

Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2011:15

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

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

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

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

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

Författare: Nils Janlöv, Clas Rehnberg
Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-81-4

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

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

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

Sammanfattning

I denna rapport presenteras en uppföljning av Vårdval Stockholm inom husläkarverksamheten för år 2010 i jämförelse med tidigare år med modellen samt de två åren före modellens införande. Rapporten ska ses som en uppföljning av de tidigare resultaten som presenterats i två rapporter (Rehnberg et al. 2010 och 2009) För en sammanfattning av föregående års rapport hänvisas till bilaga A i denna rapport. De huvudsakliga resultaten från denna rapport är följande:

- Resultaten visar att kostnadsutvecklingen har varit under kontroll under 2010. Rensat för pris- och löneutveckling steg de totala kostnaderna för husläkarverksamheten med 1,6 procent i fasta priser under året. Med hänsyn till befolkningsutvecklingen är kostnaden per invånare i fasta priser i stort sett oförändrad mellan 2010 och 2009.
- Antalet läkarbesök har ökat med ca 3 procent. Ökningen mellan åren 2009/10 är dock lägre än mellan 2008/09.
- Ökningen av antalet prestationer har tillfallit samtliga åldersgrupper och inte missgynnats t.ex. de äldre. Fördelningen av de ökade prestationerna över tid mellan kvinnor och män visar inte heller några större skillnader.
- Den sammantagna patientnöjdheten är i stort sett oförändrad mellan 2010 och 2009.
- En viss produktivitetökning på 2,1 procent har ägt rum under 2010. Produktivitetökningen är något lägre än under 2009.
- De husläkarmottagningar som nyetablerats från och med 2008 och framåt har en högre produktivitet än övriga mottagningar under 2010.
- Patienter i socioekonomiskt utsatta områden har konsumerat en ökad andel av vårdtjänsterna under 2010. Mellan 2009 och 2010 är dock resursfördelningen mellan kommuner och stadsdelar i olika socioekonomiska områden relativt oförändrad.
- Om resursfördelningen mellan områden under perioden 2006 till 2010 baseras på antalet listade individer per kommun/stadsdel istället för per invånare per kommun/stadsdel erhåller socioekonomiskt utsatta områden en större andel av resurserna. Den tidigare påvisade ökningen av resurser till vårdgivare i områden med hög medelinkomst främst under reformens första år förklaras därför delvis av att dessa områden uppvisar en ökad andel listade från kommuner med lägre medelinkomst.
- Några direkta s.k. ”övervältringseffekter” på andra vårdformer kan inte noteras under 2010. Primärvården har fortsatt att öka sin andel av öppenvårdsbesöken även under 2010. Under 2010 ökar dock även andelen öppenvård på akutsjukhusen, medan andelen för privata specialister fortsätter att minska.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING OCH BAKGRUND.....	1
1.1. RAPPORTENS SYFTE.....	1
1.2. RAPPORTENS DISPOSITION.....	1
2. DATA OCH METOD	2
3. UTVECKLING AV KOSTNADER, PRESTATIONER OCH KVALITET	3
3.1 KOSTNADER	3
3.2 PRESTATIONER OCH VÅRDUTNYTTJANDE	4
3.3 KVALITET	4
4. PRODUKTIVITET	7
4.1 PRODUKTIVITETSUTVECKLINGEN	7
5. FÖRDELNINGASPEKTER	11
5.1 KÖN OCH ÅLDER.....	11
5.2 SOCIOEKONOMISKA FÖRÄNDRINGAR AV VÅRDUTNYTTJANDE OCH RESURSER.....	13
6. EFFEKTER PÅ ANDRA VÅRDFORMER.....	20
6.1 PRIMÄRVÅRD OCH ÖVRIG ÖPPENVÅRD	20
REFERENSER.....	23
BILAGA A: SAMMANFATTNING 2010 ÅRS RAPPORT	24
BILAGA B. LORENZKURVA OCH KONCENTRATIONSKOEFFICIENT	25
BILAGA C. BESKRIVNING AV DATA ENVELOPMENT ANALYSIS (DEA).....	26

1. Inledning och bakgrund

Denna rapport är en fortsättning på den uppföljning av husläkarsystemet under Vårdval Stockholm som den hälsoekonomiska gruppen presenterat i två tidigare rapporter. I denna rapport presenteras utvecklingen under år 2010 i jämförelse med tidigare år. Rapporten innehåller inga större förändringar av datakällor och metoder utan ska ses som en fortsättning på den tidigare resultatredovisningen av reformen.

1.1. Rapportens syfte

Syftet med rapporten är att redovisa de förändringar av resursutnyttjande och resursfördelning som ägt rum under år 2010 med en jämförelse av de två tidigare åren med Vårdval Stockholm samt åren före införandet av modellen. Rapporten berör följande områden:

- Utvecklingen av kostnader, vårdutnyttjande och patientnöjdhet
- Produktivitetsskillnader och produktivitetens utveckling
- Fördelning av vårdutnyttjande mellan socioekonomiska geografiska områden, ålder och kön
- Effekter på andra vårdformer

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

1.2. Rapportens disposition

I kapitel två redogörs för de databaser och metoder som använts i rapporten. I kapitel tre presenteras utvecklingen för kostnader, vårdutnyttjande samt patienternas omdömen av vården inom husläkarverksamheten för perioden. Kapitel fyra behandlar produktivitetens utvecklingen samt studerar sambandet mellan produktivitet och patientnöjdhet. Kapitel fem studerar hur vårdutnyttjandet förändrats mellan geografiska områden med socioekonomiska skillnader, åldersgrupper och mellan kön. Redogörelsen fokuserar på skillnader mellan områden med hög och låg inkomst. Kapitel sex redovisar slutligen effekter på andra vårdformer och studerar förekomst av s.k. ”övervältrings-effekter”.

2. Data och metod

I rapporten har data från flera källor använts beroende på problemställning och syfte. De metoder som används är desamma som i de tidigare rapporterna¹. Det är dels deskriptiva sammanställningar, dels analytiska metoder för ett antal frågeställningar om resursfördelning mellan geografiska områden och produktiviteten vid husläkarmottagningarna.

De data som använts i analyserna baseras på dels register som landstingets patientstatistik och kostnadsredovisning, dels enkäter från landstinget om patienternas omdömen om vården. Uppgifter om vårdutnyttjande har hämtats från landstingets VAL-databas. I den s.k. Leverantörsdatabasen (LUD) har uppgifter om patientnöjdhet tagits fram. Uppgifter om beställarens kostnader per område och husläkarmottagningar har hämtats från landstingets redovisningssystem ”Raindance”. Dessutom har befolkningsstatistik om inkomst baserat på data från SCB använts. I tabell 1 summeras de olika datakällor som använts i rapporten.

Tabell 1. Datakällor och variabler

Datakällor	Variabler
VAL-databasen, SLL	Vårdutnyttjande
LUD, SLL	Patientnöjdhet
ListON, SLL	Listning av medborgare
Ekonomisystem – ”Raindance”, SLL	Kostnader
Befolkningsdata, SCB	Invånare, ålderssammansättning

De analyser som gjorts i rapporten är främst baserade på data på dels områdesnivå (kommun/stadsdel), dels på mottagningsnivå (husläkarmottagning) inom landstinget, vilket innebär att de baseras på aggregerade data och inte individdata. Tidsperioden för sammanställningarna och analyserna är 2006-2010.

De geografiska områdena är de 39 kommuner och stadsdelar som används i landstingets statistik. Det är dels de 26 kommunerna i Stockholms län, dels en uppdelning av Stockholms kommun i 14 stadsdelar. De utgör totalt 39 områden, dock utgår Norrtälje kommun som inte ingår i Vårdval Stockholm. Det totala antalet områden i rapporten är således 38 stycken.

Antalet mottagningar omfattar i vissa analyser de 147 enheter som varit verksamma under hela perioden 2006-2009 samt de 174 enheter som varit verksamma under hela perioden 2009-2010. För andra analyser inkluderas samtliga mottagningar, vilket för utgången av år 2010 är 197 stycken.

De metoder som används är enklare beskrivande mått i frekvenstabeller samt analytiska mått på produktivitet och fördelning. Jämförelse av produktivitet analyseras med en benchmarking-metod kallad DEA (Data Envelopment Analysis). Resursfördelning och fördelningsaspekter analyseras med koncentrationsindex och Lorenzkurvor.

¹ För en mer detaljerad redogörelse av datakällor och metoder se Rehnberg et al. 2009 och 2010.

3. Utveckling av kostnader, prestationer och kvalitet

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

3.1 Kostnader

Kostnadskontrollen är central inom hälso- och sjukvården eftersom patienten vid vårdkontakten endast betalar en mindre del av vårdkostnaden. Med en ökad andel rörlig ersättning i Vårdval Stockholm har det funnits farhågor för en okontrollerad kostnadsökning. I tabell 2 presenteras kostnadsutvecklingen samt relationen mellan kostnadsökningar och befolkningsutvecklingen.

Tabell 2. Utveckling av kostnader, antal invånare och listade inom husläkarverksamheten 2006-2010.

	2006	2007	2008	2009	2010
Kostnad för husläkarverksamhet (löpande priser, tkr)	3 253 841	3 394 741	3 530 462	3 608 554	3 755 736
Procentuell förändring av kostnad (löpande priser, tkr)	--	4,3%	4,0%	2,2%	4,1%
Kostnad för husläkarverksamhet (2010 års fasta priser [§] , tkr)	3 651 278	3 669 930	3 694 727	3 695 159	3 755 736
Procentuell förändring av kostnad (2010 års fasta priser [§] , tkr)	--	0,5%	0,7%	0,0%	1,6%
Befolkning (dec. 06-10)	1 863 268	1 894 291	1 925 735	1 963 255	1 998 263
Befolkningsutveckling		1,7%	1,7%	1,9%	1,8%
Antal listade/ansvarspatienter (dec. 06-10)	1 579 078	1 691 345	1 718 445	1 778 818	1 813 637
Andel listade	84,7%	89,3%	89,2%	90,6%	90,8%
Kostnad per invånare (löpande priser)	1 746	1 792	1 833	1 838	1 880
Kostnad per invånare (2010 års fasta priser [§])	1 960	1 937	1 919	1 882	1 880
Procentuell förändring av kostnad per inv. (2010 års fasta priser [§])	--	-1,1%	-1,0%	-1,9%	-0,1%

* Exklusive boende i Norrtälje kommun respektive listade på husläkarmottagningar i Norrtälje kommun. [§] Fasta priser har beräknats utifrån SKL:s Landstingsprisindex, LPI.

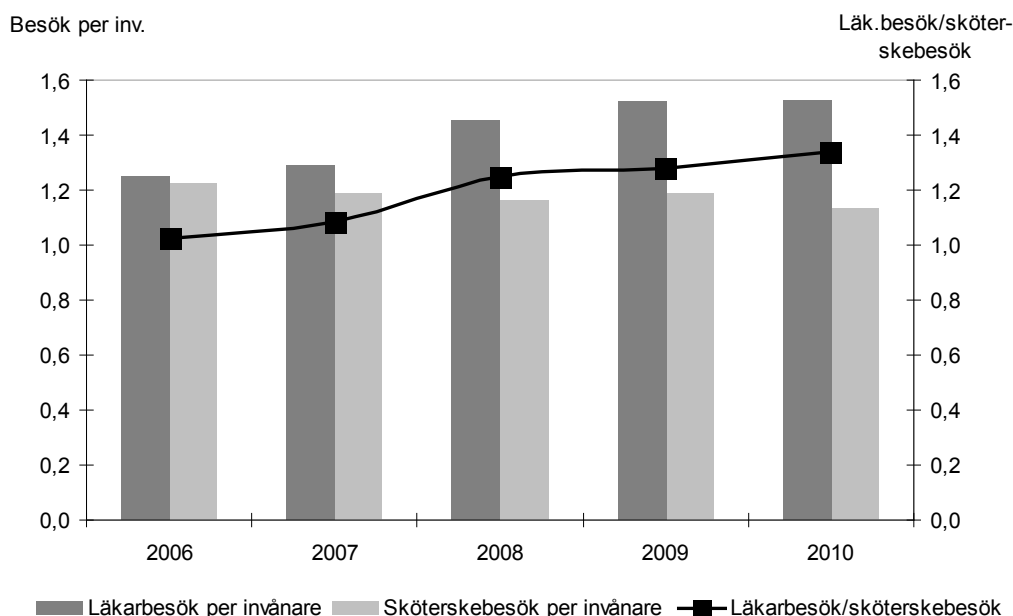
Källa: Raindance, ListON och SCB.

Som framgår av tabellen har kostnaderna i löpande priser fortsatt att öka i stort sett samma takt som åren före införandet av reformen. För att även studera utvecklingen i fasta priser görs en justering för pris- och löneökningar (inflation) med landstingens pris- och löneindex (LPI). I fasta priser ligger den årliga ökningen på i genomsnitt ca knappt en procent under perioden. Samtidigt äger en stadig ökning av befolkningen inom länet rum. Tar vi hänsyn till befolkningsutvecklingen har kostnaden per invånare minskat, räknat i fasta priser. Vi kan även notera en ökning av andelen listade individer, vilket påbörjades under året före införandet av reformen. En förklaring till den måttliga kostnadsutvecklingen är att ersättningsnivån till vårdgivarna per utförd åtgärd varit oförändrad sedan reformens införande.

3.2 Prestationer och vårdutnyttjande

Vårdutnyttjandet inom primärvården har traditionellt mätts med enkla mått som besök för olika yrkeskategorier (läkare, distriktssköterskor etc.). I figur 2 redovisas utvecklingen för läkar- och sköterskebesök för åren 2006-2009.

Figur 1. Läkar- och sköterskebesök² per invånare samt förhållandet (ratio) mellan läkar- och sköterskebesök, 2006-2010.



Källa: Val-databasen.

Som framgår av figuren har läkarbesöken per invånare ökat kraftigt under åren. I genomsnitt under perioden uppgår ökningen till drygt 5 procent per år. Sköterskebesöken per invånare uppvisar istället en minskning på i genomsnitt knappt 2 procent per år under motsvarande tid. Relationen mellan besökstyperna påvisar följaktligen en förändring mot relativt sett fler läkarbesök. En trend som även bestått under 2010. Det oklart vad detta beror på. Det kan vara en effekt av ersättningsystemet, men även en anpassning till patienternas efterfrågan.

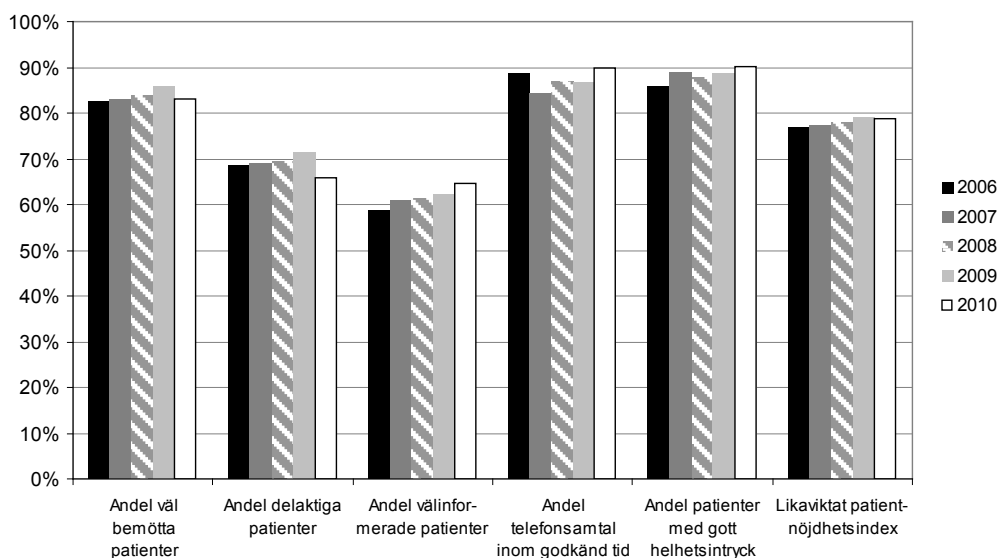
3.3 Kvalitet

Primärvårdens verksamhet är bred och komplex vilket innebär att det finns uppenbara svårigheter att mäta och bedöma kvaliteten i verksamheten. Mått på befolkningens hälsa är en funktion av samverkande faktorer där det är svårt att urskilja effekter av primärvårdens insats. Från ett patientperspektiv finns i huvudsak två typer av kvalitet. Den första ser till den medicinska kvaliteten som avser behandlingens effekter på patientens hälsa. Inom vissa medicinska discipliner kan dessa uppgifter hämtas ur kvalitetsregistren. I viss utsträckning finns kvalitetsregister som är relevanta för att mäta medicinska effekter inom primärvården. Det gäller t.ex. uppföljning av patienter med diabetes. Den andra dimensionen av kvalitet utgår från patienternas och medborgarnas egna bedömningar och upplevelse av vården samt tillgängligheten. En förbättrad

² Fysiska besök på mottagning och i hemmet inom husläkaruppdrag och basal hemsjukvård. (inkluderar mottagnings- och hembesök)

tillgänglighet har även varit ett uttalat mål med Vårdvalsreformen. Invånarnas upplevda servicekvalitet inom hälso- och sjukvården mäts regelbundet med den s.k. patientenkäten. Utvecklingen för de indikatorer som följts upp kontinuerligt under perioden framgår av figur 2.

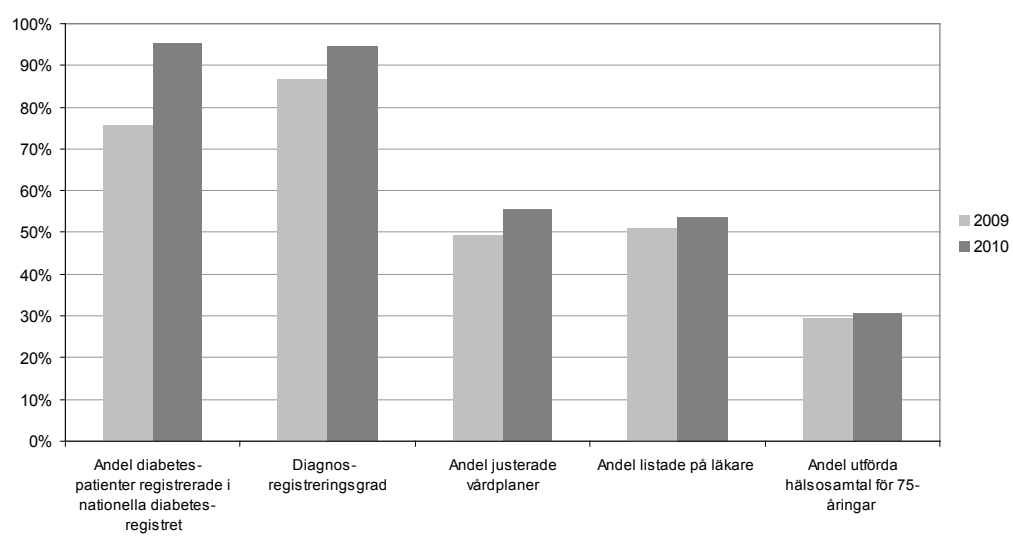
Figur 2. Patientupplevd kvalitet och tillgänglighet, 2006-2010 inom hela SLL.



Källa: LUD-databasen, SLL:s patientenkät. Anm: År 2007 infördes striktare krav i regelverket för indikatorn telefontillgänglighet inom godkänd tid. Indexet utgörs av ett likaviktat snitt av de fem indikatorerna.

Utvecklingen av den patientupplevda kvaliteten har varit relativt stabil under perioden. Generellt finns en tendens till mindre förändringar i positiv riktning. Andelen välinformerade och andelen med gott helhetsintryck uppvisar en positiv utveckling under 2010, vilket även gäller för telefontillgängligheten. När det gäller bemötande och delaktighet avviker dock resultatet nedåt under 2010.

Landstinget följer även upp kvalitetsparametrar avseende husläkarmottagningarnas arbetssätt. Dessa kan beskrivas som processorienterade kvalitetsmått. Nedan visas en positiv utveckling för de indikatorer som följts upp under både 2009 och 2010.

Figur 3. Processorienterade kvalitetsmått, 2009-2010 inom hela SLL.

Källa: LUD-databasen.

4. Produktivitet

En bedömning av hushållningen med resurser inom primärvården förutsätter att utvecklingen av kostnader, prestationer och kvalitetsaspekter studeras samtidigt. En effektiv hushållning innebär att vi använder befintliga resurser för att i högsta möjliga utsträckning bidra till att nå målen om en god hälsa för befolkningen. Detta är dock en komplex uppgift och ofta ställs man inför uppgiften att studera produktivitetsaspekter, dvs. hur mycket vårdtjänster som presteras i förhållande till insatta resurser.

Vårdens prestationer mäts inom primärvården med relativt enkla mått som olika typer av besök och telefonkontakter. Det finns även mått över patienternas bedömningar av vården samt tillgänglighet som kan inkluderas i analyserna. I detta avsnitt behandlas produktivitetsskillnader och produktivitetsutvecklingen inom husläkarverksamheten under perioden 2006-2010. 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.³ Initialt består urvalet av de 147 husläkarmottagningar som varit verksamma samtliga år under perioden 2006-2009. Därefter utökas urvalet till de 174 mottagningar som varit verksamma under hela perioden 2009-2010. Detta innebär att nedlagda och nyetablerade enheter har exkluderats från respektive tidsperiod i syfte att skapa enhetliga tidsserier som möjliggör beskrivningar av produktivitetsutvecklingen på enhetsnivå över tid.

4.1 Produktivitetsutvecklingen

Inledningsvis presenteras ett enklare deskriptivt produktivitetsmått där prestationer relateras till kostnader. Till följd av att uppgifter över patientens diagnos eller sjukdomstillstånd saknas inom primärvården har en enklare form av viktning använts. De produktionsmått som finns tillgängliga är ny- och återbesök hos läkare, distriktssköterskor, sjuk- och undersköterskor och hembesök. Viktningen baseras på vilken personalkategori som besöket avser. I analysen har läkarbesök av alla slag getts en vikt på 1,0. Ett besök hos andra personalkategorier än läkare antas här motsvara en resursutgång på 40 procent (0,4) av resursåtgången vid ett läkarbesök. Den viktning vi använt tillämpas bl.a. i rapporter från SKL. I tabell 3 framgår en enkel beräkning av produktiviteten baserad på kostnader i relation till ett index av dessa viktade vårdkontakter för de två olika urvalen.

³ Besök klassificerade som psykosociala hos olika yrkeskategorier ingår inte p.g.a. av skillnader i registrering. Därtill ingår inte telefonsamtal i analysen p.g.a. skillnader och brister i registrering under åren 2006 och 2007.

Tabell 3. Produktivitet (kostnad per viktad vårdkontakt), 2006-2010. 2010-års priser.

Kostnad per viktad vårdkontakt (läkarbesök och sköterskebesök på mottagning)	2006	2007	2008	2009	2010
147 Husläkarmottagningar					
Medel (oviktat snitt)	1 280	1 236	1 122	1 104	
Justerat för befolkningsstorlek	1 326	1 279	1 143	1 113	
Produktivitetsutveckling (justerat)	--	3,5%	10,6%	2,7%	
174 Husläkarmottagningar					
Medel (oviktat snitt)				1 080	1 064
Justerat för befolkningsstorlek				1 122	1 098
Produktivitetsutveckling (justerat)				--	2,1%

Källa: Raindance, VAL-databasen och egna beräkningar.

Vid resultaten för ”Medel” har varje enhets värde samma betydelse oavsett befolkningsunderlag eller listning, medan en justering gjorts för befolkning/listning vid beräkning av produktivitetsutvecklingen. Som framgår av tabellen ökade produktiviteten kraftigt under det första året med vårdvalsreformen. Under år 2009 och 2010 har sedan produktivitetsutvecklingen varit fortsatt positiv men på en klart lägre nivå. Den nya ersättningsprincipen har sannolikt gett en engångseffekt som sedan vidmakthållits. Denna typ av relativt enkel analys är beroende av viktningen av olika vårdtjänster, vilket kan missgynna vissa enheter.

I våra tidigare rapporter används en kvantitativ metod som benämns Data Envelopment Analysis (DEA) för att analysera den relativa produktiviteten.⁴ Metoden används för att analysera produktiviteten i verksamheter med såväl flera insatsvaror (input) som produktionsresultat (output) och där information om priser saknas. 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.

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

INPUT:

- Beställarens kostnader för mottagningarna

OUTPUT:

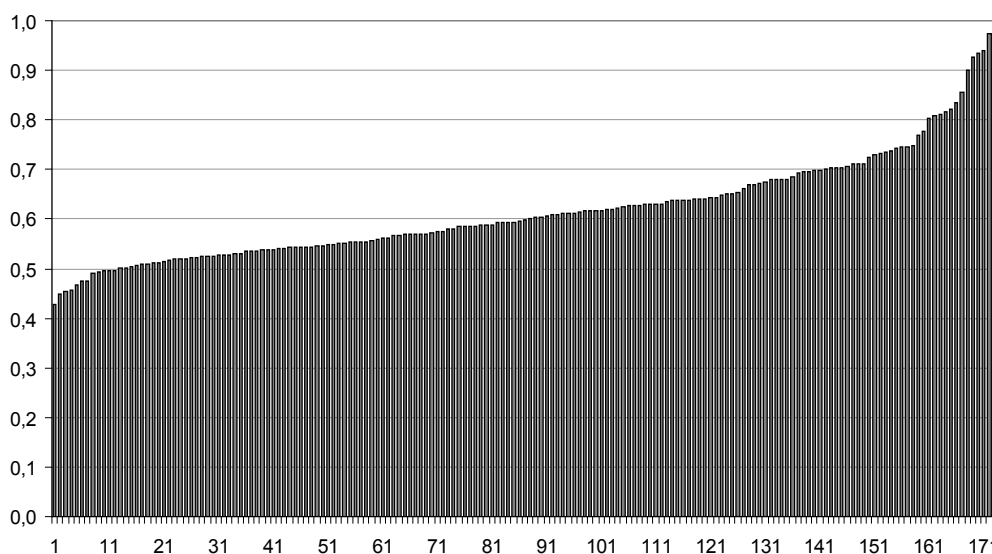
- Läkarbesök, mottagning
- Övriga besök, mottagning

I modellen antar vi att mottagningarna producerar två typer av outputs, genom att nyttja en insatsfaktor, de totala kostnaderna. I figur 4 visas de skillnader vi

⁴ För en mer detaljerad redogörelse av metoder se Rehnberg et al. 2009 och 2010 samt bilaga B och C.

får med modellen för husläkarmottagningar i Stockholm under år 2010 för 174 mottagningar.

Figur 4. DEA 2010 - läkarbesök på mottagning och övriga besök på mottagning



Källa: Raindance, VAL-databasen och egna beräkningar.

Vi kan konstatera att det föreligger relativt stora skillnader mellan husläkarmottagningarna, där ett fåtal uppnår maximal produktivitet med värdet 1,0 (längst upp till höger). Övriga mottagningar med ett värde under 1,0 kan således teoretiskt förbättra sin produktivitet och uppnå fronten. I modellen ovan är det genomsnittliga värdet 0,62. I jämförelse med resultaten från den förra rapporten där resultatet baserades på 147 mottagningar har variationerna mellan mottagningarna ökat väsentligt.

Analyser av produktivitet kritiseras ofta för att kvalitetsaspekter inte inkluderats. En hög produktivitet kan teoretiskt uppnås genom sänkt kvalitet. Det finns dock få exempel på att så är fallet. Ett problem vid ovanstående beräkningar är att registreringen av prestationer i primärvården inte inkluderar information om vårdtyngd, tidsåtgång, åtgärd och diagnos. I ovanstående mätning har vi inte heller beaktat patientomdömen om vårdens kvalitet etc. För att se om det observerade produktivitetsskillnaderna har ett samband med patientupplevd kvalitet jämför vi utfallet från ovanstående DEA-analys (DEA-prod.) med en ytterligare DEA-modell (DEA-kval.) som skattar produktiviteten utifrån kvalitetsvariabler. En fördel med DEA-modellen är nämligen att kvalitetsindikatorer även kan ingå som prestationer eller outputs i modellen. Följande variabler ingår i en kvalitativ DEA-modell för år 2010:

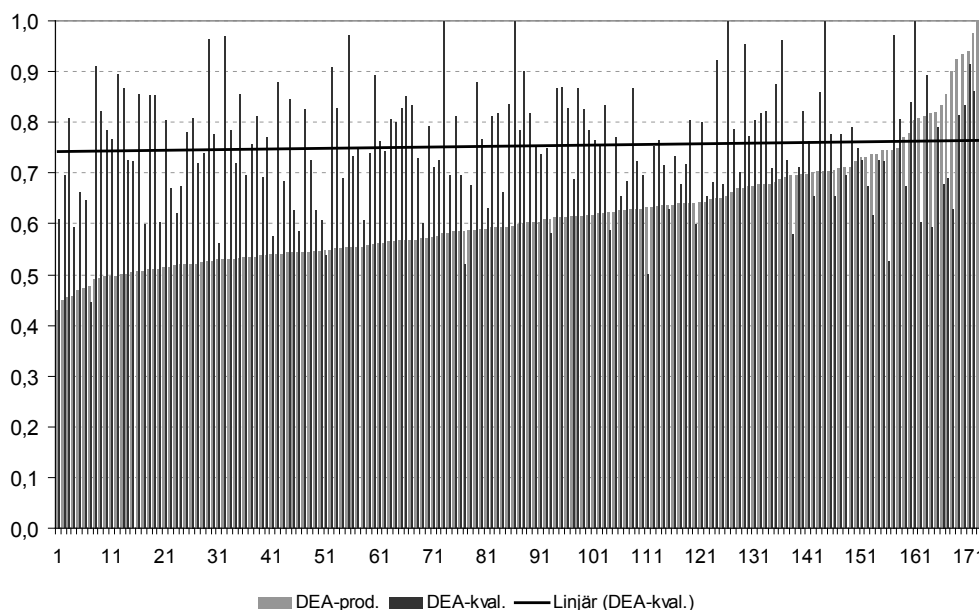
INPUT:

- Kostnad per listad

OUTPUT:

- Andel delaktiga patienter
- Andel patienter nöjda med telefontillgängligheten
- Andel välbemötta patienter
- Andel välinformerade patienter
- Andel patienter nöjda med väntetiden till besök

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



Källa: Raindance, VAL-databasen, LUD och egna beräkningar.

I figuren är husläkarmottagningarna rangordnade efter värdet på det kvantitativa produktivetsmåttet (DEA-prod). Det kan vara svårt att avläsa sambandet mellan de två produktivetsmåten och i figuren har en linjär sambandslinje lagts in som visar på ett mycket svagt positivt samband mellan den kvantitativa och den kvalitativa modellen. Sambandet är inte signifikant, men i linje med resultaten från våra tidigare rapporter som pekat på att vi ej ser en motsättning mellan hög produktivitet och patienternas omdömen.

En väsentlig förklaring till de ökade produktivitetsskillnaderna som observerats i den kvantitativa DEA-analysen (se figur 4) under 2010 i relation till tidigare år är att de nyetablerade enheterna överlag har signifikant högre värden i DEA-analyserna än övriga mottagningar. Det är dock inte möjligt att utifrån data på enhetsnivå avgöra om skillnaderna beror på olika arbetssätt eller patientunderlag. Detta kommer dock att belysas i kommande uppföljning. I tabell 4 visas skillnaderna mellan de enheter som nyetablerats under 2008 och 2009 och äldre enheter. Analyserna avser de båda DEA-modellerna för år 2009 och 2010.

Tabell 4. Produktivitet vid nya och gamla mottagningar 2009-2010.

	Nya HLM 08-10		Gamla HLM		Signifikant skillnad	p-värde [§]
	Antal	Medel ranksumma	Antal	Medel ranksumma		
2009						
DEA-prod.	26	128,0	148	80,4	Ja	0,000***
DEA-kval.	26	112,1	148	83,2	Ja	0,007***
2010						
DEA-prod.	26	131,5	148	79,8	Ja	0,000***
DEA-kval.	26	112,6	148	83,1	Ja	0,006***

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

5. Fördelningsaspekter

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

5.1 Kön och ålder

En redogörelse av besöksfördelningen mellan kön och ålder motiveras av att tidigare studier visar på skillnader i behov mellan framförallt åldersgrupper. För kön uppvisar män och kvinnor olika behov beroende på sjukdomsproblem och ohälsa. Kvinnor har tidigare haft en högre konsumtion av såväl primärvård som total vårdkonsumtion. I tabell 5 redovisas utvecklingen för män och kvinnor under åren för olika besökstyper.

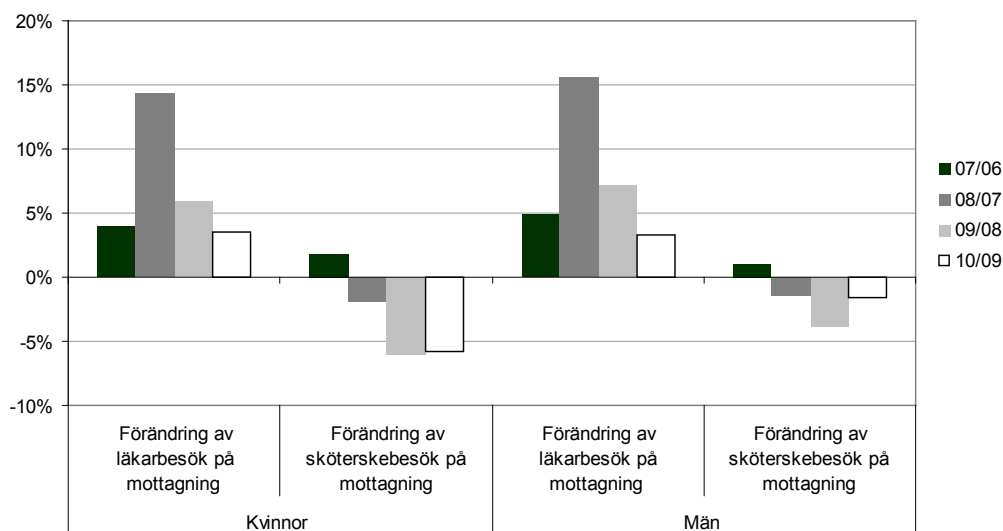
Tabell 5. Enskilda mottagningsbesök fördelat på kvinnor och män, 2006-2010. Samtliga husläkarmottagningar inom husläkaruppdrag och basal hemsjukvård.

	Antal läkarbesök på mottagning			Antal sköterskebesök på mottagning		
	Kvinna	Man	Totalt	Kvinna	Man	Totalt
2006	1 379 037	995 214	2 387 990	490 374	392 869	883 243
2007	1 433 200	1 043 848	2 485 274	499 567	396 682	896 249
2008	1 638 108	1 206 368	2 846 281	489 910	390 910	880 820
2009	1 735 220	1 292 462	3 027 682	460 192	375 599	835 791
2010	1 796 896	1 334 787	3 131 683	433 563	369 572	803 135

Källa: VAL-databasen.

Vi kan notera att det skett en markant ökning av läkarbesöken för båda könen under åren med vårdvalsreformen. För övriga besök uppvisas emellertid en minskning. Den procentuella förändringen framgår i figur 7.

Figur 7. Procentuell förändring av besök per kön och år mellan 2006 och 2010. Samtliga husläkarmottagningar för husläkaruppdrag och basal hemsjukvård.



Källa: VAL-databasen.

Vi kan notera att förändringarna rörande läkarbesök är lika för män och kvinnor med en ökning mellan 13-15 procent under år 2008, och mellan 6-7 procent under år 2009 och ca 3,5 procent för 2010. För övriga besök ses en minskning av antalet besök, främst för kvinnor. De förändringar som ägt rum avseende läkarbesök per åldersgrupp presenteras i tabell 6.

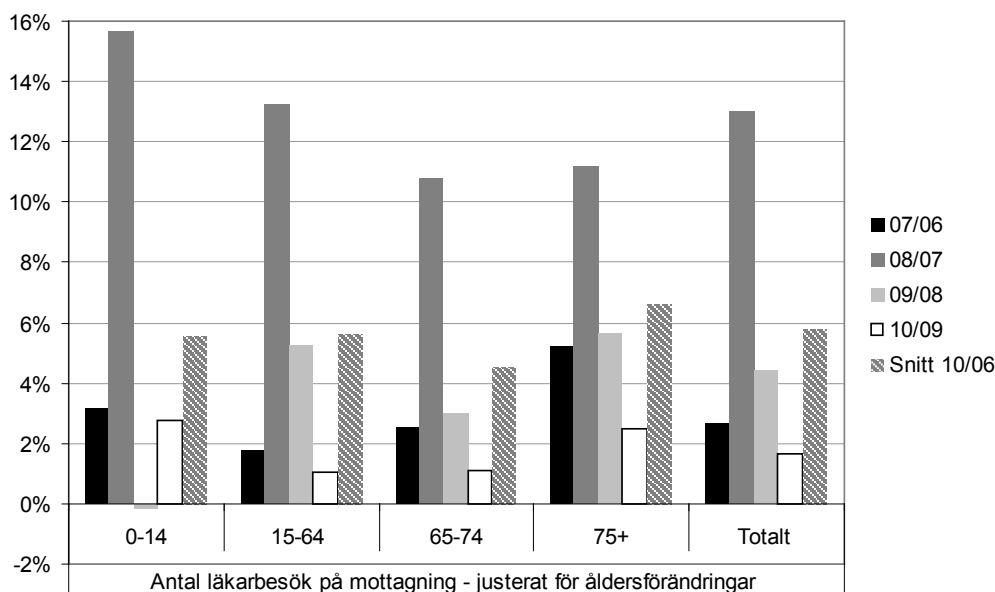
Tabell 6. Antal enskilda mottagningsbesök hos läkare per åldersgrupp, 2006-2010. Samtliga husläkarmottagningar för husläkaruppdrag och basal hemsjukvård.

	Antal läkarbesök på mottagning				Totalt
	0-14	15-64	65-74	75+	
2006	318 027	1 330 755	301 908	423 554	2 374 244
2007	331 500	1 376 257	325 005	444 279	2 477 041
2008	388 517	1 580 079	383 379	492 501	2 844 476
2009	394 823	1 688 386	423 147	521 326	3 027 682
2010	415 532	1 726 116	454 383	535 650	3 131 681

Källa: VAL-databasen.

Som framgår av tabellen har en ökning av antalet läkarbesök ägt rum för samtliga åldersgrupper under hela tidsperioden. Den antalsmässiga ökningen är störst för åldersgruppen 65-74 år och uppgår till hela 51 procent mellan 2010 och 2006. Under motsvarande tidsperiod har dock antalet i befolkningen i denna åldersgrupp ökat med 27 procent, vilket ska jämföras med en total befolkningsökning på 7 procent. I figur 8 nedan visas de procentuella förändringarna av antalet besök per åldersgrupp samtidigt som vi korrigerat för de antalsmässiga förändringarna inom de respektive åldersgrupp över tid.

Figur 8. Procentuell förändring av besök per individ inom respektive åldersgrupp och år mellan 2006 och 2010. Samtliga husläkarmottagningar för husläkaruppdrag och basal hemsjukvård.



Källa: VAL-databasen.

Som framgår av figuren noteras en kraftig ökning av läkarbesöken per individ inom samtliga åldersgrupper under första året med reformen. Ökningarna varierar mellan ca 10 och 15 procent för de olika åldersgrupperna under 2008. Ökningen är dock något lägre för de äldre åldersgrupperna. År 2009 uppgår ökningen till mellan ca tre och sex procent för dem över 15 år, mot att antalet besök per individ i gruppen 0-14 år är i stort sett oförändrade. År 2010 ökar besöken i samtliga åldersgrupper, fast på en generellt sett lägre nivå. Ökningen är mellan en och tre procent för de olika åldersgrupperna. Sett över hela tidsperioden är dock ökningen av läkarbesöken per individ inom de olika åldersgrupperna jämt fördelad.

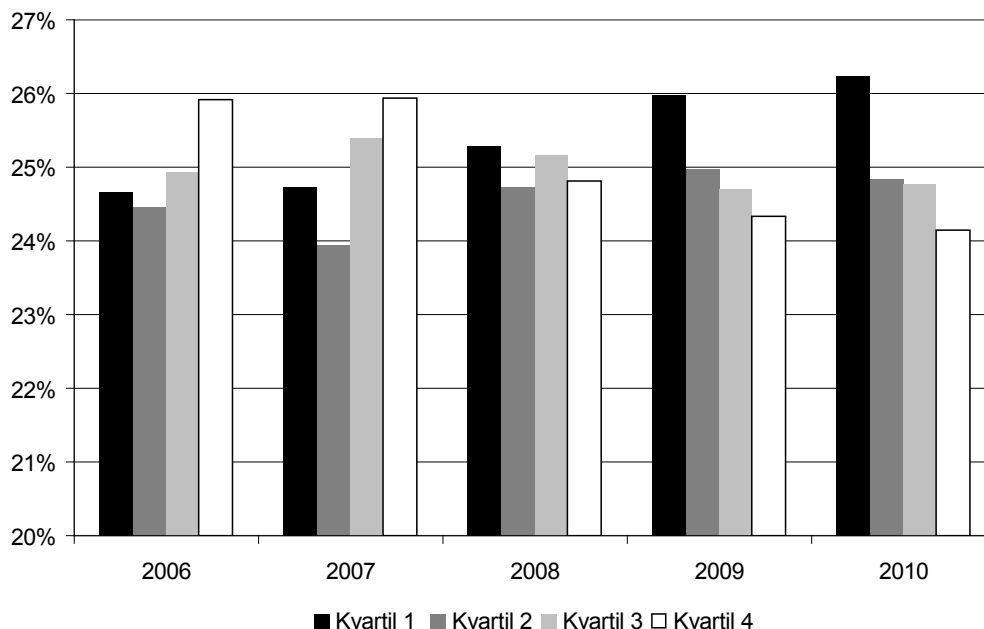
5.2 Socioekonomiska förändringar av vårdutnyttjande och resurser

Fördelningen av inkomst och ohälsa är ojämnt fördelad i Stockholmsregionen. I detta avsnitt redogörs för de förändringar av vårdutnyttjande och resursfördelning som ägt rum mellan geografiska områden. I analysen har vi rangordnat de geografiska områdena i form av kommuner och stadsdelar efter medelinkomst. Man kan tänka sig en rangordning efter andra socioekonomiska variabler, men rangordningen överensstämmer starkt mellan flertalet indikatorer. Precis som i de tidigare rapporterna för år 2009 och 2008, görs en kartläggning av förändringarna baserade på ett s.k. koncentrationsindex som visar ojämlikhet i fördelningen av vårdutnyttjande och resurser. Inledningsvis presenteras i figur 9 hur fördelningen av läkarbesök utvecklats för de boende inom Stockholms olika stadsdelar/kommuner indelade efter medelinkomst.⁵ Dessa besöksdata är konsumtionsrelaterade, vilket innebär att t.ex. besök av invånare från

⁵ Fördelningen av vårdutnyttjandet mellan kommuner och stadsdelar baseras här utifrån var individen är folkbokförd.

Kungsholmen hänförs till Kungsholmen oavsett vid vilken mottagning i respektive kommun besöket ägt rum.

Figur 9. Fördelning av läkarbesök efter medelinkomst per kommun (kvartil 1 = lägst inkomst, kvartil 4 = högst inkomst).



Källa: VAL-databasen, ListON och egna beräkningar.

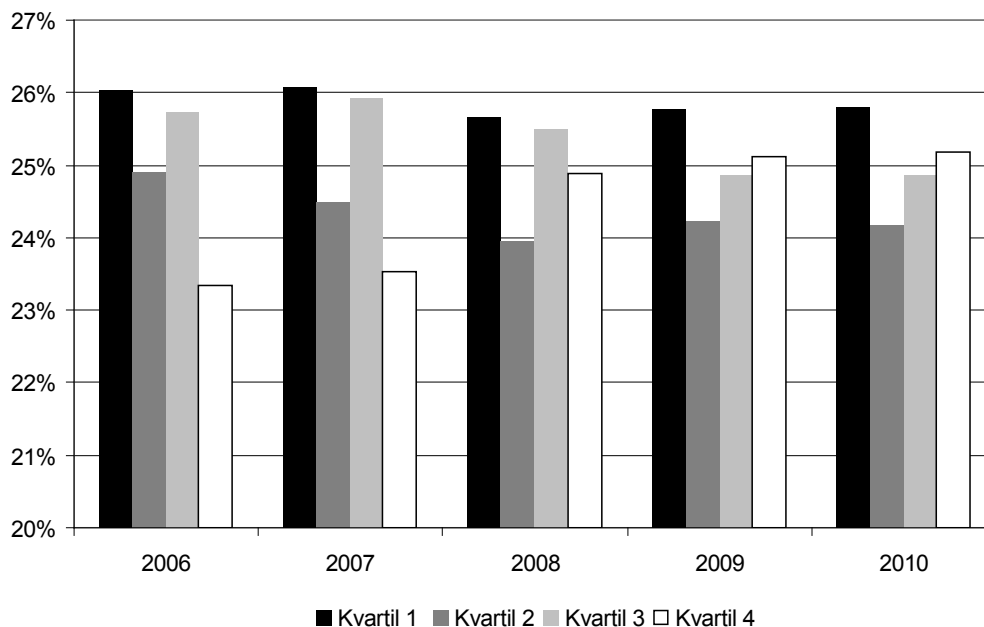
Som framgår av figuren har ökningen av läkarbesök varit störst i områden med lägst inkomst. Under perioden före Vårdval Stockholm konsumerade de boende i den rikaste kvartilen högst andel av läkarbesöken. Vi kan således notera en förskjutning av vårdutnyttjandet från rikare till fattigare stadsdelar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

Läkarbesök som en indikator på vårdutnyttjandet visar hur vårdkonsumtionen förändrats. Vid sidan av vårdutnyttjandet är det viktigt att analysera motsvarande utveckling av kostnaderna eller de ekonomiska resursernas fördelning. Beräkning av kostnader kan göras på olika sätt. Ett problem är att det saknas data över kostnaden per patient⁶. Ett alternativ vore att helt enkelt multiplicera vårdutnyttjandet med priser (kostnad per besök) för olika vårdtjänster, vilket ofta tillämpas i olika studier. Ett problem med denna metod är att den bygger på en del antaganden som att kostnaden per besök är lika för olika mottagningar. Vi har istället valt att använda oss av kostnadsuppgifter från landstingets ekonomiska redovisning, vilken justerats för att inkludera kostnadsposter som är jämförbara mellan områden och mottagningar över åren. Dessa kostnader är dock produktionsbaserade vilket innebär att kostnaderna (alternativt: mottagningens intäkter) för en mottagning på Kungsholmen även omfattar vård som ges till listade invånare från andra kommuner/stadsdelar. Ett problem är således att ingen hänsyn tas till att vissa mottagningar har en större andel patienter som kommer från områden utanför den egna kommunen eller

⁶ Någon motsvarighet till projektet Kostnads-per-patient (KPP) finns inte för primärvården i Stockholms läns landsting.

stadsdelen.⁷ Kostnaderna består av beställarens kostnader och i dessa kostnader är bl.a. kostnader för förskrivna läkemedel och patienternas egenavgifter inte inkluderade. I figur 7 presenteras hur resurserna fördelats till mottagningar per stadsdel/kommun indelade efter medelinkomst.

Figur 10. Fördelning av beställarkostnad för mottagningar per invånare i respektive kommun/stadsdel efter medelinkomst (kvartil 1 = lägst inkomst, kvartil 4 = högst inkomst).

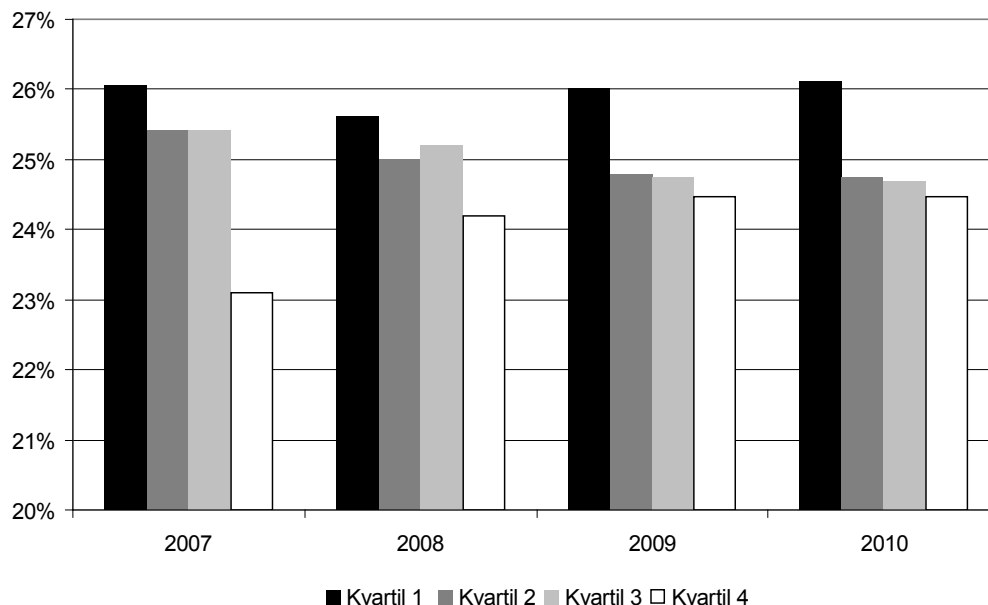


Källa: VAL-databasen, ListON och egna beräkningar.

Av figuren framgår att under perioden 2009 till 2010 har resursfördelningen mellan olika socioekonomiska områden varit stabil och endast mindre förändringar kan noteras. Under reformens första år 2008 förändrades resursfördelningen i motsatt riktning jämfört med vårdutnyttjandet. Den rikaste kvartilen ökade då sin andel av de totala resurserna, medan övriga kvartiler minskade. Den största andelen av resurserna gick dock fortfarande till den fattigaste kvartilen. Eftersom dessa data är produktionsbaserade avspeglar dock inte resultaten om den ändrade resursfördelningen har samband med att allt fler invånare listar sig på mottagningar utanför den egna hemkommunen i samband med det fria vårdvalet. För att undersöka detta förhållande har vi i denna rapport lagt till en analys där även resursfördelningen för antalet listade patienter per respektive kommun/stadsdel istället för per antalet invånare som i den ovanstående analysen (se figur 10). I figur 11 presenteras endast utvecklingen 2007 till 2010 då andelen listade patienter legat relativt stabil runt 90 procent för samtliga år.

⁷ Fördelningen av beställarkostnaderna mellan kommuner och stadsdelar baseras här utifrån husläkarmottagningens geografiska kommun-/stadsdelstillhörighet.

Figur 11. Fördelning av beställarkostnad för mottagningar per listad individ i respektive kommun/stadsdel efter medelinkomst (kvartil 1 = lägst inkomst, kvartil 4 =högst inkomst).

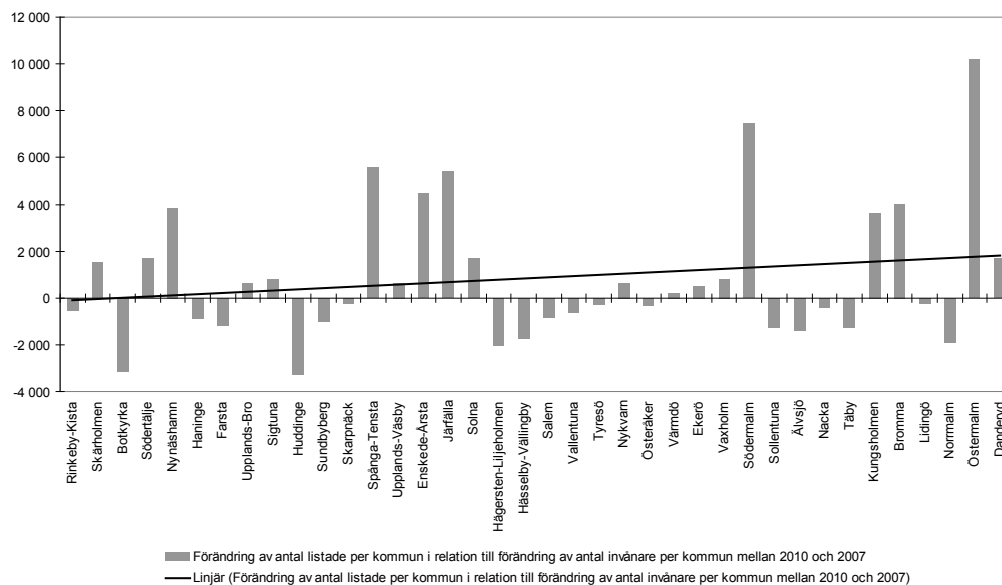


Källa: VAL-databasen, ListON och egna beräkningar.

Resultaten gällande utvecklingen av resursfördelningen per listad individ per kommun/stadsdel visar en delvis annorlunda utveckling. Enligt detta mått är utvecklingen mer stabil mellan de olika kvartilerna än i den tidigare analysen. Utvecklingen pekar på att kvartil 1 har i stort samma andel av resurserna år 2010 som år 2007. Under samma tidsperiod har kvartil två och tre minskat sin andel av de totala resurserna något medan den rikaste kvartilen ökat sin andel. I relation till den tidigare analysen minskade inte andelen av resurserna i kvartil 1 under reformens första år i samma utsträckning, samtidigt som resurserna till kvartil 4 inte heller ökade i samma utsträckning.

Omfördelningen av resurser mellan områden under främst reformens första år hänger således samman med att antalet listade individer ökat relativt sett mer i rikare områden, särskilt i Stockholms innerstad. I figur 12 visas skillnaden mellan utvecklingen av antalet individer som listat sig inom respektive kommun/stadsdel och befolkningsutvecklingen per kommun/stadsdel mellan 2010 och 2007.

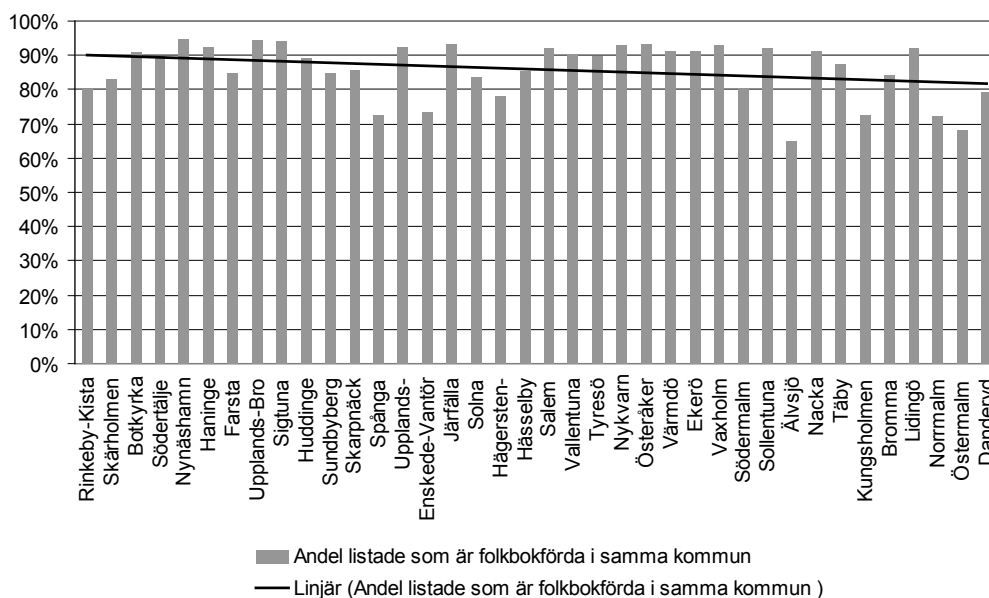
Figur 12. Absolut förändring av antalet listade i relation till förändring av antalet invånare mellan 2010 och 2007 per kommun/stadsdel efter medelinkomst.



Källa: ListON och SCB.

Det linjära sambandet visar att antalet listade individer under tidsperioden ökat mer än befolkningen i större utsträckning ju högre medelinkomst området har. Detta gäller särskilt för Södermalm och Östermalm. Utifrån figur 13 kan vi även utläsa att i områden med lägre medelinkomst är en högre andel av invånarna listade vid mottagningar inom området. Här finns sannolikt andra förklaringar som pendling och tillgång till kommunikationer.

Figur 13. Andel invånare som listat sig i samma kommun/stadsdel som man bor i relation till totalt antal listade per kommun/stadsdel år 2010.



Källa: ListON.

För att erhålla ett mått på fördelningen av såväl vårdutnyttjande som resurser har vi beräknat ett koncentrationsindex för respektive år. Det förutsätter att den

socioekonomiska statusen för olika geografiska områden rangordnas efter inkomst eller motsvarande indikator på socioekonomisk status. I analysen använder vi oss av medelinkomst för de 38 stadsdelar och kommuner som finns inom landstinget. Indexet varierar maximalt mellan -1 och +1 där negativa värden innebär att områden med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst och positiva värde motsatsen.

Vi har sedan tillämpat metoden med koncentrationsindex för att uppskatta fördelningen av läkarbesök och besök hos samtliga sköterskekatgorier (främst besök hos distriktssköterskor) mellan områden med låg och hög medelinkomst utifrån var invånarna bor samt för kostnader per mottagning fördelat efter både antalet invånare respektive antalet listade per område. Värden för koncentrationsindex för olika år presenteras i tabell 7.

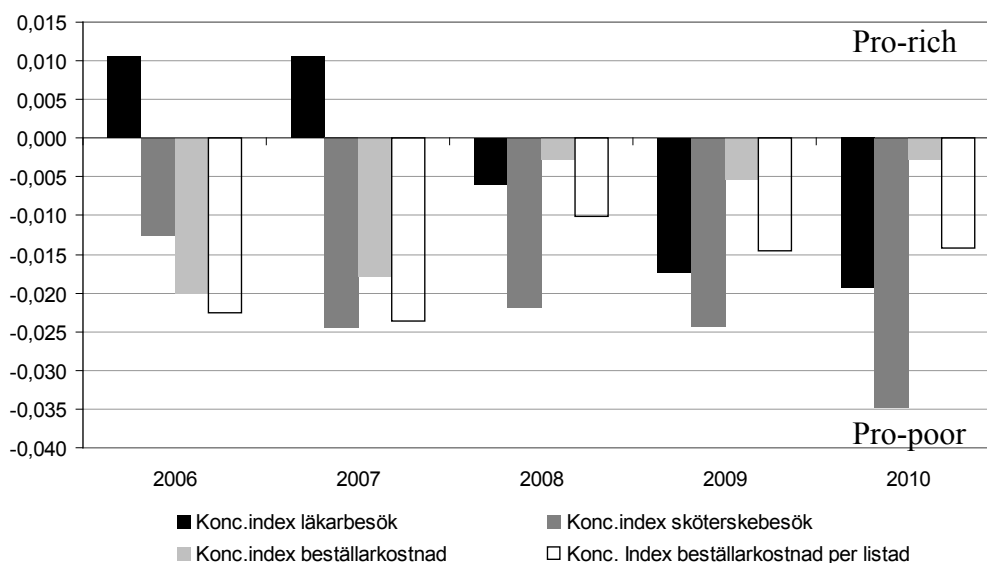
Tabell 7. Koncentrationsindex för läkar- och sköterskebesök per invånare samt beställarkostnad - utifrån mottagningarnas geografiska lokalisering - per invånare och per listad patient inom respektive område 2006-2010.

	Konc.index läkarbesök	Konc.index sköterskebesök	Konc.index beställarkostnad	Konc.index beställarkostnad per listad
2006	0,011	-0,013	-0,020	-0,023
2007	0,011	-0,025	-0,018	-0,024
2008	-0,006	-0,022	-0,003	-0,010
2009	-0,017	-0,024	-0,005	-0,015
2010	-0,019	-0,035	-0,003	-0,014

Källa: VAL-databasen, ListON och egna beräkningar.

Som framgår av tabellen uppvisade läkarbesöken ett positivt värde, dvs. en fördelning till fördel för områden med högre medelinkomst, åren före införandet av vårdvalsreformen. Under åren 2008 till 2010 uppvisas negativa värden, dvs. en högre andel av besöken konsumeras i områden med lägre medelinkomst. För sköterskebesöken uppvisas negativa värden för samtliga år, men även här har utsatta områden ökat sin andel, även om förändringen inleddes året före reformen. I de två kolumnerna till höger visas utvecklingen för kostnaderna. Vi kan då se att de negativa värdena visar att områden med lägre medelinkomster har en större andel av resurserna under samtliga år. Utvecklingen visar emellertid att resurser under främst det inledande året med reformen omfördelats från fattigare till rikare områden. Resursfördelningen är dock mer jämn över tid om resurserna fördelas utifrån antalet listade patienter per område istället för per antalet invånare. Fördelningen är dock fortfarande till förmån för områden med låg medelinkomst, dvs. samtliga år uppvisar negativa värden. I figur 14 nedan visas utvecklingen i ett diagram.

Figur 14. Koncentrationsindex för besök och kostnader



Källa: VAL-databasen, ListON och egna beräkningar.

Figuren summerar de förändrade fördelningarna av besök och kostnader. De negativa värdena, dvs. staplarna under noll-strecket, visar att såväl vårdutnyttjandet som resurserna är till fördel för områden med lägre medelinkomst. Mot bakgrund av resultaten över vårdutnyttjandet har husläkarmottagningar i områden med lägre medelinkomst och tidigare högre kapitationsersättning delvis kompenserat detta resursbortfall genom en relativ högre ökning av antalet vårdprestationer. Detta har dock inte varit tillräckligt för att till fullo kompensera bortfallet från kapitering och övrig ersättning enligt de två resursfördelningsmåten. Tas även hänsyn till att antalet listade ökat mer i områden med högre medelinkomst visar dock resursfördelningen mellan områden mindre variation över tid.

6. Effekter på andra vårdformer

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

I Vårdval Stockholm finns relativt lite av mekanismer där primärvården har kostnadsansvar för andra vårdformer eller service. I Halland som exempel har primärvården ett kostnadsansvar för besök hos vissa andra vårdgivare (privatläkare, sjukgymnaster m.m.). För att studera förekomsten av eventuella övervältringseffekter (*”spill-overs”*) studeras här vårdutnyttjandet för övrig öppenvård.

6.1 Primärvård och övrig öppenvård

De övriga öppenvårdsformerna inom landstinget är den specialiserade somatiska och psykiatriska öppenvården vid sjukhusen och större läkarhus, privata specialister samt närakuter och övrig primärvård. Utvecklingen av antalet läkarbesök för de olika vårdformerna framgår av tabell 8.

Tabell 8. Läkarbesök för olika öppna vårdformer, 2006-2010. (inkluderande ny-, åter-, hem-, och gruppbesök).

		2006	2007	2008	2009	2010
Primärvård	Husläkarverksamhet inkl. basal hemsjukvård	2 398 925	2 517 545	2 878 379	3 069 553	3 160 999
	Närakut/jourmottagning	302 177	318 320	315 131	321 036	324 476
	Övrig primärvård	115 753	178 429	243 452	313 954	367 148
Specialiserad öppenvård	Akutsjukhus	1 929 344	1 918 107	1 964 906	2 025 169	2 059 039
	Psykiatri	223 496	232 532	255 199	288 140	313 016
Privata specialister	Somatiska specialister	1 144 440	1 144 626	1 113 591	1 086 099	1 048 408
	Primärvård	285 147	281 859	266 394	254 403	221 369
	Psykiatri	120 049	113 904	103 677	96 778	91 575

Källa: VAL-databasen. Anm: Den kraftiga ökningen av antalet besök inom övrig primärvård under perioden består till viss del av förbättrad registrering, särskilt avseende barn- och mödravårdscentraler.

Vi kan sedan reformens införande konstatera en ökning i absoluta tal för såväl primärvård som den specialiserade öppenvården vid sjukhus och läkarhus. För närakuterna minskade antalet besök första året med vårdvalsreformen för att under 2009 och 2010 öka igen. För de privata specialisterna noteras en minskning för samtliga vårdformer efter införandet av reformen. Vi kan även notera att de volymmässigt största öppenvårdsformerna är husläkarverksamheten, somatisk vård vid sjukhus/läkarhus samt somatiska specialister bland de privatpraktiserande läkarna finansierade av den nationella taxan.

För att studera förändringar över tiden presenteras i tabell 9 den procentuella utvecklingen för motsvarande vårdgivare och vårdformer.

Tabell 9. Procentuell utveckling av läkarbesök inom öppenvården 2006-2010.

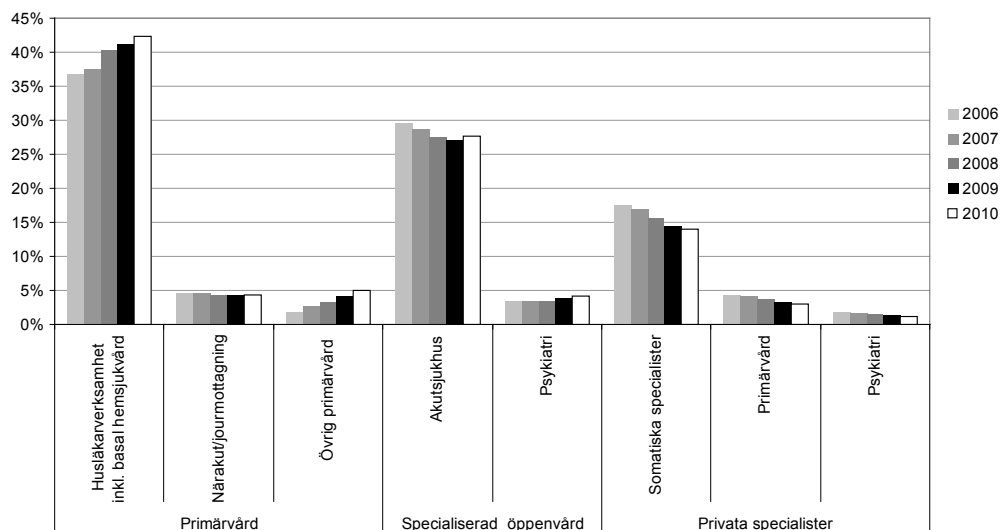
		07/06	08/07	09/08	10/09	Snitt 10/06*
Primärvård	Husläkarverksamhet inkl. basal hemsjukvård	4,9%	14,3%	6,6%	3,0%	5,4%
	Närakut/jourmottagning	5,3%	-1,0%	1,9%	1,1%	0,1%
	Övrig primärvård	54,1%	36,4%	29,0%	16,9%	31,8%
Specialiserad öppenvård	Akutsjukhus	-0,6%	2,4%	3,1%	1,7%	-0,1%
	Psykiatri	4,0%	9,7%	12,9%	8,6%	7,0%
Privata specialister	Somatiska specialister	0,0%	-2,7%	-2,5%	-3,5%	-3,8%
	Primärvård	-1,2%	-5,5%	-4,5%	-13,0%	-7,6%
	Psykiatri	-5,1%	-9,0%	-6,7%	-5,4%	-8,1%

Källa: VAL-databasen. * Den genomsnittliga beräkningen har justerats för befolkningsutvecklingen.

Om vi först tittar på utvecklingen för de volymmässigt stora vårdformerna ser vi att husläkarverksamheten ökade kraftigt under år 2008 och i viss mån under 2009 och 2010. Även sjukhusens och läkarhusen har ökat sin öppenvård om än med en lägre ökningstakt som motsvarar befolkningsutvecklingen. Besöken till de privata specialisterna har dock minskat överlag under hela tidsperioden. För de volymmässigt mindre vårdformerna noteras särskilt kraftiga ökningarna inom övrig primärvård⁸ och till viss del för psykiatri inom sjukhussektorn. Utvecklingen för närakuter/jourmottagningar är relativt konstant över tid och motsvarar i stort sett befolkningsutvecklingen.

För att bedöma om den finns tendenser att avlasta eller 'övervältra' besök på andra vårdformer från husläkarverksamheten presenteras i figur 17 utvecklingen för andelen av de besök per år för olika vårdformer.

Figur 15. Andel av totala öppenvårdsbesök inom olika vårdgrenar.



Källa: VAL-databasen.

Som framgår av figuren har husläkarnas relativa andel av de totala besöken ökat under perioden med vårdvalsreformen, en utveckling som även fortsatt under 2010. De privata specialisterna uppvisar en minskad andel för sin verksamhet

⁸ Den kraftiga ökningen av antalet besök inom övrig primärvård består till viss del av att särskild registrering av besök hos barn- och mödravårdscentraler införts under perioden.

mot att övrig primärvård uppvisar en ökad andel. Trenden för dessa vårdformer fanns emellertid redan mellan åren 2006 och 2007 och kan inte bara tillskrivas vårdvalsreformen. Akutsjukhusen noterar en minskning av sin andel av öppenvårdsbesöken fram till 2010, då andelen ökar igen. Psykiatri inom specialiserad öppenvård uppvisar en ökad andel under 2009 och 2010. Sammantaget är dock andelen specialiserad öppenvård relativt konstant under perioden. Vi kan konstatera att trots avsaknad av ekonomiska kopplingar i form av "täckningsbidrag" mellan vårdformerna är det svårt att utifrån befintlig statistik se negativa effekter på andra vårdformer (s.k. 'spill-over' effekter).

Referenser

Hälso- och sjukvårdslag 1982:763

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

Rehnberg C, Janlöv N, Khan J. (2009). Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2009:6, Stockholm.

Se även: www.folkhalsoguiden.se/2009-6

Rehnberg C, Janlöv N, Khan J, Lundgren J. (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de första två årens erfarenheter. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2010:12, Stockholm.

Se även: www.folkhalsoguiden.se/2010-12

Bilaga A: Sammanfattning 2010 års rapport

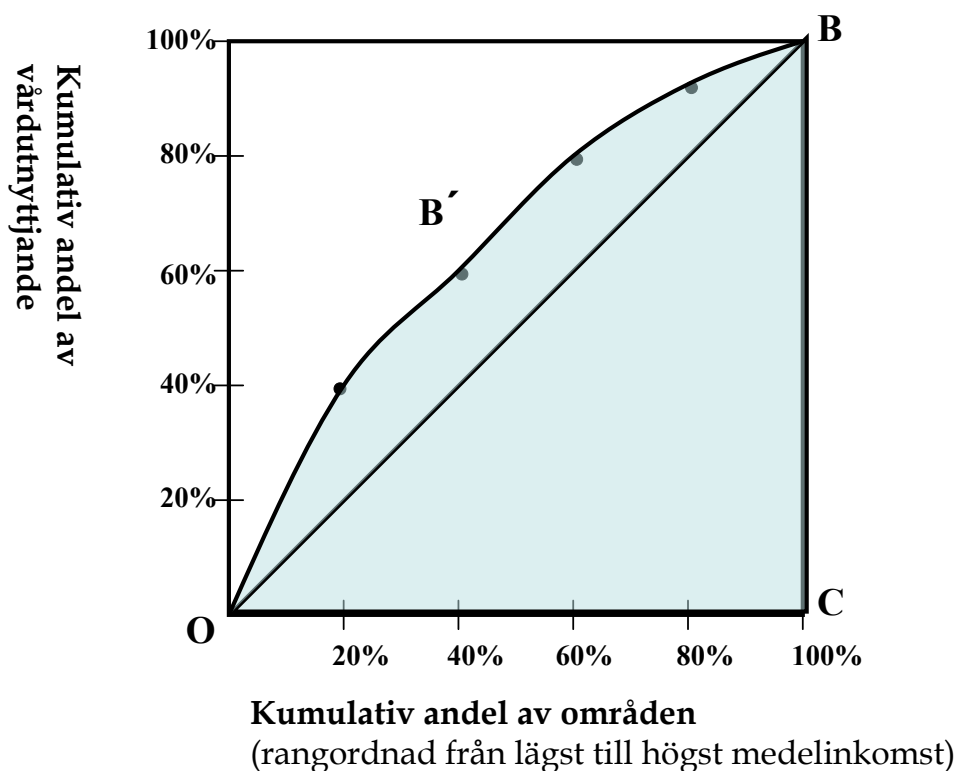
Med införandet av Vårdval Stockholm inom primärvården under år 2008 underlättades möjligheterna för invånarna att välja vårdgivare samtidigt som den fria etableringen gav möjligheter för nya aktörer att komma in på marknaden. Målsättningarna med reformen var att förbättra tillgängligheten och öka patienternas valmöjligheter kombinerat med en större mångfald och reglerad konkurrens på utbudssidan. I denna rapport presenteras en uppföljning av de första två åren med vårdvalsreformen. I rapporten fokuseras på frågeställningar om utvecklingen av kostnader, prestationer, patientnöjdhet och produktivitet. Vidare kartläggs konsekvenser för utsatta grupper och skillnader mellan socioekonomiska områden. Slutligen analyseras fördelningen mellan privat och offentlig vård, nyetableringar samt konsekvenser för andra vårdformer. Frågeställningarna analyseras främst med hälsoekonomiska metoder. Två års erfarenhet är en relativt kort tid och resultaten bör tolkas med försiktighet. De huvudsakliga resultaten från rapporten är följande:

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

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

BILAGA B. Lorenzkurva och koncentrationskoefficient

De mått på vårdutnyttjande som används är läkarbesök, övriga besök och hembesök. För att analysera variationerna mellan områden med låg och hög medelinkomst används en metod som traditionellt används inom nationalekonomi för att analysera inkomstfördelning. Metoden kan illustreras grafiskt i form av en s.k. Lorenzkurva som används för att skatta ett värde på ett koncentrationsindex som visar ojämlikhet i t.ex. inkomst, konsumtion eller hälsa. Med denna metod jämför vi den faktiska fördelningen av vårdutnyttjandet mellan områden med en tänkt situation då varje område har exakt samma vårdutnyttjande. I en situation där samtliga områden har lika vårdutnyttjande per individ kommer Lorenzkurvan att representeras av den räta linjen (diagonalen). Koncentrationsindexet får då värdet 0 och det betyder t.ex. att 20 % av befolkningen konsumerar 20 % av 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.



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

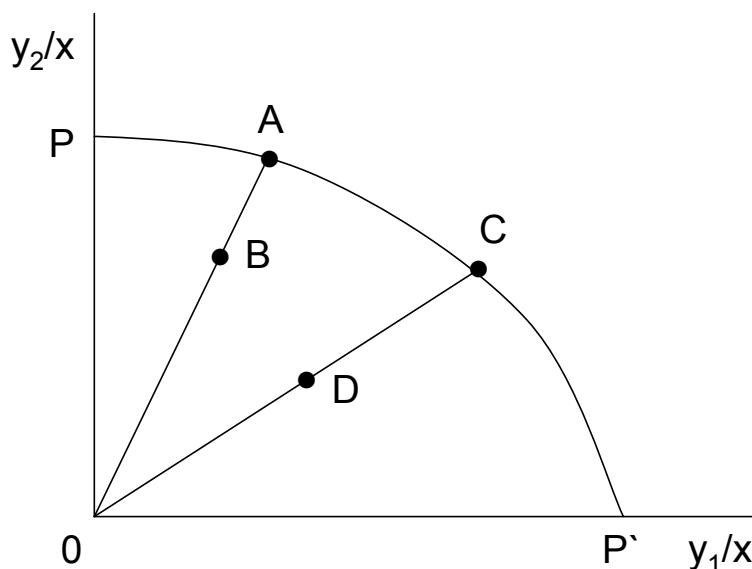
Minusvärden innebär således en koncentration av vårdutnyttjande till områden med låg medelinkomst och positiva värden att de med hög medelinkomst konsumerar mer. Ett positivt värde(+) indikerar vårdutnyttjande till fördel för områden med hög medelinkomst, medan ett negativt värde (-) indikerar ett vårdutnyttjande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

BILAGA C. Beskrivning av Data Envelopment Analysis (DEA)

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

Det centrala effektivitetsbegreppet vid DEA-analys utgörs av teknisk effektivitet. Den tekniska effektiviteten mäter förmågan att producera en maximal mängd output (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 1 illustreras även produktionsutfallet för fyra olika mottagningar (A, B, C och D).

Figur 1. Illustration av DEA-metodiken



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

ISBN: 978-91-86313-81-4

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**