

Vårdval i primärvården –
Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för
konkurrens i sju landsting och regioner

Anders Anell

Institutet för ekonomisk forskning,
Lunds universitet

Frågor i Vinnvård projekt om vårdval

- Jämförelser av vårdvalsmodeller
- Hur förändras landstingens styrning?
- Hur utnyttjar befolkningen sina möjligheter att välja?
- Vilka blir effekterna på primärvårdens organisation?
- Vilka blir effekterna på konsumtion/utnyttjande av vård?
- Vilken betydelse har olika egenskaper i primärvården för vårdens effektivitet?

(Nya) vårdvalsmodeller i primärvården

- Redan infört -- Halland (1/1 2007), Västmanland och Stockholm (1/1 2008), Gotland (1/10 2008), Kronoberg (1/3 2009), Region Skåne (1/5 2009)
- Färdig modell och datum för införande – t ex Östergötland (1/9 2009), Västra Götalandsregionen (1/10 2009)
- Infört senast 1/1 2010 i samliga landsting

Jämförelse mellan vårdvalsmodeller i Halland, Stockholm och Region Skåne.

	Halland	Stockholm	Region Skåne
Mål och uppdrag	Närsjukvård i fokus. Brett uppdrag med ambition att flytta ut specialister. 80% av all öppen vård ska ske i närsjukvården (täckningsgrad).	Husläkarmottagning i fokus. Separat auktorisation för t ex barn- och mödrahälsovård. Ingen ambition att flytta ut specialister till husläkarmottagningar.	I princip som i Halland, men separat auktorisation för barnavårdscentraler (fr o m 090101). Lägre ambitionsnivå för täckningsgrad.
Listning	Alla listas. Listning på vårdenheter.	Aktiv listning. Listning på allmänläkare i första hand.	Alla listas. Listning på vårdenheter.

	Halland	Stockholm	Region Skåne
Huvudsaklig ersättning för listade	Fast ersättning per listad (+ 80% av intäkter). Patientavgifter.	Fast ersättning per listad (40% av intäkter). Besöksersättning.	Fast ersättning per listad (+90% av intäkter).
Ersättning för besök av patienter som inte är listade på enheten.	Särskild besöksersättning.	Samma besöksersättning som för listade.	Särskild besöksersättning.
Ersättning baserat på mål/resultat	Avdrag på fast ersättning för bristande måluppfyllelse, bl a täckningsgrad.	Bonus o viten efter måluppfyllelse, däribland täckningsgrad.	Justering av fast ersättning beroende på täckningsgrad. Bonus o viten efter måluppfyllelse.

Kostnadsansvar år 2009	Halland	Stockholm	Region Skåne
Vård hos andra enheter inom vårdval	Ja	Nej	Ja
Privata allmänläkare finansierade genom nationell taxa	Ja	Nej	Ja
Primärvårdsbesök i andra län	Ja	Nej	Nej (på kort sikt)
Medicinsk service	Ja	Ja (100% för vissa specialiteter, 20% övriga)	Ja
Tekniska hjälpmedel	Nej	Nej	Ja
Sjukgymnaster	Ja	Nej	Ja
Läkemedel	Nej	Nej	Ja (50% av basläkemedel)

Några slutsatser

- Stockholm = traditionell modell i internationellt perspektiv
 - Fokus på husläkare/familjeläkare
 - Huvudsakligen rörlig besöksersättning
- Halland (och dess efterföljare) = mer innovativ modell, men med svenska traditioner
 - Multidisciplinära team, större enheter
 - Hög andel fast ersättning och mycket kostnadsansvar

Några slutsatser (forts.)

- Olika mål o traditioner → olika modeller
- Halland o Stockholm har nått sina respektive mål (hittills)
 - Stockholm
 - fler besök (ökad produktivitet)
 - mer mångfald
 - Halland
 - nöjda invånare, fler har kontakt med läkare
 - mer mångfald och kompetens/resurser i närsjukvården
- Många frågetecken
 - ersättningssystemens konstruktion
 - påverkan på prioriteringar, vårdkonsumtion, läkemedelsförskrivningen, totalkostnader, samverkan m m.

Effekter av hög andel fast ersättning och mycket kostnadsansvar?

- Finansiell risk förskjuts från landstinget (finansiären) till vårdenheter
- Ger högre risk för selektion ('cream-skimming')
 - Genom t ex selektiv lokalisering och marknadsföring
 - Angeläget att 'vårdpeng' riskjusteras
- Risk för att kostnadskontroll blir alltför dominerande
 - Insatser för patienter leder till minskat överskott/vinst
 - Fler remisser (kostnadsövertvålningar), underbehandling
 - Urholkat förtroende från patienterna
- Viktigare att konkurrens och uppföljning fungerar!

Hur skapa väl fungerande konkurrens?

- Två grundkrav
 - Individer som är beredda att lista om sig
 - Minst två alternativ
- 'Hot' från nya aktörer viktiga för förnyelse och konkurrens
 - Statiskt vs dynamiskt perspektiv

Är individer beredda att lista om sig?

- Olika 'trögheter'
 - Begränsat intresse att välja om bland flertalet (friska)
 - De som är intresserade söker kontinuitet
- Individer som faktiskt väljer om har svårt att bedöma alternativ
 - Närhet samt egna och anhörigas erfarenheter viktigast (tillgänglighet, bemötande)
 - Information och hjälp från landstingen kan ge stöd för att jämföra egenskaper

Antalet alternativ beror på förutsättningar

- Begränsat utrymme för alternativ i glesbygd
- Förväntningar om god lönsamhet ger fler privata aktörer
 - ersättningsnivåer och kostnadsansvar
 - antal olistade, förväntad konkurrens
- Hög andel fast ersättning och mycket kostnadsansvar premierar större enheter
 - eftersom fler listade ger bättre möjligheter att hantera finansiell risk
 - ger koncentration till färre alternativ

Antalet alternativ beror på förutsättningar (forts.)

- Svårare för nya aktörer att etablera sig när alla är listade
 - särskilt med hög andel fast ersättning och mycket kostnadsansvar (= högre finansiell risk)
- Etableringskontroll skyddar befintliga aktörer

Några centrala frågor

- Ersättningsystemen
 - Riskjusterad ‘vårdpeng’ utifrån förväntade kostnader
 - Demografiska variabler
 - Diagnosklassificering
 - Socioekonomiska faktorer
 - Målrelaterad ersättning, vilka mål?
 - Tillgänglighet o patientnöjdhet
 - Administrativa rutiner
 - Behandling av kroniska sjukdomar
 - Läkemedelsförskrivning
 - Utnyttjande av resurser inkl remisser

Några centrala frågor (forts.)

- Stöd till individers val
 - Information om alternativ till befolkningen
 - Särskilt stöd för dem som behöver
- Valbara alternativ
 - Utformning av etableringskontroll
 - Ekonomiskt ansvar och resursomfördelning bland offentliga enheter
 - Uppföljning gentemot landstingens krav på vården
 - Regelverk för medicinsk revision och 'exit'