

ANDERS ANELL

Vårdval i primärvården

- Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner

SKRIFTSERIE 2009:1



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING

VID LUNDS UNIVERSITET

Förord

Föreliggande rapport är ett resultat av den uttalade forskningspolicy som KEFUs styrelse arbetat med sedan några år tillbaka. I korthet går denna ut på att KEFUs FoU-medel primärt skall satsas på initiering och fördjupning av forskning inom hälso- och sjukvård, skola och omsorg. Satsningarna skall baseras på de kunskaps- och kompetensplattformar inom kommunalekonomi som KEFU representerar.

Våren 2007 beslutade KEFUs styrelse att finansiera uppbyggnad av ett forskningsprogram om primärvårdens organisation och styrning. Satsningen har bland annat resulterat i en Vårdvalsrapport (Anell, 2008) och ett flertal KEFU seminarium på temat Vårdval. Vidare var kunskap och erfarenheter från satsningen viktig input i den ansökan som VINNVÅRD beviljade 2009. Förutsättningarna för att bedriva forskning om lednings- och verksamhetsfrågor av vården vid Ekonomihögskolan samt Medicinska fakulteten, Lunds universitet är nu mycket goda.

Det är också glädjande att de kunskaper och resurser som forskningsmiljön besitter röner ett stort intresse hos berörda landsting, regioner, myndigheter och departement. Detta är inte minst de intressenter som varit delaktig att finansiera föreliggande studie och rapport ett belysande exempel på.

Regeringen gav i beslut den 19 december 2007 Socialstyrelsen (SoS) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i uppdrag att i samverkan med Socialdepartementet bedriva ett arbete med att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättningsystem så att dessa kan bidra till att förbättra vårdens innehåll och resultat. SKL har utifrån sitt ansvar i projektet *Utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård* finansierat föreliggande jämförelse inom vårdval för primärvård.

VINNVÅRDs stöd till forskningsprogrammet om vårdval i primärvården vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet skapar också goda förutsättningar för fortsatt forskning inom området.

Stort tack till Staffan Lindvall, SKL, Magnus Kåregård, Region Skåne och Gert Paulsson vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet för synpunkter på preliminärt manus. Ett stort tack också till kontaktpersoner i respektive medverkande landsting och region som faktagranskat jämförelsen i kapitel 2.

Författaren svarar ensam för de värderingar och slutsatser som görs i rapporten.

Lund och Stockholm i maj
Ulf Ramberg
KEFU

Staffan Lindvall
Projektledare, SKL

Innehållsförteckning

Kapitel 1 Introduktion	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Rapportens syfte, urval och huvudsakliga målgrupp	8
Kapitel 2 Vårdval i primärvården – en jämförelse av sju landsting och regioner.....	9
2.1 Olika mål och krav på vårdenheter.....	9
2.2 Befolkningens valmöjligheter	10
2.3 Mål och krav påverkar kostnadsansvarets omfattning	11
2.4 Ersättningsprinciper – en kombination av fast och rörligt	14
2.4.1 Fast och viktad ersättning.....	14
2.4.2 Rörlig ersättning – utifrån besök eller måluppfyllelse	19
Kapitel 3 Vad gör andra landsting?	23
Kapitel 4. Behov av fortsatt utveckling.....	25
4.1 Risker med hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar	25
4.2 Olika modeller och förutsättningar för konkurrens.....	27
4.3 Argument och metoder för riskjusterad (viktad) fast ersättning	30
4.4 Nya former för rörlig ersättning	34
Kapitel 5 Sammanfattning och slutsatser	41
Referenser.....	44

Kapitel 1

Introduktion

1.1 Bakgrund

Den traditionella svenska primärvårdsmodellen med områdesansvar, relativt stora vårdcentraler och tyngdpunkt på offentligt anställda allmänläkare med fast lön är förhållandevis ovanlig i ett internationellt perspektiv. I andra OECD länder utförs primärvården oftast i privat regi. Ersättningen från försäkringsgivare eller sjukvårdsmyndigheter baseras i större utsträckning på utförda besök och prestationer, kombinerat med ett fast belopp per registrerad individ i länder med listningssystem. Mottagningar och praktiker i andra länder har i regel inget formellt områdesansvar, de har färre anställda och fokuserar mer på läkarnas insatser (se vidare Anell, 2005).

Utvecklingen under senare årtionden har inneburit att skillnaderna mellan Sverige och andra länder i vissa avseenden minskat. I Sverige har flera landsting sedan början av 1990-talet introducerat familjeläkarsystem med listning och större möjligheter för befolkningen att välja vårdgivare i primärvården. De privata vårdgivarna har blivit fler, även om det finns stora variationer mellan landstingen. Samtidigt utvecklas primärvården i andra länder mot större enheter och breddad kompetens, vilket innebär ett närmande till svenska förhållanden.

Under senare år har allt fler landsting utifrån egna initiativ utvecklat nya vårdvalsmodeller i primärvården. Ambitionerna att pengarna skall följa befolkningens val av vårdgivare har ökat, liksom att konkurrensen skall stärkas genom fler privata etableringar. I en tidigare KEFU-rapport analyserades utvecklingen och vårdvalsmodeller i Halland, Västmanland och Stockholm (Anell 2008). Sedan dess har flera ytterligare landsting och regioner utvecklat egna vårdvalsmodeller som införts eller kommer att införas under 2009. Riksdagen fattade också i februari 2009 ett beslut om en ändring i Hälso- och sjukvårdsslagen, vilken innebär att vårdval inom primärvården och fri etablering för de vårdgivare som klarar respektive landstings kravspecifikation blir obligatoriskt fr.o.m. den 1 januari 2010.

1.2 Rapportens syfte, urval och huvudsakliga målgrupp

Syftet med föreliggande rapport är att uppdatera den tidigare KEFU-rapporten med information från ett urval landsting och regioner som redan infört eller planerar att införa nya vårdvalssystem i primärvården under 2009. Jämförelsen fokuserar utformning av ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter. För detaljer hänvisas till landstingens egen dokumentation på respektive hemsida.¹ Sammanställningen i denna rapport fokuserar principiella skillnader och likheter mellan de landsting och regioner som jämförs. Med utgångspunkt i jämförelsen diskuteras även framtida utmaningar och behov av fortsatt utveckling. Särskilt intresse riktas mot hur olika modellkonstruktioner påverkar förutsättningarna för att skapa konkurrens.

Urvalet har hämtats från de landsting och regioner som i februari 2009 utvecklat en ny vårdvalsmodell samt fattat beslut om datum för dess införande. De landsting och regioner som ingår i rapporten är:

- Landstinget Halland,
- Västmanlands läns landsting,
- Stockholms läns landsting,
- Landstinget Kronoberg,
- Region Skåne,
- Västra Götalandsregionen
- Östergötlands läns landsting.

De sju landstingen och regionerna ansvar för hälso- och sjukvård till ca 65 procent av Sveriges befolkning. I rapporten finns även översiktlig information om planer för vårdval i resterande landsting.

Rapporten vänder sig framförallt till dem som har ansvar för att utveckla vårdvalsmodeller eller på olika sätt är direkt berörda av dessa. En annan målgrupp är intresserade utredare och forskare.

¹ Se www.lthalland.se; www.ltvastmanland.se; www.sll.se; www.ltkronoberg.se; www.skane.se; www.vgregion.se samt www.ljo.se. Den jämförelse som redovisas i kapitel 2 har faktagranskats av kontaktpersoner i respektive landsting och region.

Kapitel 2

Vårdval i primärvården – en jämförelse av sju landsting och regioner

De sju landsting och regioner som jämförs i detta kapitel har kommit olika långt i implementeringen av vårdval. Landstinget i Halland införde sin vårdvalsmodell i januari 2007 och Västmanland och Stockholm införde sina respektive modeller i januari 2008. Två av landstingen i urvalet har nyligen infört vårdval, Landstinget Kronoberg (1/3 2009) och Region Skåne (1/5 2009), medan Östergötlands läns landsting och Västra Götalandsregionen kommer att införa sina modeller senare under år 2009 (1/9 respektive 1/10).

På en övergripande nivå finns flera likheter mellan de mål som landstingen och regionerna formulerat för sina vårdvalssystem. Det handlar genomgående om att öka befolkningens valfrihet, skapa mer mångfald med fler privata alternativ och att förbättra tillgängligheten till vård med bibehållen kostnadskontroll. I andra avseenden finns stora skillnader. Det gäller inte minst hur man vill att primärvården ska utvecklas på längre sikt och hur brett verksamhetsansvar vårdenheter inom vårdvalssystemet ska ha. Det finns också stora skillnader i hur ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter utformats.

2.1 Olika mål och krav på vårdenheter

Sett till de tre första landstingen som införde vårdval finns en skillnad i de mål som präglar å ena sidan vårdval i Halland och å andra sidan vårdval i Stockholm och Västmanland. Som noterades i den tidigare KEFU-rapporten har Vårdval Halland präglats av en mera progressiv syn att primärvården bör utvecklas till att omfatta det mest av den öppna vården. Således talar man inte heller om primärvård i de dokument som beskriver Vårdval Halland utan om närsjukvård. Det är en viktig skillnad jämfört med Stockholm och Västmanland där det är primärvården som fokuseras, eller snarast husläkare- respektive familjeläkarverksamheten. Vårdval Halland är en närsjukvårdsreform med ambitionen att påverka systemet i stort. Fler öppenvårdsbesök ska tillhandahållas av de vårdenheter som befolkningen valt, bl. a. genom att dessa engagerar andra specialister utöver allmänläkare. Ambitionen är att 80 procent av alla öppenvårdsbesök ska ske i närsjukvården, vilket också påverkat

ersättningssystemets uppbyggnad. Om den s.k. täckningsgraden understiger 80 procent görs ett motsvarande avdrag i den fasta ersättningen per listad individ. I Stockholm och Västmanland kan vårdvalsmodellerna i större utsträckning betraktas som primärvårdsreformer. I Stockholm var de viktigaste målsättningarna att öka tillgängligheten till främst läkare i primärvården och att skapa mera mångfald.

De olika målen i Halland, Västmanland och Stockholm har påverkat bl.a. kraven på vårdenheterna. I Halland och Västmanland har man valt att ge vårdenheter ett brett uppdrag, medan Stockholm delat upp primärvårdsuppdraget i olika delar för att på detta sätt skapa mer mångfald. Det bredaste primärvårdsuppdraget svarar snarast Landstinget i Västmanland för, där t.ex. mödrahälsovård ingår i vårdgivarnas åtagande vilket inte är fallet i Halland. I Stockholm hanteras husläkarverksamhet, barnhälsovård, mödravård och även fotvård och logopedverksamhet var för sig med olika auktorisationer och ersättningssystem. Betydelsen av att ge befolkningen en färdig helhetslösning har tonats ned. Istället påtalas att en uppdelning av verksamheten dels skapar ökade valmöjligheter för befolkningen, dels ger möjligheter för flera aktörer att etablera nya företag.

I Vårdval Halland ställs krav på att vårdenhetens bas ska vara specialister i allmänmedicin. I övrigt finns inte reglerat vilka kompetenser som vårdenheterna kan eller bör anställa eller samarbeta med. Det har öppnat upp för samarbeten med andra specialister än allmänläkare, vilket också uppmuntras. I Stockholm sägs uttryckligen i regelverket att läkare vid mottagningen ska vara allmänläkare, men att även specialister i geriatrik eller pediatrik får anställas av enheterna och att befolkningen kan listas på dessa. I Landstinget Västmanland sägs i kraven att vårdenheter "så långt möjligt" ska bemannas med läkare med specialistkompetens i allmänmedicin.

Sett till de landsting och regioner som implementerat vårdval efter 1 januari 2008, förefaller utgångspunkterna i Halland ha varit en ledstjärna. Det gäller särskilt i Region Skåne och Västra Götalandsregionen där man tydligt eftersträvar mer och bredare kompetens i primärvården. Även i Landstinget Kronoberg och Östergötlands läns landsting betonas vikten av en sammanhållen primärvård med brett ansvar för vårdenheter, även om det inte finns någon ambition motsvarande den i Halland att engagera andra specialister utöver allmänläkare.

2.2 Befolkningens valmöjligheter

Utformningen av befolkningens val har potentiellt sett en stor betydelse för vilken konkurrens som uppstår. Om det är svårt för befolkningen att välja en ny vårdenhet blir t.ex. konkurrensen mindre än om det är enkelt. Flera likheter kan noteras mellan landstingen, men det finns också viktiga skillnader mellan främst Stockholm och övriga landsting och regioner.

Samtliga sju landsting och regioner kräver någon form av undertecknat dokument från de individer som vill byta enhet. Landstingen och regionerna har också arbetat (eller kommer att arbeta) på likartat sätt ifråga om informationsspridningen till befolkningen inför introduktionen av vårdval. Allmänna upplysningar om vårdvalssystemen och möjligheterna att välja har spridits via annonser och broschyrer vid vårdinrättningar och direkt till hushållen. Allmän information har också tillhandahållits på landstingets hemsida, tillsammans med information om de olika valbara vårdenheterna.

I Stockholm finns enbart aktivt val. Ungefär 10 procent av befolkningen är olistade men det finns stora variationer mellan olika områden. I Stockholm sker listning i först hand på läkare, men det finns möjlighet att lista sig på enhet. I resterande sex landsting och regioner väljer befolkningen enhet. Även i detta avseende utgör Vårdval Halland en förebild. Målet är att alla ska listas och om individer inte själva aktivt avstår från att välja enhet blir man listad vid den enhet där man senast gjorde ett besök alternativt den enhet som ligger geografiskt närmast. Möjligheter för befolkningen att välja en ny vårdenhet är begränsade till fyra gånger per år i Halland. I övriga landsting och regioner finns inga sådana begränsningar.

Gemensamt för landstingen och regionerna är att det inte förekommer några listningstak till vårdenheter. Vårdenheternas möjligheter att neka individer som vill välja enheten är också starkt begränsad. I Stockholm kan vårdgivare neka listning av personer som redan är listade på annan mottagning. I så fall ska dessa personer erbjudas plats på en väntelista där den som väntat längst alltid ska listas först. En olistad person i Stockholm kan däremot inte ställas på väntelista utan måste alltid listas.

I alla landstingen och regionerna finns i princip obegränsade möjligheter för befolkningen att söka vård hos olika vårdgivare inom vårdvalssystemet, oavsett vid vilken vårdenhet man listat sig. I Region Skåne och Västra Götalandsregionen kommer dock sådant vårdsökande att vara förenat med en högre patientavgift.

2.3 Mål och krav påverkar kostnadsansvarets omfattning

Målsättningar och krav på verksamheten påverkar vilket kostnadsansvar enheter har. Kostnadsansvaret har också betydelse för vilken ersättning som utgår till vårdenheter. Som framgår av tabell 2.1 finns en övergripande skillnad såtillvida att kostnadsansvaret i särskilt Stockholm är mera begränsat än i de andra landstingen och regionerna. Det hänger delvis samman med att de övriga sex landstingen och regionerna i princip listar samtliga invånare. Den enhet där individer listas får då ett kostnadsansvar för om vårdsökandet sker hos annan vårdenhet eller hos privat allmänläkare finansierad genom nationell taxa (om sådana existerar). Det mera

omfattande kostnadsansvaret kan också kopplas samman med att vårdenheter i övriga sex landsting och regioner har ett bredare verksamhetsansvar.

Trots likheter ifråga om mål och krav på vårdenheter finns ändå skillnader i kostnadsansvar mellan de övriga sex landstingen och regionerna exklusive Stockholm. I Östergötland återfinns t.ex. kostnadsansvaret för tekniska hjälpmedel och sjukgymnaster inom närsjukvården som är organisatoriskt skild från primärvården. Detta kostnadsansvar finns alltså inte med i vårdvalet. Däremot finns ett kostnadsansvar för alla allmänläkemedel, vilket motsvarar det kostnadsansvar som funnits i primärvården för både privata och offentliga aktörer tidigare. Kostnadsansvar för basläkemedel återfinns även i Kronoberg, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I detta perspektiv utgör således både Halland, Västmanland och Stockholm undantag år 2009.

Förklaringar till att kostnadsansvaret varierar även bland de landsting och regioner som i övrigt har snarlika mål och krav på vårdenheter kan bl.a. sökas i olika traditioner. Det finns en tendens att kostnadsansvar inom vårdvalet är (minst) detsamma som gällde för primärvården tidigare.

Tabell 2.1 Kostnadsansvar år 2009 för vårdenheter i primärvården.

	Halland	Stockholm	Västmanland	Kronoberg	Region Skåne	Östergötland	VG-regionen
Vård hos andra enheter inom vårdval	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Privata allmänläkare finansierade genom nationell taxa	Ja	Nej	Nej	Ej relevant	Ja	Ja	Ja
Primärvårdsbesök i andra län	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej (på kort sikt)	Nej	Ja
Medicinsk service	Ja	Ja (100% för vissa specialiteter 20% för övriga)	Ja (exklusive röntgen)	Ja	Ja	Ja	Ja
Tekniska hjälpmedel	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Sjukgymnaster	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Läkemedel	Nej	Nej	Nej	Ja (100% av basläkemedel)	Ja (50% av basläkemedel)	Ja (100% av allmänläkemedel)	Ja (100% av basläkemedel)

2.4 Ersättningsprinciper – en kombination av fast och rörligt

Sättet att betala vårdenheter i primärvården har potentiellt sett en stor betydelse för verksamhetens inriktning och omfattning.² På en övergripande nivå kan ersättningsprinciper klassificeras som mer eller mindre rörliga respektive fasta. Med en helt rörlig ersättning per besök eller åtgärd är det verksamhetens inriktning och volym som bestämmer ersättningen och de kostnader som uppstår. Med en helt fast ersättning per listad individ bestämmer tvärtom en på förhand fastställd ersättning de kostnader som får uppstå, och därmed de finansiella ramarna för verksamheten. Den vanligaste rekommendationen för primärvård och allmänläkare enligt litteraturen på området är en kombination av fast ersättning per individ (kapitering eller vårdpeng) och rörlig ersättning per besök, åtgärd eller i förhållande till måluppfyllelse. Sett till den praxis som håller på att formas i de nya vårdvalsmodellerna är det också en sådan kombination som utnyttjas. I de flesta landsting och regioner är andelen fast ersättning dock mycket stor och det enda undantaget i detta avseende är Stockholm. Trots likheter i form av en stor andel fast ersättning finns även betydande skillnader i hur den fasta ersättningen inom olika vårdvalssystem beräknas. Även vad gäller den rörliga ersättningens utformning finns motsvarande variationer.

2.4.1 Fast och viktad ersättning

En stor skillnad mellan Stockholm och resterande landsting och regioner avser andelen fast ersättning (se tabell 2.2). I Stockholm svarar den s.k. uppdragsrelaterade fasta ersättningen för ca 40 procent av den totala ersättningen till mottagningar. Därutöver utgår en rörlig besöksersättning som avgörs av vilken yrkeskategori som svarat för besöket (läkare, sjuksköterska, undersköterska, kurator/psykolog) med möjligheter till extra ersättningar för hembesök, särskilda åtgärder och besök i geografiskt avlägsna områden. I resterande landsting och regioner uppgår andelen fast ersättning till minst 80 procent av den totala ersättningen. Den faktiska fördelningen mellan fast och rörlig ersättning varierar mellan enskilda vårdenheter beroende på hur många besök som görs av patienter som inte listat sig på enheten. Genomsnittet för landsting som Halland och Västmanland ligger snarast närmare 90 procent fast ersättning. Högst andel fast ersättning återfinns i Region Skåne och Västra Götalandsregionen där det inte utgår någon rörlig besöksersättning alls för dem som listat sig på enheten. Givet antagandet att en enhet enbart ger vård till dem som listat sig på enheten uppgår den fasta ersättningen i Region Skåne till 98 procent av de totala intäkterna för berörd enhet.

² För en bra svensk översikt av litteratur om effekter av olika ersättningssystem, se Jacobsson (2007).

Tabell 2.2 Fast ersättning år 2009 för vårdenheter i primärvården.

	Halland	Stockholm	Västmanland	Kronoberg	Region Skåne	Östergötland	VG-regionen
Fast ersättning per listad individ baserat på vårdtyngd	Fyra åldersgrupper: 0-6, 7-6, 65-79 samt 80+.	Tre åldersgrupper: 0-5, 5-64 samt 65+.	Fyra åldersgrupper: 0-5, 6-64, 65-74 samt 75+.	Fem åldersgrupper: 0-6, 7-39, 40-64, 65-79 samt 80+. Ersättning för basläkemedel enligt samma åldersgrupper.	80% av ersättningen baseras på diagnosklassificering. Ersättning för läkemedel uppdelat i 40-tal grupper baserat på ålder och kön.	Åtta åldersgrupper: 0-6, 7-14, 15-19, 20-44, 45-64, 65-74, 75-79, samt 80+. Ersättning för läkemedel uppdelad i 20-tal grupper baserat på ålder och kön.	Halva ersättningen per listad baseras på kön och ålder (ettårsklasser) och resterande del på diagnosklassificering.
Fast basersättning	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Fast basersättning beroende på antalet listade vid enheten. Vid fler än en vårdenhet inom tätorten betalas ingen basersättning.	Nej
Fast ersättning utifrån socioekonomi	Nej	Nej	Nej	Nej	20% av ersättningen baseras på socioekonomiskt index för enhetens lista.	Tilläggsersättning per listad som bor i socioekonomiskt svagt område.	Särskild ersättning till enheter med socioekonomiskt tung lista.
Fast ersättning utifrån geografisk belägenhet	Nej	Nej	Nej	Särskild ersättning till vårdenheter > 10 km från närmaste sjukhus.	Nej	Tilläggsersättning per listad 75+ som bor minst 11 km från närmaste vårdenhet.	Särskild ersättning till enheter beroende på avstånd till sjukhus, avstånd till större tätort samt befolkningstäthet i kommunen.
Avdrag och tillägg för täckningsgrad	Ja, om under 80%.	Ja, bonus om över 40%, vite om under 25%	Nej	Ja, justering utifrån genomsnitt.	Ja, om utanför intervallet 55-61%.	Nej	Ja, om över 50% upp till 80%.
Andel fast ersättning	+80%	Ca 40%	+80%	+ 80%	+90%	+ 80%	+90%

Olika principer för viktningen

Eftersom vårdbehovet varierar mellan individer finns anledning att vikta den fasta ersättningen med hänsyn till förväntad vårdkonsumtion eller vårdtyngd. Så sker också i samtliga landsting och regioner, men principerna varierar. Alla sju landsting och regioner praktiserar någon form av åldersrelaterad viktning för åtminstone någon del av den fasta ersättningen. I särskilt Region Skåne men även VG-regionen används även en diagnosklassificering enligt ACG (Adjusted Clinical Groups)³.

Utöver viktningen baserat på vårdtyngd mätt med åldersgrupper och/eller ACG sker i fyra av landstingen/regionerna (Kronoberg, Region Skåne, Östergötland och VG-regionen) även en viktning av ersättningen i förhållande till socioekonomiska faktorer och/eller vårdenheters geografiska belägenhet. I Östergötland finns dessutom en basersättning för vårdenheter som är ensamma inom tätorten och som står i omvänd proportion till enhetens storlek (små enheter får mest). Totalt kan därmed sex olika grunder för viktningen av den fasta ersättningen urskiljas bland de sju landstingen och regionerna:

- Demografi (ålder och kön)
- Diagnoser (klassificerat enligt ACG)
- Socioekonomi (uppgifter om listad individ eller beroende på individens bostadsort)
- Geografisk belägenhet (vårdenhetens avstånd till närmaste sjukhus/tätort eller individers avstånd till närmaste vårdenhet)
- Storlek på vårdenhet (antal listade).

De enklaste principerna återfinns i Halland, Västmanland och Stockholm som enbart använder sig av 3-5 åldersklasser för att bestämma den fasta ersättningen per listad individ. Även Kronoberg använder sig av fem åldersklasser, men kompletterar med särskild ersättning till vårdenheter som ligger mer än 10 km från närmaste sjukhus. Totalt sett är det en begränsad del av primärvårdsbudgeten som fördelas genom denna extra ersättning i Kronoberg. Ersättningen kan dock vara mera betydande, uppskattningsvis 5 procent av de totala intäkterna, för en liten vårdenhet som ligger långt ifrån närmaste sjukhus. Sammanlagt berörs 40 procent av vårdenheterna i Kronoberg av den extra ersättningen, som även fanns innan man införde vårdval.

Noterbart är att Kronoberg även använder sig av fem åldersklasser för att fördela ersättning för basläkemedel. Det är en stor skillnad jämfört med de övriga tre landsting och regioner där vårdenheter har kostnadsansvar för bas- eller allmänläkemedel. Både i Region Skåne, Östergötland och VG-regionen används en

³ Se Majeed A, Bindman AB, Weiner JP (2001a) för beskrivning av diagnosklassificering i syfte att riskjustera ersättning till vårdenheter.

mer finfördelad ersättning för läkemedel baserat på snävare åldersintervall och en indelning efter kön. Bakgrunden är att det finns större variation i den förväntade konsumtionen av läkemedel mellan olika åldrar och kön, jämfört med den förväntade konsumtionen av vårdbesök.

I Region Skåne används huvudsakligen individers tidigare diagnoser för att vikta ersättningen utifrån vårdtyngd. 80 procent av den fasta ersättningen baseras på en diagnosklassificering enligt ACG medan resterande 20 procent förklaras av listans socioekonomiska tyngd. För läkemedel använder man sig dock tills vidare av ett 40-tal ålders- och könsgrupper. På sikt är ambitionen att även läkemedelsersättningen ska bestämmas utifrån ACG. Justeringen utifrån socioekonomi sker genom beräkning av ett sammanvägt index som tar hänsyn till flera socioekonomiska faktorer knutna till listade individen. Beräkningarna görs av SCB utifrån respektive vårdenhets samlade lista av individer. Den socioekonomiska ersättningen är således inte knuten till individer utan sker på gruppnivå för varje vårdenhet.

Även VG-regionen använder diagnosklassificering baserat på ACG för viktning utifrån vårdtyngd, dock i kombination med ålder och kön. En särskild fast ersättning fördelas till vårdenheter utifrån socioekonomiskt index. Även i Östergötland tar man indirekt hänsyn till socioekonomi. En justering sker i förhållande till bostadsort för varje listad.

I VG-regionen finns en särskild fast ersättning till enheter beroende på avstånd till närmaste sjukhus, avstånd till större tätort samt befolkningstätheten i kommunen. Den kan jämföras med den särskilda ersättningen till vårdenheter efter geografisk belägenhet i Kronoberg. I Östergötland fördelas en motsvarande fast ersättning till enheter som är ensamma i tätorten och beroende på antalet listade vid enheten. Ambitionen med denna extra ersättning är att ge särskilt stöd för små vårdenheter som är ensamma på en tätort. En annan geografisk justering av den fasta ersättningen i Östergötland är tilläggsersättning för äldre (75+) som bor minst 11 km från närmaste vårdenhet. Även i Östergötland kan noteras att ersättningsprinciperna och de olika tilläggen i allt väsentligt är desamma som gällt tidigare. Den indirekta kompensationen utifrån boende (socioekonomi) justerades upp fr.o.m. vårdvalet. Tidigare utgick en grundersättning för alla vårdenheter, men denna har bytts ut mot en riktad ersättning till enheter som är ensamma på tätorten.

Sett i ett framtidsperspektiv kan noteras att flera av landstingen följer införandet av den viktning baserat på diagnosklassificering och socioekonomi som tillämpas i Region Skåne och VG-regionen. I Västmanland finns beslut att en sådan viktning av den fasta ersättningen ska påbörjas år 2010. I Stockholm har en utredning tillsats för att pröva förutsättningarna för att införa en ersättningsmodell som tar hänsyn till patientens diagnoser.

Justering för s.k. täckningsgrad

I fem av landstingen och regionerna justeras ersättningen till vårdenheter i förhållande till den s.k. täckningsgraden. Täckningsgrad definieras dock på olika sätt varför de siffror som anges i Tabell 2.2 inte är direkt jämförbara. Även justeringen sker på olika sätt och har framför allt olika betydelse för vårdenheterna. I Stockholm motsvarar täckningsgrad andel läkarbesök som görs på den enhet där individer listat sig i förhållande till totala antalet läkarbesök. Om andelen överstiger 40 procent utgår bonus och om andelen understiger 25 procent utgår ett vite. Täckningsgrad är en av flera indikatorer inom den målrelaterade ersättningen, som totalt sett motsvarar 3 procent av ersättningen till enheter. Justeringen med hänsyn till just täckningsgrad har därför blygsam betydelse.

Avdraget för täckningsgrad i Halland är också en del av den målrelaterade ersättningen och är konstruerat utifrån ambitionen att närsjukvården på sikt ska ta hand om 80 procent av alla besök i öppenvården. Måttet beräknas som kvoten mellan alla besök i närsjukvården och alla öppenvårdsbesök.⁴ För bristande måluppfyllelse, dvs. en täckningsgrad under 80 procent, reduceras vårdenheternas vårdpeng med ett fast kronotal. Vid en täckningsgrad på 68-69 procent reduceras exempelvis vårdpengen per listad med knappt 7 procent.

En motsvarande justering av ersättningen baserat på täckningsgrad finns i Kronoberg, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Justeringen är dock utformad på olika sätt, har olika betydelse och sker utifrån olika förutsättningar och ambitionsnivåer. I Kronoberg görs en justering en gång per tertiäl utifrån den genomsnittliga täckningsgraden, som för tillfället är 53 procent. Om man ligger över detta genomsnitt får man mer pengar, om man ligger under får man mindre. Målet är att uppnå en genomsnittlig täckningsgrad på 60 procent. I Region Skåne justeras ersättningen uppåt eller nedåt om man ligger utanför intervallet 55-61 procent i täckningsgrad. I Västra Götalandsregionen, slutligen, görs ett tillägg på den individbaserad fasta ersättningen om täckningsgraden är över 50 procent upp till 80 procent, dvs. samma långsiktiga målsättning som i Halland.

⁴ **Besök i närsjukvården** (= besök på egen vårdenhet och samverkande parter + besöks hos privata allmänläkare som finansieras genom nationell taxa + besök hos sjukgymnaster + primärvårdsbesök i andra län) / **Totala antalet öppenvårdsbesök** (= besök i närsjukvården + öppenvårdsbesök på sjukhus + besök hos privata specialister som finansieras genom nationell taxa eller vårdavtal + öppenvårdsbesök inom psykiatri + besök i handikappförvaltningen + besök inom öppen länsjukvård i andra län).

2.4.2 Rörlig ersättning – utifrån besök eller måluppfyllelse

Principer för den rörliga ersättningen varierar i första hand mellan Stockholm och övriga landsting och regioner (se Tabell 2.3).⁵ I Stockholm utgör den rörliga besöksersättningen ungefär 60 procent av enheters totala ersättning. Sammanlagt finns ett 15-tal olika nivåer (grundersättning och extra ersättning) och dessa används även för ersättning av vård till olistade individer eller individer som är listade på andra vårdenheter än där man gör sitt besök. Grundersättningen år 2009 för läkarbesök, sjuksköterskebesök, undersköterskebesök och besök hos kurator/psykolog uppgår till 484, 200, 100 respektive 600 kr. Eventuella patientavgifter räknas av besöksersättningen.

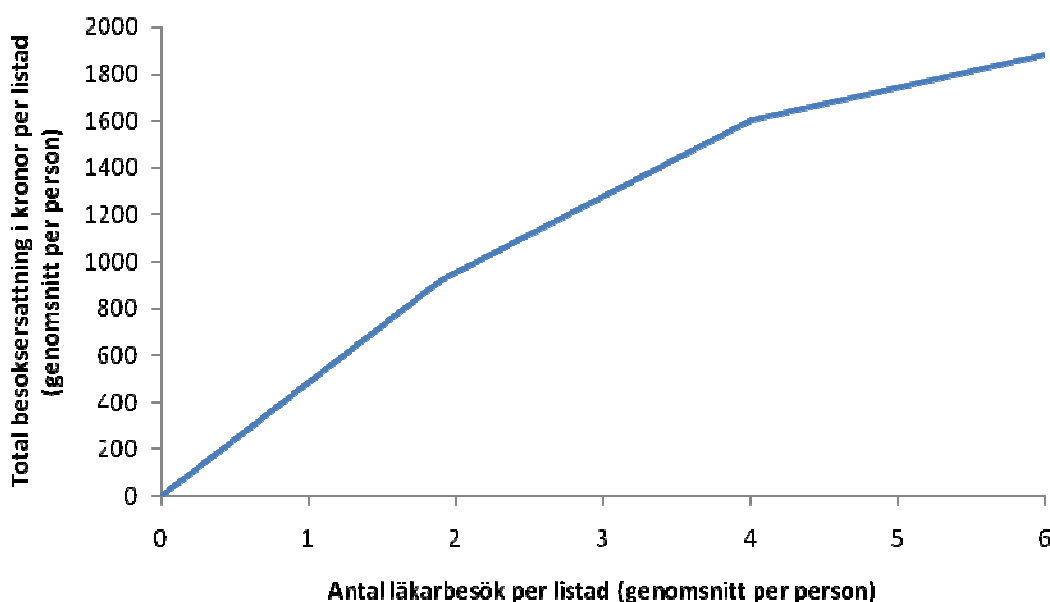
⁵ Det ska noteras att beskrivningen i avsnittet fokuserat den generella besöksersättningen. I samtliga landsting och regioner finns rörliga ersättningar i samband med t.ex. tolkbehov eller vid intygsskrivande. För detaljer hänvisas till respektive landstings och regions egen dokumentation.

Tabell 2.3 Rörliga ersättningar år 2009 för vårdenheter i primärvården.

	Halland	Stockholm	Västmanland	Kronoberg	Region Skåne	Östergötland	VG-regionen
Rörlig ersättning för listade på enheten	Patientavgifter får behållas. Landstinget täcker upp för högstkostnadsskydd.	Olika besöksersättning beroende på yrkeskategori och åtgärd. Reducerad ersättning beroende på volym.	Patientavgifter får behållas. Landstinget täcker upp för högstkostnadsskydd.	120 kr per besök oavsett yrkeskategori.	Ingen rörlig ersättning för listade. Patientavgifter räknas av mot fast ersättning.	Patientavgifter får behållas. Landstinget täcker <u>inte</u> upp för högstkostnadsskydd.	Ingen rörlig ersättning för listade. Patientavgifter räknas av mot fast ersättning.
Rörlig ersättning för övriga	Särskild prislista.	Samma ersättning som för listade. Ingen reducering efter volym.	Särskild prislista.	Särskild prislista.	Särskild prislista.	Särskild prislista.	Särskild prislista.
Ersättning baserat på mål och resultat	Ja, justering för täckningsgrad samt viten (engångsbelopp) om stor avvikelse gentemot Läke-medelskommitténs rekommendationer (två områden).	Ja, tillägg eller avdrag (3%) beroende på måluppfyllelse (inkl täckningsgrad).	Ja, extra ersättning (3%) beroende på måluppfyllelse.	Enbart justering av täckningsgrad.	Ja, justering för täckningsgrad samt extra ersättning (2%) beroende på måluppfyllelse.	Ja, extra ersättning (3-4%) beroende på måluppfyllelse. Extra ersättning beroende på vårdenhets täckningsgrad (andel listade som gjort besök på enheten uppgår till minst 56%). Ersättning för läkemedel kan reduceras upp till 2% vid under-förskrivning (mätt utifrån genomsnittliga kostnader i landstinget).	Ja, justering av täckningsgrad samt extra ersättning (3%) beroende på måluppfyllelse.

Med en stor andel rörlig besöksersättning ökar risken för en okontrollerad kostnadsökning. Det har man motverkat i Stockholm genom att definiera ett ersättningstak baserat på volymen besök hos olika yrkeskategorier. För läkarbesök utgår en grundersättning med 484 kr upp till 1,9 besök per listad, därefter reduceras ersättningen med 33 procent upp till 4,0 besök per listad. För besök över 4,0 besök per listad utgår enbart patientavgiften där landstinget ersätter för eventuell högkostnadsskydd ('frikort') (se figur 2.1). Taket, eller snarare den knäckta intäktskurvan, baseras på det genomsnittliga antalet besök per listad individ. Man kan alltså få full ersättning för 25 besök eller mer för en enskild individ om tillräckligt många andra listade gör inga eller få besök. För individer som inte är listade på enheten utgår alltid full besöksersättning.

Figur 2.1 Ersättningstak för läkarbesök i Stockholm år 2009.



I övriga landsting och regioner svarar den rörliga ersättningen för en mindre del av den totala ersättningen. Som framgår av Tabell 2.3 varierar principerna. I Västmanland och Halland får vårdenheter en rörlig besöksersättning motsvarande patientavgifterna. Om patienten uppnått gränsen för högkostnadsskydd kompenserar landstinget. Ersättning för besök av patienter som är listade på annan vårdenhet ersätts enligt särskilda och landstingsgemensamma prislistor, om inte berörda enheter själva kommit överens om andra ersättningar. Även i Östergötland får vårdenheter behålla patientavgifterna som intäkt. Däremot kompenserar landstinget inte för de individer som har högkostnadsskydd. För dessa individer finns således en knäckt intäktskurva där den rörliga ersättningen går ned till noll. För besök av patienter som är listade på annan enhet utgår alltid ersättning enligt särskild prislista. Dessa principer tillämpades även före vårdvalet. I Kronoberg finns en enhetlig besöksersättning på 120 kr oavsett yrkeskategori. Argumentet för att

använda samma besöksersättning var att man inte skulle styra vården så att läkare tog emot besök som sjuksköterskor klarar lika bra. För besök av patienter som är listade på annan enhet utgår ersättning enligt särskild prislista.

I både Region Skåne och Västra Götalandsregioner kommer enheter inte att få någon rörlig besöksersättning alls för listade individer. De patientavgifter som betalas till enheterna räknas av mot den fasta ersättningen. Den enda rörliga besöksersättningen avser besök av patienter som inte är listade på enheten.

Målrelaterad ersättning baseras på flera indikatorer

I samtliga sju landsting utgår den fasta ersättningen ifrån ett bestämt uppdrag där det finns mål, riktlinjer och krav som vårdenheter måste uppfylla. Som beskrivits ovan har också fem av landstingen och regionerna på olika sätt en justering av ersättningen utifrån täckningsgrad, vilket kan beskrivas som en rörlig justering baserat på mål och resultat. Därutöver finns i alla landsting och regioner utom Kronoberg ytterligare målrelaterade ersättningar med utgångspunkt i upp till ett 10-tal olika indikatorer. För 2009 är det en mindre del av ersättningen som baseras på sådana mål och resultat (se Tabell 2.3) men ambitionen i samtliga sju landsting och regioner är att på sikt öka betydelsen av denna del.

I första hand avser den målrelaterade ersättningen olika kvalitetsindikatorer för vad som betraktas som 'god vård'. Resultat från patientenkäter används exempelvis i flera landsting och regioner för att mäta patienternas betyg på vårdenheter avseende tillgänglighet, helhetsintryck, information, bemötande, delaktighet, trygghet och förtroende. Andra mål tar utgångspunkt i rekommendationer från Läkemiddelskommittéer t.ex. följsamhet till Kloka Listan (eller motsvarande), förskrivning av antibiotika och statiner, förskrivning av startförpackningar och förekomst av läkemedelsgenomgångar. Ytterligare exempel på mål och indikatorer avser diagnosregistrering, andel utskrivningsklara patienter där vårdplan är justerad, deltagande i fortbildning för personalen, hälsofrämjande arbete, miljöcertifiering och deltagande i nationellt diabetesregister.

Även om indikatorerna är likartade, eller åtminstone avser samma områden, finns olika principer om hur och när ersättningen betalas ut. I Halland används enbart viten i form av engångsbelopp, medan Region Skåne och Västra Götalandsregionen enbart ger möjlighet till extra ersättning. I Stockholm finns både viten och bonus kopplat till ett 10-tal indikatorer. I Östergötland finns möjlighet till extra ersättning beroende på måluppfyllelse. Därutöver ges extra ersättning till de vårdenheter där minst 56 procent av de listade genomfört ett besök under året, s.k. vårdenhetstäckningsgrad. I Östergötland finns även möjlighet att reducera den fasta ersättningen per listad om vårdenheter bedöms ha för låga läkemedelskostnader (se Tabell 2.3).

Kapitel 3

Vad gör andra landsting?

Som följd av Riksdagens beslut om vårdval i primärvården är samtliga övriga landsting på väg att införa liknande modeller som de som jämförts i föregående kapitel. Sett till modellkonstruktionerna förefaller helhetsansvar, val av vårdenheter snarare än allmänläkare, hög andel fast ersättning, avdrag för täckningsgrad och mycket kostnadsansvar vara viktiga ingredienser. Det är mer influenser från Vårdval Halland och den traditionella svenska primärvårdmodellen än från Vårdval i Stockholm och de tankegångar som fördes fram tidigare i samband med Husläkarreformen år 1994. Samtidigt har varje landsting sina egna lösningar på detaljerade frågeställningar som i hög grad tycks vara påverkade av tidigare traditioner och lösningar. Som i all annan organisationsutveckling finns en 'path-dependency' där historiska betingelser påverkar bedömningen av lämpliga handlingsalternativ inför framtiden. Större förändringar kan förknippas med högre omställningskostnader och är därför svårare att motivera. En stor förändring i ersättningsprinciperna skapar troligen vinnare och förlorare bland existerande vårdenheter, med efterföljande krav på omfördelning av resurserna som kan vara svårt att genomföra. En blygsam förändring är alltid enklare att implementera eftersom den inte ger så stora effekter.

Många landsting har förutsättningar att relativt snabbt ställa om befintliga system till en ökad betoning på vårdval och konkurrens genom fler privata vårdgivare. I de allra flesta landsting fanns redan år 2006 en kombination av aktiv och passiv listning i primärvården (Socialstyrelsen, 2007). Varje invånare hade formellt *möjlighet* att lista sig aktivt hos olika vårdgivare, förutsatt att dessa var behöriga och hade ledig kapacitet. Det gemensamma geografiska ansvaret var grunden för de allra flesta vårdcentralers ansvar, men enskilda individer kunde 'överpröva' detta ansvar genom att aktivt välja någon annan vårdcentral eller byta läkare inom samma vårdcentral. I de flesta landsting var det också möjligt för befolkningen att bli listad på antingen allmänläkare eller vårdcentral. Ersättningen baserades i huvudsak på en fast ersättning per registrerad individ i kombination med en mindre andel rörlig ersättning per besök.

Problemet handlar därmed inte i så stor utsträckning om att utveckla nya vårdvalsmodeller - grundbultarna vad gäller krav på vårdenheter, listning, ersättningsprinciper och kostnadsansvar existerar redan i de flesta landsting. Det

största problemet är istället att implementera och *aktivt* tillämpa modellerna. På de flesta håll var aktiv listning inte en prioriterad fråga år 2006, bl. a. mot bakgrund av att många offentliga allmänläkare redan var fulltecknade. De som ville bli listad hos en viss allmänläkare blev inte sällan nekade med hänvisning till att listan hos denna läkare var fulltecknad. De ekonomiska villkoren för vårdcentraler i offentlig regi påverkades inte heller nämnvärt av antalet listade och befolkningens eventuella val, vare sig i positiv eller negativ riktning. Ett överskott hos en primärvårdsenhet användes för att täcka underskott hos andra. Möjligheten att lista sig på olika vårdgivare och allmänläkare var i huvudsak formell och fanns inte i samma utsträckning i praktiken. Det finns ingen garanti för att detta förhållande kommer att ändras bara för att en ny styrmodell införs. Det kan i praktiken bli svårt för landstingsledningarna att stå emot krav och önskemål från vårdenheter vars ekonomi påverkas negativt av vårdval.

Även om utvecklingsarbetet i landsting och regioner till stor del följer gemensamma spår varierar förutsättningarna för en implementering. Det kan i sammanhanget noteras att de tre landsting som var först med att införa nya vårdvalsmodeller – Halland, Västmanland och Stockholm - hade mycket bra förutsättningar för implementeringen. I Västmanland och Stockholm baserades det vårdvalssystem som introducerades år 2008 till stor del på tidigare familjeläkare- respektive husläkarsystem där ungefär hälften av verksamheten redan drevs i privat regi. Landstinget i Halland införde en större förändring år 2007 genom att det saknades en tradition av valmöjligheter och listning i hela landstinget. Halland har dock sedan tidigare en förhållandevis väl fungerande och finansierad primärvård, som fick ytterligare resursförstärkning när vårdvalet infördes 2007. Detta underlättade sannolikt implementeringen.

Kapitel 4.

Behov av fortsatt utveckling

Den kritik som hittills riktats mot vårdvalsmodellerna har i stor utsträckning berört ersättningsprinciperna och om t.ex. den fasta ersättningen i högre grad bör beakta skillnader i vårdtyngd och socioekonomi. En annan fråga avser hur stor den rörliga ersättningen bör vara och hur den bör utformas. Utgångspunkten för debatten har inte sällan varit de förhållanden som gäller i Stockholm med en jämförelsevis stor andel rörlig besöksersättning. Med hänsyn till utvecklingen i övriga landsting och regioner borde debatten snarast handla om risker och behov av utveckling givet en modell med hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar för vårdenheter.

Det är också en sådan modell som är utgångspunkten för diskussionen i detta kapitel. En hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar ger mycket god kostnadskontroll och innebär att beslut om prioriteringar decentraliseras ned till verksamhetsnivå. Det är viktiga fördelar. Men modellen har som kommer att framgå också nackdelar och risker, främst att kostnadskontrollen kan bli alltför dominerande. Det finns även anledning att diskutera förutsättningarna för att uppnå en väl fungerande konkurrens givet olika modellval. Konkurrens kan nämligen ses som ett viktigt motmedel för att motverka riskerna med en hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar. I kapitlet behandlas även två centrala utvecklingsfrågor avseende ersättningsprinciperna. Det gäller dels olika argument och metoder för att vika den fasta ersättningen, dels hur den målrelaterade ersättningen kan utvecklas.

4.1 Risker med hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar

Oavsett hur ersättningsprinciper och kostnadsansvar utformas finns risk för icke önskvärda effekter. Med en stor andel rörlig besöksersättning finns risk för okontrollerade kostnadsökningar och en prioritering av antalet besök snarare än en prioritering utifrån individers behov av vård. Detta har också använts som argument när landsting och regioner valt att ersätta vårdenheter utifrån en hög andel fast ersättning per individ. Men även detta alternativ kan medföra icke-önskvärda effekter. Med en hög andel fast ersättning per listad individ finns högre risk för att vårdenheterna väljer bort individer med höga förväntade vårdkostnader,

s.k. 'cream-skimming' (Robinson, 2001; Jacobsson 2007). Även om vårdenheternas möjligheter att neka individer som väljer enheten är starkt begränsade (vilket gäller i samtliga landsting och regioner) finns möjligheter att indirekt påverka vem som listar sig genom val av lokalisering och/eller genom riktad marknadsföring. Sådana problem med att vårdenheter 'plockar russin ur kakan' kan undvikas om den fasta ersättningen justeras med hänsyn till individers förväntade vårdkonsumtion. Vid en sådan justering blir den förväntade lönsamheten densamma oavsett vilka individer som listas. En sådan justering löser dock inte ett annat problem, nämligen risken att vårdenheter med hög andel fast ersättning ger för lite vård till dem som listat sig.

Med en hög andel fast ersättning kommer all den vård som ges till patienterna att öka kostnaderna utan att intäkterna förändras, dvs. mer och bättre vård ger mindre i överskott och vinst. Det är en avgörande skillnad jämfört med en modell med rörlig ersättning där mer vård även kan förknippas med högre intäkter. Studier i både Danmark och Norge har också visat att en ökad andel fast ersättning till primärvården leder till fler specialistremisser (Krasnik m. fl., 1990; Iversen & Lurås, 2000). Logiken är densamma. Med högre andel rörlig ersättning kan vårdenheter påverka sina intäkter genom att göra mer själva. Med en högre andel fast ersättning skapas däremot finansiella incitament att remittera patienterna (och därmed vårdkostnaderna) till någon annan.

Problem med kostnadsövervältringar på andra kan hanteras genom ett utökat kostnadsansvar eller genom att vårdenheter belönas utifrån täckningsgrad, dvs. hur stor andel av den totala öppenvården som man tar ansvar för. En sådan lösning bidrar dock inte till att hantera potentiella problem med att vårdenheter ger för lite vård och vård av för låg kvalitet i egen regi. Ett utvidgat kostnadsansvar förvärrar snarast situationen. Om t.ex. vårdenheter har kostnadsansvar för receptläkemedel skapas finansiella incitament att ge så lite vård som möjligt även i detta avseende. Genom att hushålla med både besök, recept och vilka läkemedel som förskrivs kan vårdenheter förbättra sin egen ekonomi på bekostnad av den vård som ges till patienter.

En väl fungerande konkurrens genom vårdval, som baseras på information till befolkningen om vad vårdenheterna faktiskt erbjuder och presterar, kan ses ett kraftigt motmedel mot den typ av risk som beskrivits. Om vårdenheter med för dålig kvalitet och svaga erbjudanden kan identifieras, och därmed undvikas av befolkningen, skapas kraftfulla incitament som motverkar de potentiella riskerna för underproduktion. På så sätt kan också hävdas att risken för underproduktion givet en hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar är ännu högre utan möjligheter för befolkningen att välja bort vårdenheter.

Med en hög andel rörlig besöksersättning kan hävdas att betydelsen av konkurrens inte blir lika stor. Även vårdenheter i en monopolsituation har med sådana ersättningsprinciper finansiella incitament att producera många besök eftersom

detta ökar intäkterna. Om vårdenheter har ett begränsat kostnadsansvar har man inte heller några incitament att hushålla med olika resurser. Problem med kostnadskontroll och prioriteringar skjuts istället uppåt i organisationen till vårdens finansiärer och måste hanteras på andra sätt. Det är en viktig nackdel med en stor andel rörlig besöksersättning.

4.2 Olika modeller och förutsättningar för konkurrens

Sammanfattningsvis kan hävdas att en väl fungerande konkurrens blir viktigare med vårdvalsmodeller som baseras på en hög andel fast ersättning och ett utvidgat kostnadsansvar. Konkurrens blir ett sätt att motverka den potentiella risken för underproduktion. Nödvändiga villkor för att konkurrensen ska fungera är:

1. att befolkningen är beredd att välja om bland vårdenheter och att valen baseras på relevant information om skillnader i kvalitet,
2. att det finns alternativa vårdenheter för befolkningen att välja emellan.

I den utsträckning som dessa två villkor inte uppfylls måste landsting och regioner själva sörja för att kvalitén upprätthålls genom en förstärkt uppföljning. Oavsett alternativ gäller att landsting och regioner måste utveckla system för hur verksamheten ska följas upp. Sådana system krävs dels för landstingens och regionernas eget informationsbehov, dels för att ge befolkningen relevant information om skillnader mellan vårdenheter som underlättar individers val.

Ett dilemma i sammanhanget är dock att olika modeller även ger olika förutsättningar för att skapa konkurrens. Ju större krav som ställs på verksamheten desto mer premieras stora enheter (många listade) vilket innebär att det blir svårare att skapa en konkurrens med många alternativa enheter för befolkningen att välja emellan. Kraven kan vara både verksamhetsmässiga och finansiella. Genom en hög andel fast ersättning och ett utvidgat kostnadsansvar ökar den finansiella risk som kan förknippas med verksamheten. Det premieras större enheter (fler listade) där olika risker bland individer kan utjämnas mot varandra.⁶

Modeller och etableringshinder

En viktig skillnad mellan vårdvalssystemen i de sju landsting och regioner som jämförts är att kraven på vårdenheterna varierar. Det gäller både de direkta krav som ställs på verksamheten och de indirekta krav som följer av tillämpade ersättningsprinciper och kostnadsansvar. För husläkarverksamheter i Stockholm är

⁶ Den finansiella risken kan reduceras genom en mera förfinad riskjustering. En sådan riskjustering beaktar dock enbart skillnader i förväntade vårdkostnader mellan de grupper som definieras. Spridningen i de faktiska kostnader som uppstår inom definierade grupper kvarstår.

kraven generellt sett lägre än för vårdenheter i de andra sex landstingen och regionerna. Kraven varierar dock även mellan de övriga sex landstingen och regionerna. Skillnader i direkta och indirekta krav på vårdenheter får bl.a. betydelse för de aktörer som vill starta upp nya verksamheter.

Möjligheter och intresse bland potentiella nya aktörer för att etablera sig har stor betydelse för hur mycket konkurrens som kan sägas finnas på en marknad. Hotet från nya aktörer är i detta avseende lika viktigt som konkurrensen från de aktörer som redan existerar på marknaden. Nya aktörer svarar dessutom vanligtvis för förändringar och en dynamisk utveckling. Det är ett annat argument att inte enbart fokusera på antalet existerande alternativ utan även beakta möjligheterna för aktörer att starta upp nya verksamheter.

För att uppmuntra konkurrens från nya aktörer är det viktigt att kostnaderna för att etablera sig är så låga som möjligt. Sett i detta perspektiv är etableringskostnader för vårdenheter relativt sett lägre i Stockholm än i de andra landstingen och regionerna där det ställs större direkta och indirekta krav på vårdenheterna. De direkta kraven på husläkarmottagningarna i Stockholm är jämförelsevis låga genom att primärvården delats upp i olika delar. Den högre andelen rörlig besöksersättning i Stockholm bidrar därutöver sannolikt till att underlätta nyetableringar genom att vårdenheter i större utsträckning får betalt för vad man gör snarare än hur vårdbehoven ser ut och att vårdenheterna i mindre utsträckning blir beroende av vilka som initialt listar sig på enheten. Det begränsade kostnadsansvaret bidrar dessutom till att den finansiella risken för små enheter (färre listade) är jämförelsevis lägre än i de andra landstingen och regionerna.

Allt annat lika borde skillnaderna i direkta krav, ersättningsprinciper och kostnadsansvar resultera i fler nyetableringar och mer konkurrens och mångfald i Stockholm än i övriga landsting och regioner. Därutöver finns skäl att tro att konkurrensen blir större i Stockholm eftersom marknaden är större och mer koncentrerad och då det finns fler privata vårdgivare i utgångsläget. Slutsatsen skulle i så fall bli att konkurrens är relativt sett enklare att uppnå i Vårdval Stockholm än i de övriga landstingens och regionernas vårdvalssystem. Samtidigt är det enligt tidigare resonemang viktigare att uppnå konkurrens i de övriga sex landstingen och regionerna. Rent principiellt skulle man utifrån denna slutsats kunna hävda att det vårdvalssystem som introducerats i Stockholm passar bäst i glesbygden, där förutsättningar för att skapa konkurrens är sämre. Omvänt passar Vårdval Halland och dess efterföljare bäst i Stockholm, där det är enklast att uppnå den konkurrens som behövs för att motverka riskerna med dessa modeller.

Det finns naturligtvis mycket annat som påverkar intresset från nya aktörer att etablera sig i olika vårdvalssystem. En mycket viktig faktor, sannolikt av mycket större betydelse än ersättningskonstruktion, är ersättningsgenerositet. Om förutsättningarna för en god lönsamhet är gynnsamma blir det naturligtvis fler aktörer som är beredda att acceptera högre etableringskostnader jämfört med om

ersättningen är snålt tilltagen. I detta avseende kan noteras att det även finns viktiga skillnader mellan de sex landsting och regioner som använder sig av hög andel fast ersättning i kombination med utvidgat kostnadsansvar. Baserat på uppgifter om kostnader per invånare för primärvård förefaller t.ex. ersättningen vara mer generös i Halland jämfört med övriga landsting och regioner.

På väg mot större enheter och konsolidering?

Högre krav på vårdenheter, en hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar påverkar inte bara inträdesbarriärerna. Även de långsiktiga förutsättningarna för konkurrens påverkas genom att en sådan modell premierar större enheter (fler listade) och/eller att vårdenheter går samman i s.k. horisontell integration. Förklaringen är att större vårdenheter bättre kan hantera de högre kraven och den finansiella risk som uppstår till följd av ersättningsprinciper och kostnadsansvar. En sådan koncentration kan försämra konkurrensen, vilket i så fall kan öka risken för negativa effekter. Därtill ska läggas att offentligt ägda vårdenheter är i klar majoritet i de flesta landsting och regioner. I ett konkurrensperspektiv kan alla offentligt ägda vårdenheter inom ett landsting eller en region ses som en horisontellt integrerat vårdenhet, som högst påtagligt bidrar till marknadens koncentration.

Graden av koncentration är dock ett bristfälligt mått på konkurrens. Om hotet från nya aktörer är tillräckligt stort kan man uppnå en väl fungerande konkurrens även med ett fåtal existerande alternativ. Stora enheter och en horisontell integration ska därför inte betraktas som ett problem i sig. Sådana organisatoriska lösningar kan också ge befolkning och patienter fördelar. Om krav, ersättningsprinciper och kostnadsansvar premierar större enheter och integration blir det dock viktigt att olika former av etableringshinder undanröjs så att konkurrensen från potentiella nya aktörer kan upprätthållas. Om man genom politiska beslut helt utestänger nya aktörer från tillträde till ett geografiskt område, med hänvisning till att där redan finns tillräckligt många vårdenheter, försämras direkt konkurrensen genom att potentiella nya aktörer inte längre utgör något hot. Enligt tidigare resonemang ökar då också risken för icke-önskvärda effekter i form av underproduktion av vård. Ett annat sätt att försämra konkurrensen är om resurstilldelningen bland offentligt ägda vårdenheter inte följer befolkningens val. Om det inte ställs samma ekonomiska krav på offentligt ägda vårdenheter som för privata uppnås inte konkurrensneutralitet. Det minskar sannolikt intresset för nya etableringar bland privata aktörer.

I praktiken är det inte givet att de olika modellkonstruktionerna kommer att få så stor betydelse för primärvårdsmarknaden utveckling. Även i Stockholm kan noteras att de allra flesta nya aktörer etablerade sig under det första året med vårdval. Under 2009 har betydligt färre mottagningar tillkommit och nästan lika många har upphört. De enheter som tillkommit har dessutom etablerat sig i ytterområdena, vilket kan vara en indikation på att marknaden på övriga håll är mättad. En tydlig

trend från större privata aktörer är dessutom att man köper upp existerande mottagningar. Även i Halland finns motsvarande indikationer på att det är enklare att etablera sig på marknaden genom att köpa upp existerande vårdenheter än att etablera en ny vårdenhet.

På sikt kan det således finnas anledning för alla landsting och regioner att bevaka primärvårdsmarknadens utveckling så att konkurrensen upprätthålls, oavsett hur krav på vårdenheter, ersättningsprinciper och kostnadsansvar är utformade.

Konkurrens vs andra mål

Även om konkurrensen och mångfalden blir större i Stockholm är det naturligtvis inte givet att de lägre kraven på vårdenheter är att föredra ur befolkningens perspektiv. Det finns många andra mål att ta hänsyn till utöver möjligheterna att uppnå väl fungerande konkurrens. I både Halland och Västmanland liksom i Region Skåne och VG-regionen betonas att helhetsansvar och arbete i team är viktigt för att kunna möta befolkningens vårdbehov. En stor fördel med hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar sett ur landstingens och regionernas perspektiv är också att alla beslut om prioriteringar och verksamhetens utformning decentraliseras till vårdenheterna själva. Analysen i föregående avsnitt kan således inte tolkas som att Stockholm gör rätt och att de andra sex landstingen och regionerna har fel. Poängen är snarast att olika modellval får konsekvenser för dels de risker som landstingen och regionerna måste hantera, dels möjligheterna att skapa flera existerande alternativ för befolkningen att välja emellan.

En principiellt viktig fråga är också om konkurrensen om befolkningen kan bli *för* stor. Om det är enkelt för befolkningen att välja en ny vårdenhet så ger det förvisso fördelar såtillvida att vårdenheter får incitament att vara tillgängliga och ha en bra kvalitet på verksamheten. Samtidigt kan patientens makt (eller snarare vårdgivarnas förväntningar om denna) leda till krav på t.ex. antibiotikarecept och läkarkontakter som inte är medicinskt motiverade. Ett tillmötesgående av sådana krav kan i sin tur ge negativa externa effekter (ökad antibiotikaresistens) eller att individer med större vårdbehov men med måttliga anspråk prioriteras ned. Det är ytterligare exempel på hur betydelsen av konkurrens måste vägas mot andra målsättningar. Landsting och regioner kan inte heller förvänta sig att befolkningens val ska lösa alla problem. Oavsett i vilken utsträckning som konkurrens uppnås krävs en uppföljning även utifrån landstingens och regionernas ansvar för att tillhandahålla en god vård som fördelas efter behov.

4.3 Argument och metoder för riskjusterad (viktad) fast ersättning

En riskjustering av den fasta ersättningen per individ utifrån förväntad vårdtyngd är viktigt för att skapa rättvisa ekonomiska villkor bland vårdenheter. Genom en sådan

justering skapas finansiella incitament att lista även de individer som har stora vårdbehov. Som framgått av jämförelsen mellan de sju landstingen och regionerna finns även andra argument för att vikta den fasta ersättningen. Flera olika metoder för viktningen kan också identifieras.

Om alla vårdenheter listar ett genomsnitt av befolkningen behövs ingen riskjusterad vårdpeng. Förutsatt att vårdenheterna listar tillräckligt många individer tar alla variationer i förväntade vårdkostnader ut varandra. Om t.ex. fler äldre, små barn eller kvinnor väljer att lista sig på viss vårdenhet kommer dock den förväntade vårdkostnaden för denna vårdenhet att bli högre än för den genomsnittliga vårdenheten, eftersom dessa befolkningsgrupper konsumerar mer vård. En viktning baserad på ålder och kön ger en ökad rättvisa i resursfördelningen. En sådan enkel viktning hjälper dock inte de vårdenheter där t.ex. fler individer med kroniska sjukdomar listat sig. För att hantera en sådan variation i förväntade vårdkostnader behövs ytterligare riskjustering, t.ex. genom gruppindelning av de listade med utgångspunkt i diagnoser. På så sätt kan högre ersättning utgå för en listad individ med diabetes och hjärtsvikt jämfört med en individ i samma ålder utan kroniska besvär. En vanlig metod för en diagnosbaserad riskjustering av ersättningen inom amerikansk vård är Adjusted Clinical Groups, ACG (Majeed et al, 2001a). ACG används också i Region Skåne och VG-regionen (se kapitel 3).

En riskjustering utifrån förväntad vårdtyngd, oavsett om det mäts utifrån ålder, kön och/eller diagnoser, tar inte hänsyn till andra faktorer som kan påverka de förväntade vårdkostnaderna. Exempel är om patienterna inte förstår svenska eller om det finns en social problematik som innebär att varje besök tar längre tid. Andra faktorer som kan påverka kostnaderna är hur stort ansvar vårdenheter tar för den samlade öppenvården eller hur många som listat sig på enheten. För större vårdenheter finns möjligheter att bättre utnyttja gemensamma resurser. Det kan leda till lägre genomsnittliga kostnader per listad jämfört med mindre vårdenheter.

Utöver differentieringen baserat på förväntad vårdtyngd kan det finnas anledning att justera den fasta ersättningen efter socioekonomiska skillnader (Rosen et al, 2003). Med en sådan differentiering kan man t.o.m. göra det extra lönsamt för vårdenheter att etablera sig i områden med social problematik. Ett alternativ (eller komplement) är att kompensera för extra kostnader i samband med besöket, exempelvis genom att tolkersättningen dubblas. Ett viktigt problem som man inte med automatik löser genom en socioekonomisk viktning av ersättningen är att flera befolkningsgrupper idag snarast konsumerar för lite vård sett till behoven. I Socialstyrelsens lägesrapport 2007 konstateras exempelvis att individer födda utanför EU och lågutbildade har högre dödstal i s.k. åtgärdbar dödlighet och att de oftare läggs in på sjukhus i tillstånd som är behandlingsbara i öppen vård (Socialstyrelsen, 2008). Dessa negativa resultat skulle delvis kunna förklaras av brist på en tillgänglig primärvård. En förstärkt primärvård blir på detta sätt en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att nå en mer rättvis fördelning av resurserna.

Därutöver krävs ytterligare åtgärder i form av exempelvis krav på uppsökande verksamhet och riktade förebyggande insatser så att konsumtionen av vård bland fördelade befolkningsgrupper står i proportion till ohälsan.

Ytterligare argument för en viktad ersättning, som tangerats i avsnitt 4.2, är att detta underlättar för nya aktörer att etablera sig. Med en mera förfinad riskjustering så blir det av mindre betydelse vem som initialt listar sig på en ny vårdenhet. Utan sådan justering kan en nyetablerad vårdenhet få problem med ekonomin om t.ex. de första som listar sig är patienter med kroniska besvär som är missnöjda med den vård man fått från andra vårdenheter. På samma sätt borde de landsting och regioner som vill främja ett brett ansvar för vårdenheter som även rymmer annan specialistvård än den som ges av allmänläkare vara intresserade av en mera förfinad riskjustering. Om så inte är fallet motverkas i praktiken en sådan utveckling. En enkel riskjustering som enbart baseras på ålder ger inte några finansiella incitament att rikta verksamheten mot multisjuka äldre, exempelvis genom val av lokalisering eller riktad marknadsföring. En sådan strategi kan bara bli lönsam om det tas en direkt hänsyn till sjukligheten, exempelvis genom att ersättningen tar hänsyn till diagnoser.

En förfinad riskjustering motverkar på så sätt icke-önskvärd selektion (att välja bort individer och lokaliseringar med stora förväntade vårdbehov) *samtidigt* som den ger möjligheter till en selektion som kan vara önskvärd (exempelvis vårdenheter med inriktning på multisjuka äldre). Det kan också noteras att ett utvidgat kostnadsansvar både förutsätter och möjliggörs av en mera förfinad riskjustering. Som framgår av kapitel 3 så använder också en majoritet av de landsting och regioner där vårdenheter har kostnadsansvar för receptläkemedel en mera förfinad indelning av ersättningen baserad på fler åldersgrupper och även kön. Bakgrunden är att det finns större variation i förväntade läkemedelskostnader för befolkningen beroende på ålder och kön än motsvarande förväntade kostnader för primärvårdsbesök. En differentierad vårdpeng beroende på vilket ansvar som en vårdenhet tar för sina listade patienter i praktiken (täckningsgrad) kan också skapa mer rättvisa ekonomiska villkor för vårdenheter i städer och på landsbygden och ger vårdenheter finansiella incitament att ta ett stort ansvar för individers behov av öppen vård.

Behov av fortsatt och gemensamt utvecklingsarbete

Det finns således flera argument och utgångspunkter för en justerad ersättning, vilka sammanfattas i Tabell 4.1.

Tabell 4.1. Argument och utgångspunkter för viktad fast ersättning.

Argument för viktad fast ersättning	Utgångspunkter för viktning
Skapa rättvisa ekonomiska villkor utifrån vårdtyngd bland listade	Viktning baserat på individens karakteristika: <ul style="list-style-type: none"> - Demografiska variabler - Diagnosklassificering - Socioekonomiska indikatorer Viktning baserat andra faktorer: <ul style="list-style-type: none"> - Geografisk belägenhet - Vårdenhetens storlek
Motverka icke-önskvärd selektion (lokalisering respektive listning)	
Skapa möjligheter till önskvärd selektion (lokalisering respektive listning)	
Skapa möjligheter till utvidgat kostnadsansvar	
Underlätta nyetableringar	
Ge särskilt stöd för riktade insatser utifrån t.ex. socioekonomiska skillnader	
Motverka orättvisa ersättningar beroende på vårdenhetens ansvar i praktiken	Justerad ersättning utifrån: <ul style="list-style-type: none"> - Täckningsgrad - Geografisk belägenhet

Som visats i jämförelsen av de sju landstingen och regionerna finns också goda praktiska möjligheter att vikta den fasta ersättningen utifrån flera faktorer. Det finns flera argument för att riskjusteringen snarast måste förfinas ytterligare, särskilt utifrån vårdtyngd bland listade. Samtidigt måste nyttan av en mer förfinad riskjustering av ersättningen balanseras mot ökade administrativa kostnader. Det är inte heller självklart hur en diagnosbaserad justering ska införas och tillämpas och än mindre på vilket sätt en viktning för socioekonomiska skillnader kan och bör genomföras. Även en diagnosbaserad viktning av den fasta ersättningen har sina begränsningar. För det första krävs en diagnosregistrering i samband med besök. En tidigare studie med data från svensk primärvård har också visat att vårdtyngden mätt med ACG är känsligt för hur komplett diagnosregistreringen är (Engström et al, 2006). Ytterligare problem är att en diagnosbaserad riskjustering framförallt har ett stort värde vid retrospektiv analys av variationer i vårdkostnaderna. Det prognostiska värdet är lägre (Majeed et al, 2001b). För den socioekonomiska viktningen gäller att bedöma om denna baseras på en verklig vårdtyngd, eller om en sådan viktning måste kompletteras med krav på vårdenheter att satsa mer resurser på förebyggande och uppsökande verksamheter. På motsvarande sätt finns skäl att bedöma om viktning utifrån faktorer som vårdenhetens storlek eller geografiska belägenhet har en ekonomisk grund eller om det enbart är uttryck för önskemål att ge särskilt stöd för viss typ av vårdenheter.

Eftersom det finns så många argument, metoder och utgångspunkter för att vikta den fasta ersättningen finns stor anledning till fortsatt utveckling och kunskapsuppbyggnad. Det gäller inte minst för de landsting och regioner som har en hög andel fast ersättning i kombination med mycket kostnadsansvar för vårdenheter. Det finns dessutom all anledning för dessa landsting och regionerna att arbeta gemensamt. De resultat och erfarenheter som tas fram i ett landsting eller en region bör även kunna tillämpas i andra landsting. Eftersom mål och krav på vårdenheter är snarlika kan man också hävda att det på sikt bör finnas möjligheter att tillämpa mer enhetliga principer för ersättningen. En sådan utveckling minskar de administrativa kostnaderna och skulle också underlätta jämförelser av de ekonomiska förutsättningar som gäller för olika landstings och regioners vårdvalssystem.

4.4 Nya former för rörlig ersättning

Med en ökad andel rörlig besöksersättning ställs krav på produktion av visst antal besök för att verksamheten ska gå ihop ekonomiskt. Det är en avgörande skillnad jämfört med en hög andel fast ersättning. Med ökad andel besöksersättning minskar därför risken för underproduktion av besök. I Stockholm är det således mindre angeläget att förfina viktningen av den förhållandevis blygsamma fasta ersättningen. Om en vårdenhet i Stockholm listar en äldre person med flera diagnoser ges den extra ersättningen istället genom att denna person genererar fler besök. Logiken kräver naturligtvis att besöksersättningen kompenserar för den ökade förväntade vårdkostnaden. Med en rörlig besöksersättning blir det också tydligt att listade individer som av olika skäl kräver längre besökstider urholkar lönsamheten. Det har också varit en viktig kritik mot ersättningsmodellen i Stockholm där det bl.a. hävdats att ekonomin inte går ihop för vårdenheter som listat en stor andel individer från andra länder och kulturer. Ersättningsmodellen utgår från att besöken från dessa individer ska rulla på enligt samma schema som för andra. Men dessa problem finns egentligen i lika stor utsträckning med en hög andel fast ersättning även om de inte blir lika tydliga.

Det finns dock mera specifika problem med en hög andel rörlig ersättning. Ett första problem är naturligtvis risken för okontrollerade kostnadsökningar. I Stockholm har man motverkat detta problem genom att sänka ersättningen per besök om man kommer över en viss volym besök (se kapitel 3). Ett annat problem är att en rörlig ersättning baserad på besök kan påverka vilken typ av besök som tillhandahålls och att en ständig omprövning av arbetssätten och vilka yrkesgrupper som ska svara mot vilka vårdbehov inte uppmuntras. Man får den typ av vård och vårdorganisation som besöksersättningen 'efterfrågar'. Vem som gör vad och när styrs av ersättningsmodellen snarare än utifrån vad som är bäst för patienterna och vad som är mest kostnadseffektivt. Mera konkret kan t.ex. läkare få ekonomiska motiv att ta emot patienter som lika gärna kunde tas emot av distriktssköterskor.

Ett annat exempel är att uppföljningen av patienter av ekonomiska skäl sker genom återbesök på enheten även i de fall det varit fullt tillräckligt med ett telefonsamtal eller brev. Problemen är inte kopplade till den rörliga ersättningen i sig utan i första hand till att den är uppdelad på olika yrkes- och åtgärds-kategorier. Om samma besöksersättning utgår oavsett om läkare eller annan kompetens svarar för besöket skapas starka drivkrafter för substitution så att varje besök möter den kompetens som behövs.

För landsting som väljer en hög andel rörlig ersättning, som i Stockholm, finns en gemensam utmaning i att utveckla nya beskrivningssystem för den rörliga ersättningen som premierar ständigt omprövning och att olika vårdbehov möter rätt kompetens. Ett alternativ, där Stockholm har mer gemensamt med andra landsting och regioner, är att lämna ersättningen per besök och istället övergå till en rörlig ersättning som baseras på mål och resultat.

Målrelaterad ersättning förutsätter uppföljningssystem

Oavsett andelen fast ersättning finns en gemensam ambition bland de sju landsting och regioner som jämförts i denna rapport att i större utsträckning basera ersättningen på uppnådda mål och resultat. Under 2008 var det främst Stockholm som arbetade med viten och bonus kopplat till kvalitativa indikatorer. Den totala ersättning som avsatts till detta ändamål var dock liten; tre procent av den totala ersättningen. Bland de mål som formulerades i uppföljningsplanen var det också relativt få som var underlag för viten eller bonusar. Det gällde i ännu större utsträckning i Halland där det enbart var två av målen som var kopplade till avdrag på vårdpengen år 2008. Det viktigaste avdraget var justeringen av vårdpengen utifrån vårdenheternas täckningsgrad. Därutöver fick vårdenheter betala ett vite om man inte medverkade i det nationella diabetesregistret. För år 2009 har ersättningen baserat på mål och resultat inte ändrats principiellt sett i varken Halland eller Stockholm. Delvis nya mål och indikatorer är föremål för ersättningen, men den är fortfarande en blygsam del av den samlade ersättningen till vårdenheterna. Det gäller även i de övriga fem landstingen och regionerna.

Ett professionellt arbete med målrelaterade ersättning förutsätter att man i första hand kan definiera relevanta mål för verksamheten och att dessa kan följas upp. Den kanske största gemensamma utmaningen för landstingen är därför att utveckla kvalitetsindikatorer och uppföljningssystem för primärvården. En sådan utveckling är för övrigt nödvändig för att landstingen ska kunna följa upp vårdenheternas åtagande. Uppföljningssystem är även en förutsättning för att landstingen och regionerna ska kunna ge relevant information om skillnader mellan vårdenheter till befolkningen som stöd för individens vårdval. Man kan också hävda att beslut om att lägga ut kostnadsansvar på vårdenheterna bör ske först när man säkrat möjligheter att följa hur detta ansvar påverkar resursutnyttjande och vårdkvalitet.

Ett stort problem är naturligtvis vilken typ av mål och indikatorer som ska väljas. Ska målen avse strukturer, processer eller resultat, eller en kombination av alla tre? I Europa är det främst brittiska NHS som anammat de nya principerna med 'pay for performance' genom att ge ersättning för 'good practice' till läkare i primärvården sedan år 2004. Den målrelaterade ersättningen svarar för knappt 20 procent av allmänläkarnas inkomster och är uppbyggd kring ca 140 kvalitetsindikatorer i fyra s.k. domäner (se Tabell 4.2).

Tabell 4.2 Kvalitetsindikatorer i brittiska 'The Quality and Outcomes Framework'.

Domän	Indikatorer	Exempel
Kliniska	80 indikatorer för 19 områden: kranskärslsjukdom, hjärtsvikt, stroke och TIA, högt blodtryck, diabetes, astma, KOL, epilepsi, cancer, palliativ vård, mental hälsa, depression, demens, kronisk njursjukdom, fetma, inlärningsproblem, rökning, hypothyroidism, förmaksflimmer.	“Andel patienter med högt blodtryck där senaste uppmätta blodtryck (inom 9 månader) var 150/90 eller mindre.”
Organisatoriska	43 indikatorer för 5 områden: journaler och information, patientinformation, utbildning, läkemedelshantering, management.	”Praktiken har uppdaterade kliniska summeringar i minst 60% av patientjournaler.”
Patient-erfarenheter	4 indikatorer som berör konsultationers längd och användning av patientenkäter.	”Inbokade rutinbesök är inte kortare än 10 minuter.”
Tilläggstjänster	8 indikatorer för 4 områden: gynekologisk screening, barnhälsovård, mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning.	”Hälsoundersökningar för barn erbjuds enligt riktlinjer.”

De flesta av indikatorerna i tabell 4.2 handlar snarast om strukturer och processer och i ganska liten utsträckning om egentliga resultat. Beroende på utfallet kan praktiker få upp till 1000 poäng som översätts i pengar baserat på ett bestämt belopp per poäng. En bra hjärt-/kärlsjukvård och diabetesvård är viktigt för att få höga poäng i den kliniska domänen och journalsystemens kvalitet väger tungt i den organisatoriska domänen. Hela 24 av 80 kliniska indikatorer avser hjärt-/kärlsjukvård och 16 av de kliniska indikatorerna avser diabetesvård. 12 av 43 organisatoriska indikatorer berör på olika sätt journalsystemens kvalitet och användning. Indikatorer som anknyter till dessa tre områden (hjärta/kärl, diabetes och journalsystemens kvalitet) svarar tillsammans för 45 procent av den totala poängsumman.

Även i svensk primärvård torde en utvecklad målrelaterad ersättning i praktiken fokusera strukturer och processer snarare än resultat. Det behöver inte vara fel. Exempelvis finns goda möjligheter att utnyttja Socialstyrelsens nationella riktlinjer för att definiera viktiga patientgrupper och hur dessa bör behandlas i primärvården.

Innan ett sådant arbete med att definiera indikatorer inleds finns dock anledning att fundera på strategiska utgångspunkter (Gemmil, 2008). Rent principiellt kan hävdas att målrelaterade ersättningar i första hand ska användas för att motivera insatser och åtgärder som annars inte blir av. Gissningsvis kommer vårdenheter inom ramen för ett vårdvalssystem i första hand att prioritera upp tillgänglighet och bemötande gentemot patienter. En rimlig bedömning kan därför vara att det inte behövs någon extra belöning för att åstadkomma sådana förändringar. Dessutom kan hävdas att befolkningen är bättre på att avgöra hur viktigt väntetider och bemötande är jämfört med landstingen, bl.a. för att preferenserna i befolkningen varierar (Hjelmgren & Anell, 2007). Det är snarast tänkbara negativa effekter som bör vara föremål för en målrelaterad ersättning, t.ex. bristande kvalitet i den vård som ges till vårdtunga grupper. Genom målrelaterad ersättning kan man också uppmuntra andra aktiviteter som inte direkt efterfrågas, t.ex. förebyggande insatser riktat mot riskgrupper som inte själva uppsöker vården eller att vårdenheter ska samverka med andra vårdgivare inklusive den kommunala äldrevården.

En annan strategisk fråga är på vilket sätt man ska belöna vårdgivare. Räcker det med att klara en viss nivå eller ska man ge avdrag eller tillägg utifrån i vilken grad man klarar ett mål? Ytterligare alternativ är att belöna vårdgivare för positiva förändringar oavsett hur man ligger till jämfört med andra. En relaterad fråga är om uppfyllelse av mål ska ge poäng som senare omräknas till monetärt belopp, eller om den monetära ersättningen ska utgå direkt. En fördel med ett poängsystem är att den totala ersättningen kan revideras fristående från bedömningen av hur mycket poäng som varje kvalitetsindikator ska ge. Genom att bevilja en fast total ersättningsram för den målbaserade ersättningen, där ersättningen per poäng således räknas ut i efterhand och blir beroende av hur många poäng som producerats totalt sett av alla vårdgivare, kan man åstadkomma en lika god kostnadskontroll som med

ramanslag. En utvecklad målrelaterad ersättning behöver alltså inte innebära att det blir svårare att kontrollera vårdkostnaderna.

Det finns ännu så länge få hårda bevis för när en målrelaterad ersättning fungerar och vilka önskade effekter som kan uppstå (Manion & Davies 2008). De få kontrollerade utvärderingar som publicerats är ofta småskaliga och gjorda i USA vilket innebär att det är svårt att dra några generella slutsatser och slutsatser om effekter i andra sjukvårdssystem. Åtminstone några studier har också rapporterat negativa effekter (försämrade tillgänglighet för de med sämst hälsa, fusk, fokus på de mål som mäts och belönas) eller att vårdens dokumenterade kvalitet, snarare än den reella, förbättrats. I brittiska NHS har man i efterhand konstaterat att de kvalitetsmål som initialt sattes upp för primärvården sannolikt var för enkla att nå. Samtidigt visar de flesta utvärderingar trots allt på positiva effekter på kvaliteten (Gemmill 2008). En brittisk studie har också visat positiva fördelningseffekter genom att 'The Quality and Outcomes Framework' höjt primärvårdens uppmätta kvalitet *mer* i socialt utsatta områden (Doran et al 2008). Man ska i sammanhanget inte heller glömma bort att de traditionella ersättningsprinciperna är förknippade med väldokumenterade risker och önskade effekter.

En central fråga är hur en resultat- och målbaserad ersättning ska utformas för att den ska bli kostnadseffektivt jämfört med alternativen, att nyttan blir större än de kostnader som uppstår vid utveckling och underhåll av systemen. Som lätt inses vid en analys av omfattningen av brittiska QOF kan en målbaserad ersättning leda till ytterligare administrativa krav på vårdgivare, utöver de resurser som krävs för utveckling och underhåll av systemet. Val av mål bör rimligen utgå från existerande behandlingsriktlinjer och vilken typ av information som rutinmässigt samlas in från verksamheter. På det sättet kan annan form av kunskapsstyrning, inte minst nationella riktlinjer för prioriteringar, förstärkas genom ersättningen. Kraven på ytterligare datainsamling och administration reduceras.

Målrelaterad ersättning ett alternativt till kostnadsansvar?

Avdrag för täckningsgrad är i både Halland och Stockholm en del av den målrelaterade ersättningen och den motsvarande justering som görs i andra landsting och regioner (exklusive Västmanland och Östergötland) kan också ses utifrån ett sådant perspektiv. Eftersom täckningsgraden kan förbättras genom att producera många besök motverkar justeringen det grundläggande problemet med en hög andel fast ersättning i form av incitament till underproduktion av vård. En alternativ lösning hade varit att ge vårdenheterna fullt kostnadsansvar för alla öppen vård. En sådan lösning hade gett vårdenheter kraftfulla incitament att försöka påverka befolkningens val av vårdgivare. Lösningen hade därmed också varit mer riskfylld för landstinget som till sist alltid ansvarar för effekterna. Ett mindre avdrag på vårdpengen inom ramen för en målrelaterad ersättning kan då vara ett attraktivt alternativ.

I detta avseende kan paralleller dras till andra former av kostnadsansvar. Det är t.ex. fullt möjligt att resonera på samma sätt när det gäller läkemedel. Istället för att ge vårdenheter fullt kostnadsansvar för bas- eller allmänläkemedel kan en målrelaterad ersättning ge belöningar till de vårdenheter som följer läkemedelskommitténs rekommendationer. Motsvarande principer skulle kunna tillämpas för t.ex. utnyttjande av sjukgymnastik och andra rehabiliteringsinsatser eller utnyttjande av medicinsk service. Om allt större direkt ansvar för kostnader av olika slag läggs på vårdenheter i primärvården kan förtroendet för vårdformen sett i befolkningens perspektiv urholkas. Ger vårdenheterna patienterna den vård de behöver eller ser man i alltför stor utsträckning till sitt kostnadsansvar och intresse av att generera överskott och vinst? Eftersom bristande förtroende hos befolkningen kan anses vara ett viktigt grundproblem för primärvården (se Anell, 2005) bör modellerna och dess effekter också granskas utifrån en sådan utgångspunkt.

Den fortsatta utvecklingen får visa i vilken utsträckning avdrag för täckningsgrad förmår skapa systemeffekter och i vilken utsträckning kompletterande insatser behövs, exempelvis ändrade incitament och ersättningssystem för specialistvården. Det är också fortfarande en öppen fråga om användningen av läkemedel blir bättre eller sämre med kostnadsansvar för vårdenheter. En ytterligare viktig fråga är om en målrelaterad ersättning som kopplas till användningen av läkemedel eller annat resursutnyttjande kan vara ett attraktivt alternativ till formellt kostnadsansvar.

Kapitel 5

Sammanfattning och slutsatser

De sju landsting och regioner som jämförs i denna rapport har kommit olika långt i implementeringen av vårdval. Landstinget i Halland införde sin vårdvalsmodell år 2007 och Västmanland och Stockholm införde sina respektive modeller år 2008. Två av landstingen i urvalet, Landstinget Kronoberg och Region Skåne, har infört vårdval under första halvan av 2009. Östergötlands läns landsting och Västra Götalandsregionen kommer att införa sina modeller i september respektive oktober år 2009.

På en övergripande nivå finns flera likheter mellan de mål som landstingen och regionerna formulerat för sina vårdvalssystem. Det handlar om att öka befolkningens valfrihet, skapa mer mångfald och att förbättra tillgängligheten till vård med bibehållen kostnadskontroll. I andra avseenden finns stora skillnader. Det gäller hur brett åtagande vårdenheter ska ha och hur ekonomiska villkor i form av ersättningsprinciper och kostnadsansvar utformats. I denna rapport har skillnader och likheter avseende ersättningsprinciper och kostnadsansvar fokuserats.

De sju landstingen och regionerna kan på ett övergripande plan indelas i två grupper. I den ena gruppen återfinns Stockholm med relativt sett begränsade krav på vårdenheter, hög andel besöksersättning och begränsat kostnadsansvar. Övriga landsting och regioner kännetecknas av krav på bredare åtagande, en hög andel fast ersättning samt mer kostnadsansvar för vårdenheter. I fyra av landstingen och regionerna omfattar kostnadsansvaret även läkemedel. På en mera detaljerad nivå finns dock stora skillnader även inom denna andra grupp. Det gäller synen på behov av kompetens bland vårdenheter, hur den fasta ersättningen viktas, hur generös ersättningen är, hur kostnadsansvaret är utformat m.m.

Konkurrens viktigare med hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar

En hög andel fast ersättning och ett utvidgat kostnadsansvar ger tydliga fördelar i form av god kostnadskontroll och att beslut om prioriteringar och verksamhetens utformning decentraliseras till verksamhetsnivån. Men modellen har också nackdelar, främst risken för att kostnadskontrollen blir alltför dominerande. Om vårdenheter med för dålig kvalitet och svaga erbjudanden kan identifieras, och därmed väljas bort av befolkningen, skapas kraftfulla incitament som motverkar de

potentiella riskerna för underproduktion. Utifrån detta perspektiv kan hävdas att konkurrens blir viktigare i de sex landsting och regioner som har en hög andel fast ersättning med utvidgat kostnadsansvar som viktiga delar av sitt vårdvalssystem. Nödvändiga villkor för att konkurrensen ska fungera väl är dels att befolkningen är beredd att välja om bland vårdenheter och att valen baseras på relevant information om skillnader i kvalitet, dels att det finns alternativa vårdenheter för befolkningen att välja emellan. I den utsträckning som dessa två villkor inte uppfylls måste landsting och regioner själva sörja för att kvalitén upprätthålls genom en förstärkt uppföljning.

Ett dilemma i sammanhanget är att olika modeller även ger olika förutsättningar för att skapa konkurrens. Ju större krav som ställs på verksamheten desto mer premieras större enheter (fler listade) och/eller horisontell integration, vilket innebär att det blir svårare att skapa många alternativa enheter för befolkningen att välja emellan. En ökad koncentration kan i sin tur försämra konkurrensen, vilket ökar risken för de negativa effekterna och att kostnadskontrollen blir alltför dominerande. I ett konkurrensperspektiv kan dessutom alla offentliga ägda vårdenheter inom ett landsting eller en region ses som en horisontellt integrerad vårdenhet, vilket starkt bidrar till marknadens koncentration.

Graden av koncentration är dock ett bristfälligt mått på konkurrens. Om hotet från nya aktörer är tillräckligt stort kan man uppnå en väl fungerande konkurrens även med ett fåtal existerande alternativ. Med hög andel fast ersättning och utvidgat kostnadsansvar blir det därmed viktigt att olika former av etableringshinder undanröjs. Med en formell etableringskontroll utöver de krav som ställs på vårdenheter försämras direkt konkurrensen genom att de befintliga aktörerna skyddas från konkurrens. Ett annat sätt att försämra konkurrensen är om det inte ställs samma ekonomiska krav på offentligt ägda vårdenheter som på privata enheter. I så fall uppnås inte konkurrensneutralitet, vilket minskar intresset för etableringar bland potentiella nya privata aktörer.

Analysen kring olika modeller och förutsättningar för konkurrens kan inte tolkas som att landstingen och regionerna gör mer eller mindre fel beroende på hur modellen konstrueras. Det finns många andra viktiga målsättningar att ta hänsyn till utöver möjligheten att uppnå konkurrens. Poängen är snarast att olika modellval får konsekvenser för dels de risker som landstingen och regionerna måste hantera, dels möjligheterna att skapa flera existerande alternativ för befolkningen att välja emellan.

Behov av gemensam utveckling av ersättningsprinciperna

Som illustreras av jämförelsen av de sju landstingen och regionerna finns goda praktiska möjligheter att vikta den fasta ersättningen utifrån flera faktorer. Det finns också flera argument för att riskjusteringen i framtiden snarast måste förfinas ytterligare. Det gäller särskilt riskjusteringen utifrån förväntad vårdtyngd. En

förfinad riskjustering skapar rättvisa ekonomiska villkor oavsett vem som listar sig på enheten, motverkar icke-önskvärd selektion, främjar möjligheter för vårdenheter att specialisera sig mot vårdtunga grupper, möjliggör ett utökat kostnadsansvar och underlättar nyetableringar. Samtidigt måste nyttan av en mer förfinad riskjustering av ersättningen balanseras mot ökade administrativa kostnader.

Eftersom det finns så många argument och metoder för att vikta den fasta ersättningen finns anledning för landsting och regioner att utveckla systemen och nya kunskaper gemensamt. Eftersom mål och krav på vårdenheter för de flesta landsting och regioner är snarlika kan man också hävda ett det bör finnas möjligheter att tillämpa mer enhetliga principer för viktningen. En sådan utveckling minskar de administrativa kostnaderna och skulle underlätta jämförelser av de ekonomiska förutsättningar som gäller i olika landsting och regioner.

Oavsett andelen fast ersättning finns en gemensam ambition bland de sju landstingen och regionerna att i större utsträckning basera ersättningen på uppnådda mål. Ett professionellt arbete med målrelaterade ersättning förutsätter att man i första hand kan definiera relevanta mål för verksamheten och att dessa kan följas upp. Den kanske största gemensamma utmaningen för landstingen är därför att utveckla gemensamma uppföljningssystem för primärvården. En sådan utveckling är för övrigt nödvändig för att landstingen ska kunna följa upp vårdenheternas åtagande. Uppföljningssystem är även en förutsättning för att landstingen och regionerna ska kunna ge relevant information om skillnader mellan vårdenheter som stöd för individers vårdval.

Referenser

- Anell A. (2005) *Primärvård i förändring*. Studentlitteratur: Lund.
- Anell A. (2008) *Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov*. KEFU: Lund.
- Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D (2008) Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet*; Aug 11 (Epub ahead of print).
- Engström SG, et al. (2006) The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care. *BMC Public Health*; 6: 36.
- Gemmill M. (2008) Pay-for-performance in the US: What lessons for Europe? *Eurohealth*; 13:4: 21-23.
- Hjelmgren J, Anell A. (2007) Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy*; 82: 314-22.
- Iversen T, Lurås H. (2000) The effect of capitation on GPs referral decisions. *Health Economics*; 9: 199-210.
- Jacobsson F (2007) *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården*. CMT: Linköpings universitet.
- Krasnik A. et al. (1990) Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice. *British Medical Journal*; 360: 1698-1701.
- Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. (2001a) Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. *BMJ*; 323: 604-607.
- Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. (2001b) Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II: advantages, disadvantages, and practicalities. *BMJ*; 323: 607-610.
- Manion R, Davies HT. (2008) Payment for performance in health care. *BMJ*; 336: 306-308.

Robinson JC. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*; 79(2): 149-77.

Rosen AK, Reid R, Broemeling A-M, Rakovski CC. (2003) Applying a Risk-Adjustment Framework to Primary Care: Can We Improve on Existing Measures? *Annals of family Medicine*; 1(1): 44-51.

Socialstyrelsen (2007) *Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2006*. Socialstyrelsen: Stockholm.

Socialstyrelsen (2008) *Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2007*. Socialstyrelsen: Stockholm.

Vårdval i primärvården

Under senare år har allt fler landsting utifrån egna initiativ utvecklat nya vårdvalsmodeller i primärvården. Ambitionerna att pengarna skall följa befolkningens val av vårdgivare har ökat, liksom att konkurrensen skall stärkas genom fler privata etableringar. I en tidigare KEFU-rapport analyserades utvecklingen och vårdvalsmodeller i Halland, Västmanland och Stockholm (Anell 2008).

Denna rapport innehåller uppdaterad information från de tre pionjärerna men också beskrivningar och analyser från fyra ytterligare landsting och regioner. I rapporten jämförs erfarenheter och ambitioner med fokus på principiella skillnader och likheter avseende utformning av ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter. Med utgångspunkt i jämförelsen diskuteras även framtida utmaningar och behov av fortsatt utveckling. Särskilt intresse riktas mot hur olika modellkonstruktioner påverkar förutsättningarna för att skapa konkurrens.

I rapporten konstateras bland annat att det på övergripande nivå finns flera likheter mellan de mål som landstingen och regionerna formulerat för sina vårdvalssystem, men också stora skillnader. För beslutfattarna är det viktigt att vara medveten om att olika modellval får konsekvenser för dels de risker som landstingen och regionerna måste hantera, dels möjligheterna att skapa flera existerande alternativ för befolkningen att välja emellan.

Rapportens framåtblickande avslutning lyfter fram trenden som förefaller gå mot att basera ersättningen på uppsatta mål. Den kanske största gemensamma utmaningen för landsting och regioner är därför att utveckla gemensamma uppföljningssystem för primärvården.