

Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm

– redovisning av de två första årens erfarenheter

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2010:12

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare:
Clas Rehnberg
Nils Janlöv
Jahangir Khan
Jonatan Lundgren

Institutionen för lärande, informatik,
management och etik
Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-41-8

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

FÖRORD

Med Vårdval Stockholm fick invånarna i länet möjligheter att välja vårdgivare inom primärvården, kombinerat med en frihet för vårdgivare att etablera sig. Tanken med modellen var att förbättra tillgängligheten, öka valfriheten och mångfalden samt att resurser i större utsträckning ska följa befolkningens val av vårdgivare. Vårdvalsmodellerna i Stockholms län och andra landsting har senare följts av nationell lagstiftning om Vårdval för hela landet. Landstingen har dock relativt stor frihet att själva utforma innehållet i sina vårdvalsmodeller. För såväl framtida jämförelser som för att på kort sikt få kunskap om reformens resultat är det viktigt att på ett tidigt stadium följa upp och utvärdera erfarenheter och effekter av modellerna.

Denna rapport redogör för de två första årens erfarenheter av Vårdval Stockholm. Rapporten är sammanställd av Clas Rehnberg (docent och projektledare), Nils Janlöv, Jahangir Khan och Jonatan Lundgren, samtliga medarbetare vid Medical Management Centre, Karolinska institutets folkhälsoakademi vid Karolinska Institutet. Gruppen har arbetat på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting. Författarna svarar dock ensamma för innehållet i rapporten. .

Rapporten redovisar analyser av kostnads- och produktivitet utvecklingen, fördelningen av vårdutnyttjandet samt fördelningen av ägandeformer och geografisk etablering. Vidare redovisas hur vården för vårdtunga grupper utvecklats samt reformens effekter på andra vårdformer. Förhoppningen är att rapporten ska utgöra ett underlag för analys, diskussion och stöd i det fortsatta utvecklingsarbetet med vårdvalsreformen. Rapporten utgör också en grund för senare uppföljningar av reformen.

Catarina Andersson Forsmann
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Sammanfattning

Med införandet av Vårdval Stockholm inom primärvården under år 2008 underlättades möjligheterna för invånarna att välja vårdgivare samtidigt som den fria etableringen gav möjligheter för nya aktörer att komma in på marknaden. Målsättningarna med reformen var att förbättra tillgängligheten och öka patienternas valmöjligheter kombinerat med en större mångfald och reglerad konkurrens på utbudssidan.

I denna rapport presenteras en uppföljning av de första två åren med vårdvalsreformen. I rapporten fokuseras på frågeställningar om utvecklingen av kostnader, prestationer, patientnöjdhet och produktivitet. Vidare kartläggs konsekvenser för utsatta grupper och skillnader mellan socioekonomiska områden. Slutligen analyseras fördelningen mellan privat och offentlig vård, nyetableringar samt konsekvenser för andra vårdformer. Frågeställningarna analyseras främst med hälsoekonomiska metoder. Två års erfarenhet är en relativt kort tid och resultaten bör tolkas med försiktighet. De huvudsakliga resultaten från rapporten är följande:

- Kostnadsökningarna inom Vårdval Stockholm har varit under kontroll. Det framgår även vid en jämförelse med andra landsting. Tillgänglighet och vårdutnyttjande av främst läkarbesök har ökat samtidigt med en produktivitetsökning på drygt 10 procent första året med reformen och knappt 3 procent året därpå. Med hänsyn till befolkningsökningen har kostnaden per invånare räknat i fasta priser minskat något.
- Ökningen av prestationer har tillfallit alla åldersgrupper och har inte varit till nackdel för t.ex. de äldre. Fördelningen av de ökade prestationerna mellan kön visar inte några större skillnader. Samtidigt noteras ett positivt samband mellan produktivitet och patienternas bedömning av kvalitet. Den högre produktiviteten har således inte uppnåtts genom försämringar enligt patienternas bedömningar.
- Den privata andelen husläkare fortsätter att öka. Nyetableringarna har ägt rum såväl i innerstaden som i förorter och inledningsvis har ingen koncentration av ägandet ägt rum. Det föreligger inga större skillnader i produktivitet mellan privata och offentliga enheter, däremot uppvisar icke-auktorerade vårdgivare en lägre produktivitet. Dessa vårdgivare har äldre avtal, vilket visar på betydelsen av ändamålsenliga ersättningar och incitament.
- De vårdtunga patientgrupperna uppvisar en större ökning av vårdutnyttjandet än genomsnittsbefolkningen, vilket tyder på att dessa inte diskrimineras. Patienter i områden med lägre inkomster har haft den största ökningen av läkarbesök, medan resursökningen till vårdgivare varit större i områden med hög inkomst. Områden med lägre inkomst erhåller dock även fortsättningsvis en större andel av resurserna.
- Beträffande effekterna på andra vårdformer och medicinsk service har det inte noterats några större s.k. ”övervältringseffekter”. Tvärtom har primärvården ökat sin andel av öppenvården och utnyttjandet av medicinsk service minskat något. Beträffande läkemedel är det svårt att se om vårdvalet haft några effekter på förskrivningen.

Resultaten från de första åren visar att målsättningarna om tillgänglighet och ökad valfrihet kombinerat med en större mångfald har uppnåtts. Beträffande fördelningen har vårdtunga grupper och patienter i socioekonomiskt utsatta områden erhållit en ökad andel av vårdtjänsterna. Det finns dock behov av att se över ersättningssystemet med fokus på stora vårdbehov samt för koordinering med andra vårdformer. Resultaten i rapporten utgör grund för en långsiktig utvärdering av Vårdval Stockholm.

Summary

The introduction of Vårdval Stockholm in primary health service in 2008 facilitated opportunities for people to choose health care providers while the freedom of establishment provided opportunities for new players to enter the market. The objectives of the reform were improvement of access and increase patient choice, combined with a greater diversity and competition in the regulated supply.

This report presents an assessment of the first two years of the reform. The report focuses on issues concerning cost containment, performance, patient satisfaction and productivity. Further, an assessment is made of the consequences for vulnerable groups and differences across socioeconomic areas. Finally, the report analyzes the distribution of private and public health care, the entry to the market as well as implications for other subsectors in health care. These questions are primarily analyzed using health economic methods. Two years of experience is a relatively short time and therefore the present results should be interpreted with caution. The main findings of the report are:

- The costs development in Stockholm has been under control. This is also apparent in a comparison with other counties. Availability and utilization of care, primarily by physicians, have increased simultaneously with a productivity increase of over 10 per cent in the first year of reform and less than 3 per cent thereafter. Adjustment for the growth of the population shows a smaller reduction of the costs per inhabitant in fixed prices.
- The increase in performance has increased for all age groups and without disadvantage for the elderly. The distribution of the increase in performance between men and women shows no significant differences. There is also a positive correlation between productivity and patients' assessment of quality. The higher productivity has not been accompanied by a decline in quality.
- The private share of family doctors continues to increase. The establishment of new practices is relatively evenly distributed between geographical areas. In the first two years no concentration of ownership has taken place. There is no major difference in productivity between private and public practices, but non-certified practices show a much lower productivity. These practices have earlier contractual agreements, which demonstrate the importance of proper reimbursement and incentives.
- The "heavy-care patient groups" show a higher increase in health care utilization compared with the average population, suggesting that they are not discriminated against. The areas with lower incomes had the greatest increase in physician visits. The allocation of resources to the health care center, however, shows an inverse relation, i.e. the resource growth has been greater in areas with high income. The low-income areas still receive a larger share of the resources.
- With respect to the impact on other subsectors and ancillary services, "spillover" effects have not been observed. On the contrary, primary care has increased its share of total ambulatory care and utilization of medical services declined slightly. The prescription of medicines has most likely not been affected by the reform.

The results from the initial years of the reform show that the objectives of access and increased choice, combined with a greater diversity, were achieved. Concerning the distribution aspects, the "heavy-care patients" and socio-economically disadvantaged areas are not discriminated against. However, there is a need to review the compensation system for considering higher needs and for coordination with other subsectors in healthcare. The findings in this report provide a basis for long-term evaluation of Vårdval Stockholm.

Innehållsförteckning

1	INLEDNING OCH BAKGRUND	5
1.1	RAPPORTENS SYFTE	6
1.2	RAPPORTENS DISPOSITION	6
2	DATA OCH METOD	7
3	UTVECKLING AV KOSTNADER, PRESTATIONER OCH KVALITET	9
3.1	KOSTNADER	9
3.2	PRESTATIONER OCH VÅRDUTNYTTJANDE.....	12
3.3	KVALITET OCH PATIENTNÖJDHET.....	13
4	PRODUKTIVITET	17
4.1	PRODUKTIVITETSUTVECKLINGEN.....	17
4.2	PRODUKTIVITET OCH BEHOV	22
5	VÅRD TUNGA GRUPPER	24
5.1	VÅRD TUNGA GRUPPER OCH ÖVRIG BEFOLKNING.....	24
5.2	DIABETES OCH STROKE	26
6	FÖRDELNINGSSASPEKTER.....	29
6.1	KÖN OCH ÅLDER	29
6.2	SOCIOEKONOMISKA FÖRÄNDRINGAR AV VÅRDUTNYTTJANDE OCH RESURSER	31
7	ÄGANDEFORMER OCH MARKNADSSTRUKTUR.....	36
7.1	FÖRDELNINGEN PRIVAT OCH OFFENTLIG VÅRD	36
7.2	ÄGANDEFORMER, KONTRAKT OCH PRODUKTIVITET	38
8	EFFEKTER PÅ ANDRA VÅRDFORMER OCH ”ÖVERVÄLTRINGSEFFEKTER”.....	41
8.1	PRIMÄRVÅRD OCH ÖVRIG ÖPPENVÅRD	41
8.2	LÄKEMEDEL OCH MEDICINSK SERVICE	43
8.3	SJUKSKRIVNING OCH FÖRTIDSPENSIONER	45
9	DISKUSSION.....	47
10	AVSLUTANDE SYNPUNKTER.....	52
	REFERENSER	53
	BILAGA A. LORENZKURVA OCH KONCENTRATIONSKOEFFICIENT.....	55
	BILAGA B. BESKRIVNING AV DATA ENVELOPMENT ANALYSIS (DEA)	56

1 Inledning och bakgrund

En av de mest centrala reformerna i svensk hälso- och sjukvård under senare år har varit införandet av s.k. Vårdvalsmodeller. Gemensamt för modellerna inom primärvården är att individens enskilda rätt och möjlighet att välja läkare eller husläkarmottagning ökar. Avsikten är att medborgarnas val ska påverka resursfördelningen mellan vårdgivare eftersom medel följer patientens val. En annan del i reformen handlar om nya vårdgivares rätt att etablera sig givet att man uppfyller fastställda krav. Principen att "*patienten följer pengarna*" har i dessa landsting ersatts med principen "*pengarna följer patienten*". Inom ett antal landsting har det emellertid redan tidigare funnits möjligheter för medborgarna att välja sin husläkare eller mottagning. System för listning och ersättningar är efterlämningar från Husläkarreformen från tidigt 1990-tal vilket i viss mån vidmakthållit valfriheten i flera landsting. Det har dock varit stora skillnader mellan landstingen och information om möjligheterna att välja har varit begränsad. Inträdet till husläkarmarknaden har också varit reglerat eller stängd. Nyetableringar har främst möjliggjorts genom offentlig upphandling och inte genom individuella patientval.

Denna rapport utgör en slutrapportering av erfarenheterna av de två inledande åren med Vårdval Stockholm. Den har föregåtts av tidigare publicering där erfarenheterna från det första året analyserats (Rehnberg et al. 2009). Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 för stora delar av primärvården som husläkarmottagningar, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, fotsjukvård och logopedverksamhet. Med införandet av Vårdval Stockholm underlättades möjligheterna för invånare att välja vårdgivare, ersättningssystemet för vårdgivarna förändrades och fri etablering gavs för vårdgivare som uppfyllde auktorisationskriterierna. Auktorisationen är ett reglerat förhållande mellan beställare och vårdgivare där de sistnämnda godkänns och accepterar regler för att driva verksamheten. Förändringen av ersättningssystemet innebar att man frångick den tidigare kapitationsersättningen med olika nivåer samt ersättning baserat på ett socioekonomiskt index. Det socioekonomiska indexet som ingick i ersättningen utgjorde emellertid endast ca 7 procent av den totala ersättningen år 2007. För enskilda enheter kan detta emellertid haft stor betydelse då andelen resurser baserat på indexet varierade mellan geografiska områden. Redan åren före införandet av vårdval utgick prestationsersättningen inom husläkarverksamheten i relativt stor omfattning. En viktig skillnad med reformen var att ett enhetligt ersättningssystem infördes för samtliga vårdgivare. I det tidigare systemet förhandlades kontrakt och överenskommelser med vårdgivarna enskilt, vilket ledde till stora variationer i resurser och förutsättningar att bedriva verksamheten.

Med den nya ersättningen inom Vårdval Stockholm har vårdgivarna fått betalt för kapitering (åldersgruppindelad), genomförda besök samt ersättning för vissa genomförda åtgärder angivna i regelverket för Vårdval. Ersättningssystemet är enhetligt för samtliga vårdgivare, förutom främst ett mindre antal privata vårdgivare som har haft avtal som löpt över flera år. Genom att patientens val påverkar ersättningen i större utsträckning än tidigare innebär det att avtalsstyrningen underordnades styrning genom mer direkta patientval. Den fria

etableringen ger även förutsättningar för en konkurrens på lika villkor mellan privata och landstingsdrivna vårdgivare.

1.1 Rapportens syfte

Syftet med rapporten är att redogöra för de förändringar av resursutnyttjande och resursfördelning som ägt rum under den tid vårdvalsmodellen i Stockholm varit i bruk. De uppställda målsättningarna om ökad tillgänglighet och mångfald inom vården har även studerats. En jämförelse görs av åren 2006 och 2007 samt de två första åren med vårdvalsmodellen, dvs. åren 2008–2009. Fokus har varit på följande områden:

- Utvecklingen av kostnader, vårdutnyttjande och patientnöjdhet
- Produktivitetsskillnader och produktivitetsutveckling
- Vård för vårdtunga grupper
- Fördelning av vårdutnyttjande mellan socioekonomiska geografiska områden, ålder och kön.
- Ägandeformer och marknadsstruktur
- Effekter på andra vårdformer

Resultaten i rapporten är främst baserad på data för områden och mottagningar, vilket inte fångar upp variationer inom områden.

1.2 Rapportens disposition

I kapitel två redogörs för de databaser och metoder som använts i rapporten. I kapitel tre presenteras utvecklingen för kostnader, vårdutnyttjande samt patienternas omdömen av husläkarverksamheten för perioden. Kapitel fyra behandlar produktivitetsutvecklingen samt studerar sambandet mellan produktivitet och patientnöjdhet samt behov. I kapitel fem har vårdutnyttjandet för vårdtunga grupper kartlagts och jämförs med genomsnittsbefolkningen. Kapitel sex studerar hur vårdutnyttjandet förändrats mellan geografiska områden med socioekonomiska skillnader, åldersgrupper och mellan kön. Redogörelsen fokuserar på skillnader mellan områden med hög och låg inkomst. I kapitel sju redovisas fördelningen av vårdgivare med olika ägandeformer samt var ny-etableringar ägt rum. I kapitlet jämförs även skillnader i produktivitetsutvecklingen mellan vårdgivare. Kapitel åtta redovisar effekter på andra vårdformer och studerar förekomst av s.k. ”övervältringseffekter”. Slutligen ges i kapitel nio en diskussion och summering av resultaten.

2 Data och metod

I rapporten har data från flera källor använts beroende på problemställning och syfte. De metoder som används är dels deskriptiva sammanställningar, dels analytiska metoder för ett antal frågeställningar om resursfördelning mellan geografiska områden och produktiviteten vid husläkarmottagningarna.

De data som använts i analyserna baseras på dels befintliga register som landstingets patientstatistik och kostnadsredovisning, dels enkäter från landstinget och SKL om patienternas och medborgarnas omdömen om vården. Uppgifter om vårdutnyttjande har hämtats från landstingets VAL-databas för primärvård. I den s.k. Leverantörsdatabasen (LUD) har uppgifter om patientnöjdhet tagits fram. Uppgifter om beställarens kostnader per område och husläkarmottagningar har hämtats från landstingets redovisningssystem "Raindance". För vissa analyser har patientavgifter lagts till. Data om förskrivning och kostnader för läkemedel baseras på landstingets sammanställning baserat på läkemedelsregistret. Dessutom har befolkningsstatistik om inkomst baserat på data från SCB använts samt data över ohälsotalet per kommun från Försäkringskassan. I tabell 1 summeras de olika data källor som använts i rapporten.

Tabell 1. Datakällor och variabler

Datakällor	Variabler
VAL-databasen, SLL	Vårdutnyttjande
LUD, SLL	Patientnöjdhet
ListON; SLL	Listning av medborgare
Ekonomisystem – "Raindance", SLL	Kostnader
Vårdbarometern, SKL	Medborgaromdömen
Läkemedelsregister, SLL	Förskrivning av läkemedel
Sjukfrånvaro, Försäkringskassan	Ohälsotalet
Befolkningsdata, SCB	Invånare, ålderssammansättning

De analyser som gjorts är främst på områdesnivå och mottagningsnivå, vilket innebär att de baseras på aggregerade data och inte individdata. Vissa avsnitt som t.ex. sammanställning av vård för vårdtunga grupper baseras emellertid på individdata. Tidsperioden för sammanställningarna och analyserna är 2006–2009.

De analyser som gjorts i rapporten är baserade på data på dels områdesnivå (kommun/stadsdel), dels på mottagningsnivå (husläkarmottagning) inom Stockholms läns landsting. Antalet geografiska områden bygger på den indelning i 39 kommuner och stadsdelar som används i landstingets statistik. Det är dels de 26 kommunerna i Stockholms län, dels en uppdelning av Stockholms kommun i 14 stadsdelar. De utgör totalt 39 områden (25 kommuner och Stockholm uppdelat i 14 områden), dock utgår Norrtälje kommun som inte ingår i Vårdval Stockholm¹. Det totala antalet områden i rapporten är således 38 stycken.

¹ Data för Norrtälja har exkluderats i flertalet variabler. För vissa aggregerade uppgifter som patientnöjdhet på landstingsnivå ingår dock även Norrtälje. Norrtäljes befolkning motsvarar ca 2,5 % av länets invånare.

Antalet mottagningar omfattar i vissa analyser de 147 enheter som varit verksamma under hela perioden 2006-2009. För andra analyser inkluderas samtliga mottagningar, vilket för år 2009 är 188 stycken. Uppföljningarna för åren 2008 och 2009 har jämförts med åren 2006–2007.

Den ekonomiska redovisningen för beställarkostnaden för husläkarmottagningarna har justerats så att jämförelsen av kostnader och produktivitet avser samma typer av resurser. I landstingets redovisningssystem *Raindance* skiljer sig redovisningen av beställarens kostnader för olika mottagningar åt beroende på hur avtalskonstruktionen sett ut. Detta gäller främst för åren 2006 och 2007. Vi har för att uppnå jämförbarhet, utifrån tillgång på data inkluderat och exkluderat vissa kostnadsposter enligt följande:

- Basal hemsjukvård, personal m.m. (ingår)
- Husläkarverksamhet, personal, medicinsk service m.m. (ingår)
- Psykosociala insatser (ingår ej)
- ST läkare (ingår ej)
- Jourverksamhet (ingår ej)
- Kurator (ingår ej)
- Läkemedel (ingår ej)

För de mottagningar som tidigare inte haft ansvar för medicinsk service har dessa kostnader påförts i efterhand, för andra kostnadsposter som t.ex. ST-läkare har dessa tagits bort om mottagning tidigare haft ett kostnadsansvar. Vidare har hänsyn tagits till momskompensation för de privata vårdgivarna.

De metoder som används är enklare sammanställningar i frekvenstabeller, analytiska mått på produktivitet och fördelning samt sambandsmått. Jämförelse av produktivitet och produktivitetsutvecklingen analyseras med en benchmarking-metod kallad DEA (Data Envelopment Analysis). Resursfördelning och fördelningsaspekter analyseras med koncentrationsindex och Lorenzkurvor, en väletablerad metod för att studera ojämlikhet i inkomst, hälsa, vårdkonsumtion m.m. Metoderna beskrivs mer utförligt i respektive avsnitt samt i bilagor.

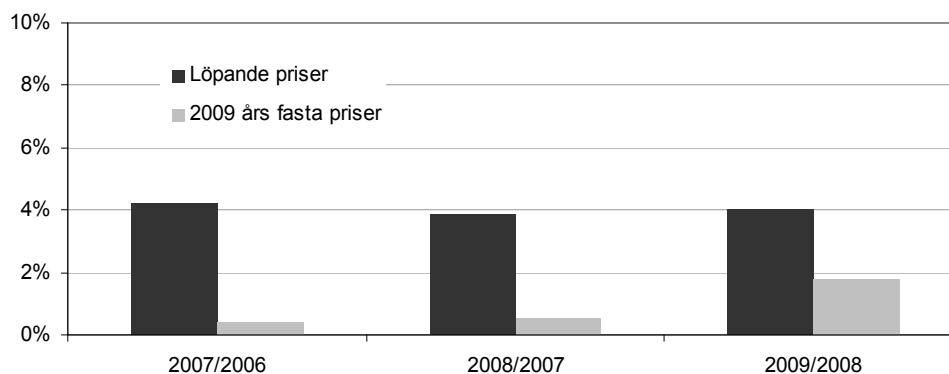
3 Utveckling av kostnader, prestationer och kvalitet

Utvecklingen av kostnaderna under vårdvalsreformen studeras samtidigt med utvecklingen för prestationer och kvalitet. En ökning av kostnaderna behöver inte vara något problem i sig om vi kan konstatera en motsvarande eller större förbättring av prestationer och/eller kvalitet. I detta avsnitt presenteras utvecklingen för kostnader, vårdutnyttjandet samt ett antal kvalitetsindikatorer.

3.1 Kostnader

Kostnadskontrollen är central inom hälso- och sjukvården eftersom patienten vid vårdkontakten endast betalar en mindre del av vårdkostnaden. I ett system med valfrihet och offentlig finansiering har patienten ett litet intresse av att beakta kostnadssidan, utan kan uteslutande välja utifrån bedömning av nyttan av vården. Kostnadssidan påverkas även av hur ersättningen till vårdgivarna utformas och det har även funnits farhågor att kombinationen av en hög andel prestationsersättning och fri etablering driver upp kostnaderna. Med en relativt fri etablering, valfrihet och en hög andel rörlig ersättning i Vårdval Stockholm har det funnits farhågor för en okontrollerad kostnadsökning. I figur 1 redovisas den totala kostnadsutvecklingen för husläkarverksamheten under åren före och efter införandet av vårdvalsreformen.

Figur 1. Utveckling av kostnader inom husläkarverksamhet, 2006–2009, Stockholms läns landsting.



Källa: Raindance, SLL

I löpande priser har kostnadsökningen inom husläkarverksamheten legat på ca 4 procent per år. En justering för pris- och löneökningar (inflation) för omräkning till fasta priser har gjorts med landstingens pris- och löneindex (LPI) och ger vissa skillnader mellan åren. Det första året med Vårdval Stockholm ökade kostnaderna med 0,5 procent i fasta priser i jämförelse med 0,4 procent året före införandet av reformen. Under det andra året, år 2009, uppgick ökningen till 1,8 procent i fasta priser. I tabell 2 presenteras kostnadsutvecklingen samt relationen mellan kostnadsökningar och förändringar av antalet invånare.

Tabell 2. Utveckling av kostnader, antal invånare och listade inom husläkarverksamheten, 2006-2009.

	2006	2007	2008	2009
Kostnad för husläkarverksamhet (löpande priser, tkr)	3 253 841	3 391 515	3 522 093	3 663 865
Procentuell förändring av kostnad (löpande priser, tkr)	–	4,2%	3,9%	4,0%
Kostnad för husläkarverksamhet (2009 års fasta priser [§] , tkr)	3 565 701	3 580 510	3 599 579	3 663 865
Procentuell förändring av kostnad (2009 års fasta priser [§] , tkr)	–	0,4%	0,5%	1,8%
Befolkning (dec. 06-09)	1 854 299	1 885 471	1 911 667	1 963 255
Antal listade/ansvarspatienter (dec. 06-09)	1 598 888	1 717 443	1 761 921	1 805 774
Andel listade	86,2%	91,1%	92,2%	92,0%
Kostnad per invånare (löpande priser)	1 755	1 799	1 842	1 866
Kostnad per invånare (2009 års fasta priser [§])	1 923	1 899	1 883	1 866
Procentuell förändring av kostnad per inv. (2009 års fasta priser [§])	–	-1,2%	-0,8%	-0,9%

Källa: Raindance, Liston och SCB.

Som framgår av tabellen har kostnaderna fortsatt att öka i samma takt som åren före införandet av reformen. I fasta priser ligger den årliga ökningen på ca en procent. Samtidigt äger en stadig ökning av befolkningen inom länet rum. Tar vi hänsyn till befolkningsutvecklingen har kostnaden per invånare minskat, räknat i fasta priser. Vi kan även notera en ökning av andelen listade individer, vilket främst ägde rum under året före införandet av reformen. Med reformen har medborgarna uppmanat att lista sig i större utsträckning. Den fasta ersättningen är beroende av antalet listade patienter. Före vårdvalsreformen fick mottagningarna även ersättning för olistade individer i upptagningsområdet.

Kostnaderna kan även relateras till antalet listade för att jämföra skillnader mellan geografiska områden. Det föreligger skillnader i kostnad per listad mellan områden och husläkarmottagningar. För att studera vilka faktorer som påverkat kostnadsutvecklingen har sambandet mellan kostnad per listad vid mottagningar och olika indikatorer för behov kartlagts. De indikatorer som används är dels olika index som socioekonomiskt index och CNI, dels åldersrelaterad vårdtyngd och vårdtunga diagnoser². Det socioekonomiska indexet är baserat på geografiska områden, medan CNI baseras på listade individer vid mottagningarna. Ett högt värde på båda indexen indikerar ett större vårdbehov. I tabell 3 redovisas sambanden mellan kostnad per listad och två av behovsindexen. Genom att olistade individer inte berättigar till ersättningen under åren 2008 och 2009, varierar antalet listade mellan mottagningarna över åren.

² Det socioekonomiska indexet är beräknat per kommun och stadsdel och baseras på faktorer som inkomst, andel socialbidragstagare, ensamboende, låg utbildningsnivå samt andel utlandsfödda utanför Norden. CNI (care need index) består av sju dimensioner: antal ensamstående >64 år, antal utlandsfödda utanför Norden, antal arbetslösa, antal ensamstående föräldrar, antal som flyttat in senaste året, antal lågutbildade och antal barn <5 år. Data över dessa index per område (socioekonomiskt index) och listade på mottagningar (CNI) har hämtats beräknats av SCB och förmedlats via landstinget.

Tabell 3. Samband mellan kostnad per listad och behovsindex

	Socioekonomiskt index		CNI-index	
	Korr. koefficient	p-värde	Korr. koefficient	p-värde
Kostnad per listad 2009	0,239	0,004***	0,243	0,003***
Kostnad per listad 2008	0,112	0,174	0,252	0,002***
Kostnad per listad 2007	0,229	0,005***	0,384	0,000***
Förändring av kostnad per listad 09/08	0,223	0,007***	-0,023	0,780
Förändring av kostnad per listad 08/07	-0,195	0,018**	-0,205	0,013**

*** indikerar att sambandet är signifikant på 1-procentsnivån. ** indikerar att sambandet är signifikant på 5-procentsnivån och * att sambandet är signifikant på 10-procentsnivån.

Källa: ListON och SLL.

I tabellen har vi tillämpat en enkel korrelationsanalys³ och kan konstatera att sambandet mellan kostnad per listad och indexen är positivt. Det betyder att kostnaden per listad är högre i områden med låg socioekonomisk status och vid mottagningar med högt CNI, dvs. med större behov enligt indexen. Resultatet för det socioekonomiska indexet varierar en del mellan åren då ett positivt samband uppvisas år 2007 och 2009, medan sambandet under det första året med Vårdval Stockholm inte var signifikant. Förändringen under år 2009 kan eventuellt kopplas till ändringar i ersättningssystemet där den extra ersättningen för listade äldre än 75 år togs bort, vilket minskat ersättningen till socioekonomiskt starka områden. Samtidigt har en ökning av antalet besök ägt rum vilket gett mer resurser till socioekonomiskt svagare områden under 2009. För båda indexen uppvisades en förändring under första året med reformen där sambandet mellan indexen och kostnad per listad försvagades. För det socioekonomiska indexet återställdes detta under andra året. Mot bakgrunden av resultaten kan vi emellertid konstatera att kostnaden per listad fortfarande i stor utsträckning samvarierar med de två behovsindexen. I tabell 4 görs motsvarande analys för åldersrelaterad vårdtyngd och andelen vårdtunga patienter⁴.

³ Korrelationen uttrycks som ett värde mellan 1 och -1, där 0 anger inget samband, 1 anger maximalt positivt samband och -1 anger maximalt negativt samband. Vid en positiv korrelation mellan kostnad per listad och det socioekonomiska indexet innebär det att högre kostnader per listad samvarierar med högre socioekonomiskt index. Relativt sett högre värden på det socioekonomiska indexet indikerar i sin tur sämre socioekonomiska förutsättningar, således innebär en positiv korrelation att högre kostnad per listad samvarierar med relativt sett sämre socioekonomiska förutsättningar. Korrelationskoefficienten har i sin tur beräknas enligt *Pearsons korrelationskoefficient* och signifikansen testas enligt *t-fördelningen*.

⁴ Definitionen av vårdtunga grupper baseras på en modul i det landstingskommunala utjämningsystemet och beskrevs i utredningen SOU 1998:115. I indexet ingår både huvud- och bidiagnoser inom följande nio grupper: elakartad tumörsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt, höftfraktur, schizofreni, övriga psykoser (inklusive demenssjukdomar) samt HIV. Ca 5 procent av befolkningen har diagnoser inom dessa grupper och kostnaderna för dessa diagnoser har beräknats till ca 60 procent av den samlade hälso- och sjukvårdskostnaden (se SOU 2003:88).

Tabell 4. Samband mellan kostnad per listad och ålders- och diagnosrelaterad vårdtyngd.

	Åldersrelaterad patienttyngd 09		Andel vårdtunga diagnoser 09	
	Korr. koefficient	p-värde	Korr. koefficient	p-värde
Kostnad per listad 2009	0,153	0,065*	0,007	0,937
	Åldersrelaterad patienttyngd 08		Andel vårdtunga diagnoser 08	
	Korr. koefficient	p-värde	Korr. koefficient	p-värde
Kostnad per listad 2008	0,260	0,002***	0,045	0,592
	Åldersrelaterad patienttyngd 07		Andel vårdtunga diagnoser 07	
	Korr. koefficient	p-värde	Korr. koefficient	p-värde
Kostnad per listad 2007	0,066	0,429	0,050	0,550
	Åldersrelaterad patienttyngd 09/08		Andel vårdtunga diagnoser 09/08	
	Korr. koefficient	p-värde	Korr. koefficient	p-värde
Förändring av kostnad per listad 09/08	-0,071	0,390	0,212	0,01**
	Åldersrelaterad patienttyngd 08/07		Andel vårdtunga diagnoser 08/07	
	Korr. koefficient	p-värde	Korr. koefficient	p-värde
Förändring av kostnad per listad 08/07	0,049	0,559	-0,026	0,753

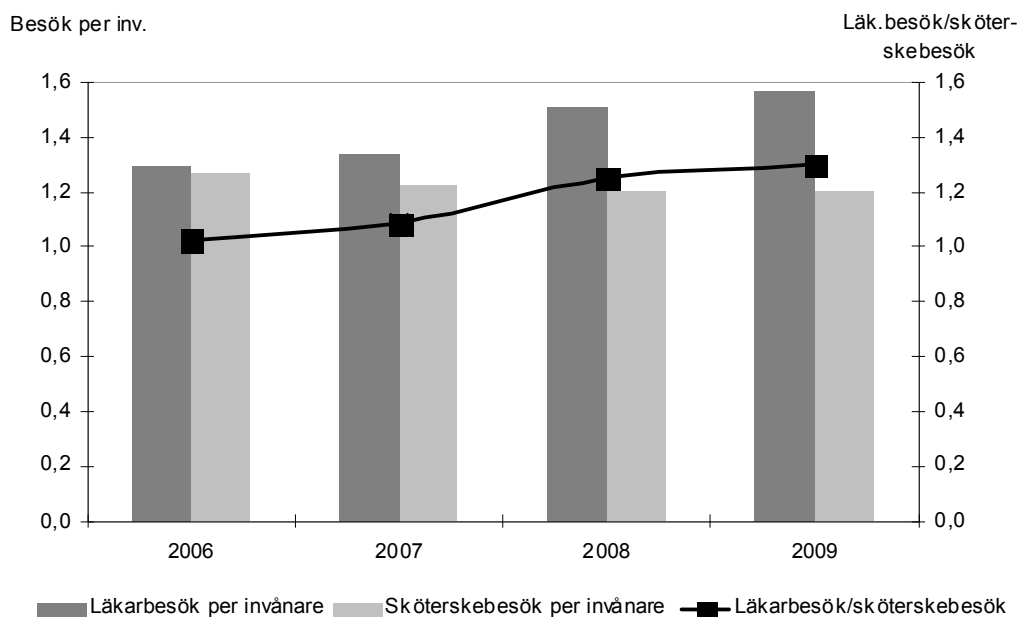
Källa: ListON och SLL

Den åldersrelaterade vårdtyngden har ett positivt samband med kostnaden per listad under åren med vårdvalsreformen, vilket kan förklaras av att den nya kapitationsersättningen endast baseras på ålder och antal invånare, medan de socioekonomiska variablerna togs bort efter år 2007. Sambandet mellan kostnad per listad och andelen vårdtunga diagnoser visar inget signifikant samband åt endera hållet. Dock visar utvecklingen mellan åren 2008 och 2009 att kostnaden per listad ökar mer i områden med större andel vårdtunga diagnoser.

3.2 Prestationer och vårdutnyttjande

Vårdutnyttjandet inom primärvården har traditionellt mätts med enkla mått som besök för olika yrkeskategorier (läkare, distriktssköterskor etc.). Under senare år har statistiken förbättrats, även om registreringen inte motsvarar den specialiserade vården vid sjukhus. Inom primärvården kan vi idag skilja på olika typer av besök och telefonkontakter. Diagnosregistreringsgraden har även förbättrats för främst läkarbesök (se vidare kapital 7). I figur 2 redovisas utvecklingen för läkar- och sköterskebesök för åren 2006–2009.

Figur 2. Läkar- och sjuksköterskebesök⁵ per invånare samt förhållandet (ratio) mellan läkar- och sköterskebesök, 2006-2009.



Källa: VAL-databasen.

Som framgår av figuren har läkarbesöken per invånare ökat kraftigt under åren. I genomsnitt under perioden uppgår ökningen till drygt 6 procent per år. Sjuksköterskebesöken ligger dock på en i stort oförändrad nivå. Relationen mellan besökstyperna uppvisar följaktligen en förändring mot relativt sett fler läkarbesök. Det oklart vad detta beror på. Det kan vara en effekt av ersättningsystemet, men även en anpassning till patienternas efterfrågan och önskemål.

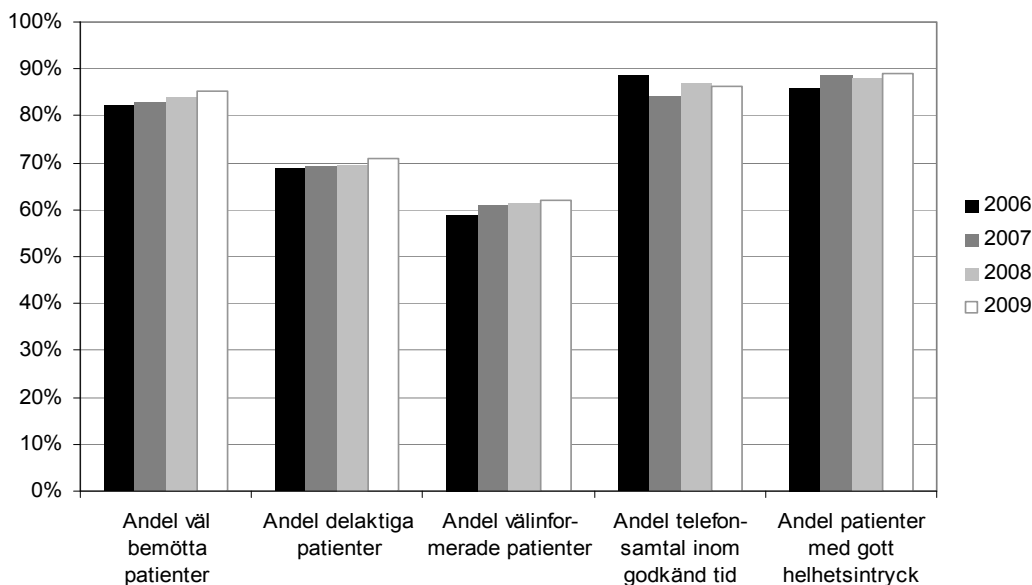
3.3 Kvalitet och patientnöjdhet

Redovisningar av vårdens kvalitet har utvecklats under senare år genom bl.a. projektet Öppna Jämförelser vid Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Primärvårdens verksamhet är bred och komplex vilket innebär att det finns uppenbara svårigheter att mäta och bedöma kvalitet i primärvården. Mått på befolkningens hälsa är en funktion av samverkande faktorer där det är svårt att urskilja effekter av primärvårdens insats. Från ett patientperspektiv finns i huvudsak två typer av kvalitet. Den första ser till den medicinska kvaliteten som avser behandlingens effekter på patientens hälsa. Inom vissa medicinska discipliner kan dessa uppgifter hämtas ur kvalitetsregistren. I mindre utsträckning finns register som är relevanta för att mäta medicinska effekter inom primärvården. Det gäller främst uppföljning av patienter med diabetes. Den andra dimensionen av kvalitet utgår från patienternas och medborgarnas egna bedömningar och upplevelse av vården samt tillgängligheten. En förbättrad tillgänglighet har även varit ett uttalat mål med vårdvalsreformen. Invånarnas upplevda servicekvalitet inom hälso- och sjukvården mäts regelbundet med den s.k. patientenkäten. Samtidigt mäts medborgarnas uppfattning om hälso- och

⁵ Fysiska besök på mottagning och i hemmet inom husläkaruppdrag och basal hemsjukvård. (inkluderar mottagning och hembesök)

sjukvården i den s.k. Vårdbarometern som administreras av SKL. Utvecklingen för de indikatorer som följs upp framgår av figur 3.

Figur 3. Patientupplevd kvalitet och tillgänglighet, 2006-2009 inom hela SLL.



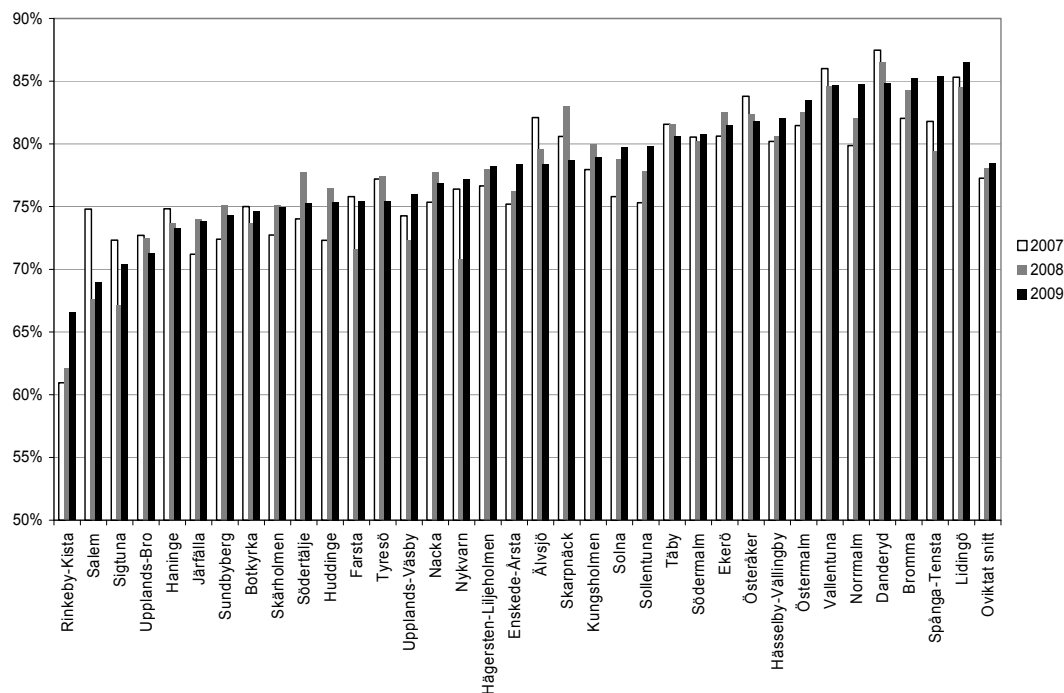
Källa: LUD-databasen, SLL:s patientenkät.

Som framgår av figuren finns en tendens till mindre förändringar i positiv riktning. Andelen väl bemötta, delaktiga och välinformerade patienter har fortsatt att öka, en trend som påbörjades även före införandet av reformen. Andelen patienter med gott helhetsintryck minskade något första året med vårdvalsreformen, men ökade sen igen till en högre nivå under 2009⁶. Däremot finns en minskning när det gäller telefontillgänglighet. Till viss del kan detta bero på skillnader i hur telefontillgänglighet har mätts under åren. I figur 4 presenteras resultaten av ett oviktat genomsnitt av patientnöjdhet⁷ för husläkarmottagningar inom samma kommun/stadsdel.

⁶ Resultatet för år 2009 baseras på patientenkäten under första halvåret.

⁷ Följande fem variabler ingår: andel patienter som är nöjda med telefontillgängligheten, andel telefonsamtal inom godkänd tid, andel besökstid inom 5 dagar, andel patienter som är nöjda med väntetiden till besök, samt andel patienter med gott helhetsintryck

Figur 4. Genomsnittlig patientnöjdhet per kommun/stadsdel år 2007 till 2009.



Källa: LUD-databasen, SII:s patientenkät.

Som framgår av figuren föreligger vissa skillnader mellan geografiska områden som emellertid visat sig vara svåra att förklara utifrån variabler som kostnader, inkomst, socioekonomisk status m.m.

Vi har även studerat om det finns skillnader mellan patienternas egna bedömningar av vårdens kvalitet och befolkningens uppfattningen om hur vården fungerar baserat på Vårdbarometern. I tabell 5 presenteras sambandet under åren 2007–2009 mellan resultaten från patientenkäten med ett antal variabler från Vårdbarometern⁸ där befolkningens attityder följs upp.

Tabell 5. Samband mellan svar i patientenkät och Vårdbarometern baserat på kommun/stadsdel.

	Patientnöjdhetsindex	
	Korr. koefficient	p-värde
Vårdbarometern	0,109	0,533

Även om korrelationen är positiv finns inget signifikant samband. Vi kan således inte uttala oss om sambandet mellan patienternas omdömen och medborgarnas omdömen i de olika kommunerna och stadsdelarna. Vi kan dock inte finna en motsättning i omdömena mellan de båda enkäterna.

⁸ Dessa variabler är: andel som har stort eller mycket stort förtroende för vården på husläkarmottagningar., andel som gick till vårdcentral vid sitt senaste besök inom vården, andel som fick besök samma dag i primärvården, andel som anser att väntetiden var rimlig, andel som anser att de helt eller delvis har tillgång till den sjukvård de behöver, andel med stort eller mycket stort förtroende för sjukvården i Stockholms län samt andel med fast läkarkontakt i primärvården.

Vi kan konstatera att kostnadsutvecklingen under de första två åren med Vårdval Stockholm varit under kontroll. Tar vi hänsyn till befolkningsutvecklingen är ökningen mycket marginell. Det finns i huvudsak ett positivt samband mellan kostnad per listad vid mottagningar och geografiska områden och olika behovsindex. Beträffande patienternas omdömen uppvisas mindre förändringar i positiv riktning.

4 Produktivitet

I tidigare avsnitt har vi redogjort för utvecklingen av kostnader, prestationer och kvalitetsindikatorer i termer av patientnöjdhet och tillgänglighet. För att bedöma hur ökningen av resurser relateras till förändringar av prestationer och kvalitet har vi analyserat produktiviteten inom husläkarverksamheten. En bedömning av hur vi hushåller med resurser förutsätter att utvecklingen av kostnader, prestationer och kvalitetsaspekter studeras samtidigt. En effektiv hushållning innebär att vi använder befintliga resurser för att i högsta möjliga utsträckning bidra till att nå målen om en god hälsa för befolkningen. Detta är dock en komplex uppgift och ofta ställs man inför uppgiften att studera produktivitetaspekter, dvs. hur mycket vårdtjänster som presteras i förhållande till insatta resurser.

Vårdens prestationer mäts inom primärvården med relativt enkla mått som olika typer av besök och telefonkontakter. Det finns även mått över patienternas bedömningar av vården samt tillgänglighet som kan inkluderas i analyserna. I detta avsnitt behandlas produktivitetsskillnader och produktivitetens utvecklingen inom husläkarverksamheten under perioden 2006–2009. Analysen visar hur väl verksamheterna presterat tjänster i relation till de resurser som används, dvs. hur väl produktionsmålen för verksamheten uppnås i relation till nyttjade resurser. De tjänster som ingått i analysen är besök hos läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor och övriga yrkeskategorier. Besök klassificerade som psykosociala hos olika yrkeskategorier ingår inte p.g.a. av skillnader i registrering. Därtill ingår inte telefonsamtal i analysen p.g.a. skillnader och brister i registrering mellan åren. Urvalet består av de 147 husläkarmottagningar som varit verksamma samtliga år under perioden 2006–2009, vilket innebär att nedlagda och nyetablerade enheter har exkluderats från denna analys som bygger på en tidsserie.

4.1 Produktivitetens utvecklingen

Inledningsvis presenteras ett enklare deskriptivt produktivitetmått där prestationer relateras till kostnader. Till följd av att kvalitetssäkrade uppgifter över patientens diagnos eller sjukdomstillstånd saknas inom primärvården har en enklare form av viktning använts. De produktionsmått som finns tillgängliga är mottagnings- och hembesök hos läkare, distriktssköterskor, sjuk- och undersköterskor. Viktningen baseras på vilken personalkategori som besöket avser. I analysen har läkarbesök av alla slag getts en vikt på 1,0. Ett besök hos andra personalkategorier än läkare antas här motsvara en resursutgång på 40 procent (0,4) av resursåtgången vid ett läkarbesök. Den viktning vi använt tillämpas bl.a. i rapporter från SKL. I tabell 6 framgår en enkel beräkning av produktiviteten baserad på kostnader i relation till ett index av dessa viktade vårdkontakter.

Tabell 6. Produktivitet (kostnad per viktad vårdkontakt), 2006-2009. 2009 års priser.

Kostnad per viktad vårdkontakt (läkarbesök och sköterskebesök på mottagning)	2006	2007	2008	2009
Medel	1 280	1 236	1 122	1 104
Justerat för befolkningsstorlek	1 326	1 279	1 143	1 113
Produktivitetsutveckling (justerat)	--	3,5%	10,6%	2,7%

Källa: Raindance, VAL

Vid resultaten för "Medel" har varje enhets värde samma betydelse oavsett befolkningsunderlag eller listning, medan en justering gjorts för befolkning/listning vid beräkning av produktivitetsutvecklingen (rad 2). Som framgår av tabellen ökade produktiviteten kraftigt under det första året med vårdvalsreformen. Under år 2009 har sedan produktivitetsutvecklingen varit fortsatt positiv men på en klart lägre nivå. Den nya ersättningsprincipen har sannolikt gett en engångseffekt som sedan vidmakthållits. Denna typ av relativt enkel analys är beroende av en gemensam viktning av olika vårdtjänster, vilket kan gynna och missgynna olika enheter.

I vår tidigare rapport används en kvantitativ metod som benämns Data Envelopment Analysis (DEA) för att analysera den relativa produktiviteten (se bilaga B). Metoden används för att analysera produktiviteten i verksamheter med såväl flera insatsvaror (input) som produktionsresultat (output) och där information om priser saknas. Metoden har tagits fram för att analysera offentlig tjänsteproduktion och har använts för att utvärdera skolväsendet och skillnader mellan skolor inom bl.a. Sverige och USA. I Sverige har den tidigare tillämpats på den akuta somatiska sjukvården (se Gerdtham et al. 1999).

Idén bakom DEA är att studera om enskilda produktionsenheter har en effektiv produktion. Detta kan göras antingen genom att undersöka om enheten skulle kunna använda mindre resurser för att producera de resultat man uppvisar eller genom att studera om enheten skulle kunna prestera bättre resultat med hjälp av befintliga resurser. Det förstnämnda betecknas som en input-orienterad DEA-modell, medan det senare, som används i denna studie, benämns en output-orienterad DEA-modell. Vilken ansats man använder beror på om man är intresserad av att produktionsenheten huvudsakligen skall försöka minska sin resursanvändning eller öka sin produktion eller resultat.

För att analysera produktiviteten mellan husläkarmottagningarna i Stockholms läns landsting har vi valt att använda en outputmodell mot bakgrund av att en central målsättning med Vårdval Stockholm är att förbättra tillgängligheten och utbudet av vårdtjänster. De indikatorer för input och outputs som valts i modellen är följande:

INPUT:

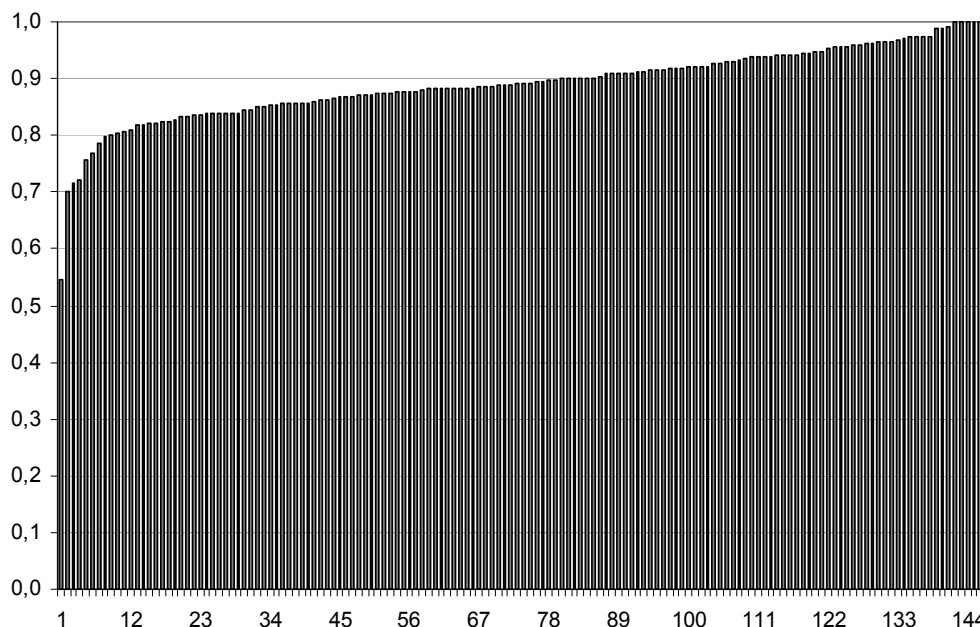
- Beställarens kostnader för vårdgivarna

OUTPUT:

- Läkarbesök, mottagning
- Övriga besök, mottagning
- Hembesök (DEA 2)

I modellen antar vi att mottagningarna producerar två (DEA1) eller tre (DEA2) olika typer av outputs, genom att nyttja en insatsfaktor, de totala kostnaderna. I figur 5 visas de skillnader vi får med modellen för husläkarmottagningar i Stockholm under år 2009.

Figur 5. DEA 2: läkarbesök på mottagning och övriga besök på mottagning (exklusive paramedicin) samt hembesök.



Källa: Raindance och VAL-databasen.

Vi kan konstatera att det föreligger skillnader mellan husläkarmottagningarna där ett mindre antal uppnår maximal produktivitet med värdet 1,0 (längst upp till höger). Övriga mottagningar med ett värde under 1,0 kan således teoretiskt förbättra sin produktivitet och uppnå fronten. I modellen ovan (DEA2, inkl hembesök) är det genomsnittliga värdet 0,891, medan modellen utan hembesök (DEA1) har ett genomsnitt på 0,827. I jämförelse med resultaten från den förra rapporten har variationerna mellan mottagningarna minskat från 2008 till 2009. Om samtliga enheter med ett värde under 1,0 skulle uppnå fronten, skulle det innebära en teoretisk besparingspotential på 475 miljoner kronor (DEA 1), respektive 291 miljoner kronor (DEA 2). Alternativet är naturligtvis att det teoretiskt finns en potential att öka produktionen till ett produktionsvärde om 475 miljoner kronor per år.

Analyser av produktivitet kritiserar ofta för att kvalitetsaspekter inte inkluderats. En hög produktivitet kan teoretiskt uppnås genom sänkt kvalitet. Det finns dock få exempel på att så är fallet. Ett problem vid ovanstående beräkningar är att registreringen av prestationer i primärvården inte inkluderar information om vårdtyngd, tidsåtgång, åtgärd och diagnos. I ovanstående mätning har vi inte heller beaktat patientomdömen om vårdens kvalitet etc. För att se om det observerade produktivitetsskillnaderna har ett samband med patientupplevd kvalitet har vi jämfört utfallet med DEA-värdena med ett index av tre indikatorer för patientnöjdhet från patientenkäten.

Indikatorerna har givits lika vikt och transformerats till en [0,1] skala. De ingående indikatorerna är:

- Fråga: *Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?*
- Fråga: *Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?*
- Fråga: *Fick du tillräckligt med information om ditt tillstånd?*

I tabell 7 presenteras sambandet mellan de bägge DEA-måtten och indexet för patientnöjdhet för åren 2008 och 2009.

Tabell 7. Samband mellan produktivitet och patientnöjdhet.

	Patientnöjdhet	
	Korr.koefficient	p-värde
DEA 1 09	0,143	0,085**
DEA 2 09	0,063	0,448
DEA 1 08	0,084	0,314
DEA 2 08	0,066	0,430

Källa: se figur 3 och tabell 6.

För år 2008 finns inget signifikant samband, vi kan emellertid konstatera att en hög produktivitet inte uppnåtts genom åtgärder som lett till lägre patientnöjdhet. För år 2009 finns ett positivt samband mellan det ena DEA-måttet (DEA 1, exkl. hembesök) och patientnöjdhet, vilket innebär att mottagningar med hög produktivitet även hade mer nöjda patienter.

En fördel med DEA-modellen är att kvalitetsindikatorer även kan ingå som prestationer eller outputs i modellen. I nedanstående analys har vi även skattat produktiviteten baserat på kvalitetsvariabler. Följande variabler ingår i en kvalitativ DEA-modell för år 2009:

INPUT:

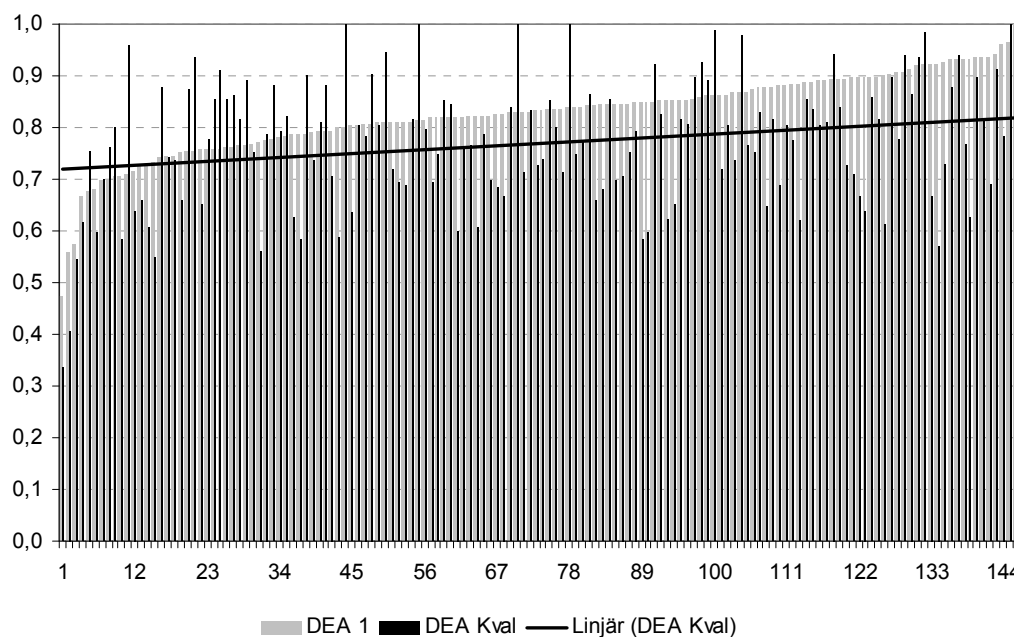
- Kostnad per listad

OUTPUT:

- Andel delaktiga patienter
- Andel patienter med förtroende för vårdgivaren
- Andel patienter med gott helhetsintryck
- Andel patienter med behovet av hälsovård tillgodosett
- Andel patienter som rekommenderar vårdgivaren
- Andel välbemötta patienter
- Andel välinformerade patienter

I denna modell antar vi således att mottagningarna producerar outputs bestående av patienternas olika kvalitativa omdömen om den vård de erhåller. Som inputs används kostnaden per listad patient. I figur 6 visas de skillnader vi får mellan mottagningarna med modellen samt sambandet med det tidigare produktivitetsmåttet (DEA 1) för husläkarmottagningar i Stockholm under år 2009.

Figur 6. Samband mellan kvalitativ och kvantitativ DEA-modell (DEA 1 och DEA-kval.)



I figuren är husläkarmottagningarna rangordnade efter värdet på det kvantitativa produktivetsmättet (DEA 1). Det kan vara svårt att avläsa sambandet mellan de två produktivetsmått och i figuren har en linjär sambandslinje lagts in som visar på ett visst positivt samband mellan den kvantitativa och den kvalitativa modellen. För att bedöma om sambandet är signifikant presenteras i tabell 8 det numerära sambandet mellan de båda prestationsbaserade kvantitativa måtten DEA 1 och DEA 2 och det kvalitativa DEA-mått.

Tabell 8. Sambandet mellan kvalitativ och kvantitativ produktivetsmätt (DEA1, DEA 2 och DEA-kval).

DEA kval 09		
	Korr.koefficient	p-värde
DEA 1 09	0,353	0,000***
DEA 2 09	0,141	0,090*

Korrelationskoefficienterna för båda de kvantitativa måtten är positivt korrelerade till det kvalitativa måttet. Som framgår av p-värdet är sambanden signifikanta. Det gäller framförallt för DEA 1 (exkl. hembesök). En hög produktivitet samvarierar således med goda patientomdömen och god tillgänglighet. Vi ser således ingen motsättning mellan hög produktivitet och patienternas omdömen. Ytterligare ett sätt att beakta de kvalitativa variablerna är att inkludera ett eller flera kvalitetsmått tillsammans med de kvantitativa måtten i en DEA-modell där följande variabler ingår:

INPUT:

- Kostnad per listad

OUTPUT:

- Läkarbesök per listad, mottagning
- Övriga besök per listad, mottagning
- Hembesök per listad
- Patientnöjdhetsindex⁹

I tabell 9 nedan redovisas hur sambandet ser ut mellan de två kvantitativa modellerna (DEA1 och DEA2) samt modellen med kombinerad med kvalitetsindex för patientnöjdhet.

Tabell 9. Samband mellan DEA-modeller.

	DEA 1	DEA 2	DEA 2 inkl. kval.index
DEA 1	1,00		
DEA 2	0,79	1,00	
DEA 2 inkl. kval.index	0,72	0,85	1,00

Alla korrelationer är signifikanta på 1 procentsnivån.

Som framgår av tabellen finns ett starkt positivt samband mellan modellerna. Totalt sett visar analyserna att det inte föreligger motsättningar mellan produktivetsmodeller som inkluderar olika mått på kvantitativa och kvalitativa indikatorer. Mottagningarna har sannolikt inte uppnått produktivetsökningar genom att utforma utbudet och verksamheten på ett sätt som påverkat patienternas omdömen om vårdens kvalitet negativt. I ett senare kapital analyserar vi även om utbudet inriktats på relativt friska grupper och om man bortsett från vårdtunga grupper (se kapitel 5).

4.2 Produktivitet och behov

Det finns flera förklaringar till de produktivitetsskillnader som framkommit. I den tidigare rapporten baserad på information fram till år 2008 relaterades dessa skillnader till variationer i socioekonomisk status. I nedanstående analys studeras sambandet mellan produktivetsutfallet och ett antal index och indikatorer för behov. I tabell 10 presenteras sambandet mellan socioekonomiskt index respektive CNI med skillnader i produktivitet.

Tabell 10. Samband mellan produktivitet och olika behovsindex.

	Socioekonomiskt index		CNI-index	
	Korr.koefficient	p-värde	Korr.koefficient	p-värde
DEA 1 09	0,000	0,999	-0,073	0,378
DEA 2 09	0,041	0,625	-0,011	0,891
DEA 1 08	0,037	0,662	-0,027	0,734
DEA 2 08	-0,029	0,974	-0,029	0,724

⁹ Patientnöjdhetsindex består av ett lika viktat index med variablerna som är uppräknade som OUTPUT på sidan 19.

Ett positivt värde på korrelationskoefficienten ska tolkas som att socioekonomiskt tunga områden och mottagningar har en högre produktivitet (och vice versa). Vi kan konstatera att det inte föreligger några signifikanta samband mellan produktivitet och de två indexen. Båda indexen har en korrelationskoefficient som ligger nära noll, och utan signifikans. Samtidigt kan resultaten tolkas som att en hög produktivitet inte uppnåtts genom t.ex. etablering i områden med låg vårdtyngd. I tabell 11 visas motsvarande samband mellan produktivitet och åldersrelaterad patienttyngd samt med andelen vårdtunga diagnoser enligt definition på sidan 10.

Tabell 11. Samband mellan produktivitet och ålders- och diagnosrelaterad vårdtyngd.

	Åldersrelaterad patienttyngd		Andel vårdtunga diagnoser	
	Korr.koefficient	p-värde	Korr.koefficient	p-värde
DEA 1 09	-0,440	0,000***	0,095	0,253
DEA 2 09	-0,263	0,001***	0,165	0,046**
DEA 1 08	-0,330	0,000***	-0,116	0,163
DEA 2 08	-0,221	0,007***	0,040	0,631

Källa: se tabell 4 och not 3.

Från tabellen framgår att det finns ett negativt signifikant samband mellan ålder och produktivitet, dvs. att fler besök med äldre leder till att besöken per resursinsats blir färre. Resultaten indikerar att man t.ex. tar sig mer tid med äldre patienter. Detta resultat är relativt stabilt och följer som visats i vår tidigare rapport. Sammantaget framstår det som svårare att uppnå hög produktivitet i områden med fler äldre. Däremot finns inte motsvarande samband mellan produktivitet och andel patienter med vårdtunga diagnoser. Denna patientgrupp utgör dock en betydligt mindre andel av befolkningen i jämförelse med de äldre, vilket kan förklara att det inte ger utslag i analysen.

För att summera produktivetsanalyserna kan vi således konstatera att efter en kraftig ökning av produktiviteten under det första året med reformen har ökningen varit avtagande. De produktivitetsskillnader som observerats har inte förklaras av skillnader i olika index avseende behov, socioekonomisk status eller vårdtyngd. Dock verkar ålder ha ett negativt samband med produktivitet, dvs. med en högre andel äldre i befolkningen uppvisas en lägre produktivitet. Dessa samband är relativt stabila för båda åren med vårdvalsreformen.

5 Vårdtunga grupper

5.1 Vårdtunga grupper och övrig befolkning

Det har i flera sammanhang framförts att det finns en risk med en rörlig ersättning som inte tar hänsyn till skillnader i patienternas vårdtyngd. I debatten har argument framförts om att särskilt kostnadskrävande patienter riskerar att prioriteras bort eller få otillräcklig vård. Det skulle även kunna påverka resultaten över produktivitetens utvecklingen om vårdgivare koncentrerar sig på lättbehandlade patienter och korta besökstider. För att studera om vårdgivarna har prioriterat mindre resurskrävande patientgrupper har utvecklingen för s.k. vårdtunga patienter kartlagts. Gruppen vårdtunga patienter kan definieras på flera sätt. Vi har valt att titta på vårdtunga grupper enligt en definition som används i det landstingskommunala skatteutjämningsystemet¹⁰. I indexet ingår både huvud- och bidiagnoser inom följande nio grupper:

- elakartad tumörsjukdom
- cerebrovaskulär sjukdom
- inflammatorisk ledsjukdom
- artros
- ischemisk hjärtsjukdom
- hjärtsvikt
- höftfraktur
- schizofreni
- övriga psykosor (inklusive demenssjukdomar)

Ca 5 procent av befolkningen har diagnoser inom dessa grupper och dessa svarar för ca 60 procent av den samlade hälso- och sjukvårdskostnaden (se SOU 2003:88). Ett problem med denna definition är att den främst är baserad på vårdkostnader i den slutna och öppna specialistvården. För några av dessa är primärvårdskonsumtionen en mindre andel. I förhållande till genomsnittspopulationen kan det emellertid vara intressant att studera hur gruppens konsumtion utvecklats under perioden med Vårdval. Dessa grupper är sannolikt mer vårdkrävande även inom primärvården i jämförelse med vård för normalbefolkningens hälsoproblem. Vi har dessutom valt ut två enskilda diagnoser som anses ”tunga” inom primärvården för att studera utvecklingen: diabetes och stroke.

Utvecklingen för de vårdtunga grupperna jämförs med utvecklingen av vårdutnyttjande för normalbefolkningen i Stockholms län. I tabell 12 redovisas utvecklingen av antalet besök samt antalet individer som sökt husläkare för respektive grupp. Inom parentes anges procentuell utveckling mellan åren.

¹⁰ För definition se fotnot på sidan 10. I indexet ingår även HIV som diagnos, men p.g.a. det låga antalet samt att vården uteslutande sker vid sjukhus – och specialistmottagningar har gruppen inte ingått.

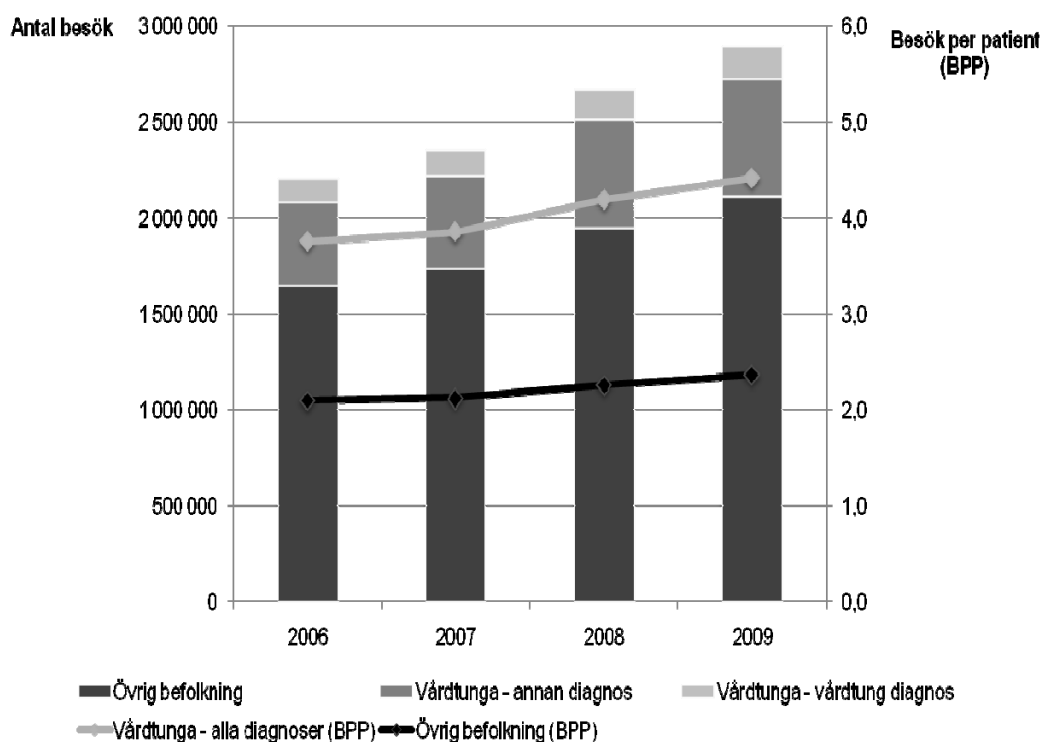
Tabell 12. Läkarbesök och individer som besökt husläkarmottagning uppdelat på genomsnittsbefolkningen och vårdtunga grupper.

År	Antal individer		Läkarbesök	
	Vårdtunga	Övrig befolkning	Vårdtunga	Övrig befolkning
2006	149 517	782 722	560 918	1 643 638
2007	160 534 (+7.4%)	816 370 (+4.3%)	618 571 (+10.3%)	1 735 239 (+5.6%)
2008	171 643 (+6.9%)	861 555 (+5.5%)	718 859 (+16.2%)	1 946 360 (+12.2%)
2009	176 319 (+2.7%)	894 924 (+3.9%)	777 593 (+8.2%)	2 115 333 (+8.7%)

Källa: VAL-databasen

Av tabellen framgår att den utveckling vi tidigare noterat även gäller för den vårdtunga gruppen. Under år 2008 hade gruppen en klart större ökning av antal besök och även antalet individer med kontakt med vården ökade i något högre takt än för genomsnittsbefolkningen. Under det andra året med vårdvalsreformen ligger ökningen av antal individer något lägre än övrig befolkning och läkarbesöken ökar ungefär lika mycket för båda grupperna. Över båda åren ökar vårdutnyttjandet mer i den vårdtunga gruppen. I figur 7 presenteras motsvarande siffror i diagramform tillsammans med måttet antal besök per patient.

Figur 7. Antal läkarbesök och besök per patient uppdelat på genomsnittsbefolkningen och vårdtunga grupper

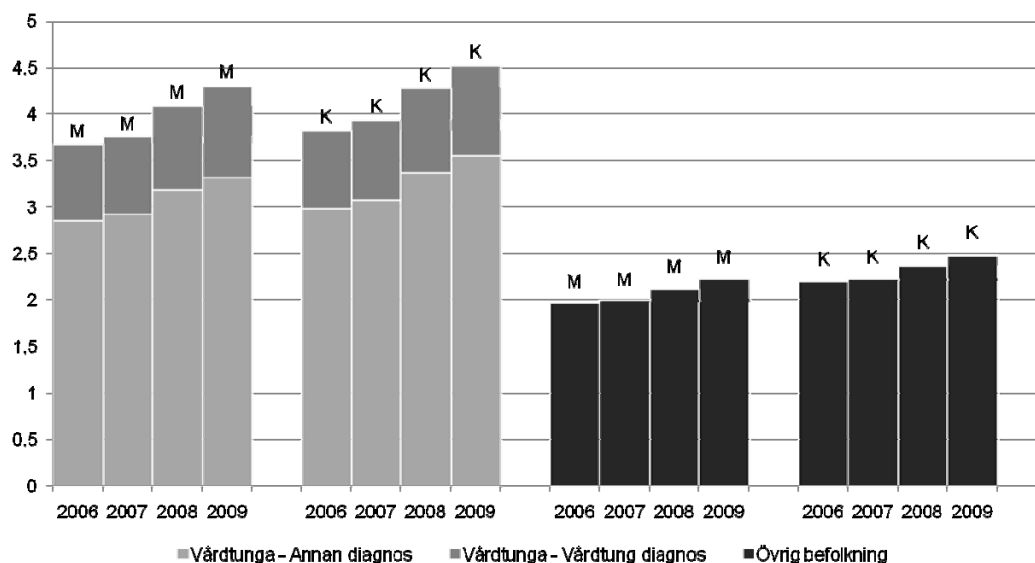


Källa: se figur 6.

Som framgår av figuren har gruppen vårdtunga grupper en mindre andel av läkarbesöken i husläkarverksamheten. Dessa utgör drygt 25 procent av det totala antalet läkarbesök. Måttet besök per patient speglar intensiteten i vårdkontakterna för enskilda individer. Som framgår av figuren har den vårdtunga gruppen ett klart högre utnyttjande per patient, både före och efter vårdvalsreformens införande. Kurvan över besök per patient för gruppen uppvisar även en kraftigare ökning än för genomsnittspopulationen år 2008. Under år 2009 har ökningen fortsatt men i lägre takt. Totalt sett över de två åren med reformen är

ökningen för den vårdtunga gruppen högre. I figur 8 framgår utvecklingen av antalet besök per unik patient under åren uppdelat på män och kvinnor.

Figur 8. Besök per patient för vårdtunga grupper och genomsnittsbefolkningen, män och kvinnor.



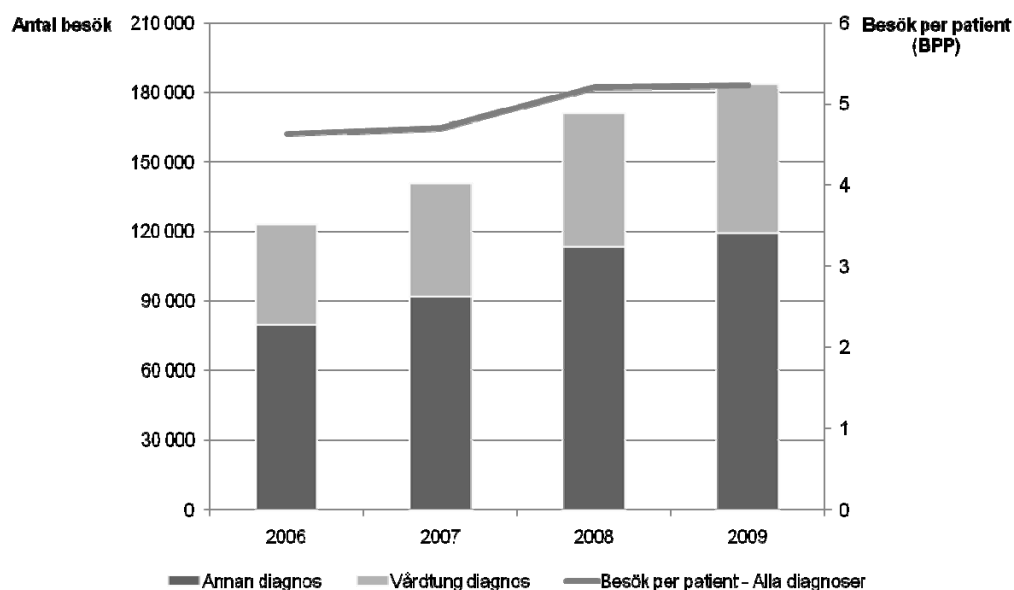
Källa: se figur 6.

Av figuren framgår att den vårdtunga gruppen har högre vårdutnyttjande per individ än genomsnittsbefolkningen för såväl män som kvinnor. Det föreligger inga större skillnader mellan könen, kvinnor har dock i genomsnitt en högre konsumtion per individ än män. Vi kan även se att trenden är gemensam för båda grupperna med en ökning av besöken per patient. I figuren har besöken för den vårdtunga gruppen även delats upp i dels besök för de vårdtunga diagnoserna, dels övriga besök för gruppen. De vårdtunga diagnoserna utgör en mindre andel av gruppens totala konsumtion, dock är ökningen likartade för diagnosgrupperna. Vi kan även se att besök med "icke-vårdtunga" diagnoser är högre per patient hos den vårdtunga gruppen i jämförelse med genomsnittspopulationen.

5.2 Diabetes och stroke

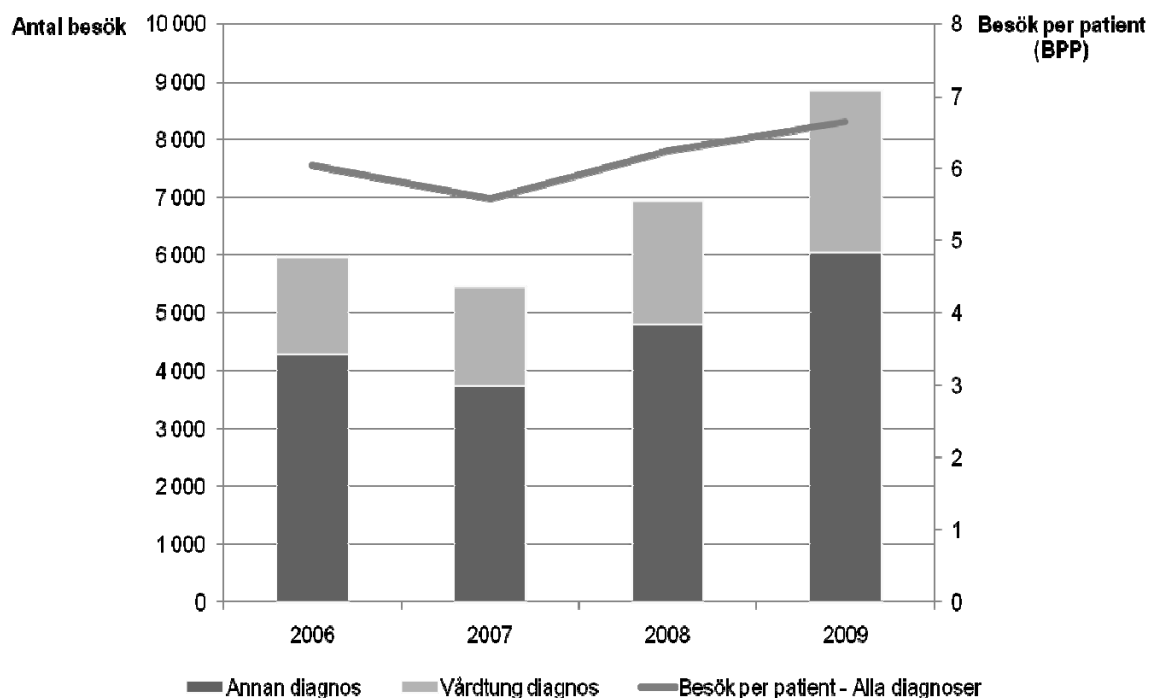
Som nämndes tidigare är definitionen av vårdtunga grupper baserad på vårdkonsumtionen inom främst sjukhus och specialistvård. Vi har då valt ut två diagnoser som allmänt uppfattas som tunga sjukdomar inom primärvården. I figurerna 9 och 10 nedan visas utvecklingen för patienter med diagnoserna diabetes och stroke.

Figur 9. Totalt antal läkarbesök samt besök per patient för patienter med diabetes.



Källa: se figur 6.

Figur 10. Totalt antal läkarbesök samt besök per patient för patienter med stroke.

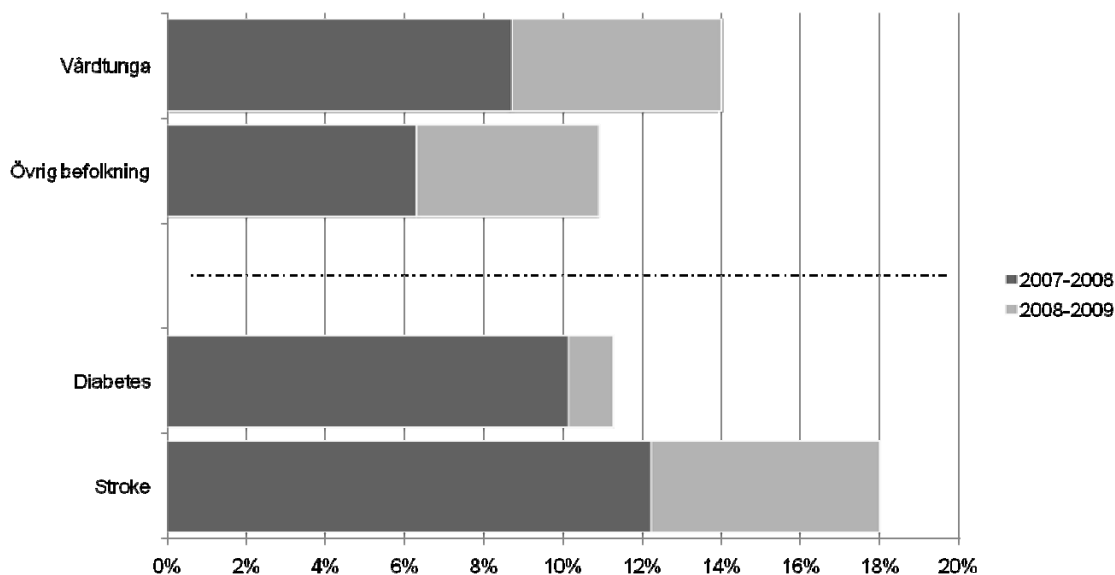


Källa: se figur 6.

Utvecklingen för patienter med diabetes och stroke visar en liknande utveckling som för den vårdtunga gruppen och genomsnittsbefolkningen. Staplarna i figurerna visar ökningen av antalet besök för diabetiker och strokepatienter. Totalt sett har besöken ökat och det gäller för såväl diabetes- och stroke diagnoserna som för övriga diagnoser hos de två patientgrupperna. Linjen i figuren visar hur besöken per patient utvecklats. För diabetespatienterna ökade vården per patient kraftigast under första året med vårdval. För stroke-

patienterna noteras en mer kontinuerlig ökning. För att studera utvecklingen per patientgrupp redovisas i figur 11 utvecklingen i procent för antal besök per patient för samtliga fyra grupper. Diabetes och strokepatienter ingår även i totalsiffrorna för gruppen vårdtunga patienter.

Figur 11. Procentuell förändring i besök per patient och vårdgrupp, 2007-2008 och 2008-2009



Källa: se figur 6.

Som framgår av figuren var ökningen störst i de vårdtunga grupperna under det inledande året med vårdvalsreformen, medan utvecklingen under år 2009 endast uppvisar mindre skillnader. För diagnoserna stroke och diabetes uppvisar stroke en större ökning, medan ökningen för diabetespatienter främst ägde rum första året med vårdvalsreformen för att under år 2009 ha en lägre ökningstakt.

Vi kan dock konstatera att utvecklingen av vårdutnyttjandet mellan normalbefolkningen och olika definitioner av vårdtunga grupper utvecklats på ett likartat sätt med en något högre ökning för vårdtunga grupper. Ökningen av besöken har proportionellt tillfallet båda grupperna. Det är naturligtvis svårt att bedöma skillnaderna i nivå och besökintensitet. Otillfredsställda behov kan ha förekommit i båda grupperna. Resultaten kan dock tolkas som att mottagningarna inte har försökt att undvika särskilt resurskrävande patienter.

6 Fördelningsaspekter

En viktig aspekt vid uppföljning av reformer inom hälso- och sjukvården är fördelningsperspektivet. Enligt 2 § i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) slås fast att ett mål med hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Behovsbegreppet är dock inte tydligt definierat och i olika definitioner har faktorer som ålder, inkomst, civilstånd, förekomst av sjukdom, boendestandard, familjesituation m.m. beaktats. De fördelningsaspekter som studeras i denna rapport är skillnader mellan kön, ålder och socio-ekonomiska områden.

6.1 Kön och ålder

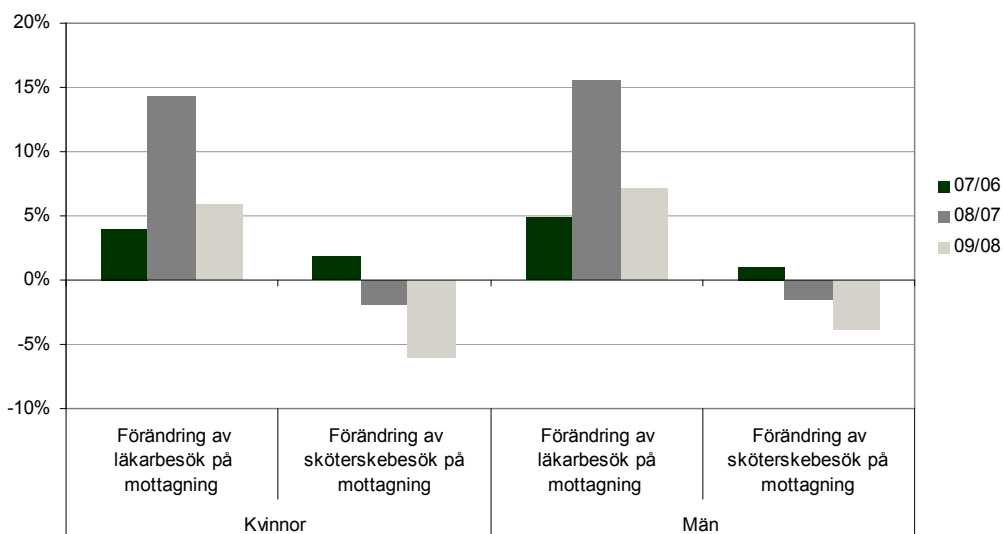
En redogörelse av fördelningen i vårdutnyttjande mellan kön och ålder motiveras av att tidigare studier visar på skillnader i behov mellan framförallt åldersgrupper. För kön uppvisar män och kvinnor olika behov beroende på sjukdomsproblem och ohälsa. Kvinnor har tidigare haft en högre konsumtion av såväl primärvård som total vårdkonsumtion. I tabell 13 redovisas utvecklingen för män och kvinnor under åren för olika besökstyper.

Tabell 13. Enskilda mottagningsbesök fördelat på kvinnor och män, 2006-2009. Samtliga husläkarmottagningar inom husläkaruppdrag.

	Antal läkarbesök på mottagning			Antal sköterskebesök på mottagning		
	Kvinna	Man	Totalt	Kvinna	Man	Totalt
2006	1 379 037	995 214	2 374 251	490 374	392 869	883 243
2007	1 433 200	1 043 848	2 477 048	499 567	396 682	896 249
2008	1 638 108	1 206 368	2 844 476	489 910	390 910	880 820
2009	1 735 220	1 292 462	3 027 682	460 192	375 599	835 791

Vi kan notera att det skett en markant ökning av läkarbesöken för båda könen under åren med vårdvalsreformen. För sjuksköterskebesök uppvisas emellertid en viss minskning. Den procentuella förändringen framgår i figur 11.

Figur 11. Procentuell förändring av besök per kön, 2007/2006, 2008/2007 och 2009/2008. Samtliga husläkarmottagningar för husläkaruppdrag.



Vi kan notera att förändringarna rörande läkarbesök är lika för män och kvinnor med en ökning mellan 13–15 procent under år 2008, och mellan 6–7 procent under år 2009. För sjuksköterskebesök är minskningen för män och kvinnor ungefär lika. De förändringar som ägt rum per åldersgrupp presenteras i tabell 14.

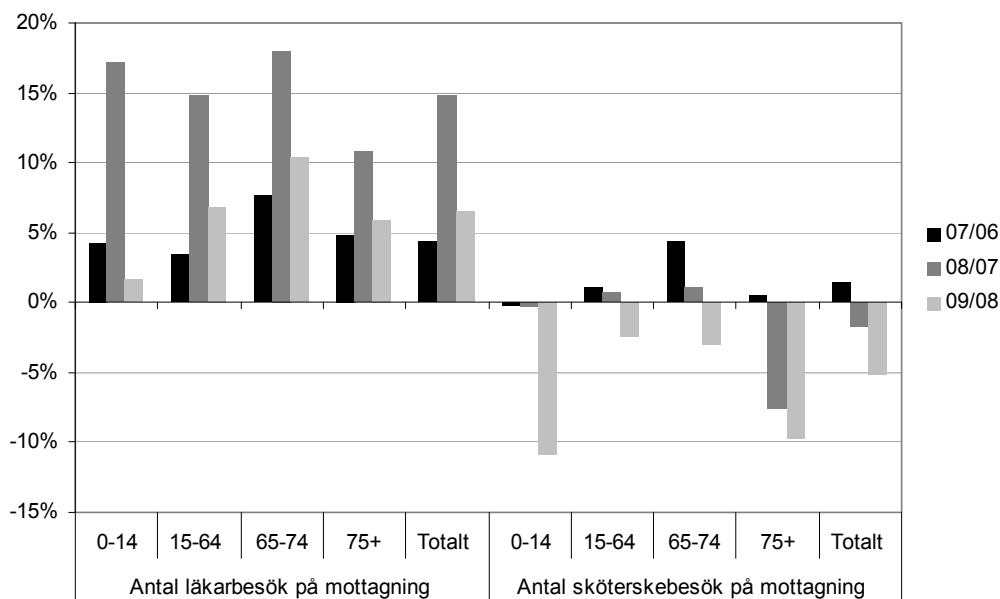
Tabell 14. Enskilda mottagningsbesök per åldersgrupp, 2006-2009. Samtliga husläkarmottagningar för husläkaruppdrag¹¹.

	Antal läkarbesök på mottagning					Antal sköterskebesök på mottagning				
	0-14	15-64	65-74	75+	Totalt	0-14	15-64	65-74	75+	Totalt
2006	318 027	1 330 755	301 908	423 554	2 374 244	53 789	389 441	172 832	267 172	883 234
2007	331 500	1 376 257	325 005	444 279	2 477 041	53 687	393 537	180 419	268 604	896 247
2008	388 517	1 580 079	383 379	492 501	2 844 476	53 530	396 644	182 455	248 191	880 820
2009	394 823	1 688 386	423 147	521 326	3 027 682	47 690	387 214	176 952	223 935	835 791

Som framgår av tabellen har en ökning ägt rum av läkarbesök för samtliga åldersgrupper under såväl år 2008 som år 2009. För sjuksköterskebesök uppvisas en minskning för samtliga åldersgrupper för båda åren. Den procentuella förändringen anges i figur 12.

¹¹ Totalsumman i tabell 14 exkluderar hembesök, och överensstämmer således inte med tidigare figur 2

Figur 12. Procentuell förändring av besök per åldersgrupp, 2007/06, 2008/07 och 2009/08. Samtliga husläkarmottagningar för husläkaruppdrag.



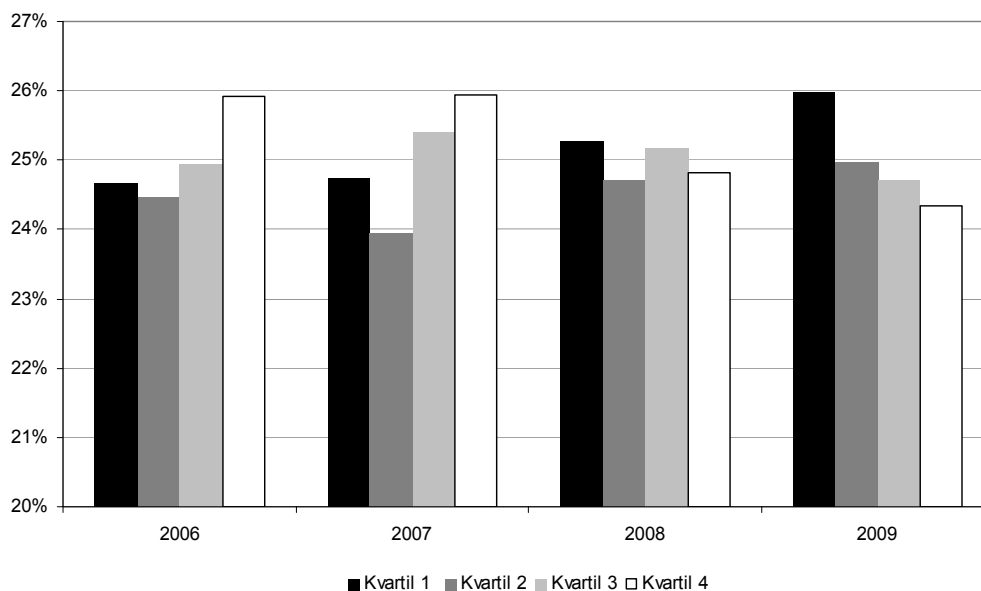
Som framgår av figuren noteras en kraftig ökning av läkarbesök inom samtliga åldersgrupper under första året med reformen. Ökningen är dock lägre för den äldsta åldersgruppen. Under det andra året, 2009, noteras endast en marginell ökning för läkarbesök för barn, där den tidigare ökningen verkar vara av engångskaraktär, men att läkarbesök för barn fortfarande ligger kvar på denna nivå. En möjlig förklaring kan vara att neddragningar av närakuter lett till att husläkarna tog över läkarbesök för barn. För de andra åldersgrupperna fortsätter ökningen om än med lägre ökningstakt. För besök hos sjuksköterskor noteras minskningar framförallt för barn och äldre.

6.2 Socioekonomiska förändringar av vårdutnyttjande och resurser

Fördelningen av inkomst och ohälsa är ojämnt fördelat i Stockholmsregionen. I detta avsnitt redogörs för de förändringar av vårdutnyttjande och resursfördelningen som ägt rum mellan geografiska områden. I analysen har vi rangordnat de geografiska områdena i form av kommuner och stadsdelar efter medelinkomst. Man kan tänka sig rangordning efter andra socioekonomiska variabler, men rangordningen överensstämmer starkt mellan flertalet indikatorer. Analysen bygger på områdesdata då tillgång till socioekonomiska variabler på individnivå inte finns tillgänglig för åren 2008 och 2009. Precis som i den tidigare rapporten för år 2008, görs en kartläggning av förändringarna baserade på ett s.k. koncentrationsindex som visar ojämlikhet i fördelningen av vårdutnyttjande och resurser. Data över vårdutnyttjande baseras på konsumtion för invånarna i respektive område, oavsett var besöken ägt rum. Data om resurser är dock produktionsrelaterade, dvs. beställarkostnaden för vårdgivare inom ett visst geografiskt område. Eftersom ca 10 procent av invånarna är listade utanför sin stadsdel eller kommun är data över vårdutnyttjande och resurser inte helt

jämförbara. Inledningsvis presenteras i figur 13 hur fördelningen av läkarbesök utvecklats för stadsdelar/kommuner indelade efter medelinkomst.

Figur 13. Fördelning av läkarbesök efter medelinkomst per kommun/stadsdel (kvartil 1 =lägst inkomst, kvartil 4 högst inkomst).



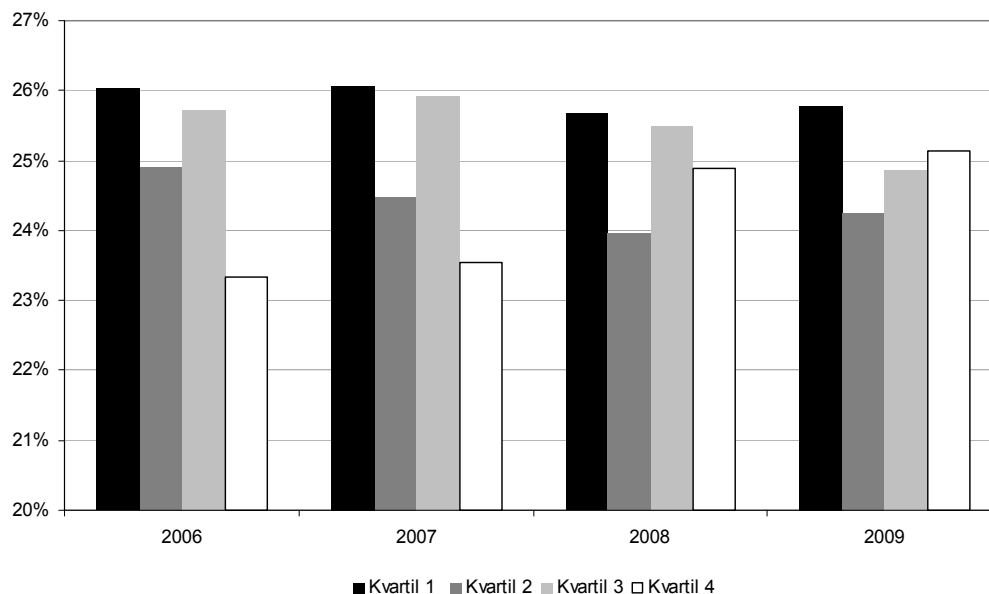
Källa: VAL-databasen och SCB.

Som framgår av figuren har ökningen av läkarbesök varit störst i områden med lägst inkomst: Under perioden före Vårdval Stockholm konsumerade den rikaste kvartilen högst andel av läkarbesöken. Vi kan således notera en förskjutning av vårdutnyttjandet från rikare till fattigare stadsdelar och kommuner.

Antalet läkarbesök utgör en indikator på vårdutnyttjandet som visar hur vårdkonsumtionen förändrats. Vid sidan av vårdutnyttjandet är det viktigt att analysera motsvarande utveckling av kostnaderna eller fördelningen av de ekonomiska resurserna. Beräkning av kostnader kan göras på olika sätt. Ett problem är att det saknas data över kostnaden per patient¹². Ett alternativ vore att helt enkelt multiplicera vårdutnyttjandet med priser (kostnad per besök) för olika vårdtjänster, vilket ofta tillämpas i olika studier. Ett problem med denna metod är att den bygger på en del antaganden som att kostnaden per besök är lika för olika mottagningar. Vi har istället valt att använda oss av uppgifter om beställarkostnaderna från landstingets ekonomiska redovisning, vilken justerats för att inkludera kostnadsposter som är jämförbara mellan områden och mottagningar över åren. Dessa kostnader är dock produktionsbaserade och tar inte hänsyn till att vissa mottagningar har en större andel patienter som kommer från områden utanför den egna kommunen eller stadsdelen. Kostnaderna består av beställarens kostnader samt patientavgifter. I dessa kostnader är bl.a. kostnader för förskrivna läkemedel inte inkluderade. I figur 14 presenteras hur resurserna fördelats till mottagningar i stadsdelar/kommuner indelade efter medelinkomst.

¹² Någon motsvarighet till projektet Kostnads-per-patient (KPP) finns inte för primärvården i Stockholms läns landsting.

Figur 14. Fördelning av beställarkostnad för mottagningar per kommun/stadsdel efter medelinkomst (kvartil 1 =lägst inkomst, kvartil 4 högst inkomst).



Källa: Raindance och SCB.

Av figuren framgår att resursfördelningen förändrats i motsatt riktning jämfört med vårdutnyttjandet. Mottagningar i stadsdelar och kommuner med lägst inkomst får dock fortfarande störst tilldelning av resurserna. Dock har den rikaste kvartilen ökat sin andel av de totala resurserna, medan övriga kvartiler minskat. Störst är minskningen i tredje kvartilen. Resurser har således omfördelats från områden med lägre medelinkomst till områden med hög medelinkomst. Förändringen mellan åren 2008 och 2009 är marginell. Eftersom dessa data är produktionsbaserade bör resultaten tolkas försiktigt. Mottagningar i Stockholms innerstad, som främst ligger i kvartil 4, kan ha fått personer listade från förorter med lägre inkomster.

För att erhålla ett mått på fördelningen av såväl vårdutnyttjande som resurser har vi beräknat ett koncentrationsindex för respektive år (se tidigare diskussion och bilaga A för en redogörelse av metoden). Det förutsätter att den socioekonomiska statusen för olika geografiska områden rangordnas efter inkomst eller motsvarande indikator på socioekonomisk status. I analysen använder vi oss av medelinkomst för de 38 stadsdelar och kommuner som används inom landstinget. Indexet varierar maximalt mellan -1 och +1 där negativa värden innebär att områden med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst och positiva värde motsatsen.

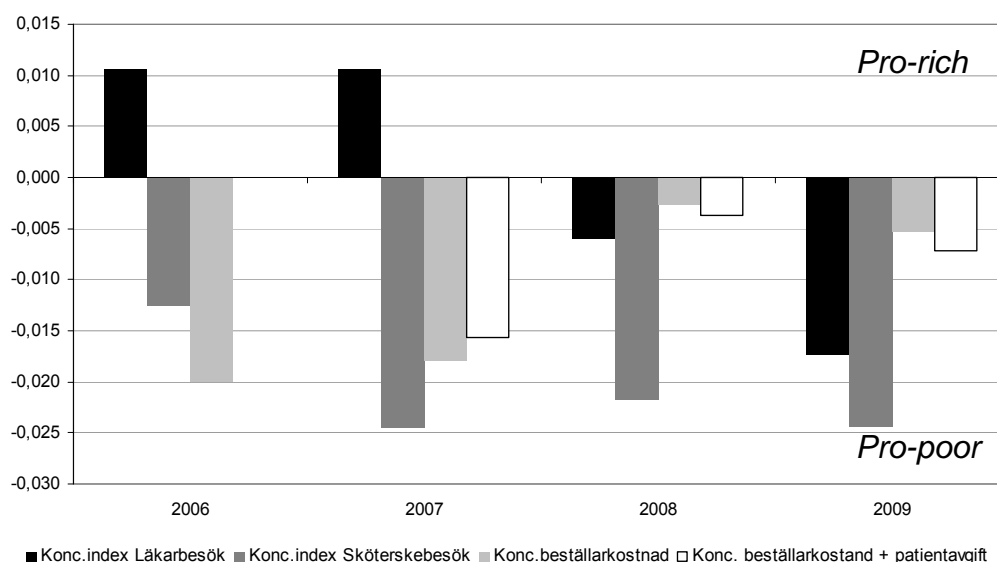
Vi har sedan tillämpat metoden med koncentrationsindex för att uppskatta fördelningen av läkarbesök samt besök hos samtliga sjuksköterskekatégorier (främst besök hos distriktssköterskor) mellan områden med låg och hög medelinkomst samt för kostnader per mottagning fördelat på område. Värden för koncentrationsindex för olika vårdgivare presenteras i tabell 15.

Tabell 15. Koncentrationsindex för läkar- och sköterskebesök per invånare samt beställarkostnad och patientavgift, 2006-2009.

	Konc.index läkarbesök	Konc.index sköterskebesök	Konc.index beställarkostnad	Konc.index beställarkostnad inkl. patientavgift
2006	0,011	-0,013	-0,020	--
2007	0,011	-0,025	-0,018	-0,016
2008	-0,006	-0,022	-0,003	-0,004
2009	-0,017	-0,024	-0,005	-0,007

Som framgår av tabellen uppvisade läkarbesöken ett positivt värde, dvs. en fördelning till fördel för områden med högre medelinkomst, åren före införandet av vårdvalsreformen. Under åren 2008 och 2009 uppvisas negativa värden, dvs. en högre andel av besöken konsumeras i områden med lägre medelinkomst. För sköterskebesöken uppvisas negativa värden för samtliga år, men även här har utsatta områden ökat sin andel, även om förändringen inleddes året före reformen. I de två högra kolumnerna visas utvecklingen för kostnaderna. Det är dels endast de offentliga utgifterna i form av beställarkostnader, dels beställarkostnaderna plus patientavgifterna i kolumnen längst till höger. Vi kan då se att de negativa värdena visar att områden med lägre medelinkomster har en större andel av resurserna under samtliga år. Utvecklingen visar emellertid att resurser under främst det inledande året med reformen omfördelats från fattigare till rikare områden. Fördelningen är dock fortfarande till förmån för områden med låg medelinkomst, dvs. samtliga år uppvisar negativa värden. I figur 15 nedan visas utvecklingen i ett diagram.

Figur 15. Koncentrationsindex för besök och kostnader.



Källa: VAL-databasen, Raindance och SCB.

Figuren summerar de förändrade fördelningarna av besök och kostnader. De negativa värdena, dvs. staplarna under noll-strecket, visar att såväl vårdutnyttjandet som resurserna är till fördel för områden med lägre medelinkomst. Mot bakgrund av resultaten över vårdutnyttjandet har husläkarmottagningar i områden med lägre medelinkomst och tidigare högre kapitationstilldelning delvis kompenserat detta resursbortfall genom en relativ högre ökning av antalet

vårdprestationer. Detta har dock inte varit tillräckligt för att kompensera bortfallet från kapitering och övrig ersättning. Som nämnts tidigare är en möjlig osäkerhet i kostnadsuppgifterna att dessa data är baserade på husläkarmottagningars användning av resurser inom sitt geografiska område och där ingen hänsyn tas till att det kan förekomma skillnader i konsumtion av vård utanför kommunen eller stadsdelen. I innerstadsområdena som räknas till de rika områdena finns även en större andel äldre som drar mer resurser. Skillnaderna mellan fördelningen av vårdutnyttjande och kostnader är således inte helt jämförbara. Vi kan dock notera att ökningarna av besök, främst läkarbesök i områden med lägre medelinkomst, medfört en svag ökning av resurser mellan åren 2008 och 2009.

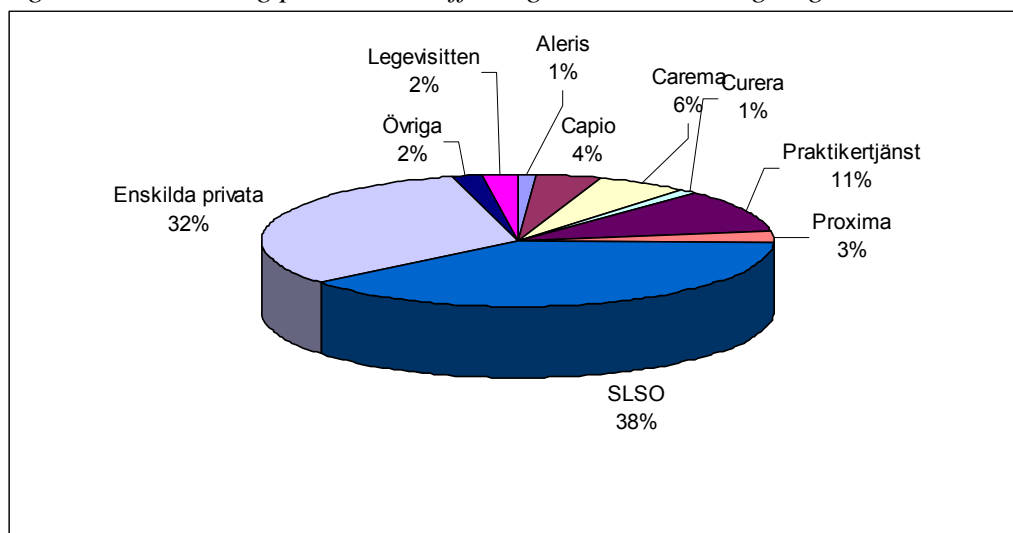
7 Ägandeformer och marknadsstruktur

7.1 Fördelningen privat och offentlig vård

Ett mål med Vårdval Stockholm har varit att öka valmöjligheterna och tillgängligheten till husläkarverksamheten. Detta har skett genom att införa valfrihet för medborgarna samt öppna upp för nyetableringar av nya mottagningar. Även innan Vårdval Stockholm infördes fanns en stor andel privata husläkarmottagningar. Dessa etablerades dock främst via offentlig upphandling av landstinget. I detta avsnitt har vi kartlagt fördelningen av offentlig och privat vård, ägandeformer samt analyserat produktivitetsskillnader mellan olika ägarformer.

Under åren med vårdvalsreformen har antalet mottagningar ökat totalt sett samtidigt som andelen privata mottagningar ökar. Det beror främst på att nyetableringarna uteslutande varit privata samt att landstinget avyttrat ett mindre antal offentliga mottagningar. Aktörerna på marknaden fördelar sig mellan dels de offentligt ägda vårdcentralerna (SLSO¹³), större företag i branschen som Praktikertjänst, Carema och Capio samt mindre mottagningar som ägs och drivs av enskilda läkare. I figur 16 redovisas fördelningen av ägandet av husläkarmottagningarna.

Figur 16. Fördelning privata och offentliga husläkarmottagningar, år 2009.



Källa: Raindance, SLL, 2009

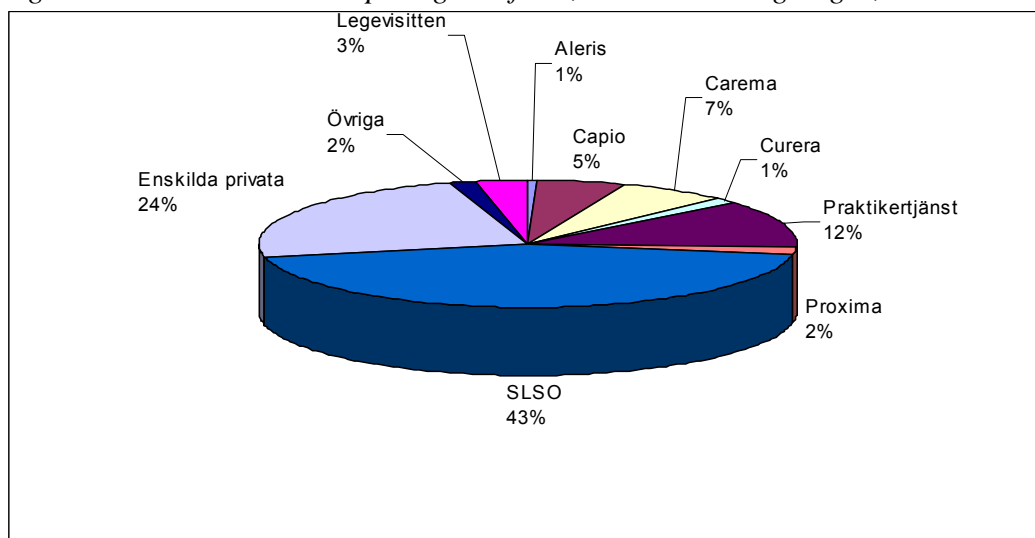
Som framgår av diagrammet består utbudet av mottagningar av tre typer av ägare där de offentligt ägda är störst, följt av enskilda mottagningar och slutligen större företag. Totalt sett är dock ca 60 procent av mottagningarna privata. De största företagen på den privata sidan är Praktikertjänst¹⁴, Carema, Capio, norska Legevisitten och Proxima

¹³ Stockholms Läns Sjukvårdsområde

¹⁴ Praktikertjänst är ett aktiebolag men har en producentkooperativ ram där de ca 2 100 verksamhetsansvariga ägarna ofta själva driver och arbetar på mindre mottagningar. Inom koncernen finns även ett drygt tiotal mindre och medelstora dotterbolag inom vård och omsorg.

Storleken på mottagningarna varierar dock mellan olika ägandeformer. För att få en mer korrekt bild av marknadsandelarna anges i figur 17 en uppskattning av omsättningen per ägargrupp.

Figur 17. Marknadsandelar per ägandeform, husläkarmottagningar, år 2009.



Källa: Raindance, SLL, 2009

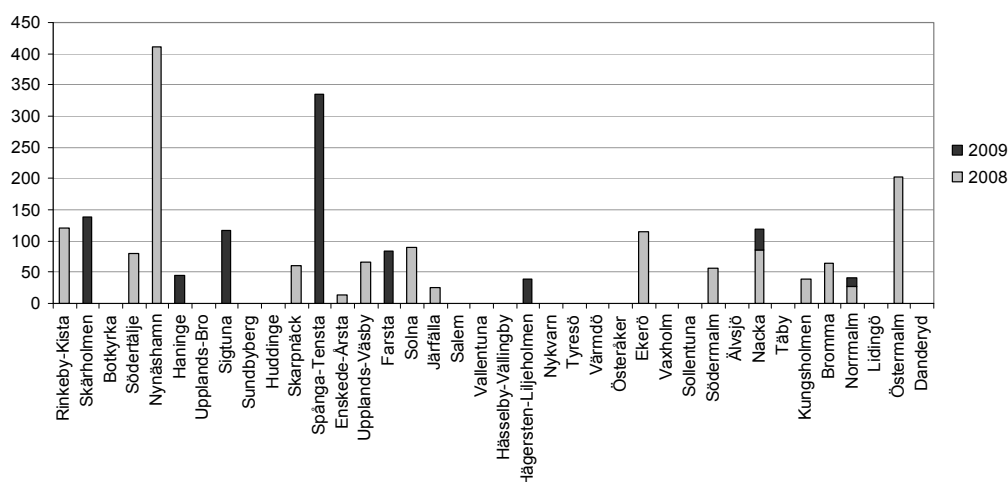
Vi kan från figuren konstatera att SLSO:s andel räknat i omsättning är större i jämförelse med andelen mottagningar. Motsatsen gäller för de enskilda privata mottagningarna. Således är de offentliga mottagningar i snitt större medan de enskilda mottagningarna är mindre. De företagsägda ligger emellan. De mottagningar som ägs av riskkapitalbolag omsätter strax under 15 procent av den totala marknaden för husläkarmottagningar i Stockholm år 2009. Samtidigt kan vi notera att övriga, bl.a. ekonomiska föreningar och ideella organisationer endast utgör knappt två procent av marknaden.

Etableringen av nya husläkarmottagningar har varit reglerad genom det s.k. auktoriseringssystemet där krav ställs på innehållet i uppdraget, ekonomisk stabilitet, registreringsbevis och kontrolluppgifter från Skattemyndigheten m.m. Auktoriserade vårdgivare godkänner även att följa Regelboken för husläkarverksamheten där krav ställs på verksamhetens innehåll, regler för listning och marknadsföring, regler för ersättning och uppföljning m.m. Landstinget utför även kontroll och inspektion av lokaler på plats. Däremot görs ingen kontroll av mottagningens anställda, kompetens, utrustning m.m. innan verksamheten startar. Den geografiska etableringen för vårdgivarna är i princip fri, men ska anges i samband med ansökan om auktorisation.

Omsättningen är nio miljarder kronor och antalet anställda 12 400. Carema Sjukvård är ett helägt dotterföretag till Ambea AB, som har en årlig omsättning på drygt 7 miljarder kronor och cirka 10 300 helårsanställda med verksamhet i Sverige, Finland och Norge. Capio är ett svenskt vårdföretag med verksamhet i Sverige, Norge, Storbritannien, Frankrike, Tyskland med ca 14 500 medarbetare och en omsättning på 12 miljarder kronor. Företaget bedriver främst sjukhus- och specialistvård, bl.a. Lundby sjukhus i Göteborg och S:t Görans sjukhus i Stockholm. Proxima är en privat vårdkoncern som bedriver sjukvård primärvård, diagnostik och specialistsjukvård, bl.a. Nacka sjukhus. Flera av bolagen ägs av riskkapitalbolag där Ambea, med 3i som huvudägare äger Carema, Apex Partner/Nordic Capital äger Capio samt EQT Partners äger Aleris.

Det har funnits farhågor för att den fria etableringsrätten medför att nya etableringar främst kommer att äga rum i områden med en relativt frisk och ung befolkning. Detta skulle kunna leda till en koncentration och förstärkning av läkarutbudet i de centrala delarna av Stockholm och välbärgade förorter. Mot bakgrund av den tidigare fria etableringen av privata specialister finansierade med den nationella läkartaxan kunde man tänka sig en likartad utveckling för husläkarverksamheten. I figur 17 presenteras omsättning per invånare i respektive stadsdel och kommun för de nyetableringar som gjorts under de två första åren med Vårdval Stockholm.

Figur 17. Omsättning per invånare vid nyetableringar per kommun rangordnade efter inkomst.



Källa: Raindance, SLL, 2009

Områdena är rangordnade efter medelinkomst från lägst till vänster och högst till höger. Vi kan konstatera att fördelningen mellan områdena är ojämn men att det samtidigt är svårt att se ett mönster som att koncentration har skett till vissa områden. Nyetableringar har ägt rum i innerstaden samt ytterområden med låg eller medelinkomst, medan ytterområden med hög inkomst nästan helt saknar nyetableringar. I sammanställningen har läkarmottagningar som tidigare ersattes av den nationella taxan, men valt att gå över till vårdvalssystemet, betraktats som nyetableringar. Om dessa exkluderas minskar omfattningen av nyetableringar i figuren ovan främst för Östermalm och Nynäshamn. Totalt har 37 nyetableringar skett under de två första åren med Vårdval Stockholm. Etableringen av nya husläkare har således inte följt den tidigare etableringen av privata specialister med en koncentration till Stockholms innerstad.

7.2 Ägandeformer, kontrakt och produktivitet

I den tidigare rapporten har resultaten från produktivetsanalysen brutits ned för att studera skillnader mellan privata och offentliga husläkarmottagningar. Där konstaterades att året innan införandet av Vårdvalssystemet hade de offentliga vårdgivarna en högre produktivitet baserat på läkarbesök och övriga mottagningsbesök (exkl. hembesök – DEA 1). Om hembesök inkluderas i produktivetsmättet hade de privata mottagningarna en något, om ej signifikant, högre produktivitet. Vi kunde dock konstatera att för år 2008 har skillnaderna för det förstnämnda måttet minskat och inga signifikanta skillnader mellan offentliga

och privata mottagningar kan observeras. Följaktligen hade de privata vårdgivarna förbättrat sin produktivitet, om än från en klart lägre nivå än de offentliga. I tabell 16 nedan presenteras dessa resultat samt utvecklingen under år 2009.

Tabell 16. Produktivitet vid offentliga och privata mottagningar, 2007- 2009.

	Offentlig regi		Privat regi		Signifikant skillnad	p-värde [§]
	Antal	Medel ranksumma	Antal	Medel ranksumma		
2007						
DEA 1	67	69,9	60	57,4	Ja	0,056**
DEA 2	67	63,9	60	64,1	Nej	0,977
2008						
DEA 1	67	63,8	60	64,3	Nej	0,937
DEA 2	67	60,9	60	67,5	Nej	0,314
2009						
DEA 1	67	64,9	60	64,5	Nej	0,772
DEA 2	67	63,9	60	64,1	Nej	0,969
Förändring 08/07						
DEA 1	67	56,9	60	71,9	Ja	0,023**
DEA 2	67	62,0	60	66,3	Nej	0,508
Förändring 09/08						
DEA 1	67	63,1	60	65,0	Nej	0,768
DEA 2	67	67,5	60	60,1	Nej	0,263

§) För att analysera sambandet har vi använt oss av det s.k. Mann-Whitney testet, ett icke-parametriskt test som är lämpligt då man ska jämföra värden för två grupper som inte har en normalfördelning. I tabellen svarar ett högre värde på ranksumman mot bättre produktivitet.

Som framgår av tabellen finns inga signifikanta skillnader under år 2009 samtidigt som inga större förändringar av produktiviteten ägt rum mellan privata och offentliga vårdgivare mellan år 2008 och 2009. Detta gäller för båda DEA-måtten, dvs. med eller utan variabeln hembesök. Den enda signifikanta skillnaderna under perioden med vårdvalsreformen är den tidigare konstaterade högre produktiviteten hos de offentliga vårdgivarna året före reformen, samt ökningen mellan 2007 och 2008 där de privata vårdgivarna förbättrade sin produktivitet mer än de offentliga. En annan möjlig förklaring kan dock vara att de offentliga mottagningarna redan tidigt under 2007 ökade produktiviteten. Ytterligare en förklaring vi analyserar i nästa avsnitt är att flera privata vårdgivare under åren före reformen hade generösa avtal som gav små incitament till en hög produktivitet.

En naturlig förklaring till utvecklingen och de små skillnaderna mellan ägandeformer är den enhetliga ersättningen som idag är lika för alla vårdgivare. Samtidigt bör man beakta att för båda grupperna har en kraftig produktivitetsökning ägt rum sedan införandet av vårdvalsreformen (se tidigare avsnitt 4).

Att privata vårdgivare snabbare reagerar på ekonomiska incitament och ställer om verksamheten har noterats i internationella studier (se bl.a. Duggan 2000). Den lägre produktiviteten hos de privata vårdgivarna under året före vårdvalsreformen är dock svårare att förklara. En möjlig förklaring som testades i vår tidigare rapport är skillnader i kontrakt och auktorisationen. Under år 2007 varierade förutsättningar och ersättningsystemen mellan mottagningarna beroende på de kontrakt som slutits. Landstinget slöt under tidigare år kontrakt

med olika innehåll för olika vårdgivare. Med vårdvalsreformen har samtliga vårdgivare ett gemensamt ersättningssystem och auktoriseringsförfarande.

I den tidigare rapporten utnyttjades det förhållandet att ett antal husläkarmottagningar saknade auktorisation och ersattes enligt de äldre avtalen till en jämförande analys. I analysen jämfördes de icke-auktoriserade mottagningarna med de auktoriserade. Under år 2008 fanns 18 husläkarmottagningar som saknade auktorisation. Det var dels fyra landstingsägda mottagningar som varit föremål för försäljning samt dels 14 privata mottagningar som valt att bibehålla tidigare ingångna kontrakt. Mot bakgrund av att de fyra offentliga mottagningarna varit till utförsäljning exkluderades dessa ur analysen. Således jämfördes de 14 privata mottagningarna med gamla avtal med samtliga auktoriserade mottagningar. I tabell 17 presenteras motsvarande jämförelse för åren 2008 och 2009.

Tabell 17. Produktivitet vid auktoriserade och ej auktoriserade mottagningar, 2008 och 2009.

	Auktoriserad 08		Auktoriserad 09		Signifikant skillnad	p-värde
	Antal	Medel ranksumma	Antal	Medel ranksumma		
2008						
DEA 1	129	77,2	14	23,8	Ja	0,000***
DEA 2	129	73,4	14	59,3	Nej	0,228
2009						
DEA 1	129	76,1	14	34,4	Ja	0,000***
DEA 2	129	73,1	14	61,8	Nej	0,333
Förändring 09/08						
DEA 1	129	69,1	14	98,3	Ja	0,012**
DEA 2	129	70,8	14	83,4	Nej	0,279

Från tabellen framgår att även under år 2009 så uppvisar de icke-auktoriserade mottagningarna en signifikant lägre produktivitet. Skillnaderna har emellertid minskat och de icke-auktoriserade mottagningarna har en signifikant förbättring av sin produktivitet i jämförelse med de auktoriserade. Eftersom de gamla avtalen håller på att löpa ut är en rimlig tolkning att dessa håller på att anpassa sin verksamhet till det enhetliga ersättningssystemet och auktoriseringen inom Vårdval Stockholm. Tolkningen att kontraktsstrukturen har en stark påverkan på vårdgivarnas beteende har stöd från andra studier vid jämförelser mellan vårdgivare med olika ägandeformer. Ett viktigt resultat vid sidan av betydelsen av ägandeform har även varit hur marknaden och avtal/ersättningssystem utformats. De incitament som ersättningssystemet ger upphov till har ofta visat sig ha större betydelse än själva ägandeformen.

Under vårdvalsreformen har den privata andelen av vårdgivare ökat genom nyetableringar. Den finns dock inget tydligt geografiskt mönster med koncentration av nyetableringar till vissa områden. Det privata ägandet är fortfarande relativt spritt mellan olika ägarkonstellationer. Såväl offentliga som privata mottagningar har ökat sin produktivitet och det föreligger inga större skillnader mellan ägandeformerna. Den nya ersättningen och konkurrensen har sannolikt bidragit till en generell ökning av produktiviteten. Betydelsen av ersättningsformerna är tydliga i analys av de mottagningar som fortfarande ersätts genom äldre avtal, där flertalet uppvisar en sämre produktivitet.

8 Effekter på andra vårdformer och ”övervältringseffekter”

Ett generellt problem inom flertalet sjukvårdsystem, inklusive det svenska, är att verksamheten och resursfördelning ofta är organiserad separat för varje vårdform. Samtidigt finns ett beroende mellan vårdformer där resultaten vid en enhet är beroende av insatser vid andra enheter. Här finns en risk att man optimerar en uppgift ur en aspekt men att detta inte är optimalt ur en annan aspekt. Att delarna lyckas på helhetens bekostnad är vad ekonomer kallar *suboptimering*, dvs. att de enskilda vårdformerna lyckas väl på helhetens bekostnad.

I Vårdval Stockholm finns relativt lite av mekanismer där primärvården har kostnadsansvar för andra vårdformer eller service. I några vårdvalsmodeller som införts i andra landsting har primärvården ett kostnadsansvar för besök hos vissa andra vårdgivare (privatläkare, sjukgymnaster mm.). I Stockholm finns dock t.ex. ett bonussystem för följsamhet av den, s.k. *kloka listan* för förskrivning av läkemedel. För att studera förekomsten av eventuella övervältringseffekter (*”spill-overs”*) har vårdutnyttjandet analyserats för övrig öppenvård, förskrivna läkemedel samt medicinsk service. Dessutom har utvecklingen av sjukskrivning och förtidspensioner sammanställts.

8.1 Primärvård och övrig öppenvård

De övriga öppenvårdsformerna inom landstinget är den specialiserade somatiska och psykiatriska öppenvården vid sjukhusen och större läkarhus, privata specialister samt närakuter och övrig primärvård. Utvecklingen för de olika vårdformerna framgår av tabell 18.

Tabell 18. Läkarbesök för olika öppna vårdformer, 2006-2009. (inkluderande enskilda mottagningsbesök samt grupp- och hembesök).

		2006	2007	2008	2009
	Husläkarverksamhet inkl. basal hemsjukvård	2 398 925	2 517 545	2 878 379	3 069 553
Primärvård	Närakut/jourmottagning	302 177	318 320	315 131	321 036
	Övrig primärvård	115 753	178 429	243 452	313 954
Specialiserad öppenvård	Akutsjukhus	1 929 344	1 918 107	1 964 906	2 025 169
	Psykiatri	223 483	232 472	253 848	283 366
	Somatiska specialister	1 144 440	1 144 626	1 113 591	1 086 099
Privata specialister	Primärvård	285 147	281 859	266 394	254 403
	Psykiatri	120 049	113 904	103 677	96 778

Källa: VAL-databasen

Vi kan konstatera en ökning i absoluta tal för såväl primärvård som den specialiserade öppenvården vid sjukhus och läkarhus. För närakuterna minskade antalet besök första året med vårdvalsreformen för att under 2009 öka igen. För de privata specialisterna noteras en minskning för samtliga vårdformer efter införandet av reformen. Vi kan även notera att de volymmässigt största öppenvårdsformerna är husläkarverksamheten, somatisk vård vid sjukhus/läkarhus

samt somatiska specialister bland de privatpraktiserande läkarna finansierade av den nationella taxan.

För att studera förändringar över tiden presenteras i tabell 19 den procentuella utvecklingen för motsvarande vårdgivare och vårdformer.

Tabell 19. Procentuell utveckling av öppenvårdsbesök, 2006-2009.

		07/06	08/07	09/08	Snitt 09/06*
Primärvård	Husläkarverksamhet inkl. basal hemsjukvård	4,9%	14,3%	6,6%	6,6%
	Närakut/jourmottagning	5,3%	-1,0%	1,9%	0,2%
	Övrig primärvård	54,1%	36,4%	29,0%	37,3%
Specialiserad öppenvård	Akutsjukhus	-0,6%	2,4%	3,1%	-0,2%
	Psykiatri	4,0%	9,2%	11,6%	6,3%
Privata specialister	Somatiska specialister	0,0%	-2,7%	-2,5%	-3,5%
	Primärvård	-1,2%	-5,5%	-4,5%	-5,5%
	Psykiatri	-5,1%	-9,0%	-6,7%	-8,6%

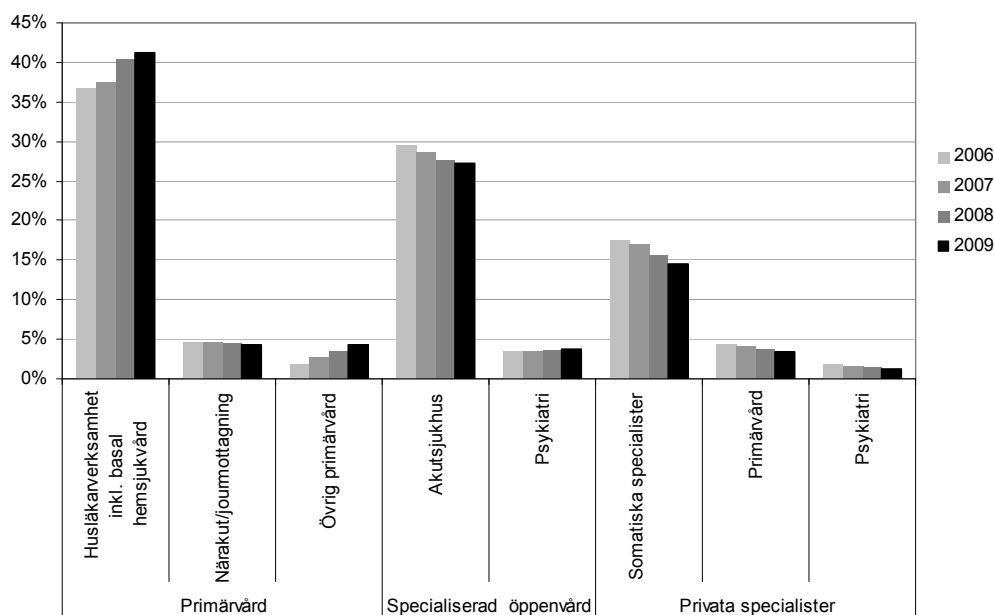
* *Befolkningsjusterat*

Källa: VAL-databasen

Om vi först tittar på utvecklingen för de volymmässigt stora vårdformerna ser vi att husläkarverksamheten ökade kraftigt under år 2008 och i viss mån under 2009. Även sjukhusens och läkarhusen har ökat sin öppenvård om än med en lägre ökningstakt. Besöken till de privata specialisterna har dock minskat överlag under såväl 2008 som 2009. För de volymmässigt mindre vårdformerna noteras öknings inom övrig primärvård samt psykiatri inom sjukhussektorn.

För att bedöma om den finns tendenser att avlasta eller ”överbältra” besök på andra vårdformer från husläkarverksamheten presenteras i figur 20 utvecklingen för andelen öppenvårdsbesök per år för olika vårdgrenar.

Figur 18. Andel av totala öppenvårdsbesök inom olika vårdgrenar



Källa: VAL-databasen

Som framgår av figuren har husläkarnas relativa andel av de totala besöken ökat under perioden med vårdvalsreformen. De privata specialisterna uppvisar en minskad andel för sin verksamhet. Även akutsjukhusen noterar en minskning av sin andel av öppenvårdsbesöken. Trenden för privata specialister och övrig öppenvård fanns emellertid redan mellan åren 2006 och 2007 och kan inte bara tillskrivas vårdvalsreformen. Vi kan konstatera att trots avsaknad av ekonomiska kopplingar i form av ”täckningsbidrag” mellan vårdformerna har en viss avlastning av andra vårdformer ägt rum. Utifrån befintlig statistik är det svårt att se negativa effekter på andra vårdformer i form av s.k. ”spill-over-effekter”. Utvecklingen visar snarare en avlastning av andra vårdformer.

8.2 Läkemedel och medicinsk service

Inom hälso- och sjukvården har medicinsk service och förskrivna läkemedel i stor utsträckning betraktats som s.k. fria nyttigheter för vårdgivarna. Det har inneburit att vissa vårdgivare inte haft fullt kostnadsansvar för hur mycket man utnyttjat röntgen- och laboratorieservice, förskrivet läkemedel etc. Sjukhusen har dock sedan en längre tid ansvar för medicinsk service och läkemedelsanvändning i slutenvård. För husläkarmottagningarna varierade det ekonomiska ansvaret för medicinskt service kraftigt före år 2005 mellan mottagningar och geografiska områden beroende på innehållet i kontrakten. Privata specialister har helt saknat kostnadsansvar för medicinsk service. Ingen vårdgivare har före år 2009 haft ett ekonomiskt ansvar för förskrivna läkemedel i öppenvård.

Under senare tid har emellertid förändringar ägt rum och de mottagningar som ingår i Vårdval Stockholm har idag ett visst kostnadsansvar (20 procent) för medicinsk service som mottagningen betalar själv. De skillnader som fanns mellan mottagningar beroende på kontraktens innehåll har till stor del försvunnit och enhetliga regler har införts. Beställaren står dock för avancerad medicinsk service. I tabell 20 presenteras kostnaden för medicinsk service som andel av dels beställarkostnaden, dels beställarkostnaden plus eget kostnadsansvar.

Tabell 20. Kostnadsandel för medicinsk service (beställarkostnad)

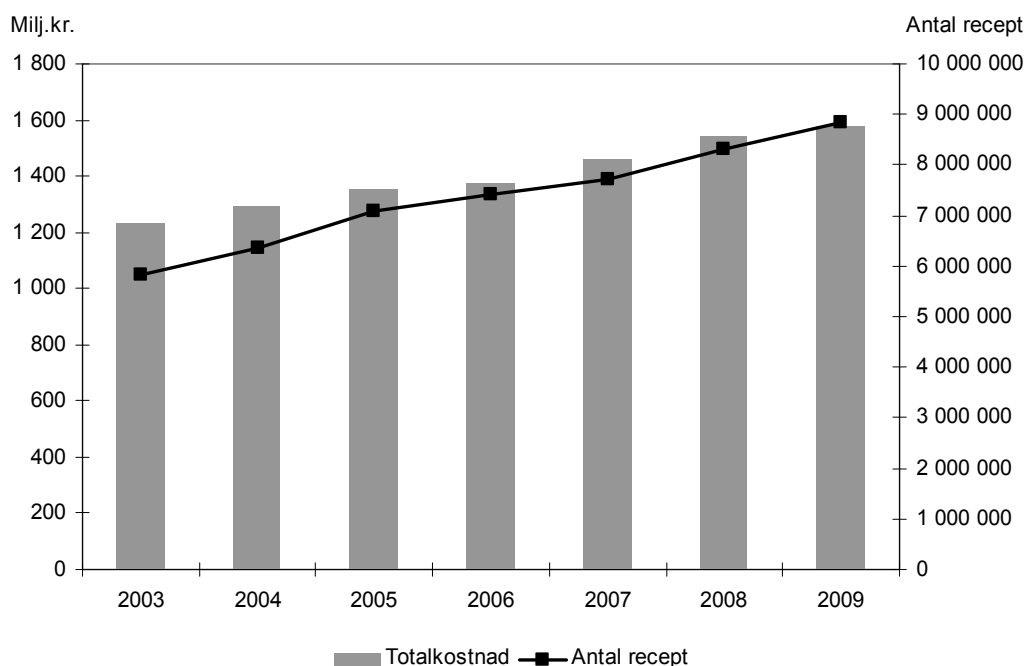
	2006	2007	2008	2009
Andel av beställarkostnad	11,5%	12,9%	10,0%	9,8%
Andel av beställarkostnad inklusive kostnader inom producentens kostnadsansvar	11,5%	12,9%	11,8%	11,5%

Källa: Raindance, SLL

Vi kan konstatera att kostnaden för medicinsk service minskat som andel av beställarkostnaden inom primärvården, dvs. att en större andel av dessa resurser går till resurser för besöksverksamheten vid mottagningarna. Det ökade kostnadsansvaret verkar ha haft en återhållande effekt på utnyttjandet av medicinsk service.

Läkemedel är en stor kostnadspost inom husläkarverksamheten som förskrivarna inte haft ett kostnadsansvar för. I figur 19 visas hur kostnader och förskrivning utvecklats.

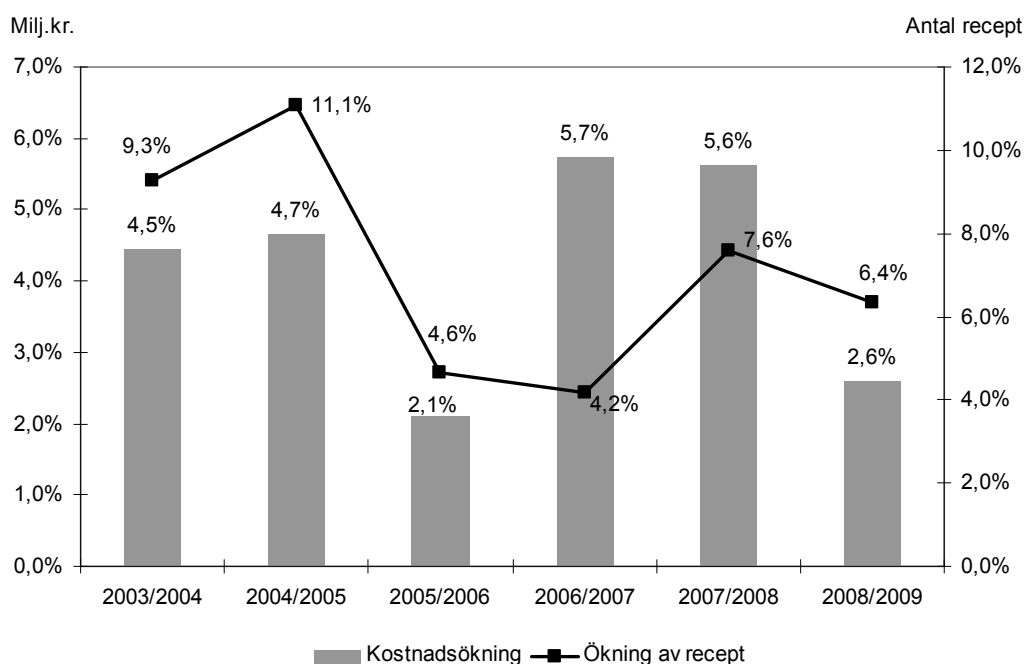
Figur 19. Kostnader och förskrivning inom primärvården.



Källa: Läkemedelsregister, SLL.

Av figuren framgår att trenden med en ökning av såväl den totala kostnaden som antalet utköpta recept fortsätter. Vi kan inte se något trendbrott åt någondera hållet under åren med vårdvalsreformen. Dessa siffror bör dock jämföras med utvecklingen i andra landsting och nationellt för att dra säkra slutsatser. I figur 20 nedan presenteras förändringen mellan åren avseende total kostnad och antal utköpta recept.

Figur 20. Ökning av kostnader och förskrivning av förskrivna läkemedel i primärvården.



Källa: Läkemedelsregister, SLL.

Även här kan vi notera att det är svårt att identifiera trendbrott under åren med vårdvalsreformen. Av figuren framgår att ökningstakten varierat under perioden, det finns många förklaringar till detta, till exempel landstingets arbete för en förbättrad läkemedelsförskrivning, lansering av nya läkemedel och utgång av patent. Under det första året med Vårdval Stockholm var ökningen av kostnader nästan identisk som året innan, varefter ökningen sjönk under år 2009. Antalet recept ökade dock något mer under åren med vårdvalsreformen i jämförelse med de två föregående åren, vilket bl.a. kan bero på att primärvården nu utgör en större andel av hela sjukvården. Som nämndes tidigare utgår en mindre bonus till husläkarmottagningarna som baseras på följsamhet mot den s.k. Kloka listan, landstingets lista på rekommenderade läkemedel. I tabell 21 redovisas följsamheten till Kloka Listan och landstingets läkemedelssakkunnigas kloka råd om förskrivning av antibiotika med icke kinoloner vid urinvägsinfektion hos kvinnor och Penicillin V som förstahandsval vid luftvägsinfektion hos barn.

Tabell 21. Följsamhet mot ”kloka listan” och dess råd för förskrivning av antibiotika.

	DU 90%	Icke-kinoloner till kvinnor	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika 0-14 år
2006	82,0%	78,9%	59,8%
2007	84,3%	82,5%	60,7%
2008	80,6%	86,5%	64,4%
2009	84,7%	90,2%	66,6%

Källa: Läkemedelsregister, SLL.

Följsamheten mot hela ”Kloka Listan” minskade första året med vårdvalsreformen, vilket främst berodde på förändrade läkemedelsrekommendationer men återgick år 2009 till nivå innan införandet av reformen. Vi kan notera en bättre följsamhet till Kloka Listan vid förskrivning av antibiotika där andelen rekommenderade läkemedel vid urinvägsinfektion hos kvinnor och luftvägsinfektion hos barn ökat från år till år. Detta är en positiv utveckling, men även dessa resultat bör dock jämföras med utvecklingen i andra landsting och nationellt för att dra säkra slutsatser om utvecklingen kan kopplas till vårdvalsreformen. I en rapport från Läkemedelssakkunniga (LÄKSAK) inom landstinget rapporteras att förskrivningen av antibiotika i Stockholms län minskat sedan år 2007, dock i samma grad som riksgenomsnittet (SLL 2009). Sett i ett längre perspektiv är antibiotikaanvändningen i Stockholm fortfarande för hög. Ca hälften av förskrivningen sker inom primärvården vars förskrivning varit relativt konstant, medan andra vårdgivare minskat sin förskrivning. Samtidigt har primärvården som visats tidigare en större andel av de totala besöken, dvs. förskrivningen har minskat per besök. I rapporten dras slutsatsen att det inte går att utläsa effekter av vårdvalsreformen på antibiotikaanvändningen (SLL 2009).

8.3 Sjukskrivning och förtidspensioner

En annan typ kostnader eller utgifter som ligger helt utanför både husläkarnas och även landstingets kostnadsansvar är ansvaret för sjukförsäkringen. Även här

har det funnits farhågor att konkurrensen mellan vårdgivare skulle kunna medföra ett generöst förhållningssätt till sjukskrivning och förtidspensionering. I tabell 22 presenteras utvecklingen av det s.k. ohälsotalet för samtliga kommuner i Stockholms län.

Tabell 22. Ohälsotalet för kommuner i Stockholms län, 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
Botkyrka	46,5	44,6	43,3	41,5	37,7
Danderyd	20,3	18,9	18,2	17,6	15,8
Ekerö	30,2	29	27,7	26,1	23,9
Haninge	43,9	41,8	40,3	38	35,7
Huddinge	36,6	35,6	34,5	32	29,1
Järfälla	39,7	38,3	36,6	34,3	31,6
Lidingö	25,5	24,7	24,3	22,8	20,2
Nacka	29,5	27	25,5	23,1	20,9
Norrtälje	48,2	47,7	46,8	44,3	40,7
Nykvarn	33,2	32,4	30,4	27,6	23,8
Nynäshamn	45,1	43,9	42,4	40,6	37,6
Salem	33,6	32,3	29,6	27	24
Sigtuna	43	41,7	40,2	37,4	34,4
Sollentuna	30,7	29,9	28,7	26,6	24,6
Solna	33,4	31,7	30,2	28,4	26,3
Stockholm	32,9	31,4	30,5	28,8	26,5
Sundbyberg	36,4	35	33,9	31,8	29,2
Södertälje	42,9	41,3	39,4	36,9	32,6
Tyresö	36,7	33,9	32,3	30,3	28
Täby	26,1	24,9	24,4	22,7	20,4
Upplands-Bro	44,3	43,6	42	39,4	36,1
Upplands-Väsby	40,4	39,2	37,9	35,7	33,3
Vallentuna	30,9	29,5	27,6	26,1	23,6
Vaxholm	27	26,7	26,4	24,5	22,2
Värmdö	34,1	31,4	29,1	25,7	23,5
Österåker	31,7	31	30,1	28,5	26,1
Stockholms län	35,1	33,6	32,4	30,5	27,9
Riket	41,3	39,9	38,3	35,8	32,8

Vi kan först konstatera att genomsnittet i Stockholms län under samtliga år ligger under det nationella genomsnittet. Kommunerna i Stockholm följer även den nationella trenden med en minskning av ohälsotalet. Vi kan inte notera någon avvikelse under de år som vårdvalsreformen varit i bruk.

Beträffande effekter på andra vårdformer och sektorer kan vi konstatera en viss avlastning av övrig specialiserad öppenvård, främst de privata specialisterna. Kostnadsansvaret för medicinsk service verkar innebära en större kostnadsmedvetenhet och att en större andel av resurserna läggs på mottagningens verksamhet. Följsamheten mot den s.k. ”Kloka listan” har inte påverkats i större utsträckning. Ohälsotalet fortsätter i linje med den nationella utvecklingen att minska.

9 Diskussion

I rapporten redogörs för erfarenheterna av de första två åren med Vårdval Stockholm. En jämförelse görs med de två åren före reformen. Det är en relativt kort tid för en uppföljning och resultaten ska mot den bakgrunden tolkas med viss försiktighet. Det är emellertid viktigt att reformer som Vårdval följs upp på ett tidigt stadium för att upptäcka brister, genomföra förändringar samt som bas för en långsiktig utvärdering av reformen.

Kostnaderna under kontroll i Vårdval Stockholm

Vi kan inledningsvis konstatera att kostnaderna för reformen har varit under kontroll och att ökningarna snarare är lägre än ökningen av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Även i jämförelser med övriga landsting uppvisar Stockholm ingen avvikande kostnadsutveckling. Vi kan dock se att kostnadsökningen i reella termer är högre för år 2009 än år 2008. När kostnaderna relateras till antalet invånare är dock ökningarna marginella. En justering för inflation och omräkning i fasta priser visar att kostnaden per invånare minskat under perioden. Vid införandet av Vårdval Stockholm fanns farhågor att den relativt höga andelen rörlig ersättning skulle leda till höga kostnader. I systemet finns dock flera mekanismer som begränsar kostnadsökningen. Dels är vårdgivarna beroende av den fasta ersättningen (kapitationen) och den rörliga delen täcker inte kostnaden för besöken. Dels finns ett "besökstak" varefter den rörliga ersättningen sänks. Ytterligare en begränsning är att inom primärvården som vårdgren finns begränsade medicinska och tekniska möjligheter för behandling och diagnostik i jämförelse med annan specialiserad somatiskt vård. En annan restriktion är patienternas tidsåtgång för besök som också kan ses som en kostnad.

Fler besök och förbättrad tillgänglighet

Utvecklingen av prestationer av olika slag pekar mot en ökad produktion och en förbättrad tillgänglighet. Beträffande kvalitetsindikatorer inom primärvården är informationen begränsad till data över patientupplevd kvalitet samt vissa tillgänglighetsindikatorer. Flertalet av dessa har utvecklats positivt under de första åren med vårdvalsreformen. Resultaten från den s.k. Vårdbarometern, som mäter medborgarnas omdöme av vården samvarierar med patienternas omdömen.

Ökad produktivitet och patientnöjdhet

I en tidigare rapport om Vårdval Stockholm har produktivitetens utvecklingen för det första året analyserats. Resultaten visade på en kraftigt ökad produktivitet under det första året, även om skillnader förelåg mellan husläkarmottagningar. Vi kan nu konstatera att produktiviteten fortsatt att förbättrats om än med en klart lägre ökningstakt. Detta är naturligt mot bakgrund att effekterna av det nya ersättningssystemet är störst det första året. I föreliggande rapport har även olika analyser gjorts av sambandet mellan produktivitet och patientupplevd kvalitet. I såväl enkla sambandsanalyser mellan produktivitet och kvalitet som i analyser där kvalitetsmått ingått i analysen framgår att den högre produktiviteten inte uppnåtts genom sänkt kvalitet. För vissa produktivetsmått finns även ett signifikant positivt samband med kvalitetsindikatorer medan andra samband inte

är signifikanta. En jämförelse mellan produktivetsmodeller med kvantitativa och kvalitativa variabler visar också på ett positivt samband. Med befintliga data kan vi således konstatera att det inte föreligger motsättningar mellan hög produktivitet och patientupplevd kvalitet.

Ersättningsystem och kontrakt viktiga

Produktivetsanalyserna visar även intressanta resultat beträffande ägarformer och typ av avtal. Även för år 2009 förekommer inga signifikanta skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare. Vi kan konstatera produktivetsförbättringar under åren för båda ägandeformerna. Första året med Vårdval förbättrade de privata vårdgivarna sin produktivitet mer än de offentliga, dock från en lägre nivå. Produktivetsförbättringarna under år 2009 är lika för båda ägarformerna. Resultaten av den tidigare jämförelsen mellan husläkarmottagningar med nya och gamla avtal visar även under år 2009 på betydande skillnader, där husläkarmottagningar med gamla avtal, mestadels privata, har en betydande lägre produktivitet. Det visar vilken betydelse utformning av ersättning, kontraktstruktur och incitament har för produktivitet och beteende hos vårdgivare. En närmare betraktelse av tidigare avtal visar att vissa privata vårdgivare tidigare förhandlat till sig ”generösa” avtal från ett producentperspektiv. Vi kan dock se att de privata vårdgivare som ingått som auktoriserade vårdgivare i Vårdval ändrat sitt beteende med de nya avtalen. Det stödjer annan forskning som visar att privata vårdgivare är mer känsliga för incitament än offentliga. En fri etablering för privata vårdgivare ökar vikten av effektiva avtal och korrekta incitament. Den fria etableringen och konkurrensutsättningen har sannolikt även påverkat de offentliga vårdgivarna och stödjer tidigare studier som visar att offentliga vårdgivare i konkurrensutsatta sektorer har högre produktivitet än offentliga vårdgivare i monopolställning.

Registreringen av prestationer inom primärvården är i jämförelse med andra vårdformer bristfällig och avser olika besökstyper. Under senare år har en förbättring ägt rum med minskat bortfall, förbättrad diagnosregistrering (läkarbesök), registrering av hem- och telefonbesök m.m. Dock saknas data och nationell konsensus om registrering av medicinska kvalitetsvariabler. I produktivetsanalyserna har de olika typerna av prestationer använts tillsammans med indikatorer för patientupplevd kvalitet. Detta förhindrar inte att en högre produktivitet kan ha uppnåtts genom kortare besök och förändrad svårighetsgrad hos patienterna. Besökens längd finns inga data över, däremot har vi kunnat analysera utvecklingen av vårdutnyttjande av olika patientgrupper som en indikator på svårighetsgrad. Det kan även vara så att verksamheten effektiviserats så att en större andel av läkartiden har avsatts till patientbesök.

Ingen diskriminering av vårdtunga grupper

Det visar sig att det inte föreligger några större skillnader i utvecklingen av vårdutnyttjandet mellan normalbefolkningen och vårdtunga grupper. Såväl definitioner som bygger på skatteutjämningsystemet som enskilt tunga grupper inom primärvården som diabetes och stroke visar att dessa grupper snarare ökat sin konsumtion mer än normalbefolkningen. Det relativa högre vårdutnyttjandet som funnits tidigare för dessa vårdtunga grupper består, men har även haft en något högre ökning av besök per patient än resten av befolkningen. Detta gäller för såväl de tunga diagnoserna som för övriga diagnoser inom grupperna. En analys av svårighetsgrad kan göras på en mängd olika sätt och det är viktigt att

även följa utvecklingen för att avgöra om vissa vårdgivare medvetet undviker vårdtunga patienter, vilket inte gjorts i denna studie.

Definitioner av vårdtunga grupper kan göras på olika sätt. Ett alternativ hade varit att definiera s.k. multisjuka patienter. Med den definition vi använt i studien ingår sannolikt individer som kan betraktas som multisjuka. Det finns dock anledning att följa dessa gruppers kontakt med såväl primärvården som andra vårdformer i kommande utvärderingar.

Vi kan även konstatera att ökningen av prestationer tillfallit samtliga åldersgrupper och ingen diskriminering har skett av t.ex. de äldre. Fördelningen av de ökade prestationerna mellan män och kvinnor visar inte heller några större förändringar. Det är även viktigt att beakta att inom Vårdvals-systemet finns ett antal mekanismer som förhindrar dylikt missbruk av systemet. Valfrihet och etableringsfrihet ger medborgare och patienter möjlighet att byta vårdgivare som drar ned på kvalitet, enkätundersökningar för medborgare och patienter kan ge signaler om missnöje och missbruk av systemet. Vårdgivare har inte heller rätt eller möjligheter att neka patient listning eller vård.

Störst ökning av besök för invånare i socioekonomiskt tunga områden ...

Beträffande fördelningsaspekterna kan vi konstatera att fördelningen mellan stadsdelar och kommuner visar mindre förändringar mot en ökning av läkarbesök i samtliga områden, medan flertalet områden har en minskning av övriga besök. Den tidigare analysen av fördelningen mellan områden med hög och låg medelinkomst under år 2008 visade att ökningen av vårdutnyttjandet varit större i områden med lägre medelinkomst. Denna skillnad ökar under år 2009 med en större ökning av läkarbesök i fattigare områden. I analysen konstateras att socioekonomiskt utsatta områden erhållit en ökning i absoluta tal samt en ökad andel av det totala vårdutnyttjandet. Att vårdutnyttjandet under åren före vårdvalsreformen varit till fördel för rikare områden stöds även av tidigare analyser av fördelningen av öppenvårdsbesök inom svensk sjukvård (se bl.a. van Doorslaer et al. 2006).

I analyserna kan vi se att under det första året med reformen, dvs. 2008 fanns endast ett samband mellan kostnader och åldersfördelning, vilket förklaras av att endast åldersfaktor beaktas i den fasta ersättningen (kapiteringen). Under år 2009 finns emellertid även ett samband mellan kostnader och de socioekonomiska indexen. När det tidigare ersättningssystemet med en högre fast ersättning och korrigering för socioekonomiska förhållanden togs bort, minskade sambandet mellan kostnader och behovsindex. Vi kan dock se att under 2009 har högre ökningen av besök i socioekonomiskt utsatta områden medfört att ett samband mellan kostnader och olika index föreligger.

...men vårdgivare i dessa områden har fått en minskad andel resurser

Fördelningen av resurser till mottagningarna visade under år 2008 på en motsatt förändring, dvs. att resursökningen varit större i områden med hög inkomst i jämförelse med områden med låg inkomst. Under år 2009 har en viss förskjutning ägt rum till fördel för områden med lägre inkomster, om än inte på samma nivå som före införandet av vårdvalsreformen. Även om dessa förändringar är relativt små, observationstiden är relativt kort och att det föreligger vissa problem med inrapportering av data (bl.a. ekonomi), så ser vi att ökningen

av prestationer i utsatta områden leder till en relativ resursförstärkning under 2009. Det framstår dock som att ersättningssystemet inte är tillräckligt känsligt för att en ökning av besöken ska få ett större genomslag i resursförstärkningen.

Det kan finnas flera förklaringar till denna utveckling. En förklaring kan vara att individer från socioekonomiskt utsatta områden i större utsträckning konsumerar vård i de centrala delarna av Stockholm. En annan förklaring kan vara att mottagningar i utsatta områden tidigare haft ett arbetssätt där man arbetat med aktiviteter som idag inte ersätts i motsvarande utsträckning. Man har således tvingats att öka prestationer i form av olika besök för att bibehålla resurser. Man kan även tolka utvecklingen som att det funnits fler individer med otillfredsställda behov som nu i större utsträckning kommer i kontakt med främst läkare genom en förbättrad tillgänglighet.

En annan förklaring är att en ökad andel prestationsersättning och minskad fast ersättning ger tydliga incitament att producera de vårdtjänster som belönas. Den tidigare ersättningen med korrigering för socioekonomiska förhållanden var i första hand ett instrument för att fördela resurser efter behov mellan geografiska områden, men saknade incitament för vårdgivarna att producera besök och andra vårdtjänster. Man skulle även kunna säga att en hög andel fast ersättning snarare gynnar *vårdgivare* än *patienter* i socioekonomiskt utsatta områden. Resurser når områdena, men det har inte utmynnat inte i besök och god tillgänglighet. Här finns idag en osäkerhet i forskningen om hur utformningen av ersättningssystem påverkar fördelningseffekter, utbud och vårdvolym.

Fast eller rörlig ersättning?

Om utgångspunkten är att det ökade vårdutnyttjandet i utsatta områden är önskvärt, men samtidigt att den relativt minskade resurstilldelning bör korrigeras så finns flera alternativ till förändring av ersättningssystemet. En central fråga är vilka delar av ersättningen som bör korrigeras. De två avgörande ersättningsformerna är den fasta ersättningen, kapiteringen, baserad på åldersfaktorn samt den rörliga prestationsersättningen för olika typer av besök och vårdkontakter. Vi kan konstatera att den prestationsbaserade ersättningen ändrat incitamentet att ge vård, inte minst i områden med större vårdbehov. En möjlighet för att tillföra mer resurser till dessa områden är att revidera prestationsersättningen för att ge ytterligare incitament att behandla individer med krävande och komplexa sjukdomar och behov. En annan möjlighet är att införa andra behovsindikatorer vid sidan av åldersfaktorn i kapiteringen. Risken med det senare är emellertid att vårdgivare i dessa områden gynnas och inte patienterna. Vi kan få en tillbakagång till en situation med sämre tillgänglighet och minskade incitament att behandla patienter, framförallt i socioekonomiskt svaga områden.

Resultaten beträffande den socioekonomiska fördelningen ska inte tolkas som frågan om jämlik vård fått sin lösning. Vi vet inte om fördelningen av vårdutnyttjandet motsvarar den ojämna fördelningen av ohälsan i Stockholms län. Vårdutnyttjandet för boende i områden med större ohälsa har dock ökat. I rapporten har vi analyserat förändringen under åren 2006–2009. Vad som kanske är mest förvånande är inte resultaten under de två åren med Vårdvalsreformen, utan den ojämna fördelningen av besök till förmån för rika områden under perioden före Vårdval Stockholm.

Den form man valt i Stockholms läns landsting bygger på en kombination av kapitation och prestationsersättning, en modell som tillämpas alltmer internationellt. Enligt en litteratursammanställning (Jacobsson 2007) är fördelen med en kombination att det ger möjligheter att fånga de positiva effekterna och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningssystem. En renodlad kapitering är bra ur kostnadskontrollsynpunkt och fördelningsperspektiv, medan incitament saknas till hög produktivitet och tillgänglighet (Docteur & Oxley 2003). En renodlad prestationsersättning leder ofta till problem med kostnadskontroll, men ger samtidigt incitament till en hög produktivitet (Krasnik et al. 1990, Iversen & Lurås 2000). Det finns dock en stor osäkerhet kring hur en optimal kombination mellan en grundersättning och rörlig ersättning ska utformas. Införandet av nya ersättningsprinciper är ingen engångsåtgärd utan kräver kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

Mångfald med fler privata vårdgivare utan geografisk snedfördelning

Den fria etableringen har inneburit ett tillskott av vårdgivare där uteslutande privata entreprenörer etablerat sig. De farhågor som fanns inledningsvis om att dessa i stor utsträckning skulle etablera sig i Stockholms innerstad och väletablerade förortsområden har inte förverkligats. Även om etableringarna skiljer sig mellan områdena är mönstret snarast att de nya vårdgivarna finns i de centrala delarna, men även i stor utsträckning i förorter med lägre inkomster och tidigare bristande utbud av husläkare. Etableringsmönstret följer inte den tidigare etableringen av privata specialister med en koncentration av utbudet till Stockholms innerstad. Beträffande ägarformerna svarar det offentliga utbudet fortfarande för knappt hälften av mottagningarna. På den privata sidan dominerar enskilt ägda mottagningar och ägande av s.k. riskkapitalbolag är än så länge begränsat till strax under 15 procent. Det är dock troligt att förändringar kommer att äga rum på marknaden de närmaste åren.

Viss avlastning av andra vårdformer ...

De olika vårdvalsmodellerna som införts i Sverige skiljer sig beträffande primärvårdens ansvar och effekter på andra vårdformer. I t.ex. Halland och Skåne har primärvården kostnadsansvar eller ges incitament att hålla nere kostnader inom annan vård och för läkemedel genom system med s.k. täckningsgrad. I Vårdval Stockholm saknas detta, vilket inte betyder att dessa incitament saknas. Såväl den rörliga ersättningen för besök som den målrelaterade ersättningen ger incitament att i större utsträckning utföra besök i egen regi som att uppfylla mål kopplat den målrelaterade ersättningen. Vid kartläggning av vårdutnyttjandet för andra vårdformer finner vi att läkarbesök vid andra specialist- och sjukhusmottagningar ökar, dock inte i samma utsträckning som läkarbesöken inom primärvården. Det innebär att den relativa andel primärvård ökar. För privata specialister kan vi konstatera en minskning i såväl absoluta som relativa tal.

...men behov av samordning

Vi kan inte konstatera att det finns större problem med samordning och s.k. ”övervältringseffekter” på andra vårdformer. Beträffande läkemedelsförskrivning kan vi dock notera att ökningarna fortskrider, dock i samma takt som i andra landsting. Beträffande antibiotikaförskrivningen sker en nedgång totalt inom landstinget, vilket följer den nationella trenden. Det är idag svårt att dra säkra slutsatser att vårdvalsrefomen påverkat förskrivningen totalt eller enskilda

terapiområden som antibiotika. Stockholms län ligger dock sedan tidigare på en hög nivå i jämförelse med övriga landsting och här finns en potential för förbättringar. Utvecklingen för medicinsk service visar hur ett ökat kostnadsansvar leder till ökad kostnadsmedvetenhet och en relativ minskning av dessa tjänster.

Generellt finns möjligheter att se över kostnadsansvaret för vård och tjänster utanför husläkarverksamheten. Detta behöver inte nödvändigtvis hanteras genom att öka det formella kostnadsansvaret, utan här finns även andra möjligheter att t.ex. genom bonus och viten styra läkemedelskonsumtion, remisser, besök hos andra vårdgivare m.m. De resultat vi presenterat tyder inte på att problem med koordinering eller bristande täckningsgrad varit större i Stockholm än andra delar av landet, men här föreligger sannolikt generellt en potential för förbättring i Stockholm såväl som i andra landsting. Här finns ett generellt problem i många sjukvårdssystem med en bristande integrationen mellan vårdformer som kan leda till suboptimering. Detta fanns även i det tidigare resursfördelningssystemet i Stockholm med separat behovsbaserad ersättning och olika prestationsbaserad ersättningssystem för olika vårdformer.

10 Avslutande synpunkter

Resultaten från de inledande åren visar att målsättningarna om tillgänglighet och ökad valfrihet kombinerat med en större mångfald har uppnåtts. Vårdvalsreformen har inneburit att man inom en i stort oförändrad kostnadsram erhållit en ökning av vårdutnyttjandet samtidigt med en ökning av patienttillfredställelsen. Beträffande fördelningsaspekter har vårdtunga grupper och patienter i socioekonomiskt utsatta områden ökat sin andel av vården och inte missgynnats. Det finns dock behov av att se över ersättningssystemet med särskilt fokus på grupper med stora vårdbehov samt för koordinering med andra vårdformer. Resultaten i rapporten utgör grund för en långsiktig utvärdering av Vårdval Stockholm.

REFERENSER

- Anell A. (2008). Vårdval i primärvården – modeller och utvecklingsbehov. KEFU, Lunds universitet.
- Doctour E. & Oxley H. (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. OECD Health Working Papers 9.
- Duggan M. (2000). Hospital Ownership and Public Medical Spending. *Quarterly Journal of Economics*, 115(4): 1343-1374.
- Gerdtham UG, Tambour M, Rehnberg C. (1999). The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden. *Applied Economics* 31: 935–945.
- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763
- Iversen T. & Lurås H (2000). The effect of capitation on GPs referral decisions. *Health Economics*, 9:199-210.
- Konkurrensverket (2010). Uppföljning av vårdval i primärvården. Delrapport 2. Konkurrensverkets rapportserie 2010:2, Stockholm.
- Krasnik A et al. (1990). Changing reimbursement systems: effects on activity in general practice. *BMJ*, vol.300:1698-1701.
- Leger, P.T. (2008). Physician Payment Mechanisms. In: Lu, M., Jonsson, E. (Eds.). *Financing Health Care: New Ideas for a Changing Society* Chapter 7. Wiley-VCH Press, 149-176.
- McGuire, T. G. (2000). Physician Agency. In: Culyer, A. J., Newhouse, J. P. (Eds.). *Handbook of Health Economics*, Vol. I. Amsterdam: Elsevier, 462-535.
- Norges forskningsråd (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Red. Sandvik, Hogne. Norges forskningsråd, Oslo.
- OECD health database, OECD, Paris.
- Paulsson G (2008). Vårdval Halland –utvärderingsrapport 2007. Ekonomihögskolan, Lunds universitet, Lund.
- Regeringen (2008). *Lag om valfrihetssystem*. Proposition 2008/09:29
- Regeringen (2008). *Vårdval i primärvården*. Proposition 2008/09:74
- Rehnberg C, Janlöv N, Khan J. (2009). Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2009:6, Stockholm.

SKL. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling - Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner (olika år), Stockholm.

SOU 2008:37. Vårdval i Sverige. Socialdepartementet, Stockholm

SOU 1998:115. (1998) Kostnadsutjämning för kommuner och landsting: en översyn av statsbidrags- och utjämningsystemet: betänkande av Kommunala utjämningsutredningen”, bilaga 5.

SOU 2003:88. Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn, Fritzes Förlag, Stockholm

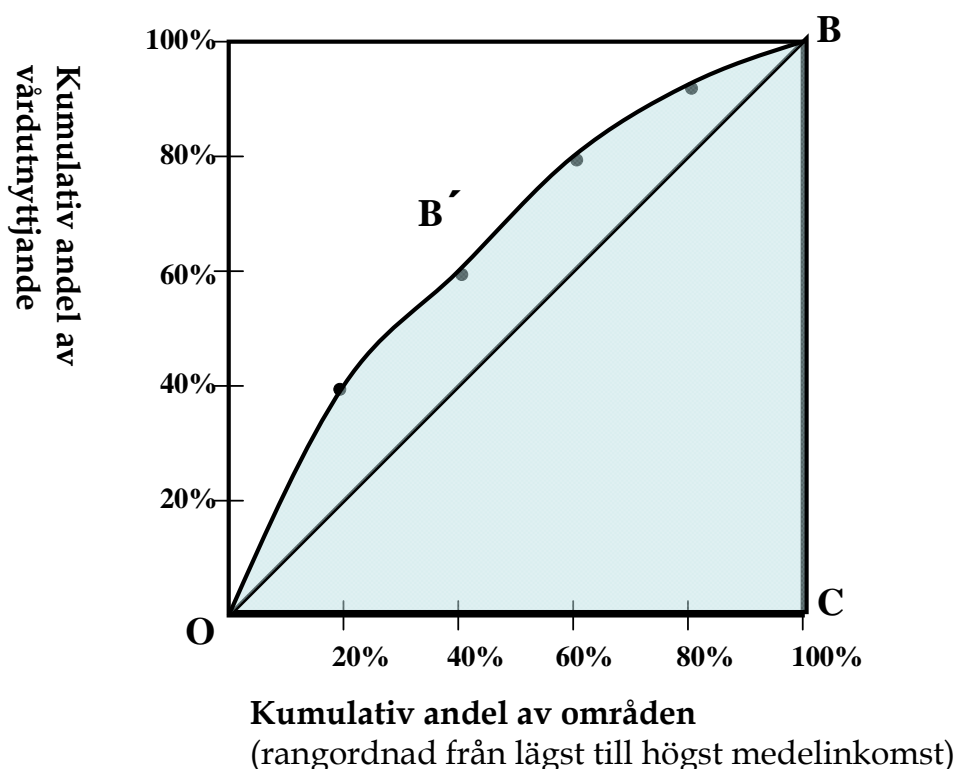
Stockholms läns landsting (2007). Beskrivning av ersättningssystemet i SLL - Grunder för ersättningen. Forum/CVU, SLL, Stockholm

Stockholms läns landsting (2009). Antibiotikaanvändningen i öppenvården i SLL 2009. Rapport från LÄKSAK, Stockholm.

Van Doorslaer E, et al. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ;174:177-183

BILAGA A. Lorenzkurva och koncentrationskoefficient.

De mått på vårdutnyttjande som används är läkarbesök, övriga besök och hembesök. För att analysera variationerna mellan områden med låg och hög medelinkomst används en metod som traditionellt används inom nationalekonomi för att analysera inkomstfördelning. Metoden kan illustreras grafiskt i form av en s.k. Lorenzkurva som används för att skatta ett värde på ett koncentrationsindex som visar ojämlikhet i t.ex. inkomst, konsumtion eller hälsa. Med denna metod jämför vi den faktiska fördelningen av vårdutnyttjandet mellan områden med en tänkt situation då varje område har exakt samma vårdutnyttjande. I en situation där samtliga områden har lika vårdutnyttjande per individ kommer Lorenzkurvan att representeras av den räta linjen (diagonalen). Koncentrationsindexet får då värdet 0 och det betyder t.ex. att 20 % av befolkningen konsumerar 20 % av värden. Om Lorenzkurvan ligger till vänster om diagonalen har vi en situation där de med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst. Koncentrationskoefficient har då ett negativt värde som högst är -1. Ett motsatt läge där de med hög inkomst konsumerar mer än de med låg inkomst ger ett positivt värde på högst +1. Index varierar således mellan värdena -1 och +1.



I figur 2 illustreras en situation (B') där områden med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst. Vi kan se att 40 % av befolkningen med lägst inkomst konsumerar ca 60 % av värden.

Minusvärden innebär således en koncentration av vårdutnyttjande till områden med låg medelinkomst och positiva värden att de med hög medelinkomst konsumerar mer. Ett positivt värde(+) indikerar vårdutnyttjande till fördel för områden med hög medelinkomst, medan ett negativt värde (-) indikerar ett vårdutnyttjande till fördel för områden med låg medelinkomst.

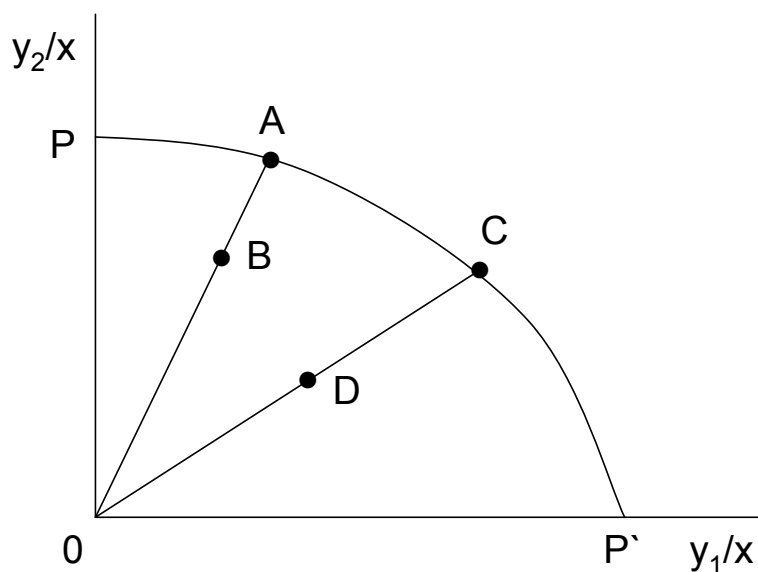
BILAGA B. Beskrivning av Data Envelopment Analysis (DEA)

Metoden ger möjlighet till en form av benchmarking där den relativa effektiviteten mellan enheter jämförs. Idén bakom DEA är att studera om enskilda produktionsenheter har en effektiv produktion. Detta kan göras antingen genom att undersöka om enheten skulle kunna använda mindre resurser för att producera de resultat man uppvisar eller genom att studera om enheten skulle kunna prestera bättre resultat med hjälp av befintliga resurser. Det förstnämnda betecknas som en input-orienterad DEA-modell, medan det senare benämns som en output-orienterad DEA-modell. Vilken ansats man använder beror på om man är intresserad av att produktionsenheten huvudsakligen skall försöka minska sin resursanvändning eller öka sina resultat.

Det centrala effektivitetsbegreppet vid DEA-analys utgörs av teknisk effektivitet. Den tekniska effektiviteten mäter förmågan att producera en maximal mängd output (hälsoresultat, prestationer) från en given mängd inputs (resurser). Styrkan med metoden är att den simultant kan hantera en rad olika outputs och inputs. Med metoden identifieras och placeras de observationer med den högsta relationen mellan output och input i en produktionsfront där fronten uttrycker den relativt sett mest effektiva produktionen som äger rum bland mottagningarna.

För att jämföra produktiviteten mellan mottagningarna ges sedan alla enheter resultat mellan 0 och 1 utifrån avståndet till produktionsfronten. Ett resultat på 1 innebär att mottagningen i fråga producerar på fronten och att det är relativt sett mest tekniskt effektivt. Ett resultat som är mindre än 1 innebär således att mottagningen har en förbättringspotential i relation till den tekniskt mest effektiva produktionen. Metoden kan illustreras med ett exempel där mottagningarna producerar två olika output, bestående av läkarbesök y_1 , och övriga besök y_2 , genom att nyttja en insatsfaktor, x_1 , – totala kostnader. I figuren nedan representerar PP' produktionsmöjlighetskurvan (produktionsfronten), där linjen indikerar den övre nivån för alla tekniskt möjliga produktionskombinationer som ges av mottagningarnas resultat. I figur 1 illustreras även produktionsutfallet för fyra olika mottagningar (A, B, C och D).

Figur 1. Illustration av DEA-metodiken



Mottagningarna A och C är i jämförelsen mellan mottagningarna fullt tekniskt effektiva, eftersom det inte är tekniskt möjligt att expandera produktionen givet oförändrade kostnader. För mottagningarna B och D är det dock möjligt att expandera produktionen av både läkarbesök och övriga besök, givet oförändrade kostnader, dvs. de är inte fullt tekniskt effektiva. Mottagning D har även en lägre grad av teknisk effektivitet eftersom avståndet till fronten är större än för mottagning B. Graden av teknisk effektivitet för mottagning B ges vidare av: $TE=OA/OB$ (där O är nollpunkten).

ISBN: 978-91-86313-41-8

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**