

Lägesrapport – Vårdval Stockholm:
utvecklingen av kostnader, vårdutnyttjande, och
produktivitet under första halvåret 2008

Clas Rehnberg
Nils Janlöv
Jahangir Khan

Centrum för Folkhälsa
Enheten för Hälsoekonomi

Författare:

Clas Rehnberg
Nils Janlöv
Jahangir Khan

Citera gärna men ange källan:

Enheten för Hälsoekonomi
Centrum för Folkhälsa
Stockholms Läns Landsting

Rapporten kan beställas från:

Biblioteket
Enheten för Socialmedicin och Hälsoekonomi
Norrbacka, plan 2
171 76 Stockholm
e-post: socmedlib@sll.se
www.folkhalsoguiden.se

ISBN
Tryckeri:



FÖRORD

I samband med att landstingsstyrelsen den 26 juni 2007 fattade beslut om vårdval Stockholm bestämdes också att vårdvalet ska utvärderas. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning gav då ett uppdrag till Centrum för Folkhälsa, som till årsskiftet blir en del av Karolinska Institutet, att genomföra denna utvärdering som en del av ett forskningsprojekt. Huvudutredare är Clas Rhenberg, docent vid MMC, Medical Management Centre vid Karolinska Institutet.

Vårdval Stockholm infördes den 1 jan 2008 för att förbättra patientens möjligheter att få välja vårdgivare inom primärvården, kombinerat med en frihet för vårdgivare att etablera sig. Tanken med modellen var också att förbättra tillgängligheten inom primärvården samt att ersättningarna i större utsträckning ska följa befolkningens val av vårdgivare.

De nya vårdvalsmodellerna i Stockholms läns landsting och andra landsting har haft olika målsättningar och utformats olika. Det är viktigt att redan från början följa upp och senare även utvärdera erfarenheter och effekter av modellerna. Det finns viss osäkerhet om hur modellen påverkas av utformningen av ersättningssystem och regelverk. Det är därför viktigt att följa utvecklingen och dokumentera erfarenheterna. Utvärderingar av de olika vårdvalsmodellerna inom landstingen kommer även att vara värdefullt vid jämförelser mellan landstingen.

Denna rapport ger en lägesbeskrivning av det första halvåret av Vårdval Stockholm. Rapporten är sammanställd av Clas Rehnberg, Nils Janlöv och Jahangir Khan, samtliga medarbetare vid Centrum för Folkhälsa, Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. Gruppen har arbetat på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Författarna svarar dock ensamma för innehållet i rapporten. I uppdraget ingår att under en längre period följa upp och utvärdera erfarenheterna inom Stockholms läns landsting och ytterligare rapporter planeras under år 2009 och 2010.

Fokus i föreliggande rapport har varit frågeställningar om kostnader, produktivitet och omfördelningar mellan geografiska områden. I kommande rapporter kommer även frågor som effekter av Vårdval på andra vårdverksamheter, marknadsstruktur, privat/offentlig vård, och ersättningssystem att analyseras.

Stockholm, den 1 december 2008

Catarina Andersson Forsman

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning

1 Inledning och bakgrund

2 Data och metod

3. Kostnadsutveckling

4. Fördelning av vårdutnyttjande mellan geografiska områden

5. Produktivitet och produktivitetsutveckling

6. Diskussion och slutsatser

REFERENSER

SAMMANFATTNING

Flera landsting har infört modeller inom primärvården där medborgarnas möjligheter att välja i första hand husläkarmottagningar ökat samtidigt med en reglerad etableringsfrihet och möjlighet till konkurrens mellan vårdgivare. Dessutom har ersättningssystem ändrats och anpassats till individuella val. Gemensamt för modellerna är att individens enskilda rätt och möjlighet att välja läkare eller primärvårdsenhet ökat. Tanken är även att medborgarnas val ska påverka resursfördelningen mellan vårdgivare (*"pengarna följer patienten"*). Stockholms läns landsting införde sin vårdsvalsmodell den 1:a januari 2008.

Föreliggande rapport ska inte främst ses som en utvärdering av Vårdval Stockholm utan är en lägesrapport baserad på det första halvåret med modellen. Fokus i rapporten har varit frågeställningar om kostnader, produktivitet och omfördelningar mellan geografiska områden. Mot bakgrund av att data endast omfattar de första sex månaderna har vi avstått från att dra långtgående slutsatser av materialet, utan främst beskrivit de förändringar som observeras. Denna redovisning kommer att följas upp i en mer omfattande utvärdering.

Inledningsvis konstateras att kostnaderna för husläkarverksamheten fortsatt att öka inom landstinget. Ökningen mellan 2007 och 2008 på 1,4 % är dock något mindre än föregående års ökning, 2,6% respektive 4,2% för åren 2006 och 2007. Siffrorna baseras på utfallet under första halvåret för 2008 och beräkningen ska ses som en prognos för hela 2008 med den osäkerhet som finns med försenad inrapportering av kostnader vid halvårsskiftet.

Utvecklingen av vårdutnyttjandet har studerats med mått som olika typer av läkar- och distriktssköterskebesök, övriga besök samt telefonkontakter. Utvecklingen visar en ökning av läkarbesöken medan besök hos övriga yrkeskategorier minskar något. Detta kan förklaras av de incitament som den nya ersättningen ger för att öka läkarbesöken. Beträffande fördelningen mellan stadsdelar och kommuner noteras en ökning av läkarbesök i samtliga områden, medan flertalet områden har en minskning av övriga besök. En analys av fördelningen mellan områden med hög och låg medelinkomst visar att ökningen varit större i områden med lägre medelinkomst. Förändringen är dock relativt liten och ska tolkas försiktigt mot bakgrund av problem med inrapportering av data. Det är läkarbesöken som ökat mest i områden med lägre medelinkomst.

Den sammanvägda produktiviteten inom primärvården i landstinget har ökat i högre grad mellan åren 2007 och 2008 i jämförelse med åren 2006-2007. Kostnaden per viktad vårdkontakt minskade med ca 12 % från 2007 till 2008. Prestationerna, främst läkarbesök, har således ökat i snabbare takt än kostnaderna. Det är osäkert hur detta har uppnåtts och påverkat besökens längd eller svårighetsgrad. Inga större skillnader i produktivitet förelåg mellan områden med låg och hög medelinkomst. Skillnaderna mellan privata och offentliga vårdgivare var små, med en något högre produktivitet hos offentliga vårdgivare. Inga samband kunde noteras mellan produktivitet och områdestillhörighet. En jämförelse mellan produktivetsmått och ett index av tre indikatorer för patientnöjdhet visar att det inte förelåg motsättningar mellan produktivitet och patientnöjdhet. Det finns ett svagt positivt samband, om ej signifikant, mellan hög produktivitet och patientnöjdhet.

De presenterade resultaten ska tolkas försiktigt mot bakgrund av den korta period som Vårdval Stockholm varit i bruk. Analysen är även baserad på områdesdata vilket inte fångar upp variationer inom områden, vilket dock kommer att beaktas i kommande analyser av individdata. I kommande analyser kommer även frågor om effekter av Vårdval på övriga vårdformer, marknadsstruktur, privat/offentlig vård, och ersättningssystem att analyseras.

1. Inledning och bakgrund

Tre landsting har hittills infört olika vårdvalsmodeller i primärvården. Ytterligare ett antal landsting planerar modeller som går under namnet *vårdval* eller *hälsoval*. Härtill kommer den statliga utredningen som föreslagit ett obligatoriskt införande av vårdvalsmodeller i hela landet (SOU 2008:37). Gemensamt för modellerna är att individens enskilda rätt och möjlighet att välja läkare eller primärvårdsenhet ökar. Tanken är även att medborgarnas val ska påverka resursfördelningen mellan vårdgivare ("*pengarna följer patienten*"). Det tidigare områdesansvaret kombinerat med ett offentligt vårdutbud frångås i olika utsträckning. Det finns även stora skillnader mellan modellerna i t.ex. Halland, Stockholm och Västmanland när det gäller utformningen av ersättningssystem, kostnadsansvar och konkurrensutsättning.

Stockholms läns landsting införde sin vårdvalsmodell den 1:a januari 2008, samtidigt som Landstinget i Västmanland. Landstinget i Halland startade ett år tidigare i januari 2007. Föreliggande rapport ska inte främst ses som en utvärdering av Vårdval Stockholm utan är en lägesrapport baserad på det första halvåret med modellen. Fokus i rapporten har varit frågeställningar om kostnader, produktivitet och omfördelningar mellan geografiska områden. Mot bakgrund att data endast omfattar de första sex månaderna har vi undvikit att dra långtgående slutsatser av materialet, utan främst beskrivit de förändringar som observeras.

Rapportens syfte

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

- Kostnadsutvecklingen
- Fördelning av vårdutnyttjande mellan geografiska områden
- Produktivitetsskillnader och produktivitetsutveckling

Rapporten är i första hand en lägesbeskrivning och de analyser som görs kommer att följas upp i en kommande rapport avseende hela året 2008.

Rapportens disposition

I kapitel två redogörs för de databaser som använts samtidigt som metoder för analys av fördelningsaspekter och produktivitetsanalyser presenteras. I kapitel tre redogörs för kostnadsutvecklingen inom husläkarverksamheten mellan de tre åren. Kapitel fyra studerar hur vårdutnyttjandet förändrats mellan geografiska områden. Redogörelsen fokuserar på skillnader mellan områden med hög och låg inkomst. I kapitel fem redovisas resultaten för produktivitetsutvecklingen samt de skillnader som finns mellan områden och vårdgivare. Slutligen ges i kapitel sex en kort diskussion och summering av resultaten. Dessutom anges de frågeställningar som kommer att följas upp i kommande rapport.

2. Data och metod

De analyser som gjorts är på områdesnivå, vilket innebär att studien baseras på aggregerade data och inte individdata. Tidsperioden är 2006-2008, där data för första halvåret 2008 använts för att prognostisera hela året. De data som använts i analyserna baseras på befintliga register som landstingets patientstatistik och kostnadsredovisning. Uppgifter om vårdutnyttjande har hämtats från VAL-databasen för primärvård. I den s.k. Leverantörsdatabasen (LUD) har uppgifter om patientnöjdhet tagits fram. Uppgifter om kostnader per område och husläkarmottagningar har hämtats från landstingets redovisningssystem "Raindance". Dessutom har befolkningsstatistik om inkomst baserat på data från SCB använts.

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

3. Kostnadsutvecklingen

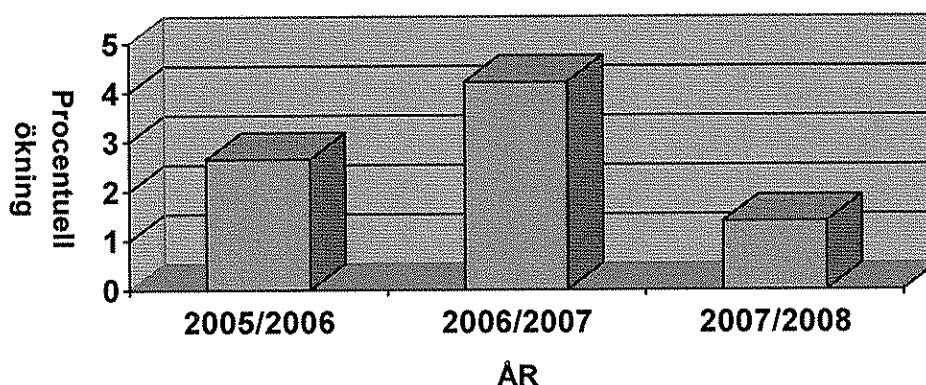
Möjligheterna att kontrollera kostnaderna är kopplade till styrmodeller och ersättningsformer. Budgetanslag och kapitering har visat sig vara framgångsrika principer för en god kostnadskontroll. En övergång till rörlig ersättning baserat på volym av besök eller andra prestationer medför ofta minskade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

Samtidigt utgör primärvårdens kostnader en mindre andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. I Sverige är riksgenomsnittet 16 %, vilket innebär att effekten av kostnadsökningar inom primärvården på de totala kostnaderna är relativt små. Räknat i kostnader per invånare ligger Stockholm på en nivå strax under riksgenomsnitt. Däremot ligger besöksfrekvens per invånare i primärvården över riksgenomsnittet.

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

Som nämnts ovan infördes prestationsersättningen inom primärvården tre år före införandet av vårdvalsmodellen. Effekten av vårdval skulle då vara kombinationen med prestationsersättning och etablering av nya vårdgivare. I figur 1 presenteras kostnadsutvecklingen inom husläkarverksamheten för åren 2005-2008.

Figur 1. Kostnadsutvecklingen för husläkarverksamhet, Stockholms läns landsting, 2006-2008



Vi kan konstatera att kostnadsökningen fortsatt under 2008, men under kontrollerade former. De årliga kostnadsökningarna för de tre åren har varit 2,6%, 4,2% respektive 1,4%. Det bör uppmärksammas att siffrorna för 2008 baseras på utvecklingen under första halvåret och är en prognos för hela året. En förklaring till den begränsade kostnadsökningen är sannolikt det

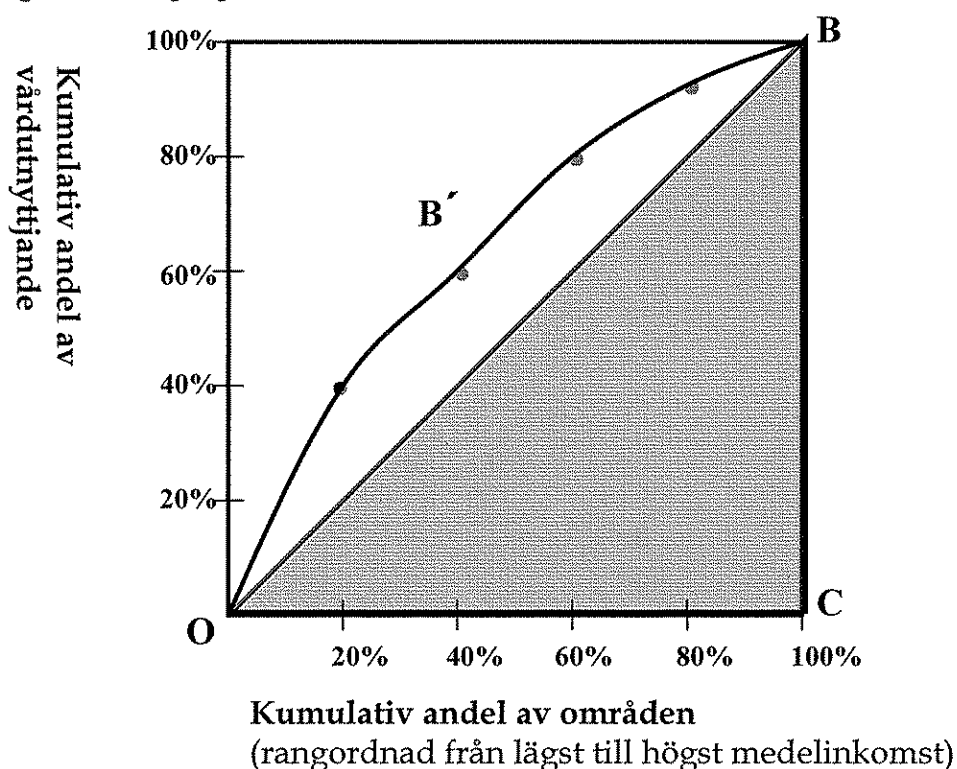
ersättningstak baserat på volymen av besök hos olika yrkeskategorier som finns i modellen. Taket baseras på det genomsnittliga antalet besök per listad individ. Samtliga kostnader som påverkas i primärvården ingår inte i ovanstående belopp. Det gäller t.ex. förskrivna läkemedel, tekniska hjälpmedel samt kostnader för remitterade patienter. Dessa kostnader kommer dock att följas upp i kommande analyser.

4. Fördelning av vårdutnyttjande mellan geografiska områden

Fördelningen av resurserna och vårdutbud mellan geografiska områden och socioekonomiska grupper är en central fråga inom hälso- och sjukvården. Den tidigare modellen för resursfördelning byggde på en princip med ett index baserat på indikatorer som antal invånare, andelen äldre och socioekonomiska indikatorer på områdesnivå. I praktiken är det dock oklart i vilken utsträckning detta index använts för resursfördelningen. De olikheter som kvarstått från tiden med många beställarenheter, särskilda budgetförhandlingar och anslag ledde till variationer i kapiteringsnivåerna under flera år (SLL 2007). Från år 2005 har det även funnits en produktionsrelaterad rörlig ersättning. Det är således inte helt klart vilket typ av ersättningssystem man jämför med när utfallet år 2008 ska jämföras med tidigare år.

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

Figur 2. Exempel på Lorenzkurva



I figur 2 illustreras en situation (B') där områden med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst. Vi kan se att 20 % av befolkningen med lägst inkomst konsumerar ca 40 % av vården.

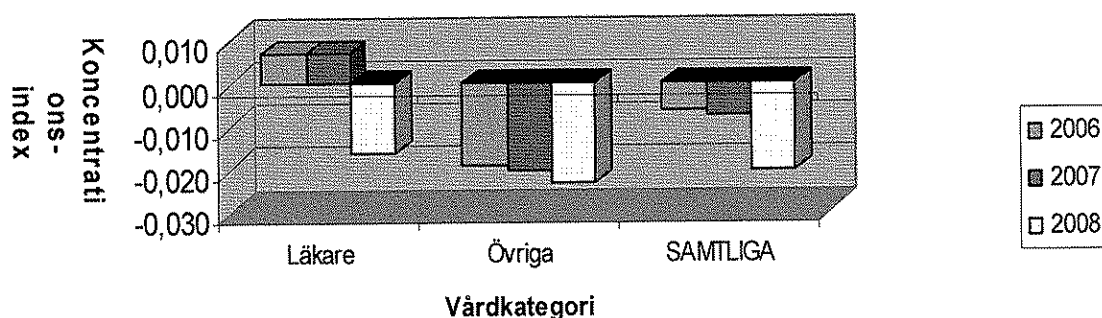
En beräkning av koncentrationsindex förutsätter att den socioekonomiska statusen för olika geografiska områden kan rangordnas. I analysen har vi använt oss av medelinkomst för de 38 stadsdelar och kommuner som används inom landstinget. Vi har sedan tillämpat metoden med koncentrationsindex för att uppskatta fördelningen av läkarbesök och besök hos andra yrkeskategorier mm mellan områden med låg och hög medelinkomst (tabell 1).

Tabell 1. Koncentrationsindex för läkar- och övriga besök, 2006-2008 (per invånare).

Typ av vård	2006	2007	2008
Läkare			
Ny- och återbesök	0,000	0,002	-0,017
Hembesök	0,031	-0,007	-0,038
Telefonkontakt	0,069	0,071	0,028
Övriga vårdgivare			
Ny- och återbesök	-0,101	-0,101	-0,075
Hembesök	0,050	0,042	0,035
telefon	--	-0,013	0,012

Minusvärden innebär således en koncentration av vårdutnyttjande till områden med låg medelinkomst och positiva värden att de med hög medelinkomst konsumerar mer. Vi kan konstatera att det skett en viss förskjutning av vårdutnyttjandet av läkartjänster mot områden med en lägre medelinkomst. Från värden runt 0 och strax däröver under åren 2006 och 2007 uppvisar koncentrationsindexet negativa värden under år 2008. För övriga vårdgivare är förändringarna mindre och i viss mån motstridiga. En sammanvägning av de olika vårdtjänsterna presenteras i figur 3.

Figur 3. Fördelning av prestationer mellan områden efter medelinkomst



Ett positivt värde(+) indikerar vårdutnyttjande till fördel för områden med hög medelinkomst, medan ett negativt värde (-) indikerar ett vårdutnyttjande till fördel för områden med låg medelinkomst

Som framgår av figuren finns en förskjutning av det totala vårdutnyttjandet till områden med lägre medelinkomst. Det är framförallt utvecklingen av läkartjänster som påverkar totalsiffran. Indexet är beräknat utan någon standardisering för ålder, kön eller hälsostatus. Det är emellertid förändringen mellan åren som varit intressant. Att värdet på t.ex. läkartjänster är negativt betyder dock inte att vården fördelats efter behov. Mot bakgrund av att områden med låg medelinkomst har sämre hälsa, kan en behovsfördelning innebära att ytterligare resurser ska fördelas till dessa områden. Vi kan dock konstatera att utvecklingen under den inledande perioden med vårdvalsmodellen gått mot att områden med lägre medelinkomst ökat sin relativa del av vårdutnyttjandet.

5. Produktivitet och produktivitetsutveckling

En central fråga är hur kostnader och prestationer utvecklas över tiden. I detta avsnitt analyseras produktivitetsutvecklingen inom husläkarverksamheten under perioden 2006-2008. Siffrorna för 2008 är en prognos baserad på perioden januari till juni 2008. Analysen visar hur väl verksamheterna presterat tjänster i relation till de resurser som används, dvs. hur väl produktionsmålen för verksamheten uppnås i relation till nyttjade resurser. De tjänster som ingått i analysen är besök hos läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor och övriga yrkeskategorier. Besök klassificerade som psykosociala hos olika yrkeskategorier ingår inte p.g.a. av skillnader i registrering. Telefonsamtal ingår i analysen, medan hembesök inte tagits med p.g.a. av bristande registrering under åren 2006 och 2007. Analysen omfattar endast de husläkarmottagningar som varit verksamma under alla tre åren, d.v.s. nedlagda och nyetablerade enheter har exkluderats.

Till följd av att uppgifter över patientens diagnos eller sjukdomstillstånd saknas inom primärvården har en enklare form av viktning använts. De produktionsmått som finns tillgängliga är ny- och återbesök hos läkare, distriktssköterskor, sjuk- och undersköterskor, hembesök av olika vårdkategorier samt recept och annan kontakt via telefon. Viktningen baseras på vilken personalkategori som besöket avser samt telefonkontakter. I analysen har läkarbesök av alla slag getts en vikt på 1,0. Ett besök hos andra personalkategorier än läkare antas här motsvara en resursutgång på 40 procent av resursåtgången vid ett läkarbesök och ett telefonbesök har viktats till en tredjedel av resursåtgången för ett mottagningsbesök. Den viktning vi använt tillämpas bl.a. i rapporter från SKL. Då hembesöken registrerats på olika sätt under åren har vi valt att exkludera dessa i analysen för samtliga år. I tabell 2 framgår en enkel beräkning av produktiviteten baserad på kostnader i relation till ett index av viktade vårdkontakter.

Tabell 2. Produktivitet (kostnad per viktad vårdkontakt), 2006-2008

Kostnad per viktad vårdkontakt	2006	2007	2008
Medel	1219	1195	1077
Justerat för befolkningsstorlek	1264	1239	1088
Produktivitetsförändring (justerat)	--	2%	12,2%

Av tabellen framgår att produktivitetsutvecklingen varit positiv under såväl 2007 som 2008. Ökningen under 2008 är dock större än tidigare. Ökningen av prestationer har således ökat i större utsträckning än kostnaderna. Det är främst en ökning av läkarbesök som ägt rum. Detta kan förklaras av de incitament som den nya ersättningen ger för att öka läkarbesöken.

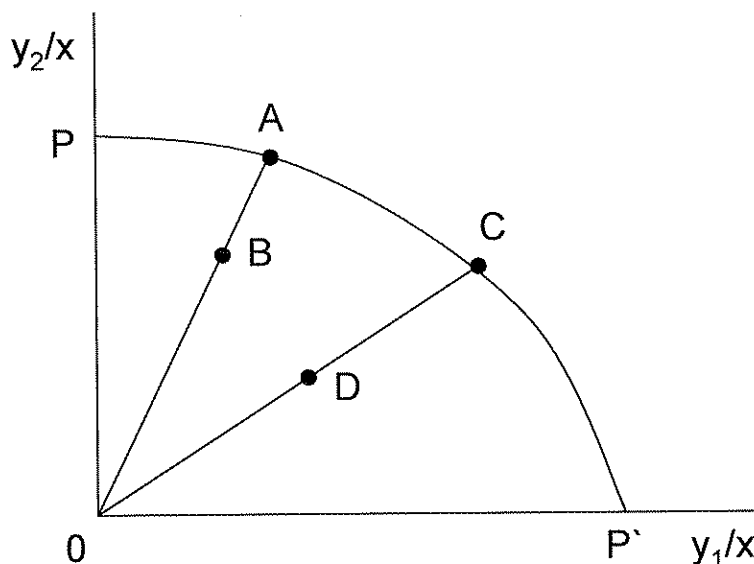
Det finns emellertid flera problem och invändningar mot denna typ av jämförelse över tiden. Ett problem är registreringen av prestationer i primärvården där information om vårdtyngd, tidsåtgång, åtgärd och diagnos saknas. Det betyder att vi inte vet om produktivitetsökningen beror på om mottagningarna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

För att studera skillnaderna mellan mottagningarna har vi använt en kvantitativ metod som

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

Det centrala effektivitetsbegreppet vid DEA-analys utgörs av teknisk effektivitet. Den tekniska effektiviteten mäter förmågan att producera en maximal mängd output (hälsoreultat, prestationer) från en given mängd inputs (resurser). Styrkan med metoden är att den simultant kan hantera en rad olika outputs och inputs. Med metoden identifieras och placeras de observationer med den högsta relationen mellan output och input i en produktionsfront där fronten uttrycker den relativt sett mest effektiva produktionen som äger rum bland mottagningarna. För att jämföra produktiviteten mellan mottagningarna ges sedan alla enheter resultat mellan 0 och 1 utifrån avståndet till produktionsfronten. Ett resultat på 1 innebär att mottagningen i fråga producerar på fronten och att det är relativt sett mest tekniskt effektivt. Ett resultat som är mindre än 1 innebär således att mottagningen har en förbättringspotential i relation till den tekniskt mest effektiva produktionen. Metoden kan illustreras med ett exempel där mottagningarna producerar två olika output, bestående av läkarbesök y_1 , och övriga besök y_2 , genom att nyttja en insatsfaktor, x_1 , – totala kostnader. I figuren nedan representerar PP' produktionsmöjlighetskurvan (produktionsfronten), där linjen indikerar den övre nivån för alla tekniskt möjliga produktionskombinationer som ges av mottagningarnas resultat. I figur 4 illustreras även produktionsutfallet för fyra olika mottagningar (A, B, C och D).

Figur 4. Illustration av DEA-metodiken



Mottagningarna A och C är i jämförelsen mellan mottagningarna fullt tekniskt effektiva, eftersom det inte är tekniskt möjligt att expandera produktionen givet oförändrade kostnader. För mottagningarna B och D är det dock möjligt att expandera produktionen av både läkarbesök och övriga besök, givet oförändrade kostnader, dvs. de är inte fullt tekniskt

effektiva. Mottagning D har även en lägre grad av teknisk effektivitet eftersom avståndet till fronten är större än för mottagning B. Graden av teknisk effektivitet för mottagning B ges vidare av: $TE=OA/OB$ (där O är nollpunkten).

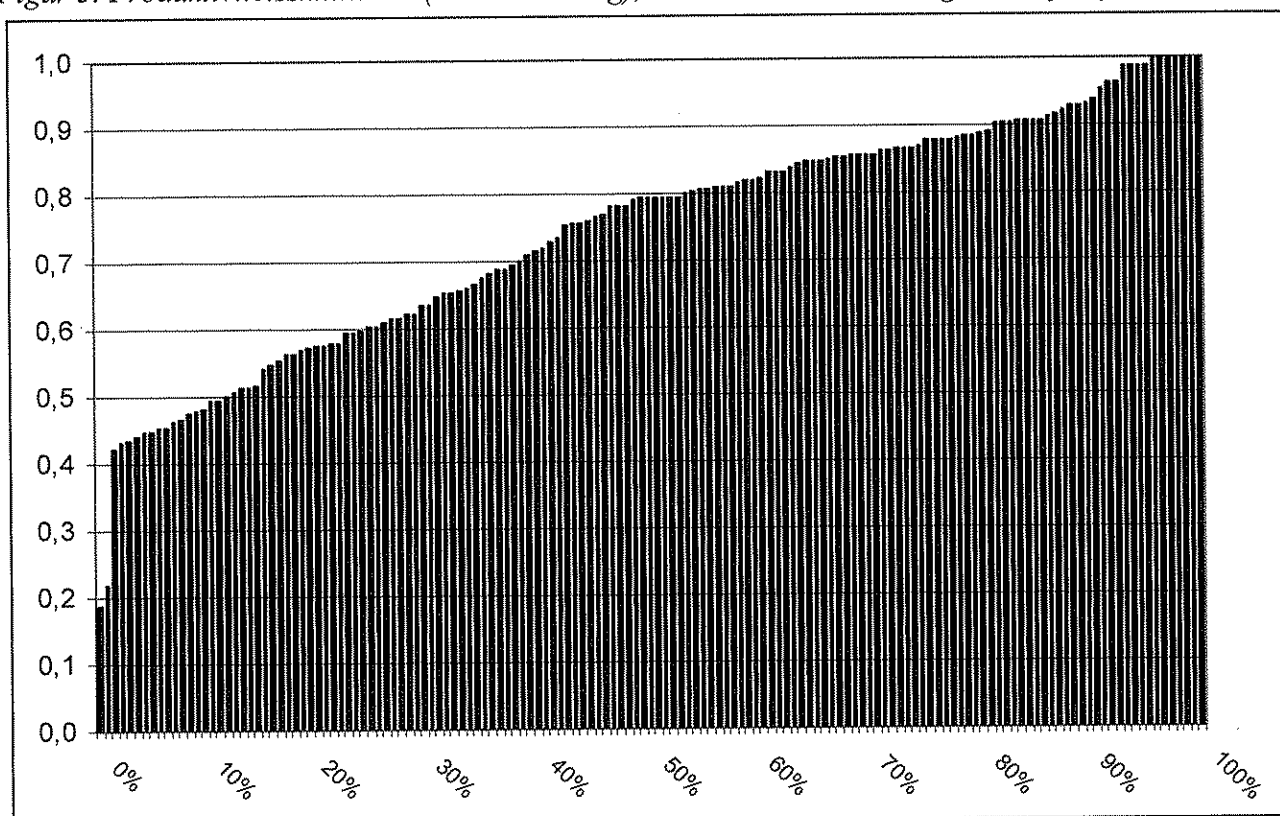
För att analysera produktiviteten mellan husläkarmottagningarna i Stockholms läns landsting har vi valt att använda en outputmodell mot bakgrund av att en central målsättning med Vårdval Stockholm är att förbättra tillgängligheten och utbudet av vårdtjänster. I likhet med exemplet ovan har vi valt ett antal indikatorer för input och outputs i modellen.

Tabell 3. Input och outputs i DEA-modell för husläkarverksamhet

INPUT	
	Kostnader
OUTPUTS	
	Läkarbesök, mottagning
	Övriga besök
	Telefonrecept/kontakt
	Hembesök (2008)

Vi har nu en modell där mottagningarna producerar fyra olika typer av outputs, genom att nyttja en insatsfaktor, de totala kostnaderna. I figur 5 visas de skillnader vi får med modellen för husläkarmottagningar i Stockholm under första halvåret 2008.

Figur 5. Produktivitetsskillnader (DEA-skattning), konstant skalavkastning, 2008, jan-jun



Vi kan konstatera att det föreligger stora skillnader i produktivitet bland mottagningarna. Med DEA-metoden identifieras och placeras de observationer med den högsta relationen mellan produktion och insatta resurser längst till höger med värdet 1, vilket är de med den relativt sett mest effektiva produktionen. Till vänster ligger mottagningar med den lägsta produktiviteten.

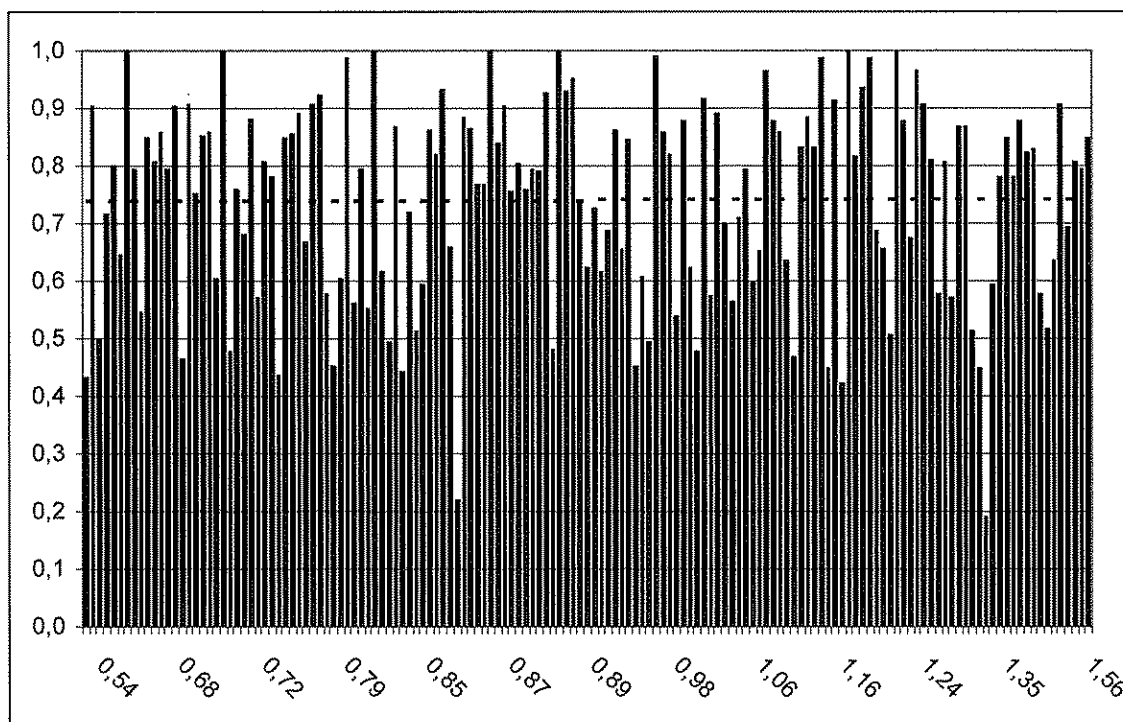
Här föreligger med stor sannolikhet även problem med registrering och inrapportering av prestationer. Detta, tillsammans med den korta observationsperioden, är anledningar till att vi valt att inte namnge mottagningarna.

DEA-skattningen för 2008 ger ett genomsnittligt värde på 0,741. Om vi antar att alla mottagningar med ett värde under 1,0 kan förbättra sig och uppnå detta, d.v.s. nå fronten, så skulle det omräknat innebära en teoretisk besparingspotential på 793 miljoner kronor. Alternativet är naturligtvis att det teoretiskt innebär möjligheter att i genomsnitt öka produktionen till ett produktionsvärde om 793 miljoner kr per år. Detta är förmodligen ingen realistisk tolkning mot bakgrund av brister i inrapporteringen och avsaknad av information om vårdtyngd mm. Den stora spridningen i resultaten tyder dock på att det finns utrymme för en ökad produktivitet. Det bör även påpekas att de enheter som uppnått värdet 1,0 även kan förbättra sin produktivitet. Värdet 1 innebär att inga enheter med högre produktivitet kunnat identifieras.

I DEA-analysen har även produktivitetsutvecklingen från 2006-2008 skattats med hjälp av det s.k. Malmquist produktivitetsindex. Det visar på en genomsnittlig produktivitetsökning på 12 %, vilket ligger nära det resultat som presenterades ovan med viktade vårdkontakter.

I tidigare rapporter om Vårdval Stockholm har skillnader i vårdtyngd mellan områden med hög och låg socioekonomisk status noterats. För att se om produktivitetsskillnaderna kan förklaras av skillnader i socioekonomisk status har mottagningarna rangordnats efter i vilket område man har sin verksamhet för att se om det finns ett mönster (figur 6).

Figur 6. Produktivitet (DEA-score) efter socioekonomiskt index, 2008 (jan-jun)



I figuren har de mottagningar som bedriver verksamhet i områden med hög socioekonomisk status placerats till höger och de i områden med låg socioekonomisk status till vänster. Som framgår av figuren finns inget mönster som förklarar produktivitetsskillnaderna. Mottagningar

med såväl hög som låg produktivitet finns inom olika socioekonomiska områden. Mot bakgrund av att vårdtyngd sannolikt är högre i områden med större vårdbehov är det möjligt att dessa prestationer är mer intensiva. Genom att inkludera vårdtyngd i DEA-analysen skulle det vara möjligt att testa om så är fallet. Möjligheten att utnyttja ett vårdtyngdsviktat produktivitetmått, som tar hänsyn till både diagnos (svårighetsgrad) och förväntad resursförbrukning, skulle innebära mer robusta produktivetsanalyser.

Skillnader i produktivitet privat och offentlig vård

Frågan om skillnader i produktivitet mellan privata och offentliga vårdgivare har återkommande varit föremål för diskussion. Under första halvåret 2008 var fördelningen av de 147 husläkarmottagningarna som studerades, 69 stycken offentliga och 78 stycken privata. En uppdelning av den beräknade produktiviteten under 2008 (första halvåret) efter ägandeform redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Produktivitet vid offentliga och privata husläkarmottagningar

Ägandeform	DEA (genomsnitt)	Antal mottagningar
Samtliga mottagningar	0,741	N=147
Offentligt ägda mottagningar	0,749	N=69
Privatägda mottagningar	0,733	N=78

Som framgår av tabellen är det små skillnader i produktivitet mellan ägandeformerna, där de offentliga mottagningarna uppvisar en något högre produktivitet. Vi kan även konstatera att det inom båda grupperna finns mycket stora variationer. I appendix B redovisas spridningen inom respektive ägandeform. Det är i båda grupperna uppenbart att det finns ett bortfall av prestationer p.g.a. problem med registrering av prestationer hos vissa mottagningar.

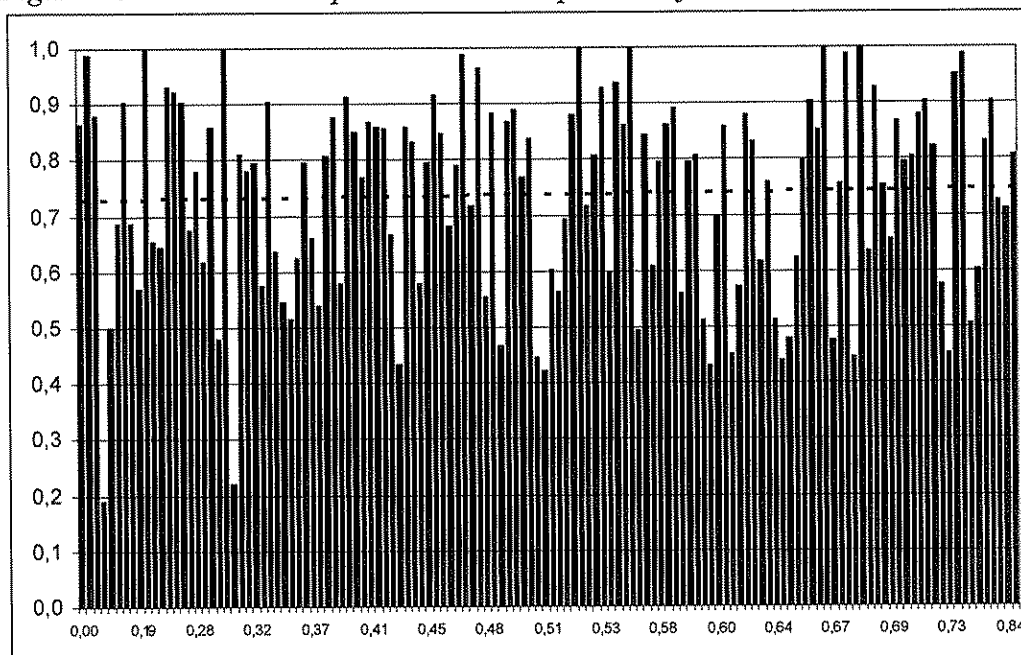
Produktivitet och patientnöjdhet

I många produktivetsmätningar, så även i denna rapport, saknas indikatorer om kvalitet, patientnöjdhet mm. Det har ibland framställts att det föreligger en motsättning mellan hög produktivitet och kvalitet. Det finns dock väldigt få exempel på att så är fallet. Ofta sammanfaller en hög produktivitet och goda resultat. För att testa frågan har vi jämfört utfallet med DEA-värdena med ett index av tre indikatorer för patientnöjdhet från patientenkäten. Indikatorerna har givits lika vikt och transformerats till en [0,1] skala. Totalt omfattar denna jämförelse 130 husläkarmottagningar. De ingående indikatorerna är:

- Fråga: *Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?*
Beräkning: Andel av patienter som besvarat frågan med Ja, helt och hållet (svar=1).
- Fråga: *Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?* Beräkning: Andel av patienter som besvarat frågan med Ja, helt och hållet (svar=1).
- Fråga: *Fick du tillräckligt med information om ditt tillstånd?*
Beräkning: Andel av patienter som besvarat frågan med Ja, helt och hållet (svar=1).

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

Figur 7. Samband mellan produktivitet och patientnöjdhet



Som framgår av figuren är det svårt att se ett tydligt samband. Vi finner t.ex. höga produktivetsvärden såväl bland mottagningar med låg som hög patientnöjdhet. En beräkning av korrelationen mellan produktivitet och patientnöjdhet ges i tabell 5.

Tabell 5. Korrelation produktivitet och patientnöjdhet

	DEA-värde	Index patientnöjdhet
DEA-värde	1	0,026
Index patientnöjdhet	0,026	1

Korrelation visar ett mycket svagt positivt samband som inte är statistiskt signifikant. Vi kan dock konstatera att en hög produktivitet inte uppnåts genom åtgärder som lett till lägre patientnöjdhet. I kommande rapporter kommer även andra kvalitetsindikatorer att jämföras med produktiviteten.

6. Diskussion och slutsatser

Föreliggande rapport ska inte främst ses som en utvärdering av Vårdval Stockholm utan är en lägesrapport baserad på det första halvåret med modellen. Fokus i rapporten har varit frågeställningar om kostnader, produktivitet och omfördelningar mellan geografiska områden. Mot bakgrund av att data endast omfattar de första sex månaderna har vi avstått från att dra långtgående slutsatser av materialet, utan främst beskrivit de förändringar som observerats. Denna redovisning kommer att följas upp i en mer omfattande utvärdering.

Inledningsvis konstateras att kostnaderna för husläkarverksamheten fortsatt att öka inom landstinget. Ökningen mellan 2007 och 2008 på 1,4 % är dock något mindre än föregående års ökning, 2,6% respektive 4,2% för åren 2006 och 2007. Siffrorna baseras på utfallet under första halvåret för 2008 och beräkningen ska ses som en prognos för hela 2008 med den osäkerhet som finns med försenad inrapportering av kostnader vid halvårsskiftet. Mot bakgrund av ändrade ersättningsprinciper och en etableringsfrihet som är relativt stor är en sådan utveckling förväntad. Att kostnadsökningen är kontrollerad påverkas även av det ersättningstak baserat på volymen hos olika yrkeskategorier som finns i ersättningssystemet.

Utvecklingen av vårdutnyttjandet har studerats med mått som olika typer av läkar- och distriktssköterskebesök, övriga besök samt telefonkontakter. Utvecklingen visar en ökning av läkarbesöken medan besök hos övriga yrkeskategorier minskar något. Detta kan förklaras av de incitament som den nya ersättningen ger för att öka läkarbesöken. Beträffande fördelningen mellan stadsdelar och kommuner noteras en ökning av läkarbesök i samtliga områden, medan flertalet områden har en minskning av övriga besök. En analys av fördelningen mellan områden med hög och låg medelinkomst visar att ökningen varit större i områden med lägre medelinkomst. Förändringen är dock relativt liten och ska tolkas försiktigt mot bakgrund av problem med inrapportering av data. Det är läkarbesöken som ökat mest i områden med lägre medelinkomst.

Att vissa förändringar ägt rum av vårdutnyttjandet mellan områden betyder inte med automatik att resursfördelningen förändrats i motsvarande grad. Vi har i rapporten inte analyserat kostnaderna per område, vilket kommer att göras i kommande analyser. En förklaring till utvecklingen kan vara att områden med låg socioekonomisk status i högre grad kompenserat sig för ekonomiskt bortfall genom att öka prestationerna som i det nya ersättningssystemet är starkt kopplat till intäkter. Vi kan dock inte generellt se ett mönster där mottagningar i låginkomstområden har en hög produktivitet. En annan förklaring är att en ökad andel prestationsersättning och minskad fast ersättning ger tydliga incitament att producera de vårdtjänster som belönas. Den tidigare ersättningen med korrigerad för socioekonomiska förhållanden var i första hand ett instrument för att fördela resurser efter behov mellan geografiska områden, men saknade incitament för vårdgivarna att producera besök och andra vårdtjänster. Här finns idag en osäkerhet i forskningen om hur utformningen av ersättningssystem påverkar fördelningseffekter och vårdvolym.

Den form man valt i Stockholms läns landsting bygger på en kombination av kapitering och prestationsersättning, en modell som tillämpas alltmer internationellt (Jacobsson 2007). Fördelen är att det ger möjligheter att fånga de positiva effekterna och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningssystem. En renodlad kapitering är bra ur kostnadskontrollsynpunkt och fördelningsperspektiv, medan incitament saknas till hög produktivitet och tillgänglighet (Docteur & Oxley 2003). En renodlad prestationsersättning

leder ofta till problem med kostnadskontroll, men ger samtidigt incitament till en hög produktivitet (Krasnik et al. 1990, Iversen & Lurås 2000). Det finns dock en stor osäkerhet kring hur en optimal kombination mellan en grundersättning och rörlig ersättning ska utformas. Införandet av nya ersättningsprinciper är ingen engångsåtgärd utan kräver kontinuerlig uppföljning och utvärdering. Detta är en frågeställning som kommer att följas i projektet.

Den sammanvägda produktiviteten inom primärvården i landstinget har ökat i högre grad mellan åren 2007 och 2008 i jämförelse med åren 2006-2007. Kostnaden per viktad vårdkontakt minskade med ca 12 % från 2007 till 2008. Prestationerna, främst läkarbesök, har således ökat i snabbare takt än kostnaderna. Det är osäkert hur detta har uppnåtts och påverkat besökens längd eller svårighetsgrad. Vi saknar idag statistik över besökens längd och uppgifter om besökens svårighetsgrad. I kommande analyser av individdata kommer vi att analysera fördelningen per åldersgrupp, kön och andra bakgrundsfaktorer. Vi kommer även att undersöka i vilken utsträckning en hög produktivitet uppnåtts genom att remittera eller att patienter själva sökt sig till sjukhusens specialistmottagningar. Det är överhuvudtaget viktigt att analysera effekter på andra vårdformer för att fånga upp eventuella s.k. 'spill-over' effekter.

Inga större skillnader i produktivitet förelåg mellan områden med låg och hög medelinkomst. Skillnaderna mellan privata och offentliga vårdgivare var små, med en något högre produktivitet hos offentliga vårdgivare. Det kan ses som ett oväntat resultat, men andra studier visar att incitamentsstrukturen är ofta viktigare än ägandeformerna. En central fråga är här hur offentliga vårdgivare agerar beroende på konkurrensmiljö. Tidigare studier har visat att offentliga vårdgivare i konkurrensutsatta sektorer har högre produktivitet än offentliga vårdgivare i monopolsituationer.

En jämförelse mellan produktivetsmått och ett index av tre indikatorer för patientnöjdhet visar att det inte förelåg motsättningar mellan produktivitet och patientnöjdhet. Det finns ett svagt positivt samband, om än ej statistiskt signifikant, mellan hög produktivitet och patientnöjdhet. I kommande analyser kommer liknande jämförelser mellan produktivitet och indikatorer för patienttillfredsställelse, kvalitet och andra resultat att göras.

De presenterade resultaten ska tolkas försiktigt mot bakgrund av den korta period som Vårdval Stockholm varit i bruk. Analysen är baserad på områdesdata vilket inte fångar upp variationer inom områden, vilket dock kommer att beaktas i kommande analyser av individdata. I kommande analyser kommer även andra frågor om effekter av Vårdval på andra vårdformer, marknadsstruktur, privat/offentlig vård, och ersättningssystem att analyseras.

Referenser:

Doctour E. & Oxley H. (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. OECD Health Working Papers 9.

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 sjukvård. CMT Rapport 2007:2, Universitetet i Linköping.

Krasnik A et al (1990). Changing reimbursement systems: effects on activity in general practice. BMJ, vol.300:1698-1701.

Norges forskningsråd (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Red. Sandvik, Hogne. Norges forskningsråd, Oslo.

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

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

Appendix A. Vårdkontakt per individ per kommun och stadsdel, 2006-2008

Kommun och stadsdel	Vårdkontakter per individ							Total		Sammanlagt
	Läkare			Övriga vårdgivare			Läkare	Övriga		
	ny o åter	hem	tel	ny o åter	hem	tel				
Rinkeby-Kista	1,469	0,076	0,077	0,889	0,399	0,016	1,622	1,304	2,926	
Skärholmen	1,521	0,056	0,062	0,854	0,892	0,005	1,640	1,751	3,391	
Botkyrka	1,730	0,008	0,124	0,917	0,693	0,013	1,862	1,624	3,486	
Södertälje	0,872	0,006	0,045	0,953	0,273	0,003	0,923	1,229	2,152	
Nynäshamn	1,203	0,002	0,049	1,655	0,011	0,007	1,253	1,672	2,926	
Haninge	1,725	0,015	0,129	0,981	0,850	0,007	1,869	1,838	3,707	
Upplands Bro	0,813	0,007	0,088	0,491	0,294	0,068	0,908	0,853	1,761	
Sigtuna	1,445	0,031	0,174	0,672	0,134	0,055	1,649	0,861	2,510	
Sundbyberg	1,509	0,018	0,131	0,848	1,188	0,084	1,659	2,120	3,779	
Huddinge	1,172	0,004	0,050	0,554	0,444	0,004	1,227	1,003	2,230	
Skarpnäck	1,127	0,044	0,153	0,512	1,051	0,027	1,324	1,590	2,915	
Spånga-Tensta	1,564	0,023	0,079	0,502	0,601	0,007	1,666	1,110	2,776	
Enskede-Årsta-Vantör	1,589	0,045	0,226	0,623	1,549	0,053	1,861	2,225	4,086	
Upplands Väsby	2,561	0,033	0,178	1,944	1,686	0,101	2,772	3,731	6,503	
Farsta	1,205	0,021	0,119	0,439	1,372	0,031	1,346	1,842	3,187	
Solna	1,343	0,121	0,208	0,689	1,119	0,133	1,673	1,941	3,614	
Järfälla	1,269	0,010	0,089	0,866	0,853	0,110	1,368	1,829	3,197	
Salem	0,106	0,000	0,005	0,044	0,002	0,000	0,111	0,047	0,158	
Vallentuna	1,783	0,009	0,197	0,715	0,260	0,010	1,990	0,985	2,975	
Hässelby-Vällingby	1,397	0,016	0,063	0,786	1,461	0,033	1,477	2,280	3,757	
Hägersten-Liljeholmen	1,485	0,079	0,157	0,584	1,176	0,003	1,721	1,762	3,482	
Nykvarn	0,149	0,000	0,009	0,181	0,006	0,000	0,157	0,187	0,344	
Tyresö	1,489	0,020	0,161	0,682	0,297	0,005	1,669	0,984	2,653	
Värmdö	1,543	0,016	0,137	0,832	1,646	0,009	1,696	2,487	4,183	
Österåker	1,717	0,003	0,138	0,926	0,348	0,007	1,857	1,280	3,137	
Ekerö	1,384	0,002	0,159	0,414	0,617	0,007	1,545	1,038	2,582	
Vaxholm	1,362	0,009	0,152	0,762	0,424	0,010	1,522	1,196	2,719	
Sollentuna	1,306	0,044	0,062	0,783	0,622	0,068	1,412	1,472	2,884	
Södermalm	1,323	0,043	0,132	0,454	1,587	0,039	1,498	2,080	3,578	
Älvsjö	1,490	0,023	0,131	0,753	1,002	0,006	1,644	1,762	3,406	
Nacka	1,430	0,040	0,119	0,716	0,508	0,026	1,589	1,249	2,838	
Täby	1,659	0,010	0,152	0,588	0,495	0,012	1,820	1,094	2,914	
Kungsholmen	1,326	0,063	0,204	0,524	1,027	0,018	1,593	1,569	3,162	
Bromma	1,107	0,026	0,101	0,427	0,628	0,013	1,234	1,069	2,303	
Norrmalm	1,297	0,033	0,186	0,505	1,131	0,009	1,516	1,645	3,161	
Lidingö	1,729	0,013	0,169	0,537	0,566	0,032	1,911	1,135	3,046	
Östermalm	1,199	0,013	0,109	0,366	0,739	0,019	1,321	1,124	2,445	
Danderyd	1,521	0,024	0,115	0,742	0,531	0,007	1,661	1,281	2,942	
Koncentrationsindex	0,000	0,031	0,069	-0,101	0,050	---	0,007	-0,019	-0,006	

År 2007

Kommun och staddel	Läkare			Övriga vårdgivare			Totalt		Sammanlagt
	Ny o åter	Hem	tel	Ny o åter	Hem	tel	Läkare	Övriga	
Rinkeby-Kista	1,513	0,089	0,086	0,907	0,558	0,018	1,688	1,483	3,171
Skärholmen	1,673	0,068	0,077	0,861	1,084	0,008	1,818	1,953	3,771
Botkyrka	1,754	0,011	0,123	0,870	0,705	0,015	1,889	1,589	3,478
Södertälje	0,892	0,007	0,049	0,969	0,546	0,003	0,948	1,518	2,466
Nynäshamn	1,121	0,002	0,027	1,695	0,015	0,004	1,149	1,714	2,863
Haninge	1,774	0,021	0,119	0,943	0,761	0,010	1,914	1,715	3,629
Upplands Bro	0,830	0,007	0,093	0,536	0,303	0,080	0,930	0,919	1,849
Sigtuna	1,508	0,044	0,168	0,732	0,137	0,060	1,720	0,929	2,649
Sundbyberg	1,517	0,017	0,134	0,801	1,026	0,067	1,668	1,894	3,562
Huddinge	1,219	0,004	0,055	0,560	0,421	0,004	1,278	0,985	2,263
Skarpnäck	1,135	0,033	0,127	0,522	0,995	0,040	1,295	1,557	2,852
Spånga-Tensta	1,606	0,018	0,080	0,492	0,705	0,013	1,705	1,210	2,915
Enskede-Årsta-Vantör	1,668	0,028	0,260	0,657	1,675	0,080	1,956	2,412	4,368
Upplands Väsby	2,576	0,045	0,197	2,038	1,809	0,117	2,818	3,965	6,783
Farsta	1,272	0,024	0,141	0,414	1,596	0,057	1,437	2,067	3,504
Solna	1,440	0,152	0,206	0,715	1,171	0,138	1,798	2,024	3,822
Järfälla	1,300	0,012	0,102	0,830	0,647	0,155	1,414	1,631	3,046
Salem	0,114	0,000	0,004	0,055	0,001	0,000	0,118	0,056	0,174
Vallentuna	1,804	0,011	0,224	0,705	0,310	0,012	2,039	1,027	3,066
Hässelby-Vällingby	1,425	0,072	0,095	0,791	2,346	0,056	1,593	3,193	4,786
Hägersten-Liljeholmen	1,491	0,072	0,148	0,572	1,149	0,004	1,711	1,725	3,436
Nykvarn	0,165	0,001	0,007	0,201	0,005	0,001	0,173	0,207	0,380
Tyresö	1,561	0,024	0,136	0,732	0,353	0,006	1,720	1,091	2,811
Värmdö	1,519	0,012	0,094	0,792	1,547	0,005	1,624	2,345	3,969
Österåker	1,765	0,003	0,141	0,913	0,326	0,010	1,909	1,248	3,157
Ekerö	1,435	0,003	0,159	0,423	0,820	0,015	1,598	1,259	2,856
Vaxholm	1,502	0,007	0,168	0,755	0,427	0,011	1,677	1,193	2,869
Sollentuna	1,366	0,040	0,088	0,796	0,731	0,153	1,493	1,680	3,173
Södermalm	1,417	0,036	0,134	0,441	1,534	0,048	1,587	2,022	3,610
Älvsjö	1,589	0,017	0,137	0,742	0,897	0,008	1,743	1,647	3,390
Nacka	1,459	0,045	0,122	0,726	0,508	0,031	1,625	1,265	2,890
Täby	1,686	0,007	0,147	0,604	0,469	0,013	1,840	1,086	2,926
Kungsholmen	1,377	0,069	0,221	0,530	1,053	0,023	1,667	1,606	3,272
Bromma	1,092	0,025	0,094	0,413	0,778	0,014	1,211	1,204	2,415
Norrmalm	1,369	0,020	0,203	0,506	1,091	0,011	1,593	1,608	3,201
Lidingö	1,785	0,016	0,187	0,547	0,554	0,035	1,988	1,136	3,124
Östermalm	1,231	0,012	0,104	0,377	1,025	0,019	1,346	1,421	2,767
Danderyd	1,614	0,027	0,125	0,699	0,556	0,011	1,766	1,266	3,032
Koncentrationsindex	0,002	-0,007	0,071	-0,101	0,042	-0,013	0,007	-0,020	-0,007

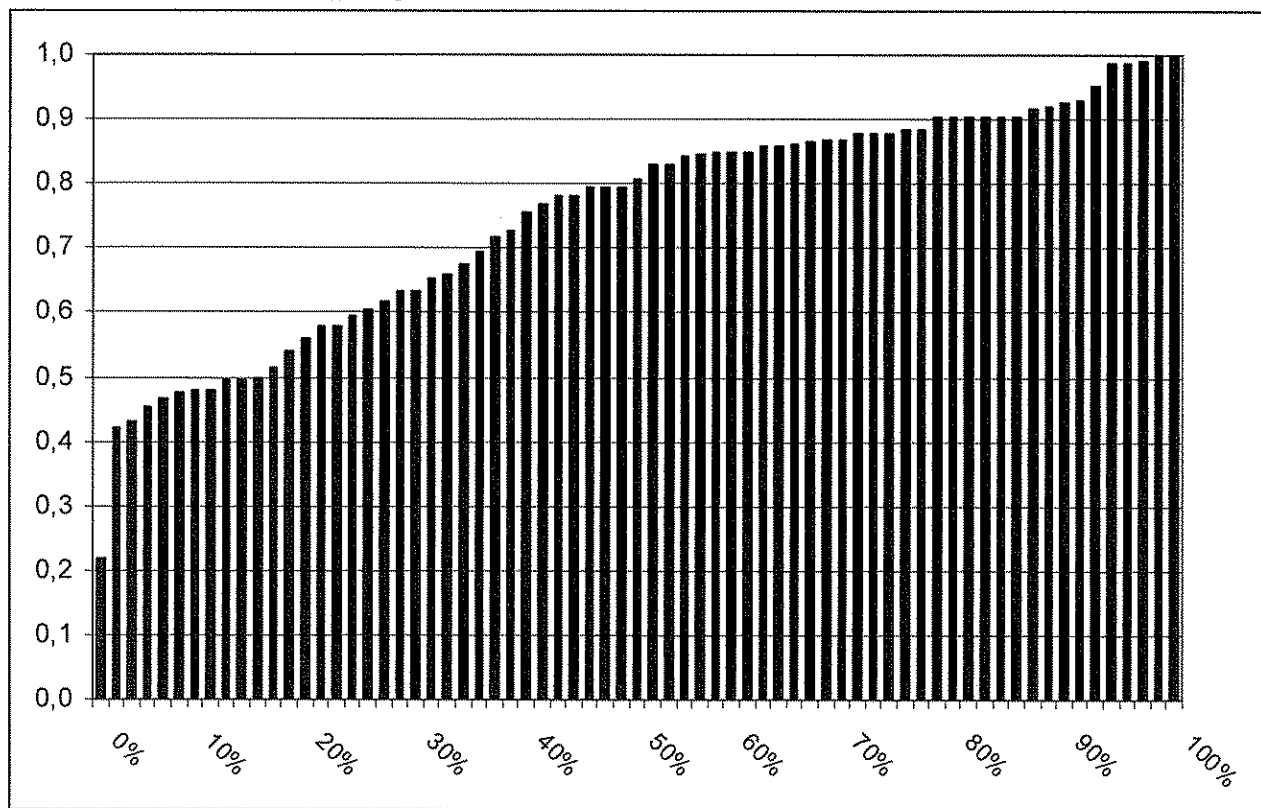
År 2008

Vårdkontakter per individ

Kommun och stadsdel	Läkare				Övriga vårdgivare				Totalt		Samtliga
	Ny o åter	Hem	Tel	Andra	Ny o åter	Hem	Tel	Andra	Läkare	Övriga	
Rinkeby-Kista	1,437	0,033	0,119	0,080	0,813	0,498	0,042	0,147	1,667	1,499	3,166
Skärholmen	1,337	0,039	0,170	0,062	0,860	0,815	0,010	0,100	1,607	1,785	3,392
Botkyrka	1,327	0,006	0,162	0,072	0,818	0,465	0,010	0,070	1,567	1,362	2,929
Södertälje	1,265	0,016	0,087	0,049	1,278	0,761	0,050	0,217	1,418	2,305	3,723
Nynäshamn	1,235	0,001	0,103	0,013	1,984	0,059	0,024	0,154	1,353	2,221	3,574
Haninge	1,355	0,020	0,145	0,036	0,913	0,529	0,015	0,121	1,555	1,577	3,132
Upplands-Bro	0,677	0,011	0,130	0,014	0,517	0,235	0,050	0,054	0,832	0,856	1,687
Sigtuna	1,259	0,034	0,185	0,027	0,822	0,121	0,046	0,170	1,505	1,159	2,664
Sundbyberg	1,378	0,014	0,086	0,040	0,869	0,812	0,075	0,189	1,518	1,946	3,463
Huddinge	1,287	0,005	0,088	0,046	0,749	0,366	0,011	0,071	1,426	1,196	2,622
Skarpnäck	1,209	0,035	0,123	0,036	0,731	0,941	0,087	0,089	1,402	1,848	3,249
Spånga	1,434	0,014	0,091	0,123	0,623	0,539	0,045	0,124	1,661	1,331	2,992
Enskede-Vantör	1,313	0,028	0,182	0,040	0,802	0,960	0,058	0,105	1,563	1,924	3,488
Upplands-Väsby	2,240	0,031	0,175	0,049	1,937	1,301	0,079	0,088	2,495	3,405	5,900
Farsta	1,370	0,028	0,091	0,013	0,607	1,314	0,072	0,090	1,502	2,083	3,585
Solna	1,307	0,097	0,222	0,023	0,800	0,881	0,078	0,142	1,649	1,901	3,549
Järfälla	1,209	0,013	0,179	0,022	0,776	0,484	0,098	0,117	1,423	1,475	2,897
Salem	1,173	0,015	0,045	0,025	1,237	0,423	0,089	0,197	1,258	1,947	3,205
Vallentuna	1,524	0,008	0,224	0,033	0,805	0,264	0,073	0,222	1,789	1,364	3,153
Hasselby	1,299	0,066	0,236	0,060	0,834	1,617	0,054	0,129	1,661	2,635	4,296
Hägersten-Liljeholmen	1,248	0,026	0,138	0,027	0,734	0,785	0,007	0,093	1,440	1,619	3,059
Nykvarn	1,123	0,005	0,083	0,022	1,175	0,599	0,037	0,129	1,234	1,939	3,173
Tyresö	1,298	0,013	0,198	0,026	0,838	0,241	0,023	0,129	1,535	1,231	2,766
Värmdö	1,310	0,011	0,091	0,032	0,829	0,828	0,024	0,258	1,443	1,939	3,382
Österåker	1,450	0,003	0,108	0,078	0,949	0,234	0,009	0,074	1,639	1,266	2,905
Ekerö	1,294	0,016	0,137	0,064	0,529	0,529	0,018	0,120	1,511	1,196	2,707
Vaxholm	1,211	0,006	0,147	0,014	0,681	0,338	0,033	0,062	1,379	1,114	2,492
Sollentuna	1,165	0,034	0,128	0,026	0,819	0,615	0,118	0,066	1,353	1,618	2,971
Södermalm	1,199	0,024	0,117	0,015	0,604	1,027	0,059	0,091	1,356	1,781	3,137
Älvsjö	1,222	0,019	0,103	0,046	0,750	0,730	0,011	0,115	1,390	1,605	2,995
Nacka	1,275	0,019	0,135	0,021	0,840	0,434	0,032	0,160	1,449	1,465	2,914
Täby	1,359	0,005	0,145	0,037	0,691	0,378	0,012	0,071	1,547	1,152	2,699
Kungsholmen	1,050	0,027	0,189	0,014	0,582	0,821	0,030	0,102	1,280	1,535	2,815
Bromma	1,310	0,019	0,211	0,032	0,710	0,905	0,075	0,135	1,572	1,824	3,396
Norrmalm	1,084	0,013	0,151	0,019	0,615	0,752	0,022	0,101	1,267	1,490	2,758
Lidingö	1,429	0,011	0,160	0,016	0,606	0,459	0,054	0,196	1,616	1,315	2,931
Östermalm	0,998	0,013	0,087	0,020	0,555	0,809	0,033	0,099	1,118	1,496	2,614
Danderyd	1,281	0,012	0,199	0,045	0,784	0,416	0,016	0,136	1,537	1,351	2,889
Koncentrationsindex	-0,017	-0,038	0,028	-0,159	-0,075	0,035	0,012	-0,013	-0,016	-0,023	-0,020

Appendix B. Skillnader i produktivitet inom grupperna offentlig och privata
husläkarmottagningar.

Produktivitetsskillnader inom offentlig vård



Produktivitetsskillnader inom privat vård

