

Vårdval på gång i dagens primärvård

Stora skillnader mellan olika modeller och stort utvecklingsbehov



ANDERS ANELL, professor, Institutet för ekonomisk forskning, Ekonomihögskolan, Lunds universitet anders.anell@fek.lu.se

Landstinget i Halland införde sin vårdvalsmodell i januari 2007, och Västmanland och Stockholm införde sina respektive modeller i januari 2008. På ytan förefaller modellerna likvärdiga.

Vid en närmare granskning finns dock ganska stora skillnader mellan landstingen [1]. Det gäller mål och visioner, kraven på vårdgivare, hur befolkningens val går till och hur vårdenheter ersätts.

Minst fem sjukvårdshuvudmän planerar att införa liknande vårdvalsmodeller under 2009, däribland Region Skåne och Västra Götaland. Det ger anledning till kritisk granskning av modellerna och hur de kan utvecklas.

Olika mål och visioner

Inom Vårdval Halland talar man inte om primärvård utan om när sjukvård. Målet är att fler öppenvårdsbesök ska tillhandahållas av de vårdenheter som befolkningen valt, bl a genom att dessa engagerar andra specialister utöver allmänläkare. Ambitionen är att 80 procent av alla öppenvårdsbesök ska ske i när sjukvården, vilket också påverkat ersättningsystemet.

I Stockholm sägs uttryckligen i regelverket att läkare vid mottagningen ska vara allmänläkare, men även specialister i geriatrik eller pediatrik får anställas av enheterna.

I Landstinget Västmanland sägs i kraven att vårdenheter »så långt möjligt« ska bemannas med läkare med specialistkompetens i allmänmedicin.

Bakgrunden är inte ett önskemål om att andra specialister ska arbeta i primärvården, som i Vårdval Halland. Det handlar i stället om en eftergift mot bakgrund av brist på allmänläkare och att en läkare med annan specialitet då kan vara bättre än ingen läkare alls.

En annan viktig skillnad är att Halland och Västmanland valt att ge vårdenheter ett brett uppdrag, medan Stockholm delat upp primärvårdsuppdraget i olika delar. Det bredaste primärvårdsuppdraget finns i Västmanland där t ex både barnhälsovård och mödrhälsovård ingår i åtagandet.

I Stockholm hanteras husläkarverksamhet, barnhälsovård, mödravård och även fotvård och logopedverksamhet var för sig med olika auktorisationer och ersättningsystem. Betydelsen av att ge befolkningen en färdig helhetslösning har tonats ned. I stället påtalas att en uppdelning av verksamheten dels skapar ökade valmöjligheter för befolkningen, dels ger möjlig-

»En viktig fråga för kommande utvärderingar är därför att jämföra utfallet av olika modeller för olika befolknings- och patientgrupper. Det är inte säkert att det finns en modell som passar alla lika bra.«

heter för flera aktörer, däribland fler kvinnor, att etablera nya företag.

Listning på läkare eller enhet

En första skillnad mellan landstingen är att befolkningen i Halland måste välja vårdenhet. Även i landstinget Västmanland sker en passiv listning av dem som inte själva väljer aktivt. I Stockholm finns enbart aktiv listning. Listningen i Stockholm sker i första hand på allmänläkare, medan listningen i Halland och Västmanland sker på enhet.

Rent ideologiskt finns dock större likheter mellan Stockholm och Västmanland. I båda dessa landsting är det traditionella familjeläkarssystem som varit utgångspunkt för det vårdval som införts. I Västmanland har problem med läkarbrist inneburit att listning på enhet blivit vanligt förekommande i praktiken. Listning på enheter uppfattas i en sådan situation ha fördelar, eftersom de med störst behov kan ges företräde till fast läkarkontakt.

Gemensamt för landstingen är att det inte förekommer några listningstak till vårdenheter eller läkare. Vårdenheternas möjligheter att neka individer som vill välja enheten är också starkt begränsad.

Stor eller liten vårdpeng

I Västmanland och Halland svarar vårdpengen för det mesta av ersättningen, över 80 procent. Resterande del utgörs främst av patientavgifter. I Stockholm svarar vårdpengen för drygt 40 procent av ersättningen. Därutöver utgår en besöksersättning som avgörs av vilken yrkeskategori som svarat för besöket (läkare, sjuksköterska, undersköterska, kurator/psykolog) med möjligheter till extra ersättningar för hembesök, särskilda åtgärder och besök i geografiskt avlägsna områden. Sammanlagt finns 19 olika nivåer (grundersättning och extra ersättning), och dessa används även för ersättning av vård till olistade individer.

I både Halland, Västmanland och Stockholm finns ambitioner

SAMMANFATTAT

Tre landsting har hittills infört nya vårdvalsmodeller i primärvården. Minst fem landsting planerar att införa vårdval under 2009. En statlig utredning har föreslagit att vårdval i primärvården ska vara obligatoriskt.

Skillnaderna är stora mellan de existerande vårdvalsmodellerna i Halland, Västmanland och Stockholm avseende krav på vårdenheter/mottagningar, andel vårdpeng och kostnadsansvar. Det har betydelse för verksamhetens utveckling och möjligheterna att nå målen.

Flera argument finns för en fortsatt utveckling av ersättningsprinciperna genom viktad vårdpeng och en rörlig ersättning som ger rätt incitament. Det finns anledning för landstingen att arbeta gemensamt i dessa frågor.

Det stora problemet är inte att utveckla nya vårdvalsmodeller utan att aktivt tillämpa dem. Det förutsätter en positiv grundsyn till konkurrens och mångfald i landstingen och en beredskap att omfördela resurserna beroende på befolkningens val.

TABELL I. Kostnadsansvar för vårdenheter år 2008 i vårdvalsmodellerna i Halland, Västmanland och Stockholm.

Kostnadsansvar	Halland	Västmanland	Stockholm
Vård hos andra enheter inom vårdval	Ja	Ja	Nej
Privata allmänläkare finansierade genom nationell taxa	Ja	Nej	Nej
Primärvårdsbesök i andra län	Ja	Ja	Nej
Medicinsk service	Ja, inklusive röntgen	Ja, exklusive röntgen	Ja, 20 % av undersökningskostnad för vissa specialiteter
Tekniska hjälpmedel	Nej	Ja	Nej
Sjukgymnaster	Ja	Nej	Nej
Läkemedel	Nej	Nej	Nej

ner att i större utsträckning koppla ersättningen till uppfyllda kvalitetsmål. I Stockholm omfattar systemet med bonus och viten 3 procent av den totala ersättningen. I Halland finns för 2008 dels ett avdrag på 100 000 kronor om en vårdenhet inte deltar i nationella diabetesregistret, dels ett avdrag för s k täckningsgrad. Täckningsgraden beräknas som kvoten mellan alla listades besök i närsvården och det totala antalet öppenvårdsbesök. För bristande måluppfyllelse, dvs en täckningsgrad under 80 procent, reduceras vårdenheternas vårdpeng.

Vårdenheternas ersättning ska ses i relation till enheternas kostnadsansvar. Som framgår av Tabell I har Halland det bredaste kostnadsansvaret som t ex omfattar vårdbesök hos privata allmänläkare och sjukgymnaster på nationell taxa samt medicinsk service inklusive röntgen.

Konkurrens och mångfald vs andra mål

Kraven på husläkarverksamheter i Stockholm är lägre än kraven på familjemottagningar i Västmanland och närsvårdsenheter i Halland. Det bör resultera i fler nyetableringar och mer konkurrens och mångfald i Stockholm. Dessutom är befolkningstätheten högre i Stockholm, vilket i sig talar för bättre förutsättningar för konkurrens mellan flera alternativ.

Särskilt i Halland kan de relativt sett högre kraven ge anledning för vårdenheter att gå samman, s k horisontell integration. En sådan koncentration kan försämra konkurrensen, vilket i så fall kan ge negativa effekter på bl a kvaliteten. Det gäller särskilt om befolkningen har få alternativ att välja mellan och om andelen fast ersättning är hög, eftersom vårdenheterna då kan förbättra lönsamheten genom att underproducera och dra ned på antalet besök.

Rent principiellt skulle man därför kunna hävda att en högre andel rörlig ersättning passar bättre i Halland och Västmanland än i Stockholm.

Omvänt blir det mera angeläget i Halland och Västmanland – med lägre befolkningstäthet, högre krav på vårdgivare och högre andel fast ersättning – att på olika sätt främja konkurrensen.

Även om konkurrensen och mångfalden blir större i Stockholm, är det inte givet att de lägre kraven på vårdenheterna är att föredra i befolkningens perspektiv. I Halland och Västmanland betonas att helhetsansvar och arbete i team är viktigt för att kunna möta befolkningens vårdbehov.

Pensionärernas riksorganisation, PRO, har också uttalat att man vill se mer av Halland i framtida vårdvalsmodeller, eftersom ett helhetsansvar passar de äldre bäst [2].

En viktig fråga för kommande utvärderingar är därför att jämföra utfallet av olika modeller för olika befolknings- och patientgrupper. Det är inte säkert att det finns en modell som passar alla lika bra. Olika modeller kan också vara mer eller mindre anpassningsbara till olika geografiska förutsättningar. För befolkningen i glesbygden kommer för övrigt ingen av de olika

vårdvalsmodellerna att kunna tillföra något nytt, eftersom det inte finns utrymme för alternativ.

Viktad vårdpeng för ökad rättvisa

Med en hög andel fast ersättning finns risk att vårdenheterna väljer bort individer med höga förväntade vårdkostnader (eller att man söker individer med låga kostnader) och/eller att man snålar på den vård som ges till dem som listas [3, 4]. Denna risk kan delvis hanteras genom att vårdenheterna inte får välja vem som listas. Genom att noga överväga var man ska etablera sig kan vårdenheterna ändå påverka vem som väljer att lista sig på enheten, eftersom befolkningen i första hand väljer primärvård utifrån var man bor eller arbetar. För att reducera en sådan indirekt selektion och skapa rättvisa ekonomiska villkor bland vårdenheter krävs att vårdpengen i högre grad speglar förväntade kostnader bland listade.

Om alla vårdenheter listar ett genomsnitt av befolkningen behövs ingen viktad vårdpeng. Förutsatt att vårdenheterna listar tillräckligt många individer tar alla variationer i förväntade vårdkostnader ut varandra. Om t ex fler äldre, små barn eller kvinnor väljer att lista sig på viss enhet kommer däremot den förväntade vårdkostnaden för denna enhet att bli högre än för genomsnittsbefolkningen. En viktning baserad på ålder och kön ger ökad rättvisa, men en sådan enkel viktning hjälper inte de vårdenheter där t ex fler individer med kroniska sjukdomar listat sig.

För att rättvist hantera variationer i förväntade vårdkostnader behövs ytterligare riskjustering av vårdpengen, t ex genom registrering och klassificering av de listades diagnoser. En vanlig metod för en sådan diagnosbaserad riskjustering av ersättningen inom amerikansk vård är Adjusted Clinical Groups (ACG) [5].

Även en diagnosbaserad viktning av vårdpengen har sina begränsningar. För det första krävs en komplett diagnosregistrering i samband med läkarbesök. Ett potentiellt problem är också att själva diagnosregistreringen kan påverkas av vad som ger mest ersättning, »upcoding« [6]. Ytterligare problem är att träffsäkerheten blir betydligt högre om vårdpengen justeras i slutet av en period (när diagnoser är kända) än om vårdpengen viktas i början av en period (utifrån tidigare diagnoser).

En riskjustering utifrån diagnoser tar inte heller hänsyn till andra faktorer som kan påverka de förväntade vårdkostnaderna, t ex om patienterna inte förstår svenska eller om det finns

»Problemet är därmed inte i första hand att utveckla nya vårdvalsmodeller – grundbultarna existerar redan i de flesta landsting. Det största problemet är i stället att implementera och aktivt tillämpa modellerna.«

en social problematik som innebär att varje besök tar längre tid. Utöver den diagnosbaserade differentieringen kan det därför finnas anledning att vikta vårdpengen efter socioekonomiska skillnader [7]. Det gäller i synnerhet om det finns stora socioekonomiska skillnader mellan olika boendeområden. Med en sådan differentiering av vårdpengen kan man till och med göra det extra lönsamt för vårdenheter att etablera sig i områden med social problematik.

I princip finns goda möjligheter att differentiera och riskjustera vårdpengen inte enbart beroende på ålder som i dag, utan även utifrån andra faktorer (Tabell II). Det finns flera argument för en sådan utveckling. För det första skapas mer rättvisa ekonomiska förutsättningar för vårdenheter, oberoende av var man etablerar sig och vilka man listar. En differentierad vårdpeng beroende på det faktiska ansvaret för öppen vård kan också skapa mer rättvisa villkor för vårdenheter t ex i städer och på landsbygden. En differentierad vårdpeng kan således ses som en metod för att anpassa vårdvalsmodellerna till skilda lokala förutsättningar.

Samtidigt måste nyttan balanseras mot de ökade administrativa kostnaderna. Behoven av en viktad vårdpeng kan variera mellan olika landsting beroende på i vilken grad det finns skillnader i lokala förutsättningar. Det är inte heller självklart hur en diagnosbaserad justering ska införas och tillämpas eller på vilket sätt en viktning för socioekonomiska skillnader kan genomföras. Inom detta område finns därför stor anledning till fortsatt utveckling och kunskapsuppbyggnad. Det finns dessutom all anledning för landstingen att arbeta gemensamt.

Rörlig ersättning som styr rätt

Med högre rörlig ersättning blir det tydligt att listade individer som av olika skäl kräver längre besökstider urholkar lönsamheten. Det har också varit en viktig kritik mot ersättningsmodellen i Stockholm, där det hävdats att ekonomin inte går ihop för vårdenheter som listat en stor andel individer från andra länder och kulturer. Men dessa problem finns i lika stor utsträckning med en stor andel fast vårdpeng, även om de inte blir lika tydliga.

Det finns dock mera specifika problem med en hög andel rörlig ersättning. Ett första problem är risken för okontrollerade kostnadsökningar. I Stockholm har man hanterat detta problem genom att sänka ersättningen per besök om man kommer över en viss volym besök. Ett annat problem är att en rörlig ersättning baserad på besök påverkar vilken typ av besök som

»I flertalet landsting kommer nya vårdvalsmodeller också att kräva allmänna resurstillskott till primärvården.«

tillhandahålls och att en ständig omprövning av arbetssätten inte uppmuntras. Mera konkret kan t ex läkare få ekonomiska motiv att ta emot patienter som lika gärna kunde tas emot av distriktssköterskor. Ett annat exempel är att uppföljningen av patienter av ekonomiska skäl sker genom återbesök på enheten även i de fall det varit tillräckligt med ett telefonsamtal.

Problemen är inte kopplade till den rörliga ersättningen i sig utan i första hand till att ersättningen är uppdelad på olika yrkes- och åtgärds-kategorier. Om samma besöksersättning utgår oavsett om läkare eller annan personal svarar för besöket skapas t ex starka drivkrafter för substitution så att varje besök möter precis den kompetens som behövs.

För i synnerhet landsting som väljer en hög andel rörlig ersättning, som Stockholm, finns en gemensam utmaning i att utveckla nya beskrivningssystem för den rörliga ersättningen som premierar ständig omprövning och att olika vårdbehov möter rätt kompetens. Ett tänkbart alternativ är att följa utvecklingen i en rad andra länder och i högre grad koppla ersättningen till mål och resultat [8, 9]. Nya beskrivningssystem behövs också för att utveckla bättre sätt att hantera avdrag på vårdpengen för bristande täckningsgrad. Om sådana avdrag på vårdpengen baseras på andelen öppenvårdsbesök som listade gör på den vårdenhet de valt (som i Halland) skapas i princip samma drivkrafter som med en rörlig besöksersättning.

Vad gör andra landsting?

Vårdvalssystem planeras även i t ex Gotland, Östergötland, Region Skåne, Kronoberg och Västra Götaland. Sett till själva modellkonstruktionerna är helhetsansvar, val av vårdenheter, hög andel vårdpeng och avdrag för täckningsgrad viktiga ingredienser. Det är med andra ord mer influenser från Halland än från Stockholm.

Många landsting har också förutsättningar att ganska snabbt ställa om befintliga system till en ökad betoning vårdval och konkurrens genom fler privata vårdgivare. I de allra flesta landsting fanns år 2006 en kombination av aktiv och passiv listning i primärvården [10]. Det innebar att varje invånare hade möjlighet att lista sig aktivt hos olika vårdgivare, förutsatt att dessa var behöriga och hade ledig kapacitet. Ersättningen

TABELL II. Exempel på problem om vårdpengen inte differentieras samt tänkbara åtgärder.

Exempel på problem	Tänkbara åtgärder
Höga vårdkostnader för listad individ på grund av kroniska diagnoser leder till att sådan listning undviks och/eller att vården försämrats genom t ex glesare besök	Viktning av vårdpeng utifrån klassificering av diagnoser Ökad rörlig ersättning Krav på följsamhet till vårdprogram Uppföljning och jämförelser av vårdpraxis och resultat
Högre kostnader per besök för listad individ på grund av t ex språksvårigheter eller social problematik leder till att sådan listning undviks och/eller att vårdkontaktarna försämrats	Viktning av vårdpeng efter t ex boendeområde eller annan socioekonomisk indikator Särskild ersättning för varje besök (tolk m m) Uppföljning och jämförelser av vårdpraxis och resultat
Olika ansvar i praktiken för primärvård i t ex glesbygd och storstad innebär att enhetlig vårdpeng skapar olika förutsättningar för lönsamhet	Avdrag på vårdpengen utifrån faktiskt ansvar (t ex täckningsgrad) Kostnadsansvar för vårdbesök hos t ex läkare och sjukgymnaster som finansieras via nationell taxa

baserades i huvudsak på en vårdpeng i kombination med en mindre andel besöksersättning.

Problemet är därmed inte i första hand att utveckla nya vårdvalsmodeller – grundbultarna existerar redan i de flesta landsting. Det största problemet är i stället att implementera och aktivt tillämpa modellerna.

På de flesta håll var aktiv listning inte en prioriterad fråga år 2006, bl a mot bakgrund av att många offentliga allmänläkare redan var fulltecknade [10]. Möjligheten att lista sig på olika vårdenheter och hos olika allmänläkare fanns knappast i praktiken. De offentliga vårdcentralernas ekonomiska villkor påverkades inte heller nämnvärt av antalet listade och befolkningens eventuella val. Det finns ingen garanti för att dessa förhållanden kommer att ändras bara för att nya vårdvalsmodeller utvecklas. Särskilt i landsting med stor andel vårdenheter i egen regi kan det i praktiken bli svårt att stå emot krav och önskemål om anpassningar och justeringar av vårdvalsmodellens effekter.

En vårdvalsmodell ställer också nya och högre krav på vårdenheternas chefer, vilket kan skapa behov av utbildningsprogram och nyrekryteringar.

I flertalet landsting kommer nya vårdvalsmodeller också att kräva allmänna resurstillskott till primärvården.

Även om utvecklingsarbetet i landsting och regioner till stor del följer gemensamma spår varierar således förutsättningarna för en lyckosam implementering. De tre landsting som hittills infört vårdvalsmodeller har haft bra förutsättningar för detta. I Västmanland och Stockholm var de vårdval som introducerades år 2008 inte helt nya, och ungefär hälften av verksamheten drevs redan i privat regi. Landstinget i Halland har sedan länge en förhållandevis väl fungerande primärvård som fick ytterligare resursförstärkning när vårdvalet infördes 2007.

Staten kan påverka den fortsatta utvecklingen

Det finns många faktorer som kan påverka landstingens fortsatta utvecklingsarbete, däribland statens agerande. En ny Lag om valfrihetssystem [11] kan underlätta för de landsting som planerar att införa vårdvalsmodeller. Likaså kan staten ge stöd åt det fortsatta utvecklingsarbetet och inte minst initiera utvärderingar av modellernas effekter. På samma sätt som staten

genom t ex Socialstyrelsen och SBU uppmuntrar till evidensbaserade kliniska metoder skulle staten mycket väl kunna bidra till att organisationsförändringar i vården följs upp och i större utsträckning baseras på kunskap.

Men staten kan också mera direkt påverka inriktningen på den fortsatta utvecklingen. På sikt skulle ett statligt beslut om en förändrad företagshälsovård som omfattar primärvård kunna bli många arbetstagares förstahandsval för sin »nära vård«. En sådan utveckling kan också innebära att arbetsgivare blir ytterligare en ägare av vårdenheter, vilket skulle främja konkurrensen. En sådan utveckling kräver dock att besluten om en förändrad företagshälsovård anpassas till de vårdvalsmodeller som nu introduceras.

En ytterligare faktor av mycket stor betydelse är regeringens ambitioner att stärka patientens ställning och inflytande över vården och lagreglera om fri etableringsrätt inom primärvården [12]. Inte minst kan beslut om fri etableringsrätt inom primärvården och ett grunduppdrag som fastställs nationellt kraftigt påverka den fortsatta utvecklingen och förutsättningarna för nya vårdvalsmodeller.

Utöver idéer om hur verksamheten ska utvecklas kan staten också påverka genom tillskott av finansiella resurser. Sett till den finansiella situationen för landstingen kommer dagens överskott sannolikt att bytas mot stora underskott redan om några år [13]. Hos staten kommer det troligen även på lite längre sikt att finnas ett finansiellt överskott, eftersom den statliga verksamheten inte påverkas lika mycket av demografiska förändringar som landstingen och kommunerna.

Staten kommer således att ha både idéer och pengar. Dessutom finansierar staten genom anslag till landstingen redan subventioner på receptläkemedlen, vilka utgör en mycket stor del av primärvårdens kostnader. Steget mot en primärvård som i ökad utsträckning är statligt finansierad och reglerad behöver inte vara alltför stort.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

- Anell A. Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov. Lund: KEFU; 2008.
- PRO granskar vårdval i landsting och regioner och föreslår riktlinjer. Stockholm: PRO; 2008.
- Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q.* 2001;79(2): 149-77.
- Anell A. Primärvård i förändring. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. *BMJ.* 2001;323:604-7.
- Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II: advantages, disadvantages, and practicalities. *BMJ.* 2001;323:607-10.
- Rosen AK, Reid R, Broemeling AM, Rakowski CC. Applying a risk-adjustment framework to primary care: can we improve on existing measures? *Ann Fam Med.* 2003;1(1):44-51.
- Manion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ.* 2008;336:306-8.
- Gemmill M. Pay-for-performance in the US: what lessons for Europe? *Eurohealth.* 2008;13:21-3.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
- Frittvalutredningen, Socialdepartementet. LOV att välja – Lag om valfrihetssystem. SOU 2008:15.
- Utredningen om patientens rätt, Socialdepartementet. Vårdval i Sverige. SOU 2008:37.
- Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi – november 2007. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.

Annonsera efter läkare? En annons i Läkartidningen ger automatiskt en annons på vår jobbsajt Karriär&Arbete

Utmanande saklig **Läkartidningen**