssystemet utöver att avsikten är att lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) ska kunna tillämpas i vissa situationer. Dessa oklarheter har nu undanröjts genom justeringar i lagförslaget.

### **Basuppdrag och tilläggsuppdrag**

#### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Enligt delprojektets uppdragshandling är syftet med detta att utveckla uppdragen i Kvalitets- och kravboken (kapitel 3) i den riktning som anges i "Vägen till medborgarnas primärvård" samt i det positionsdokument som beslutats av HSU 2008-04-02. I uppdraget ingår att konkretisera uppdragens olika delar och belysa vilka konsekvenser införandet kan få. I uppdraget ingår att:

- Definiera vilka verksamheter omfattas av basåtagandet respektive tilläggsåtagande. I detta ingår också att ta ställning till om någon verksamhet kräver egen auktorisation, t.ex. mödra- och barnhälsovården.
- Konkretisera uppdragen avseende innehåll, volymer, kompetenser, tillgänglighet, samverkan m.m. och bedöma konsekvenser av förslag.
- Utveckla och tydliggöra uppdrag för förebyggande och hälsofrämjande insatser.
- Utveckla och tydliggöra uppdrag och ansvar för samverkan mellan vårdgivarna inom närområdet.

Därutöver skall delprojektet behandla frågor som avser rehabilitering, sjukgymnastik, arbetsterapi, villkor för psykologer, psykoterapeuter och kuratorer samt barnhälsovård, mödrahälsovård, barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, öppenvårdsgynekologi, primärvårdens utbildningsuppdrag, funktionen som studierektor, FoU samt regionuppdrag.

Den gemensamma nämnan och utgångspunkten har enligt rapport från delprojektet varit att uppdraget ska medföra ett mervärde för medborgaren/patienten i enlighet med idéskissen.

Deltagare/projektledare i delprojekt 3 och 4 ingår i delprojekt 2. Projektledare för delprojekt 2 ingår i delprojekt 1 och 3. Alla deluppdrag har förankrats och processats i arbetsgruppen. I de fall det inte funnits samsyn i förslagen har det alternativ som majoriteten gett sitt stöd för förordats. Rapportering och avstämning har under arbetets gång skett via:

- Projektledaren för VG Primärvård - fortlöpande
- Projektkontoret – fortlöpande
- Styrgruppen för VG Primärvård (tjänstemän)
- Politisk styrgrupp via HSU-seminarium
- Delprojektledare via gemensamma möten

## Dokumentgranskning och intervjuer

Som underlag för bedömningar finns dels rapport från delprojektet och dels det beslutsunderlag som styrgruppen presenterat i skrivelse 2009-01-08 till Hälso- och sjukvårdsdirektören samt förfrågningsunderlag VG Primärvård 2009-01-19 i form av Krav- och kvalitetsbok.

Centralt för delprojektet är bestämning av avgränsningen mellan basuppdrag och tilläggsuppdrag. I rapport från delprojektet behandlas fördelar och nackdelar med ett brett åtagande. Ett sådant ger utrymme för ett mer differentierat utbud och möjlighet till helhetslösningar. Medborgarna får större frihet att välja olika professioner som kontaktperson.

Nackdelarna enligt rapporten är att ett brett åtagande försvårar för små företag att etablera sig och att kraven kan komma att ställas för högt. En vårdgivare som inte förmår uppfylla alla åtaganden kan inte komma ifråga för uppdraget.

Utifrån dessa utgångspunkter diskuteras i delprojektet olika alternativ när det gäller avgränsning av vad som skall betraktas som primärvårdens basuppdrag. Barn- och ungdomsmedicin, öppenvårdsgynekologi, MVC/reproduktiv hälsa, sjukgymnastik och arbetsterapi, kostnadsansvar för hjälpmedel samt dietistkompetens är verksamheter som föreslås ligga utanför basuppdraget.

I beslutsunderlaget från styrgruppen föreslås vårdenhetens åtagande omfatta:

- Hälsofrämjande och förebyggande insatser
- Vårdåtagande inklusive
  - Åtagande om psykisk ohälsa
  - Medicinsk fotvård
  - Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
  - Samverkan
  - Närområdesansvar
  - Jourverksamhet inkl läkare i beredskap
- Barnhälsovård
- Utbildningsplatser och handledning
- Delta i regionalt och lokalt utvecklingsarbeten och FoU

Närområdesansvar och jouransvar kan fullgöras genom dokumenterade överenskommelser med andra vårdgivare. När vårdenhet upphör ankommer det på övriga vårdenheter att revidera planen senast en månad efter upphörandet.

## Bedömning av riskidentifiering och riskhantering

Begränsningar i vårdenheternas basåtagande minskar vissa risker både för vårdgivarna och för patienterna. Ett mindre omfattande kostnadsansvar ger färre incitament för vårdgivaren att behålla patienter som kan behöva remitteras till andra vårdgivare. Samtidigt minskar risken för vårdgivaren att patienter utnyttjar remissfriheten till att söka vård vid andra enheter och därmed belastar den enhet där de är listade. Ett begränsat åtagande kan också antas minska risken för övervältring av vårdansvar och medföljande konflikter om gränsdragning mellan primärvård och sjukhusvård.

Uppgifter som avser närområdesansvar samt jour och beredskap förutsätts skötas i samverkan mellan olika vårdgivare där en vårdgivare inte kan åta sig hela ansvaret. Vi har inte funnit någon diskussion om vad som skall hända om sådana överenskommelser inte kan träffas.

Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård och i folkhälsoarbete regleras genom ersättningsystemet. Avsaknad av avtal med kommun om insatser i den kommunala hälso- och sjukvården kan leda till avdrag på ersättningen. I övrigt har vi inte funnit någon diskussion om åtgärder i händelse av att vårdgivarna finner det ekonomiskt fördelaktigt att rationalisera bort eller begränsa insatser om ersättningen inte anses motsvara enhetens uppföringar.

### ***Ekonomi, ersättning och kostnadsansvar***

#### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Syftet med föreliggande uppdrag är att enligt uppdragshandling 2008-04-21 att utveckla ersättningsmodellen i den riktning som anges i Politiskt Positionspapper daterat 2008-04-02, i ”Vägen till medborgarnas primärvård – En idéskiss för VG Primärvård” samt i avsnitt 6 i ”Kravbok – Förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård”. I uppdraget ingår att konkretisera ersättningsmodellens delar och tydliggöra vilka konsekvenser införandet kan få. Uppdraget innebär att:

- Utveckla och tydliggöra ersättningsmodellen och dess konsekvenser.
- Precisera primärvårdspengens omfattning, storlek och viktning.
- Ta fram förslag till hur vårdtyngd kan utgöra en parameter i ersättningsmodellen – bland annat val av metod/system.
- Ta fram förslag till ersättningsformer för att säkerställa att primärvård kan bedrivas på lika villkor också i glesbygd och i invandrartäta områden – bland annat ersättning för tolkkostnader.
- Definiera begreppet täckningsgrad och föreslå målnivå för att målrelaterad ersättning ska utgå för denna parameter.
- Ta fram förslag till ersättning vid uppfyllda mål, samt avdrag vid ej uppfyllda mål.
- Ta fram förslag till målrelaterad ersättning för kvalitetsmål.
- Föreslå ersättningsformer för BVC, MVC, barn- och ungdomsmedicin och öppenvårdsgynekologi.
- Ta fram förslag till ersättningsformer för olika tilläggsuppdrag.
- Ta fram förslag till besöksersättning/patientavgifter för de olika besökstyper som anges i kravboken.
- Konkretisera vårdgivarnas kostnadsansvar inkl. läkemedel.
- Ta fram förslag till rutiner avseende interndebiteringar och ekonomisk reglering mellan vårdgivare.
- Ta fram förslag till ”försäkringslösning” för särskilt kostnadskrävande läkemedel och diagnostik .

En förutsättning för att lyckas med uppdraget är enligt rapport 2008-11-01 samverkan med övriga delprojekt inom ramen för genomförandet av VG Primärvård, framför allt Delprojekt 2 Basuppdrag och tilläggsuppdrag – innehåll, omfattning och avgränsning samt Delprojekt 4 Kvalitetsindikatorer. Uppdragets genomförande förutsätter dessutom tillgång till data från samtliga primärvårdsförvaltningar och hälso- och sjukvårdskanslier.

Arbetet har bedrivits i en arbetsgrupp med företrädare för primärvårdsförvaltningarna, regionkansliet, hälso- och sjukvårdskanslierna samt olika enheter inom hälso- och sjukvårdsavdel-

ningen. Två särskilda grupperingar har arbetat med simuleringar som underlag för övervägandena i delprojektet.

En arbetsgrupp bildades för att bygga en simuleringsdatabas, förse denna med kvalitetssäkrade data och ansvara för genomförandet av ett antal simuleringar för att tydliggöra effekterna av den ersättningsmodell som konstrueras. En annan grupp tillsattes för att ansvara för införandet av en ACG<sup>2</sup>-grupperare som ska ge data för att vårdtyngd ska påverka vårdenheternas ersättning.

I rapportens sammanfattning konstateras att utredningstiden har varit knapp i förhållande till uppdragets omfattning och komplexitet. Bland annat har tiden för bakgrundsbeskrivningar och analys ansetts otillräcklig. Detaljfrågor, som inom ersättningsområdet har stor betydelse, har inte alltid hunnits med. Det förutsätts att dessa successivt kan utredas och beslutas under införandetiden.

Arbetsgruppens rapport 2008-11-01 har kompletterats med en avrapportering av följduppdrag avseende ekonomi, ersättning och kostnadsansvar som genomförts efter särskilt beslut av styrgruppen.

### Dokumentgranskning och intervjuer

Ungefär 84 procent av den totala ersättningen föreslås utgå i form av primärvårdspeng, baserad på faktorerna ålder och kön respektive vårdtyngd. Den inbördes viktningen mellan angivna faktorer föreslås vara 50 procent för ålder och kön och 50 procent för vårdtyngd.

Erfarenhet visar enligt rapporten att faktorerna ålder och kön tillsammans förklarar ca 8 procent av varierande kostnader för primärvård. Vårdtyngd läggs till för att öka förklaringsvärdet, då denna faktor ensam sägs förklara ca 30 procent av variationen. I dagsläget saknas instrument för att ytterligare höja förklaringsvärdet.

I nedanstående tabell redovisas i rapporten de i ersättningsmodellen ingående delarnas andel av de totalt tillgängliga resurserna för VG Primärvård för helåret 2009, beräknade enligt de av HSU angivna simuleringsförutsättningarna.

Ersättningsområde	Tkr	Procent
Ersättning gundad på ålder och kön	2 121 000	41,9
Vårdtyngdsersättning	2 121 000	41,9
Täckningsgradsersättning	417 201	8,2
Målrelaterad ersättning	144 000	2,8
Särskild ersättning för geografi	100 000	2,0
Särskild ersättning för socioekonomi	100 000	2,0
Tolkersättning	33 438	0,7
Tilläggsuppdrag	23 200	0,5
<b>Totalt</b>	<b>5 059 839</b>	<b>100,0</b>

Det förslag till ersättningsmodell som redovisas ovan har tillkommit efter det tilläggsuppdrag som styrgruppen gett arbetsgruppen. I det ursprungliga förslaget var fördelningen mellan ersättning efter ålder och kön samt vårdtyngdsersättning 70 respektive 30 procent.

<sup>2</sup> ACG (Adjusted Clinical Groups) är en serie av inbördes exklusiva grupper, vilka representerar hälsotillstånd som är definierade utifrån sjukdomsburda, ålder och kön.

I arbetsgruppens ursprungliga förslag var inte heller särskild ersättning för socioekonomi inkluderad. Krav på att en socioekonomisk faktor ska påverka ersättningen till vårdenheterna direkt vid genomförandet av VG Primärvård framfördes vid det HSU-seminarium som genomfördes 2008-11-03.

Arbetsgruppen i delprojekt 3 föreslog ursprungligen, i enlighet med givna instruktioner, den viktning mellan de i ersättningsmodellen ingående delarna som innebär minst total omfördelning mellan vårdenheter, primärvårdsområden, kommuner samt hälso- och sjukvårdsnämnder. Såväl styrgruppen som HSU framförde att denna instruktion bland annat borde innebära att vårdtyngd genom ACG tilldelas högre vikt.

Genom att kombinera ålder och kön med vårdtyngd ökar enligt arbetsgruppens redovisning möjligheten att fördela ersättningen efter vårdbehov. Den ökade vikt som i det reviderade förslaget lagts på vårdtyngd betyder enligt det resonemanget också bättre möjligheter att anpassa ersättningen efter behov.

Sjukgymnastik exkluderades från basåtagandet i ett sent skede av beredningsprocessen. Det har inneburit en del komplikationer för arbetsgruppen i delprojekt 3.

Den samlade ersättningen ska täcka kostnaderna för drift av den egna vårdenheten, inklusive läkemedel, medicinsk service och samverkan med vårdgrannar, men också kostnader för besök som de personer som valt vårdenheten gör

- vid andra vårdenheter än den valda inom VG Primärvård,
- hos vårdgivare som har vårdavtal avseende verksamhet inom åtagandet i VG Primärvård ,
- hos specialister i allmänmedicin ersatta enligt Lagen om läkarvårdsersättning,
- på primärvårdsnivå i annat landsting.

När en invånare som är listad vid en vårdenhet gör besök hos en annan vårdgivare, som bedriver vård inom åtagandet för VG Primärvård, blir den vårdenhet där invånaren är listad ersättningskyldig.

Det befolkningsbaserade kostnadsansvaret innebär att varje vårdenhet har kostnadsansvar för de så kallade basläkemedel som förskrivs till de invånare som är listade på vårdenheten, oavsett vem som är förskrivare, medan kostnadsansvaret för så kallade specialistläkemedel faller på vårdgivare på andra vårdnivåer.

Arbetsgruppen har i förslaget utgått från att Västra Götalandsregionens intäkter för patientavgifter ska vara oförändrade. I förslagen har hänsyn även tagits till patientavgiftsnivåernas konsekvenser för länssjukvården och privata vårdgivare med avtal. Avsikten är att patientavgifterna ska präglas av enkelhet och enhetlighet. Efter diskussion i styrgruppen har arbetsgruppen lagt fram reviderade förslag till patientavgifter för VG Primärvård som innebär differentierade avgifter för såväl läkarbesök som sjukvårdande behandling. En grundtanke är att en lägre patientavgift vid vald vårdenhet ger en signal om att medborgarnas val är viktigt och gör skillnad.

För läkarbesök vid den vårdenhet som invånaren valt föreslås en patientavgift om 100 kronor. Motsvarande belopp vid besök på annan vårdenhet inom VG Primärvård föreslås uppgå till 200 kronor om besöket äger rum dagtid och till 300 kronor om besöket äger rum kvällar, nätter och helger. Samma patientavgift föreslås oavsett vilken specialitet mottagande läkare har. Avgiften för läkarbesök inom länssjukvården föreslås bli 300 kronor. Vid hembesök av läkare ska ett påslag om 100 kronor göras.

Med sjukvårdande behandling avses öppenvårdsbesök som innebär möte mellan patient och annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Differentierade patientavgifter föreslås även för dessa besök. Patientavgiften föreslås uppgå till 50 kronor vid den vårdenhet som invånaren valt och till 100 kronor vid besök på annan vårdenhet inom VG Primärvård samt inom länssjukvården. Förslaget innebär att de nuvarande skillnaderna i patientavgift mellan sjuksköterskebesök, gruppbesök och besök hos kurator tas bort.

Samtliga angivna ersättningar till vårdgivarna inkluderar eventuella patientavgifter. De patientavgifter som vårdenheterna tar in för sjukvård skall därför avräknas mot de ersättningar som utgår.

Vårdenheternas utökade kostnadsansvar innebär nya behov av ekonomisk reglering mellan vårdgivarna. En inventering av framtida möjliga ekonomiska relationer mellan aktörerna i vårdvalet har genomförts. Det stora antalet transaktioner ställer krav på smidiga IT-system. Befintliga system bör användas där så är möjligt, men de täcker inte alla identifierade behov. Det finns därför behov av fortsatta utredningar om IT-lösningar.

Arbetsgruppen noterar att det idag finns stora variationer mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder vad gäller vad som ingår i primärvårdsuppdraget, totalkostnaden och kostnaden per invånare för primärvård, samt detaljeringsgrad i rapporteringen. Gränssnittet mellan primärvården och andra vårdgivare, bland annat sjukhusen, varierar i Västra Götalandsregionen. Den nya och regionenhetliga ersättningsmodellen kommer därmed att delvis förändra den inomregionala fördelningen av primärvårdsresurser.

## **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

### *Utformning av ersättningssystem*

I regeringens proposition 2008/09:74 föreslås riksdagen besluta att ersättningen skall ges till den vårdgivare som patienten väljer. I en regional vårdvalsmodell är det enligt regeringens bedömning naturligt att landstingen också i fortsättningen, inom ramen för det kommunala självbestämmandet, beslutar om ersättningssystemets utformning så att detta anpassas efter regionala och lokala behov. Ersättningen kan exempelvis bestå enbart av kapitering eller av kapitering kombinerad med någon form av prestationsersättning.

För och nackdelar med olika ersättningssystem behandlas i en rapport av Sveriges Kommuner och Landsting<sup>3</sup>. I sammanställningen jämförs bland annat ersättning per åtgärd enligt fast pris, ersättning per produktgrupp, resultatbaserad ersättning och individbaserad ersättning.

Ett system med fast pris per åtgärd ger generellt incitament till hög produktion med viss risk för att vårdgivare producerar mer vård än patienterna efterfrågar. Systemet kan också ge inci-

---

<sup>3</sup> Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting 2008

tament till hög produktivitet eftersom det är lönsamt för vårdgivaren att sänka produktionskostnaderna, eventuellt på bekostnad av kvaliteten i vården.

Ersättning per produktgrupp ger incitament till hög produktionsvolym och låga kostnader men innebär långsiktigt risk för effektiviteten. Systemet innebär en detaljstyrning av verksamheterna som minskar utrymmet för anpassningar och förbättringar.

Resultatbaserad ersättning – vanligtvis målrelaterad ersättning – utgår oftast som en i förväg fastställd bonus när förutbestämda mål uppnås. Syftet med ersättningen är att skapa incitament till ökad effektivitet. Ersättningen kan riktas direkt mot de områden som uppdragsgivaren prioriterar. En nackdel kan vara att inriktningen på specifika områden kan indirekt ge incitament till mindre effektivitet inom områden som inte ersätts särskilt.

Individbaserad ersättning – kapitation – ger starka incitament till låg produktion och låga kostnader men också till låg kvalitet och låg patientservice, i synnerhet om konkurrensen mellan olika vårdgivare är svag eller obefintlig.

För att få avsedd effekt måste ersättningsystemen utformas och kombineras så att de olika ersättningsystemens egenskaper tillvaratas rationellt. Det ersättningsystem som föreslås för VG Primärvård baseras i allt väsentligt på en primärvårdspeng som följer patienten och som består av lika delar ersättning efter ålder och kön respektive vårdtyngdsersättning. Systemet innehåller därutöver också element som avser att styra verksamheterna i riktningar som uppdragsgivarna bestämt.

Incitament till låg patientservice i ett system med kapitation kan bland annat motverkas av konkurrens mellan vårdgivarna. Ersättning baserad på täckningsgrad antas stimulera till ökad produktion. Målrelaterade ersättningar med tydligt specificerade krav skall garantera att avsedd kvalitet i vården upprätthålls. Förslaget till deltagande i folkhälsorådets arbete ingår i gruppen målrelaterade ersättningar men kan också ses som ersättning för viss produktgrupp.

För riskvärdering är det nödvändigt att bedöma effekterna av den kombination av individbaserad ersättning och de inslag av prestations- och kvalitetsstimulerande inslag som ersättningsmodellen består av. Någon sådan riskbedömning har inte redovisats i det material som ställts till vårt förfogande.

Med cirka 84 procent av ersättningen baserad på en primärvårdspeng som följer individen finns enligt vår bedömning betydande risk för de negativa effekter som enligt SKL's sammanställning kan följa med ett system med kapitation. Något mindre än tio procent reserveras för prestationsstimulerande ersättning baserad på täckningsgrad och knappt tre procent för målrelaterad ersättning som riktas in på kvalitet.

I vilken mån konkurrens mellan vårdenheterna kan ha inflytande på verksamheternas utformning beror i hög grad på befolkningens benägenhet att lista sig hos en viss vårdgivare och i viken utsträckning de listade är beredda att byta vårdgivare vid missnöje med den valda enheten. Benägenhet att byta vårdgivare vid missnöje finns rimligtvis mest hos patienter med frekventa kontakter med primärvården medan benägenheten kan antas vara låg hos den grupp som sällan eller aldrig har någon kontakt. Den kan också antas vara svag hos personer med nedsatt autonomi.

### *Förslag till patientavgifter*

I idéskissen förordas avgiftsfrihet för besök vid den enhet patienten valt. Arbetsgruppen frångår i sitt förslag den linjen och rekommenderar en grundavgift om 100 kronor för läkarbesök och 50 kronor för sjukvårdande behandling vid den valda enheten samt väsentligt högre avgifter om patienten söker sig till annan motsvarande enhet inom primärvården eller till länsjukvården.

Grunden för valet av nivåer på patientavgifterna är enligt redovisning från delprojektet oförändrade intäkter för patientavgifter samt överväganden beträffande avgiftsnivåernas konsekvenser för länsjukvården och privata vårdgivare med avtal samt krav på enkelhet och enhetlighet. Någon egentlig diskussion om avgiftsnivåernas betydelse för vårdefterfrågan redovisas inte.

Socialstyrelsen har i en kunskapsöversikt<sup>4</sup> behandlat patientavgifternas påverkan på vårdefterfrågan. Där konstateras att priskänsligheten inom hälso- och sjukvården är relativt låg. Förändringar i patientavgifterna får därför huvudsakligen marginella effekter. Högst priskänslighet redovisas för förebyggande och lägst för akuta vårdinsatser.

Erfarenheter från införande av nolltaxor indikerar enligt Socialstyrelsens rapport att efterfrågan på vård kan öka med upp till 40 procent. Ökningen redovisas som mest markant inom mindre allvarliga tillstånd som i andra fall klaras av genom egenvård.

Genom att frånga förslaget om nolltaxa har beredningsgruppen minskat risken för kraftigt ökad vårdefterfrågan. Den minskning av patientavgifterna som förslagen kan anses innebära i jämförelse med nuläget skulle kunna leda till en ökning av vårdefterfrågan i storleksordningen fem procent enligt den statistik som redovisas i Socialstyrelsens rapport. Skillnaderna i avgift för besök vid den valda enheten jämfört med besök andra motsvarande enheter kan antas ha en betydande styreffekt till förmån för den valda enheten.

Avsikten med patientavgifter är att styra efterfrågan på vård mot de verksamheter som vårdgivaren prioriterar. Patientavgifter kan antas utgöra en spärr mot onödig vårdkonsumtion och på så sätt ge välfärdsvinster till samhället. Samtidigt kan patientavgifter antas drabba olika patientgrupper olika hårt. Ekonomiskt svaga grupper som samtidigt kan antas ha sämst hälsa kan vara extra känsliga för nivån på patientavgifterna. Några överväganden som avser fördelningspolitiska effekter den föreslagna utformningen av patientavgifter redovisas inte.

### *Anpassning till geografiska och socioekonomiska skillnader*

Arbetsgruppen föreslår att 100 Mkr av ersättningsutrymmet fördelas med hjälp av en glesbygdskfaktor baserad på respektive vårdcentrals avstånd till närmast sjukhus, avstånd till större tätort samt befolkningstäthet i kommunen. Det motsvarar knappt två procent av den totala ersättningen.

Socioekonomiska faktorer beaktas enligt arbetsgruppens rapport genom att ersättning föreslås utgå till vårdenheter med ett CNI<sup>5</sup> över en angiven nivå och kopplas till vårdenhetens storlek genom antalet vårdvalsöppning. Totalt 100 Mkr kommer att fördelas till vårdenheter med hög

---

<sup>4</sup> Patientavgifter och vårdefterfrågan. Socialstyrelsen

<sup>5</sup> Care Need Index

socioekonomisk tyngd, beräknad enligt definition från SKL och SCB. Det motsvarar två procent av den totala ersättningen.

SKL har bestämt sig för att använda CNI då de inte har funnit anledning att uppfinna något nytt socioekonomiskt index. Fortfarande pågår enligt arbetsgruppen ett utvecklingsarbete kring CNI och indexet behöver inte nödvändigtvis se ut som idag. Detta innebär att de faktorer som ingår idag kommer att utvärderas ytterligare och eventuellt förfinas eller tas bort från modellen

#### *Omfördelning av resurser*

I rapporten från Delprojekt 3 noteras att det idag finns stora variationer mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder vad gäller vad som ingår i primärvårdsuppdraget, totalkostnaden och kostnaden per invånare för primärvård, samt detaljeringsgrad i rapporteringen. Gränssnittet mellan primärvården och andra vårdgivare, bland annat sjukhusen, varierar i Västra Götalandsregionen. Den nya och regionenhetliga ersättningsmodellen kommer därmed att delvis förändra den inomregionala fördelningen av primärvårdsresurser.

Det finns enligt rapporten flera skäl till skillnader mellan historisk ersättningsnivå och simuleringsresultat. Ett är att hälso- och sjukvårdsnämnderna, eller dessförinnan olika landstingsledningar, har satsat olika mycket på primärvård. Ett annat är olika gränssnitt bland annat mot sjukhusen och kommunerna. Ett syfte med ersättningsmodulen täckningsgrad är att, åtminstone delvis, uppväga ett varierande gränssnitt mot regionala vårdgrannar. Olika personaltäthet och kostnadsläge är ytterligare några viktiga förklaringsfaktorer.

Införandet av VG Primärvård kan således förväntas medföra betydande omställningar i vårdens organisation både i form av förändrade driftformer och ändrad resursfördelning. Dessa förutsätts lösas efterhand. Det är angeläget att i fortsättningen ha uppmärksamhet på detta och bygga upp beredskap för att kunna hantera de problem som kan komma att uppstå.

#### *Konstruktion och införande av nya IT-system*

I rapporten från Delprojekt 3 kommenteras kortfattat betydelsen av väl fungerande IT-stöd till verksamheterna. Det stora antalet transaktioner ställer enligt rapporten krav på smidiga IT-system. Befintliga system bör användas där så är möjligt, men de täcker inte alla uppkommande behov. Det finns därför behov av fortsatta utredningar om IT-lösningar.

### **Kvalitetsindikatorer**

#### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Syftet med Delprojekt 4 är att ta fram kvalitetsindikatorer och att föreslå några som kan ligga till grund för den målrelaterade ersättningen i den framtida Vårdvalsmodellen för Västra Götaland. Det som är värdeskapande för medborgare/patient ska belönas. Indikatorerna skall utgöra en del av uppföljningsmodellen.

#### **Dokumentgranskning och intervjuer**

Från början var det tänkt att kvalitetsindikatorerna skulle utgöra tio procent av ersättningssystemet, men då det var svårt att hitta tillräckligt många indikatorer har dessa begränsats till antalet och skall istället tillåtas utvecklas successivt. På grund av detta drogs ambitionsnivån ner på procentsatsen i ersättningssystemet i början av projektet i avvaktan på att mogna kvali-

tetsindikatorer kan tas fram som anses fungera väl och spegla verkligheten. Kvalitetsindikatorer skall inte verka avskräckande eller som en kontroll utan fungera som stöd för utveckling och förbättring.

Styrgruppen konstaterar i sitt beslutsunderlag att det för närvarande saknas relevanta kvalitetsindikatorer för många av de kvalitetskrav som ställs i förfrågningsunderlaget och som kan ligga till grund för målrelaterad ersättning. Överhuvudtaget krävs ett fortsatt utvecklingsarbete för att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer för primärvården.

I det förslag som nu tagits in i förfrågningsunderlaget uppgår den målrelaterade ersättningen för kvalitetsindikatorer till tre procent av den totala ersättningen men föreslås höjas till fem procent efter ett år för att därefter successivt utökas.

I rapporten från delprojektet redovisas förslag till 18 kvalitetsindikatorer vilka skall kunna användas för uppföljning, som underlag för målrelaterad ersättning, för presentation till medborgarna samt som underlag för internt utvecklingsarbete och fortbildning inom vårdvalsenheterna. Varje indikator kan användas för flera syften. Hur indikatorerna fördelas på respektive användningsområde redovisas i tabellen nedan.

<b>Kvalitetsindikatorer</b>		
	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Del i uppföljning av avtal	17	32,1
Underlag för målrelaterad ersättning	6	11,3
Presentation för medborgarna	12	22,6
Underlag för utvecklingsarbete och fortbildning	18	34,0
<b>Summa</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

### **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

Arbetsgruppen för avslutningsvis i rapporten en del resonemang kring urvalet av indikatorer och problem med detta. Flera angelägna områden saknas enligt rapporten, exempelvis samverkan mellan olika vårdgrenar och kontinuitet. Detta beror på att utvecklingsarbete pågår, enhetliga definitioner och enhetlig terminologi saknas eller att förutsättningar för god datafångst för närvarande saknas. För att successivt förbättra systemet med indikatorer föreslås årlig revidering.

Gruppens uppfattning är att huvuddelen av skullkraven i förfrågningsunderlaget inkluderande samverkan i vårdkedjan bäst följs upp i dialog inom ramen för annan verksamhetsuppföljning och eventuell medicinsk revision.

Någon fördjupad diskussion om risker och täckningsgrad i förhållande till de mål som gäller för primärvården redovisas inte i rapporten. Eventuella brister förutsätts justeras efterhand i de årliga revideringarna.

## ***Uppföljningsplan, rapporteringsrutiner, uppföljningssystem samt listning***

### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Delprojekt 5 har i uppdrag att ta fram uppföljningsplan, rapporteringsrutiner, uppföljningssystem samt regelsystem för listning. Uppdraget innebär att:

- Förtydliga regelsystemet för val av vårdenhet/listning samt registreringskrav.
- Ta fram förslag till uppföljningsmodell samt teknisk lösning.
- Definiera de nyckeltal som ska följas upp av samtliga leverantörer.
- Ta fram förslag till rapporteringsrutiner.
- Beskriva hur återkoppling av uppföljningsdata ska ske till leverantör, befolkning och uppdragsgivare.
- Ta fram förslag till krav och sanktioner vid brister i kvalitet och följsamhet till uppdraget.

Uppföljningsmodellen ska utvecklas i den riktning som anges i idéskissen "Vägen till medborgarens primärvård" och det positionspapper som beslutats av HSU 2008-04-02 samt avsnitt 4, 5 och 7 i "Kravboken". Föreslagen Lag om Valfrihetssystem ska beaktas i förslagen.

### **Dokumentgranskning och intervjuer**

#### *Regelverk för vårdval*

Utgångspunkten enligt arbetsgruppens rapport är medborgarens frihet att välja vilken godkänd leverantör man vill. Valet av leverantör ska ses som en överenskommelse mellan medborgaren och leverantören där båda parter har ett intresse av att resultatet blir så bra som möjligt och att det utvecklas en bra relation.

Genom medborgarens val åtar sig leverantören vårdansvaret för medborgaren enligt de villkor som gäller för uppdraget. Leverantören åtar sig också att ge medborgaren möjlighet att som tillval på vårdenheten välja en fast vårdkontakt. Medborgarens val av leverantör innebär att den kapitationsersättning som varje individ medför tilldelas den valda leverantören.

Nyinflyttade och nyfödda medborgare som inte ännu gjort ett eget vårdval tilldelas automatiskt en leverantör, ett så kallat ickevalsalternativ. Den leverantör som inom samma kommun är geografiskt närmast belägen medborgarens folkbokföringsadress vid folkbokföringstillfället är medborgarens ickevalsalternativ till dess att eget vårdval genomförs. Ickevalsalternativ har samma status som och är jämförbart med eget vårdval. Västra Götalandsregionen är medborgarnas kontakt i frågor om vårdvalet.

Leverantör som är godkänd och bedriver verksamhet i Västra Götaland ska utan väntetid verkställa vårdval gjorda av medborgare folkbokförda i Västra Götalands län eller Hallands län. I undantagsfall, då den medicinska säkerheten ej kan garanteras, kan Västra Götalandsregionen bevilja leverantören tillfällig begränsning av vårdvalsutrymmet.

#### *Uppföljning*

Uppföljningen syftar dels till att granska om leverantören uppfyller kraven i avtalet dels till att skapa en grund för utveckling av primärvården i Västra Götaland. En viktig uppgift är dessutom att tillhandahålla information till medborgarna. Samtliga uppföljningsdata ska finnas tillgängliga i webbaserat system, Delprojektet har i sitt arbete kommit fram till att det är av stor

vikt att en extern part anlitas för att utvärdera införandet och systemeffekterna av medborgarens primärvård i Västra Götalandsregionen.

Fördjupad uppföljning kan komma att aviseras av VGR genom bland annat verksamhetsrevision, kostnadsjämförelser och produktivitetsanalyser. Västra Götalandsregionen kommer att meddela leverantören vilka fördjupande uppföljningar som planeras under det aktuella året.

Enligt kravboken äger VGR rätt att genomföra verksamhetsrevisioner för att säkerställa att vårdenheten fullföljer sitt åtagande enligt Förfrågningsunderlaget. Vårdenheten ska medverka vid sådan revision och ställa material och dokumentation som erfordras till förfogande. VGR äger den rapport som kommer ur verksamhetsrevisionen och har rätt att publicera resultatet av uppföljningarna.

Underlag för uppföljning kommer i första hand att hämtas från befintliga register som vårdenheten åtar sig att rapportera till enligt de i förfrågningsunderlaget uppställda uppföljningsparametrar

Uppgifter om tillgängliga leverantörer samt utvalda uppgifter från uppföljningen skall av VGR göras tillgängliga för medborgaren via Internet under ”mina vårdkontakter”. Återkoppling till leverantören ska ske via webbaserat system tillhandahållet av Västra Götalandsregionen.

Uppföljningsmodellen är indelad i sex perspektiv: behov, prestationer, kvalitet, kostnader och effekter samt uppföljningsdata för utveckling. Uppföljningsdata bör ses över och prövas varje år. För uppföljning föreslås 62 indikatorer som fördelats på huvudgrupper enligt följande:

Behov	12 indikatorer
Prestationer	6 indikatorer
Kvalitet	18 indikatorer
Kostnader	8 indikatorer
Effekt	9 indikatorer
Uppföljningsdata för utveckling	9 indikatorer

I likhet med kvalitetsindikatorerna kan indikatorerna för uppföljning tjäna flera syften. Förutom de som anges i avsnittet om kvalitetsindikatorer tillkommer i det här avsnittet två grupper som har inriktning på verksamhetsplanering och uppföljning. Hur indikatorerna fördelas på respektive användningsområde redovisas i tabellen nedan.

### Indikatorer för uppföljning

	Antal	Procent
Del i uppföljning av avtal	48	30,2
Underlag för målrelaterad ersättning	6	3,8
Presentation för medborgarna	15	9,4
Underlag för utvecklingsarbete och fortbildning	32	20,1
Verksamhetsplanering	28	17,6
Underlag för uppföljning	30	18,9
<b>Summa</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>

*Krav och sanktioner vid brister i kvalitet och följsamhet till uppdraget*

Delprojektet har i denna del av uppdraget eftersträvat ett begränsat antal sanktioner inom centrala delar i vårdenheternas åtagande och områden som är särskilt betydelsefulla för medborgarna. Dessa centrala delar är: tillgänglighet, samverkan, sjukskrivningsprocessen, uppföljning av medicinsk kvalitet, patienternas uppfattning av vården och patienternas förtroende för vården.

Sanktionen måste enligt rapporten stå i relation till de kostnader de medför för leverantören. I en vårdvalsmodell tilldelas inte uppdragen i konkurrens om priset. Därför behöver VGR istället bedöma om leverantörernas potentiella totala kostnader kommer att täckas av intäkten vid utformning av nivåer för vite och sanktioner.

En genomgående princip som bör gälla i Västra Götalandsregionen är enligt rapporten att regelverk för sanktioner innehåller möjligheter till rättelse för leverantören. De olika typer av sanktioner som kan bli aktuella i Västra Götalandsregionen är:

- Återkallelse av godkännande som leverantör till Västra Götalandsregionen: Att återkalla godkännandet förutsätts bli aktuellt endast i undantagsfall, t.ex. vid bedrägligt beteende från leverantörens sida, när leverantören inte uppfyller villkoren för att bedriva vård eller villkoren för godkännande.
- Hävning av avtal blir även det aktuellt endast i sällsynta fall. Åtgärden riktas mot specifik vårdenhets sätt att sköta uppdraget och bör bli aktuellt vid stora och upprepade avsteg från avtalet.
- Vite är ett i förväg angivet belopp som leverantören ska betala och knutet till specifik del i avtalet. Kriterier och vitesbelopp måste framgå av avtalet. Om vitesklausul finns är det också obligatoriskt att använda klausulen.
- Innehållande av ersättning är snarlikt vite och kan användas på liknande sätt.
- Avdrag av ersättning

Sanktioner innebär enligt rapporten administrativt merarbete för Västra Götalandsregionen. Det finns idag c:a 140 vårdenheter, och insatser för bedömning av sanktioner kan bli omfattande. Delprojekt 5 föreslår att vite eller avdrag i ersättningen och inriktas mot att undvika en oacceptabel lägstanivå hos leverantören. I Krav- och kvalitetsbok 2009-01-19 regleras ekonomiska sanktioner enligt nedanstående sammanställning:

Område	Indikator	Gränsvärde	Sanktion
Rapportering till VGR	Uppföljningsdata enligt förfrågningsunderlag, t.ex. utebliven dataleverans till VEGA, Ofelia, ASAK, KPP eller webbformulär.	Utebliven dataleverans enligt angivna tidsintervall.	Innehållande av 3 procent av ersättningen . 2/3 utbetalas vid leverans av data <sup>6</sup> .
Samverkan	Förekomst av avtal med kommun om insatser i den kommunala hälso- och sjukvården	Avtal finns ej. Mätning årsvis, mättillfälle: 30 september.	En procents avdrag på ersättningen.
Sjukskrivningsprocessen	Förekomst av lokala rutiner för sjukskrivning.	Rutin finns ej. Mätning årsvis: 30 september.	En halv procents avdrag på ersättningen.
Tillgänglighet	Telefontillgänglighet <sup>7</sup>	Ej deltagit i mätningar. Mätning årsvis: 30 september.	En halv procents avdrag på ersättningen.

Tvist om kontrakts tillkomst, tolkning, tillämpning eller giltighet, samt ur kontraktet härflytande rättsförhållanden ska avgöras enligt gällande svensk rätt i svensk domstol.

### Bedömning av riskidentifiering och riskhantering

Sanktioner och målinriktade ersättningar kan ses som styrmedel som kompletterar varandra. Hög grad av måluppfyllelse ger ett ekonomiskt tillskott till verksamheten medan låg sådan grad innebär bortfall av ersättning och kan ses som form av sanktion utan det ordets negativa innebörd.

I rapporten noteras risken för administrativt merarbete för bedömning av sanktioner. Arbetsgruppen redovisar ingen analys av förutsättningarna för och beredskap att hantera mer omfattande konflikter med vårdgivare. Det kan också finnas skäl att i detta sammanhang gå igenom de särskilda villkor som kan gälla för verksamheter som lyder under aktiebolagslagen.

Även om sannolikheten inte är stor finns ändå alltid en risk för avtal med oseriösa vårdleverantörer. Vi har i andra sammanhang medverkat i utredningar där offentliga huvudmän försökt häva avtal med leverantörer som begått ekonomiska oegentligheter. Det har visat sig kunna innebära tidskrävande insatser med förhandlingar i domstol och överklaganden till flera instanser.

I Kravboken är en grund för godkännande att vårdgivaren är registrerad för redovisning och inbetalning av mervärdesskatt, innehållen preliminär A-skatt och arbetsgivaravgifter, samt fri från skulder vad gäller svenska skatter och sociala avgifter. Som grund för återkallelse anges bland annat att leverantören inte uppfyller villkoren för godkännande.

Återkallelse av godkännande eller hävning av avtal är mycket ingripande åtgärder som enligt rapporten förutsätts bli aktuella endast i undantagsfall. I ett sådant fall måste VGR samtidigt se till att verksamheterna kan fortsätta trots tvisten så att patienterna inte drabbas av utebliven service. Vi har inte funnit några sådana resonemang i rapporten.

<sup>6</sup> Intäktsförlust p.g.a. försämrade värden till följd av utebliven fülleverans korrigeras inte för i efterhand. Motsvarande gäller vid förbättrade värden.

<sup>7</sup> Följer regelverk och definition för målrelaterad ersättning för telefontillgänglighet.

## ***IT-stöd till VG Primärvård***

### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Syftet med Delprojekt 6 är att ta fram och tydliggöra de krav och riktlinjer avseende användningen av IT-stöd som skall gälla för vårdgivarna i VG Primärvård. Dessa anges i avsnitt 7 i Kravboken.

Syftet är också att belysa behovet av IT-stöd och utvecklingsinsatser för att genomföra VG Primärvård samt att ta fram det IT-stöd som behövs internt inom VGR för administration av auktorisering, listning m.m. I uppdraget ingår att:

- klargöra de krav och riktlinjer som gäller vårdgivarnas IT-stöd och kommunikation med VGR:s IT-system,
- klargöra vilket IT-stöd VGR erbjuder vårdgivarna och förutsättningarna för detta,
- ta fram en plan för genomförande av IT-stödet innehållande vad som behöver göras, tidplan för genomförande, investeringsbehov samt systemäggande och systemförvaltning,
- klargöra vilket IT-stöd som behövs internt inom VGR för administration och hantering av auktorisationsförfarandet, listning, uppföljning, fakturering och interndebiteringar m.m. samt tillse att detta finns på plats och fungerar vid införandet av VG Primärvård.

Uppdraget skall bedrivas i samverkan med övriga delprojekt inom ramen för genomförandet av VG Primärvård, framför allt de som avser Ekonomi, Kvalitetsindikatorer, Uppföljningsplan och Interna organisationsfrågor.

### **Dokumentgranskning och intervjuer**

Någon särskild dokumentation från det här delprojektet har inte redovisats. I lägesrapport 2009-01-19 redovisas att det finns två tydligt avskilda delar av IT-projektet som hanterats på olika sätt.

#### *Kraven på vårdgivarnas IT-stöd*

Kraven på vårdgivarnas IT-stöd har det särskilda delprojektet för IT arbetat med under hela hösten. Utgångspunkter har varit önskvärda målbilder för en vårdgivares IT-stöd ur såväl ett medborgar-/patientperspektiv som ur ett vårdgivarperspektiv. Även de övriga delprojektens arbete med kravboken har utgjort utgångspunkt.

Denna del är slutförd och kraven beskrivs i ett särskilt avsnitt i krav- och kvalitetsboken. Detaljerade krav avseende den information vårdgivarna har att leverera kommer i samband med annonsering att publiceras på VG Primärvårds hemsida.

#### *Utveckling av det IT-stöd som krävs för administration/styrning av VG Primärvård.*

Vad gäller denna del utgör de övriga delprojektens resultat en viktig utgångspunkt, främst delprojekt 3 - ekonomi, ersättning kostnadsansvar samt delprojekt 5 – regelverk för vårdval och uppföljningsplan.

IT projektet har enligt redovisningen hela hösten noga följt de projekten för att så tidigt som möjligt fånga upp vad som behöver utvecklas och har parallellt med dessa projekt i form av aktivitetslistor och så småningom projektdirektiv beskrivit vad som måste utvecklas. Fyra projekt har definierats:

- Anpassningar av VGR:s IT-stöd för vårdval,
- Utveckling av nytt IT-stöd för framräkning av ersättning till vårdgivarna,
- Utveckling av ett nytt uppföljningssystem baserat på den uppföljningsplan som ingår i krav- och kvalitetsboken,
- Projekt för hur privata vårdgivare skall hanteras i regionens referens katalog KIV.

Det samlade utvecklingsarbete som måste genomföras är omfattande och tiden är kort. Prioriterat är utvecklingen av IT-stödet för vårdval och IT-stödet för beräkning av ersättningar. Projektdirektiven för dessa två projekt är klara och arbetet är påbörjat i form av kravspecifikationer inför själva utvecklingen. Katalogprojektet kommer ganska omgående att starta, medan projektet för uppföljningssystem ännu inte är bemannat.

Vid sidan av dessa utvecklingsprojekt finns också ett arbete med att göra en del IT-tjänster i VGR tillgängliga för privata vårdgivare. Diskussioner om hur detta skall lösas pågår.

### **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

Betydelsen av väl fungerande IT-stöd framhålls i flera delprojekt. Den korta tiden för utvecklingsarbetet är enligt lägesrapporten den största risken vad gäller utvecklingen av det nödvändiga IT-stödet. Tidsbristen kan inte alltid kompenseras med att sätta in mer utvecklingsresurser. En annan risk är den oklara mottagarorganisationen för IT-stödet och en ytterligare risk det till vissa delar/detaljer fortfarande oklara regelverket som IT-stödet skall baseras på.

### ***Kommunikationsstrategi och handlingsplan för Medborgarnas Primärvård***

#### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Syftet med Delprojekt 7 är att utveckla en kommunikationsstrategi, åtgärdsplan samt aktiviteter som är nödvändiga för genomförandet av huvudprojektet. Delprojektet skall genom en kommunikationsstrategi och handlingsplan säkra information till följande målgrupper:

- Föreslå projektledningen en kommunikationsstrategi för den interna förändringskommunikationen inom Västra Götalandsregionen med tonvikt på primärvårds- och sjukhusorganisationen.
- Information till vårdgivarna om de villkor och förutsättningar som gäller för att bli auktoriserad och få bedriva vårdverksamhet inom Medborgarnas Primärvård.
- Information till invånarna i Västra Götaland om det fria vårdvalet, vårdutbud, rättigheter och alternativ.
- Analysera innebörden i informationsskyldigheten enligt LOV och föreslå rekommendationer så att Västra Götalandsregionen lever upp till lagens krav.

Under genomförande av uppdraget fordras samverkan med övriga delprojekt inom ramen för genomförandet av Medborgarnas Primärvård. Arbetet rapporteras regelbundet till projektkonstornet.

#### **Dokumentgranskning och intervjuer**

Strategin omfattar enligt rapporten från delprojektet såväl vilket förhållningssätt som skall reflekteras i kommunikationen som vilka konkreta konsekvenser detta medför för de berörda

parterna. För uppföljning och mätbarhet finns ett antal kommunikationsmål definierade. Kommunikationsstrategin fokuserar främst på följande målgrupper:

- Chefer och berörda medarbetare inom Västra Götalandsregionen
- Privata och offentliga leverantörer
- Invånarna i Västra Götaland
- Kommuner
- Media
- Andra samarbetspartners

I rapporten noteras att införande av Medborgarnas Primärvård kräver ett kontinuerligt flöde av information och kommunikation från presentationen av Idéskiss Medborgarnas Primärvård till dess att alla delar av förändringen är införda. De olika faserna kräver sin speciella anpassning av kommunikationen i förhållande till beslutsprocessens olika tidpunkter och under själva införandet. Strategin omfattar samtliga faser.

Till strategin hör en handlingsplan med angivande av aktivitet, tidplan och ansvarig funktion. Handlingsplanen bör enligt rapporten revideras kontinuerligt och anpassas med hänsyn till förändringar under arbetets gång.

#### *Meddelarfrihet*

I ett avsnitt om meddelarfrihet i kravboken förbinder leverantören sig att tillförsäkra sina anställda meddelarfrihet. Leverantören får inte ålägga sina anställda en sådan tystnads- eller lojalitetsplikt som inskränker deras möjligheter att lämna uppgifter till massmedia om allvarliga missförhållanden, som är av allmänt intresse, i verksamheten. Leverantören förbinder sig att inte efterforska källan till en uppgift i massmedia av nyssnämnt slag.

#### **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

All kommunikation handlar om att både sprida och ta in information. Kommunikation är därför aldrig enkelriktad. Med en avgränsning av begreppen kan information sägas vara att i en riktning sprida ett budskap medan kommunikation är att lyssna och förmedla ett budskap för att uppnå givna mål.

Europeiska Kommissionen har i beslut 2005<sup>8</sup> redovisat en samlad kommunikationsstrategi där bland annat som brister och problem noteras:

- Fragmentering av budskapet till följd av otillräcklig samordning och planering.
- Budskap som återpeglar politiska prioriteringar men inte nödvändigtvis kopplas till befolkningens intressen och behov.
- Brister i genomförandet genom otillräcklig dialog.

Kommissionen vill därför i fortsättningen betona att kommunikation är en dialog. Medborgarna skall kunna uttrycka sina uppfattningar så att Kommissionen bättre förstår deras perspektiv. EU:s policies och aktiviteter skall kommuniceras på ett sätt som befolkningen kan förstå och relatera till. Budskapen skall också anpassas till relevanta lokala förhållanden.

---

<sup>8</sup> ACTION PLAN TO IMPROVE COMMUNICATING EUROPE BY THE COMMISSION, COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, Brussels, 20.7.2005

Den kommunikationsstrategi som redovisas i delprojektets rapport förefaller ha huvudsaklig inriktning på information snarare än kommunikation. Det budskap som förmedlas till medarbetare, leverantörer och befolkning beskriver närmast en verklighet som dessa har att förhålla sig till men inte kan påverka särskilt mycket. Utrymmet för dialog är begränsat och bestäms till sina gränser ytterst av en lagstiftning som riksdagen beslutat och som huvudmännen inte har något inflytande över.

För att få acceptans för budskapet under dessa förhållanden är det särskilt angeläget med anpassning efter olika målgruppers kunskaper, behov och intressen. Några resonemang i den vägen har vi inte kunnat finna. I delprojektets rapport finns ett antal allmänna kommunikationsmål förtecknade. Dessa är dock ännu inte operationellt definierade.

Vi har inte i dokumentationen från delprojektet funnit några förslag till insatser för att mäta och värdera den informationsmiljö där budskapet skall planteras. Vi ser därför betydande risk för att insatserna för information och kommunikation kan bli mindre verkningsfulla än som är avsett.

### ***Interna regelsystem och utbildningsfrågor***

#### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Syftet med delprojektet är att se över och anpassa regionens interna spelregler så att de av regionen drivna offentliga vårdenheterna får så lika förutsättningar som möjligt med de privata och att de offentliga vårdenheterna kan ges ansvar och befogenheter som möjliggör den handlingsfrihet som eftersträvas i VG Primärvård.

I uppdraget ingår att ta fram förslag till interna regelsystem, arbetsgivarfrågor och utbildningsfrågor. I uppdraget rörande utbildningsfrågor ingår dessutom att ta fram ett förslag till stimulansåtgärder med syfte att erbjuda sjukhusspecialister dubbelspecialisering i allmänmedicin. Under uppdragets genomförande krävs samverkan och löpande avstämning med övriga delprojekt, framför allt delprojekt 9 som behandlar Interna organisationsfrågor men också delprojekt 2 och 3.

#### **Dokumentgranskning och intervjuer**

De regler och riktlinjer som föreslås av delprojekt 8 föreslås gälla för samtlig verksamhet inom den förvaltning/förvaltningar som kommer att ansvara för VG primärvård. Utgångspunkten är att policyer beslutade av fullmäktige ska gälla även VG primärvård. Även alla regiongemensamma kollektivavtal och riktlinjer ska gälla om inget annat anges.

Utifrån detta förutsätts vårdenhetschef få ett samlat ansvar för verksamhet, ekonomi och personal inom sitt tilldelade ansvarsområde. Förvaltningschef förutsätts delegera och tillse att arbetsuppgifterna så långt är möjligt hanteras av vårdenhetschef.

#### ***Service och lokalfrågor***

Huvudregeln bör enligt rapporten vara att offentliga vårdenheter anlitar regionens serviceverksamheter vad gäller administrativa och tekniska servicetjänster. En vårdenhet bör inte ha befogenhet att självständigt anlita/upphandla serviceverksamhet på marknaden. Om ett sådant

behov uppstår bör detta övervägas och beslutas regioncentralt och hanteras genom att central upphandling görs på vedertaget sätt.

Primärvården bör ha strategiskt viktig kompetens nära den egna verksamheten, men kan med fördel köpa mer ”operativa” tjänster från Regionservice. Vad som är strategisk respektive operativ kompetens behöver klargöras.

För att kunna bygga en stabil lokalförsörjningsstrategi med medvetna riskbedömningar kan inte hyresavtal tecknas av den lokala vårdenheten utan ska tecknas av den aktör som kan bedöma risken d.v.s. av Primärvårdskoncernens förvaltningschef eller motsvarande och vid långa avtal av dess styrelse. Detta är speciellt viktigt om ett förändrat lokalutnyttjande kräver stora investeringar och långa avtalstider. Västfastigheter skall bistå med processkunskap och kunskap om den lokala fastighetsmarknaden.

#### *Regelsystem inom ekonomiområdet*

Ett syfte med VG primärvård är att åstadkomma så hög grad av självständighet som möjligt för vårdenheterna samt så lika villkor som möjligt mellan offentlig och privat verksamhet. För att uppnå detta bör vårdenheterna ha fullt ekonomiskt ansvar, självständigt kunna hantera ekonomiska överskott och krav på att hantera/återställa underskott.

Utgångspunkten är att verksamhet regionens egen regi till fullo omfattas av regelverket enligt förfrågningsunderlaget, då så lika förutsättningar som möjligt ska gälla mellan regionen och andra vårdgivare.

Vårdenheten föreslås bilda resultatenhet med egen ekonomi men utan att handha likvidkonton, investeringar m.m. Enheten ska leverera in positivt resultat till PV-koncernen men kan året efter disponera del av PV-koncernens positiva egna kapital efter vissa spelregler. Negativt resultat/underskott innebär krav på återbetalning till koncernen. Återbetalning till PV-koncernen sker efter att resultatet analyserats och kontrollerats mot åtaganden. Om inte återbetalning kan ske inträder under vissa förutsättningar behov av och möjlighet till tillfälligt ekonomiskt stöd och som yttersta konsekvens nedläggning av verksamheten.

Varje vårdenhet bör ha ett eget investeringsutrymme. Regionen bör, som idag, fördela investeringsramen till förvaltningsnivå (primärvårdskoncern) som genom intern beredning fördelar vidare till enhetsnivå.

Vilka kriterier som ska gälla för återkallande av godkännande (auktorisering) kommer att fastställas i särskild ordning och gälla lika för alla. Någon form av regelsystem och ekonomisk resurs för rekonstruktion av vårdenheter med ekonomiska problem bör finnas inom regionen. En lösning kan vara att en del av den totala resursfördelningen till primärvården avsätts till en stöd- och rekonstruktionsfond.

#### *Nedläggning eller övergång till annan regi*

Överföring av verksamhet/tillgångar till den privata sektorn måste föregås av en värdering där marknadsmässiga villkor ska gälla. Värdering ska ske av såväl materiella som immateriella värden. En överföring sker därmed bäst genom ett öppet anbudsförfarande.

Om privat verksamhet etablerar sig och successivt konkurrerar ut regionens egen verksamhet aktualiseras nedläggning. Det är viktigt att inför eller i genomförandet av VG Primärvård fastställa hur stora avvikelser som kan accepteras innan nedläggning blir en nödvändighet. Det bör också fastställas om toleransgränserna är olika vid ekonomiska respektive kvalitativa avvikelser. Slutligen måste behandlas vilket ansvar som regionen har gentemot medborgare/patienter vid nedläggning.

Omställning är ytterst en ägarfråga. Av denna anledning bör en ekonomisk resurs finnas regioncentralt som kan utnyttjas när övriga återgärder för omställning är uttömda.

Ett stort observandum är enligt rapporten vad som skall ske med vårdenheter som har sammansatta uppdrag av dels verksamheter som ligger under vårdvalet och styrs med dess principer och regelsystem och dels verksamheter som ligger utanför vårdvalet. Det kan tänkas uppstå en situation där förutsättningarna för att driva vårdvalsverksamhet viker medan det omvända gäller övrig verksamhet

Frågan är om nedläggning kan genomföras över huvud taget om medborgarna därmed berövas rimlig tillgång till primärvård. Det enda fall där nedläggning ur detta perspektiv skulle kunna vara möjlig är när medborgarna själva valt en annan vårdenhet och därmed flyttat över vårdpengen till annan enhet.

#### *Arbetsgivarfrågor*

Utgångspunkten när det gäller arbetsgivarfrågor är att personalvisionen med tillhörande policyer ska gälla även VG primärvård. Även alla regiongemensamma kollektivavtal och riktlinjer ska gälla om inget annat anges. Utgångspunkten för detta är att VGR är en arbetsgivare.

I de fall som kommer att bli aktuella när det gäller övergång av primärvård är förhållandena sannolikt oftast sådana att det blir fråga om en verksamhetsövergång. Enligt 7§ 3 stycket LAS kan en verksamhetsövergång i sig inte utgöra saklig grund för att säga upp en arbetstagare. Förbudet hindrar dock inte uppsägningar som sker av ekonomiska, tekniska eller organisatoriska skäl där förändringar i arbetsstyrkan ingår.

I regionen finns ett kollektivavtal avseende företrädesrätt. I avtalet ges en anställd rätt till utvidgad företrädesrätt i förhållande till vad som gäller enligt LAS och enligt AB 05. Den anställda har rätt att välja att begära företräde i fem driftsenheter utöver den driftsenhet där han eller hon sist var anställd.

Det krävs inte några särskilda åtgärder avseende personalen i samband med övergången till VG Primärvård. Det är dock viktigt att frågan behandlas i enlighet med gällande samverkansavtal alternativt MBL.

Vidare är det viktigt att uppmärksamma var gränsen ska dras mellan vad som ska ingå i VG Primärvård i förhållande till vad som i dag omfattas av primärvård. Denna gränsdragning är i nuläget inte klar varför frågan är svår att överblicka. Det är dock troligt att det finns personal som i dag har uppgifter som kommer att ligga inom två olika verksamheter när VG Primärvård genomförs.

En övertalighetssituation för regionen i samband med att en av regionen driven vårdenhet övergår till drift av en extern entreprenör kan uppstå både om det är fråga om en verksamhets-

övergång om det finns personal som väljer att inte gå med till det nya företaget och då reglerna om övergång av verksamhet inte är tillämpliga. En sådan situation aktualiserar inledningsvis ett omplaceringsförfarande som leder till uppsägningar om omplaceringsmöjligheter inte finns. Uppsägningstiden i dessa fall är sex månader och vid längre anställningen ett år. Omställningstiderna är således långa vilket kan leda till kostnader i samband med övergång.

Bestämmelserna om företrädesrätt och omplaceringsskyldighet vid uppsägning kan inte avtalas bort utan måste beaktas på samma sätt som i regionen i övrigt när VG primärvård införs.

### **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

Enligt rapporten skall lika villkor gälla så långt möjligt för verksamheter som bedrivs i regionens regi och sådana som drivs i anda former. I förslagen redovisas dock en del asymmetrier som kan bedömas vara till nackdel för verksamheter i regionens regi.

Enheterna i regionens regi bör ha så hög grad av självständighet som möjligt och föreslås bilda enheter som har ett resultatansvar gentemot regionen. De får bära ansvaret för eventuella underskott men kan inte självständigt förfoga över eventuella överskott. Dessa skall ställas till förfogande för PV-koncernen och kan komma enheterna tillgodo enligt specifika regler.

Enheterna har inte heller rätt att självständigt handla upp serviceverksamhet på marknaden. Hyresavtal kan inte tecknas av den lokala vårdenheten. Utrymme för investeringar fördelas till förvaltningsnivån som sedan fördelar utrymmet vidare till respektive enheter. När det gäller arbetsgivarfrågor är utgångspunkten att personalvisionen med tillhörande policy skall gälla även VG Primärvård.

Vi bedömer att dessa begränsningar i viss grad kan inskränka förutsättningarna för verksamheter i regionens regi att konkurrera med andra verksamheter på lika villkor. Regionens verksamheter är dock inte skyddade mot följderna av sådan konkurrens utan kan komma att bli föremål för nedläggning om de konkurreras ut.

Både denna risk och den mer sannolika risken för omstrukturering av verksamheterna vid genomförandet av VG Primärvård talar för att regionen kan komma att ställas inför betydande problem med övertalighet. Såvitt kan utläsas ur rapporten från delprojektet har regionen här ett arbetsgivaransvar som kan innefatta betydande kostnader och arbetsinsatser. I det politiska positionspaperet betonas också att Västra Götalandsregionen med bred verksamhet kommer att ta ett koncernövergripande personalpolitiskt ansvar vid eventuell övertalighet.

Övergång av verksamheter från regionens regi till annan driftform förutsätter värdering på marknadsmässiga villkor av såväl materiella som immateriella värden. Det är enligt vår erfarenhet en komplicerad uppgift som kan komma att kräva särskild expertis.

### ***Interna organisationsfrågor***

#### **Uppdrag, organisation, ledning och samverkan**

Syftet med delprojektet är att klargöra vilka konsekvenser VG Primärvård får för VGR:s nuvarande organisation samt lämna förslag till organisatoriska lösningar. I uppdraget ingår att:

- Lämna förslag till hur de regiongemensamma arbetsuppgifterna med VG Primärvård skall administreras och organiseras.

- Kartlägga och lämna förslag till hur befintliga regiongemensamma funktioner skall organiseras i VGR.
- Utredda och lämna förslag till organisation av en medicinsk revisionsenhet enligt idéskissens förslag.
- Ta fram förslag till hur administrativa servicetjänster skall organiseras samt utreda konsekvenserna för regionservice.
- Utredda konsekvenserna för nuvarande utvecklingsarbete och organisationsformer för närsjukvård samt klargöra formerna för regionens ansvar för den långsiktiga utvecklingen av närsjukvården.
- Utredda konsekvenserna för nuvarande organisation av beställar-/utförarmodellen samt regionens ledningsorganisation.

Information och avstämningar med projektet för VG Primärvård i övrigt har främst skett med projektledningen och vid delprojektledarmöten.

## **Dokumentgranskning och intervjuer**

### *Utförarorganisation*

I rapporten förordas att en organisatorisk renodling så långt möjligt sker mellan vårdval och icke vårdval på vårdenhetsnivå. Renodlingen innebär att verksamhet, personal och ekonomi delas upp och inordnas under förändrade organisatoriska ansvarsområden.

Nuvarande förvaltningsstruktur bör i princip bibehållas. De fem förvaltningscheferna/PV-koncerncheferna bör få i uppdrag att forma sin inre organisation. Av regiongemensamma verksamheter föreslås sjukvårdsrådgivning, studierektorer för AT/ST samt medellånga vårdutbildningar, FoU-enheter, mödrahälsovårdsteam och barnhälsovårdsteam få förändrad organisatorisk lösning. I nuläget läggs inga förslag till sådana förändringar.

### *Ägar- och beställarorganisation*

En ledningsstab VGPV förelås inrättas inom hälso- och sjukvårdavdelningen för att säkerställa ett enhetligt och konkurrensneutralt införande av VG Primärvård. Denna ledningsstab skall också ansvara för uppföljning och tolkning av de löpande resultaten samt fortsatt utveckling och utvärdering av modellen. Ledningsstaben bemannas med en fast kärna bestående av centrala resurser kompletterade med ett antal representanter från respektive hälso- och sjukvårdskansli.

### *Medicinsk revisionsenhet*

I rapporten föreslås att en medicinsk revisionsenhet för Medborgarnas Primärvård i Västra Götaland inrättas. Enheten skall bedriva medicinsk revision av de enskilda vårdenheternas medicinska verksamhet. Den medicinska revisionsenheten bör ha ett relativt självständigt arbetssätt och utgöra en centralt placerad funktion med några få fasta medarbetare som vid behov knyter till sig särskild expertis.

Stygruppen återkommer enligt beslutsunderlaget senare med förslag om inrättande av en medicinsk revisionsenhet. Utgångspunkt för dess uppdrag är God Vård. Särskilt viktiga uppgifter är granskning av att vården ges utifrån medicinsk praxis, uppnår patientnytta samt ges på lika villkor. Ytterst ska revisionen befrämja och stödja vårdens utveckling.

### *Närsjukvård*

Den nära vårdens grundidé är enligt rapporten att utveckla den basala hälso- och sjukvården. En välfungerande närsjukvård förutsätter ett nära samarbete och aktiv medverkan från såväl primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården som den öppna och slutna specialiserade vården på sjukhusnivå.

I rapporten föreslås att formerna för samverkan på politisk nivå och på ledningsnivå fortsätter enligt nuvarande upplägg. I övrigt föreslås att dokumenterad avsikt att delta i närsjukvårdsarbetet skall ingå i det som ligger till grund för avtalstecknande. Uppföljning, ersättning och andra incitament skall konstrueras så att leverantören prioriterar att ingå i närsjukvårdsarbetet. Vid utvärdering av införandet och systemeffekterna av medborgarnas primärvård skall närsjukvårdssamverkan särskilt analyseras.

### *Servicejänster*

I rapporten förordas att administrativa tjänster i ett första skede överförs från primärvården till Regionservice enligt den fastställda plan som även gäller för övrig verksamhet. Det är lämpligt att avvakta med överföring av ytterligare administrativa tjänster till Regionservice till ett senare skede när dels omställningsarbetet är genomfört, dels primärvårdsförvaltningarna har värderat vilken kompetens som behövs i den egna organisationen.

### *FoU och utbildning*

Styrgruppen föreslår att vårdenheten ska tillhandahålla kliniska utbildningsplatser för de professioner som är verksamma där. Enheterna ska även aktivt samverka med berörda studierektorer. De kliniska utbildningsplatserna ska hålla den kvalitet och inriktning som anges i VGR:s kvalitetskriterier och de examenskrav som gäller för respektive utbildning. Vårdenheten ansvarar för att klinisk handledare har, av VGR och lärosätena, godkänd handledarutbildning.

### **Bedömning av riskidentifiering och riskhantering**

I arbetsgruppens förslag lämnas flera frågor öppna. Konkreta förslag till hur organisationsförändringar skall genomföras redovisas inte och rapporten avslutas med ett avsnitt om fortsatt uppdrag och genomförande. Här finns enligt vår bedömning ett antal risker och problemområden som kan behöva uppmärksammas i det fortsatta arbetet.

I rapporten pekas på några väsentliga riskområden. Genomförandet förutsätter förberedande aktiviteter som enligt rapporten innebär stor arbetsinsats under relativt kort tid. Det är därför viktigt att arbetet kommer igång snarast möjligt. Vissa löpande operativa uppgifter gentemot allmänheten och vårdgivarna kommer att ha en tyngdpunkt och stor anhopning inför etablerandet av vårdvalssystemet.

Det finns enligt rapporten risk för målkonflikt för leverantörerna när det gäller utveckling av närsjukvården. Syftet att större andel patienter skall slutbehandlas i primärvården innebär ett ökat åtagande för leverantören.

Det finns också risk för målkonflikt mellan närsjukvårdssamverkan och mångfald av leverantörer. Närsjukvårdssamverkan kan underlättas av att Medborgarnas primärvård drivs av ett fåtal större leverantörer. Sammantaget noteras att konsekvenserna av Medborgarnas primärvård kan bli att närsjukvårdssamverkan försvåras.

## SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

I det här avsnittet redovisar vi vår sammanfattande bedömning av de insatser för analys av risker som gjorts inom beredningsarbetet för VG Primärvård. Avsikten är att svara på de tre övergripande revisionsfrågor som redovisats inledningsvis i beskrivningen av vårt uppdrag samt att formulera våra rekommendationer inför det fortsatta arbetet med implementering av det nya systemet för vårdval.

### ***Sammanfattande bedömning***

#### **Ändamålsenlighet och tillförlitlighet i beredningsprocessen**

##### *Övergripande styrning*

Arbetet med VG Primärvård är till avgörande delar styrt externt genom regeringens förslag att göra lagstiftningen om Vårdval i primärvården tvingande. Västra Götalandsregionen har enligt sammanställning i propositionen av remissyttranden tillsammans med övriga sjukvårdshuvudmän avvisat utredningens förslag i den delen. Ett flertal remissinstanser har också enligt sammanställningen i propositionen uttryckt tveksamhet över den korta tiden för genomförandet av reformen.

Sjukvårdshuvudmännen har nu att förhålla sig till de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som regeringen föreslår riksdagen att besluta om och att förbereda genomförande i tid för lagstiftningens ikraftträdande 2010-01-01.

Vår sammanfattande bedömning är att beredningen av föreslagna förändringar i systemen skett på ett sätt som under givna förutsättningar kan anses ändamålsenligt och tillförlitligt. I arbetet har prioriterats att nå resultat som är tillräckligt genomarbetade för att kunna ligga till grund för genomförande av reformen inom den givna tidsramen.

Tidpressen innebär att analyser inte alltid kunnat fördjupas på ett sätt som enligt arbetsgrupperna vore önskvärt. I de förslag som ligger till grund för beslut 2009-02-03 i Regionfullmäktiges lämnas också många väsentliga frågor olösta och hanteringen av dem skjuts upp till genomförandet under 2009. Det ställer enligt vår bedömning stora krav på riskanalyser och prioriteringar i den fasen av beredningen av VG Primärvård.

Vi bedömer också att den övergripande styrningen av projektet fungerat på ett tillfredsställande sätt trots de problem med transparens som följer av uppdelningen på ett stort antal delprojekt. För de nio delprojekten har tydliga instruktioner formulerats med uppgift om uppdrag och krav på samverkan med övriga delprojekt. I vissa delrapporter redovisas hur samverkan skett med andra delprojekt. Avrapportering har skett löpande till HSU och projektets styrgrupp. Dessa har beslutat om korrigeringar eller kompletterande uppdrag till arbetsgrupper när så bedömts erforderligt.

##### *Förankring mot medborgare och medarbetare*

Det delprojekt som arbetat med kommunikationsfrågor har utformat kommunikationsstrategi, åtgärdsplan samt aktiviteter som erfordras för att genomföra huvudprojektet. Några insatser för faktisk förankring under beredningen hittills har dock inte redovisats med undantag av att

en facklig referensgrupp knutits till projektorganisationen och att förhandling genomförts enligt MBL § 11.

Som underlag för beslut i Regionfullmäktige har redovisats beslutsunderlag från styrgruppen samt Krav och kvalitetsbok 2009-01-19.

I beslutsunderlaget från styrgruppen ges kommunikationsfrågorna mycket begränsad uppmärksamhet. Under avsnittet om genomförande och fortsatt utvecklingsarbete noteras att det efter beslut om införande av VG Primärvård krävs ett antal förberedande aktiviteter inför starten. Det handlar om information och kommunikation till såväl vårdgivare som befolkning, utbildningsinsatser, stöd och rådgivning om ersättningssystemet, ansökningar från vårdgivare, godkännandeprocessen och kontraktsskrivande, medborgarnas val av vårdenhet samt listningsförfarandet m.m.

#### *Beredskap att hantera oönskade effekter*

Några av de intervjuade påpekar att någon samlad risk- och konsekvensanalys av de föreslagna förändringarna inte gjorts och att de därför uppfattat svårigheter att avgöra om projektet i sin helhet styrts i vad som bedöms rätt riktning.

I vår granskning av dokumentationen från styrgruppen och arbetsgrupperna har vi funnit riskbedömningar inom vissa områden men inga samlade, systematiska sådana bedömningar i de förslag som redovisas. Många de problem som arbetsgrupperna inte funnit tid att bearbeta på önskvärt sätt har lyfts över till genomförandefasen.

Sammantaget är vår bedömning att det finns en beredskap att hantera oönskade effekter men att denna beredskap förefaller mindre väl utvecklad än som varit önskvärt med hänsyn till den komplexitet som är förenad med genomförande av vårdvalsreformen.

#### **Förändringar jämfört med tidigare system**

Den föreslagna reformen innebär omfattande förändringar i förutsättningarna för vårdutbudet i Västra Götalandsregionen. Vad som inte förändras är att vården fortfarande finansieras med offentliga medel. Den totala volym som blir tillgänglig för primärvård bestäms liksom tidigare genom de budgetramar som beslutas av Regionfullmäktige. De offentliga beslutsfattarna har därmed förutsättningar för fortsatt kostnadskontroll.

Hälso- och sjukvårdslagens mål om god hälsa och vård på lika villkor för alla medborgare står kvar. Det är ytterst regionens ansvar att leva upp till dessa förutsättningar och att erbjuda medborgarna vård i enlighet med lagens intentioner.

#### *Utrymme för flera vårdgivare*

Den förändring av förutsättningarna som är en följd av regeringens förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen är att regionen är skyldig att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom regionen kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster enligt det föreslagna vårdvalssystemet.

Regionen skall utforma systemet så att alla utförare behandlas lika. Ersättningen till utförare i vårdvalssystemet skall följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem skall lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Avsikten med regeringens förslag är att stärka patientens ställning och att erbjuda ökad valfrihet genom ett större antal konkurrerande vårdgivare när verksamheten delas upp på flera, självständiga utförare.

Samtidigt blir innehållet i vårdutbudet mer standardiserat än hittills i Västra Götalandsregionen eftersom samma uppdrag för primärvård skall gälla inom hela regionen. Väl fungerande enheter kan komma att splittras upp om de i nuläget också har uppgifter som inte innefattas i det nya primärvårdsuppdraget.

#### *Ändrat ersättningsystem*

Istället för budgetallokering kommer respektive vårdenhet i vårdvalssystemet att få ersättning genom en primärvårdspeng som till närmare 85 procent bestäms av ålder, kön och vårdtyngd hos dem som valt eller passivt listats vid enheten. Den totala intäkten avgörs av hur väl vårdgivarna lyckas få medborgarna att lista sig hos enheten respektive om enheten kunnat etablera sig i ett område med ett stort antal passivt listade patienter.

Utrymmet för ersättning för prestationshöjande insatser har satts till knappt tio procent av totala ersättningsbeloppet. Knappt tre procent har avsatts som stimulans för kvalitetshöjande aktiviteter. Två procent vardera har beräknats för glesbygdsersättning respektive ersättning för sämre socioekonomiska förhållanden.

#### *Ökad administrativ belastning*

I delrapporterna ägnas relativt begränsat utrymme åt analys av administrativa konsekvenser av det nya vårdvalssystemet. Vid överlåtelse av verksamheter kommer regionen att ställas inför krav att beräkna lämpligt värde för de verksamheter som överläts. Det kan förväntas bli en omfattande uppgift för regionen att granska och godkänna potentiella vårdleverantörer. Likaså kan det uppkomma en omfattande administration kring beräkning av och utbetalning av ersättningar respektive granskning och uppföljning av vårdgivarnas verksamhet.

Utökade krav kommer att ställas på väl fungerande IT-system som stöd för analys, uppföljning och granskning av verksamheterna inom vårdvalssystemet.

#### *Ändrade förutsättningar för medborgarnas insyn i verksamheterna*

Resultat av respektive enheters verksamhet skall kunna offentliggöras som grund för medborgarnas vårdval och det finns i villkoren särskilt angivet att vårdgivare inte får begränsa de anställda meddelarfrihet. Det kan ge ökad information om verksamheternas service och kvalitet i övrigt. Samtidigt begränsas allmänhetens förutsättningar för insyn direkt eller via massmedia genom att privata vårdgivare inte omfattas av offentlighetsprincipen.

#### **Effekter av det nya vårdvalssystemet**

Vi har i det föregående behandlat tänkbara effekter av det föreslagna vårdvalssystemet med särskilt fokus på riskbedömningar. I det här avsnittet gör vi en sammanfattning av vad vi bedömer som de mest väsentliga riskområdena.

#### *Obalans mellan utbud och vårdbehov*

Processen för urval och godkännande av vårdleverantörer behandlas mycket knapphändigt i styrgruppens beslutsunderlag. Grundprincipen är att en leverantör får bedriva vård inom VG

Primärvård under förutsättning av denne godkänns av Västra Götalandsregionen. För godkännande skall leverantören uppfylla de villkor som anges i regionens Krav- och kvalitetsbok och kunna ange i vilken kommun eller stadsdel som verksamheten kommer att bedrivas.

Det kan komma att finnas områden som saknar tillräckligt befolkningsunderlag för att vara intressanta för en leverantör att öppna verksamhet i trots extra ersättning för glesbygd eller socioekonomiska förhållanden.

Å andra sidan kan det också tänkas finnas områden som är så attraktiva att flera leverantörer samtidigt anmäler intresse för samma geografiska område. I det första fallet måste regionen ändå fullgöra sitt lagstadgade vårdansvar. I det andra fallet måste regionen ha någon form av mekanism för att välja leverantör om intressenterna inte kan komma överens själva.

I rapporterna från arbetsgrupperna eller styrgruppen har vi inte funnit någon diskussion om vad som skall hända i sådana fall.

#### *Omställningskostnader och geografisk omfördelning av resurser*

Styrgruppen noterar i sitt beslutsunderlag att etableringen av den nya primärvårdsmodell som VG Primärvård innebär kan leda till omställningskostnader av olika slag för regionen, t.ex. friställda lokaler eller övertalig personal till följd av minskning eller avveckling av verksamheter inom den offentliga primärvården. Hur dessa kostnader skall finansieras och hanteras internt inom regionen utreds för närvarande inom ett av delprojekten och styrgruppen avser att återkomma senare med förslag.

I avrapporteringen av följduppdrag om ekonomi, ersättning och kostnadsansvar från delprojekt 3 redovisas att det idag finns stora variationer mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder vad gäller primärvårdsuppdragets omfattning, ersättning per invånare för primärvård samt detaljeringsgrad i den ekonomiska rapporteringen. Vidare varierar gränssnittet mellan primärvården och andra vårdgivare, bland annat sjukhusen och kommunerna.

Den nya och regionalt enhetliga ersättningsmodellen medför enligt arbetsgruppen därmed vissa förändringar i fördelningen av primärvårdsresurser. Det har inte varit möjligt att förklara alla större avvikelser, men det kan enligt arbetsgruppen konstateras att flera av de vårdenheter som ser ut att få ökad ersättning idag har en ACG-poäng som överstiger genomsnittet i Västra Götalandsregionen. Dessutom beräknas de få ersättning genom antingen den socioekonomiska eller den geografiska faktorn.

På motsvarande sätt har enligt arbetsgruppen flera av de vårdenheter som ser ut att få minskad ersättning idag en ACG-poäng som understiger regiongenomsnittet. Några av dessa har även höga kostnader för att de invånare som valt vårdenheten gör besök hos andra vårdgivare.

#### *Kostnadskontroll, lönsamhetsfokus och suboptimering*

Styrgruppen bedömer i sitt beslutsunderlag att ersättningsmodellen i VG Primärvård i sina grundläggande delar ger god kostnadskontroll för VGR men att den också har inslag som medför vissa risker för kostnadsökningar. Det gäller bl.a. täckningsgrad, tolkkostnader och förändrade patientavgifter. En önskvärd utveckling som innebär att fler patienter tas omhand inom primärvården innebär åtminstone på kort sikt ökade totalkostnader.

Den stora andel av ersättningen till leverantörerna som utgår i form av en primärvårdspeng baserad på de listade medborgarnas ålder, kön och vårdtyngd medför enligt vår bedömning betydande risk för fokus på lönsamhet genom kostnads kontroll hos leverantörerna. Knappt tio procent av ersättningen går att påverka genom ökad verksamhetsvolym.

Mindre än tre procent av totala ersättningen avsätts för åtgärder som inriktas på förbättrad kvalitet genom särskilt målrelaterad ersättning. Totalt uppgår den målrelaterade ersättningen till 144 000 tkr enligt styrgruppens beslutsunderlag. Fördelningen av dessa medel på olika kvalitetsvariabler framgår av tabellen nedan.

**Fördelning av målrelaterad ersättning på kvalitetsvariabler  
enligt Krav- och kvalitetsbok 2009-01-19**

	Totalt	Per enhet	Procent
<b>Målrelaterad ersättning 2009</b>	<b>Tkr</b>	<b>Tkr</b>	<b>av ersättning</b>
Telefontillgänglighet	28 800	203	0,6
Medverkan i folkhälsorådets arbete	7 200	51	0,1
Akrediterade laboratorier	14 400	101	0,3
Läkemedelsavstämning för äldre	28 800	203	0,6
Andel kinoloner av UVI antibiotika för kvinnor	21 600	152	0,4
Anslutning till nationella kalitetsregister	21 600	152	0,4
Andel patienter nöjda med tillgängligheten	21 600	152	0,4
<b>Summa</b>	<b>144 000</b>	<b>1 014</b>	<b>2,8</b>

Beräkningen av ersättning per enhet baseras på ett totalantal om 142 enheter enligt uppgift i rapport från delprojekt 3. Vi har inte justerat för skillnader i enheternas storlek men har ur arbetsgruppens redovisning kunnat utläsa att genomsnittskostnaden per enhet inom nämnderna i regionen ligger kring 30-40 tusen tkr 2007 med undantag av två nämnder som har väsentligt högre genomsnittskostnader.

Fördelningen av den samlade ersättningen på de kvalitetsvariablerna återspeglar den prioritering mellan variablerna som de ansvariga för beredningen gjort och deras bedömning av förväntad resursåtgång för respektive aktivitet. Det finns starka skäl att anta att leverantörerna på motsvarande sätt kommer att noggrant pröva ekonomiska för- och nackdelar med ett engagemang i olika kvalitetshöjande aktiviteter.

*Konkurrens på lika eller olika villkor*

Enligt förutsättningarna för reformen är det väsentligt att konkurrensen mellan olika vårdgivare i vårdvalssystemet sker på lika villkor. Vi kan dock urskilja en del asymmetrier i de föreslagna villkoren som begränsar förutsättningarna för verksamheter i regionens regi att konkurrera fullt ut.

I vårdvalsmodellen tillämpas samma regelverk och ersättning för samtliga vårdenheter, oavsett driftsform. I händelse av otillfredsställande lönsamhet löper de verksamheter inom VG Primärvård som drivs i regionens regi samma risk för nedläggning som privata verksamheter inom området. Regionen har då ett arbetsgivaransvar för de anställda i verksamheter som bedrivs i egen regi.

Verksamheter som bedrivs i regionens regi har inte rätt att förfoga över eventuella överskott på det sätt som gäller för fristående verksamheter i privat regi. Istället skall enheter i regionens regi leverera in positivt resultat till PV-koncernen men kan året efter disponera del av PV-koncernens positiva egna kapital efter vissa spelregler. Negativt resultat/underskott innebär krav på återbetalning till koncernen.

Offentliga vårdenheter förutsätts vidare anlita regionens serviceverksamheter vad gäller olika typer av administrativa och tekniska servicetjänster. En vårdenhet bör inte ha befogenhet att självständigt anlita eller upphandla serviceverksamhet på marknaden.

Utgångspunkten när det gäller arbetsgivarfrågor är att personalvisionen med tillhörande policyer ska gälla även VG primärvård. Även alla regiongemensamma kollektivavtal och riktlinjer ska gälla om inget annat anges. Utgångspunkten för detta är att VGR är en arbetsgivare. Detta innebär enligt vår bedömning att det kan bli svårt för verksamheter i regionens regi att konkurrera om vissa nyckelgrupper i arbetskraften.

#### *Administration och konflikthantering*

Den ökade belastning på regionens administrativa funktioner som det nya vårdvalssystemet kan förväntas medföra har hittills ägnats mycket begränsad uppmärksamhet i beredningsarbetet. Initialt kommer regionen att ställas inför kravet att granska och godkänna ett antal leverantörer. Om det blir fråga om överlåtelse av verksamheter skall regionen också kunna göra en korrekt värdering av de verksamheter som övergår i annan regi.

När det nya systemet börjat fungera skall regionen kunna administrera fördelning av resurser enligt villkoren för verksamheten och en löpande uppföljning av de verksamheter som leverantörerna svarar för. I det ingår också krav på att kunna ingripa och initiera korrigerande åtgärder där så anses befogat.

Normalt förutsätts verksamheterna förlöpa friktionsfritt i gott samarbete mellan regionen och leverantörerna. Det är dock inte osannolikt att det förr eller senare uppkommer konflikter mellan leverantörerna sinsemellan eller mellan en leverantör och regionen.

I vårdvalssystemet förutsätts att viktiga funktioner i en del fall skall fullgöras i samverkan mellan leverantörer. Det gäller exempelvis jouransvar och områdesansvar. Om leverantörerna inte kan komma överens och oenigheten innebär risk för medborgarna kan sådana konflikter innebära krav på intervention från regionen.

Det kan också förekomma situationer där regionen inte är nöjd med den verksamhet en leverantör bedriver och att eventuella korrigerande åtgärder anses otillfredsställande. Erfarenheter från andra granskningar visar att det kan vara svårt för offentliga verksamheter att hantera sådana konflikter. Företag som mist uppdrag på grund av exempelvis ekonomiska oegentligheter eller allvarliga brister i vårdkvalitet kan ombilda dessa till nya företag och hävda att påtalade brister därmed är undanröjda.

#### *Förankring och förtroende*

Det förtroende som medborgare och medarbetare i regionen får för det nya vårdvalssystemet bestäms ytterst av hur det fungerar i praktiken. En viktig förutsättning för det är att skapa förståelse och acceptans för de villkor som det nya systemet skall verka under.

Vi har i tidigare avsnitt redovisat de förslag som tagits fram av arbetsgruppen för kommunikationsstrategi och noterat att dess redovisning förefaller mer fokuserad på enkelriktad information till medborgare, leverantörer och medarbetare än på kommunikation med dessa.

Vi har också noterat att styrgruppen i sitt beslutsunderlag ägnar mycket begränsad uppmärksamhet åt frågor om information och kommunikation till anställda och till medborgare. VG Primärvård kommer enligt beslutsunderlaget att ställa andra och nya krav på ledarskap, inte minst för vårdenheternas verksamhetschefer. Det är därför angeläget att VGR satsar på ett utbildningsprogram för verksamhetschefer inom VG Primärvård. I ett av de pågående delprojekten ingår att ta fram ett förslag till en sådan utbildning.

Efter beslut om ett införande av VG Primärvård krävs ett antal förberedande aktiviteter inför starten. Det handlar om information och kommunikation till såväl vårdgivare som befolkningen, utbildningsinsatser, stöd och rådgivning om ersättningssystemet, ansökningar från vårdgivare, godkännandeprocessen och kontraktsskrivande, medborgarnas val av vårdenhet samt listningsförfarandet m.m.

Arbetsgruppernas och styrgruppens attityd till information utåt har hittills varit utomordentligt restriktiv. Förankring har huvudsakligen skett inom projektet mellan arbetsgrupper och gentemot styrgruppen samt mot förtroendevalda beslutsorgan.

### Rekommendationer inför det fortsatta beredningsarbetet

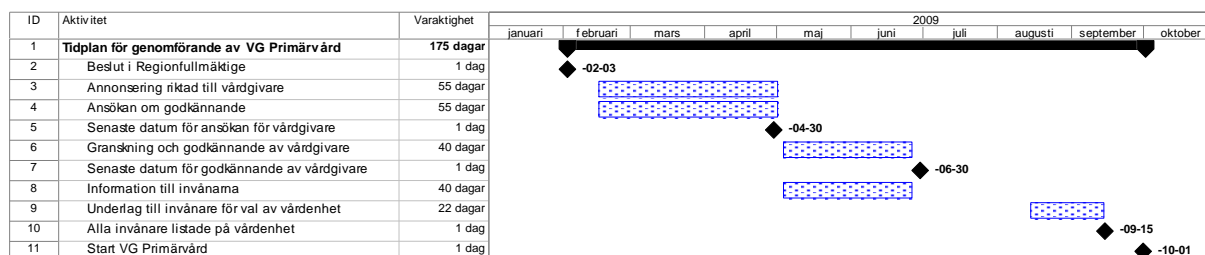
Vi har tidigare noterat att beredningsarbetet skett under stark tidspress och att behandlingen av många väsentliga frågor skjutits upp till genomförandet under 2009. I slutet av beslutsunderlaget går styrgruppen igenom ett antal centrala problemområden under rubriken Kritiska framgångsfaktorer.

Där behandlas frågor om samverkan, tillgången på allmänläkare, samspelet mellan primärvården och sjukhusen, efterfrågestyrd eller behovsstyrd vård, den offentliga primärvårdens förutsättningar samt behovet av effektivt IT-stöd.

I sista avsnittet av styrgruppens beslutsunderlag redovisas en uppräknings av ett antal förberedelseaktiviteter som behöver genomföras utöver mer generella aktiviteter. Styrgruppen redovisar dock inga genomarbetade prioriteringar eller tidsmässiga rangordningar.

### Tidplan för arbetet

I sista avsnittet av beslutsunderlaget redovisar styrgruppen också en schematisk tidplan för genomförandet med ett antal tidpunkter när olika aktiviteter skall genomföras eller vara klara. För bättre överskådlighet har vi fört över dessa uppgifter till ett enkelt Gantt-schema som återges i figuren nedan.



Illustrationen visar på ett fortfarande starkt komprimerat arbetsschema för beredningen. Totalt finns 240 kalenderdagar eller 175 arbetsdagar att tillgå från 3 februari till 1 oktober 2009. Från mitten av februari till slutet av april står 55 arbetsdagar till förfogande för information till vårdgivarna och för dessa att ansöka om godkännande.

Därefter disponerar projektet 40 arbetsdagar för att granska, godkänna och skriva avtal med dem som ansökt om godkännande som vårdgivare. Under samma tid ges information om vårdvalssystemet till medborgarna.

Den 15 augusti planeras utskick till invånarna om val av vårdenhet ske. Den 15 september förutsätts alla invånare vara listade på respektive vårdenhet. Det ger medborgarna omkring 30 kalenderdagar för att göra sitt val.

### **Förslag till åtgärder**

Den fortsatt pressade tidplanen talar starkt för en mycket strikt planering med tydliga prioriteringar av de väsentligast och mest angelägna uppgifterna. Ur det perspektiv som gäller för den här granskningen menar vi att det är nödvändigt med aktiva insatser för att identifiera risker och bedöma dessa med hänsyn till sannolikhet och konsekvenser efter exempelvis det schema som redovisats inledningsvis i den här rapporten.

Det är inte vår uppgift att göra denna inventering men vi vill peka på en del förhållanden utöver tidigare redovisade risker som enligt vår uppfattning förtjänar särskild uppmärksamhet under genomförandet.

#### *Annonsering och information till medarbetare och intresserade leverantörer*

I våra intervjuer konstateras att leverantörerna behöver tid att räkna på om de vill medverka. De ska ha möjlighet att göra en väsentlig bedömning och ha tid att undersöka de krav som gäller. Privata vårdgivare behöver tid att se över i vilka områden det är intressant att etablera sig i. De privata vårdgivarna ska även hinna föra in sina uppgifter i en databas för vårdenheter för att kunna bli synliga för vårddagarna på den externa webben.

Den här processen skall genomföras under knappt två och en halv månad vilket motsvarar högst 55 arbetsdagar. Vi ser betydande risk för obalanser i form av oförmåga hos entreprenörer att svara upp till regionens krav när det gäller intresseanmälan, svårigheter för regionen att finna intressenter för vissa geografiska områden och kanske intresse från flera aktörer samtidigt för områden som bedöms som särskilt attraktiva.

Andra faktorer att ta hänsyn till är den interna kommunikationen till medarbetarna för att få acceptans och förankring av förändringar i arbetsätt, kultur, ansvar och ledarskap. För detta finns förslag på en utbildningsplan för chefer, för att öka deras kompetens. Som arbetsgivare anses det viktigt för regionen att uppfattas positivt för att kunna attrahera kompetent personal till primärvården.

För de anställda kan vårdvalsreformen innebära stora förändringar i anställningsvillkor och arbetsformer. Den handlingsplan för kommunikationsinsatser som presenterats av delprojekt 8 har huvudsakligt fokus på utbildning av chefer i förändringskommunikation, lokala informationsmöten för personal samt information via personaltidning och webbplats,

Att vinna acceptans och förtroende hos de anställda som berörs av VG Primärvård ser vi som en avgörande faktor för att uppnå önskat resultat av reformen. Brister i kommunikationen med de anställda kan komma att ta mycket energi från verksamheten. Vi bedömer att det finns en betydande risk för underprestation i detta avseende. I styrgruppens beslutsunderlag behandlas frågorna om information till personalen inte alls.

#### *Godkännande och avtalsskrivande*

För den här delen av processen avsätts två månader vilket ger ett utrymme av ungefär 40 arbetsdagar. Godkännande av leverantörer är en komplicerad process som ska genomföras på en kort tid. Vi har här tidigare noterat risk för att vissa geografiska områden inte skall visa sig tillräckligt attraktiva för att intressera någon sökande respektive att det i andra fall kan finnas flera intressenter som konkurrerar om samma område. I båda fallen kan det komma att ställas särskilda krav på insatser från regionen.

I händelse av överlåtelse av verksamheter från regionen till privata leverantörer kommer regionen att ställas inför krav att kunna korrekt värdera de verksamheter som överläts. Det bör finans en beredskap för sådana situationer.

#### *Information till medborgarna*

För att få avsedd effekt är det nödvändigt att det nya vårdvalssystemet får en tydlig förankring hos medborgarna och leder till en hög grad av aktiv listning. I den handlingsplan som bifogats rapporten från arbetsgruppen för kommunikationsstrategi redovisas ett antal informationsaktiviteter som skall sättas igång omedelbart efter beslut om VG Primärvård i regionfullmäktige.

I den tidplan som redovisas i styrgruppens beslutsunderlag har dock information till medborgarna i regionen bestämts till tiden maj-juni 2009. Om inte tiden från februari till maj 2009 utnyttjas för att sprida kunskap om det nya vårdvalssystemet till medborgarna ser vi betydande risk för att projektet förlorar tempo i arbetet med att vinna det förtroende och den acceptans som behövs.

#### *Underlag för medborgarnas val av vårdenhet*

I mitten av augusti 2009 räknar styrgruppen med att utskick till invånarna om val av vårdenhet skall ske. Medborgarna får därefter en månad för att göra sitt val. Senast i mitten av september 2009 skall alla invånare vara listade på respektive vårdenhet.

Enligt bestämmelserna i Krav och kvalitetsbok 2009-01-19 ansvarar VGR för administrationen av val av vårdenhet. De individer som aktivt väljer en vårdenhet anmäler detta antingen direkt till vårdenheten eller till VGR. Vårdenheten ska registrera samtliga individer som önskar välja vårdenheten. VGR ansvarar för att de individer som inte gör ett eget aktivt val erbjuds anslutning till vårdenhet, ett så kallat ickevalsalternativ.

Det är osäkert i vilken utsträckning medborgarna verkligen kommer att aktivt lista sig på någon vårdenhet. Oavsett utfall kommer dock processen att innebära en betydande administrativ belastning på regionen.