

# Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:6

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 och Jahangir Khan  
Institutionen för lärande, informatik, management och etik, LIME

ISBN 978-91-86313-05-0

Karolinska Institutets folkhälsoakademi  
171 77 Solna

E-post: [info@kfa.ki.se](mailto:info@kfa.ki.se)  
Telefon: 08-524 800 00  
[www.ki.se/kfa](http://www.ki.se/kfa)

Rapporten kan beställas/laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## Innehållsförteckning

Tabell och figurförteckning

Sammanfattning

1. Inledning och bakgrund
2. Vårdvalsmodeller i Sverige och internationellt
3. Data och metod
4. Kostnadsutvecklingen
5. Fördelningsaspekter
6. Patientnöjdhet och tillgänglighet
7. Prestationer, produktivitet och produktivitetsutveckling
8. Ägandeformer och marknadsstruktur
9. Diskussion och slutsatser

Bilaga A. Lorenzkurva och koncentrationskoefficient

Bilaga B. Beskrivning av Data Envelopment Analysis (DEA)

### Utgivare:

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

Medical Management Centre

Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik

Rapport 2009:6

För fler exemplar, se Folkhälsoguiden: [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## Sammanfattning

Införandet av vårdval är idag en av de mest centrala reformerna inom svensk hälso- och sjukvård. Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 för stora delar av primärvården med målsättningar att förbättra tillgängligheten och öka patienternas valmöjligheter kombinerat med en större mångfald och reglerad konkurrens på utbudssidan. 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. Flera andra landsting har infört liknande modeller och från statsmaktens sida har en proposition ("Vårdval i primärvården") antagits om ett obligatoriskt införande av vårdvalsmodeller i hela landet.

Denna rapport redogör för ett antal frågeställningar inom husläkarverksamheten som är kopplade till målen med Vårdval Stockholm. Resultaten är baserade på ett års erfarenhet med reformen och ska mot den bakgrunden tolkas med försiktighet. Frågeställningarna i rapporten analyseras med hälsoekonomiska metoder. Fokus i rapporten har varit frågeställningar om kostnadsutvecklingen, fördelningsaspekter, produktivitet och ägandeformer. En jämförelse görs mellan åren 2006 och 2007 och det första året med vårdvalsmodellen år 2008.

Inledningsvis konstateras att reformen inte medfört ökade kostnader för primärvården utan kostnadsökningarna kan anses vara under kontroll. Detta framgår även vid jämförelser med andra landsting. Vårdutnyttjandet har ökat inom husläkarverksamheten samtidigt som ett minskat vårdutnyttjande kan noteras inom verksamheter som närakuter, privata specialister och övrig vård, främst akutsjukhusen. En del av dessa förändringar är små och det är osäkert om de kan tillskrivas vårdvalsreformen. Det verkar dock inte föreligga några större övervältringseffekter på andra vårdområden, snarare ökar andelen vård inom husläkarverksamheterna. Även besök av psykosocial karaktär uppvisar en ökning. Detta är även en naturlig följd mot bakgrund av de ändrade ersättningsprinciperna kombinerat med etableringsfriheten.

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. Analysen av fördelningen mellan områden med hög och låg medelinkomst visar att ökningen av vårdutnyttjandet varit större i områden med lägre medelinkomst. Det är läkarbesöken som ökat mest i områden med lägre medelinkomst. Fördelningen av resurser visar emellertid på en motsatt förändring, d.v.s. att resursökningen varit större i områden med hög inkomst i jämförelse med områden med låg inkomst. Motsvarande analyser på mottagningsnivå visar samma resultat, d.v.s. en ökning av vårdutnyttjandet i område med större behov, men samtidigt en relativ ökning av resurser till mottagningar med lägre behov. Samtliga dessa förändringar är dock relativt små och ska tolkas försiktigt mot bakgrund av den korta observationstiden och även vissa problem med inrapportering av data.

Den sammanvägda produktiviteten inom primärvården i landstinget har ökat i högre grad mellan åren 2007 och 2008 i jämförelse med åren 2006-2007. Kostnaden per viktad vårdkontakt minskade med ca 10 % från 2007 till 2008. Prestationerna, främst läkarbesök, har således ökat i snabbare takt än kostnaderna. Ökningen av prestationer har 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 skillnader. Den ökade produktiviteten har inte uppnåtts genom en ökning av andra vårdformer, utan patienter har i större utsträckning sökt sig till den egna husläkarmottagningen.

Skillnaderna mellan privata och offentliga vårdgivare pekar åt olika håll. Offentliga vårdgivare hade under perioden före Vårdval en högre produktivitet, medan de privata förbättrat sin produktivitet efter införandet av reformen, med resultatet att inga signifikanta skillnader föreligger mellan ägandeformer under år 2008. Det framkommer även skillnader mellan de privata husläkarmottagningarna med gamla avtal och kontrakt i jämförelse med mottagningar som får ersättning enligt den nya modellen. Dessa uppvisar väsentlig lägre produktivitet och en möjlig förklaring till detta är att privata vårdgivare tidigare förhandlat till sig "generösa" avtal från ett producentperspektiv. Dock verkar det som att de privata vårdgivarna är snabba på att förändra sitt beteende beroende på förändringar av incitamentsstrukturen.

Vi kan även konstatera att produktivitetsförbättringar för båda ägandeformerna. En central fråga är även hur offentliga vårdgivare agerar beroende på konkurrensmiljö. Tidigare studier har visat att offentliga vårdgivare i konkurrensutsatta sektorer har högre produktivitet än offentliga vårdgivare i monopolsituationer. En jämförelse mellan produktivitetmåttet och ett index av tre indikatorer för patientnöjdhet visar även att det inte förelåg motsättningar mellan produktivitet och patientnöjdhet. En högre produktivitet har således inte uppnåtts genom sänkning av den patientupplevda kvaliteten.

Erfarenheterna från första året med Vårdval Stockholm visar att kostnadsökningarna är under kontroll, att vissa omfördelningar i vårdutnyttjande och kostnader ägt rum mellan geografiska områden och mottagningar. Dessa förändringar är dock inte entydiga. Vidare konstateras en ökning av prestationer, tillgänglighet och produktivitet. Sammantaget visar resultaten på betydelsen av att utforma korrekta och ändamålsenliga incitament vid en fri etablering och valfrihet för patienterna. De presenterade resultaten ska tolkas försiktigt mot bakgrund av den korta period som Vårdval Stockholm varit i bruk. I det fortsatta arbetet kommer presenterade resultat att följas upp med data på individnivå.

# 1. Inledning och bakgrund

Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 för stora delar av primärvården som husläkarmottagningar, barnavårdscentraler, mödravårdscentraler, fotsjukvård och logopedverksamhet. I föreliggande rapport behandlas utvecklingen vid husläkarverksamheten som utgör den största delen av primärvården. De centrala målsättningarna med vårdvalsreformen var att förbättra tillgängligheten och öka patienternas valmöjligheter kombinerat med en större mångfald och reglerad konkurrens på utbudssidan. 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 dels ett reglerat förhållande mellan beställare och vårdgivare, dels en reglering av de villkor som kunden eller patienterna kan ställa på vårdgivarna.

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 ersättning utgjorde emellertid endast ca 7 procent av den totala ersättningen år 2007. För enskilda enheter kan detta emellertid ha stor betydelse då andelen baserat på indexet varierade mellan geografiska områden. Redan åren före införandet av vårdval utgick prestationsersättningen inom husläkarverksamheten om än i mindre omfattning. Det är även viktigt att beakta att skillnaderna i avtalen innebar olika förutsättningar för olika vårdgivare, särskilt bland privata husläkarmottagningar.

Med den nya ersättningen får husläkarmottagningarna betalt för kapitering (åldersgruppindelad), genomförda besök samt ersättning för vissa genomförda åtgärder angivna i regelverket för vårdval. 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 auktoriserade privata och landstingsdrivna vårdgivare.

Tre landsting har hittills infört olika vårdvalsmodeller i primärvården. Ytterligare ett antal landsting planerar modeller som går under namnet *vårdval* eller *hälsoval*. Gemensamt för modellerna är att individens enskilda rätt och möjlighet att välja läkare eller primärvårdsenhet ökar. Tanken är även att medborgarnas val ska påverka resursfördelningen mellan vårdgivare (*"pengarna följer patienten"*). Det tidigare områdesansvaret kombinerat med ett offentligt vårdutbud frångås i olika utsträckning. Det finns även stora skillnader mellan modellerna i t.ex. Halland, Stockholm och Västmanland när det gäller utformningen av ersättningssystem, kostnadsansvar och konkurrensutsättning.

Härtill kommer den statliga utredningen som föreslog ett obligatoriskt införande av vårdvalsmodeller i hela landet (SOU 2008:37) och som i februari 2009 antogs i propositionen 2008/09:74 *"Vårdval i primärvården"*. Den innebär att landstingen blir skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Landstingen ska själva utforma sina system och är skyldiga att utforma dem så att privata och offentliga

vårdgivare behandlas lika. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Ersättningen till vårdgivare som verkar inom ett vårdvalssystem i primärvården ska följa den enskilde patientens val av utförare. Utöver detta beslutar landstingen själva om hur ersättningen för vården bör utformas. Vid inrättande av vårdvalssystemet ska landstingen även tillämpa lagen om valfrihetssystem, LOV, (se SOU 2008:15 samt prop. 2008/09:29).

Stockholms läns landsting införde sin vårdvalsmodell samtidigt som Landstinget i Västmanland år 2008. Landstinget i Halland startade ett år tidigare i januari 2007. Gotlands kommun och landstinget Kronoberg, införde sina vårdvalsmodeller den 1 januari respektive den 1 mars år 2009. Senare i år planerar landstingen i Skåne, Östergötland och Västra Götaland att införa sina modeller.

Föreliggande rapport är en uppföljning av det första året med vårdvalsreformen. Den är delvis en fortsättning på uppföljningen presenterad i en tidigare lägesrapport för det första halvåret med reformen (Rehnberg et al. 2008). Fokus i rapporten har varit frågeställningar om kostnadsutvecklingen, fördelningsaspekter, produktivitet och ägandeformer. Mot bakgrund av att data endast omfattar ett år har vi undvikit att dra långtgående slutsatser av materialet, dock diskuteras de förändringar som ägt rum i ett avslutande kapitel.

### **Rapportens syfte**

Syftet med föreliggande rapport är att redogöra för de förändringar av resursutnyttjande och resursfördelning mellan områden och husläkarmottagningar som ägt rum under den tid vårdvalsmodellen i Stockholm varit i bruk. En jämförelse görs åren 2006 och 2007 samt det första året med vårdvalsmodellen år 2008. Fokus har varit på följande områden:

- Kostnadsutvecklingen
- Fördelning av vårdutnyttjande mellan geografiska områden, mottagningar, ålder och kön.
- Produktivitetsskillnader och produktivitetsutveckling
- Ägandeformer

Resultaten i rapporten är baserad på data för områden och mottagningar, vilket inte fångar upp variationer inom områden, vilket dock kommer att beaktas i kommande analyser av individdata.

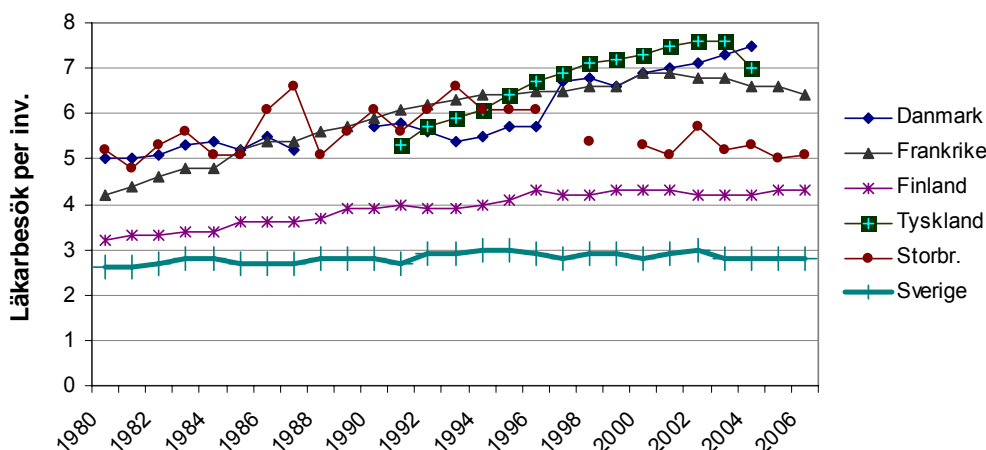
### **Rapportens disposition**

I kapitel två presenteras kortfattat erfarenheter av vårdvalsmodeller i Sverige och internationellt. Kapitel tre redogör för de databaser och metoder som använts i rapporten. I kapitel fyra behandlas kostnadsutvecklingen inom husläkarverksamheten för de tre åren. Kapitel fem studerar hur vårdutnyttjandet förändrats mellan geografiska områden, husläkarmottagningar, åldersgrupper och mellan kön. Redogörelsen fokuserar på skillnader mellan områden med hög och låg inkomst. Kapitel sex presenterar resultat om patientupplevd kvalitet och tillgänglighet. I kapitel sju redovisas resultaten för produktivitetsutvecklingen samt de skillnader som finns mellan områden och vårdgivare. I kapitel åtta redovisas skillnader mellan vårdgivare beroende på ägarform och avtal. Slutligen ges i kapitel nio en kort diskussion och summering av resultaten.

## 2. Vårdvalsmodeller i Sverige och internationellt

Utvecklingen mot vårdvalsmodeller baserad på valfrihet och etableringsrätt innebär att svensk primärvård närmar sig den modell som funnits en längre period i övriga Europa. I såväl socialförsäkringssystem som Tyskland, Nederländerna m.fl. som i skattebaserade system som Danmark och Storbritannien har valfrihet och ett utbud av främst privata allmänläkare varit utmärkande för primärvården. De områdesbaserade systemen med offentligt vårdutbud har främst varit etablerade i Finland, Norge och Sverige. Norge frångick till stora delar denna modell i samband med införandet av *fastlegereformen*. Vi kan även konstatera att primärvården i Sverige har varit begränsad och antalet besök per invånare lågt. Även det totala antalet läkarbesök per invånare är lågt i jämförelse med våra nordiska grannländer (figur 1)

Figur 1. Antal läkarbesök per invånare i Norden, 1980-2007.



Källa: OECD Health database

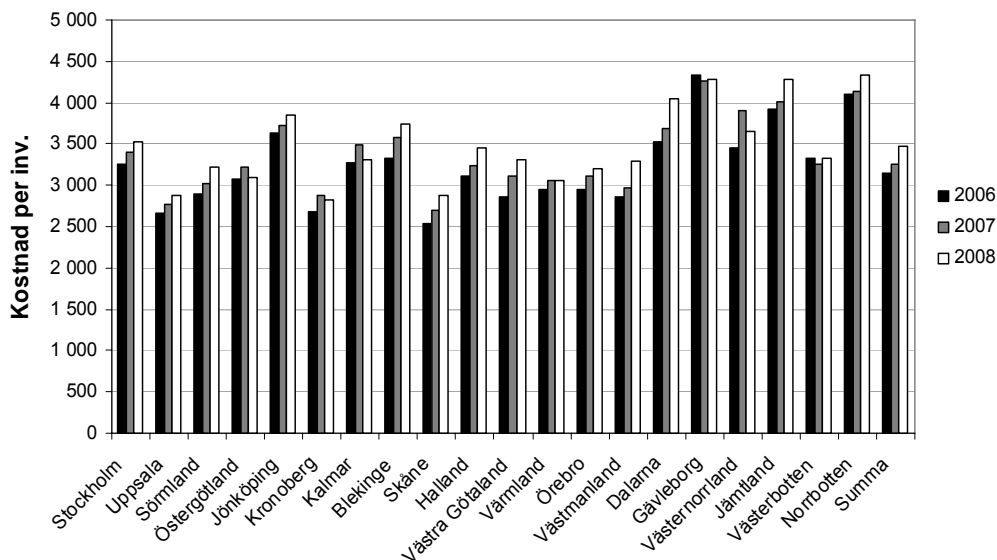
Även om trenden visar att öppenvården ökar över tiden så ligger de svenska siffrorna på en låg nivå. Andra länder i Europa visar på betydligt högre vårdutnyttjande inom den läkarbaserade öppenvården, vilket även avspeglar olika arbetssätt.

### Jämförelse med andra landsting

I takt med att allt fler landsting inför olika typer av vårdvalsmodeller så kommer komparativa jämförelser att bli intressanta. Det gäller dels mellan landsting som inför modeller eftersom utformningen skiljer sig åt beträffande ersättningssystem, regleringar men även demografiska och strukturella förhållanden (se bl.a. Anell 2008). Initialt kommer även jämförelsen mellan landsting som infört och de som inte planerar vårdvalsmodeller att vara intressanta. I detta avsnitt återges ett urval av den nationella statistik som finns tillgänglig angående kostnader, kontrakterad vård, vårdutnyttjande mm. Eftersom endast tre landsting infört Vårdval under 2008 bör eventuella skillnader tolkas försiktigt. I figur 2 nedan redovisas nettokostnaden per invånare per landsting inom primärvården totalt. I dessa kostnader ingår förutom husläkarverksamhet även mödravård, barnhälsovård rehab. m.m. Nettokostnaden är landstingens skattefinansierade vård för de egna invånarna exkl. patientavgifter.



Figur 2. Nettokostnader för primärvård per invånare och landsting, 2006-2008.



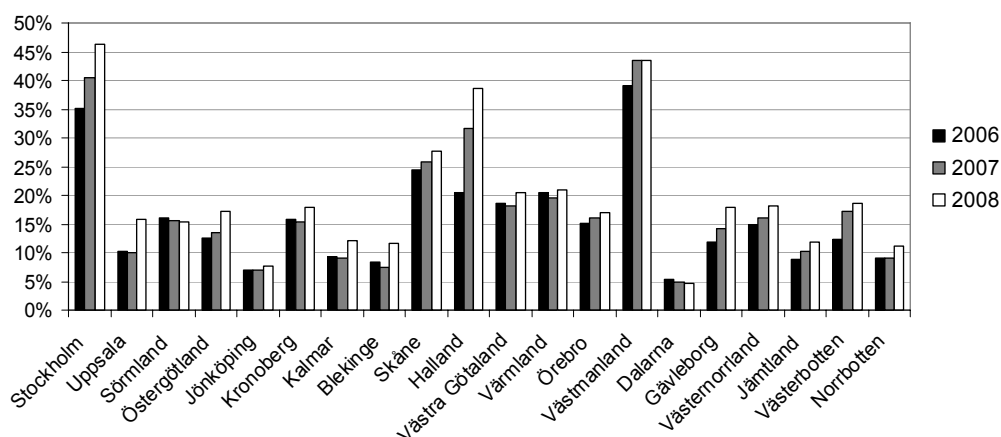
Källa: SKL

Vi kan konstatera att kostnaderna för primärvård i Stockholm<sup>1</sup> legat strax över genomsnittet. Förändringen under år 2008 följer riksgenomsnittet. De andra två landstingen med vårdval, Halland och Västmanland, uppvisar större kostnadsökningar. I Halland har dock en riktat satsning gjorts mot primärvården vid införandet av Vårdval. I utvärderingen av Vårdval Halland anses ökningen inte hota den totala kostnadskontrollen (Paulsson 2008). En fråga som bör belysas ytterligare är hur konstruktionen av ersättningssystemen idag påverkar utvecklingen och skillnaderna mellan landstingen. Halland med en större andel kapitationsersättning än Stockholm uppvisar högre kostnadsökningar. Det finns heller ingen entydig bild att landsting med vårdvalsmodeller haft en högre ökning av primärvårdskostnaderna.

Ett centralt inslag i vårdvalsmodellerna är den fria etableringen och konkurrensutsättningen. Mot bakgrund av en tidigare dominans av offentligt vårdutbud är hypotesen att inslaget av privata vårdgivare ökar. I figur 3 redovisas andelen kontrakterad vård med privata vårdgivare inom primärvården.

<sup>1</sup> För Stockholms läns landsting har tidigare i år en felaktig kostnadsuppgift publicerats i SCB:s och SKL:s statistik. Vi har här angett kostnader från årsredovisningen i Stockholm.

Figur 3. Andel privat kontrakterad primärvård, 2006-2008.

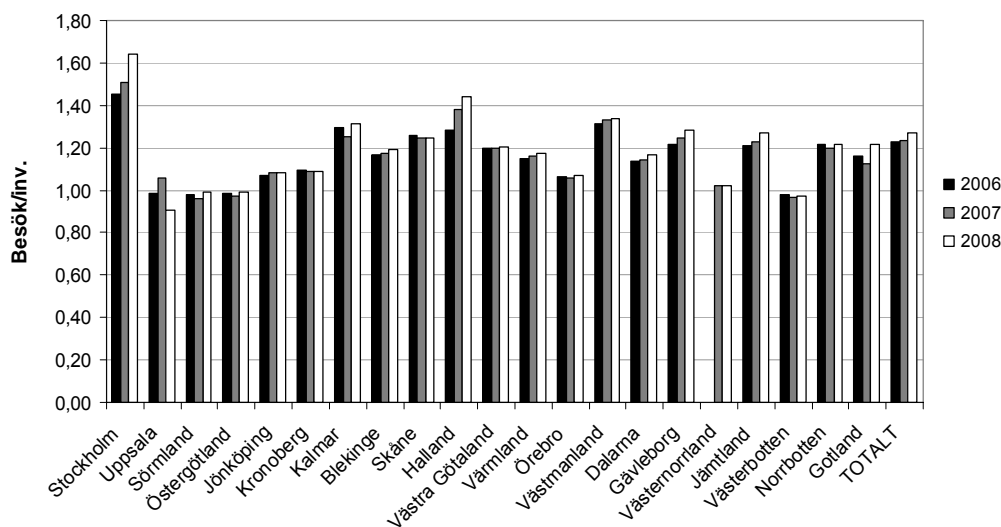


Källa: SKL

Här finns ett tydligt mönster där de tre landstingen med vårdval ligger i topp beträffande andelen privatproducerad primärvård. Under perioden har Halland och Stockholm ökat sina andelar mest, medan Västmanland ligger högt alla tre åren. Västmanland har dock sedan Husläkarreformen haft en hög andel privat primärvård sedan mitten av 1990-talet. Landstinget i Halland hade en relativt stor ökning av andelen privat vård första året med vårdval (år 2007).

Vid sidan av kostnader är motsvarande jämförelse av vårdutnyttjande intressant där statistik över läkarbesök är det mest tillförlitliga måttet. År 2007 gjordes nästan lika många läkarbesök i primärvården som i den specialiserade öppenvården i Sverige: cirka 13 miljoner besök vardera. Sedan 2001 har antalet läkarbesök i primärvården ökat med 3 procent, medan besöken i den specialiserade öppenvården har minskat med 5,6 procent. I figur 4 framgår antalet viktade läkarkontakter per invånare<sup>2</sup>.

Figur 4. Viktade läkarkontakter per invånare, 2006-2008.



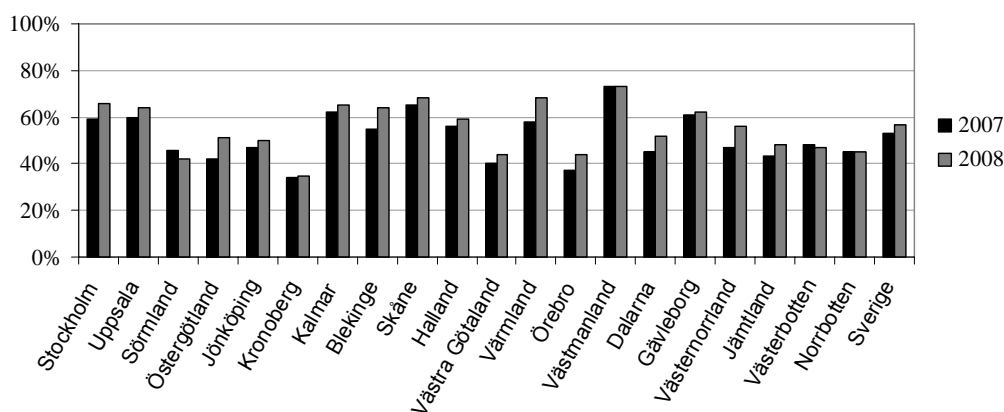
Källa SKL

<sup>2</sup> Besöken har viktats med hänsyn till skillnader i resursåtgång. Ett hembesök har beräknats motsvara 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök

Stockholm låg redan före införandet av vårdval på en hög nivå. För år 2008 ligger Stockholm, Halland, Kalmar och Västmanland högst. De största och stabila ökningarna återfinns i Stockholm och Halland. Landsting med vårdval har således ett högt utnyttjande av läkartjänster.

Befolkningens bedömningar och synpunkter på hälso- och sjukvården har de senaste åren följts upp med den s.k. Vårdbarometern. Ett antal av frågorna i barometern rör primärvården. I figur 5 redovisas andelen som uppgett att man har en fast läkarkontakt i primärvården.

Figur 5. Andel av invånarna som uppgett fast läkarkontakt i primärvården.



Källa: SKL, Vårdbarometern

Även om skillnaderna mellan landstingen inte är entydiga kan vi konstatera att de tre landstingen med vårdval samtliga ligger över riksgenomsnitt. I Stockholm har andelen mellan åren 2007 och 2008 ökat mest. Vårdbarometern innehåller ytterligare indikatorer kring tillgänglighet och andra omdömen. En fråga gäller ett "Sammanfattande betyg för besök på vårdcentralen" där små skillnader noteras mellan landstingen. Frågan om telefontillgänglighet är inte helt jämförbar över tiden. De tre landstingen med vårdval uppvisar skillnader i rangordning där Halland ligger på första plats båda åren, Stockholm placeras 5:a år 2007 och 7:a år 2008, och Västmanland på plats 18 år 2007 och på plats 14 år 2008.

Det är ännu för tidigt att dra slutsatser om skillnader mellan landstingen. De tre landstingen med vårdval uppvisar skilda resultat beträffande kostnader och telefontillgänglighet. Gemensamt är dock att man i större utsträckning anlitar privata vårdgivare och har ett högre vårdutnyttjande. Vissa nationella indikatorer, främst kostnadsredovisningen, skiljer sig dock åt mellan landstingen och bör tolkas försiktigt.

### 3. Data och metod

De analyser som gjorts i rapporten är baserade på aggregerade data på dels områdesnivå (kommun/stadsdel), dels på mottagningsnivå (husläkarmottagning) inom Stockholms läns landsting. Antalet geografiska områden bygger på den indelning i 38 kommuner och stadsdelar som används i landstingets statistik. Antalet mottagningar i analysen omfattar de 147 enheter som varit verksamma under hela perioden 2006-2008. Uppföljningen för år 2008 har jämförts med åren 2006-2007. De data som använts i analyserna baseras på befintliga register som landstingets patientstatistik och kostnadsredovisning. Uppgifter om vårdutnyttjande har hämtats från VAL-databasen för primärvård. I den s.k. Leverantörsdatabasen (LUD) har uppgifter om patientnöjdhet tagits fram. Uppgifter om kostnader per område och husläkarmottagningar har hämtats från landstingets redovisningssystem ”*Raindance*”. Dessutom har befolkningsstatistik om inkomst, kön och ålder baserat på data från SCB använts.

Den ekonomiska redovisningen för husläkarmottagningarna har justerats så att jämförelsen av kostnader och produktivitet avser samma typer av resurser. I landstingets redovisningssystem *Raindance* skiljer sig redovisningen mellan mottagningar åt beroende på hur avtalskonstruktionen sett ut. Detta gäller främst 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)

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 mottagningen tidigare haft ett kostnadsansvar. Vidare redovisas samtliga kostnader exkl. moms.

Urvalet består av samtliga husläkarmottagningar och kommun/stadsdelar inom Stockholms läns landsting. Undantaget är Norrtälje som inte ingår i Vårdval Stockholm. För produktivitetsanalyser och vissa jämförelser över tid ingår endast de 147 husläkarmottagningar som varit verksamma under hela studieperioden 2006-2008. Dessa svarade år 2008 för ca 90 % av vårdutnyttjandet.

De metoder som används är dels deskriptiva sammanställningar, dels analytiska metoder för att studera resursfördelning mellan geografiska områden och produktiviteten vid husläkarmottagningarna. Resursfördelning och fördelningsaspekter analyseras med koncentrationsindex och Lorenzkurvor, en väletablerad metod för att studera ojämlikhet i inkomst, hälsa, vårdkonsumtion m.m. Jämförelse av produktivitet och produktivitetsutvecklingen analyseras med en benchmarking-metod kallad DEA (Data Envelopment Analysis). Metoderna beskrivs mer utförligt i separata bilaga.

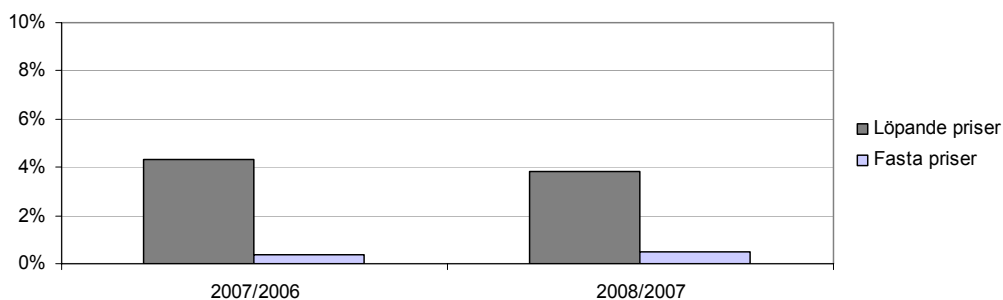
## 4. Kostnadsutvecklingen 2006-2008

Eftersom patienten endast betalar en mindre del av vårdkostnaden är kostnadskontroll en central del i alla sjukvårdssystem. Möjligheterna för beställare att kontrollera kostnaderna är även kopplad till val av styrmodeller och ersättningsformer. Budgetanslag och kapitering har visat sig vara framgångsrika principer för en god kostnadskontroll. En övergång till rörlig ersättning baserat på volym av besök eller andra prestationer medför ofta minskade möjligheter för finansörer och beställare att kontrollera den totala kostnadsramen. Prestationsersättningen inom primärvården i Stockholms läns landsting infördes redan år 2005 och är i princip inte en ny företeelse. Däremot visar erfarenheter inom hälso- och sjukvården att kombination av prestationsersättning och en fri etablering med konkurrens kan leda till ökade kostnader. En orsak är att patienterna endast betalar en mindre andel av kostnaderna för läkarbesök och andra tjänster.

Risken för drastiska kostnadsökningar anses generellt vara mindre inom primärvården än den specialiserade sjukhusvården genom att man har mindre av kostnadsdrivande medicinska teknologier. Det hindrar inte att det är viktigt att kontrollera utvecklingen och i de landsting som infört vårdvalsmodeller finns olika kostnadsbegränsande instrument. Erfarenheterna av det s.k. *fastlegereformen* visar på stora kostnadsökningar, som det dock funnits en handlingsberedskap för (Norges forskningsråd 2006).

Som nämnts ovan infördes prestationsersättningen inom primärvården tre år före införandet av vårdvalsmodellen. Effekten av Vårdval skulle då vara kombinationen med prestationsersättning och etablering av nya vårdgivare. I figur 6 presenteras kostnadsutvecklingen inom husläkarverksamheten för åren 2006-2008.

Figur 6. Kostnadsutveckling för husläkarverksamhet, Stockholms läns landsting, 2006-2008.



Som framgår av figuren är kostnadsökningarna inom husläkarverksamheten ca 4 procent per år. För att justera för pris- och löneökningar har vi använt oss av Landstingens pris- och löneindex (LPI). Omräknat i fasta priser är ökningen strax mindre än en procent per år. Även om prestationsersättningen ökat som andel av den totala ersättningen finns ett ersättningstak baserat på volymen av besök hos olika yrkeskategorier som sannolikt bidrar till en kontrollerad ökning av kostnaderna. Taket baseras på det genomsnittliga antalet besök per listad

individ. I tabell 1 nedan framgår även hur kostnaderna per listad patient utvecklats.

*Tabell 1. Utveckling av kostnader inom husläkarverksamhet, 2006-2008.*

	2006	2007	2008
Kostnad för husläkarverksamhet (löpande priser, tkr)	3 253 703	3 392 311	3 522 546
Procentuell förändring av kostnad (löpande priser, tkr)	--	4,3%	3,8%
Kostnad för husläkarverksamhet (2008 års fasta priser <sup>§</sup> , tkr)	3 489 149	3 504 281	3 522 546
Procentuell förändring av kostnad (2008 års fasta priser <sup>§</sup> , tkr)	--	0,4%	0,5%
Befolkning (dec. varje år)	1 909 135	1 940 696	1 967 195
Antal listade/ansvarspatienter (dec. varje år)	1 618 996	1 737 556	1 782 161
Andel listade	84,8%	89,5%	90,6%
Kostnad per invånare (löpande priser)	1 704	1 748	1 791
Kostnad per invånare (2008 års fasta priser <sup>§</sup> )	1 828	1 806	1 791
Kostnad per listad (löpande priser)	2 010	1 952	1 977
Kostnad per listad (2008 års fasta priser <sup>§</sup> )	2 155	2 017	1 977
Procentuell förändring av kostnad per listad (2008 års fasta priser <sup>§</sup> )	--	-6,4%	-2,0%

§) Korrigerat med LPI

Vi kan konstatera att såväl antalet som andelen listade patienter ökat mellan åren. Kostnaden per listad patient har även minskat som följd av denna utveckling, främst mellan åren 2006 och 2007. Det är svårt att bedöma hur den ökade listningen påverkat kostnadsutvecklingen. Med vårdvalsreformen har dock medborgarna uppmanat att lista sig i större utsträckning. En naturlig tolkning är att de individer som tidigare inte listat sig är relativt friska och har ett mindre vårdutnyttjande, därav minskningen i kostnad per listad. Stockholms län har även haft en befolkningsökning och ser vi till kostnaden per invånare finns en viss minskning i fasta priser.

Kostnaden per listad varierar även mellan geografiska 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 diagnoser<sup>3</sup>. I tabell 2 redovisas sambanden mellan kostnad per listad och två av behovsindexen.

*Tabell 2. Samband mellan kostnad per listad och behovsindex.*

	Socioekonomiskt index		CNI-index	
	Korr. koef	p-värde	Korr. koef	p-värde
Kostnad per listad 2008	0,112	0,174	0,252	0,002***
Kostnad per listad/ansvarspatient 2007	0,229	0,005***	0,384	0,000***
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.

<sup>3</sup> 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 och mottagning har hämtats från landstinget.

Vi kan konstatera att det finns ett positivt samband mellan såväl socioekonomiskt index som CNI och kostnad per listad under såväl 2007 som 2008. Utvecklingen mellan åren visar emellertid att sambandet försvagats vilket även stöds av det negativa sambandet mellan förändring av kostnad per listad och de två indexen.

Motsvarande analys görs i tabell 3 för åldersrelaterad vårdtyngd och andelen vårdtunga patienter<sup>4</sup>.

*Tabell 3. Samband mellan kostnad per listad och ålders- och diagnosrelaterad vårdtyngd.*

	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 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

Här framgår att den åldersrelaterade vårdtyngden har ett starkare positivt samband år 2008 än för år 2007, vilket också är i linje med förändringen mellan åren. Andelen vårdtunga diagnoser uppvisar inget signifikant samband med kostnad per listad. Att åldern har ett samband med kostnader har visats i flera tidigare studier. En förklaring till ovanstående resultat är att den nya kapitationsersättningen ger en högre ersättning till mottagningar med en högre andel äldre, medan de socioekonomiska variablerna tagits bort.

<sup>4</sup> 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 den samlade hälso- och sjukvårdskostnaden har för dessa diagnoser beräknats uppgå till ca 60 procent (se SOU 2003:88).

## 5. Fördelningsaspekter

Inom hälso- och sjukvården är de fördelningspolitiska konsekvenserna av olika reformer och ersättningssystem väsentliga. I Hälso- och sjukvårdslagen stipuleras en fördelning av resurser efter behov. Behovsbegreppet är dock inte tydligt definierat och i olika definitioner och indikatorer har faktorer som ålder, inkomst, civilstånd, förekomst av sjukdom, boendestandard, familjesituation m.m. beaktats. Fördelning av resurser och vårdutbud kan analyseras mellan geografiska områden, inkomstgrupper, socioekonomiska grupper, kön, ålder m.m. I detta avsnitt redogörs för de förändringar av resursfördelningen som ägt rum mellan geografiska områden, mottagningar samt åldersgrupper och kön. I analysen används ett antal indikatorer på behov, utan att vi tar ställning till vilket av den som bäst reflekterar behov. Inledningsvis presenteras fördelningseffekter på områdesnivå, därefter på mottagningsnivå.

### Jämförelse mellan kommun- och stadsdelar

En jämförelse av fördelningsaspekter kan baseras på dels hur utnyttjandet av vårdtjänster fördelas mellan områden, dels motsvarande fördelning av ekonomiska resurser eller kostnader. Nedan görs en kartläggning av förändringarna baserade på ett s.k. koncentrationsindex som visar ojämlikhet i fördelningen av vårdutnyttjande och resurser. En beräkning av koncentrationsindex förutsätter att den socioekonomiska statusen för olika geografiska områden kan rangordnas. I analysen har vi använt 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. Metoden beskrivs mer utförligt i bilaga A.

Vi har sedan tillämpat metoden med koncentrationsindex för att uppskatta fördelningen av läkarbesök samt besök hos samtliga sköterskekatgorier (främst besök hos distriktssköterskor) mellan områden med låg och hög medelinkomst. De mått på vårdutnyttjande som används är läkarbesök (ny- och återbesök), besök hos olika sköterskekatgorier (ny- och återbesök) samt hembesök. Telefonkontakter har exkluderats p.g.a skillnader i registreringsrutiner mellan åren. Värden för koncentrationsindex för olika vårdgivare presenteras i tabell 4.

Tabell 4. Koncentrationsindex för läkar- och övriga besök per invånare, 2006-2008.

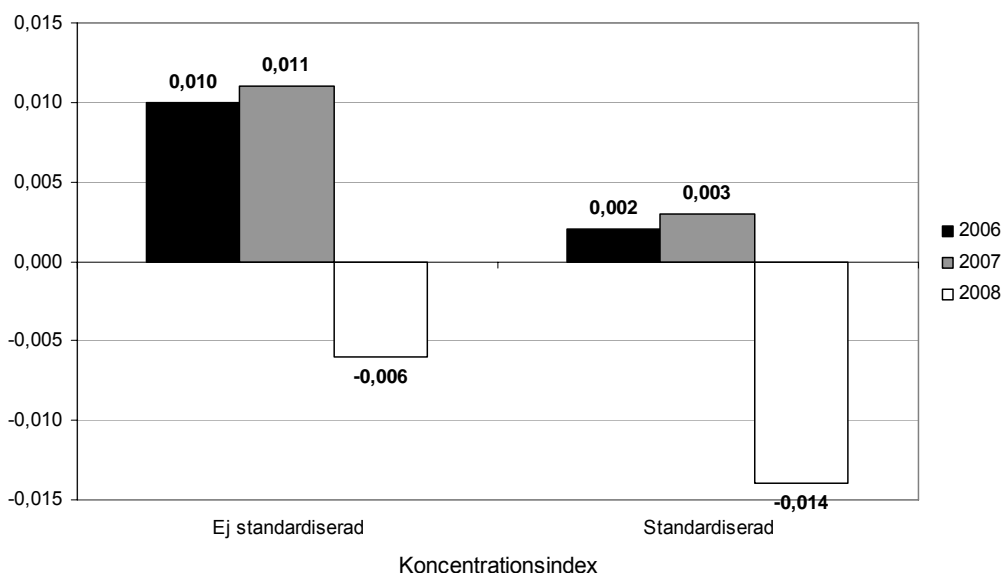
Vårdgivare	Typ av vård	2006	2007	2008
Läkare	Ny- och återbesök	0,010	0,011	-0,006
	Hembesök	0,035	-0,010	-0,033
Distr.sköt. och övriga sjuksköt.	Ny- och återbesök	-0,084	-0,090	-0,087
	Hembesök	0,057	0,050	0,031

Minusvärden innebär således en koncentration av vårdutnyttjande till områden med låg medelinkomst och positiva värden att de med hög medelinkomst konsumerar mer. Vi kan konstatera att det skett en viss förskjutning av vårdutnyttjandet av läkartjänster mot områden med en lägre medelinkomst. Från värden strax över noll under åren 2006 och 2007 uppvisar



koncentrationsindexen negativa värden under år 2008. För sköterskebesök är förändringarna mindre och i viss mån motstridiga. En sammanvägning av de olika vårdtjänsterna för läkarbesök presenteras i figur 7.

Figur 7. Fördelning av prestationer mellan kommuner/stadsdelar efter medelinkomst.



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

Värdena i figuren presenteras med och utan ålderstandardisering. Ålder används för att justera behov som är kopplade till en större andel äldre. Oavsett standardisering ser vi att utvecklingen av läkartjänster gått mot en ökning av dessa i områden med lägre medelinkomst. Att värdet på t.ex. läkartjänster är negativt betyder dock inte att vården fördelats efter behov. Mot bakgrund av att områden med låg medelinkomst har sämre hälsa, kan en behovsfördelning innebära att ytterligare resurser ska fördelas till dessa områden. Vi kan dock konstatera att utvecklingen under perioden gått mot att områden med lägre medelinkomst ökat sin relativa del av vårdutnyttjandet.

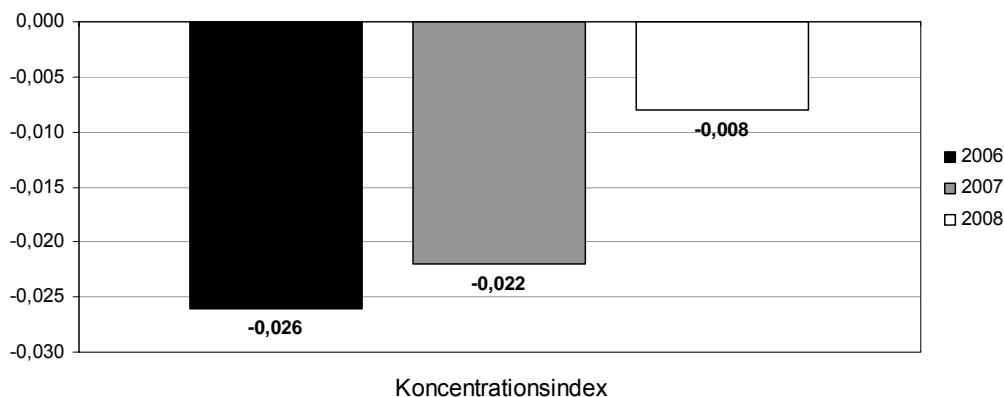
Vid sidan av vårdutnyttjandet är det viktigt att analysera motsvarande utveckling av kostnaderna eller de ekonomiska resursernas fördelning. Beräkning av kostnader kan göras på olika sätt. Ett alternativ är att helt enkelt multiplicera vårdutnyttjandet med priser (kostnad per besök) för olika vårdtjänster. Ett problem är att denna metod bygger på en del antaganden som att kostnaden per besök är lika för olika mottagningar<sup>5</sup>. Vi har istället valt att använda oss av kostnadsuppgifter från landstingets ekonomiska redovisning, vilken justerats för att inkludera kostnadsposter som är jämförbara mellan områden och mottagningar över åren.

I figur 8 har en motsvarande analys av fördelningen av kostnader mellan stads/kommundelar genomförts. Vi har då utgått från de kostnadskomponenter

<sup>5</sup> Om vi använt samma pris eller kostnad per besök för alla områden skulle vi erhålla samma utveckling som för vårdutnyttjandet i tabell och figur ovan.

som presenteras i metodavsnittet och där vissa kostnader som ST-läkare, kuratorer m.m. exkluderats med syfte att erhålla jämförbarhet av kostnader.

Figur 8. Kostnader vid husläkarmottagningar fördelat mellan kommun-/stadsdelar efter medelinkomst (produktionsdata).



\* = Ett positivt värde(+) indikerar resursfördelning till fördel för områden med hög medelinkomst, medan ett negativt värde (-) indikerar en resursfördelning till fördel för områden med låg medelinkomst

Av figuren framgår att resursfördelningen förändrats i motsatt riktning jämfört med vårdutnyttjandet. Resurser har omfördelats från områden med låg medelinkomst till områden med hög medelinkomst. Fördelningen är dock fortfarande till förmån för områden med låg medelinkomst, d.v.s. under samtliga år uppvisas negativa värden.

Mot bakgrund av ovan presenterade resultat 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 av resurser från kapitering och övrig ersättning. En möjlig osäkerhet i kostnadsuppgifterna är 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 kommun/stadsdel. Skillnaderna mellan fördelningen av vårdutnyttjande och kostnader är således inte helt jämförbara.

### Jämförelse mellan husläkarmottagningar

Ett problem med en jämförelse mellan områden är att skillnader inom områden inte beaktas. Inom ett område kan det finnas stora variationer i såväl inkomst, utbildning och andra behovsindikatorer. På samma sätt kan det finnas skillnader i konsumtion inom ett område mätt som vårdutnyttjande eller med kostnader. För att studera om resultaten skiljer sig åt beroende på valet av jämförelseobjekt har vi även analyserat fördelningen av vårdutnyttjande och kostnader på husläkarmottagningsnivå. Som angetts tidigare utgörs detta underlag inte av konsumtionsdata utan produktionsdata från respektive husläkarmottagning. Det innebär att vi analyserat vårdutnyttjande och kostnader per mottagning oavsett boendeort för patienterna. Vi vet dock att ca 90 procent av patienterna listar sig inom sitt eget område.

I analysen saknar vi data över medelinkomst per invånare och patienter listade vid enskilda mottagningar. Vi har istället valt att använda ett antal behovsindikatorer för att rangordna och analysera vårdutnyttjandet. Dessa är de tidigare presenterade indexen för socioekonomisk status och CNI. I tabell 5 framgår fördelningen av vårdutnyttjande för åren 2006-2008.

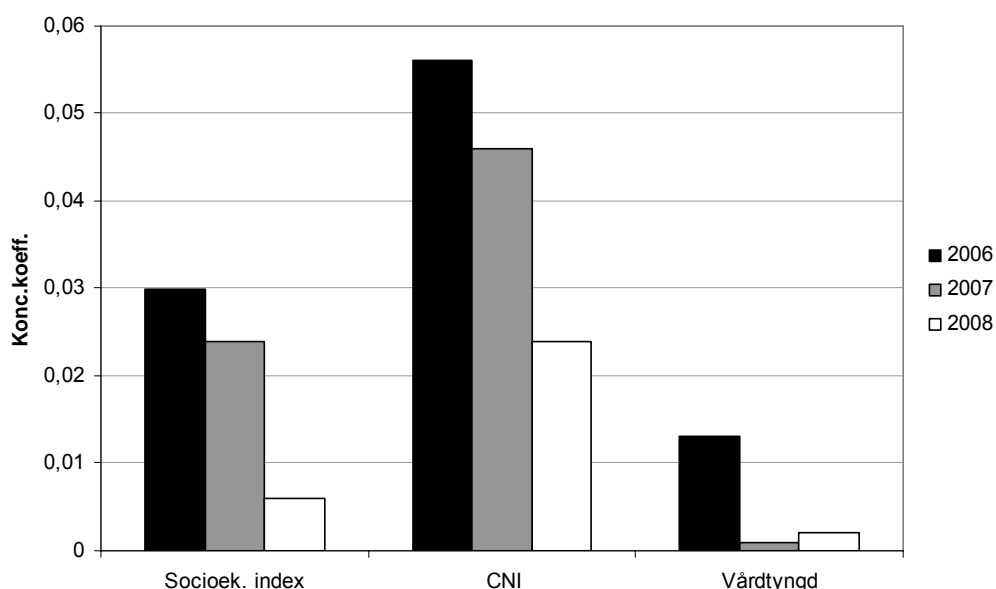
Tabell 5. Koncentrationsindex för läkar- och övriga besök per listad, husläkarmottagningar, 2006-2008.

	År	Koncentrationsindex		
		Andel vårdtunga diagnoser	Socioekonomiskt index	CNI-index
Läkarbesök	2006	0,011	-0,012	-0,002
	2007	-0,017	-0,016	-0,005
	2008	0,005	0,001	0,003
Övriga besök	2006	-0,032	0,067	0,068
	2007	-0,038	0,071	0,070
	2008	-0,013	0,056	0,046

Eftersom högre värden inom samtliga index är förknippade med större behov blir tolkningen här annorlunda. Ett positivt samband indikerar att vårdutnyttjandet är högre vid mottagningar med större behov. Resultaten överensstämmer i stort med det tidigare mönstret för geografiska områden. Det gäller även utvecklingen över tiden som visar att vårdutnyttjandet för läkarbesök ökat mer vid mottagningar med större behov.

Vi har även gjort motsvarande analys av fördelningen av kostnad per listad mellan husläkarmottagningarna. I figur 9 presenteras fördelningen av kostnaderna mellan mottagningarna utifrån olika s.k. behovsindex.

Figur 9. Koncentrationsindex för kostnad per listad vid husläkarmottagningar, 2006-2008.



Värdena i figur 9 ska i detta fall tolkas som att ett högre värde innebär en koncentration av resurser till patienter med större behov, enligt kriterierna i

respektive index. Vi kan konstatera att för samtliga index uppvisas positiva värden under alla år. Det finns dock en utveckling mot att resurserna relativt sett minskat vid mottagningar med högre behov mätt med socialt index och CNI-index. För måttet vårdtunga patienter finns en motsatt utveckling år 2007 och 2008. Som påpekats tidigare bör resultaten tolkas försiktigt då måttet kostnad per listad inte är helt jämförbart mellan mottagningar. Resultaten överensstämmer dock med motsvarande jämförelse mellan geografiska områden.

Resultaten ska tolkas som att ett positivt värde visar på samband mellan kostnader och behov. Vi kan se att för samtliga index finns ett positivt samband, d.v.s. mer resurser går till mottagningar med större behov. Utvecklingen går emellertid emot att resurser har omfördelats från mottagningar med större vårdbehov till mottagningar med lägre behov. Vi kan konstatera att vårdutnyttandet omfördelats från områden/mottagningar med hög inkomst och lägre vårdbehov till områden med lägre inkomst och högre vårdbehov. Medan utvecklingen för resurser visar motsatt utveckling från områden/mottagningar med högre behov till motsvarande områden/mottagningar med lägre behov.

Den tidigare modellen för resursfördelning byggde på en princip med ett index baserat på indikatorer som antal invånare, andelen äldre och socioekonomiska indikatorer på områdesnivå. I praktiken är det dock oklart i vilken utsträckning detta index använts för resursfördelningen. De olikheter som kvarstått från tiden med många beställarenheter, särskilda budgetförhandlingar och anslag ledde till variationer i kapiteringsnivåer och prestationsersättning under flera år (SLL 2007). Från år 2005 har det även funnits en produktionsrelaterad rörlig ersättning. Även före 2005 fanns en viss andel prestationsersättning. Dessutom förelåg skillnader i kontrakt beroende på förhandlingsresultat mellan vårdgivare och beställare före vårdvalsreformen. Det är således inte helt klart vilket typ av ersättningssystem man jämför med när utfallet år 2008 ska jämföras med tidigare år.

### **Fördelning av vårdutnyttjande mellan åldersgrupper och kön**

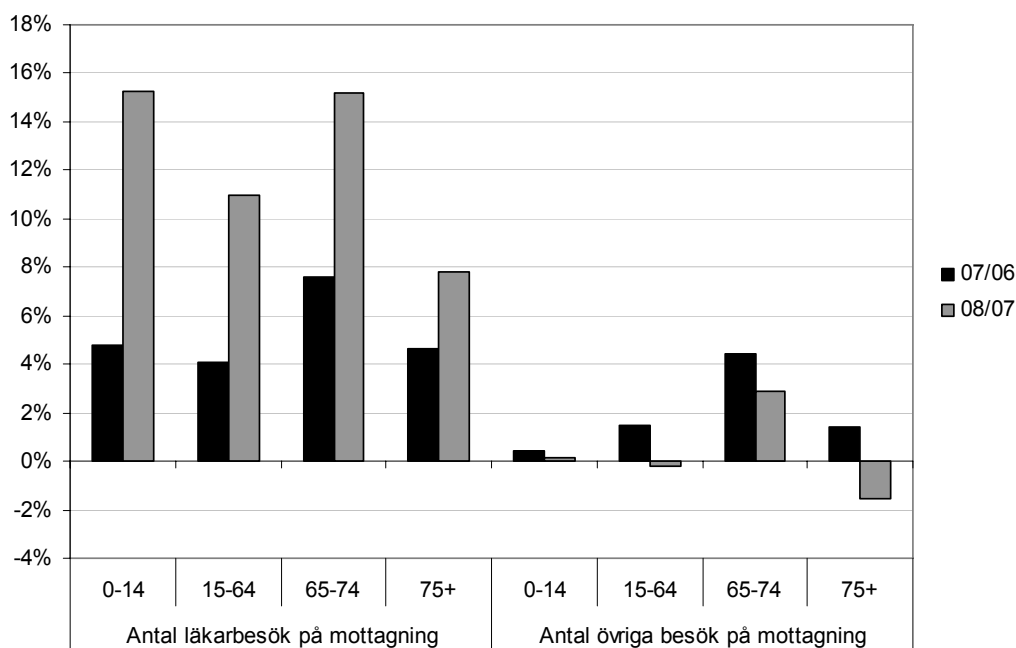
Fördelningen mellan åldersgrupper är ett annat sätt att analysera förändringar mellan grupper. En analys av hur utvecklingen ser ut för de äldre är en indikator för vårdbehov. Tabell 6 visar antalet besök per åldersgrupp för de 147 husläkarmottagningar som varit verksamma hela perioden, d.v.s. inte totalt för landstinget.

*Tabell 6. Besök per åldersgrupp, 2006-2008.*

	Antal läkarbesök på mottagning				Antal övriga besök på mottagning			
	0-14	15-64	65-74	75+	0-14	15-64	65-74	75+
2006	281 842	1 212 722	277 438	399 338	46 789	342 715	147 079	206 651
2007	295 330	1 262 543	298 554	417 773	46 979	347 901	153 602	209 564
2008	340 420	1 400 840	343 935	450 458	47 050	347 216	158 069	206 319

Vi kan konstatera att läkarbesöken ökat för samtliga åldersgrupper, medan övriga besök visar på mindre skillnader. Bl.a. har en mindre minskning skett för grupperna 15-64 år och äldre än 75 år. Figur 10 visar den procentuella utvecklingen för respektive åldersgrupp.

Figur 10. Procentuell förändring av besök per åldersgrupp, 2007/06 och 2008/07.



Den största ökningen av läkarbesök har ägt rum för åldersgrupperna 0-14 år samt 65-74 år. För övriga besök noteras mindre förändringar. För den äldsta åldersgruppen bör det beaktas att nya rutiner för registrering för läkarinsats i särskilt boende infördes från maj år 2008. Det medför att siffrorna mellan 2007 och 2008 inte är helt jämförbara för den äldsta åldersgruppen.

Vårdutnyttjandet skiljer sig även mellan kön. Tidigare studier visar att kvinnor har ett högre vårdutnyttjande av de flesta vårdformerna. Fördelningen av besök mellan kvinnor och män framgår av tabell 7 nedan.

Tabell 7. Besök fördelat på kvinnor och män, 2006-2008.

	Kvinnor		Män	
	Antal läkarbesök på mottagning	Antal övriga besök på mottagning	Antal läkarbesök på mottagning	Antal övriga besök på mottagning
2006	1 265 032	413 398	906 308	329 836
2007	1 319 411	425 584	954 789	332 461
2008	1 462 961	421 379	1 072 692	337 275

Vi kan konstatera att konsumtionen bland kvinnor generellt sett är högre än för män. Samtidigt ser vi en ökning av läkarbesök för båda könen, medan kvinnorna minskat och männen ökat sina besök hos övriga vårdgivare. Den procentuella förändringen för kvinnor och män framgår av tabell 8.

*Tabell 8. Procentuell förändring av besök per kön, 2007/06 och 2008/07.*

	Kvinnor		Män	
	Förändring av antal läkarbesök på mottagning	Förändring av antal övriga besök på mottagning	Förändring av antal läkarbesök på mottagning	Förändring av antal övriga besök på mottagning
07/06	4,3%	2,9%	5,3%	0,8%
08/07	11%	-1,0%	12,3%	1,4%

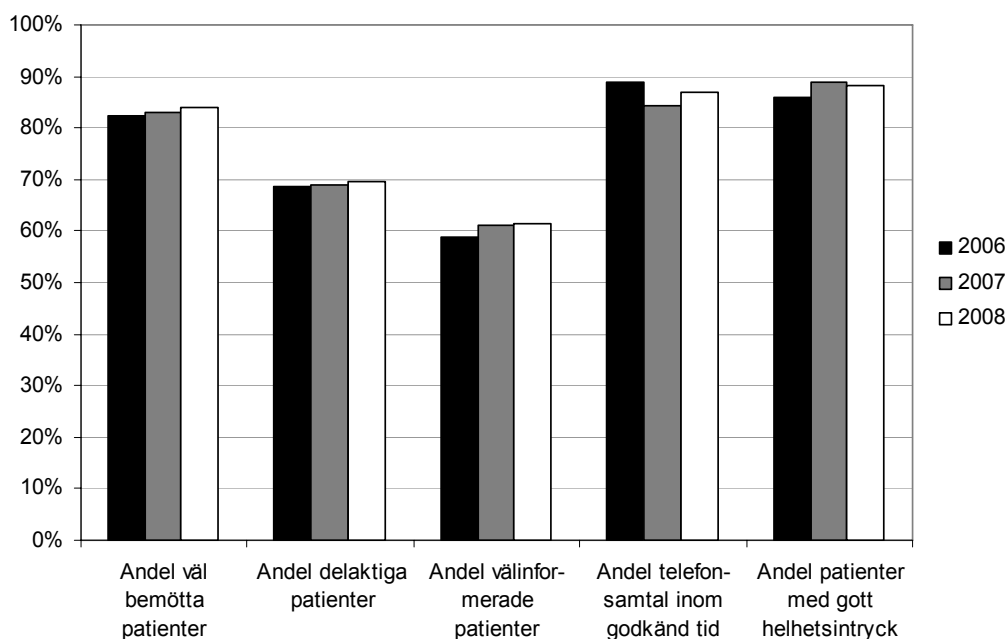
Vi kan konstatera att en ökning av främst läkarbesök ägt rum för både kvinnor och män. Den procentuella ökningen för män är något högre än för kvinnor. Fortfarande konsumerar dock kvinnor mer primärvård än män.

## 6. Patientupplevd kvalitet och tillgänglighet

Kvalitetsaspekter är en väsentlig dimension vid sidan av konsumtions-, kostnads- och produktivitetsanalyser. Eftersom primärvårdens verksamhet är bred 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 viss utsträckning finns register som är relevanta för att mäta medicinska effekter inom primärvården. Det gäller t.ex. uppföljning av patienter med diabetes, astma, KOL m.m. Vi har dock valt att i denna rapport inte ta upp dessa aspekter, men avser att i kommande uppföljningar undersöka möjligheterna att använda data om medicinska effekter.

Den andra dimensionen av kvalitet utgår från patienternas och medborgarnas *egna bedömningar av kvalitet* 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 och redovisas i landstingets Leverantörssdatabas (LUD). Utvecklingen för de indikatorer som följs upp framgår av figur 11.

Figur 11. Patientupplevd kvalitet och tillgänglighet enligt patientenkät, 2006-2008.



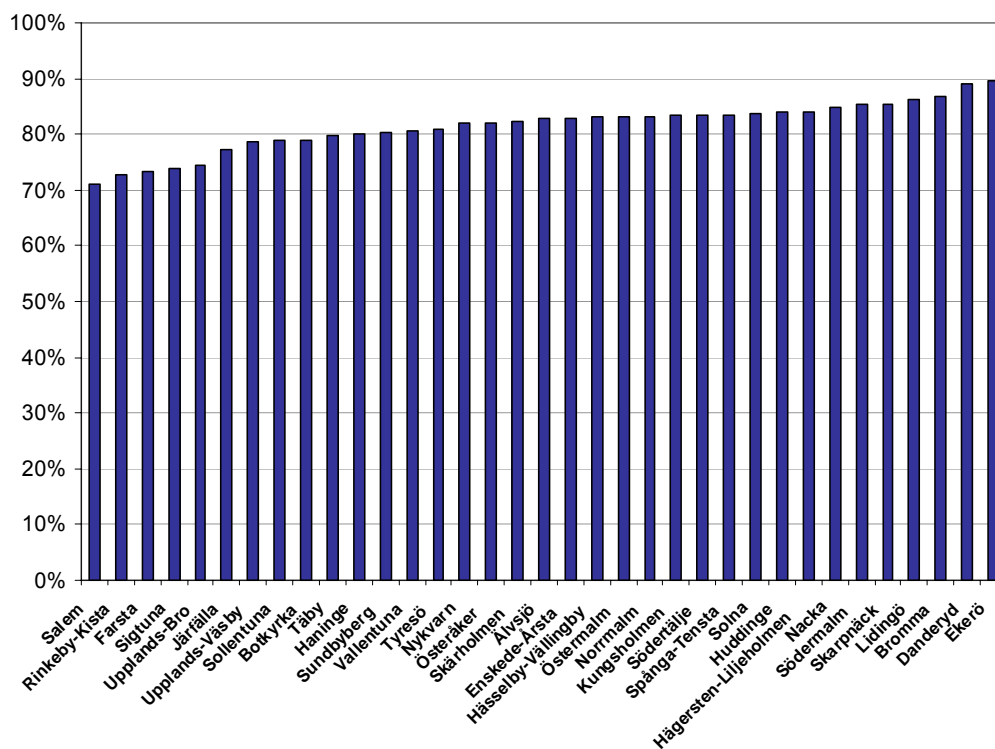
För flertalet indikatorer uppvisas mindre förändringar i positiv riktning, d.v.s. den patientupplevda kvaliteten har förbättrats något, medan andelen patienter med gott helhetsintryck minskat något. Alla förändringar är dock marginella. Även tillgängligheten beträffande telefonsamtal inom godkänd tid har förbättrats

under år 2008. Dock försämrades tillgängligheten mellan 2006 och 2007, åren innan vårdvalsreformen. Det bör dock beaktas att under år 2007 ändrades godkännandekriterierna för telefonsamtal inom godkänd tid vilket kan förklara minskningen från 2006 till 2007.

Mer detaljerad statistik visar att det föreligger stora skillnader mellan geografiska områden och mottagningar. Emellertid har minimivärdena ökat under åren. I figur 12 presenteras resultaten av ett oviktat genomsnitt av patientnöjdhet för husläkarmottagningar inom samma kommun/stadsdel<sup>6</sup> för följande fem variabler, som alla givits lika vikt:

- 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
- Andel patienter med gott helhetsintryck

Figur 12. Genomsnittlig patientnöjdhet per kommun/stadsdel år 2008.



Källa: LUD och patientenkät.

Det föreligger vissa skillnader inom länet som emellertid visat sig vara svåra att förklara utifrån indikatorer som kostnader, inkomst, socioekonomisk status m.m. Ett mått på patientnöjdhet används dock för att studera eventuella motsättningar till de produktivitetsskillnader som finns mellan mottagningar.

<sup>6</sup> I figuren saknas några områden som inte haft någon mottagning som varit verksamma hela perioden 2006-2008.



## 7. Prestationer, produktivitet och produktivitetsutveckling

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 produktivitetsaspekter, d.v.s. hur mycket vårdtjänster som presteras i förhållande till insatta resurser. En effektiv produktion av vårdtjänster är även en förutsättning för effektiv användning av resurser för att uppnå maximal hälsa.

Vårdens prestationer mäts ofta med enkla administrativa mått, som läkarbesök eller vårdtillfällen. Under de senaste åren har det skett ett omfattande utvecklingsarbete för att förbättra statistiken över vårdens prestationer och kostnader. Inom primärvården kan vi idag skilja mellan olika typer av besök och telefonkontakter. Det finns även mått som gör det möjligt att ta hänsyn till förändringar i patienternas vårdtyngd och att koppla samman uppgifter om vårdens olika prestationer med motsvarande kostnader.

Inledningsvis presenteras utvecklingen av prestationer inom primärvården samt övrig öppen vård. Syftet är att studera förekomsten av eventuella övervältringseffekter ("spill-overs"). Vi kan då följa upp hur prestationerna inom primärvården utvecklats i jämförelse med prestationer inom övriga vårdformer som sjukhusvård, privata specialister m.m. I tabell 9 visas antal fysiska besök hos läkare.

*Tabell 9. Läkarbesök för olika öppna vårdformer, 2006-2008.*

		2006	2007	2008
Primärvård	Husläkarverksamhet inkl. hemsjukvård	2 443 057	2 560 858	2 893 574
	Närakut/jourmottagning	302 177	318 320	315 131
Övrig öppenvård	Akutsjukvård	1 929 344	1 918 107	1 964 906
	Psykiatri	223 483	232 472	253 848
	Övrigt	9 003	9 720	10 780
Privata specialister	Akutsjukvård	1 144 440	1 144 626	1 113 591
	Primärvård	285 147	281 859	266 394
	Psykiatri	120 049	113 904	103 677

Av tabellen framgår att de volymmässigt stora vårdformerna inom landstingets öppenvård är husläkarverksamhet, akutsjukvård och privata specialister. I tabell 10 visas den procentuella utvecklingen mellan åren 2006/2007 och 2007/2008.

Tabell 10. Utvecklingen av olika typer av öppenvårdsbesök, 2006-2008.

		07/06	08/07
Primärvård	Husläkarverksamhet inkl. hemsjukvård	4,8%	13,0%
	Närakut/jourmottagning	5,3%	-1,0%
Övrig öppenvård	Akutsjukvård	-0,6%	2,4%
	Psykiatri	4,0%	9,2%
	Övrigt	8,0%	10,9%
Privata specialister	Akutsjukvård	0,0%	-2,7%
	Primärvård	-1,2%	-5,5%
	Psykiatri	-5,1%	-9,0%

Vi kan notera att besök vid husläkarverksamheten inom primärvården under året med vårdval ökat med 13 %. I jämförelse med andra större vårdformer som akutsjukvård (främst vid sjukhus) och privata specialister uppvisar primärvården större ökning. Inom den sistnämnda gruppen noteras en reell minskning. Utvecklingen av olika psykosociala prestationer inom primärvården presenteras i tabell 11.

Tabell 11. Utvecklingen av olika psykosociala och paramedicinska prestationer, 2006-2008.

	2006	2007	2008	Förändring 07/06	Förändring 08/07
Psykosociala besök	75 502	80 148	88 961	6,2%	11,0%
Arbetssterapeut	70 553	83 197	92 326	17,9%	11,0%
Sjukgymnast	474 975	495 253	482 577	4,3%	-2,6%
Totalt	621 030	658 598	663 864	6,0%	0,8%

Som framgår av tabellen har de psykosociala besöken och besök till arbetssterapeuter ökat i nästan samma utsträckning som husläkarverksamheten. Däremot uppvisas en minskning av besök hos sjukgymnaster.

För att få en bild av i vilken utsträckning vårdvalsreformen haft effekter på andra vårdformer (s.k. 'spill-over' effekter) är det av intresse att studera den relativa utvecklingen mellan olika vårdformer. Tidigare studier i andra länder har visat att ersättningsystem haft effekt på bl.a. remittering av patienter till sjukhus och specialister. I tabell 12 visas fördelningen mellan vårdformer över tid.

Tabell 12. Fördelning av läkarbesök mellan vårdformer, 2006-2008.

År/förändring	Andel läkarbesök på egen husläkarmottagning	Andel läkarbesök på annan husläkarmottagning	Andel läkarbesök på närakut	Andel läkarbesök hos privat specialist	Andel läkarbesök inom övrig primärvård	Andel läkarbesök inom övrig vård (sjukhus)
2006	33	2	3	26	6	30
2007	34	2	4	25	6	29
2008 (auktoriserade)	38	2	4	22	6	27
Förändring 07/06	3%	0%	33%	-4%	0%	-3%
Förändring 08/07	12%	0%	0%	-12%	0%	-7%

Källa: Leverantörsdatabasen 2009.

Vi kan konstatera att under år 2008 har en ökad andel av besöken ägt rum vid husläkarmottagningar där patienterna är listade. Den relativa minskningen redovisas främst för privata specialister och övrig öppenvård, främst akutsjukhusen. Trenden för privata specialister och övrig öppenvård fanns emellertid redan mellan åren 2006 och 2007 och kan inte bara tillskrivas vårdvalsreformen.

### Produktivitetens utvecklingen

I kommande avsnitt behandlas produktivitetsskillnader och produktivitetens utvecklingen inom husläkarverksamheten under perioden 2006-2008. 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 under åren 2006 och 2007. Urvalet består av de 147 husläkarmottagningar som varit verksamma under denna period, vilket innebär att nedlagda och nyetablerade enheter har exkluderats.

Inledningsvis presenterar vi ett enklare deskriptivt produktivetsmått där prestationer relateras till kostnader. Till följd av att uppgifter över patientens diagnos eller sjukdomstillstånd saknas inom primärvården har en enklare form av viktning använts. De produktionsmått som finns tillgängliga är ny- och återbesök hos läkare, distriktssköterskor, sjuk- och undersköterskor och hembesök. 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 resursutgången vid ett läkarbesök. Den viktning vi använt tillämpas bl.a. i rapporter från SKL. I tabell 13 framgår en enkel beräkning av produktiviteten baserad på kostnader i relation till ett index av dessa viktade vårdkontakter.

*Tabell 13. Produktivitet (kostnad per viktad vårdkontakt), 2006-2008.*

Kostnad per viktad vårdkontakt (läkarbesök och övriga besök på mottagning)	2006	2007	2008
Medel	1 262	1 218	1 105
Justerat för befolkningsstorlek	1 296	1 251	1 118
Produktivitetsutveckling (justerat)	--	3,5%	10,6%

Vi kan konstatera en positiv produktivitetsutveckling under framförallt år 2008. Ökningen av prestationer har således ökat i större utsträckning än ökningen av resurserna. Den nya ersättningen har främst gett incitament till att öka läkarbesöken vilket också ägt rum. Vi har dock tidigare konstaterat att även besök med psykosocial inriktning ökat.

Det finns emellertid flera problem och invändningar mot denna typ av jämförelse över tiden. Ett problem är registreringen av prestationer i primärvården där information om vårdtyngd, tidsåtgång, åtgärd och diagnos saknas. Det betyder att vi inte vet om produktivitetsökningen beror på om mottagningarna ökat antalet korta besök eller att svårighetsgraden sjunkit. Det sistnämnda kan innebära att svårt sjuka får sämre vård eller att de bokas in på fler korta besök. Mätningarna säger heller inget om hur patienttillfredsställelse eller patientnöjdhet, vilket vi återkommer till nedan.

För att beräkna husläkarmottagningarnas relativa produktivitet används i denna studie en kvantitativ metod som benämns Data Envelopment Analysis (DEA). Metoden användes även i den tidigare Lägesrapporten om Vårdval Stockholm och beskrivs i 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 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.

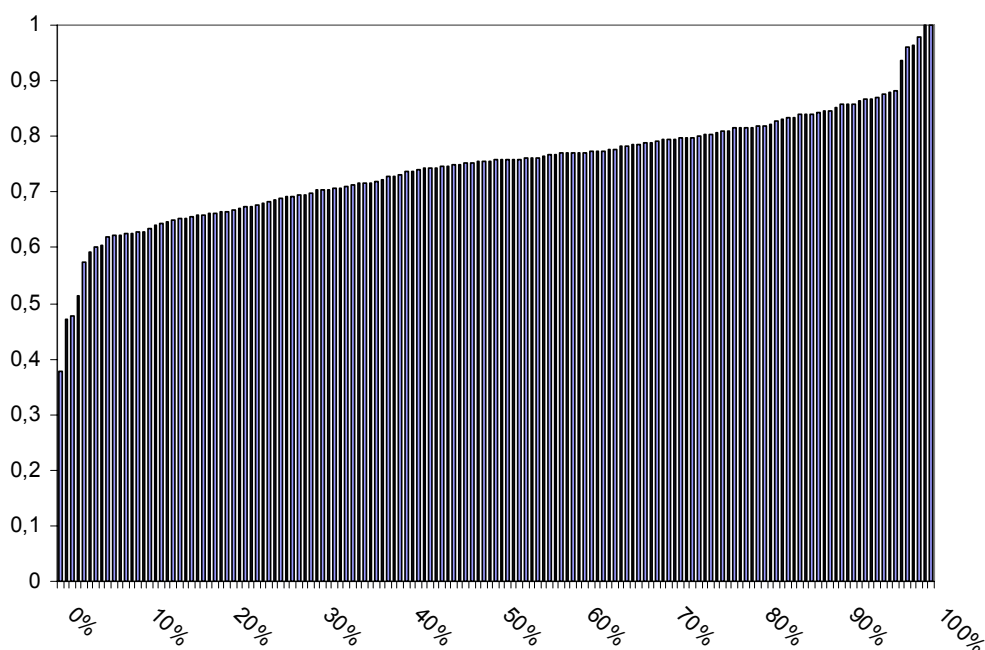
För att analysera produktiviteten mellan husläkarmottagningarna i Stockholms läns landsting har vi valt att använda en outputmodell mot bakgrund av att en central målsättning med Vårdval Stockholm är att förbättra tillgängligheten och utbudet av vårdtjänster. I analysen använder vi olika output mått, dels besök exkl. hembesök (DEA1) och dels ett mått där hembesök ingår (DEA 2). De indikatorer för input och outputs som valts i modellen framgår i tabell 14.

Tabell 14. Input och outputs i DEA-modell för husläkarverksamhet.

INPUT	
	Kostnader
OUTPUTS	
	Läkarbesök, mottagning
	Övriga besök, mottagning
	Hembesök

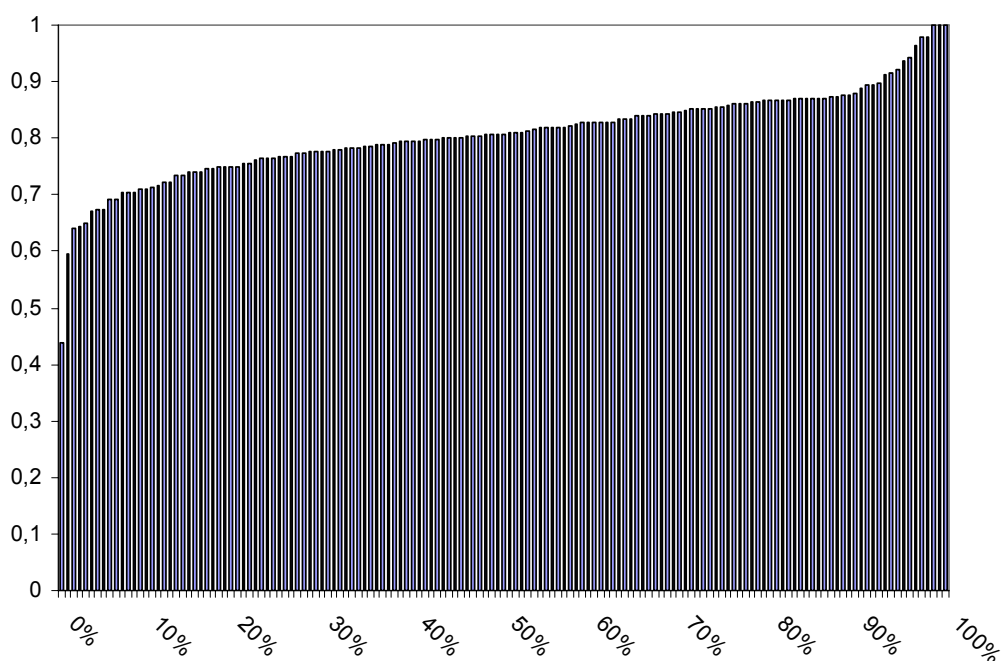
I modellen antar vi att mottagningarna producerar tre olika typer av outputs, genom att nyttja en insatsfaktor, de totala kostnaderna. I figur 13 visas de skillnader vi får med modellen för husläkarmottagningar i Stockholm under år 2008.

Figur 13. DEA 1: läkarbesök på mottagning samt övriga besök på mottagning (exkl. paramedicin)



När vi beräknar den relativa produktiviteten erhåller vi ett genomsnittligt resultat på 0,748. Det varierar mellan 1,0 för de relativt mest produktiva enheterna till ca 0,4 för de mest improduktiva. Det föreligger stora skillnader i produktivitet mellan mottagningarna. Skillnaderna i jämförelse med lägesrapporten för första halvåret har dock minskat, vilket förmodligen beror på större osäkerhet i inrapportering av data vid halvårsbokslut. Vi har testat ytterligare en modell där även prestationer i form av hembesök inkluderats (se tabell 14).

Figur 14. DEA 2: läkarbesök på mottagning och övriga besök på mottagning (exklusive paramedicin) samt hembesök.



Även med denna modell föreligger relativt stora skillnader i produktiviteten mellan mottagningarna och ett genomsnittsvärde på 0,808 uppnås. Det innebär dock att skillnaderna är något mindre än i föregående modell.

Om vi antar att alla mottagningar med ett värde under 1,0 kan förbättra sig och uppnå detta, d.v.s. nå fronten, så skulle det omräknat innebära en teoretisk besparingspotential på 599 miljoner kronor<sup>7</sup>. Alternativet är naturligtvis att det teoretiskt innebär möjligheter att i genomsnitt öka produktionen till ett produktionsvärde om 599 miljoner kr per år. Detta är förmodligen ingen realistisk tolkning mot bakgrund av brister i inrapporteringen och avsaknad av information om vårdtyngd m.m. Den stora spridningen i resultaten tyder dock på att det finns utrymme för en ökad produktivitet. Det bör även påpekas att de enheter som uppnått värdet 1,0 även kan förbättra sin produktivitet. Värdet 1 innebär att inga enheter med högre produktivitet kunnat identifieras.

Det finns flera förklaringar till de produktivitetsskillnader som framkommit. I den tidigare lägesrapporten relaterades dessa skillnader till variationer i socioekonomisk status. I följande analys relateras produktivetsresultaten till olika förklarande variabler. Inledningsvis studerar vi sambandet mellan socioekonomiskt index och CNI-index med skillnader i produktivitet (tabell 15).

Tabell 15. Samband mellan produktivitet och olika behovsindex.

	Socioekonomiskt index		CNI-index	
	Korr.koefficient	p-värde	Korr.koefficient	p-värde
DEA 1	0,037	0,662	-0,027	0,734
DEA 2	-0,029	0,974	-0,029	0,724

<sup>7</sup> Beräkningen avser DEA 2, d.v.s. den modell som inkluderar hembesök.

Vi har tillämpat en enkel korrelationsanalys med s.k. student t-test av signifikans och kan konstatera att det inte finns några signifikanta samband mellan produktivitet och de två indexen. Vi kan emellertid konstatera att en hög produktivitet inte uppnåtts genom t.ex. etablering i områden med låg vårdtyngd.

I tabell 16 visas motsvarande samband mellan produktivitet och åldersrelaterad patienttyngd samt med vårdtunga diagnoser.

*Tabell 16. Samband mellan produktivitet och ålders- och diagnosrelaterad vårdtyngd\**

	Åldersrelaterad patienttyngd		Andel vårdtunga diagnoser	
	Korr.koefficient	p-värde	Korr.koefficient	p-värde
DEA 1	-0,330	0,000***	-0,116	0,163
DEA 2	-0,221	0,007***	0,040	0,631

\*) Diagnoser hämtade ur Valdatabasen, SLL.

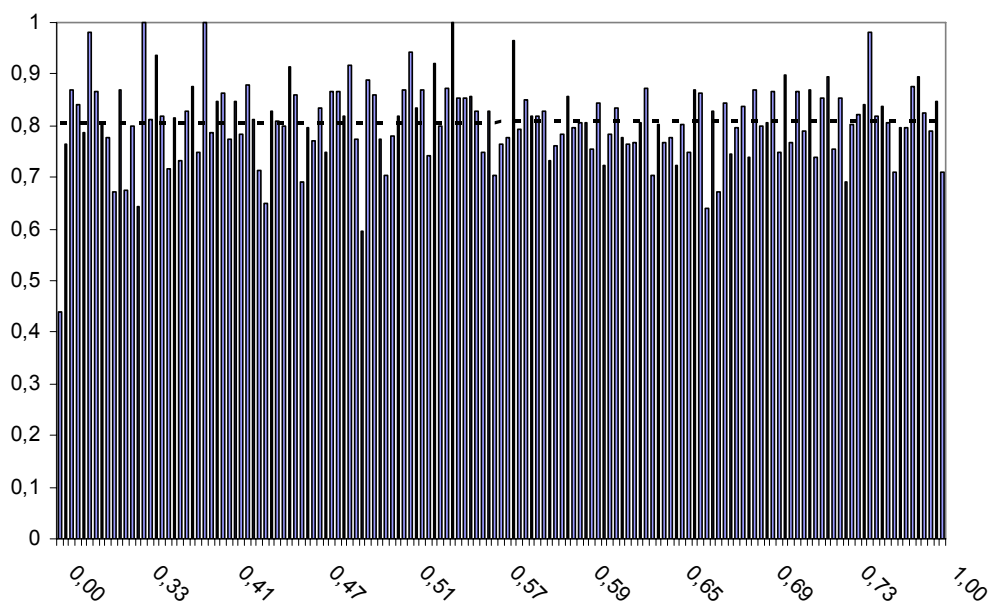
I tabellen framgår att det finns ett negativt samband mellan produktivitet och ålder, vilket innebär att det framstår som svårare att uppnå hög produktivitet i område med fler äldre. Däremot finns inte motsvarande samband mellan produktivitet och andel patienter med vårdtunga diagnoser.

En hög produktivitet kan teoretiskt uppnås genom sänkt kvalitet. Det finns dock få exempel på att så är fallet. 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?* Beräkning: Andel patienter som besvarat frågan med Ja, helt och hållet (svar=1).
- Fråga: *Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?* Beräkning: Andel patienter som besvarat frågan med Ja, helt och hållet (svar=1).
- Fråga: *Fick du tillräckligt med information om ditt tillstånd?* Beräkning: Andel patienter som besvarat frågan med Ja, helt och hållet (svar=1).

I nedanstående figur har husläkarmottagningarna rangordnats efter patientnöjdhet (högst värde längst till höger) och stapelns höjd visar produktivitetsvärde (DEA 2 inkl hembesök).

Figur 15. Samband mellan produktivitet och patientnöjdhet.



Som framgår av figuren finns inget tydligt samband mellan produktivitet och patientnöjdhet. Vi finner t.ex. höga produktivetsvärden såväl bland mottagningar med låg som hög patientnöjdhet. I tabell 17 nedan visas det numerära sambandet för båda DEA-måtten.

Tabell 17. Korrelation mellan produktivitet och patientnöjdhet.

	Patientnöjdhet	
	Korr.koefficient	p-värde
DEA 1	0,084	0,314
DEA 2	0,066	0,430

Korrelationen visar inget statistiskt signifikant samband. Vi kan dock konstatera att en hög produktivitet inte uppnåtts genom åtgärder som lett till lägre patientnöjdhet.

Vi kan således konstatera att de produktivitetsskillnader som observerats inte förklaras av skillnader i olika index avseende behov, socioekonomisk status eller vårdtyngd. Dock verkar ålder ha ett negativt samband med produktivitet, d.v.s med en högre andel äldre i befolkningen uppvisas en lägre produktivitet. I kommande analyser kommer olika modeller med flera förklaringsfaktorer till produktivitetsskillnader att analyseras.



## 8. Ägandeformer och marknadsstruktur

Den fria etableringen med villkor att husläkarmottagningarna ska uppfylla auktorisationskraven, har inneburit en ökning av antalet mottagningar. Under år 2008 var 23 fler mottagningar i drift än under år 2007. Fördelningen idag är 57 procent med privat drift, mot 43 procent i offentlig regi.

I detta avsnitt jämförs de privat och offentliga mottagningarna som varit i drift under perioden 2006-2008. De uppgår totalt till 147 stycken, varav 71 (48%) är offentliga och 76 är privata (52%).

Frågan om skillnader mellan privata och offentliga vårdgivare är återkommande aktuell. I litteraturen har olika resultat erhållits 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.

I detta avsnitt analyseras skillnaderna mellan privata och offentliga husläkarmottagningar. Initialt kan vi konstatera att året innan införandet av Vårdvalsystemet hade de offentliga vårdgivarna en högre produktivitet baserat på läkarbesök och övriga mottagningsbesök (exkl. hembesök – DEA 1). Om hembesök inkluderas i produktivetsmättet hade privata en något, om ej signifikant, högre produktivitet. Vi kan 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 har de privata vårdgivarna förbättrat sin produktivitet, om än från en klart lägre nivå än de offentliga (tabell 18).

*Tabell 18. Produktivitet vid offentliga och privata mottagningar, 2007 och 2008.*

	Offentlig regi		Privat regi		Signifikant skillnad	p-värde <sup>§</sup>
	Antal	Medel ranksumma	Antal	Medel ranksumma		
2007						
DEA 1	71	83,5	76	65,1	Ja	0,008***
DEA 2	71	71,4	76	76,4	Nej	0,474
2008						
DEA 1	71	77,1	76	71,1	Nej	0,400
DEA 2	71	71,5	76	76,3	Nej	0,500
Förändring 08/07						
DEA 1	71	65,2	76	82,3	Ja	0,015**
DEA 2	71	74,0	76	74,0	Nej	0,995

§) 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 resultaten är produktivetsförbättringen för måttet baserat på mottagningsbesök, men inte hembesök, signifikant. Detta överensstämmer med en del internationella studier som visar att privata vårdgivare snabbare reagerar på nya incitament. Det är dock svårare att förklara skillnaderna under år 2007 med en klart lägre produktivitet hos de privata vårdgivarna. En möjlig förklaring

som vi analyserar vidare i det kommande avsnittet är betydelsen av kontrakt och auktorisationen. Under år 2007 varierade förutsättningar och ersättnings-systemen mellan mottagningarna beroende på de kontrakt som slutits. Med vårdvalsreformen har samtliga vårdgivare ett gemensamt ersättningssystem. Vissa skillnader kvarstår dock, och dessa tas upp senare i detta avsnitt.

En förutsättning för att få etablera sig som vårdgivare inom Vårdval Stockholm är att mottagningen klarat kraven på auktorisation. Under år 2008 finns 18 husläkarmottagningar som saknar auktorisation. Det är dels fyra landstingsägda mottagningar som varit föremål för försäljning samt 14 privata mottagningar som valt att bibehålla tidigare ingångna kontrakt. Vid en jämförelse av produktiviteten mellan samtliga auktoriserade och icke-auktoriserade mottagningar framgår tydligt att de icke-auktoriserade har en signifikant lägre produktivitet. Mot bakgrund av att fyra av dessa var offentliga mottagningar som varit till utförsäljning har dessa exkluderats ur den fortsatta analysen. Således jämför vi de 14 privata mottagningarna med gamla avtal med samtliga auktoriserade mottagningar (tabell 19).

*Tabell 19. Produktivitet vid offentliga och privata mottagningar, 2007 och 2008.*

	Auktoriserad		Ej auktoriserad privat regi		Signifikant skillnad	p-värde
	Antal	Medel ranksumma	Antal	Medel ranksumma		
2007						
DEA 1	129	75,5	14	40,0	Ja	0,002***
DEA 2	129	70,8	14	82,9	Nej	0,302
2008						
DEA 1	129	76,5	14	30,7	Ja	0,000***
DEA 2	129	74,9	14	52,2	Ja	0,060*
Förändring 08/07						
DEA 1	129	72,1	14	71,0	Nej	0,924
DEA 2	129	75,0	14	44,3	Ja	0,009***

Vi kan konstatera att de privata icke-auktoriserade vårdgivarna har en betydligt sämre produktivitet än genomsnittet för samtliga auktoriserade mottagningar. Detta gällde för det ena produktivetsmåttet även år 2007. För år 2008 har de auktoriserade en signifikant högre produktivitet för båda måtten. Dessa har även signifikant förbättrad produktivitet för det mått där skillnader tidigare inte förelåg (inkl hembesök).

Vi har även gjort motsvarande analys för de fyra offentliga icke-auktoriserade mottagningarna, vilket visar på liknande skillnader. Vi har dock inte tagit med dessa i analysen då processen med utförsäljning sannolikt påverkat verksamheten.

Skillnaderna mellan mottagningar med auktorisation och de utan auktorisation avspeglar egentligen inte själva auktorisationsförfarandet. Inga mottagningar som inte klarat auktorisationskraven har godkänts, utan de som inte auktoriserats är privata mottagningar som haft möjlighet och valt att bibehålla befintliga kontrakt som sträckt sig över år 2008. Det är med andra ord snarare en effekt av skillnader i avtal och kontrakt. De äldre avtalen kan ha varit mer generösa från ett vårdgivarperspektiv vilket avspeglar sig i en sämre produktivitet.

Resultaten är inte helt entydiga, men utvecklingen visar på en högre förbättrad produktivitet vid auktoriserade mottagningar i relation till både privata och offentliga icke auktoriserade vårdgivare. En potentiell förklaring kan vara att marknadsform och kontrakt är av större betydelse än ägarform. Det är dock viktigt att beakta att andra skillnader i förutsättningar kan påverka resultaten.

## 9. Diskussion och slutsatser

Denna rapport redogör för ett antal frågeställningar som är kopplade till målen med Vårdval Stockholm. Resultaten är baserade på ett års erfarenhet med reformen och ska mot den bakgrunden tolkas med försiktighet.

Vi kan konstatera att reformen inte medfört större ökning av kostnaderna för primärvården Stockholm utan kostnadsökningarna kan anses vara under kontroll. Detta framgår även vid jämförelser med andra landsting. Som exempel uppvisar landstinget i Halland högre kostnadsökningar än Stockholm. Dessa anses dock vara under kontroll även i Halland (Paulsson 2008). Vårdutnyttjandet i Stockholm har ökat inom husläkarverksamheten samtidigt som ett relativt minskat vårdutnyttjande kan noteras inom verksamheter som närakuter, privata specialister och övrig vård, främst akutsjukhusen. En del av dessa förändringar är små och det är osäkert om de kan tillskrivas vårdvalsreformen. Det verkar dock inte föreligga några större övervältringseffekter på andra vårdområden, snarare ökar andelen vård inom husläkarverksamheterna. Även besök av psykosocial karaktär uppvisar en ökning. Detta är även en naturlig följd mot bakgrund av de ändrade ersättningsprinciperna kombinerat med etableringsfriheten.

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. Analysen av fördelningen mellan områden med hög och låg medelinkomst visar att ökningen av vårdutnyttjandet varit större i områden med lägre medelinkomst. Det är läkarbesöken som ökat mest i områden med lägre medelinkomst. Fördelningen av resurser visar emellertid på en motsatt förändring, d.v.s. att resursökningen varit större i områden med hög inkomst i jämförelse med områden med låg inkomst. Motsvarande analyser på mottagningsnivå visar samma resultat, d.v.s. en ökning av vårdutnyttjandet i område med större behov, men samtidigt en relativ ökning av resurser till mottagningar med lägre behov. Samtliga dessa förändringar är dock relativt små och ska tolkas försiktigt mot bakgrund av den korta observationstiden och även vissa problem med inrapportering av data.

Vi kan dock konstatera att vårdutnyttjandet och produktiviteten ökat mer i utsatta områden, men samtidigt har ökningen av resurserna varit mindre i dessa områden, och deras mottagningar. I relativa termer har områden med lägre medelinkomst minskat sin andel av resurserna inom husläkarverksamheten. Resultaten är dock inte helt säkra och även känsliga för vilken typ av indikatorer för behov, socioekonomi etc. som används. Givet denna invändning ger resultaten stöd för att områden och mottagningar med lägre inkomst etc. har ökat sitt relativa vårdutnyttjande men samtidigt fått minskad relativ andel av resurserna.

Det kan finnas flera förklaringar till denna utveckling. En förklaring kan vara att mottagningar i utsatta områden tidigare haft ett arbetssätt där man arbetat med prestationer 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. Här finns idag en osäkerhet i forskningen om hur utformningen av ersättningssystem påverkar fördelningseffekter och vårdvolym.

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 kapiteringen baserad på åldersfaktorn samt 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. Problemet med kapitering är att ersättningen inte ger incitament att behandla patienter.

Den form man valt i Stockholms läns landsting bygger på en kombination av kapitering 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.

Den sammanvägda produktiviteten inom primärvården i landstinget har ökat i högre grad mellan åren 2007 och 2008 i jämförelse med åren 2006-2007. Kostnaden per viktad vårdkontakt minskade med ca 10 % från 2007 till 2008. Prestationerna, främst läkarbesök, har således ökat i snabbare takt än kostnaderna. Det är osäkert hur detta har uppnåtts och påverkat besökens längd eller svårighetsgrad, då vi idag saknar denna statistik. Vi kan dock 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 skillnader. Den ökade produktiviteten har inte uppnåtts av ökning av andra vårdformer, utan patienter har i större utsträckning sökt sig till den egna

husläkarmottagningen. Vi har dock inte kunnat konstatera om och hur remissflödet till specialister utvecklats, vilket kommer att ske i fortsatt analys av individdata.

Skillnaderna mellan privata och offentliga vårdgivare pekar åt olika håll. Offentliga vårdgivare hade under perioden före Vårdval en högre produktivitet, medan de privata förbättrat sin produktivitet efter införandet av reformen, med resultatet att inga signifikanta skillnader föreligger mellan ägandeformer under år 2008. Ett intressant resultat är även produktivitetsskillnaderna mellan de husläkarmottagningar, samtliga privata, som har gamla avtal och kontrakt. Dessa uppvisar väsentlig lägre produktivitet. Det kan ses som ett oväntat resultat, men andra studier visar att kontraktsstruktur och incitament ofta är viktigare än ägandeformerna. En möjlig förklaring är att privata vårdgivare tidigare förhandlat till sig ”generösa” avtal från ett producentperspektiv. Dock verkar det som att de privata vårdgivarna är snabba på att förändra sitt beteende beroende på förändringar av incitamentsstrukturen.

Vi kan även konstatera att produktivetsförbättringar för båda ägandeformerna. En central fråga är även hur offentliga vårdgivare agerar beroende på konkurrensmiljö. Tidigare studier har visat att offentliga vårdgivare i konkurrensutsatta sektorer har högre produktivitet än offentliga vårdgivare i monopolsituationer. En jämförelse mellan produktivetsmått och ett index av tre indikatorer för patientnöjdhet visar även att det inte förelåg motsättningar mellan produktivitet och patientnöjdhet. En högre produktivitet har således inte uppnåtts genom sänkning av den patientupplevda kvaliteten.

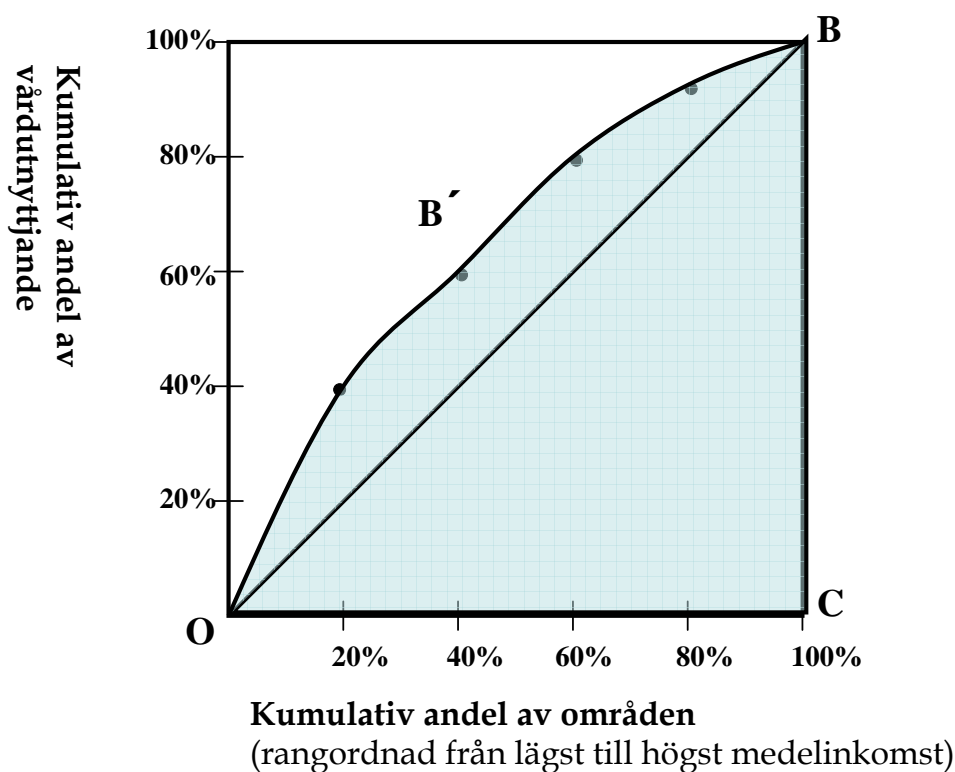
Sammantaget visar resultaten på betydelsen av att utforma korrekta och ändamålsenliga incitament vid en fri etablering. De presenterade resultaten ska tolkas försiktigt mot bakgrund av den korta period som Vårdval Stockholm varit i bruk. Analysen är baserad på områdesdata vilket inte fångar upp variationer inom områden, vilket dock kommer att beaktas i kommande analyser av individdata.

## 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.
- 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.
- Krasnik A et al. (1990). Changing reimbursement systems: effects on activity in general practice. *BMJ*, vol.300:1698-1701.
- 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. (2008). Lägesrapport – Vårdval Stockholm: Utvecklingen av kostnader, vårdutnyttjande och produktivitet under första halvåret 2008. Centrum för folkhälsa, rapport 2008:2, 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

## 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

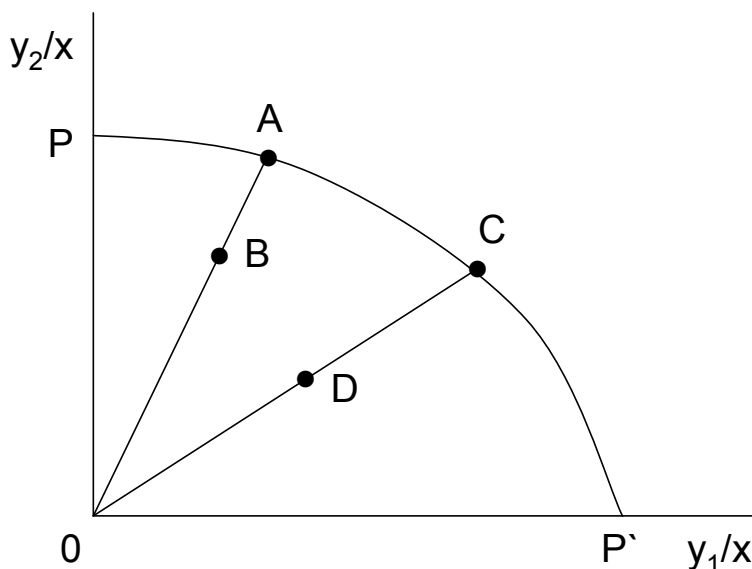


## BILAGA B. Beskrivning av Data Envelopment Analysis (DEA)

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 978-91-86313-05-0

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**