

ANNA GLENNGÅRD

**VÄLFÄRDSMARKNADER OCH DUBBEL ANSVARSUTKRÄVNING  
AV UTFÖRARE – ETT RESONEMANG UTIFRÅN ETT  
TEORETISKT PERSPEKTIV OCH UTIFRÅN EXEMPLET SVENSK  
PRIMÄRVÅRD**

SKRIFTSERIE 2014:5



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING  
VID LUNDS UNIVERSITET

## FÖRORD

Ett av KEFUs prioriterade FoU-områden är hälso- och sjukvårdens organisation och styrning. För KEFUs del handlar det om att stimulera till forskning som kritiskt kan granska och följa de senaste årens utveckling inom hälso- och sjukvårdens reformarbete. Ett flertal rapporter har också publicerats under årens lopp.

Föreliggande rapport belyser de förändrade förutsättningar för ansvarsutkrävande gentemot vårdgivaren som införandet av vårdval i primärvården medfört. Utifrån teoretiska och empiriska argument diskuteras patienters respektive huvudmäns möjligheter och förutsättningar till ansvarsutkrävande av vårdgivare. Att vårdgivare ställs till svars från två håll – individ/patient samt huvudman – kallas för dubbel ansvarsutkrävning. Att få denna att fungera är enligt rapporten starkt kopplad till problematiken att både beskriva och utvärdera primärvårdens prestationer. Denna utmaning är emellertid inget argument för att inte göra något för att förbättra förutsättningarna för dubbelt ansvarsutkrävande, enligt författaren. Ett antal intressanta slutsatser dras i rapporten och inte minst pekar författaren på ytterligare behov av att förbättra befintliga system och metoder för uppföljning. Som brukligt svara författaren ensam för de värderingar och slutsatser som görs i rapporten.

*Lund i oktober  
Ulf Ramberg  
KEFU*

# INNEHÅLL

Förord .....	1
Sammanfattning .....	3
Kapitel 1 Bakgrund och syfte med rapporten .....	6
1.1 Hälsoreformer .....	6
1.2 Primärvård är en viktig del av hälso- och sjukvården .....	7
1.3 Valfrihetsreformer i svensk primärvård .....	8
1.4 Välfärdsmarknader .....	9
1.5 Rapportens syfte .....	10
1.6 Rapportens disposition .....	11
Kapitel 2 Resonemang utifrån ett teoretiskt perspektiv .....	13
2.1 Teoretisk referensram: governance och ansvarsutkrävande .....	13
2.2. Behov av dubbel ansvarsutkrävning ur ett teoretiskt perspektiv .....	16
Kapitel 3 Resonemang utifrån exemplet svensk primärvård .....	19
3.1 Praktisk referensram: ansvarsutkrävande i svensk primärvård .....	19
3.2. Behov av dubbel ansvarsutkrävning ur perspektivet svensk primärvård .....	22
Kapitel 4 Diskussion .....	26
4.1 Vårda marknaden: Förbättrad information till individer .....	27
4.2. Vilken uppföljning medger information i register för huvudmän? .....	28
4.3 Mer ändamålsenlig information behövs .....	30
4.4 Dialog är ett viktigt komplement till uppföljning baserat på register .....	31
4.5 Slutsatser .....	32
Referenser .....	34

## SAMMANFATTNING

Reformer som fokuserar på ökad privatisering och konkurrens bland utförare och ökad valfrihet för individer (patienter, elever, brukare) har införts i svensk hälso- och sjukvård, skola och omsorg. Individer ska kunna välja bland offentliga och privata utförare som finansieras med offentliga medel och som förväntas konkurrera om elever, patienter och brukare på en reglerad marknad – en välfärdsmarknad.

I svensk primärvård gäller sedan 2010 att valfrihet för individer och etableringsfrihet för vårdgivare är obligatoriskt. Det är upp till varje sjukvårdshuvudman (landsting och regioner) att utforma sin primärvårdsmodell. Men enligt nationell lagstiftning ska alltså samma krav på kompetens och åtagande gälla för samtliga mottagningar som ingår i vårdvalet, oavsett ägarform. Etableringsfrihet ska gälla för vårdgivare som uppfyller huvudmännens krav.

Anledningen till införandet av ökad valfrihet och konkurrens är att komma till rätta med upplevda problem kopplade till tillgänglighet och lyhördhet gentemot individer. Införandet av välfärdsmarknader som en struktur för att förmå aktörer att koordinera sina aktiviteter kan därmed ses som ett sätt att uppnå nya målsättningar med välfärdstjänster. Dock är tanken att dessa nya målsättningar ska kunna uppnås utan negativa konsekvenser för traditionella målsättningar kopplade till rättvis tillgång till tjänster, kvalitet, effektivitet och produktivitet.

Införandet av vårdval i primärvården har förändrat förutsättningarna för ansvarsutkrävande gentemot vårdgivare. Tanken med att ge individer valfrihet att välja vårdgivare är att mottagningar ska spurras att förbättra sin tillgänglighet, lyhördhet och kvalitet gentemot patienter eftersom befolkningen har möjlighet att välja en annan mottagning om man är missnöjd med tjänsterna där man är listad. På så vis finns det ett hot om förlorad intäkt ifall mottagningen inte kan tillgodose individens förväntningar. Ett viktigt sätt för individer att utkräva ansvar av vårdgivare ligger därför i möjligheten till omval.

På välfärdsmarknader man säga att vårdgivare utkrävs på ansvar för sitt agerande från två håll, dels från individer och dels från huvudmän – så kallad dubbel ansvarsutkrävning. Individer kan genom val (och omval) ge uttryck för sina preferenser genom att klaga eller välja bort mottagningar som inte motsvarar deras förväntningar. Den teoretiska utgångspunkten är Hirshmans (1970) resonemang kring protest/dialog (voice) och sorti (exit). Huvudmän ska i egenskap av finansiärer och policymakare besluta om vilka krav som ska gälla för utförare, hur de ska betalas samt fördela resurser.

Ur ett teoretiskt perspektiv finns det åtminstone tre anledningar till varför det är det nödvändigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmechanismer mellan individer och vårdgivare införs:

- Eftersom olika aktörer förväntas vara intresserade av att maximera sin egen nytta och olika individer har olika förutsättningar att göra ett val av vårdgivare är marknadsmechanismer otillräckliga för att kunna uppnå målsättningar kopplade till rättvis tillgång till vård.
- Eftersom det är sådant som individer själva kan observera (empirical beliefs) i motsats till "fakta" som styr individens agerande och efterfrågan på sjukvård är marknadsmechanismer otillräckliga för att kunna uppnå målsättningar kopplade till en hög kvalitet.
- Eftersom sjukvård är föremål för en liten eller ingen avgift alls för individer vid själva besöket och individer inte har någon information om hur fördelningen av resurser till vårdgivare är marknadsmechanismer otillräckliga för att kunna uppnå målsättningar kopplade till effektivitet och produktivitet.

Baserat på resultat från studier om aktörer och målsättningar i svensk primärvård är det också nödvändigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmechanismer mellan individer och vårdgivare införs:

- Studier tyder på att det finns en bristande tillgänglighet på jämförande information om mottagningar samt en passivitet avseende att ta till sig ny information bland individer. Man baserar sitt val av vårdgivare på sådant som man kan observera i mötet med vården. Val baserat på sådan information kan räcka för att uppnå vissa (nya) målsättningar i vården men kan inte förväntas räcka för att uppnå traditionella målsättningar kopplade till hög kvalitet, jämlik fördelning och effektivt använda resurser.
- Studier tyder också på att det föreligger skillnader i hur nöjd man är med den vård man får med hänsyn till socioekonomisk status, skillnader i valfrihet beroende på var i landet man bor och begränsade kunskaper om hur primärvården faktiskt fungerar för olika grupper av individer med olika förutsättningar. Sammantaget behövs mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare för att säkerställa en rättvis tillgång till vård.

En första slutsats i rapporten är att det är nödvändigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmechanismer mellan individer och vårdgivare införs om övergripande målsättningar ska kunna uppfyllas. Information som baseras på egna eller bekantas möten med vården kan vara tillräcklig för att individer ska kunna utkräva vårdgivare på ansvar för målsättningar kopplade till lyhördhet och tillgänglighet. Vidare kan individer också ges bättre förutsättningar att kunna utkräva vårdgivare på ansvar för målsättningar kopplade till vissa aspekter av medicinsk kvalitet samt kontinuitet. Andra målsättningar kopplade

till effektivitet, medicinsk kvalitet, produktivitet och jämlik tillgång till vård kan dock inte individer förväntas utkräva ansvar för även om tillgången på information skulle förbättras.

En andra slutsats i rapporten är att det är angeläget att ta fram och, i den mån den finns, att förbättra tillgängligheten till ändamålsenlig information för individer och huvudmän att kunna utvärdera prestationer i primärvården. För individer handlar det om att redovisa mer ändamålsenlig information att basera val på. Ansvarsutkrävning gentemot vårdgivare av huvudmännen handlar i stor utsträckning om att precisera krav på vårdgivare för att få bedriva primärvård och få ersättning och uppföljning av dessa krav baserat på information i register. Dessa möjligheter att följa upp prestationer begränsas i stor utsträckning av att information om fördelning och innehåll i besök samt vilka resultat som insatserna genererar saknas i register. Huvudmän behöver information om hur mottagningar använder tilldelade resurser i allmänhet men i synnerhet om hur de använder extra tilldelade resurser baserat på förväntat större behov av primärvård.

En tredje slutsats i rapporten är att mekanismer för ansvarsutkrävning som handlar om fördjupad dialog är ett nödvändigt komplement till ansvarsutkrävning baserat på information i register. Utöver uppföljning och ansvarsutkrävande baserat på information i register på olika nivå tillämpas olika former av dialog med vårdgivare. Vid den typen av uppföljning ges möjlighet för huvudmän att få kunskap om vad tilldelade resurser används till som inte syns i register. Sådan kunskap handlar exempelvis om vilka insatser som görs för specifika patientgrupper. Den typen av kunskap går inte att utläsa register, åtminstone inte så länge som det saknas information om innehåll, längd och fördelning av besök bland individer i dessa.

# KAPITEL 1

## BAKGRUND OCH SYFTE MED RAPPORTEN

Reformer som syftar till att öka konkurrensen mellan utförare och valfriheten för individer har successivt införts i svensk vård, skola och omsorg sedan tidigt 1990-tal. Som en följd av dessa reformer ska individer (patienter, elever, brukare) nu själva kunna välja vilken utförare – privat eller offentlig – som de vill använda. Vårdgivare, skolor och äldreboenden/hemtjänst förväntas i sin tur konkurrera med varandra på en reglerad marknad. Införandet av dessa välfärdsmarknader kan ses som ett sätt för politier och tjänstemän att försöka komma till rätta med upplevda problem med olika välfärdstjänster.

Välfärdstjänster såsom vård, skola och omsorg är föremål för många och ofta svårförenliga målsättningar samt informationsasymmetrier mellan olika aktörer. Viktiga målsättningar är att tjänsterna ska vara av hög kvalitet, produceras på ett effektivt sätt, vara lyhörda gentemot individens önskemål, vara jämlikt fördelade samt att de (skatte-) medel som finansierar tjänsterna ska hanteras på ett ansvarsfullt sätt (Le Grand 2007). När det gäller hälso- och sjukvården kombineras vanligtvis dessa målsättningar som är generella för offentligt finansierade tjänster med målsättningar kopplade till förbättrad hälsa för befolkningen (Smith m fl 2012). De olika målsättningarna kan förväntas vara olika viktiga för de aktörer som ska organisera och finansiera, använda respektive producera tjänsterna.

### 1.1 HÄLSOREFORMER

När hälsoreformer ska genomföras måste de olika målsättningarna såväl som de olika aktörernas förväntningar beaktas. Bevan m fl (2010) drar slutsatsen att det inte finns något sätt att organisera och finansiera sjukvård så att någon eller några målsättningar uppfylls utan att det sker på bekostnad av andra målsättningar. Detta kan betraktas som en anledning till att hälsosystem ständigt är föremål för förändringar. Reformer introduceras för att komma till rätta med identifierade problem, vilket i sin tur leder till nya problem och nya reformer.

Cutler (2002) identifierar tre olika faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem. Den första fasen handlar om att nå ut med sjukvård till befolkningen. Fokus ligger på lika vård på lika villkor. I princip bortser man i denna fas från målsättningar kopplade till effektivitet och kvalitet. Som en

konsekvens av att en allt större andel av samhällets resurser allokeras till hälso- och sjukvården följer den andra fasen med ökade krav på kostnadskontroll. Denna fas i sin tur återföljs av en tredje fas med ökade krav på resultat och värde för pengarna då målsättningar kopplade till effektivitet, kvalitet, tillgänglighet och lyhördhet gentemot patienters behov och önskemål hamnar i fokus. De NPM-inspirerade reformer som införts i offentlig sektor i framför allt de nordiska länderna samt Storbritannien sedan sent 1970-tal eller tidigt 1980-tal kan ses som en del av den tredje fasen. NPM kan, i detta sammanhang, beskrivas som ett samlingsbegrepp som inkluderar olika reformer och förändringar inom offentlig sektor inspirerade av lösningar från den privata sektorn. Sådana reformer inkluderar ökat fokus på resultatmätning, privatisering och konkurrens samt valfrihet för medborgare. Som en konsekvens av de olika reformerna läggs nya mål kontinuerligt till traditionella mål vilka vårdgivare måste ta hänsyn till.

## **1.2 PRIMÄRVÅRD ÄR EN VIKTIG DEL AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN**

För att kunna nå hälso- och sjukvårdens övergripande målsättningar brukar en väl fungerande primärvård ses som en viktig eller till och med nödvändig förutsättning. Länder med en väl utbyggd och fungerande primärvård brukar uppvisa lägre kostnader för hälso- och sjukvården totalt sett och en friskare befolkning (Saltman m fl 2006; Starfield 1998; WHO 2008). Enligt Barbara Starfield är det sex faktorer som i sig själva eller i kombination gör att en väl fungerande primärvård lönar sig (Starfield 2005). Dessa är bättre tillgång till vård, speciellt för socialt utsatta grupper; bättre vårdkvalitet; mer fokus på förebyggande vård; tidig intervention och hantering av hälsoproblem; bättre patientfokus, samt att primärvården utgör ett filter som motverkar överbehandling inom specialistvården. En god primärvård ska idealt uppfylla alla målsättningar som välfärdstjänster generellt ska leva upp till samt några som är specifika för just primärvård: nämligen effektivitet, produktivitet (inklusive kostnadskontroll), kontinuitet, tillgänglighet, rättvis tillgång till vård, lyhördhet gentemot patienters behov och önskemål samt kvalitet (Lamarche m fl 2003).

Primärvården ska utgöra en första vårdnivå inom hälso- och sjukvården och omfatta sådan vård som inte kräver de resurser som återfinns vid sjukhus. Primärvård ska vara patientcentrerad och inte sjukdomscentrerad. Generalistkompetens snarare än specialistkompetens ska finnas inom primärvården. Det brukar också lyftas fram att kontinuitet i kontakten med patienten samt samordning av patientens behov med olika vårdgivare och förebyggande arbete är viktiga inslag (Starfield 1994; Lester och Roland 2009). Primärvård definieras



alltså inte i sig utan i relation till sin plats i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvård är sådan vård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Mot bakgrund av den utveckling som innebär att en allt större del av arbetet inom hälso- och sjukvården kan ske utanför sjukhusen ändras också primärvårdens innehåll kontinuerligt.

### **1.3 VALFRIHETSREFORMER I SVENSK PRIMÄRVÅRD**

I linje med uppfattningen att en väl fungerande primärvård är en nödvändig förutsättning för att nå hälso- och sjukvårdens övergripande målsättningar har hälso- och sjukvårdssystemet successivt strukturerats om i Sverige. En förskjutning från slutenvård mot öppenvård och primärvård har ägt rum. Utbyggnaden av primärvården har dock gått trögt i praktiken. Primärvården har dragits med tillgänglighetsproblem. Det har funnits ett gap mellan de resurser som tilldelas primärvården och det uppdrag som primärvården har förväntats ha, inte minst i ljuset av att primärvårdens uppdrag successivt har utvidgats (Anell, Glenngård, Mercur 2012). I Sverige svarar primärvården för omkring en femtedel av hälso- och sjukvårdens totala utgifter. Den andelen har varit relativt oförändrad under det senaste decenniet (Sveriges läkarförbund 2014). Det har också funnits ett gap mellan befolkningens förväntningar på primärvården och vad primärvården har kunnat leverera. Befolkningens förtroende har traditionellt varit lägre för primärvården än för den specialiserade vården (Anell 2005).

För att komma till rätta med identifierade problem med tillgänglighet, förtroende och lyhördhet gentemot individers behov och förväntningar har valfrihet för individer successivt införts i svensk primärvård sedan tidigt 1990-tal. De tidiga reformerna innebar dock små förändringar för individers upplevelse av primärvården i praktiken. Valfrihet kombinerades nämligen inte med konkurrens bland vårdgivare och finansieringen till vårdgivare följde inte befolkningens val. Senare reformer har kombinerat dessa tre delar. Valfrihet för individer i kombination med etableringsfrihet för vårdgivare i svensk primärvård successivt under andra halvan av 2000-talet.<sup>1</sup> Ersättning till vårdgivare ska dessutom följa

---

<sup>1</sup> Halland 2007, Västmanland och Stockholm 2008, Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland 2009, resterande landsting 2010.

befolkningens val. Sedan 2010, efter en ändring i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 5 § gäller att:

”landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas. Lag (2009:140).”

Vårdvalsreformen innebar en genomgripande förändring i svensk primärvård vad gäller principer för att organisera vården och för att ersätta vårdgivare. Svensk primärvård har traditionellt byggt på geografiskt områdesansvar för vårdgivare och stora vårdcentraler i offentlig regi med ett brett ansvar för individers behov av primärvård. Fast ersättning till vårdgivare baserat geografiskt upptagningsområde har tillämpats (Anell 2005). Den modell för primärvård som traditionellt har varit gällande har goda förutsättningar för att uppnå målsättningar kopplade till produktivitet, kontinuitet, rättvis fördelning, och kvalitet men sämre vad gäller tillgänglighet och lyhördhet gentemot individers önskemål (Lamarche 2003). När vårdvalsreformen infördes byttes den traditionella modellen med stora vårdcentraler som ansvarar för en befolkning baserat på geografiskt upptagningsområde med en svag läng mellan vårdgivares aktiviteter och betalning mot något nytt. Individer ska nu istället kunna välja bland offentliga och privata utförare som finansieras med offentliga medel och som förväntas konkurrera om patienter på en reglerad marknad. Individer som tidigare tilldelades en vårdgivare baserat på bostadsadress får möjlighet att välja en vårdgivare i enlighet med sina preferenser kring exempelvis tillgänglighet och bemötande. Fortsättningsvis används begreppet välfärdsmarknad vilket i den här rapporten avser kvasimarknad med valfrihet för individer (Le Grand 1991; Le Grand 2007).

## **1.4 VÄLFÄRDSMARKNADER**

Införandet av välfärdsmarknader kan ses som en del av de reformer inspirerade av NPM som införts i offentlig sektor i framförallt de nordiska länderna samt Storbritannien norra Europa sedan sent 1970-tal eller tidigt 1980-tal (Hood 1991; Lapsley 2008; 2009; Pollit och Bouckaert 2011). På välfärdsmarknader kombineras marknad och hierarki. Olika sätt att styra och utkräva ansvar av

utförare kombineras i syfte att uppnå målen med offentligt finansierade verksamheter. Viktiga syften bakom införandet av sådana modeller för offentligt finansierade verksamheter är att uppnå en bättre lyhörddhet, tillgänglighet och kvalitet gentemot individer. Tanken är att utförare av offentligt finansierade tjänster genom marknadsmekanismer ska spöras att förbättra sin vad gäller sådana aspekter som individer bryr sig om i sina kontakter med vården. Individer ges ju möjlighet att välja en annan utförare om man är missnöjd med sin nuvarande. Vidare förväntas dessa marknadsmekanismer leda till mer effektivt användande av de offentliga medel som finansierar verksamheterna. Välfärdsmarknader kan med andra ord betraktas som ett sätt att strukturera offentligt finansierade verksamheter för att uppnå viktiga mål med desamma. Strukturer och processer för att samordna och koordinera förväntningar och aktiviteter bland olika aktörer är nödvändigt för att kunna uppnå de övergripande målsättningarna med offentligt finansierade verksamheter (Glenngård 2013a).

Välfärdsmarknader är marknader i meningen att de ersätter en situation där offentligt finansierade och organiserade utförare med utförare som förväntas konkurrera med varandra. Konkurrens förväntas leda till ökad produktivitet och högre kvalitet på tjänsterna (Propper 2012; SNS 2013). Välfärdsmarknader är dock annorlunda jämfört med vanliga marknader (Le Grand 1991). En viktig skillnad mellan välfärdsmarknader där individer får välja utförare och vanliga marknader är att det saknas priskonkurrens på de förstnämnda. I stället är det tänkt att utförare ska konkurrera med kvalitet och utbud av tjänster (Propper 2012). Individers val av utförare är tänkt att driva kvaliteten på vården framåt. Vårdgivare förväntas öka sin kvalitet och lyhörddhet gentemot individers önskemål eftersom de annars riskerar att individer väljer en annan utförare. Den teoretiska utgångspunkten är Hirschmans (1970) resonemang kring protest (voice) och sorti (exit) som konsekvens av missnöje med en organisation eller verksamhet där man är medlem (Hirschman 1970).

## **1.5 RAPPORTENS SYFTE**

När vårdvalsreformen 2010 infördes i den svenska primärvården var särskilt uttalade politiska målsättningar att uppnå en ökad valfrihet och lyhörddhet gentemot patienter samt bättre tillgänglighet (Anell och Paulsson 2010; Vårdanalys 2014a). Helst skulle dessa vinster ske utan negativa konsekvenser för målsättningar kopplade till en jämlik vård (Anell 2011). En rättvis fördelning av primärvårdstjänster var inte något mål i sig vid införandet av vårdval utan kan betraktas som en viktig övergripande målsättning med all hälso- och sjukvård i Sverige som regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns dock

alltid en risk att resultatet av reformer är nya reformer (Brunsson 1992). Om man vid införandet av hälsoreformer ensidigt fokuserar på nya målsättningar och sätter traditionella målsättningar åt sidan är denna risk uppenbar (Anell 1996).

Hälsoreformer som leder till att välfärdsmarknader introduceras innebär att individer ges möjlighet att utkräva ansvar av vårdgivare för sådana aspekter som de finner viktiga. Mekanismen för detta är att klaga eller byta vårdgivare om man är missnöjd (sorti). I ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem har dock huvudmän fortsatt ansvaret att se till att vårdens övergripande målsättningar uppfylls samt att fördela resurser. Därför har även huvudmän möjlighet att utkräva ansvar av vårdgivare för sådana aspekter som de prioriterar. Det kan finnas flera skäl att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare vid införande av välfärdsmarknader. Ett skäl kan vara att säkerställa att nya målsättningar kopplade till tillgänglighet och lyhördhet inte uppfylls på bekostnad av traditionella målsättningar kopplade till kvalitet och rättvis tillgång till vård. Detta innebär i praktiken att det sannolikt finns ett behov av dubbel ansvarsutkrävning av vårdgivare på välfärdsmarknader om övergripande mål med offentligt finansierade verksamheter ska kunna uppnås.

Syftet med den här rapporten är att resonera kring behovet av dubbel ansvarsutkrävning på välfärdsmarknader dels utifrån ett teoretiskt perspektiv och dels utifrån studier i svensk primärvård.

## **1.6 RAPPORTENS DISPOSITION**

I nästa kapitel finns ett resonemang kring behovet av dubbel ansvarsutkrävning på välfärdsmarknader utifrån ett teoretiskt perspektiv. Inledningsvis presenteras den teoretiska referensram som resonemanget i rapporten bygger på. Fokus i denna ligger på strukturer och processer för att koordinera förväntningar och aktiviteter mellan aktörer på välfärdsmarknader, vilket i rapporten benämns med det engelska uttrycket *governance*. Ett *principal-agent* perspektiv används i referensramen. Tre anledningar till att det finns ett behov av att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmekanismer mellan individer och vårdgivare införs presenteras.

I kapitel tre finns ett resonemang kring behovet av dubbel ansvarsutkrävning på välfärdsmarknader utifrån resultat som har presenterats i studier i svensk primärvård. Inledningsvis ges en presentation av hur ansvarsutkrävningen mellan huvudmän och vårdgivare i svensk primärvård formellt går till. Detta kan sägas utgöra en praktisk referensram att basera den avslutande diskussionen på och för

att kunna dra slutsatser som är relevanta ur ett management och policy perspektiv. Därefter presenteras resultat från studier i svensk primärvård efter att vårdvalet infördes. Dessa stödjer de teoretiska argumenten om att det är nödvändigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmekanismer mellan individer och vårdgivare införs.

I kapitel fyra förs en diskussion om förutsättningar för att individers val av vårdgivare ska leda till att övergripande målsättningar uppnås och brister i tillgänglig information för individer och huvudmän. Även implikationer för landstingens fortsatta styrning av primärvården och fortsatta utveckling av välfärdsmarknaden i svensk primärvård presenteras.

## KAPITEL 2

# RESONEMANG UTIFRÅN ETT TEORETISKT PERSPEKTIV

I detta kapitel förs ett resonemang kring behovet av fortsatt ansvarsutkrävning från huvudmännens sida även i en situation där individer har möjlighet att utkräva ansvar genom val (och omval) av vårdgivare ur ett teoretiskt perspektiv. Behovet av fortsatt ansvarsutkrävning från huvudmännens sida är avhängigt hur väl individers val av vårdgivare kan förväntas leda till att viktiga målsättningar i vården uppfylls. Fokus ligger således på relationen mellan individer och vårdgivare och begränsningar i denna i detta kapitel.

### **2.1 TEORETISK REFERENSRAM: GOVERNANCE OCH ANSVARSAUTKRÄVANDE**

Principal-agent teorin används ofta för att analysera aktörer i hälso- och sjukvårdssystem (se t.ex. Dranove och White 1987; Pontes 1995). En principal-agent relation uppstår då en aktör i roll som beställare (principalen) ger en annan aktör som då får rollen som utförare (agenten) i uppgift att utföra en uppgift åt den första. I kontexten offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystem kan vårdgivare ses som agenter vilka agerar på uppdrag av huvudmannen som är den aktör som beslutar om prioriteringar och fördelar resurser. Relationen mellan läkare och patient kan också ses som en principal-agent relation där läkaren kan betraktas som agenter vilka förväntas agera på patientens uppdrag. Blomquist (1991) refererar i detta sammanhang till läkare som dubbelagenter vilka ska agera på uppdrag av både huvudmän och patienter.

På välfärdsmarknader är det tre aktörer som agerar: utförare, individer och huvudmän. Individer förväntas göra aktiva val och genom dessa ge uttryck för sina preferenser genom att välja bort mottagningar som inte motsvarar ens förväntningar. Om individer inte är nöjda med den vård som tillhandahålls där de är listade kan de antingen uttrycka sitt missnöje (klaga) eller byta mottagning genom omval. Den teoretiska utgångspunkten är Hirschmans (1970) resonemang kring protest (voice) och sorti (exit) som konsekvens av missnöje med en organisation eller verksamhet där man är medlem. Utförare förväntas konkurrera om individer och ersättningen till dessa ska följa individers val. Huvudmän ska i egenskap av finansiärer och policymakare besluta om vilka

krav som ska gälla för utförare, hur de ska betalas samt fördela resurser (Le Grand och Bartlett 1993). På välfärdsmarknader kan därför utförare utkrävas på ansvar för sitt agerande från två håll, nämligen från individer och från huvudmän (Glenngård 2013a).

### **2.1.1 Governance: strukturer och processer**

Governance<sup>2</sup> avser såväl strukturer som processer för att koordinera förväntningar och aktiviteter mellan aktörer. Strukturer syftar på den kontext inom vilken aktörer befinner sig. Pierre och Peters (2000) beskriver denna kontext i termer av de hierarkier, marknader och nätverk som är involverade i offentligt finansierade tjänster. Strukturer för governance innefattar därmed såväl spontana eller frivilliga horisontella lösningar (marknader) som avsiktliga vertikala lösningar (hierarkier) för att koordinera aktörers aktiviteter (Williamson 2005).

Processer för governance innefattar de mekanismer genom vilka aktörer koordinerar eller ska förmås koordinera sina aktiviteter och förväntningar. Sådana processer handlar i offentlig sektor om att sätta prioriteringar, uppföljning av hur väl utförare agerar i enlighet med satta prioriteringar och ansvarsutkrävning (Smith m fl. 2012).<sup>3</sup> I hälso- och sjukvårdssystem handlar prioriteringar om att formulera tydliga målsättningar. Uppföljning handlar om att främja transparens i hälso- och sjukvårdssystemet genom att samla in och sammanställa information om aktiviteter och resultatet av dessa och göra informationen tillgänglig. Sådan information kan avse enskilda utförare eller grupper av utförare i ett visst område, olika sjukdomsområden och hela hälso- och sjukvårdssystem. Ett viktigt syfte med att öka transparensen genom att sammanställa och göra sådan information tillgänglig är att ge olika aktörer möjlighet att bedöma och utvärdera vårdgivares aktiviteter och de resultat som olika insatser ger (Smith et al 2012; Greiling and Spraul 2010).

---

<sup>2</sup> Governance har på svenska betecknats interaktiv samhällsstyrning (Montin och Hedlund 2009, s 9). I denna rapport används dock av det engelska begreppet governance.

<sup>3</sup> Begreppen på engelska är priority setting, monitoring and accountability (Smith m fl. 2012).

## 2.1.2 Ansvarsutkrävande: relationer och mekanismer

Att kunna utvärdera vårdgivares aktiviteter är en förutsättning för ansvarsutkrävning. De principal-agent relationer som råder mellan aktörer kan beskrivas i termer av relationer för ansvarsutkrävning (Bovens 2007; 2010; Smith m fl 2009; 2012). På välfärdsmarknader råder sådana relationer mellan huvudmän, individer och utförare. Ansvarsutkrävning avser mekanismer där principalen kan utkräva agentens på ansvar efter att ha utvärderat agentens agerande gentemot sina förväntningar (Bovens 2010). Principalen kan utkräva agenten på ansvar i såväl positiv som negativ mening, beroende på hur väl agerandet ligger i linje med förväntningarna. De konsekvenser som agenten kan ställas inför då agerandet inte ligger i linje med förväntningarna är allt ifrån dåligt rykte (voice) till att man inte längre får fortsätta agera på uppdrag av principalen (Greiling and Spraul 2010). På samma sätt blir konsekvenser av att principalen bedömer att agerandet ligger i linje med förväntningarna ett gott rykte och fortsatt förtroende.

På välfärdsmarknader med valfrihet för individer är utförare involverade i relationer för ansvarsutkrävning med både individer och huvudmän. Utförare kan betraktas som agent och de två senare som principaler. Ansvarsutkrävandet av vårdgivare delas mellan huvudmän och enskilda individer. Individer kan välja bort en mottagning som inte motsvarar deras förväntningar. Tanken med att ge individer valfrihet att välja vårdgivare är att mottagningar ska spurras att förbättra sin tillgänglighet, lyhörddhet och kvalitet gentemot individer genom marknadsmekanismer. Eftersom individer har möjlighet att välja en annan mottagning om man är missnöjd med tjänsterna där man är listad finns det ett hot om förlorad intäkt ifall mottagningen inte kan tillgodose individens förväntningar (Fotaki et al 2008; Dixon och Le Grand 2006). Ett viktigt sätt för individer att utkräva ansvar av vårdgivare ligger således i möjligheten till omval. Individer kan i ett vårdvalssystem göra aktiva val och därigenom ge uttryck för sina preferenser genom att välja bort vårdgivare som inte motsvarar deras preferenser eller förväntningar (exit). Vidare kan individer klaga om de är missnöjda, antingen direkt hos vårdgivaren eller till vänner och bekanta (voice). Om en mottagning får dåligt rykte och få rekommendationer kommer färre att lista sig där.

Den teoretiska utgångspunkten för välfärdsmarknader med valfrihet för individer är Hirschmans (1970) resonemang kring protest (voice) och sorti (exit) som konsekvens av missnöje med en organisation eller verksamhet där man är medlem. Tanken är att individer har två möjligheter om de är missnöjda med en verksamhet om bedrivs av en organisation där de är medlemmar. De kan



antingen säga upp sitt medlemskap (exit) eller försöka förbättra det genom dialog eller protester (voice). Ett måhända extremt men illustrativt exempel är att när medborgare känner sig förtryckta av en regim kan de antingen protestera eller emigrera. Till skillnad från strategier som hör samman med att göra sin röst hörd är exit förknippat med marknader där man utan svårighet kan röra sig fritt mellan olika utförare och hela tiden skapa nya och avsluta gamla relationer. Att göra sin röst är å andra sidan förknippat med att ta ställning. Både exit och voice kan signalera missnöje. Att göra sin röst hörd ger dock mer information till utföraren om vad som behöver förbättras. Vidare kan dessa båda sorternas strategier samverka. I en situation där individer uppmuntras att ge återkoppling till en verksamhet kan man tänka sig att benägenheten att lämna organisationen minskar. På samma sätt kan en organisation som på olika sätt begränsar individens möjligheter att uttrycka sina önskemål eller vad de är missnöjda med riskera att man tar till andra strategier vid missnöje, nämligen sorti.

På välfärdsmarknader blir huvudmannens roll att skapa och vårda marknaden där olika aktörer ska agera och interagera med varandra (Bouckaert et al 2012). Men huvudmannen har också det övergripande ansvaret för att säkerställa att de övergripande målen för offentliga tjänster uppfylls samt att fördela resurser. När huvudmannaskap och finansiering separeras och både privata och offentliga utförare ska tillhandla hålla tjänster uppstår en situation där huvudman och utförare tillsammans är ansvariga för att tillhandahålla verksamheten. Huvudmannen måste då upprätta kontrakt med utförare där man fördelar resurser och delegera makt och ansvar för övergripande målsättningar till utförare (Edwards 2011). Mekanismer för ansvarsutkrävande mellan huvudmän och utförare är främst avtal vilka reglerar krav på åtagande och kompetens för att få bedriva verksamhet och få ta del av offentlig finansiering samt uppföljning som ger stöd för beslut om fortsatt ackreditering och ersättning.

## **2.2. BEHOV AV DUBBEL ANSVARSUTKRÄVNING UR ETT TEORETISKT PERSPEKTIV**

Principal-agentteori tar sin utgångspunkt i att både principaler och agenter förväntas vara intresserade av att maximera sin egen nytta eller vinst. Aktörer förväntas därför göra rationella val och fatta beslut baserade på egna preferenser. Av detta följer att individens efterfrågan på offentliga tjänster baseras på individuella preferenser, oaktat vilka preferenser eller behov som finns i befolkningen i övrigt. I litteraturen beskrivs individens efterfrågan på offentliga tjänster ofta som en önskan om sådana tjänster utan hänsyn till vad det kostar att producera dessa (Scheaff et al, 2002, s 436). Individens efterfrågan på offentliga tjänster tar alltså inte hänsyn till fördelade resurser (Scheaff et al 2002). Därför

kommer individer att fortsätta efterfråga hälso- och sjukvårdstjänster så länge (i) de har en önskan om att förbli friska eller uppnå god hälsa; (ii) tror att de tjänster de efterfrågar leder till dessa resultat. Dessa antaganden är baserade på Lancasters (1966) resonemang om att efterfrågan på varor och tjänster är härledd efterfrågan. Ett resonemang om härledd efterfrågan på hälso- och sjukvård leder till två slutsatser: Den första innebär att individer kommer sluta efterfråga hälso- och sjukvårdstjänster endast om man upphör vilja uppnå eller bevara en god hälsa. Den andra är att det är sådant som individer själva kan observera (empirical beliefs) i motsats till "fakta" som styr individens agerande. Detta skapar informationsasymmetrier mellan utförare och dem som använder tjänsten (patienter eller medborgare) inom sjukvården. Med detta som utgångspunkt kan man argumentera för att det finns minst tre anledningar till varför det är viktigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmekanismer mellan individer och vårdgivare införs.

1. Eftersom olika aktörer förväntas vara intresserade av att maximera sin egen nytta och olika individer har olika förutsättningar att göra ett val av vårdgivare är marknadsmekanismer otillräckliga för att kunna uppnå målsättningar kopplade till rättvis tillgång till vård. Att säkerställa att traditionella målsättningar kopplade till en rättvis vård är därför den första anledningen till att relationer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare måste upprättas och bibehållas även i en situation där marknadsmekanismer införs. Med rättvis tillgång till vård avses i vilken utsträckning som tillgången på vård motsvarar behovet hos individer oaktat faktorer som ålder, socioekonomisk status eller etnicitet (Lamarche m fl 2003). Huvudmän sätter prioriteringar och formulerar övergripande målsättningar ur ett befolkningsperspektiv till skillnad från ur perspektivet individuella önskemål eller preferenser. Behov i en befolkning definieras då utifrån vad huvudmän betraktar som en rimlig nivå på tjänster, givet de resurser som finns (Scheaff m fl 2002). Enskilda individer kan inte förväntas ta hänsyn till fördelningsaspekter då de bedömer hur väl vårdgivare uppfyller deras önskemål. Individens efterfrågan på tjänster baseras på individuella preferenser. Dessa sammanfaller sällan eller aldrig med den nivå på tjänster som huvudmän kan finansiera – därav behovet av att göra prioriteringar. Som en följd måste vårdgivare balansera mellan att uppfylla övergripande målsättningar och önskemål från individer. Eftersom vissa grupper har bättre förutsättningar än andra att göra ett val av vårdgivare som ligger i linje med deras önskemål finns det en risk att ökad valfrihet leder till ökade orättvisor vad gäller tillgång till vård. Ett bättre bemötande och en bättre tillgänglighet gentemot vissa grupper kan i värsta fall leda till en sämre tillgänglighet och lyhördhet gentemot andra grupper i befolkningen. Individer med sämre socioekonomiska förutsättningar har ofta begränsade möjligheter att göra ett val av vårdgivare jämfört med individer som har bättre utbildning och är bra på att föra sin talan samt har relativt sett enklare att ta sig till en vårdgivare som inte är lokaliserad där de bor (Fotaki et al 2008; Barr et al 2008; Hibbard and Peters 2003).

2. Eftersom det är sådant som individer själva kan observera (empirical beliefs) i motsats till "fakta" som styr individens agerande och efterfrågan på sjukvård är marknadsmekanismer otillräckliga för att kunna uppnå målsättningar kopplade till en hög kvalitet. Kvalitet handlar om hur ändamålsenliga insatserna som utförs är, enligt patienter och professionen. Detta inkluderar också följsamhet till kliniska riktlinjer (Lamarche m fl 2003). Att individer förlitar sig på sådant som de själva kan observera då de bedömer vården skapar informationsasymmetrier mellan individer (i sin roll som patient) och andra aktörer. Vårdgivare har mer information om olika diagnoser och behandlingsmöjligheter jämfört med de flesta individer. Vårdgivare och huvudmän har också mer information om behov och tillgängliga behandlingsalternativ för olika grupper än de flesta individer har tillgång till. Sammantaget besitter individer mindre information om vilka insatser som står till buds och som skulle gagna dem relativt andra individer än vad både huvudmän och vårdgivare gör. Huvudmän använder sig av den typen av information vid utformning av ersättningsprinciper och även vid utformning av kliniska riktlinjer. Det som kan vara god medicinsk kvalitet ur ett befolkningsperspektiv behöver inte uppfattas som god kvalitet av den enskilde patienten i dennes möte med vården. Ur ett befolkningsperspektiv är det problematiskt med en generös antibiotikaförskrivning vid till exempel öroninflammation eftersom detta kan leda till ökad antibiotikaresistens. Antibiotikaresistens har stora negativa effekter för befolkningen eftersom det innebär sämre möjligheter att behandla allvarliga infektioner. Enskilda patienter kan dock uppfatta att de bemöts med dålig kvalitet i de fall ett läkarbesök inte resulterar i ett recept på antibiotika som eventuellt skulle kunna förkorta den enskildes sjukdomsperiod.
3. Eftersom sjukvård är föremål för en liten eller ingen avgift alls för individer vid själva besöket och individer inte har någon information om hur fördelningen av resurser till vårdgivare är marknadsmekanismer otillräckliga för att kunna uppnå målsättningar kopplade till effektivitet och produktivitet. Effektivitet och produktivitet hänger samman, men avser två olika saker. Effektivitet handlar övergripande om att primärvårdens resurser används där de gör mest nytta i termer av hälsa i befolkningen. Tillgängliga resurser ska användas på rätt sätt och med rätt fördelning för enskilda mottagningar eller hela sjukvårdssystem. Produktivitet avser sambandet mellan resurser som används och vad som produceras. Produktivitet inkluderar olika mått såsom kostnadseffektmått på enskilda insatser och teknisk effektivitet (output per input) (Street och Häkkinen 2009). Det föreligger en informationsasymmetri mellan huvudmän och individer vad gäller fördelning av resurser där endast den första har tillgång till sådan information. Individer kan inte förväntas ta hänsyn till dess målsättningar i sin bedömning av vården i sitt möte med densamma, ens om de hade varit intresserade eftersom de saknar möjlighet att ställa tjänster i relation till resurser.

# KAPITEL 3

## RESONEMANG UTIFRÅN EXEMPLET

### SVENSK PRIMÄRVÅRD

Införandet av vårdval i primärvården har förändrat förutsättningarna för ansvarsutkrävande gentemot vårdgivare. De principiella tankarna med hur individer förväntas utkräva ansvar av vårdgivare samt begränsningar i denna relation för ansvarsutkrävning diskuterades ur ett teoretiskt perspektiv i föregående kapitel. I detta kapitel fortsätter resonemanget utifrån en empirisk utgångspunkt som bygger på studier som har gjorts i svensk primärvård sedan vårdvalet infördes. Inledningsvis ges en beskrivning av hur huvudmän arbetar med styrning och uppföljning i svensk primärvård.

#### **3.1 PRAKTISK REFERENSRAM: ANSVARSUTKRÄVANDE I SVENSK PRIMÄRVÅRD**

Eftersom det är upp till varje huvudman att utforma sin vårdvalsmodell finns det olika primärvårdsmodeller i Sveriges landsting och regioner. Gemensamt för alla primärvårdsmodeller är att alla vårdgivare som uppfyller lokala krav för etablering har rätt att etablera sig, att individer har rätt att välja mottagning, samt att ersättning till vårdgivare ska följa befolkningens val. Detta är reglerat i lag (ändring i Hälso- och sjukvårdslagen) sedan första januari 2010.

I svensk primärvård utkrävs vårdgivare på ansvar av huvudmän på olika sätt. Främst handlar det om uppföljning av villkor för ackreditering och principer för ersättning baserat på information i olika register. I olika utsträckning förekommer också uppföljning baserat på dialog med vårdgivare genom medicinsk revision. Den skarpaste formen av ansvarsutkrävning för huvudmän är att inte bevilja mottagningar som missköter sitt uppdrag fortsatt godkännande att bedriva primärvård. Olika möjligheter att hålla inne ersättning till vårdgivare som inte uppfyller satta krav finns också.

##### **3.1.1 Ackreditering**

Ett viktigt sätt för huvudmännen att utkräva ansvar av vårdgivare ligger i krav på åtagande och kompetens i samband med ackrediteringen och en uppföljning som ger stöd för beslut om fortsatt ackreditering. Ackreditering är en

förutsättning för att privata mottagningar ska få bedriva primärvård och få ersättning för sin verksamhet inom vårdvalssystemen. Huvudmännen bestämmer vilka specifika krav som ska gälla (ekonomiska och verksamhetsmässiga) i respektive landsting/region för att mottagningar ska få etablera sig och bedriva primärvård. Samma krav ska gälla för privata och offentliga mottagningar. Krav på vårdgivare för att få etablera sig och bedriva primärvård handlar främst om vilka yrkeskategorier som ska finnas representerade samt öppettider vid mottagningen. Huvudmännen ackrediterar mottagningar som uppfyller dessa krav och tecknar sedan ett avtal som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga mottagningar gäller att istället för ett avtal tecknas en vårdöverenskommelse mer mottagning baserat på samma krav som gäller för ackreditering av privata mottagningar. Ackrediteringen gäller formellt i två år med automatisk förlängning i de flesta fall. I praktiken gäller ackrediteringen tills vidare så länge man uppfyller kraven och uppföljning sker kontinuerligt. Den skarpaste formen av ansvarsutkrävning för huvudmän är att inte bevilja mottagningar som missköter sitt uppdrag fortsatt godkännande att bedriva primärvård. Möjligheten att inte bevilja mottagningar som missköter sitt uppdrag fortsatt godkännande att bedriva primärvård finns i alla landsting och regioner.

Mycket av arbetet med uppföljning och ansvarsutkrävning kopplat till ackrediteringsvillkor bedrivs baserat på information i nationella och lokala register. Utöver information i register som finns på nationell och regional nivå såsom journalsystem, kvalitetsregister och information från patientenkäter används i flera fall information om måluppfyllelse avseende specifika indikatorer vilka vårdgivare måste rapportera till huvudmän inom ramen för målbaserad ersättning. Vidare tillämpas olika former av dialog med vårdgivare. I en majoritet av landstingen och regionerna sker fördjupad granskning (medicinsk revision) på förekommen anledning. I närmare hälften av landstingen och regionerna sker dessutom sådan granskning rutinmässigt antingen generellt eller ämnesspecifikt (Hagbjer 2014; Paulsson 2013). Vid den typen av uppföljning ges möjlighet för huvudmän att få kunskap om på vilket sätt man arbetar för att de villkor som gäller ska uppfyllas som inte syns i register.

### **3.1.2 Ersättning och kostnadsansvar**

Det finns också möjligheter att hålla inne ersättning till vårdgivare som inte uppfyller sitt åtagande i olika utsträckning. Dessa möjligheter hänger ihop med hur ersättningssystemet är utformat. I nästan alla landsting utgör fast kapitationsersättning minst 80 procent av den totala ersättningen till vårdgivare.

Man ersätter alltså mottagningar med ett fast belopp per listad individ. Undantaget är Stockholms läns landsting där fast kapitationsersättning utgör omkring 40 procent av den totala ersättningen medan omkring 60 procent är rörlig och baserat på besök. Den höga andelen fast ersättning är i de flesta fall kombinerat med ett ganska omfattande kostnadsansvar för listades individers behov och utnyttjande av öppenvård, inklusive läkemedel. I 15 av landets 21 landsting och regioner justeras dessutom ersättningen utifrån andelen av alla öppenvårdsbesök som listade gör i primärvården (täckningsgrad), i enlighet med uppsatta mål angående hur stor andel av öppenvården som primärvården förväntas svara för (Anell, Nylinder, Glenngård 2012).

En stor andel fast ersättning i kombination med ett omfattande kostnadsansvar är tänkt att leda till att vårdgivare tar ett helhetsansvar för sina listade individer. Risken med en sådan modell är dock att vårdgivare väljer bort individer med höga förväntade vårdkostnader (cream skimming) (Robinson 2001). Denna risk hanteras på två sätt. Dels genom att vårdgivare enligt lag inte får neka individer att lista sig vid mottagningen och dels genom att huvudmän riskjusterar den fasta ersättningen till vårdgivare. Genom att riskjustera den fasta ersättningen med hänsyn till listade individers förväntade behov och vårdutnyttjande kan man undvika den typen av risk (Anell 2009). Den enklaste formen av riskjustering utgår ifrån ålder och kön bland listade. I flera fall har man mer komplicerade metoder för att justera ersättningen dels utifrån vårdtyngd (ACG)<sup>4</sup> och dels utifrån socioekonomiska förutsättningar (vanligen CNI).<sup>5</sup> Justering utifrån vårdgivares geografiska placering, genom så kallat glesbygdstillägg förekommer också några landsting.

---

<sup>4</sup> Adjusted Clinical Groups, ACG, används för att beskriva förväntat primärvårdsbehov utifrån de diagnoser som en person har fått under viss tidsperiod, normal 12-24 månader, justerat för ålder och kön. Information om diagnoser inhämtas från register i slutet och öppen vård. Individernas diagnoser ställs i relation till varaktighet, svårighetsgrad, diagnossäkerhet och sjukdomsorsak.

<sup>5</sup> Care Need Index, CNI, används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning. Information om dessa faktorer inhämtas i svenska landsting från Statistiska Centralbyrån.

Utöver kapitationsersättning och rörlig ersättning kopplat till besök eller andra insatser används målbaserad ersättning av alla sjukvårdshuvudmän utom en (Jämtland). Vanliga mål är kopplade till hälsofrämjande insatser, följsamhet till läkemedelsrekommendationer, användning av antibiotika samt tillgänglighet (Anell, Nylinder, Glenngård 2012).

Där målrelaterad ersättning tillämpas hålls delar av ersättningen inne för de vårdgivare som inte uppfyller förutbestämda mål. I de landsting och regioner där ersättningen justeras utifrån täckningsgrad sker också en omfördelning från mottagningar som inte lyckas ta ett sammanhållet ansvar för sin listade befolknings behov av öppenvård till de som klarar av att leva upp till ett sådant ansvar. Denna form av ansvarsutkrävning baseras nästan uteslutande på uppföljning av vårdgivares aktiviteter i olika register.

### **3.2. BEHOV AV DUBBEL ANSVARSUTKRÄVNING UR PERSPEKTIVET SVENSK PRIMÄRVÅRD**

De studier som har gjorts i svensk primärvård efter införandet av vårdval bekräftar de teoretiska argumenten om att det är nödvändigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmekanismer mellan individer och vårdgivare införs.

För det första visar studier i svensk primärvård att mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare är nödvändiga för att uppnå målsättningar kopplade till hög kvalitet. Två anledningar till detta kan ses i praktiken i svensk primärvård:

- a) En anledning är att det helt enkelt inte finns tillräckligt med information om kvalitet tillgänglig för individer att ta del av. Sedan införandet av vårdval har ökat fokus legat på att samla in jämförande information om mottagningar och göra tillgänglig för allmänheten att använda vid val av mottagning. En typ av mätning av resultat för enskilda vårdgivare handlar om individers uppfattning om kvalitet i vården och samlas in genom patientenkäter. I svensk primärvård samlas sådan information in regelbundet genom Nationell Patientenkät (NPE) och görs tillgänglig för allmänheten. Enkäten inkluderar 55 frågor, varav åtta om tillgänglighet, fem om mottagningen, 22 om själva besöket, fem om provtagning, nio om övergripande helhetsintryck och sex om bakgrundsuppgifter för patienten. Vid den första mätningen hösten 2009 deltog ungefär hälften av landstingen och regionerna. Från 2011 deltar samtliga landsting och regioner. Vid den första mätningen i primärvården år 2009 omfattade enkäten endast besök hos läkare. Vid mätningarna därefter omfattar enkäten både besök hos läkare och sjuksköterskor. Urvalet i varje mätning består av individer som uppsökt primärvården under en viss period på hösten det aktuella året. Enkäten skickas ut en till fem veckor efter det att besöket har ägt rum.

Resultaten från NPE redovisas för allmänheten via olika hemsidor, dels landstingens och regionernas hemsidor och dels nationellt. Tanken är att informationen ska hjälpa individer i sitt val av vårdgivare. För att underlätta jämförelser mellan mottagningar redovisas sju kategorier av den patientupplevda kvaliteten enligt NPE: bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta och rekommendera. Resultaten presenteras som ett s.k. PUK-värde mellan 0 och 100, där PUK står för patientupplevd kvalitet.<sup>6</sup>

Jämförande information om mottagningar i primärvården utöver den som samlas in genom NPE saknas i stor utsträckning. Det finns information om geografiskt läge, öppettider och vilka personalkategorier som arbetar vid olika mottagningar tillgänglig på mottagningarnas egna hemsidor samt i olika utsträckning på landstingens och regionernas hemsidor. Men generellt saknas information om medicinsk kvalitet samt om vårdcentralens eller mottagningens förmåga att samordna patienters vårdkontakter för allmänheten att ta del av (Vårdanalys 2013b; 2014b). Sådana aspekter kan vara viktiga för patienter. Exempelvis uppgav 90 procent av respondenterna i en befolkningsenkät i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland att en viktig egenskap vid val av mottagning var om vårdpersonalen kan hjälpa dem att koordinera och samordna deras behov med andra vårdgivare (Glenngård, Anell och Beckman 2011). I en annan studie av Vårdanalys (2013a) framkommer att individer saknar information om hygien samt om mottagningens förmåga att tillgodose preferenser kopplade till samordning av vårdbehov och kontinuitet.

- b) En annan anledning är, i linje med ekonomisk teori, att det tycks vara sådant som individer själva kan observera (empirical beliefs) i motsats till "fakta" som styr deras agerande. Resultaten från befolkningsenkäten i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland visar att en majoritet anser att de hade gjort ett aktivt val av mottagning i samband med eller efter införandet av vårdval och att få tycker det är krångligt att välja mottagning. I genomsnitt svarade 62 procent ja på frågan "Har du gjort ett val av vårdcentral eller mottagning i samband med eller efter införandet av vårdval i ditt landsting/region". Bland äldre och bland individer som gjort flera besök under det senaste året var andelen som svarade ja högre. Många hade valt att stanna vid sin tidigare mottagning. En uppfattning om att ha tillgång till information att basera sitt val på var starkt positivt förknippat med att anse sig ha gjort ett val av mottagning. Även om det finns viss tillgänglig information för att kunna jämföra mottagningar är det få som tycks använda sådan information vid sitt val av vårdgivare. Såväl studien av Glenngård, Anell och Beckman från 2011 som den senare rapporten av Vårdanalys (2013a) beskriver individer som ganska passiva i meningen att de sällan byter vårdgivare och inte är aktiva i att söka efter information om alternativ. I den förstnämnda studien framkommer att 72

---

<sup>6</sup> Se Institutet för kvalitetsindikatorers hemsida: [www.indikator.org](http://www.indikator.org).



procent av respondenterna tycker att de har tillräckligt med information för att kunna göra ett val av mottagning. Med tillräcklig information avses att de instämmer (svaret 3-5 där 1=Instämmer inte alls och 5=Instämmer helt) i påståendet ”Jag har tillräckligt med information för att kunna välja vårdcentral eller mottagning”. Dock framkommer att den vanligaste informationskällan att basera sitt val av mottagning på var information vid tidigare besök på mottagningen. Närmare fyra av 10 svarade detta alternativ. Detta bekräftar också bilden av att man betraktar det som ett aktivt val att stanna kvar hos den nuvarande vårdgivaren. Endast tre procent av respondenterna uppgav att de sökt information på Internet.

Individer baserar alltså sina val av mottagning på sådan information som de själva kan observera till stor utsträckning. Denna bild ligger väl i linje med ekonomisk teori kring individens beteende i sjukvård, nämligen att de baserar sin bedömning av vården på sådana parametrar de kan observera i sitt möte med densamma (empirical beliefs) (Lancaster 1966; Scheaff 2002). Detta innebär å ena sidan att individer i liten utsträckning använder sig av jämförande information mellan mottagningar då de gör ett val av mottagning. Å andra sidan kanske omdömen från släktingar och bekanta fungerar väl så bra som jämförande kvantitativ information för att guida individer till att välja en mottagning som bäst passar just deras preferenser. På så sätt kan val baserat på sådan information vara fullt tillräcklig för att målsättningar kopplade till tillgänglighet och lyhördhet. Lyhördhet (engelska: responsiveness) avser icke-kliniska aspekter och mål som bemötande, delaktighet och tydlig information (Lamarche m fl 2003; Valentine m fl 2009).

För det andra visar studier i svensk primärvård att mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare är nödvändiga för att uppnå målsättningar kopplade till rättvis fördelning av primärvårdens aktiviteter och dess resultat. Tre typer av resonemang är relevanta i detta sammanhang.

- a) Viktiga målsättningar vid införande av vårdval kopplade till lyhördhet uppfylls till olika grad i olika grupper i befolkningen. I en studie baserat på alla 400 mottagningar i primärvården i Region Skåne, Region Halland och Västra Götalandsregionen och data från Nationell Patientenkät (NPE) visades att mottagningar där den listade befolkningen har en genomsnittligt hög socioekonomisk tyngd får sämre betyg (Glenngård 2012; Glenngård och Anell 2012a). Detta kan bero på att individer med lägre utbildning eller ett annat modersmål än svenska kan ha svårare att söka och tillgodogöra sig information i svensk hälso- och sjukvård. Som patient är det inte säkert att insatser som speglar god medicinsk kvalitet upplevs som god kvalitet. Ibland kan förhållandet till och med antas vara det omvända. Ett exempel är att förebyggande insatser såsom hälsoinriktade samtal kan vara motiverade för grupper av individer ur medicinsk synpunkt. Individerna själva kan däremot ha helt andra preferenser efterfråga helt andra insatser. Om det dessutom råder svårigheter att förmedla information om sjukdomstillstånd och åtgärder på ett begripligt sätt kan denna känsla förstärkas ytterligare. Men det kan också vara ett tecken på att det faktiskt finns ojämlikhet i Svensk hälso- och sjukvård, det vill säga att de som har störst behov inte alltid får mer resurser samt att lika fall inte alltid behandlas lika (SKL 2009).

- b) Valfriheten varierar i praktiken i olika delar av landet och mellan olika grupper. Studier som genomförts i svensk primärvård efter införande av vårdvalsreformen tyder på att målsättningar som rör ökad valfrihet och tillgänglighet har uppnåtts (Vårdanalys 2014a). Både antalet individer som besöker primärvården och antalet besök per individ i genomsnitt har ökat sedan vårdvalsreformen infördes. Att tillgängligheten har förbättrats beror dels på ett ökat utbud av privata mottagningar och dels på ett ökat vårdutnyttjande. Etableringen av nya mottagningar tycks främst ha styrts av befolkningsstruktur. Förändringen i antal mottagningar har varit störst i de tre största landstingen sett till befolkningsmängd (Skåne, Västra Götaland och Stockholm) och nyetableringar har företrädesvis skett i storstadsområden. Den procentuella ökningen har varit störst i Jönköping, Halland och Västra Götaland. Konkurrensverket konstaterar att om man tar hänsyn till befolkningsmängd finns det inga tydliga skillnader avseende förändring i antalet mottagningar mellan storstadsregioner och glesbygd eller mellan norr och söder (Konkurrensverket 2010). Det finns inte några tydliga skillnader mellan glesbygd och storstad i relation till befolkningsmängd. Lokaliseringen av mottagningar innebär dock att valfriheten i praktiken varierar med hänsyn till var i landet man bor. Konkurrensverket menar att det i glesbygd behövs fler mottagningar för att upprätthålla en tillräckligt god service. Detta innebär i praktiken att i glesbefolkade områden behöver antalet mottagningar vara större i relation till befolkningsandelen än i storstadsområden. Resultat från Vårdbarometern visar också att individer födda utanför Norden tycker att de har sämre tillgång till den sjukvård de behöver (SKL 2011).
- c) Kunskaper om hur primärvården faktiskt fungerar för grupper av individer med olika förutsättningar är begränsade. De studier som har gjorts om primärvårdens fördelning mellan grupper med olika behov med hänsyn till vårdtyngd (mätt som ACG) och socioekonomi (mätt som CNI, utbildningsnivå eller inkomst) visar att befolkningen i stort har vunnit mer på den ökade tillgängligheten än vad grupper med stora behov har gjort (Beckman och Anell 2013a och 2013b; Vårdanalys 2013a; Dahlgren m fl 2013). Resultaten är dock inte entydiga utan detta område behöver fortsätta studeras (Janlöv and Rehnberg 2011; Rehnberg 2014; Fredriksson 2012; Ekström m fl 2013; Dahlgren m fl 2013). Ett problem med analyser av hur primärvårdens resurser har kommit olika grupper till del är det i stor utsträckning saknas information kring innehåll i besök och om vem som uppsöker vården oftare än andra. Det gör det svårt att analysera hur fördelade resurser kommer olika grupper till del (Glenngård AH 2013a; Vårdanalys 2014a; Anell 2013).

## KAPITEL 4

# DISKUSSION

På välfärdsmarknader med valfrihet för individer kan man säga att ansvarsutkrävning av utförare sker från två håll – från individer och från huvudmän. Dubbel ansvarsutkrävning av vårdgivare på välfärdsmarknader kan anses vara nödvändigt ur såväl ett teoretiskt perspektiv som baserat på resultat från studier om aktörer och målsättningar i svensk primärvård.

Tanken med ett valfrihetssystem är att mottagningar ska spurras att förbättra sin tillgänglighet, lyhördhet och kvalitet gentemot patienter eftersom befolkningen har möjlighet att välja en annan mottagning om man är missnöjd med tjänsterna där man är listad. Ansvarsutkrävande för individer handlar därmed om att göra aktiva val och genom dessa ge uttryck för sina preferenser genom att välja bort mottagningar som inte motsvarar ens förväntningar. Studier i svensk primärvård visar att de allra flesta individer baserar sitt val av mottagning på information från den valda mottagningen eller från släktingar och bekanta. Visserligen kan egna erfarenheter och omdömen från släktingar och bekanta fungera i syfte att guida individer till en mottagning som passar deras förväntningar. Denna typ av information är dock begränsad till vad som går att observera vid mötet med vårdgivaren. Sådan information ger individer små möjligheter att jämföra och ställa mottagningars egenskaper mot varandra eller att ställa primärvårdens prestationer i relation till tilldelade resurser eller fördelning av insatser i befolkningen. Individer kan dessutom förväntas göra sina val baserat på egna preferenser och utan hänsyn till övergripande målsättningar med offentligt finansierade tjänster. Mot bakgrund av detta kan man argumentera för att marknadsmekanismer sannolikt inte räcker för att uppnå målsättningar kopplade till kvalitet, effektivitet, produktivitet eller jämlik tillgång till vård. Det är nödvändigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då marknadsmekanismer mellan individer och vårdgivare införs. Huvudmän måste dels ”vårda marknaden” så att individer får bättre förutsättningar att göra informerade val och dels utkräva ansvar gentemot vårdgivare för övergripande målsättningar i vården där marknadsmekanismer inte räcker till.

## **4.1 VÅRDA MARKNADEN: FÖRBÄTTRAD INFORMATION TILL INDIVIDER**

En viktig del i att vårda marknaden för huvudmän handlar om att säkerställa att individer har tillgång till adekvat information att basera sitt val av vårdgivare på. Annars finns en risk att kvalitetskonkurrensen inte fungerar. Om adekvat information saknas blir det svårare för individer att välja mottagning annat än på godtyckliga grunder. Begränsningar i den information som finns tillgänglig för allmänheten i svensk primärvård gör att individer inte kan hålla vårdgivare till svars för många av vårdens övergripande målsättningar ens om de skulle vara intresserade. Vidare kan begränsningar i information utgöra hinder för individer att välja den mottagning som bäst passar deras preferenser. Dessutom kan brist på lätt tillgänglig information leda till ökad ojämlikhet i vården eftersom olika grupper har olika förutsättningar att själv söka och tillgodogöra sig information. Individer med sämre socioekonomiska förutsättningar kan överlag ha svårare att tillgodogöra sig information och ta sig till alternativa mottagningar som inte ligger nära deras hem (Hibbard och Peters 2003; Winblad och Andersson 2011).

Brist på lätt tillgänglig information om medicinsk kvalitet kan försvåra för individer att välja en mottagning som bäst motsvarar deras preferenser i primärvård. Studier av variation i patientupplevd kvalitet baserat på NPE visar att mindre mottagningar får bättre betyg (Glenngård 2012; Glenngård och Anell 2012a). Samtidigt kan det finnas bättre förutsättningar för större mottagningar att tillhandahålla en hög kvalitet för sådana tjänster som kräver en större volym. Genom att inte redovisa medicinsk kvalitet öppet kan inte de grupper av patienter som skulle föredra en mycket hög klinisk kvalitet vid besök i primärvården, framför exempelvis ett bra bemötande och delaktighet i besluten välja mottagning i linje med sina preferenser.

Behov av information om medicinsk kvalitet kan också variera i olika grupper. Ur perspektivet att vårdens utveckling ska drivas enligt befolkningens preferenser hade det varit önskvärt om information om medicinsk kvalitet fanns tillgänglig för allmänheten. Samtidigt är det viktigt att poängtera att information om medicinsk kvalitet, i jämförelse med patientupplevd kvalitet, är mycket svårare att redovisa öppet och för individer att förstå. Det saknas övergripande kvalitetsmått för primärvårdens verksamhet. Dock finns det mått för vissa patientgrupper som har en förhållandevis stor konsumtion av primärvård. Individer med kroniska sjukdomar kan t.ex. ha bättre förutsättningar att ta till sig information om medicinsk kvalitet som rör den egna sjukdomen och tycka att det vore värdefullt vid val av mottagning jämfört med allmänheten i stort. Om information om medicinsk kvalitet fanns tillgänglig för allmänheten skulle i det

hänseende vissa grupper av individer med stora behov lättare kunna välja en mottagning som bäst motsvarar deras preferenser i primärvård. Ett exempel är att det finns information om behandlingsresultat för patienter med diabetes i nationella register (Vårdanalys 2013b; 2014a). Genom att göra viss information om medicinsk kvalitet tillgänglig för utvalda grupper av individer, antingen direkt eller genom patientorganisationer, kan dessa grupper av patienter få bättre förutsättningar att göra val av mottagning som kan svara upp mot deras specifika behov. Individer med kroniska sjukdomar kan också förväntas vara bättre förtrodda med relevanta kvalitetsmått jämfört med individer i största allmänhet. Man kan också tänka sig att det är viktigare för individer med större behov att göra en noggrann avvägning när de väljer mottagning eftersom de kommer att ha många kontakter med primärvården.

Även information om kontinuitet skulle kunna göras tillgänglig för allmänheten. Sådan information är mindre problematisk att redovisa än in information om medicinsk kvalitet. Utöver upplevd kontinuitet enligt NPE kan man till exempel redovisa hur stor andel av alla patienter som fått träffa samma läkare eller sjuksköterska vid sina tre senaste besök. Om den typen av information finns tillgänglig kan grupper av patienter som skulle föredra en god kontinuitet framför till exempel en hög tillgänglighet ges förutsättningar att göra ett val av mottagning som bäst motsvarar deras preferenser.

## **4.2. VILKEN UPPFÖLJNING MEDGER INFORMATION I REGISTER FÖR HUVUDMÄN?**

Information som baseras på egna eller bekantas möten med vården kan vara tillräcklig för att individer ska kunna utkräva vårdgivare på ansvar för målsättningar kopplade till lyhördhet och tillgänglighet. Mot bakgrund av resonemanget i föregående avsnitt kan individer också ges bättre förutsättningar att kunna utkräva vårdgivare på ansvar för målsättningar kopplade till vissa delar av medicinsk kvalitet samt kontinuitet. Andra målsättningar kopplade till effektivitet, medicinsk kvalitet, produktivitet och jämlik tillgång till vård kan dock inte individer förväntas utkräva ansvar för även om tillgången på information skulle förbättras. Detta förblir huvudmännens ansvar.

En viktig mekanism för ansvarsutkrävande av vårdgivare är huvudmännens krav på åtagande och kompetens i samband med ackrediteringen och en uppföljning som ger stöd för beslut om fortsatt ackreditering. Huvudmännen måste säkerställa att de grupper av individer som inte själva utnyttjar sina möjligheter till omval får en bra tillgänglighet och ett gott bemötande. Därutöver måste huvudmän också säkerställa att den medicinska kvaliteten är hög samt att de

resurser som fördelas till mottagningar används på bästa sätt. Prestationer och resultat måste således sättas i relation till tilldelade resurser vid uppföljning och utvärdering av mottagningar. Eftersom olika individer inte har samma förväntade vårdbehov behöver ersättningen justeras utifrån förutsättningar bland listade individer, för att mottagningar inte ska undvika eller underbehandla individer med stora förväntade behov av ekonomiska skäl (Miller 2009; Le Grand 2009; Scott m. fl. 2011). Olika sofistikerade modeller för att riskjustera den fasta ersättningen till mottagningar används bland Sveriges olika landsting och regioner. Det enklaste sättet är att justera ersättningen utifrån förväntad behov av primärvård baserat på ålder och kön. I flera landsting och regioner används mer komplicerade metoder för att justera ersättningen dels utifrån vårdtyngd (ACG) och dels utifrån socioekonomiska förutsättningar (CNI).

I Sverige har hälso- och sjukvårdens resultat för olika områden öppet redovisats och jämförts mellan landsting och regioner sedan flera år. Bakomliggande syften har varit att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att belysa goda resultat samt att öka insynen i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. I allt större utsträckning har också resultat för enskilda vårdgivare kommit att redovisas och jämföras öppet. Trenden att i allt större utsträckning mäta och redovisa resultat för enskilda vårdgivare kan ses som en parallell förändring till den ökade valfriheten som införts i svensk hälso- och sjukvård. Vårdval i primärvården utgör ett exempel. En sådan trend kan observeras också i andra länder där hälso- och sjukvårdssystem genomgått liknande förändringar (Smith m fl 2009; Browne m fl 2010).

Vårdanalys (2014a) konstaterar i sin rapport att kunskapsläget vad gäller ett av svensk hälso- och sjukvårds största problem, nämligen tillgänglighet, har förbättrats. Vårdvalsreformen har bidragit till att man infört väntetidsmätningar och mätningar om individens uppfattningar om vårdens kvalitet i primärvården. Men det saknas register med nödvändig information på andra områden. Exempel som tas upp av Vårdanalys (2014b) är prestationer och medicinsk kvalitet samt bemanning bland mottagningarna. Vidare är det problem med kontinuitet i mätningarna i den statistik som tas fram vilket gör att osäkerheten i resultaten av analyser ökar. Sist men inte minst är det svårt att koppla samman statistik och resultat från undersökningar eftersom dessa utförs av olika aktörer.

Avsaknaden av information om innehåll och längd i besök, medicinska resultat av insatser, samt besökens fördelning mellan olika grupper i befolkningen försvårar uppföljning av många av primärvårdens övergripande målsättningar. Det är svårt att analysera målsättningar kopplade till kvalitet och en rättvis fördelning av primärvårdens insatser och resultat (Vårdanalys 2014a; Glengård

2013a). Även analyser av effektivitet och produktivitet i primärvården begränsas i stor utsträckning av att det saknas information om innehåll och längd i besök, medicinska resultat av insatser, samt besökens fördelning mellan olika grupper i befolkningen (Janlöv och Rehnberg 2011; Glenngård 2013b; Glenngård och Anell 2012b).

### **4.3 MER ÄNDAMÅLSENLIK INFORMATION BEHÖVS**

Vårdval i primärvården har lett till ett större fokus på primärvårdens aktörer, funktion och resultat. Detta har i sin tur tydliggjort behovet av att ta fram mer ändamålsenlig information för uppföljning, styrning och forskning. I flera rapporter från myndigheter och forskare rekommenderas att registerdata avseende prestationer och kvalitet i primärvården ska utvecklas och samordnas (Se t.ex. Vårdanalys 2014a; Konkurrensverket 2012; Glenngård 2013a). Sådan information är nödvändigt för att kunna göra ordentliga uppföljningar av hur primärvårdens resurser används och vilka värden de genererar för individer och grupper av individer.

Ansvarutkrävning gentemot vårdgivare av huvudmännen handlar i stor utsträckning om att precisera krav på vårdgivare för att få bedriva primärvård och få ersättning och uppföljning av dessa krav baserat på information i register. Dessa möjligheter att följa upp prestationer begränsas av att information om fördelning och innehåll i besök samt vilka resultat som insatserna genererar saknas i register. Huvudmän behöver information om hur mottagningar använder tilldelade resurser i allmänhet men i synnerhet om hur de använder extra tilldelade resurser baserat på förväntat större behov av primärvård. Det är angeläget att ta fram och, i den mån den finns, att förbättra tillgängligheten till sådan information för huvudmän att kunna utvärdera prestationer i primärvården.

Att införandet av vårdval har satt ljuset på brister i tillgänglig data att basera uppföljning styrning och forskning på kan ses som en positiv effekt av vårdvalet. Fokus har flyttats från att mäta vårdens kostnader och volym av producerade insatser till att mäta dess innehåll och resultat. Samtidigt innebär det en potentiellt större arbetsbörda för vårdgivare som i större utsträckning måste ägna sig åt att redovisa och rapportera hur de använder sina resurser. Detta kan ses som en paradox i sjukvården. Å ena sidan behövs bra information för att kunna göra ordentliga uppföljningar som kan ligga till grund för verksamhetsutveckling och en bättre hälso- och sjukvård. Å andra sidan tar arbetet med att rapportera tid och resurser från de patienter som behöver vård.

## **4.4 DIALOG ÄR ETT VIKTIGT KOMPLEMENT TILL UPPFÖLJNING BASERAT PÅ REGISTER**

Utöver uppföljning och ansvarsutkrävande baserat på information i register på olika nivå tillämpas olika former av dialog med vårdgivare. I en majoritet av landstingen och regionerna sker fördjupad granskning (medicinsk revision) på förekommen anledning. I närmare hälften av landstingen och regionerna sker dessutom sådan granskning rutinmässigt antingen generellt eller ämnesspecifikt (Hagbjer 2014; Paulsson 2013). Vid den typen av uppföljning ges möjlighet för huvudmän att få kunskap om vad tilldelade resurser används till som inte syns i register. Sådan kunskap handlar exempelvis om vilka insatser som görs för specifika patientgrupper. Den typen av kunskap går inte att utläsa register, åtminstone inte så länge som det saknas information om innehåll, längd och fördelning av besök bland individer i dessa.

Medicinsk revision ger också förutsättningar för verksamhetsutveckling. Förbättrad information är inte bara angeläget gentemot individer och sjukvårdshuvudmän utan även gentemot vårdgivare. Att hålla inne ersättning till vårdgivare som inte uppfyller uppsatta krav kan betraktas som en skarp åtgärd vilken i förlängningen till och med kan tvinga vårdgivare att upphöra med sin verksamhet. Men den ger i sig själv inte något stöd till förbättring av verksamheten. Genom att använda sig av en dialog med utförare kan information återkopplas till verksamheten på ett annat sätt vilket ger bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling. Medicinsk revision är ett sätt som används i praktiken i allt större utsträckning. I till exempel Region Skåne och Västra Götalandsregionen görs medicinsk revision regelbundet (var 12-24 månad) av mottagningar i primärvården. Vid dessa tillfällen sker en dialog mellan vårdgivare och huvudmän där vårdgivare kan visa och förklara hur verksamheten är organiserad och hur tilldelade resurser används. Huvudmän kan vid dessa tillfällen förtydliga sina krav på verksamheten och följa upp desamma baserat på fördjupad information om de aktiviteter som bedrivs vid mottagningen.

Om vårdgivare får mer information om gap mellan förväntningar hos listade individer och de tjänster som erbjuds kan man också tänka sig att de har bättre förutsättningar för att leva upp till individens förväntningar vilket kan leda till mer nöjda patienter. Detta resonemang är i linje med Hirschmans (1970) resonemang om att dialog har förutsättningar att leda till en förbättra relation med en organisation medan sorti handlar om att avsluta en relation utan att dela med sig av information om anledningen till varför man är missnöjd. Ett konkret exempel är att analyser av patientupplevd kvalitet baserat på NPE visar då



läkarbesök byts ut mot möten med andra personalkategorier måste vårdgivare hitta nya vägar för att skapa trygghet hos patienter (Glenngård 2012; Glenngård och Anell 2012a). Information om patientupplevd kvalitet som gäller endast den egna mottagningen ger i det sammanhanget begränsat med kunskap att använda vid verksamhetsutveckling. Om informationen däremot sätts i ett sammanhang och om dessutom goda exempel kan tas fram kan resultat från NPE utgöra en god grund för verksamhetsutveckling.

## **4.5 SLUTSATSER**

Dubbel ansvarsutkrävning av vårdgivare på välfärdsmarknader kan anses vara nödvändigt ur såväl ett teoretiskt som ett praktiskt perspektiv. Man kan argumentera för att välfärdsmarknader saknar viktiga förutsättningar för att vara vanliga marknader. Så länge övergripande målsättningar med offentliga tjänster ska ha förutsättningar att uppfyllas kommer dessa att fortsätta vara kvasimarknader. Val av vårdgivare baserat på egna eller bekantas erfarenheter kan vara tillräckligt för att uppnå målsättningar kopplade till lyhördhet och tillgänglighet. I viss mån kan också en förbättrad tillgång till information till individer leda till att val av vårdgivare medför att målsättningar kopplat till kontinuitet och vissa specifika aspekter av medicinsk kvalitet uppnås. Däremot kan individers val av vårdgivare inte förväntas leda till att målsättningar kopplade till effektivitet och produktivitet eller medicinsk kvalitet generellt och jämlik tillgång till vård uppnås. En första slutsats är därför att mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och utförare av välfärdstjänster måste bibehållas och utvecklas så att huvudmän ges förutsättningar att utkräva ansvar för övergripande målsättningar även i en situation med valfrihet för individer.

Ansvarsutkrävning gentemot vårdgivare av huvudmännen handlar i stor utsträckning om att precisera krav på vårdgivare för att få bedriva primärvård och få ersättning och uppföljning av dessa krav baserat på information i register. Dessa möjligheter att följa upp prestationer begränsas i stor utsträckning av att information om fördelning och innehåll i besök samt vilka resultat som insatserna genererar saknas i register. Huvudmän behöver information om hur mottagningar använder tilldelade resurser i allmänhet men i synnerhet om hur de använder extra tilldelade resurser baserat på förväntat större behov av primärvård. En andra slutsats är därför att det är angeläget att förbättra tillgängligheten till relevant information för huvudmän att kunna utvärdera prestationer i primärvården.

Även om tillgänglig information skulle förbättras kan det vara svårt att basera uppföljning och styrning av vårdgivare på sådant som går att mäta och

kvantifiera i register. Det är svårt att i register fånga aspekter kring till exempel vilka insatser som görs för specifika grupper. Information om längd och vissa specifika åtgärder kan mätas och kvantifieras men att mäta hela innehållet i besök och samverkan kring patienter på ett sätt som går att redovisa i ett register är mer besvärligt. En tredje slutsats i är därför att mekanismer för ansvarsutkrävning som handlar om fördjupad dialog är ett nödvändigt komplement till ansvarsutkrävning baserat på information i register.

## REFERENSER

- Anell A. The Monopolistic Integrated Model and Health Care Reform: The Swedish Experience. *Health Policy* 1996;37:19-33.
- Anell A. (2005) Primärvård i förändring. Studentlitteratur: Lund.
- Anell A. (2009) Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. KEFU: Lund.
- Anell A, Paulsson G (2010) Valfrihet och konkurrens i primärvården. I Anell A, Gerdtham U-G. red. Vårdens utmaningar. Stockholm: SNS Förlag.
- Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*; 2011a;6: 549-569.
- Anell A. (2011b) Hur kan svensk primärvård förbättras? Forum för Health Policy. (nedladdningsbar på [www.healthpolicy.se](http://www.healthpolicy.se))
- Anell A, Nylinder P, Glenngård AH (2012) Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. SKL: Stockholm.
- Anell A. Vilken betydelse har vårdval och ersättningsprinciper i primärvården? Paper presenterat vid Gothenburg Public Management Seminar (GMPS) Göteborg, 2013.
- Beckman A, Anell A. (2013a) Hur har individers konsumtion av läkarbesök förändrats efter införande av Hälsoval Skåne? *Läkartidningen*; 110(12): 622-23.
- Beckman A, Anell A. (2013b) Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: A five-year follow-up of GP-visits. *BMC Health Services Research*; 13: 452.
- Bevan G, Helderman JK, Wilsford D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. *Health economics policy and law* 2010;5:251–267.
- Bouckaert G, Peters BG, Verhoest K. The coordination of public sector organizations – Shifting patterns of public management. Hampshire, Palgrave Macmillian: 2010.
- Browne K, Roseman D, Shaller D, Edgman-Levitan S. Analysis & commentary. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(5):921-5.
- Cutler D. Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature* 2002;40(3):881-906.
- Dahlgren C, Brorsson H, Sveréus S, Goude F, Rehnberg C. Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi. 2013.

- Dixon A, Le Grand J. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2006;11: 162–166.
- Ekström H, Holmberg S, Karlsson A. (2013) Vårdval Kronoberg. Kartläggning av Primärvården i Kronobergs län före och efter Vårdval – en jämförande studie. FoU Kronoberg. FoU-rapport 2013:2.
- Fredriksson M. (2012) Vårdval i Uppsala län. Extern granskning av tillgänglighet, valfrihet, resurser och kvalitet. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
- Glenngård AH. Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. *Health Economics Policy and Law*, 2012;8:1-16.
- Glenngård AH. Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care. Doktorsavhandling. Ekonomihögskolan, Lunds Universitet (2013a).
- Glenngård AH. Productivity and patient satisfaction in primary care – Conflicting or compatible goals? *Health Policy* 2013b;111(2):157-65.
- Glenngård AH, Anell A. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Stockholm : Myndigheten för vårdanalys, 2012a (Rapport 2012:1).
- Glenngård AH, Anell A (2012b) Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. KEFU: Lund.
- Glenngård A, Anell A and Beckman A. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy* 2011;103(1):31-7.
- Hagbjer E. (2014) Valfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning. Stockholm: SNS förlag.
- Hirschman A O. Exit voice and loyalty: response to decline in firms, organizations and states. Cambridge: Harvard University Press, 1970.
- Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Reviews of Public Health* 2003;24:413-33.
- Janlöv N, Rehnberg C. (2011) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2012. Rapport nr 2011:15. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.
- Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården -Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Stockholm: Konkurrensverket 2010:3.
- Konkurrensverket. Val av vårdcentral - Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Stockholm; Konkurrensverket: 2012:2.

- Lamarche PA, Beaulieu M, Pineault R, Contandriopoulos A, Denis J, Haggerty J. (2003) Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation, New Brunswick Department of Health and Wellness, Saskatchewan Department of Health, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec and Health Canada. November 2003.
- Lancaster KJ. A new approach to consumer theory. *Journal of Politics and Economics* 1966;74:132-157.
- Le Grand J. Quasi-markets and social policy. *The Economic Journal* 1991;101(408):1256-1267
- Le Grand J, Bartlett W. Quasi-markets and social policy. London, Macmillan press Ltd: 1993.
- Le Grand J. Delivering public services through choice and competition - The other invisible hand. Princeton; Princeton University Press: 2007.
- Le Grand J. Choice and Competition in publicly funded health care. *Health Economics Policy and Law* 2009;4:479-488.
- Lester H, Roland M. Performance measurement in primary care. I Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (eds). Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press: 2009.
- Paulsson G. (2013) Organisation och styrning av vårdval i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. KEFU: Lund.
- Propper C. Competition, Incentives and the English NHS. *Health Economics* 2012; 21:33- 40.
- Rehnberg 2014. Vårdvalets påverkan på tillgänglighet. I Låt den rätte komma in. Rapport 2014:3. Stockholm: Vårdanalys.
- Robinson JC. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*; 79(2): 149-177.
- Saltman et al. 2006. Primary Care in the Driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care. Berkshire; Open University Press.
- Sheaff R, Pickard S, Smith K. Public service responsiveness to users demands and needs: theory, practice and primary healthcare in England. *Public Administration* 2002;80(2):435-452.
- SKL (2009) Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2011) Befolkningsundersökning 2010. Vårdbarometern. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press: 2009.
- Smith P, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl A, Westert G, Kene T. Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems. *Health Policy* 2012;106(1):37-49.
- Street A, Häkkinen U. Health systems productivity and efficiency. In Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press, 2009: 222-248.
- SNS 2013. Lärdomar från England om konkurrens i vården. SNS analys, nr 13
- Starfield B (1998) Primary care: Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford university press.
- Starfield B, LShi & J Macinko, 2005, Contribution of primary care to health systems and health, *The Millbank Quarterly*, 83, 3, s 457-503.
- Sveriges läkarförbund. Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval. Stockholm: Sveriges läkarförbund April 2014.
- Valentine N, Prasad , Rice N, Robone S, Chatterji S. Health systems responsiveness; a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the users perspective. In Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:138-186.
- Vårdanalys (2013a) Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Rapport 2013:1. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys (2013b) Vad vill patienten veta för att välja? Rapport 2013:4. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys (2014a) Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden. Vem vill veta vad för att välja? Rapport 2014:3. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.
- Vårdanalys (2014b) Vem vill veta vad för att välja? Rapport 2014:1. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.
- Winblad U, Andersson C. Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information. Uppsala, Uppsala universitet, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Hälso- och sjukvårdsforskning: 2011.

World Health Organisation (WHO) 2008. The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization.

KEFU SKRIFTSERIE 46  
ISSN 1102-8483  
ISRN KEFU-SKR-46-SE Fax:

KEFU  
BOX 7080  
220 01 LUND  
Tel: 046-22 78 20  
046-222 42 16