

Välkommen till KEFU seminarium

Vårdval – hur blev det?

3 oktober 2013

Agenda

- Översikt av studier inom Vinnvårdsprojekt m fl (Anders Anell)
- Presentation av aktuell avhandling (Anna H Glenngård)
- Presentation av jämförande studie om styrning i Region Skåne, Region Halland och Västra Götalandsregionen (Gert Paulsson)
- Diskussion

Publiceringar om vårdval i primärvården

- Janlöv N, Anell A, Lyttkens CH. (under publicering) Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i primärvården? *Ekonomisk Debatt*.
- Beckman A, Anell A. (under publicering) Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: A five-year follow-up of GP-visits.
- Glengård AH. (2013) Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies in Swedish primary care. Dissertation. Lund university.
- Glengård AH. (2013) Productivity and patient satisfaction in primary care – Conflicting or compatible goals? *Health Policy*; 111: 157-165.
- Paulsson G. (2013) Organisation och styrning av vårdval i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. KEFU: Lund.
- Beckman A, Anell A. Hur har individers konsumtion av läkarbesök förändrats efter införande av Hälsoval Skåne? *Läkartidningen* 2013; 110(12): 622-23.
- Glengård AH. (2013) Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. *Health Economics, Policy and Law*; 8:1-16.
- Anell A, Nylinder P, Glengård AH (2012) *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. SKL: Stockholm.
- Glengård AH, Anell A. (2012) *Vad påverkar patientnöjdhet i primärvården? Vårdanalys*: Stockholm.
- Glengård AH, Anell A (2012) Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. KEFU: Lund.
- Glengård A, Anell A, Beckman A. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy* 2011, 103(1): 31-7.
- Anell, A. (2011) Choice and privatization in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*. 6(4): 549-569.
- Anell A. (2011) Hur kan svensk primärvård förbättras? Forum för Health Policy. (nedladdningsbar på www.healthpolicy.se)
- Anell A, Paulsson G (2010) Valfrihet och konkurrens i primärvården. I Anell A, Gerdtham U-G. red. *Vårdens utmaningar*. SNS Förlag: Stockholm.
- Anell A. (2009) Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. KEFU: Lund.
- Anell A. Vårdval på gång i dagens primärvård. Stora skillnader mellan modeller och stort utvecklingsbehov. *Läkartidningen* 2008; 28: 2007-10.
- Anell A. (2008) Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov. KEFU: Lund.
- Hjelmgren J, Anell A. Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 2007; 82: 314-22.
- Anell, A. (2005) Primärvård i förändring. Studentlitteratur: Lund

Grundkrav för att vårdval ska fungera

- Minst två alternativa vårdgivare
- Individer/patienter som är intresserade av att välja
- Information om vad som skiljer mellan alternativen

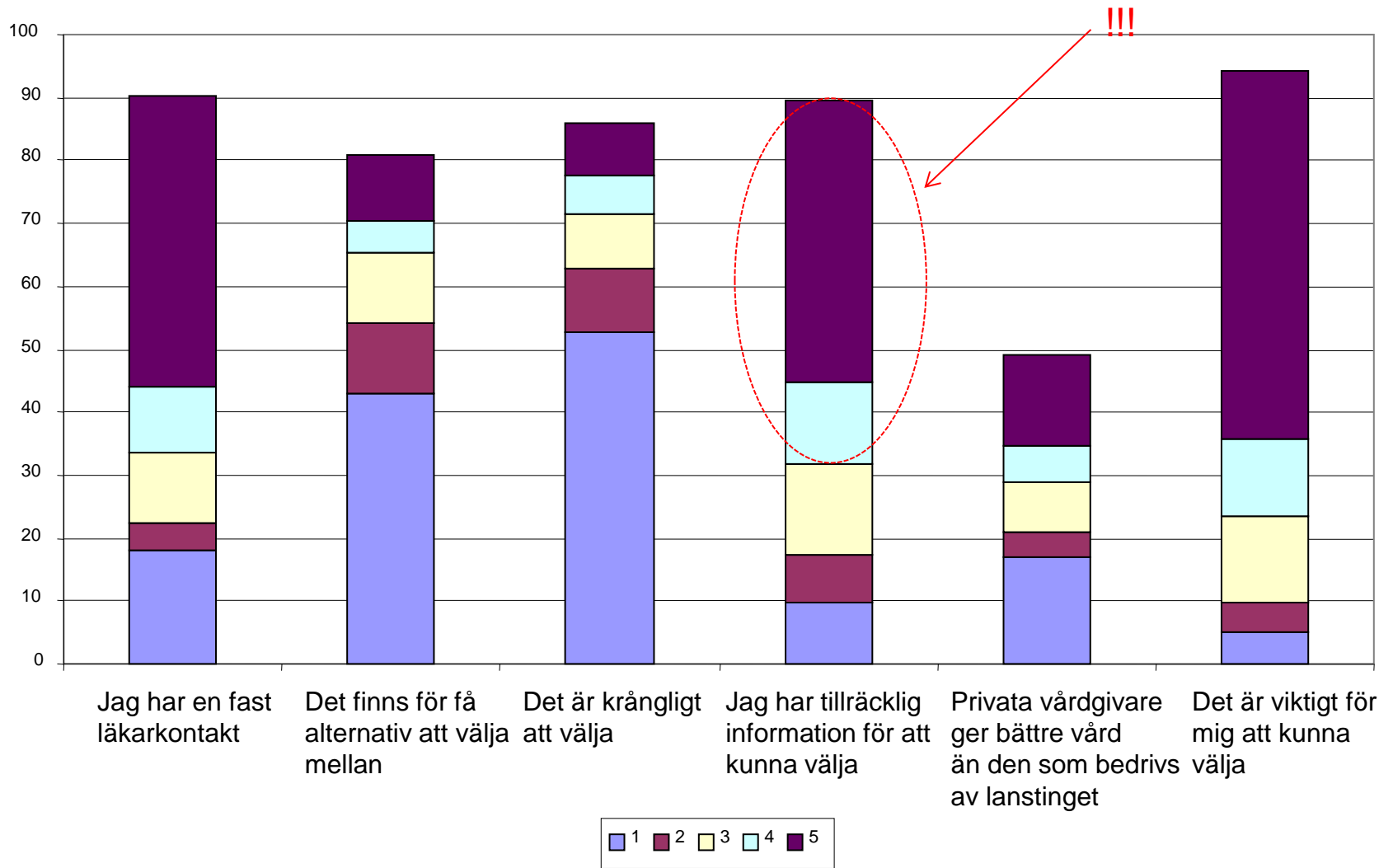
Hur utnyttjar befolkningen vårdvalet?¹

- Enkätstudie i nio kommuner i Västra Götaland, Halland och Skåne våren 2010
- 47-74 % anser att de gjort ett val när vårdval infördes
- Information främst från den enhet man haft kontakt med tidigare, landstinget och närstående
 - Mycket få har sökt information på internet
- De flesta har valt den enhet man haft kontakt med tidigare
 - Val av ny enhet om man inte haft tidigare kontakt eller om nytt alternativ blivit tillgängligt

1. Glenngård A, Anell A, Beckman A. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy* 2011; 103(1): 31-7

Hur väl stämmer påståendena?

(1=instämmer inte alls, 5=instämmer helt)



Glenngård A, Anell A, Beckman A. (2011) *Health Policy*.

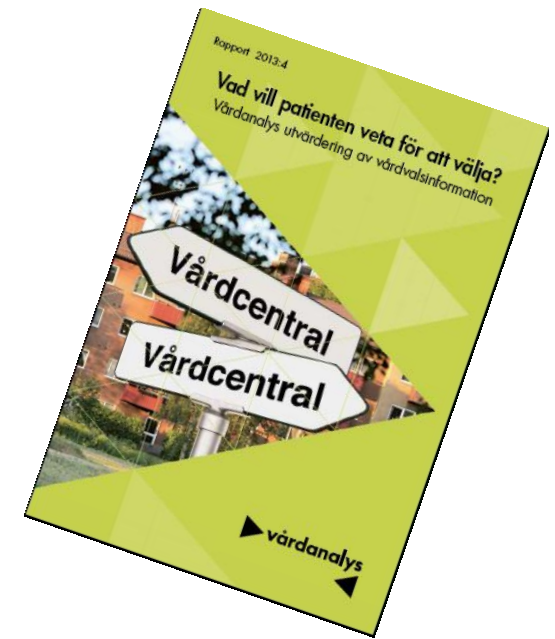
Vad kännetecknar de som *inte* anser att de gjort vårdval?

- Besöker mera sällan primärvården
- Anser i högre grad att det finns för få alternativ
- Anser i högre grad att de inte har tillräcklig information för att kunna välja
- Anser i lägre grad att det är viktigt att välja vårdenhet i primärvården
- Anser i högre grad att tillgång till specialist är viktigt
- Anser i lägre grad att fast läkarkontakt och samordning av vårdbehov är viktigt

Glenngård A, Anell A, Beckman A. (2011) *Health Policy*.

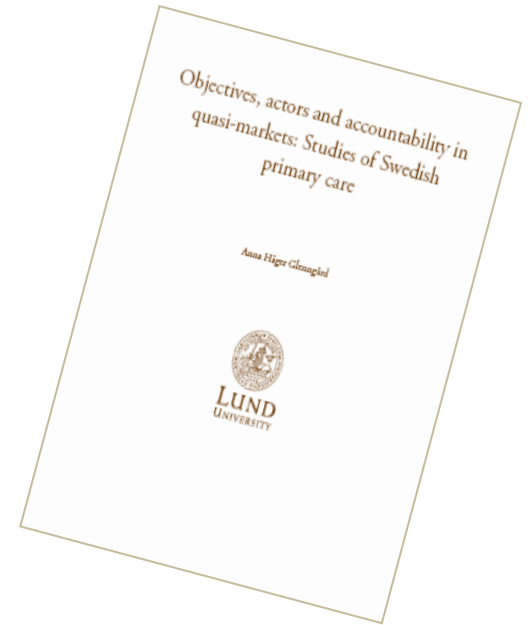
Vad vill patienten veta för att välja?

- 3 354 individer 18+
- 76 procent tycker det är viktigt att välja
- 95 procent känner till att de får välja
 - 24% har bytt vårdcentral senaste tre åren (varav 50% pga flytt)
 - 11% funderat på att byta
- Analys av “bytare” och “funderare”
 - söker i liten utsträckning information inför valet av vårdcentral
 - liten andel uttrycker ett tydligt missnöje med informationen
 - “närstående” och “landsting” har stort förtroende som avsändare av vårdvalsinformation



Behov av styrning och ansvars- utkrävning från landstingens sida

- Ge stöd till individers val
 - reducera hinder
 - information
- Fokus på kostnadseffektivitet, medicinsk kvalitet och övergripande prioriteringar



Glenngård AH (2013) Objectives, actors and accountability: Studies of swedish primary care. Dissertation. Lund university.

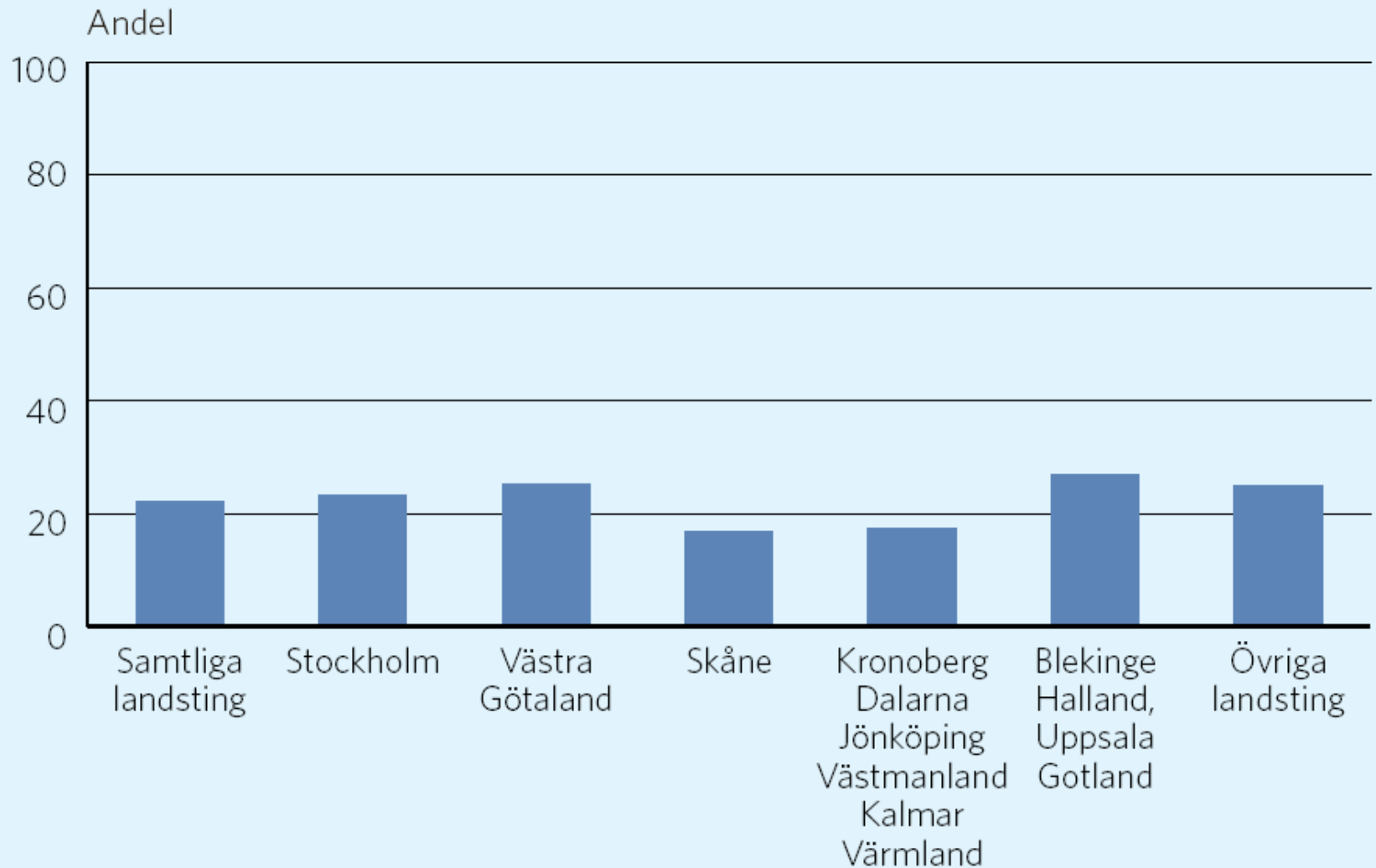
21 olika vårdvalssystem

- De landsting som introducerade vårdval 2007/2008 använde enkla ersättningsprinciper
 - Halland, Västmanland, Stockholm
 - Fast ersättning efter ålder, besöksersättning och mindre andel målrelaterad ersättning
- Landsting som införde vårdval 2009/2010 har i flera fall mer komplicerade ersättningsprinciper
 - Fast ersättning justerad utifrån vårdtyngd /ACG (8 landsting/regioner)
 - Ersättning utifrån socioekonomiska förutsättningar (16 landsting/regioner)
 - Ersättning utifrån lokalisering (14 landsting/regioner)

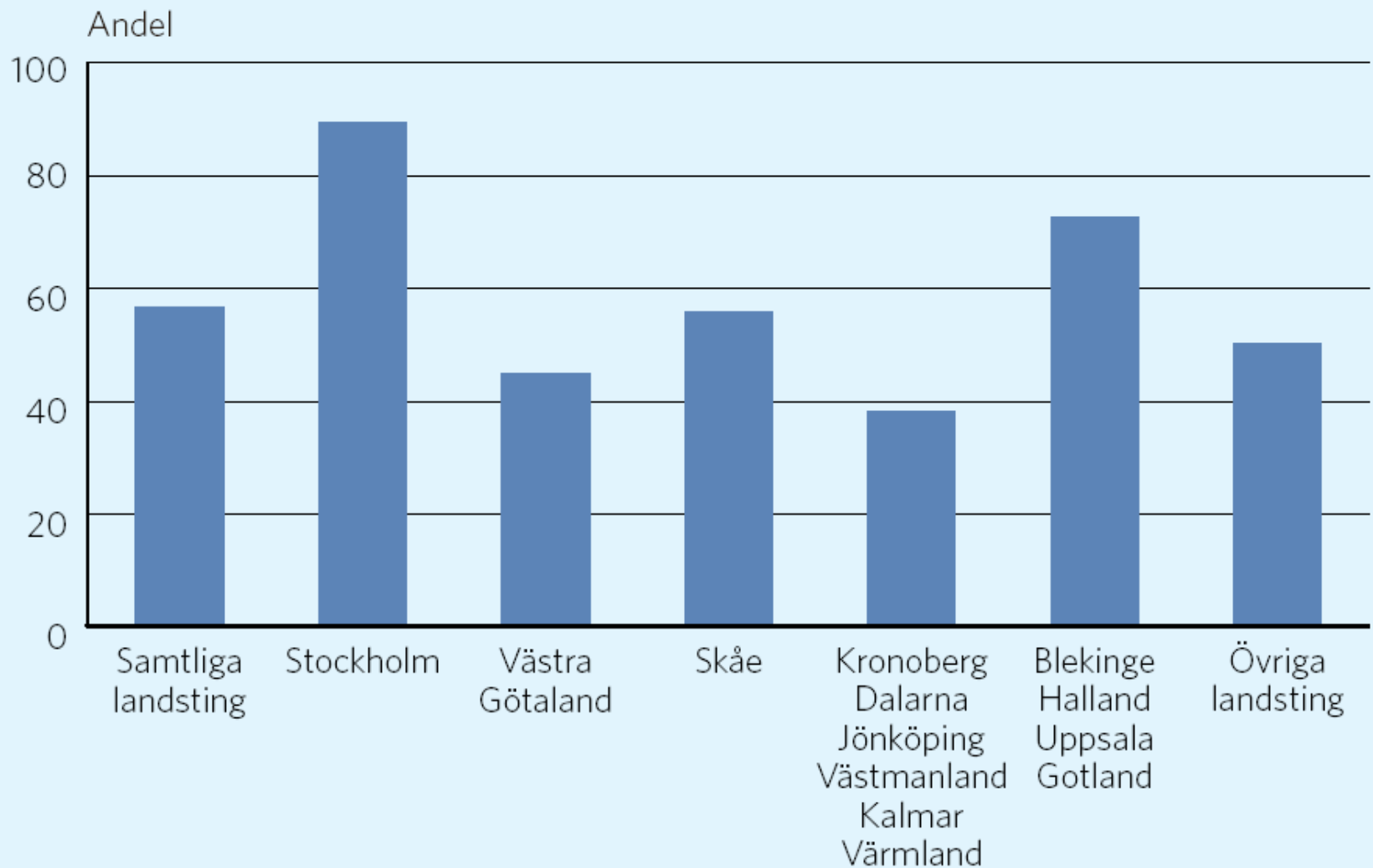


Anell A, Nylinder P, Glengård AH (2012) Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. SKL: Stockholm.

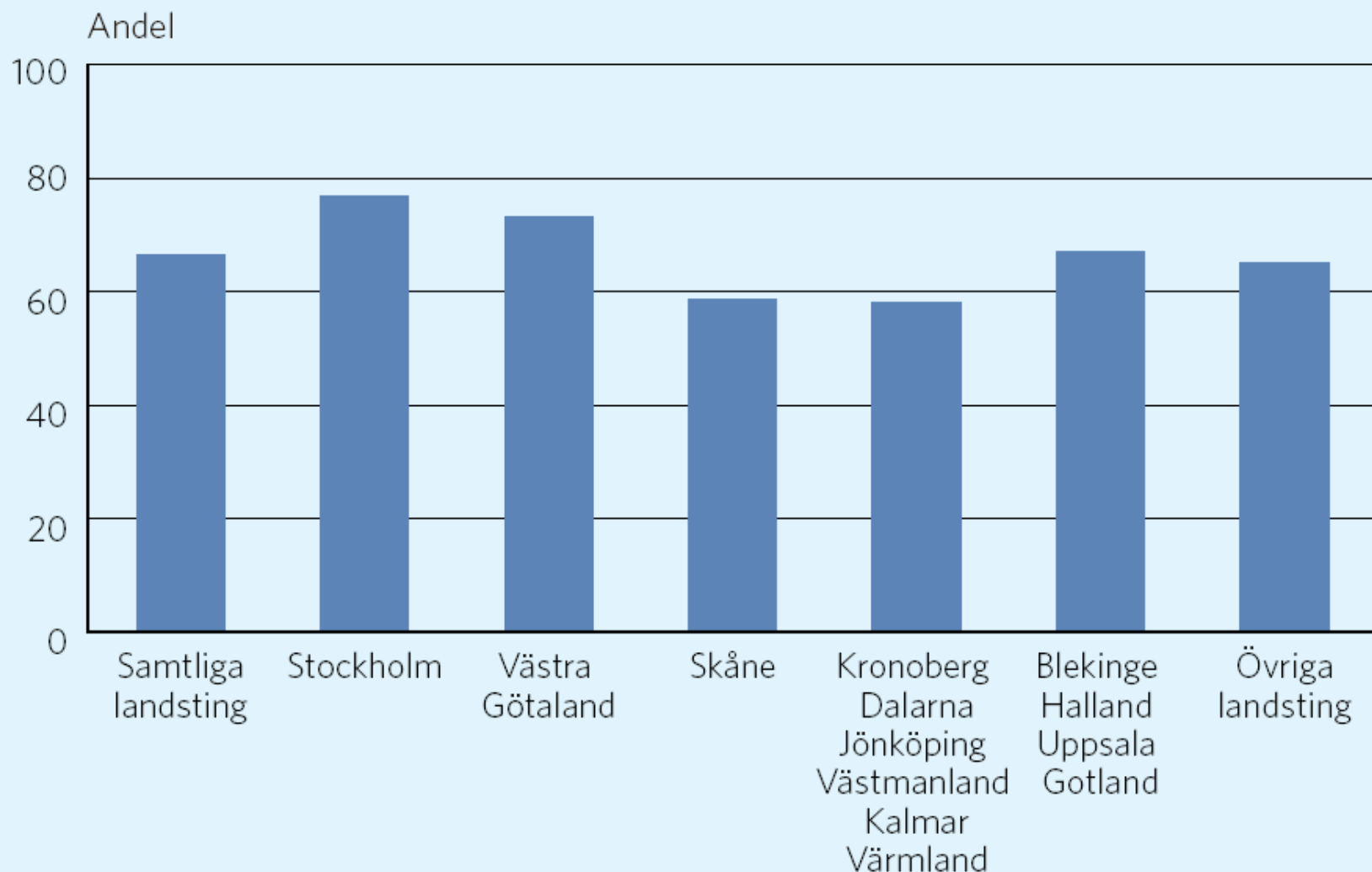
FIGUR 3.14 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "jag är i stort sett nöjd med nuvarande utformning av ersättningssystemet".



FIGUR 3.15 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper premierar korta besök".



FIGUR 3.17 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper riskerar undanträngning av patientgrupper".



Förändrad vårdkonsumtion på kort sikt i Region Skåne (2008 – 2010)

- Andel av befolkningen som besökt allmänläkare har ökat
- Antal besök per invånare hos allmänläkare har ökat
- Färre besök i specialistvården
- Olika förändringar beroende på ålder och inkomst

Hälsoval Skåne: fler besöker allmänläkare, färre går till specialist

ANDERS BECKMAN, med dr, PhD, lektor i allmänmedicin, Institutionen för kliniska vetenskaperna, Malmö
anders.beckman@med.lu.se

ANDERS ANELL, adjungerad professor, Institutet för ekonomisk forskning, båda Lunds universitet

Tidigare studier har visat att vårdval och etableringsfrihet i primärvården inneburit att fler vårdenheter etablerats och antalet besök ökat [1, 2]. Studier från Stockholms läns landsting har visat att individer i områden med lägre inkomster fått mer ökad tillgänglighet till besök än individer i andra områden [3]. Det är dock inte säkert att dessa resultat med data från grupp-nivå står sig om analysen görs utifrån individdata. Effekterna i Stockholm kan också skilja sig från de effekter som uppstår i andra landsting, eftersom förutsättningar i form av tex krav på vårdenheter och ersättningsmodeller varierar [4]. Flera viktiga frågor återstår: Har vårdkonsumtionen omfördelats mellan individer och har ökat fokus på tillgänglighet för enkla, korta besök lett till att vård för vårdtunga prioriterats bort?

I Skåne infördes Hälsoval till vårdcentral/familjeläkare i maj 2009. Befolkningen listades genom en kombination av individuellt aktivt val och passiv tilldelning enligt senaste kontakt eller närhetsprincip. Vi beskriver hur sjukvårdskonsumtionen i form av läkarbesök förändrats i Region Skåne mellan 2008 och 2010. Beskrivningen baseras på uppgifter om individers vårdkonsumtion, vilket minskar risken för »ekologiskt fel-slut» [5, 6]. Eftersom primär- och specialistvård kan liknas vid kommunicerande kärl, beskrivs även total sjukvårdskonsumtion. Vi redogör för hur vårdkonsumtion i form av läkarbesök per invånare förändrats beroende på ålder, kön och inkomst.

MATERIAL OCH METOD

Underlaget består av samtliga individer folkbokförda i Region Skåne 2008 och 2010 och deras sjukvårdskonsumtion i form av läkarbesök på mottagningar inom den offentligt finansierade vården i Region Skåne, oberoende av driftsform. Individuell vårdkonsumtion har erhållits från Region Skånes värddatabas, där all offentligt finansierad vård registreras på individbasis. Individuppgifter om ålder, kön och disponibel inkomst har erhållits från Statistiska centralbyrån. Medianinkomst har använts för att skilja mellan individer med inkomster över respektive under medianen. Eftersom medianinkomsten varierar i olika åldrar, har varje åldersgrupps medianinkomst använts var för sig i denna indelning. Vi redovisar påverkan av inkomst i åldrarna 31–90 år, övrig redovisning gäller alla åldrar. Studien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Lund, Dnr 2009/547.

Vårdkonsumtionen redovisas som läkarbesök per invånare

respektive som förändring i procent av antal läkarbesök per invånare.

RESULTAT

Omfördelningar mellan vårdformer och åldrar

Totalt sett har både antalet läkarbesök och befolkningen i Skåne ökat mellan 2008 och 2010 (Tabell 1). Andelen av befolkningen som gjort läkarbesök har totalt sett förändrats marginellt, medan andelen som besökt allmänläkare ökat. Beskrivet som totalt antal läkarbesök per invånare syns en ökning, framför allt i de äldre åldersgrupperna (Figur 1).

Uppdelat på olika vårdformer har antalet allmänläkarbesök per invånare ökat med 5,5 procent mellan 2008 och 2010, samtidigt som antalet besök per invånare hos övriga specialistläkare minskat med 3,4 procent. Ökningen av antalet besök per invånare hos allmänläkare finns i alla åldrar och oavsett kön, men är störst i åldrarna över 85 år och hos unga kvinnor. Ökningen är mera markant i Malmö, Helsingborg och Lund än i övriga, mindre kommuner i Skåne.

Framst i åldrarna 36–75 år har det totala antalet besök per invånare hos övriga specialistläkare minskat. Det ger sammanlagt en komplicerad bild av konsumtionsförändringar mellan åldersgrupper. För de äldsta över 80 år har antalet läkarbesök per invånare ökat; man har fått bättre tillgång till allmänläkare samtidigt som tillgången till besök hos övriga specialistläkare varit i stort sett oförändrad eller ökad för vissa grupper. Även för individer under 50 år ses en måttlig ökning totalt; färre besök hos övriga specialistläkare kompenseras av fler besök till allmänläkare. I åldersgruppen 56–65 år har det totala antalet läkarbesök per invånare däremot minskat med cirka 2 procent; färre besök hos övriga specialistläkare har inte helt kompenseras av fler besök till allmänläkare.

Omfördelningar mellan individer beroende på inkomst

Vårdkonsumtionen varierar beroende på socioekonomisk tillhörighet, vilket påverkas av såväl skillnader i behov som efterfrågan [7]. Inom Hälsoval Skåne är den fasta ersättningen till vårdenheter till 20 procent baserad på socioekonomiskt index för listade individer. Syftet är att kompensera värdenheter för de merkostnader som högre behov bland mer utsatta individer bör medföra. Hur vårdkonsumtionen de facto ser ut beror även på hur dessa individer efterfrågar vård.

Totalt sett är antalet läkarbesök per invånare i åldrarna 51–80 år oförändrad eller något lägre för kvinnor oavsett inkomstgrupp. För män 31–55 år med inkomst över medianen har antalet besök per invånare ökat, medan det sjunkit för män i åldrarna 36–80 år med inkomst under median. I åldrarna över 80 år ses en ökning, mest markerad hos män med inkomst under medianen. Antalet allmänläkarbesök per invånare har ökat generellt men olika mycket i olika ålders- och inkomstgrupper. Medan antalet allmänläkarbesök per invånare ökat måttligt för kvinnor med inkomst både över och under medianinkomsten och oavsett ålder, har antalet besök per invånare hos äldre män med lägre inkomst ökat påtagligt.

Samtidigt har antalet besök per invånare hos övriga special-

SAMMANFATTAT

Efter införande av Hälsoval Skåne har andelen av befolkningen som besökt allmänläkare ökat, liksom antalet besök per invånare. Ökningarna är överlag måttliga, med undantag för äldre män med lägre inkomst, där ökningen är större.

Det finns också en minskning av besöken till övriga specialistläkare så att det totala antalet lä-

karbesök per invånare minskat i vissa grupper. Färre besök hos övriga specialistläkare har inte fullt ut kompenseras av fler besök till allmänläkare.

Uppföljningstiden är kort, och nya uppföljningar av individers totala konsumtion av vård med senare och ytterligare data är angelägna för att studera förändringar till följd av Hälsoval.

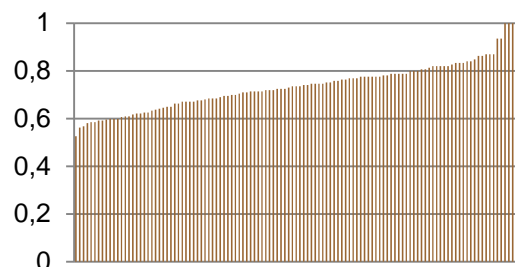
Vem har vårdvalet gynnat?

- Jämförelser före och efter i Stockholm, Skåne och Östergötland
- Inga tydliga indikationer på absolut undanträngning, men
 - Befolkning i stort har ökat antalet vårdkontakter mer än patienter med stora vårdbehov i flera avseenden, särskilt i Skåne
 - Ökad andel läkarbesök med enkla diagnoser, särskilt i Stockholm
- Personer med högre inkomster är mer nöjda med tillgängligheten efter vårdval

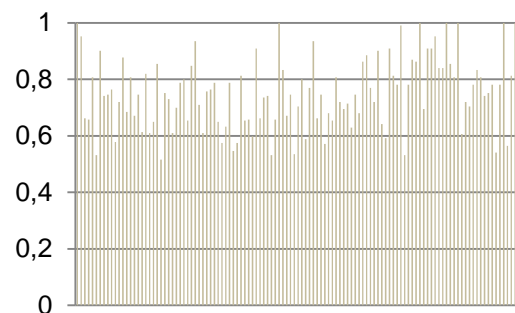


DEA-produktivetsmodeller för vårdenheter inom Hälsoval Skåne (år 2010)

Kvantitativ produktivitet (resurser – besök)



Kvalitativ produktivitet (resurser – patientnöjdhet)



Analys av data från Halland, Skåne och VGR:

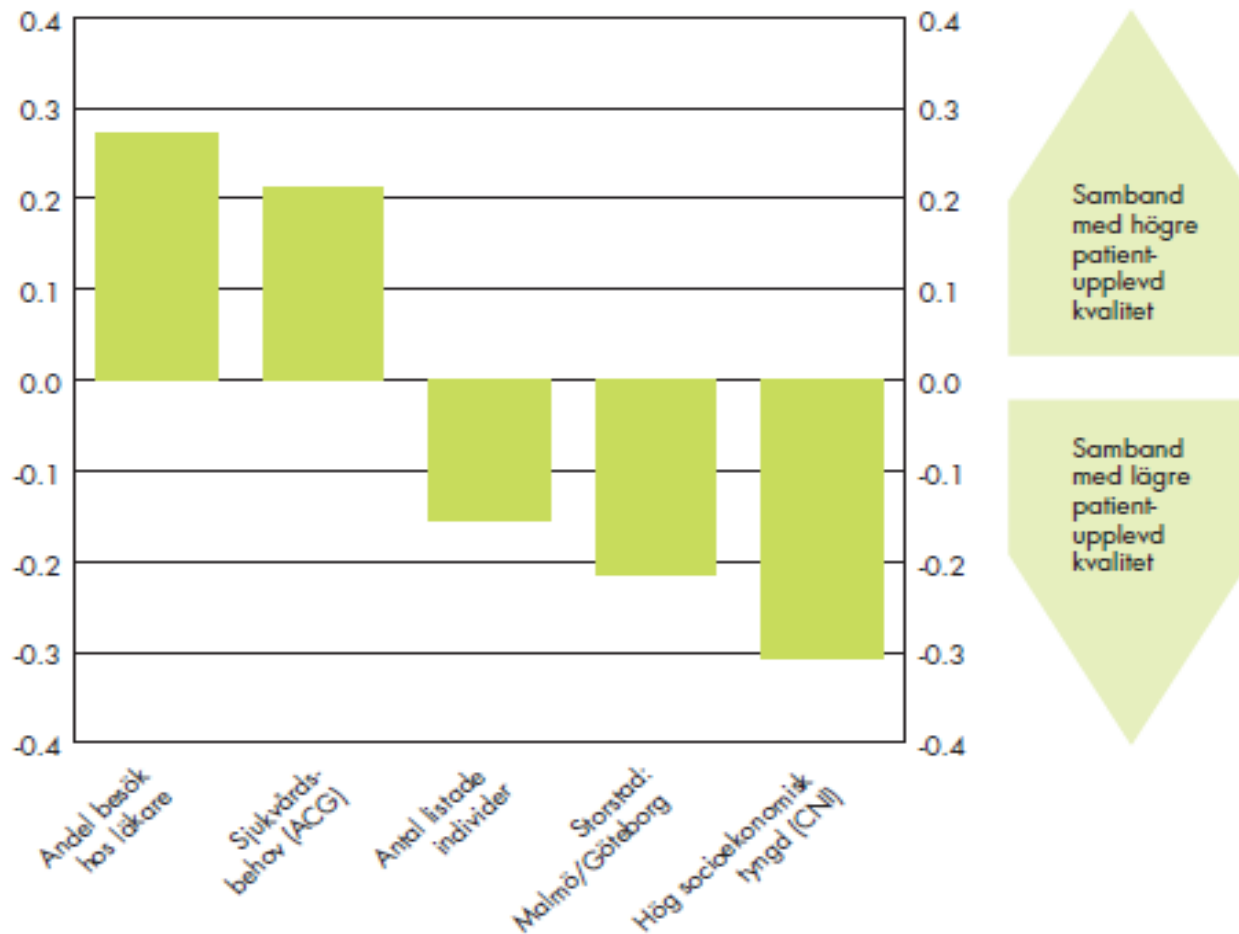
- Stora skillnader i produktivitet mellan enheter
- Inga signifikanta skillnader mellan privata och offentliga
- Ingen generell motsättning mellan kvantitativ och kvalitativ produktivitet
- Högt ACG respektive CNI ger sämre produktivitet

Glenngård AH. (2013) Productivity and patient satisfaction in primary care – Conflicting or compatible goals? Health Policy; 111: 157-165; Glenngård AH, Anell A (2012) Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – En studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. KEFU: Lund.

Resultat- eller processmått i målrelaterad ersättning?

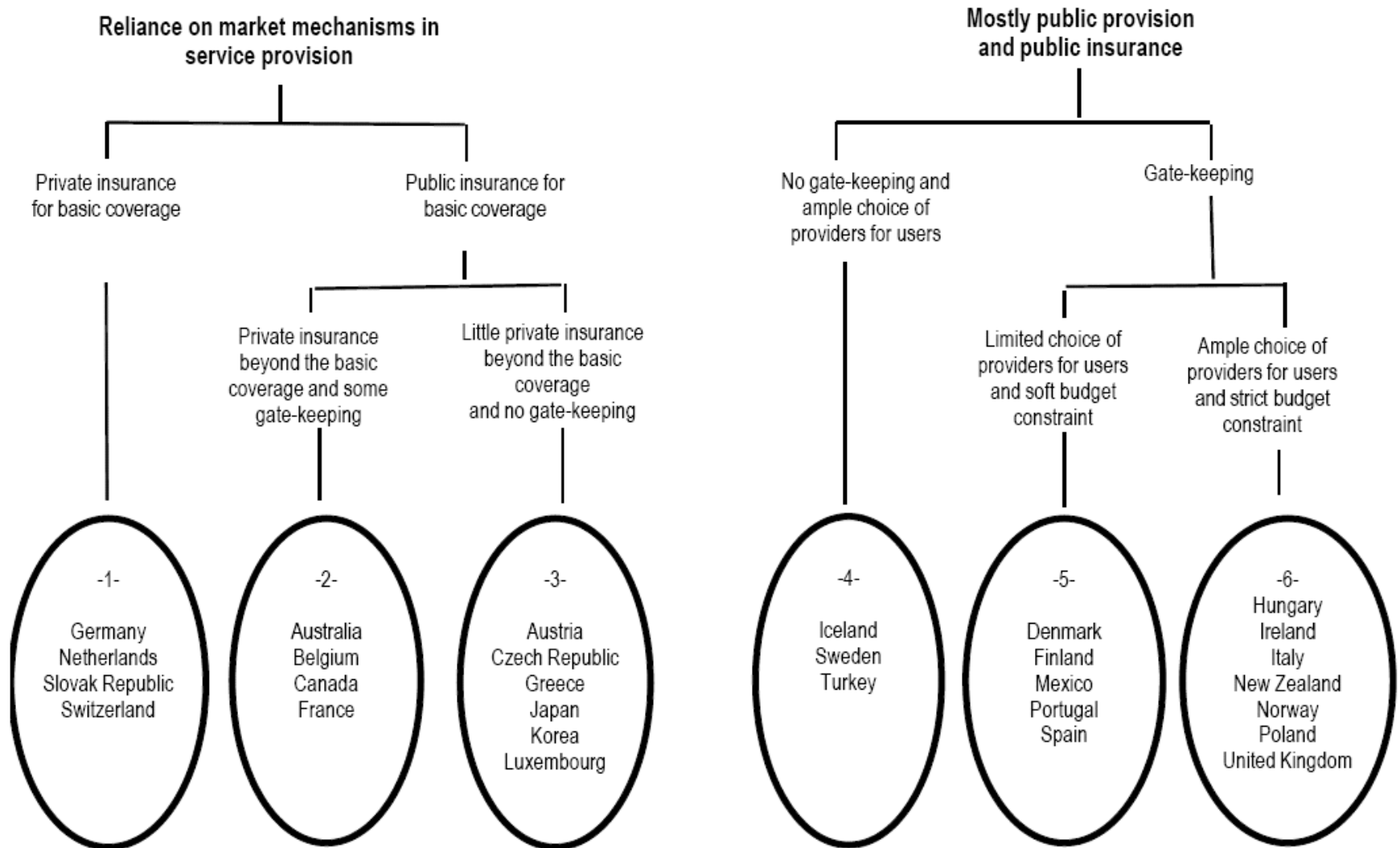
- Risk för att fel enheter belönas vid användning av resultatmått
 - Särskilt utan justering för patientattribut och med begränsat patientunderlag
- Begränsningar även med processmått
 - vilken koppling finns till resultat (evidens)?
 - enklare att kringgå/manipulera
 - risk för protokollstyrd vård ("treat-to-test")

Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?



Glenngård AH. (2013) Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey i Sweden. Health Economics, Policy and Law; 8:1-16; Glenngård A H, Anell A. (2012) Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Vårdanalys: Stockholm.

Figure 18. Groups of countries sharing broadly similar institutions



Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i sjukvården?¹

- Data från alla landsting 2005 – 2009
- Antal besök i den öppna specialiserade vården har störst effekt på kostnaderna
 - En procents ökning av antalet besök i öppen specialiserad vård ökar landstingens kostnader med 0,18 procent (0,10 procent för motsvarande ökning i primärvården)
- Ökade investeringar i primärvård (antal allmänläkare resp relativ resursanvändning) och högre andel privat vård samvarierar med högre produktivitet
- Ingen motsättning mellan kostnadseffektiv produktion av vård och kvalitet mätt som åtgärdbar dödlighet (dvs det finns landsting med både högre kvalitet och lägre kostnader)

Janlöv N, Anell A, Lyttkens CH. Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i sjukvården? Ekonomisk debatt (kommande).

Tack!

Anders.anell@fek.lu.se

Konsekvenser av vårdval – nya målsättningar och nya roller

Anna Häger Glenngård

Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi
(IHE) och Ekonomihögskolan, Lunds
Universitet

Bakgrund

- Det är besvärligt med offentliga tjänster/verksamheter
 - Många aktörer
 - Många mål
 - Olika förväntningar
- Behov av att koordinera aktörers viljor och förväntningar
 - "Governance" och ansvarsutkrävning
 - Reform
- I svensk primärvård
 - Vårdval
- Kvasi-marknad
 - Ansvarsutkrävning från två håll

Kvasi-marknader

- Privata och offentliga utförare i konkurrens
 - Etablering eller hot om etablering
 - Ingen priskonkurrens (kvalitet/tjänst)
- Individer får välja
 - Intresserade och informerade
- En struktur för governance

Delar i en modell som beskriver governance och ansvarsutkrävning på kvasi-marknader

- Aktörer
 - Medborgare
 - Huvudmän (beslutsfattare och finansiärer)
 - Vårdgivare/utförare
- Målsättningar
 - Hög kvalitet, God lyhördhet, Rättvis fördelning, Effektivt använda resurser – värde för pengarna
- Processer för governance
 - Prioriteringar/preferenser, monitorering och ansvarsutkrävning

Aktörers motivation

- Individer motiveras av egen hälsa - vill vara friska/friskare – oavsett andra
- Politiker/huvudmän vill befolkningens bästa och/eller bli omvalda
- Utförare vill tjäna pengar/ta marknadsandelar och/eller utföra en god gärning

Olika målsättningar

- Målsättningar
 - Hög kvalitet
 - Lyhördhet gentemot medborgare
 - Rättvis fördelning
 - Effektivt använda resurser – värde för pengarna
 - (Ansvarsfullt gentemot skattebetalare)
- Olika målsättningar är olika viktiga för individer och huvudmän och kan observeras till olika grad.

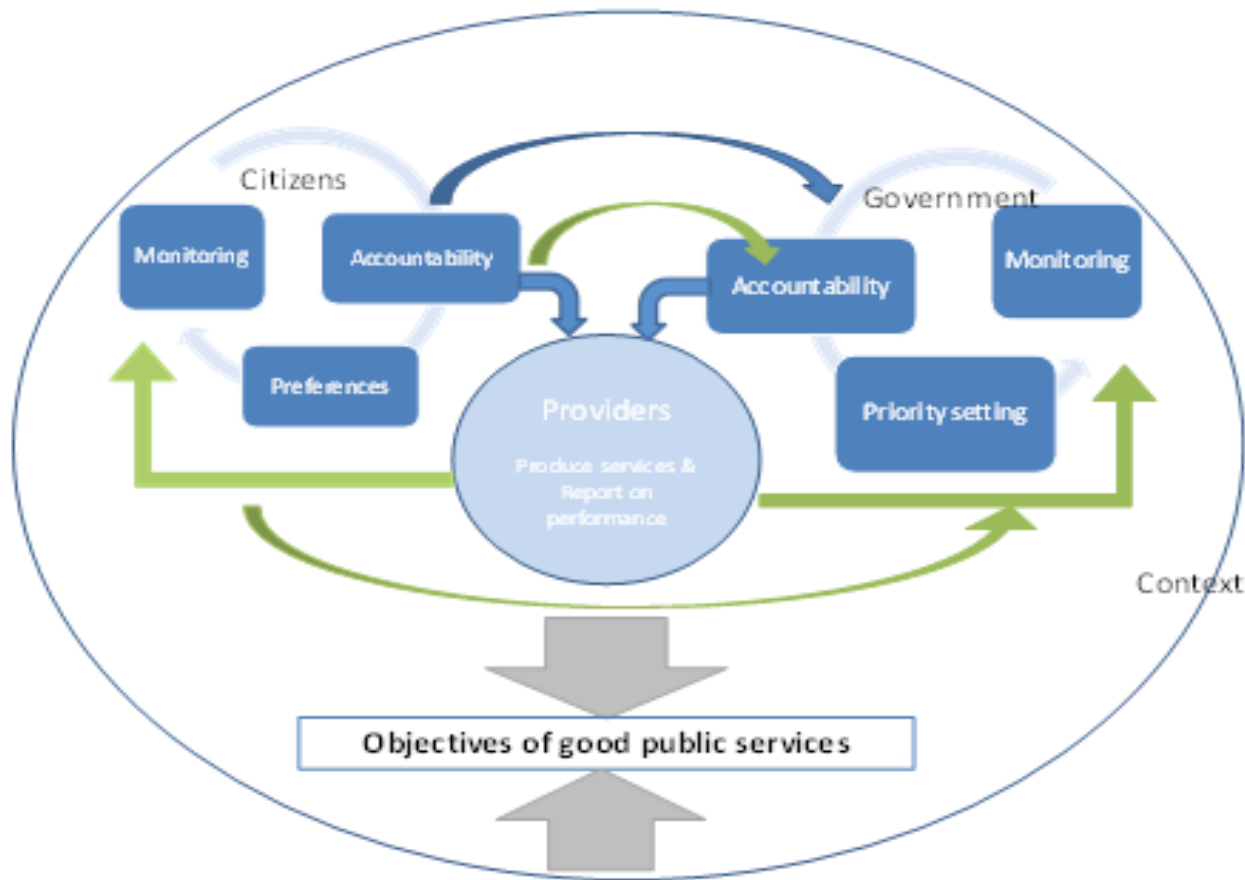
Processer

- Prioriteringar/preferenser
 - Befolkning/individuella
- Monitorering
 - Volym, innehåll, kvalitet, resursallokering, fördelning
- Ansvarsutkrävning (accountability)
 - Utvärdera verksamhet/tjänster och utkräva ansvar genom olika mekanismer (assess activities against expectations and pass judgment on their conduct through mechanisms for corrective action)

Mekanismer för ansvarsutkrävning

- Positiva eller negativa
- Exit - utträde
- Voice - klaga/berömma
- Loyalty

En modell som beskriver ”governance” och ansvarsutkrävning på kvasi-marknader



Olika aktörer har olika förutsättningar för ansvarsutkrävning

- Motiverad av det egna eller allas bästa?
- Ansvarar för egna preferenser eller befolkningens behov?
- Information...

Tre empiriska studier

1. Anna H Glenngård, Anders Anell and Anders Beckman. **Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties** (Health Policy 2011)
Syfte: att studera uppfattningar kring val i primärvård samt användning av information vid val av vårdgivare (Befolkningssenkät).
2. Anna H Glenngård. **Is patient satisfaction dependent on structural and organizational characteristics of providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden** (Journal of Health Economics Policy and Law 2012)
Syfte: att studera variation i betyg från NPE med hänsyn till strukturella och organisatoriska förutsättningar (Registerdata samt NPE).
3. Anna H Glenngård. **Productivity and patient satisfaction in primary care – conflicting or compatible goals?** (Health Policy 2013)
Syfte: att studera variation i två mått av produktivitet – ett traditionell som fångar volym av tjänster och en som fångar kvalitet enligt NPE i relation till utbetald ersättning (Registerdata samt NPE).

Reflektioner från empirin (1)

- Många tycks känna att de gjort ett välinformerat val men få söker aktivt efter information.
- Att stanna hos sin nuvarande vårdgivare är också att göra ett val.
- Alla har sannolikt inte samma möjlighet att göra ett välinformerat val.

Reflektioner från empirin (2)

- Faktorer som påverkar det betyg mottagningar får är mer eller mindre påverkbara för mottagningarna själva.
- Information om vem mottagningar listar behövs för rättvisande jämförelser bland huvudmän.
- Information som ger individer goda möjligheter att jämföra mottagningar är viktigt ur ett patientperspektiv – främja välinformerade val.

Reflektioner från empirin (3)

- Vanliga produktivitetsmått fångar inte vad extra pengar till grupper med förväntat stora behov används till. Varken volym eller upplevd kvalitet visar om vårdgivare gör som förväntas.
- Det behövs mer data (innehåll och längd på besök samt outcome) för att kunna göra bättre analyser.
- Potentiellt svårt för vårdgivare att ha både nöjda patienter och stora volymer.

Dubbel ansvarsutkrävning behövs

- Individer verkar inte vara välinformerade – driver val av vårdgivare kvalitet?
- Individer har olika förutsättningar – exit är otillräckligt för en rättvis fördelning
- Exit räcker inte – ger begränsad information till vårdgivare
- Ansvar för utkrävande av övergripande målsättningar kan inte åläggas enskilda individer

Tack!

anna.glenngard@fek.lu.se

ag@ihe.se

Organisation och styrning av vårdval i primärvården

– En studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen

Gert Paulsson

Ekonomihögskolan, Lunds Universitet

Rådet för Kommunalekonomisk forskning
och utbildning (KEFU)

Bakgrund

- Organisation och styrning påverkar hur medarbetarna agerar.
- Organisation och styrning av vård- och hälsoval är under ständig förändring.
- Vård- och hälsoval organiseras och styrs på lite olika sätt i olika landsting och regioner
 - ➔ Det är viktigt att lära av erfarenheterna av olika lösningar.

Datainsamling

- Dokumentstudier
- Intervjuer
 - Drygt 50 personer (politiker, tjänstemän, vårdgivare)
- Genomgång av rapporter

Resultat

- "Referensram" över frågeområden som diskuteras i samband med vård- och hälsoval
- Lista över framtida utmaningar

(Resultatet är huvudsakligen empiriskt genererat)

Avrapportering

- Fortlöpande till projektets referensgrupp
- KEFU- och andra seminarier
- KEFU-rapport 2013:1 (finns on-line i fulltext på www.kefu.se)

Frågeområden

- Branschens utveckling
- Roll och ansvarsfördelning
- Konkurrensneutralitet och övriga villkor
- Ersättningsystem och kostnadsansvar
- Processer för uppföljning och utvärdering
- Samverkan i vårdkedjan
- Styrning av egenregiverksamheten

Framtida utmaningar

- Skapa förutsättningar för en dynamisk utveckling av branschen
- Skapa förutsättningar för profilering
- Genomför en breddning av vårdvalet så att det fungerar med resten av vården
- Skapa förutsättningar för en vidareutvecklad samverkan i vårdkedjan
- Utvärdera fortlöpande ersättningsmodeller och kostnadsansvar och gör lämpliga justeringar
- Utveckla formerna för kravställande och uppföljning
- Vidareutveckla ändamålsenliga it-system
- Hitta former för en ordnad strukturomvandling av egenregin
- Skapa förutsättningar för en konkurrenskraftig egenregiverksamhet

Tack!

gert.paulsson@fek.lu.se