



LUNDS UNIVERSITET
Ekonomihögskolan

Nationalekonomiska institutionen
Kandidatuppsats
Januari 2013

Kan målbaserad ersättning öka primärvårdens andel av öppenvården?

***-En teoretisk och empirisk studie av styrningen mot ökad
täckningsgrad i Hälsoval Skåne***

Författare: Daniel Hedén

Handledare: Ulf Gerdtham

Sammanfattning

Många studier visar att högre effektivitet och mer jämlikhet inom hälso- och sjukvården kan uppnås genom en utbyggd primärvård. Därför har det under 40 års tid funnits en politisk ambition om att överföra mer av den öppna vården från sjukhusen till primärvården. Resultaten har emellertid varit magra.

2009 implementerade Region Skåne en ny styr- och ersättningsmodell för primärvården, kallad Hälsoval Skåne. Modellen är en så kallad vårdvalsmodell där pengarna följer patientens val. I samband med implementeringen av modellen infördes också en ny målbaserad ersättning, så kallad täckningsgradersättning, tänkt att stödja överföringen av öppenvård till primärvården. Täckningsgraden definieras som andelen primärvårdsbesök av det totala antalet öppenvårdsbesök hos en given befolkning. Vårdcentraler som uppnår högre täckningsgrad får genom denna en högre ersättning. Lägst täckningsgrad initialt har vårdcentralerna i storstäderna.

Denna uppsats analyserar teoretiskt och utvärderar empiriskt effekterna på täckningsgraden av den nya styrmodellen. Särskilt fokus ägnas åt effekterna i städerna där problemen med låg täckningsgrad är som störst. Den teoretiska analysen pekar mot att det inte ska förväntas några större effekter på täckningsgraden av den nya ersättningsmodellen. Skälet till det är att den monetära ersättningen är förhållandevis låg och osäkerheterna kring resultatet av olika ansträngningar stora. Den empiriska analysen visar endast marginella effekter över tid, men att täckningsgraden om något snarast har tenderat att minska under perioden samt att enheter i storstäder haft en särskilt svag utveckling. Utvecklingen i Malmö under 2010 avviker emellertid från mönstret.

Nyckelord: Täckningsgrad, täckningsgradersättning, Hälsoval Skåne, närsjukvård, målbaserad ersättning

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Syfte och frågeställning	6
1.3 Metod	6
1.4 Material	7
1.5 Avgränsningar	7
1.6 Begrepp	7
1.7 Struktur	8
2. Historisk och teoretisk bakgrund	9
2.1 Primärvården	9
2.1.1 Varför mer primärvård?	9
2.1.2 Metoder för ökad täckningsgrad	10
2.1.3 Hur kan primärvården se ut?	10
2.1.4 Vårdvalsrevolutionen	10
2.1.5 Närsjukvårdsvisionen	11
2.2 Ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården	11
2.2.1 Principal-agent teorin	11
2.2.2 Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård	12
2.3 Målstyrning inom hälso- och sjukvården	15
2.3.1 Varför målstyrning?	16
2.3.2 Dimensioner av målstyrning	16
2.3.3 Målstyrningens effekter	17
2.3.4 Målsättnings- och motivationsteori - Hur ska belöningar utformas?	17
2.3.5 Risk för undanträngning?	18
3. Täckningsgradsmålet	19
3.1 Täckningsgradens definition	19
3.2 Täckningsgradsersättningens syfte	19
3.3 Täckningsgradsersättningens konstruktion	19
3.4 Teoretisk analys av täckningsgradsmålet och -ersättningen	20
4. Förutsättningar för täckningsgradsstyrning i primärvården	23
4.1 Hälsoval Skåne – styrmodell för primärvården	23
4.1.1 Kapitationsersättning	23

4.1.2 Valfrihet och konkurrens	24
4.1.3 Ökat helhetsansvar och täckningsgrad	25
4.2 Täckningsgradsmålet i Region Skåne utifrån målsättningsteorin	26
4.3 Sammanfattande teoretisk bedömning	29
5. Empirisk analys	30
5.1 Data	30
5.2 Deskriptiv analys.....	31
5.3 Ekonometrisk analys.....	33
5.3.1 Täckningsgradersättning som glesbygdstillägg.....	33
5.3.2 Täckningsgradens absoluta värde	35
5.3.3 Täckningsgradens förändring över tid.....	37
6. Sammanfattning av resultaten, diskussion och slutsatser	39
6.1 Sammanfattning av resultaten	39
6.2 Diskussion och slutsatser.....	39
6.2.1 Egna förslag och avslutande kommentarer.....	40
Material och referenser:	42
Appendix.....	44
Tabell 1 – Öppenvårdsbesök storstäder / övriga 2009-2011	44
Bilaga 1 – Kategorisering av data	45
Bilaga 2 – Besök som ej ingår i täckningsgradsberäkningen	46

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård regleras av riksdagen i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982: 763). Ansvariga för drift och finansiering av hälso- och sjukvården är emellertid landstingen och regionerna, undantaget den kommunala hemsjukvården. I Skåne innehas ansvaret av Region Skåne. Det innebär ett helhetsansvar för primärvård, sjukhusvård, högspecialiserad vård, forskning, verksamhetsanknuten utbildning mm. Gränserna mellan olika vårdnivåer är inte knivskarpa och inte heller bestående över tid. I takt med kunskaps- och teknikutveckling kan allt mer avancerade medicinska insatser utföras allt längre ner i vårdhierarkin. Det som var sjukhusvård igår kan vara kommunal hemsjukvård idag.

Under 40 års tid har det funnits en strävan att överföra mer av öppenvården från sjukhusen till vårdcentralerna och primärvården (Anell 2005). Det antas ge en mer jämlik och kostnadseffektiv vård totalt sett. I praktiken har det emellertid inte hänt särskilt mycket med denna överföring. Särskilt svårt har det varit i de större städerna. En sentida innovation på området är en särskild målstyrning med ekonomiska incitament för att få denna överföring till stånd. Sedan 2006, då landstinget Halland blev pionjär på området, har allt fler landsting och regioner infört en särskild ersättning till vårdcentraler med hög täckningsgrad. Täckningsgrad definieras som kvoten mellan antalet besök på primärvårdsnivå och det totala antalet öppenvårdsbesök¹ för en given befolkning.

En särskild ersättning för hög täckningsgrad är ett exempel på målbaserad ersättning inom hälso- och sjukvården. Målstyrning inom hälso- och sjukvården har ådragit sig ett växande intresse under senare tid. Skälet är att mål- och resultatbaserad ersättning är den enda ersättningsformen som kan skapa ekonomiska incitament att uppfylla olika kvalitetsmål. Vilket resultat målstyrning får är emellertid inte givet, utan beror till exempel av belöningens utformning och storlek, realism i uppsatta mål och professionens förutsättningar att påverka måluppfyllelse. Det är således inte alls säkert att en modell med målbaserad ersättning för en hög täckningsgrad verkligen leder till en högre täckningsgrad.

Täckningsgradsstyrning har uteslutande införts parallellt med införandet av så kallade vårdvalssystem inom primärvården. Sedan 2010 är det lag om att alla landsting ska ha infört vårdval i primärvården. Mer specifikt är det lagstadgat så att Lag (2008:962) om valfrihetssystem måste införas av alla landsting på primärvårdens område. I Region Skåne infördes en vårdvalsmodell, kallad Hälsoval Skåne, i maj 2009. Styrningen mot ökad täckningsgrad i primärvården har således införts samtidigt med andra stora förändringar i styrningen av primärvården. Denna uppsats analyserar teoretiskt och empiriskt målstyrningen mot en ökad täckningsgrad i Region Skåne. Särskild uppmärksamhet ägnas utvecklingen i storstäderna där problemen med låg täckningsgrad är som störst.

Min teoretiska analys av den målbaserade ersättningen för hög täckningsgrad inom ramen för Hälsoval Skåne pekar mot att det kan finnas skäl att inte förvänta sig några större effekter av denna. De huvudsakliga skälen är en förhållandevis låg monetär utdelning på förbättringar i täckningsgrad,

¹ Totala antalet öppenvårdsbesök fås genom att addera primärvårdsbesöken och öppenvårdsbesöken inom specialistvården.

samt de höga osäkerheter som är förknippat med verksamhetsinvesteringar för förbättrad täckningsgrad. Osäkerheten består främst i att vårdcentralerna saknar inflytande över styrningen av sjukhusvården, vilken också strävar efter att öka sin relativa andel öppenvård.

Mina empiriska resultat visar att den totala täckningsgraden för hela Region Skåne har minskat sedan Hälsovalet infördes. Allra sämst utveckling ser vi i stora städer som Lund och Helsingborg. Skälet är emellertid inte färre öppenvårdsbesök på vårdcentralerna, utan snarare en expansion av öppenvården på sjukhus. Modellen verkar inte ha fått något större genomslag i form av en positiv utveckling av täckningsgraden. Det kan dessutom hållas för troligt att modellen som sådan, utifrån ett bredare perspektiv på styrningen av den totala öppenvården, faktiskt missgynnar vårdcentralerna i storstäderna, trots att de största vinsterna av en högre täckningsgrad hade kunnat göras där. Ett intressant resultat är att utvecklingen i Malmö är markant mer positiv än den i de övriga stora städerna. Detta kan åtminstone delvis förklaras av en stor tillväxt av nya vårdcentraler i Malmö sedan hälsovalets införande.

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet är att analysera hur den nya styrningen av primärvården i Skåne bidrar till en uttryckt strävan att minska belastningen på sjukhusen genom att överföra mer av öppenvården från sjukhus till vårdcentraler. Mer specifikt hur den bidrar till att öka primärvårdens täckningsgrad.

Två frågeställningar är centrala i den teoretiska och empiriska analysen:

- Finns teoretisk grund för att vi kan förvänta oss att den målbaserade ersättningen för ökad täckningsgrad ger avsedd effekt?
- Finns det empiriskt stöd för att styrmodellen i Hälsoval Skåne i allmänhet, och den målbaserade ersättningen kopplad till täckningsgraden i synnerhet, bidrar till att styra över skåningarnas öppenvårdskonsumtion från sjukhus till primärvård? Och blir utfallet annorlunda i stad jämfört med glesbygd?

Frågeställningen är relevant dels då många studier pekar på att en utbyggd primärvård ökar kvalitet, jämlikhet och kostnadseffektivitet i hela sjukvårdssystemet (Anell 2005 s 7 ff; WHO 2008), dels då en positiv effekt på täckningsgraden är ett av styrmodellens viktigaste syften (Nordqvist et al 2008-01).

1.3 Metod

För att placera in och analysera täckningsgradstyrningen i sitt sammanhang har jag tagit hjälp av tidigare publikationer om primärvårdens utveckling, utveckling av ersättningsmodeller generellt inom hälso- och sjukvården samt av utvecklingen av målstyrning specifikt. Dessa ligger sedan till grund för en teoretisk analys av täckningsgradstyrningen.

För den empiriska undersökningen har jag fått hjälp av Region Skånes närsjukvårdsenhet (där särskilt tack ska riktas till Åsa Tranesjö) som bistått med besöksstatistik från öppenvården i Region Skåne 2009-2011. Utifrån denna har täckningsgraden beräknats år för år, nedbrutet per vårdcentral. Därefter har utvecklingen över tid och mellan olika enheter analyserats med linjär regression.

1.4 Material

Förutom ovan nämnda besöksstatistik från Region Skåne har uteslutande material och statistik använts som finns lättillgängligt via internet. Det gäller till exempel uppgifter om antalet listade patienter på respektive vårdcentral, värden på riskjusteringsindexen *Adjusted Clinical Groups* (ACG) och *Care Need Index* (CNI) (se kap 4) för respektive enhet, uppgifter om befolkningsantal per kommun samt avståndet mellan respektive vårdcentral och närmaste sjukhus. Tryckta och otryckta källor framgår av litteraturförteckning.

1.5 Avgränsningar

Studien är begränsad till åren 2009-2011 och primärvården i Region Skåne. Jag har valt att inte närmare studera styrningen och ersättningsmodeller för övriga vårdnivåer i Region Skåne, trots att vad som sker inom sjukhusvården uppenbart påverkar förutsättningarna för täckningsgradsstyrningen.

1.6 Begrepp

Begreppen primärvård, närsjukvård och öppenvård kommer att användas flitigt och det kan vara bra att redan initialt reda ut vad som är vad.

Öppenvård och primärvård definieras i hälso- och sjukvårdslagens paragraf fem enligt följande:

5 § För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. (SFS 1982:763)

Enligt denna definition skulle all öppenvård som sker utanför sjukhusen, utom den som faller under kommunernas ansvar, kunna betraktas som primärvård. Dock skiljs det ofta på specialiserad vård och primärvård även utanför sjukhusen. Privata specialistmottagningar utanför sjukhusen, i den mån dessa inte är specialister i allmänmedicin, räknas inte traditionellt till primärvårdsnivån. Således definierar Nordqvist et al (2008-08) primärvården som

”den vårdnivå på vilken de offentliga vårdenheterna, privata familjeläkarverksamheterna, allmänläkare och sjukgymnaster ersatta enligt nationella taxan² ger vård idag”.

Men fyller sedan i att den specialiserade öppenvården kan ingå i en *”utbyggd primärvård”*.

Begreppet närsjukvård definierar inte en vårdnivå, utan avser *”den funktionalitet som kan uppstå i samverkan mellan primärvård, specialiserad vård samt kommunal vård och omsorg”*

I denna uppsats används framförallt begreppen **primärvård** för att beskriva vårdcentralernas verksamhet och kostnadsansvar samt **övrig öppenvård** för den öppenvård som sker utanför vårdcentralerna. **Närsjukvårdsvisionen** används som synonymt med strävan att få dessa båda att i större utsträckning samverka ”under samma tak”.

² Den nationella taxan syftar i sin tur till läkare och sjukgymnaster verksamma enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och Lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Dessa är vårdgivare som finansieras av landstingen, men vars ersättning fastställs av riksdagen.

Begreppen vårdcentral, vårdenhet och hälsovalsenhet används synonymt i denna uppsats.

1.7 Struktur

Kapitel 2 insätter målbaserad ersättning för ökad täckningsgrad i sitt historiska och teoretiska sammanhang. Först avhandlas primärvårdens utveckling och skälen bakom strävan att föra över mer ansvar till denna vårdnivå. Detta följs av en översikt av hur olika ersättningssystem inom hälso- och sjukvården kan analyseras och utformas. Därefter görs en särskild utblick på målstyrningsmodeller specifikt. Kapitel 3 visar varför målbaserad ersättning för ökad täckningsgrad är en komplex konstruktion som inte enkelt låter sig kategoriseras i de dimensioner av ersättningsmodeller vi sett i kapitel 2. Kapitel 4 beskriver styrmodellen för Hälsoval Skåne och dess incitamentsstruktur. Den sammanfattande teoretiska analysen görs av vilken effekt av modellen som kan förväntas på täckningsgradens utveckling. I kapitel 5 redovisas den empiriska undersökningens resultat. Kapitel 6 summerar och diskuterar resultat samt presenterar slutsatser.

2. Historisk och teoretisk bakgrund

2.1 Primärvården

2.1.1 Varför mer primärvård?

Primärvården, där läkare med allmänmedicinsk kompetens är den viktigaste resursen, är tänkt att vara det naturliga förstahandsvalet för den som söker vård, oavsett diagnos och/eller symptom. Ofta väljer emellertid patienter i onödan att söka sig till högre vårdnivåer. I Region Skåne beräknas uppåt 20 % av patienterna på de specialiserade akutmottagningarna ha symptom som lika gärna skulle kunna omhändertas på en vårdcentral (BDO, 2011).

Täckningsgradsstyrningens huvudsakliga syfte är att bidra till att fler patienter får vård på rätt vårdnivå (se vidare kap 3). Frågan om varför det anses vara en fördel om fler sökte sig till en vårdcentral istället för sjukhus är därför relevant.

Argumenten för denna överföring kan delas upp i två läger (Anell 2005, kap 1). I det ena lägret pekar man på att om många människor i onödan uppsöker sjukhusens akutmottagningar med symptom som lika bra, eller ofta bättre hade kunnat behandlas på vårdcentralen, så uppstår fördyring av sjukvårdssystemet eftersom sjukhusen alltid är dyrare i drift än en vårdcentral. Detta argument går alltså ut på att resurserna används effektivare om människor söker vård på rätt vårdnivå.

I det andra lägret, kanske framförallt den allmänmedicinska professionen, pekar man på att detta inte är det enda, och kanske inte ens det viktigaste, argumentet för en dylik överflyttning. Genom att allmänläkaren bygger upp mer långsiktiga relationer till sina patienter kan denne använda sin bredare individkompetens till att undvika onödig medicinsk vård av symptom som snarare har sociala orsaker. I detta andra argument är alltså huvudpoängen att effekten på individers hälsoutfall blir bättre och mer jämlikt fördelat i en modell som bättre tar tillvara den allmänmedicinska kompetensen och yrkesgruppen.

Båda dessa argument, tillsammans med flera andra, lyfts även fram i WHO-rapporten "Primary health care – Now more than ever" (WHO 2008), som bland annat slår fast att investeringar i primärvård ger bättre och mer jämlika hälsoutfall (tex. s. 19).

En ökad andel öppenvård på vårdcentralerna (ökad täckningsgrad) bör således kunna leda till en kostnadseffektivare, mer jämlik vård med högre medicinsk kvalitet. Därför har det "i över 30 års tid funnits en politisk ambition att föra över resurser från sjukhusvården till primärvården, eller att åtminstone låta primärvårdens resurser växa snabbare än resurserna för sjukhusens specialistvård." (Anell, 2005 s 17). I praktiken har detta emellertid varit svårt att genomföra, inte minst på grund av att patienterna ofta har ett lägre förtroende för vården på primärvårdsnivån än på sjukhus och specialistmottagningar. Då blir det rationellt att söka sig till dessa om de finns inom rimligt avstånd.

Sjukhus och specialistmottagningar finns nästan uteslutande i de större städerna och det är således också där vi finner de största problemen med låg täckningsgrad. På landsbygden, där alternativen är färre, är både täckningsgraden och förtroendet för vården på vårdcentralen högre (Anell 2005, s 10). Nedanstående tabell är hämtad från Nordqvist et al (2008-01) och bekräftar de större städernas sämre utgångsläge avseende täckningsgraden även i Region Skåne. Sämst utgångsläge har sydvästra distriktet, som inkluderar Malmö, följt av Mellersta (Lund) och nordvästra (Helsingborg).

Figur 1: Konsumtion av primärvård av total öppenvård år 2006.

	Mellersta	Nordöstra	Sydvästra	Nordvästra	Ystad - Österlen
Primärvård i %	57	62	54	60	60
– varav privat i %	13	19	21	24	18
– varav offentligt i %	44	43	32	36	42

2.1.2 Metoder för ökad täckningsgrad

Ett sätt att se till att fler människor i första hand söker sig till vårdcentralerna är att helt enkelt tvinga dem. I många länder finns därför en så kallad grindvaktsfunktion som innebär att patienter, för att få vård av sjukhusspecialist först måste få en remiss från en primärvårdsläkare. En sådan funktion har emellertid aldrig funnits i Sverige, sannolikt åtminstone delvis på grund av politiska överväganden. Det finns ett stort motstånd mot inskränkningar i det fria vårdsökandet, särskilt i storstäderna (Anell, 2005 s 11).

Om politiken, av olika skäl, är ovillig att lösa frågan med en grindvaktsfunktion måste andra lösningar till. En högre täckningsgrad kan åstadkommas på flera olika sätt. Längre öppettider på vårdcentralerna, lägre patientavgifter, bättre service och tillgänglighet, ett minskat remissflöde, ökad bemanning och/eller produktivitet och större vårdutbud är samtliga faktorer som var för sig kan ha en positiv effekt på täckningsgraden på en enskild vårdcentral. Fler (välfungerande) vårdcentraler, och därmed en större valfrihet och ökad geografisk tillgänglighet kan bidra till bättre täckningsgrad på systemnivå. I Region Skåne finns åtskilliga exempel på politiska beslut som syftar till att förbättra förutsättningarna för en eller flera av dessa parametrar. Någon långsiktig genomgripande effekt på öppenvårdens fördelning, eller på förtroendet för primärvården har man dock inte lyckats uppnå.

2.1.3 Hur kan primärvården se ut?

Anell (2005) skiljer på professionella och samhällsinriktade modeller för primärvården, vilka i sin tur kan vara integrerade eller icke-integrerade. En professionell modell riktar sig specifikt mot de människor som aktivt söker sig till vårdcentralen, medan en samhällsansats även betonar ett bredare ansvar för folkhälsoutveckling i befolkningen. Den integrerande aspekten rör vårdcentralens ansvar för samordning av patientens totala vårdbehov. Anell (2005) beskriver den svenska modellen historiskt som en samhällsmodell med integrativ ambition, men med en icke-integrativ praktik (s 28).

2.1.4 Vårdvalsrevolutionen

Införandet av vårdval innebar ett paradigmskifte i svensk primärvård. Tidigare ersättningsmodeller har haft ett stort inslag av så kallade ”områdesansvar”, vilket innebar att vårdcentralerna i stor utsträckning anslagsfinansierades utifrån befolkningens sammansättning i närområdet. Detta sätt att ersätta är i linje med den samhällsansats som tidigare varit dominerande.

Med vårdvalssystemen där pengarna följer patienten, kan det hävdas att samhällsansatsen i svensk primärvård har ersatts av en mer professionell ansats. Det finns inte längre något uttalat ansvar för en befolkning i ett visst område, eller för folkhälsan i en bredare bemärkelse. Istället är det fokus på just de patienter som väljer att lista sig på, och komma till, vårdcentralen.

I en vårdvalsmodell följer pengarna patienternas val och vårdsökande, och en vårdcentral kan därmed inte ha några intäkter om den inte har några patienter (vilket i teorin var möjligt med den tidigare anslagsfinansieringen). Kopplingen mellan vårdcentralens ersättning och patientens fria val är tänkt att öka fokus på lyhördhet, bemötande, tillgänglighet och service på vårdcentralerna. Samt att öka patienternas inflytande över sin egen vård (Nilson et al, 2010).

2.1.5 Närsjukvårdsvisionen

Trots övergången till en mer professionell modell finns ambitionen att primärvården ska ha ett viktigt integrerande ansvar kvar. Mycket av denna ambition kan sammanfattas i visionen om en ny "närsjukvård". Närsjukvården betonar lokal samverkan, ofta kring kroniker och multisyka äldre, mellan olika vårdgivare med patienten i centrum. Detta skiljer den från specialistvården där utveckling i regional eller nationell samverkan är mer rationellt (Anell 2004).

Följande definition av begreppet närsjukvård användes av Landstinget Halland, vid införandet av Vårdval Halland:

"Med begreppet närsjukvård menas att det ska finnas en strävan mot att vården, så långt det är medicinskt relevant, sker i patientens närområde. Hallänningen ska kunna få merparten av den vård som inte kräver sjukhusens resurser i närsjukvård. Ca 80 % av invånarnas hälso- och sjukvård bedöms på några års sikt kunna tillgodoses i närsjukvården." (Nordqvist et al 2008-01)

Ambitionen och bedömningen att 80 % av all öppenvård ska bedrivas inom närsjukvården implicerar enligt förarbetena till Hälsoval Skåne att ca 40 % av den öppenvård som idag bedrivs på sjukhus ska överflyttas till primärvården (Nordqvist et al 2008-01). Närsjukvårdsvisionen är alltså en vision om att flera kompetenser; specialistläkare, allmänläkare, paramedicinare, sjuksköterskor och kommunal äldrevård, ska arbeta tillsammans, gärna i team, med patientens behov i centrum. Den uppenbara primära målgruppen för denna samordning är patienter med kroniska och sammansatta problem, som ofta behöver samtidiga insatser från flera olika vårdgivare (Anell 2004). Det är dock inte alls självklart att alla jublar över denna vision. Istället har närsjukvårdstanken gett upphov till revirstrider mellan olika läkarspecialiteter som motsätter sig att allmänläkarna får ett utökat ansvar över vården av "deras" patienter (Anell, 2004).

2.2 Ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården

2.2.1 Principal-agent teorin

Nästan all ekonomisk analys av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården utgår från den så kallade "agency-teorin", eller "principal-agent-teorin" (Anell, 2010). En principal är en uppdragsgivare och agenten är en uppdragstagare. Teorin utgår ifrån antagandet att agenten, i viss utsträckning, har egna intressen som avviker från principalens och att det därmed finns risk för opportunt beteende. Problem av principal-agent-karaktär förekommer när agenten har information och kunskap som är avgörande för uppdragets utförande, men som principalen inte har. Inom sjukvården finner vi två samtidiga principal-agent-relationer. En mellan finansiär (landsting/region) och producent (läkare/vårdgivare) och en annan mellan producent och konsument (patient). I båda fallen är läkaren agenten. Patienten förväntar sig att läkaren ska agera i dennes intresse, vilket till exempel skulle kunna innebära en önskan om att få provtagningar och kontroller gjorda, diagnoser utfärdade eller mediciner utskrivna. Finansiären önskar å andra sidan producenter som även tar hänsyn till dennes intressen, som rimligen är att få god valuta för sina pengar, genom att exempelvis

vara återhållsam med dyra prover och läkemedel. Som synes är läkaren något av en dubbelagent (Blomqvist 1991) som orienterar mellan motstridiga intressen som ofta kan vara svåra att kombinera, samtidigt som det antas att han eller hon även nyttomaximerar för egen del.

För att uppfylla sina egna intressen kan principalen på olika sätt försöka påverka agentens beteende. De kan till exempel ske genom att på olika sätt kontrollera hur uppdraget utförs eller genom en lämplig utformning av det ekonomiska ersättningssystemet (Anell 2010 s 37). Ett sådant förfarande ger upphov till nya kostnader för principalen, vilka ska vägas mot de alternativkostnader som uppstår när agenten inte agerar i principalens intresse. Ett optimalt ersättnings- och incitamentssystem för en given sjukvårdsverksamhet bör således på ett rimligt sätt balansera olika intressen till lägsta möjliga kostnad.

2.2.2 Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård

Denna del baseras på publikationen Jacobsson F.(2007) "*Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*". För ytterligare fördjupning hänvisas också till denna rapport.

Olika typer av ersättningsmodeller ger olika former av incitament till vårdgivare. Det finns inget enskilt ersättningssystem som samtidigt premierar produktivitet, kostnadskontroll och hög kvalitet. Därför finns inte heller ett optimalt ersättningssystem givet, oavsett förutsättningar. Istället brukar olika incitament och modeller blandas i ett ersättningssystem för att få rätt balans, anpassat till rådande förutsättningar.

Ersättningsmodeller kan kategoriseras utifrån tidsperspektiv, aktivitetsgrad och objekt. Tidsperspektivet avgör om ersättningen bestäms före eller efter utförd produktion, aktivitetsgraden handlar om huruvida ökad produktion belönas i modellen, d.v.s. om ersättningen är fast eller rörlig, och objekt beskriver vad det är som ersätts. Objekten kan vara åtgärd, resultat, individ och period.

Aktivitetsgrad

En fast ersättning ger samma betalning oavsett hur stor produktionen är. Givet att budgeten hålls ger detta god kostnadskontroll, men låga incitament för ökad produktivitet. Vid rörlig ersättning kan däremot vårdgivaren öka sina intäkter genom att öka sin produktion. Den rörliga ersättningen ger således goda incitament till hög produktivitet, men innebär samtidigt sämre kostnadskontroll för finansären. För att åstadkomma en god kostnadskontroll vid rörlig ersättning används ofta så kallade tak, vilka kan begränsa antingen produktionen eller den möjliga ersättningen.

Även om kostnadskontroll är något eftersträvansvärt och som kan uppnås med fast ersättning, kan metoderna för att uppnå lägre kostnader stå i strid med finansärens intressen. Denne vill sannolikt att kostnader ska hållas tillbaka med hjälp av effektiviseringar³ i produktionen, men kostnadskontroll kan lika gärna uppnås genom försämrad vårdkvalitet och lägre produktion. På samma sätt kan en ökad produktivitet vid ett rörligt ersättningssystem uppnås genom produktion med tveksam medicinsk nytta, om detta är lönsamt för vårdgivaren. Oavsett om ersättningen är fast eller rörlig är det därför viktigt för finansären att följa upp och kvalitetsgranska verksamheten.

³ Med "effektivisering" avses här en utveckling som leder till "mer kvalitet för pengarna", d.v.s. antingen oförändrad kvalitet till lägre kostnader eller högre kvalitet till oförändrade kostnader.

Tidsperspektiv

Ersättningen kan bestämmas prospektivt (före) eller retrospektivt (efter) i förhållande till utförd produktion. Om ersättningen för produktionen är bestämd i förväg kommer det att finnas incitament för producenten att minska sina kostnader, eftersom det är enda sättet att öka skillnaden mellan intäkter och utgifter (d.v.s. överskottet eller vinsten). Om ersättningen däremot stiger beroende av de produktionskostnader som uppstår, d.v.s. om ersättningen bestäms retrospektivt, finns inga incitament att hålla nere kostnader.

Samtidigt som en prospektiv ersättning borgar för en låg ekonomisk risk för finansören och goda incitament för kostnadskontroll hos vårdgivaren, innebär den en risk för att vårdgivaren kommer att försöka undvika de mest kostsamma behandlingarna och/eller patienterna. Detta eftersom ersättningen vanligen baseras på en förväntad genomsnittskostnad för vården. Då de billigaste behandlingarna inte alls behöver vara de mest kostnadseffektiva och givet att principalen har ett intresse av att vården ges efter behov kommer detta att vara kontraproduktivt. Ju bättre ersättningen motsvarar de faktiska kostnaderna för vården per patient, desto mindre kommer risken för sådana negativa effekter att vara. Därför förekommer ofta olika former av vårdtyngds- eller riskjustering vid prospektiva ersättningar inom vården.

Nedan en sammanfattning av incitamentsstrukturen när de olika dimensionerna kombineras.

Figur 2: Ekonomiska incitament vid olika kombinationer av tidsperspektiv och aktivitetsgrad

Tidsperspektiv Aktivitetsgrad	<i>Retrospektiv</i>	<i>Prospektiv</i>
Rörlig	<p>Incitament för ökad aktivitet eftersom överskottet ökar med ökad aktivitet</p> <p>Incitament för ökade kostnader eftersom aktivitet ökar överskottet men kostnaden betalas av någon annan</p>	<p>Incitament för ökad aktivitet eftersom överskottet ökar med ökad aktivitet</p> <p>Incitament för minskade kostnader eftersom överskottet ökar med minskade kostnader</p>
Fast	<p>Incitament att minska aktiviteten om minskningen inte påverkar kostnaderna.</p> <p>Incitament för ökade kostnader eftersom dessa ersätts nästa år och en ökad budget ger större ekonomisk handlingsfrihet.</p>	<p>Incitament för minskad aktivitet eftersom aktivitet skapar kostnader som inte betalas av någon annan</p> <p>Incitament för minskade kostnader eftersom överskottet ökar med minskade kostnader</p>

Källa: Jacobsson, F. (2007), s 12

Objekt

Givet dimensionerna fast/rörlig och prospektiv/retrospektiv kan olika objekt berättiga till ersättning. Dessa kan vara åtgärder, resultat, individer eller period.

- *Åtgärd*

Ersättning per åtgärd kan vara en ersättning för ett genomfört besök, behandling, provtagning eller annan aktivitet. En sådan modell ger incitament att producera så många sådana

ersättningsberättigade aktiviteter som möjligt. Eftersom vårdgivaren är beroende av patienter på plats för att kunna utföra åtgärden ger modellen också incitament till god service och tillgänglighet som leder till nöjda patienter som kan tänka sig att anlita vårdgivaren även i framtiden.

En retrospektiv och rörlig ersättning per åtgärd som ger full kostnadstäckning för producenten kan leda till skenande kostnader för finansiären och används därför i väldigt liten utsträckning. En prospektiv ersättning per åtgärd kan å andra sidan leda till att vårdgivarna prioriterar de mest lönsamma åtgärderna.

Om finansiären i förväg bestämmer de priser som ska gälla per producerad åtgärd är ersättningen rörlig och prospektiv. Det ger incitament till att producera många åtgärder samt att hålla nere kostnaderna per åtgärd. Det vill säga både hög produktivitet och låga produktionskostnader. Kostnadskontrollen, d.v.s. låga totalkostnader, är däremot fortfarande ett riskmoment för finansiären. Incitamenten att hålla nere produktionskostnaderna ger också incitament att välja bort de dyraste patienterna och de dyraste behandlingarna.

- *Resultat*

Att styra på resultat ger möjlighet för finansiären att ge incitament till ökad kvalitet och andra önskvärda mål. Inom sjukvården används oftast målrelaterad ersättning. Täckningsgradsersättningen är ett exempel på detta. Mer om mål- och resultatstyrning i kap 2.3.

- *Individ*

Inom främst primärvården används ofta ett system med en bestämd ersättning per patient eller individ. Detta kallas kapitation och är en lämplig ersättningsform när ansvaret är brett, arbetsuppgifterna komplexa och där verksamhetens enskilda delar kan vara svåra att beskriva och ersätta på ett bra sätt.

Vid kapitation beror vårdgivarens intäkter enbart på hur många patienter denne har ansvar för, och inte på vare sig aktiviteter eller kostnader. För finansiären blir ersättningsformen fast och prospektiv, vilket borgar för god kostnadskontroll. För vårdgivaren innebär en fast och prospektiv ersättningsform dock incitament till låg aktivitet och låg kvalitet (få och billiga åtgärder). Vidare finns en uppenbar risk att vårdgivare försöker välja bort patienter med stora vårdbehov. I specialfallet primärvården som har en möjlighet att skicka remisser till specialistvården innebär en fast ersättning per individ dessutom starka incitament att låta någon annan ta över kostnadsansvaret för de patienter som söker vård. Men genom att ge vårdgivarna möjlighet att påverka antalet patienter, d.v.s. införa konkurrens och valfrihet i primärvården, blir ersättningen istället rörlig och prospektiv för vårdgivaren, emedan den fortfarande är fast och prospektiv för finansiären. Då motverkas flera av de negativa incitamenten ovan, till förmån för en mer patientfokuserad inriktning när fler patienter som väljer vårdinriktningen också innebär höjda intäkter. Fortfarande finns emellertid incitamentet att välja bort de dyraste patienterna och behandlingarna, så kallad cream-skimming, kvar. Dessa incitament kan motverkas genom att vårdtyngds- och riskjustera kapitationsersättningen.

- *Period*

En budgetperiod är oftast ett år inom sjukvården och ett traditionellt anslag är en fast summa pengar avsatta att täcka allt vårdgivaren producerar under denna period (år). Då anslaget ofta baseras på

tidigare års kostnader, och detta förhållande är välkänt i verksamheterna, innebär ersättningsformen någon form av blandning mellan prospektiv och retrospektiv ersättning. Nackdelar med modellen är att den innehåller få eller inga incitament till god service eller ökad produktivitet, då ersättningen är oberoende av hur många patienter som behandlas eller hur många åtgärder som utförs. Det delvis retrospektiva upplägget, d.v.s. kostnadsökningar täcks i efterhand i kommande periods budget, innebär att det inte heller finns några incitament till låga kostnader. En fördel med det senare är dock att det inte heller finns några incitament till cream-skimming.

Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper sammanfattas i nedanstående bild:

Figur 3: Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper

Objekt	Aktivitets-grad	Tids-perspektiv	Ger incitament för*					Risk för "cream-skimming"	Kostnads-kontroll
			Hög produktion	Låga produktions-kostnader	Hög vård-kvalitet	God service			
Åtgärd: Fee for service	Rörlig	Retrospektiv	++	-	0	++	Låg risk	--	
I förväg fastställd ersättning per åtgärd	Rörlig	Prospektiv	++	+	-	+	Hög risk	-	
Ersättning per produkt-grupp	Rörlig	Prospektiv	+	+	-	+	Risk	-	
Resultat: Målsrelaterad ersättning	Rörlig	Prospektiv	+	+	++	+	Risk	+	
Individ Kapitation (utan konkurrens)	Fast	Prospektiv	--	++	-	--	Hög risk	++	
Period Traditionellt anslag	Fast	Prospektiv / Retrospektiv	-	-	-	-	Ingen risk	+	

Källa: Jacobsson, F (2007), s 30

* ++ starka incitament för; + incitament för; 0 inga tydliga incitament; - motverkande incitament; -- starka motverkande incitament

Då inget ersättningssystem ensamt ger upphov till samtliga önskvärda incitament används, som tidigare nämnts, i praktiken oftast en kombination mellan olika ersättningssystem för att balansera olika ekonomiska incitament. Till exempel kan ett ersättningssystem inom primärvården ha en del kapitation och en del ersättning per besök. Olika ersättningsformer kan också passa olika bra vid olika typer av verksamhet.

2.3 Målstyrning inom hälso- och sjukvården

Denna del baseras, när inte annat anges, på publikationen Anell, A. (2010) "Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården".

2.3.1 Varför målstyrning?

Målrelaterad ersättning är den enda ersättningsmodellen som kan styra mot ökad vårdkvalitet. Därför har den åtnjutit stort intresse inom hälso- och sjukvården under senare tid. Eftersom förbättrad hälsa, och inte själva behandlingen i sig, är syftet med all vårdkonsumtion ter det sig tilltalande att enbart ersätta vårdgivare utifrån det medicinska slutresultatet av vården. Dock är det i praktiken väldigt svårt att mäta medicinsk kvalitet. Mätproblematiken bottenar dels i att hälsa och vårdkvalitet i sig är svårt att finna objektiva mått på, dels i att det kan vara svårt att koppla en vårdgivares specifika insatser till ett specifikt hälsoutfall. Svårigheterna att mäta och ersätta kvalitet har inneburit att den målrelaterade ersättningen oftast är relativt liten i jämförelse. Istället för att ersätta för ett positivt slutresultat används oftare vissa processmått som enligt medicinsk evidens bidrar till ett bättre hälsoutfall. Det kan exempelvis handla om mål för läkemedelsförskrivningen, antalet genomförda samtal om rökning eller om registrering i kvalitetsregister.

Det starkaste ekonomiska argumentet för att använda målbaserad ersättning inom hälso- och sjukvården är att vi annars betalar samma pris (per exempelvis besök) för varor av olika kvalitet. På en ordinär marknad kan en producent normalt sett ta ut ett högre pris för en bättre vara, medan sämre varor bestraffas med lägre priser. Att låta ersättningen följa patienterna som i sin tur själva får välja bland vårdgivare kan i så fall vara ett sätt att låta vårdproducenternas intäkter påverkas positivt av högre kvalitet. Detta har emellertid varit svår genomförbart i praktiken, mycket på grund av att patienter saknat möjligheter och intresse av att välja de vårdgivare som redovisar hög kvalitet och välja bort de som redovisar sämre. Därför finns starka argument för att också ha särskilda ekonomiska incitament för god kvalitet.

All målstyrning förutsätter dock att någonting följs upp och mäts, vilket innebär en administrativ kostnad, såväl i pengar som i tid. De positiva kvalitetseffekterna av målstyrningen bör minst motsvara denna ökade kostnad. Men att det överhuvudtaget blir några positiva effekter är inte heller självklart. Risk finns att vårdgivare manipulerar data eller registrering istället för att förändra sitt beteende. Risk finns också att ersättningsnivåerna är för låga för att ge verklig motivation för vårdgivaren att genomföra förbättringsarbeten. Till dessa invändningar tillkommer dessutom potentiella undanträngningseffekter när det som inte mäts prioriteras ner till förmån för det som mäts. Detta innebär en okänd alternativkostnad för finansören som gör att nettoeffekten av målstyrningen blir okänd, även de gånger då det syns förbättringar i det som faktiskt mäts.

Målbaserad ersättning används alltid som komplement till annan ersättning och utgör i Sverige sällan mer än 3 % av de totala ersättningarna.

2.3.2 Dimensioner av målstyrning

Mål kan vara *absoluta* eller *relativa*, där det senare innebär att ersättning utgår utifrån hur en vårdgivare placerar sig i mätningarna jämfört med övriga i systemet (exempelvis de 10 % vårdgivare som presterat bäst får bonus). Målbaserad ersättning är alltid rörlig för vårdgivaren, medan den för finansören är fast om relativa mål används. Om absoluta mål används är ersättningen prospektiv för vårdgivaren, men retrospektiv för finansören, som ju inte vet på förhand hur många som kommer att klara målen. Det sistnämnda innebär risker avseende kostnadskontrollen. Omvänt är ett relativt mål prospektivt för finansören, men retrospektivt för vårdgivare. Finansören vet hur mycket pengar som kommer att betalas ut, dock inte till vilka vårdgivare, emedan vårdgivarna inte på förhand kan veta om de kommer att få någon ersättning alls, oavsett ansträngning.

Mål kan också vara av *process*karaktär eller av *resultat*karaktär. Processmål handlar om att uppmuntra ett specifikt beteende, så som följsamhet till särskilda vårdprogram. Resultatmål syftar istället på vilka effekter behandlingen fått på patienternas hälsa eller livsstil. Problemet med resultatmål är att effekten av en behandling inte bara påverkas av vilket vårdprogram som används, utan även i hög grad av patientens inneboende motivation och andra förutsättningar att ta till sig en behandling. Resultaten är alltså inte lika enkelt påverkbara för vårdgivaren som processerna. Fördelen med resultatmålen är å andra sidan att de uppmuntrar till innovation och nytänkande inom verksamheten. Processmålen syftar snarare till att sprida befintlig kunskap om vilka insatser som bör användas.

Det är också viktigt att skilja på mål på *systemnivå* och mål på *terapeutisk nivå*. Mål på systemnivå kan exempelvis handla om ett jämligt utfall av hälsa, god tillgänglighet eller patientsäker vård. Mål på terapeutisk nivå har en starkare direkt koppling till den medicinska vetenskapen och kan handla om bruket av vissa vårdprogram eller preventiva insatser.

2.3.3 Målstyrningens effekter

Effekten av en ersättningsmodell går egentligen aldrig att veta på förhand, utan kräver empiriska studier. Vad som kan vara noterbart är dock att ekonomiska incitament i hälso- och sjukvården erfarenhetsmässigt *har* effekter på verksamheten. Effekterna behöver dock inte nödvändigtvis vara de förväntade.

Erfarenheterna av målstyrning visar förhållandevis blygsamma resultat och motsvarar sällan initialt högt ställda förväntningar. Vidare tillfaller oftast den målbaserade ersättningen enheter som redan har god kvalitet, vilket har underblåst en diskussion om hur man bör utforma en ersättning som också ger stöd till förbättringar hos de enheter som presterar sämre.

Ett viktigt skäl till att effekten av målbaserade ersättningar kan vara svår att fånga upp kan vara att de oftast införs som en del i ett paket med ett uttalat syfte som den målbaserade ersättningen skall stödja. Effekterna av den enskilda bonusen kan därför vara svår att särskilja från vad som orsakas av andra åtgärder som genomförs samtidigt, och kan dessutom vara mindre intressant på ett övergripande plan då det är hela programmets effekt som egentligen är det intressanta.

2.3.4 Målsättnings- och motivationsteori - Hur ska belöningar utformas?

Målsättningssteori ställer frågan vem som ska belönas, för vad och med hur mycket.

Den målbaserade ersättningen kan antingen belöna ett visst önskvärt beteende eller ett önskvärt resultat. Problemet med beteendestyrning är att det ger begränsade incitament att prestera något extra och kreativt (Jacobsen, Thorsvik, 2008, s 273), medan problemet med ren resultatstyrning är att det ger begränsad effekt på motivationen eftersom det är svårare att se den direkta kopplingen mellan det som utförs på enheten och utfallet i kvalitet⁴. Inte sällan används någon form av kombination av belöningar av beteende/process respektive resultat.

⁴ Jacobsen, Thorsvik (2008) exemplifierar med en spannmålsodlare som endast får ersättning för mängden producerat spannmål. Personen kan jobba lika eller mer effektivt än en annan spannmålsodlare, men om vädret är dåligt blir skörden likväl mager. Ersätts spannmålsodlaren enkom efter mängden spannmål blir denne således bestraffad för det dåliga vädret, vilket inte gick att påverka för odlaren. Eftersom slutresultatet av en

Jacobsen, Thorsvik (2008) pekar ut två förutsättningar för att resultatbelöningar ska upplevas som rättfärdiga. Dels ska resultatet vara lätt att mäta på ett klart och otvetydigt sätt, dels ska det vara alldeles klart att det är en individs eller grupps prestationer som lett till det uppnådda resultatet. Svårigheter att mäta eller registrera data kan leda till manipulation och fusk, medan oklarheter kring vad som orsakar vad kan leda till att vissa tar på sig ett ansvar för ett gott resultat utan att man nödvändigtvis har varit den som bidragit till detta, samtidigt som andra upplever sig bestraffade för omständigheter de inte kunnat påverka.

För att mål ska vara meningsfulla krävs också att de faktiskt stärker motivationen till ett visst beteende. Avseende målstyrning och motivation lyfts ofta tre aspekter fram i litteraturen. Mål ska vara tydliga och konkreta, de ska ha klara tidsgränser och de ska vara utmanande men samtidigt realistiska. Andra viktiga aspekter som lyfts fram är snabb återkoppling, att den som ska nå målet har tillräckligt med resurser och självständighet för att kunna göras ansvarig för måluppfyllelsen samt att det finns en generell uppslutning kring målen i organisationen (Jacobsen, Thorsvik 2008, s 282).

Vilka mål som bör sättas blir således beroende av organisationens utgångsläge. Vad som är ett realistiskt, men utmanande mål på kort sikt kan exempelvis inte vara detsamma för två organisationer med stora skillnader initialt. Vilka processmått och/eller resultat man vill fokusera skiljer sig också mellan organisationer i olika utgångslägen.

Men motivationen styrs inte bara av målets utformning, utan också av dess utväxling, i form av belöning. Den förväntade avkastningen, och därmed den maximala "investeringsviljan" i ökad måluppfyllelse (d.v.s. motivationen), kan sägas vara en produkt av sannolikheten att en ansträngning/resursanvändning leder till ökad måluppfyllelse i en viss omfattning, samt av den belöning som i så fall faller ut till enheten (Jacobsen & Thorsvik, 2008, s. 266)⁵. Om (den monetära) ersättningen är för lågt satt i förhållande till den investeringsnivå som krävs för att nå målet kommer även ett "korrekt" satt mål att kunna vara resultatlöst i motivationshänseende. I vissa fall kan dock ett kvalitetsmål även ha ett stort symbolvärde.

2.3.5 Risk för undanträngning?

All målbaserad ersättning handlar om att flytta fokus till det mätbara, eller åtminstone till det som faktiskt mäts och belönas. Det leder alltid till att något annat trängs undan. Det finns således en alternativkostnad att beakta. Viktigt att poängtera är dock att det inte i grunden handlar om att något trängs undan, utan om *vad* som trängs undan. I en optimal situation är det som trängs undan sådant som inte tillför något värde. Det viktiga är att beakta och följa upp tänkbara undanträngningseffekter, så att dessa inte är oönskade.

komplex process alltid är beroende av fler faktorer än den enskilde yrkesutövarens/enhetens prestationer riskerar därför den rena resultatstyrningen att bli orättfärdig.

⁵ Sannolikhet att belöning utfaller x Belöningens storlek = Motivation

3. Täckningsgradsmålet

Denna del definierar täckningsgrad och diskuterar täckningsgradersättning utifrån modellerna i kapitel 2.

3.1 Täckningsgradens definition

Täckningsgrad definieras som kvoten mellan antalet besök på primärvårdsnivå och totala antalet öppenvårdsbesök för en given befolkning (Nordqvist et al 2008-08):

$$\frac{\text{Antal besök i primärvården}}{\text{Antal besök i primärvården} + \text{antal öppenvårdsbesök inom specialistvården}}$$

Den givna befolkningen är för en vårdcentral i Hälsoval Skåne densamma som den listade befolkningen (patienter som valt att lista sig på enheten).

3.2 Täckningsgradersättningens syfte

Inom Hälsoval Skåne införs en särskild ersättning kopplad till värdet av täckningsgradskvoten ovan. Om syftet med detta skrivs i förarbetena bl.a. följande:

”Utredningsgruppens bedömning är att täckningsgraden är den del i styr- och ersättningssystemet som ska stimulera vårdgivaren till ett bättre och effektivare samarbete med övriga specialister, oaktat yrkesgrupp. I förlängningen ska detta leda till en förskjutning mot en ökad tillgång av olika specialister inom vårdenheterna och en utveckling av närsjukvård.” (Nordqvist et al 2008-08)

Medan det som det totala effektmålet för Hälsoval Skåne anförs att

”Sjukvårdens resurser ska omfördelas till förmån för närsjukvården där större delen av patienternas öppenvårdsbehov ska kunna tillfredsställas.” (Nordqvist et al 2008-01)

Syftet med täckningsgradersättningen är alltså dels att den ska bidra till att patienterna ska kunna träffa fler specialistläkare på sin vårdcentral, dels att öppenvården i mer generella termer ska omfördelas till förmån för primärvårdsnivån. Med ett annat ordval är således syftet med täckningsgradersättningen att täckningsgraden ska öka, och att detta främst ska ske genom en överflyttning av vård från sjukhusen till vårdcentralerna.

Ett ytterligare syfte som beskrivs i förarbetena är att särskilt belöna de enheter som redan idag tar ett större ansvar för sina patienters öppenvård och att öka möjligheterna till valfrihet på landsbygden. Det vill säga motsvarande vad ett konventionellt glesbygdstillägg skulle innebära. Med täckningsgradersättningen behövs således inget särskilt glesbygdstillägg.

3.3 Täckningsgradersättningens konstruktion

Konstruktionen är sådan att ju högre andel av öppenvårdsbesöken som utförs på vårdcentralen, desto högre bonus eller lägre avdrag på vårdpengen erhåller enheten.

Alla besök ges samma vikt, oavsett om det är ett läkarbesök eller ett besök hos sjuksköterska eller sjukgymnast. I Region Skåne sattes initialt målet att kvoten skulle ligga mellan 0,55-0,61 (Ackrediteringsvillkoren, Region Skåne 2009) där de enheter som överträffar intervallet får bonus för varje procent över 61 %, medan motsvarande avdrag ges till de enheter vars kvot understiger intervallet. Intervallet har sedermera smalnats av till 0,57-0,59. Bonusen/avdraget uppgår till 1,2 %

av vårdpengen för varje procentenhet som intervallet överträffas/understigs.
(Ackrediteringsvillkoren, Region Skåne 2011).

I primärvårdsbesöken inkluderas inte bara besöken på den egna vårdenheten, utan även besök hos andra vårdgivare på primärvårdsnivån. Så som andra vårdcentraler, samt fristående allmänläkare och sjukgymnaster. Vissa öppenvårdsbesök är av olika skäl exkluderade från täckningsgradsberäkningen (se bilaga 2).

Störst påverkansmöjlighet har av naturliga skäl enheten på den produktion man själv står för. Satsningar på högre produktivitet, bredare kompetens och längre öppettider kan vara relativt enkla sätt att öka värdet i täljaren. (Vid sidan av att direkt utöka sin kapacitet med fler anställda.) Det kan vara viktigt att betona att det står enheten fritt att genom samarbetsavtal eller direkta anställningar knyta till sig sådan specialistkompetens som idag finns på sjukhusen (Ackrediteringsvillkoren, Region Skåne, 2009/2011). Ett besök hos en ortoped som har samarbetsavtal med, eller är anställd på, vårdenheten räknas in i primärvårdsbesöken, medan besök hos sjukhusanknuten ortoped inte gör det. (Det är precis sådan överflyttning som närsjukvårdsvisionen syftar till.)

I kvotens nämnare figurerar även antalet besök på sjukhus/specialistmottagningar. Denna kan påverkas av vårdcentralen genom att skicka färre remisser till specialistvården. Många besök i specialistvården sker dock utan remiss från primärvården, varför denna påverkan är trubbig. Om specialistvården och de fritt vårdsökande patienterna inte delar uppfattningen att vård lika bra eller bättre kan tillhandahållas i primärvården kommer enhetens påverkansmöjligheter på värdet i kvotens nämnare att vara förhållandevis små. Ofta förhåller det sig precis så. (Anell 2004; Anell 2005).

3.4 Teoretisk analys av täckningsgradsmålet och -ersättningen

Kapitel 2 kategoriserade mål och ersättningar utifrån olika dimensioner. Täckningsgradsmålet som sådant kan utifrån detta kategoriseras i enlighet med nedanstående tabell:

Figur 4: Kategorisering av täckningsgradsmålet

Terapeutisk nivå		X	Systemnivå
Absolut mål	X	X	Relativt mål
Processmål		X	Resultatmål

Terapeutisk nivå / systemnivå

Täckningsgraden är uppenbart ett mål på systemnivå och handlar mindre om den direkta behandlingssituationen. Det gör den i teorin mer påverkad av politik och tyckande än mål som tar sin utgångspunkt i medicinsk evidens. Det finns en stark teoretisk och empirisk grund för uppfattningen att mer av öppenvården bör bedrivas utanför sjukhusen (se tex WHO 2008). Dock saknas såvitt känt empiri som kopplar medicinsk kvalitet och effektivitet till någon särskild nivå på täckningsgraden.

Absoluta / relativa mål

Måltalen, själva intervallet, är förvisso av absolut karaktär. Men trots att målet inte är relativt i förhållande till andra vårdcentralers prestationer är det ändå svårt att hävda att det är något annat än relativt i förhållande till den övriga öppenvårdens prestationer. Specifikt är det beroende av sjukhusens öppenvårdsvolym. Det gör att målet har mycket gemensamt med ett relativt mål, i så måtto att det är svårt för utföraren att veta hur stor bonus/avdrag som kommer att betalas ut, i förhållande till vilken ansträngning som läggs ner. Alla enheter omfattas dock av bonusen/avdraget, vilket i det perspektivet skiljer den från ett relativt mål.

Det är just det faktum att den övriga öppenvårdens prestationer innefattas i resultatberäkningen som gör täckningsgraden svårkategoriserad i detta avseende. Täckningsgraden är således någon form av blandning mellan ett absolut och ett relativt mål.

Process / resultatmål

Täckningsgradsmålet är uppenbart ett resultatmål. Vilka processer och metoder som används för att nå måluppfyllelse har ingen betydelse för storleken på bonus/avdrag.

Täckningsgraden är således något mellanting mellan ett absolut och ett relativt resultatmål på systemnivå. Ersättningen som kopplas till målet kan i sin tur kategoriseras enligt nedan tabell:

Figur 5: Kategorisering av täckningsgradsersättningen

Fast		X	Rörlig
Prospektiv	X	X	Retrospektiv

Fast / rörlig

Täckningsgradsbonus/avdraget är rörlig för såväl uppdragsgivare som uppdragstagare. Rörlig för uppdragsgivaren då det inte i förväg går att veta hur många enheter som kommer att erhålla bonus, eller hur stor denna kommer att vara. Den är rörlig för vårdproducenten då ersättningen stiger med ökad täckningsgrad och är kopplad till antalet besök, det vill säga till aktivitetsgraden. Det är värt att särskilt notera denna koppling till aktivitetsgraden, då detta gör att täckningsgradsersättningen inte bara är en målbaserad ersättning för ökad kvalitet eller mer närsjukvård. Den är också i praktiken ett substitut för den direkta prestationsersättning per besök, med syfte att stödja hög produktivitet, som tillämpats och tillämpas i andra ersättningsmodeller.

Prospektiv / retrospektiv

Hur mycket bonus/avdrag som utgår för hög täckningsgrad är fastställt i ersättningsmodellen på förhand. På så vis är ersättningen prospektiv ur vårdgivarens perspektiv, som vet hur mycket en specifik måluppfyllelse kommer att betala sig. Men betraktar vi, som ovan, täckningsgradsersättningen istället som ett relativt mål, eller som en besöksersättning, blir den istället retrospektiv, eftersom det inte på förhand går att veta hur mycket ett enskilt besök kommer att vara värt. Det värdet beror nämligen på hur många besök som samtidigt utförs på specialistnivå.

För finansiären är ersättningen retrospektiv, eftersom bonusutbetalningens storlek är helt beroende av hur enheterna har presterat under föregående period.

Objekt

Objektet för den målbaserade ersättningen är täckningsgraden, vilken är kopplad till kvalitet och kontinuitet. Men som vi sett är täckningsgradsersättningen inte bara en målbaserad ersättning, utan även en prestationsersättning. Den har således två objekt, prestation och kvalitet.

Sammanfattning

Täckningsgraden är för vårdproducenten både en rörlig och prospektiv målbaserad ersättning och en rörlig och retrospektiv besöksersättning. För finansiären är både den målbaserade ersättningen och besöksersättningen rörlig och retrospektiv. En rörlig och retrospektiv ersättning ur finansiärens perspektiv borgar i teorin för stora problem med kostnadskontrollen om det kombineras med full kostnadstäckning. Särskilt som modellen saknar tak, annat än de 100 % som får anses vara den maximala tänkbara täckningsgraden (Ackrediteringsvillkoren, Region Skåne 2009/2011). Någon full kostnadstäckning handlar det emellertid inte om, varför en sådan risk knappast är reell.

I denna analys är således täckningsgraden inte helt lätt att kategorisera enligt de modeller som finns i litteraturen. Det beror dels på dess dubbla karaktärsdrag som både kvalitetsstyrande och produktivitetsstyrande, dels på dess relativa beroende av aktörer (sjukhusen) som inte omfattas av den aktuella målstyrningen. Denna komplexitet försvårar också en ansats att teoretiskt förutse dess effekter på beteenden. Vi kan dock, utifrån målsättningsteorin, sluta oss till att effekterna i hög grad kommer att bero på hur väl måltalen korrelerar med utgångsläget, i hur stor grad vårdgivarna kan göras ansvariga för måluppfyllelsen samt hur stor ersättning måluppfyllelse är kopplad till. Dessa frågor analyseras därför närmare i nästa kapitel.

4. Förutsättningar för täckningsgradsstyrning i primärvården

4.1 Hälsoval Skåne – styrmodell för primärvården

Hälsoval Skåne för vårdenhet är styrmodellen för de skånska vårdcentralerna, och således den kontext inom vilken täckningsgraden ska analyseras. Hälsovalet är en vårdvalsmodell enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem, vilket innebär att pengarna följer patienten och att vårdgivare som uppfyller vissa krav (ackrediteringsvillkor) har rätt att fritt träda in på marknaden och konkurrera om patienterna. Hälsovalet började gälla 1 maj 2009. Vid denna tidpunkt fanns ännu ca 30 privata vårdcentraler kvar som hade upphandlingsavtal enligt den ”gamla” modellen, kallad generella kravspecifikationen, eller GK:n. I GK:n saknas målbaserad ersättning för ökad täckningsgrad, vilket är intressant när vi i den empiriska undersökningen söker effekten av denna ersättning.

Under framtagandet av den nya modellen utarbetades två gedigna förarbeten från tjänstemännen på Region Skåne (Nordqvist et al 2008-01 samt 2008-08). Det är i dessa förarbeten modellens visionära förtecken kring en ny närsjukvård lyfts fram, och stor förhoppning sätts till täckningsgraden som styrmedel för en förverkligad närsjukvårdsvision.

Styrmodellen i Hälsoval Skåne innehåller tre centrala delar:

- 1) Övergång från en ersättningsmodell som byggde på områdes- och befolkningsansvar med inslag av särskild besöksersättning till en modell som till 97-98 % baseras på ersättning per listad patient (kapitationsersättning) och som kompletteras med målbaserade ersättningar (se 4.1.1).
- 2) Ökad reell valfrihet för medborgarna/patienterna samt ökad konkurrens mellan vårdgivarna samt införandet av fri etableringsrätt för privata vårdenheter (4.1.2).
- 3) Helhetsansvar för patientens totala behov av öppenvård, d.v.s. strävan mot visionen om en fungerande samordnad närsjukvård. Tydligast manifesterat i den särskilda bonusen (avdraget) för hög (låg) täckningsgrad (4.1.3).

4.1.1 Kapitationsersättning

Kapitationsersättningen utgör ca 98 % av ersättningen till vårdgivarna i Hälsoval Skåne. Kapitationsersättningen är en fast och prospektiv ersättning. Det innebär fördelar för finansiären avseende kostnadskontroll, men också risker kring vårdgivarnas beteende. Risken är att den fasta ersättningen per individ ger vårdgivaren incitament att hålla nere kostnaderna (och därmed maximera vinsten) genom att

- a) Minska sin produktion/tillgänglighet/service
- b) Minska sina produktionskostnader genom att välja bort eller underbehandla tyngre patienter
- c) Remittera tyngre patienter till högre vårdnivåer

Inom Hälsoval Skåne motverkas *a)* genom införandet av valfriheten och den fria konkurrensen. Då vårdcentralens intäkter är helt beroende av nöjda patienter kommer en sämre service/tillgänglighet förvisso att leda till minskade kostnader per patient, men sannolikt också färre patienter som anlitar vårdcentralen, vilket istället ger lägre intäkter och lägre vinst. En eventuell produktionsminskning motverkas i sin tur av den prestationsrelaterade dimensionen av täckningsgradsersättningen.

För att motverka b) används en riskjustering av kapitationsersättningen, hädanefter vårdpengen, efter vårdtyngd och sociala faktorer. Denna riskjustering sker som följer:

Vårdtyngden mäts i ACG (Adjusted Clinical Groups), vilket är en modell hämtad från USA som i korthet viktar patientens vårdtyngd efter kön, ålder och journalförda diagnoser, d.v.s. sjuklighet (Bakgrundsmaterial till Nordqvist et al 2008-01). ACG-värdet för en enskild vårdcentral anges som avvikelser för enhetens listade befolkning från genomsnittet i Region Skåne, där genomsnittet ges värdet 1,0 (Ackrediteringsvillkoren, Region Skåne, 2011). Riskjustering för sociala faktorer anges i CNI (Care Need Index), vilket är en svensk metod, med brittisk förebild, som viktar den förväntade risken att utveckla ohälsa utefter särskilda kriterier, såsom låg utbildning och arbetslöshet (SCB, 2010). CNI-värdet för en vårdcentral listade befolkning anges på samma sätt som ACG-värdet i modellen (Ackrediteringsvillkoren, Region Skåne 2011). Därefter ges ACG-värdet en tyngd på 80 % och CNI-värdet 20 %. Beräkningen av utbetalningarna till en enskild vårdcentral görs därefter med följande formel:

$$\text{Vårdpengen} * (0,8 * \text{ACG} + 0,2 * \text{CNI}) * \text{antalet listade} = \text{Månadsutbetalning}$$

Utöver vårdpengen kan särskilda bonusar och avdrag erhållas beroende på hur enheten lever upp till en del uppsatta kvalitetsmått (se ackrediteringsvillkoren), samt täckningsgradsmålet.

Poängen med riskjusteringen är att göra sjuka och socialt belastade patienter mindre (ekonomiskt) oattraktiva ur ett vårdgivarperspektiv. Risken är annars att vårdgivarna ägnar sig åt cream-skimming, d.v.s. väljer bort tyngre och mindre lönsamma patienter. Särskilt privata vårdcentraler, med vinstmaximering som mål, kan antas vilja ägna sig åt detta. Lanne (2012) visar att en tendens till cream-skimming verkar existera i Hälsoval Skåne trots riskjusteringen.

Punkten c), ett ökat remissflöde, motverkas av täckningsgradsersättningen. En remiss till sjukhusbesök är detsamma som att öka antalet besök i täckningsgradskvotens nämnare, vilket innebär en kostnad för vårdcentralen. Studier visar också att endast kapitationsersättning leder till att läkare skickar fler remisser (och alltså gör mindre själva) än om de också ersätts per besök (Anell, 2005, s 44). I Hälsoval Skåne finns ingen direkt besöksersättning, men som tidigare konstaterats fungerar täckningsgradsersättningen som en indirekt sådan.

4.1.2 Valfrihet och konkurrens

Införandet av valfrihetssystem i primärvården innebär att pengarna måste följa patienternas val och vård sökande. Även om ett formellt fritt vård sökande för patienterna har funnits redan tidigare innebär en övergång från områdes- och befolkningsansvar till en vårdpeng som följer patienten (som i sin tur fritt väljer vårdcentral) en ökad reell makt och valfrihet för patienterna. Lagstiftarens syfte med obligatoriskt vårdval inom primärvården sägs också vara "att stärka patienternas valfrihet, stimulera mångfald och flytta makten från landstingen till patienterna." (Nilsson et al, 2010)

Lagen (2008:862) om valfrihetssystem innebär också att landstingen måste tillåta fri etableringsrätt för alla privata vårdgivare som uppfyller ackrediteringsvillkoren. Syftet med det är att stärka konkurrensen genom att förenkla inträdet för nya aktörer.

Resultatet av införandet av vårdval ur detta perspektiv har varit en kraftig ökning (nationellt) av antalet vårdcentraler med hela 23 %, varav en övervägande del har etablerats i storstäderna. Vidare har man sett förbättringar av tillgänglighet, öppettider och patientnöjdhet (Nilsson et al, 2010). I

Skåne fanns år 2011, 27 nya vårdcentraler som inte fanns före hälsovalets införande⁶, varav 15 fanns i Malmö, Lund eller Helsingborg.

Att den friare konkurrensen och etableringsrätten leder till att utbudet växer och framförallt i storstäderna skulle kunna ha viktiga implikationer för denna studie, liksom den ökade tillgängligheten och patienternas tillfredsställelse med vården. Ett ökat primärvårdsutbud i storstäderna bör innebära att fler storstadsbor kan hitta en vårdcentral de har högt förtroende för och som är närbelägen geografiskt. Även övriga förbättringar i service och tillgänglighet bör ha positiva effekter på täckningsgraden, inte minst i storstäderna där det finns flest öppenvårdsbesök att "hämta hem".

4.1.3 Ökat helhetsansvar och täckningsgrad

Vårdcentralerna har i den nya modellen ett kostnadsansvar för all öppenvård som den listade befolkningen konsumerar (Ackrediteringsvillkor 2011). Kostnadsansvaret är direkt för den öppenvård som konsumeras på primärvårdsnivå, i form av kostnadsansvar för egen produktion samt betalningsansvar per faktura när patienten söker på annan vårdcentral. Kostnadsansvaret är indirekt vid övrig öppenvård i form av effekter på täckningsgradsersättningen. Detta totala kostnadsansvar ska bidra till närsjukvårdsvisionens förverkligande.

Att smidigt förflytta kroniska och multisjuka patienter över gränssnitt mellan olika vårdgivare och vårdnivåer upplevs ofta som ett stort problem. Närsjukvårdsvisionen handlar om att lösa detta problem, genom att ge primärvården huvudansvaret för samordningen kring patienterna. Detta uttrycks (bl.a.) som vårdenhetens "helhetsansvar".

Ur ackrediteringsvillkoren (2011) för Hälsoval Skåne:

Vårdenheten ska utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper efter professionell bedömning, tillgodose/ svara för individers behov av medicinsk rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad, förebyggande och rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som täcks av annan huvudmans ansvar.

(...)

Verksamheten ska bedrivas i nära samarbete mellan olika personalkategorier såväl inom som utom vårdenheten för att erbjuda adekvata utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsalternativ.

Vårdgivaren ska samverka med andra vårdgivare och myndigheter och delta i utarbetande av utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsplaner. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Ansvar för patientens helhetsupplevelse av den totala vården slås alltså fast i uppdragsbeskrivningen, liksom att uppdraget/ansvaret omfattar all den vård som inte "kräver

⁶ En sanning med viss modifikation, då flera av de nya vårdcentralerna var tidigare allmänläkarpraktiker med finansiering via den nationella taxan, men som i och med den nya modellen och den fria etableringsrätten kunde/ville träda in i Hälsoval Skåne.

sjukhusens resurser". Vi vet sedan tidigare att Region Skånes egen bedömning är att detta uppdrag kan vara så stort som 80 % av alla öppenvårdsbesök. Samt att täckningsgraden är den del i styr- och ersättningssystemet som är tänkt att stimulera vårdgivarna till ett större helhetsåtagande kring patienterna.

En annan sammanfattande formulering av uppdraget ser ut så här

"Primärvårdens arbetssätt ska präglas av sammanhållna vårdprocesser vilket innebär krav på ett fördjupat och gränsöverskridande samarbete mellan vårdgivare med olika organisatorisk tillhörighet för att undersökning, diagnos, behandling och efterföljande rehabilitering i möjligaste mån kan ske i ett sammanhang. Vårdgivarna erbjuds stora frihetsgrader att kunna utforma vården inom de ramar av krav som Uppdragsgivaren formulerat och utifrån medborgarnas behov."

Här slås det fast att det är professionens egen kreativitet och lyhördhet inför patienternas behov som ska styra utvecklingen, inte ovanifrån kommande detaljstyrning. Utifrån målsättningsteorin talar detta syfte för att det är främst resultatmål som ska användas för att stödja denna utveckling.

4.2 Täckningsgradsmålet i Region Skåne utifrån målsättningsteorin

Enligt målsättningsteorin ska ett framgångsrikt (resultat-)mål uppfylla följande kriterier:

- Tydligt och konkret
- Tydliga tidsgränser
- Utmanande men realistiskt
- Snabb återkoppling
- Förknippat med rätt grad av resurser och självstyre
- God upplutning i organisationen
- Lätt att mäta
- Lätt att härleda till insatser som utförs av de som belönas
- Väl avvägd storlek på bonusen/avdraget

Huruvida vi kan förvänta oss att täckningsgradersättningen inom Hälsoval Skåne är effektiv kan således bedömas utifrån dessa kriterier.

Täckningsgraden, som beräknas med en enkel och lättförståelig formel får anses uppfylla kriteriet tydligt och konkret. Utbetalningar av bonus sker varje tertiäl, och beräknas ackumulerat från årets början (Ackrediteringsvillkor 2011). Detta får anses vara en snabb återkoppling och tydliga tidsgränser. Eftersom kvoten räknas fram med besök som ändå redan måste registreras är det dessutom både billigt och lätt att mäta och beräkna.

För övriga kriterier krävs en något djupare analys.

- *Utmanande men realistiskt*

Huruvida detta kriterium är uppfyllt beror på utgångsläget. Täckningsgraden skiljer sig kraftigt åt mellan enheterna, från en bit under 50 % till ca 70 %. Tolkas målet som att alla ska nå minst 57 %, där gränsen för avdrag är satt, är det målet inte särskilt utmanande för de enheter som initialt ligger

närmre 70 %, medan det knappast heller är realistiskt på kort sikt för de som ligger under 50 %. Dock kan målet lika gärna, eller kanske hellre, tolkas som att alla enheter ska förbättra sin täckningsgrad. Alla enheter som gör det får mycket riktigt en belöning i form av ett minskat avdrag eller högre bonus. I den senare tolkningen är målsättningen sannolikt både utmanande och realistisk för alla enheter.

- Förknippat med rätt grad av resurser och självstyre

Ackrediteringsvillkoren ger vårdenheterna stora friheter att själva utforma sin verksamhet för att nå målen. Det finns därmed en hög grad av självstyre. Resurser kan betraktas både utifrån rent monetära aspekter och utifrån tillgång till, och rådighet över, de verktyg som behövs för att nå målet. Monetärt tillfördes vid modellens införande 225 miljoner på årsbasis (budget Region Skåne 2009) vilket på en bas om 3,7 miljarder (Nordqvist et al 2008-08) därmed motsvarade en volymökning på drygt 6 %. Möjligheten för primärvårdsnivån att ta över en större del av öppenvården, åtminstone på kort sikt, verkar därmed tillfredsställande⁷.

Resurser i form av rådighet över de verktyg som krävs är mer oklart. Det kan argumenteras att vårdcentralen, för att kunna överföra vård till den egna regionen, skulle behöva kommunicera direkt med de patienter som idag söker vård på annat sätt. Vårdenheten har förvisso tillgång till information om vilken typ av vård den listade befolkningen har sökt på andra vårdnivåer. Man har emellertid inte, av sekretessskäl, tillgång till information om vilka patienter som sökt vilken vård (Nordqvist et al 2010-08). Det gör det svårt att kommunicera och marknadsföra sig direkt mot dessa patienter. Vidare saknar man rådighet över de andra vårdaktörer, främst sjukhusen, där patienterna genomför sina besök. Det är därför tveksamt om detta kriterium kan sägas vara uppfyllt.

- God uppslutning i organisationen

I detta måste hela öppenvårdens organisation beaktas, såväl sjukhusnivån som primärvårdsnivån, då bådas beteende påverkar täckningsgraden. Även den politiska nivån bör räknas in, då denna är beställare och finansierare av båda dessa nivåer. Det verkar finnas en förhållandevis stor uppslutning, både från politiken, primärvården och från sjukhusen, kring att många som söker vård på sjukhusens akutmottagningar egentligen i första hand borde vända sig till sin vårdcentral (BDO, 2011). Ur den aspekten finns en närmast total uppslutning kring att flytta över viss akut öppenvård från sjukhusen till primärvården. På akutmottagningarna finns därför en särskild triagefunktion⁸ som arbetar med att hänvisa patienter till rätt vårdnivå⁹.

⁷ I förarbetena slås emellertid fast att betydligt större resurser måste skjutas till (eller överföras) om det långsiktiga målet för täckningsgradsutvecklingen ska kunna nås. Överförs Landstinget Hallands beräkningar till en skånsk kontext behövs i storleksordningen 1,5 miljarder på några års sikt (Nordqvist et al 2008-01).

⁸ Triage är ursprungligen ett franskt begrepp men används idag internationellt och betyder ungefär "sortering av patienter"

⁹ De som inte tycks dela denna ambition är de vårdsökande patienterna som stadigt strömmar till akutmottagningen med åkommor som skulle ha kunnat tas om hand på en vårdcentral. I själva verket ökar trycket på de specialiserade akutmottagningarna år för år (BDO, 2011).

Kring den andra aspekten, att också flytta över mer av den öppna planerade specialistvården till närsjukvården, råder inte samma goda uppslutning (Anell, 2004). Istället verkar många specialistläkare vara tydliga motståndare till att de själva eller deras patienter ska hamna under närsjukvårdens försorg. Inte heller finns det från politiskt håll några särskilda direktiv om hur denna överflyttning ska ske. Istället ökar öppenvårdsvolymer på sjukhusen varje år (vilket påvisas i den empiriska delen). Att öka öppenvården på sjukhus omtalas till och med som en uttalad strategi från sjukhusföreträdarna själva (Sydsvenskan 2011-10-10). Det är tydligt att uppslutningen kring närsjukvårdsvisionen, utanför primärvården, åtminstone i praktiken inte är särskilt god. Intressant är också att det saknas övergripande mål för täckningsgraden. Det gör det oklart om det egentligen finns någon ambition på den övergripande (politiska) nivån att verkligen öka täckningsgraden. Ett mål och en strategi på systemnivå hade kunnat innebära att styrningen för ökad täckningsgrad också kunnat omfatta den övriga öppenvården. Utan en sådan, och utan att den övriga öppenvården engageras i närsjukvårdsvisionen kan inte kriteriet anses vara uppfyllt.

- Lätt att härleda till de insatser som utförs av de enskilda enheterna

Det är uppenbart att den absoluta nivån på täckningsgraden inte enbart är ett resultat av insatserna på en enskild vårdcentral. De enheter som ligger i storstäderna har i det avseendet ett mycket svårare uppdrag då konkurrensen från den övriga öppenvården är tuffare. Vårdcentralerna i storstäderna "bestraffas" således för omständigheter de inte kan påverka. Detta argument blir emellertid svagare om vi också väljer att se täckningsgradsbonusen som ett glesbygdstillägg, en ersättning för att en vårdcentral i glesbygd tar ett större ansvar för sin listade befolknings vårdbehov än en vårdcentral i storstaden. För att glesbygdargumentet ska vara fullt ut giltigt krävs i så fall också att detta föranleder ökade kostnader för vårdcentralen i glesbygd, och att den större andelen inte enbart beror på att människor i glesbygd söker mindre vård generellt. Jag har därför, i den empiriska undersökningen, kontrollerat för hur just antalet besök per patient varierar mellan stad och glesbygd. Slutsatsen är att detta samband, om det alls existerar, är för svagt för att utifrån ansvaret för patienternas öppenvård motivera den högre ersättningen till vårdcentraler i glesbygd¹⁰.

Tillsammans pekar det mot att täckningsgradsmåttet kan upplevas som orättfärdigt ur ett storstadsperspektiv. Det förstärks även av att det är enheter i städerna som mest skulle behöva den fullständiga informationen om hur deras listade befolknings övriga öppenvårdskonsumtion egentligen ser ut för att kunna genomföra förändringar och anpassa sig till efterfrågan. (Nordlund, Settergren 2010)

Men det är inte bara täckningsgradens absoluta nivå som ska härledas till enheternas insatser, det gäller även förändringar i täckningsgraden över tid. Här återkommer vi till problemet med att hela organisationen inte verkar styra åt samma håll. Samtidigt som närsjukvårdsvisionen ska uppfyllas av primärvården ökar öppenvårdsbesöken på sjukhusen, vilket innebär att det krävs ökade ansträngningar på vårdcentralerna endast för att bibehålla samma nivå på täckningsgraden. Öppenvårdsexpansionen på sjukhusen är en faktor som vårdcentralerna, på grund av patienternas fria vårdsökande och sjukhusvårdens egen agenda, inte kan styra över. Det verkar uppenbart att det finns stora brister i hur styrsystemen för sjukhus respektive primärvård korrelerar.

¹⁰ Ett glesbygdstillägg skulle dock även kunna motiveras utifrån andra svårigheter som hör glesbygden till, så som rekryteringssvårigheter och små patientunderlag.

Således går varken det absoluta värdet eller förändringar i täckningsgraden att härleda, på ett tillfredsställande sätt, till vårdcentralernas egna ansträngningar.

- Väl avvägd storlek på bonusen/avdraget

Storleken på bonusen/avdraget uppgår till hälften av värdet av skillnaden mellan uppnådd nivå och den av uppdragsgivaren fastställda nivån (Nordqvist et al 2008-08). Ersättningen är således förhållandevis låg, vilket innebär att vi inte ska förvänta oss att få se en avsevärd förbättring av täckningsgraden. Å andra sidan, om det konstateras att vårdcentralerna inte själva fullt ut styr utvecklingen av täckningsgraden, skulle en högre nivå på bonus och avdrag riskera att ytterligare öka bördan på vissa vårdcentraler i storstäderna. De positiva effekter på motivation och investeringsvilja som följer av en ökad ersättning, motsvaras på myntets andra sida av högre risker för de som inte når målen.

4.3 Sammanfattande teoretisk bedömning

Min slutsats av den teoretiska analysen är att täckningsgradsstyrningen och den målbaserade ersättningen kopplad till ökad täckningsgrad i Region Skåne, inte kommer att vara tillräcklig för att kunna uppfylla de syften som finns med reformen. De huvudsakliga skälen är en förhållandevis låg monetär utdelning på förbättringar i täckningsgrad, samt de höga osäkerheter som är förknippat med verksamhetsinvesteringar för förbättrad täckningsgrad. Osäkerheten består främst i att vårdcentralerna saknar inflytande över styrningen av sjukhusvården, vilken också strävar efter att öka sin relativa andel öppenvård.

5. Empirisk analys

5.1 Data

Datamaterialet för den empiriska undersökningen har erhållits från Enheten för närsjukvård i Region Skåne, i form av filer med den kompletta öppenvårdsbesöksstatistiken. Denna har sedan kategoriserats (se bilaga 1) utifrån vilken vårdenhet patienten varit listad på, hos vilken vårdgivare besöket skett, samt om besöket skett hos en läkare eller övrig vårdpersonal¹¹. Utöver vårdcentraler och sjukhus kan besök ske på fristående kliniker med ersättning enligt den nationella taxan. Fristående allmänläkare och sjukgymnaster räknas in i primärvårdsnivån och övriga specialister i övrig öppenvård. Enheterna har också delats in i privata respektive offentliga, och de privata har också delats in i de som gått in i Hälsoval Skåne från start, och de som haft löptid kvar på sina tidigare vårdavtal (GK-enheter¹²). Övriga uppgifter i materialet har hämtats från Region Skånes hemsida (www.skane.se/halsovalskane/statistik) där uppgifter kan laddas hem angående antalet listade patienter per månad, täckningsgrad per period samt CNI respektive ACG-värden per månad. Varje enhets avstånd (i kilometer) till närmaste sjukhus har uppmätts med hjälp av vägbeskrivningsfunktionen på www.hitta.se. Folkmängden i respektive kommun har hämtats från www.scb.se.

Alla öppenvårdsbesök räknas inte in i täckningsgraden (se närmare beskrivning i bilaga 2). Sådana öppenvårdsbesök har strukits ur datamaterialet. Observationerna är gjorda årsvis. Då det är tänkbart att det uppstår skevheter i samband med uppstart eller nedläggning av en verksamhet har enheter som varit verksamma fyra månader eller mindre under ett specifikt år också tagits bort. (Vid jämförelser mellan åren på systemnivå finns dock alla besök med.)

Registreringsproblem i Region Skånes databas har gjort att det saknats uppgift om listad enhet för flera av besöken gjorda av patienter på enheter som bytte avtalsform 2011 (det vill säga lämnade ett gammalt GK-avtal och gick in i Hälsoval Skåne). Detta har bara gått att åtgärda till viss del och för fem av enheterna återstod stora uppenbara fel i datamaterialet. (Det handlar om 2011 års observationer för Capio citykliniken Olympia (Hbg), Privatläkarna Hälsoval (Hbg), Familjehälsan i Åstorp samt Kungshälsan och Läkargruppen Munka-Ljungby i Ängelholm). Felet består alltså i att det finns besök i datamaterialet som inte går att härleda till rätt vårdcentral och att det därför blir för få registrerade besök på vissa vårdcentraler. Jag har valt att åtgärda problemet med hjälp av att imputera värden genom att använda den täckningsgrad som finns redovisat på Region Skånes hemsida för respektive enhet, och med denna som riktpunkt fyllt i ej härledda besök på respektive enhet. Imputeringen är också gjord med utgångspunkt från tidigare års besök på dessa enheter. Jag tror mig därmed kommit ganska nära sanningen och bedömningen är att de fel som uppstår som konsekvens av detta är så pass marginella att resultat och slutsatser inte påverkas. För säkerhets skull har jag också gjort jämförelser utan dessa observationer, och utan imputering, vilket inte visade några betydande skillnader.

¹¹ Övriga kategorier omfattar tex sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog etc

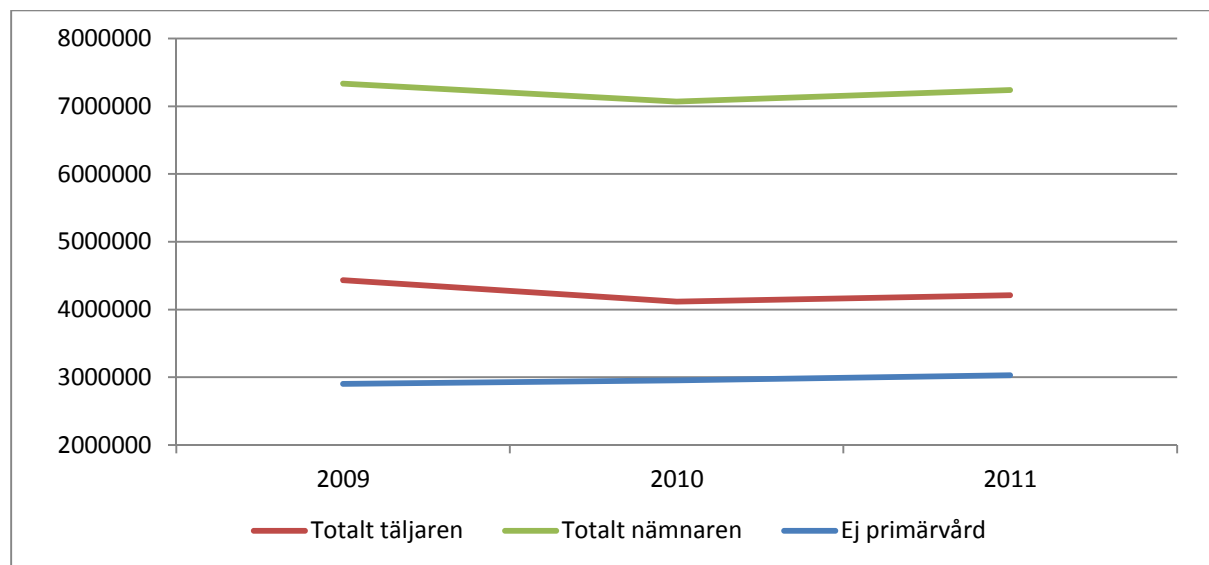
¹² GK = Generella Kravspecifikationen, vars ersättningsprincip bygger på ca 60 % fast ersättning för områdes-/befolkningsansvar, 20 % kapitationsersättning och 20 % rörlig besöksersättning

5.2 Deskriptiv analys

I den deskriptiva delen påvisas några övergripande trender med hjälp av tabeller och diagram. I november-december 2009 genomfördes en stor massvaccinationskampanj mot svininfluensa i hela landet. Dessa vaccinationsbesök räknas in i täckningsgraden och finns således även med här. Det innebär att framförallt primärvårdens besökssiffror blåses upp 2009.

Första diagrammet visar utvecklingen i täckningsgradens täljare (primärvårdsbesök) respektive nämnare (primärvårdsbesök + övrig öppenvård) totalt i Region Skåne under perioden.

Diagram 1 – Utvecklingen i täckningsgradskvotens täljare och nämnare

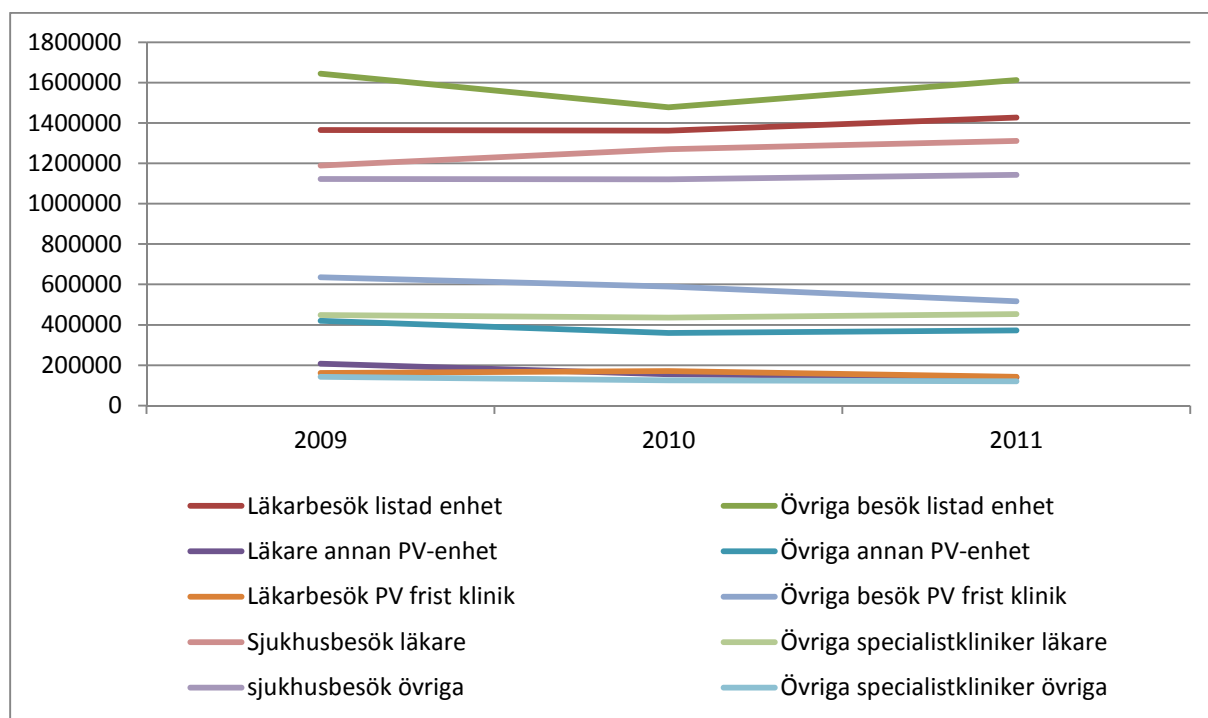


Besöken på primärvårdsnivå minskar under perioden, men ökar mellan 2010 och 2011 (när siffrorna inte är färgade av massvaccinationen). För den övriga öppenvården (ej primärvård) syns en stadig ökning över tid, även om förändringarna generellt sett är relativt små.

I det andra diagrammet bryts ovanstående ner på yrkesgrupp och enhet, vilket i detta fall innebär besök hos läkare å ena sidan och besök hos övriga yrkeskategorier å den andra, samt huruvida besöken skett på den enhet där patienten är listad, på annan hälsoenhet ("annan PV-enhet"¹³), på sjukhus eller på fristående kliniker.

¹³ PV=primärvård

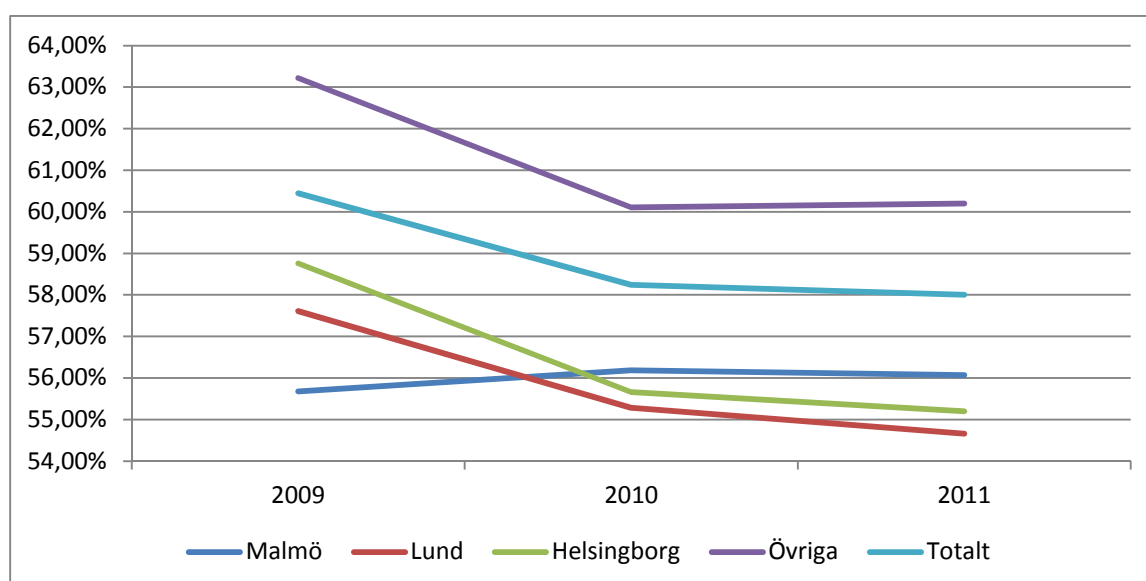
Diagram 2 – Underliggande trender avseende yrkesgrupp



Enheterna producerar allt fler besök till sin listade befolkning. Såväl övriga besök som läkarbesök på egen enhet ökar relativt kraftigt 2010-2011. Denna ökning är emellertid i huvudsak överflyttningar av vård inom primärvårdsnivån, det vill säga befolkningen söker i allt högre grad vård på den enhet där de är listade, istället för på andra vårdcentraler eller fristående kliniker. Samtidigt bekräftar bilden att sjukhusvården expanderar, framförallt avseende läkarbesök.

I sista bilden undersöks specifikt täckningsgradens utveckling i städerna jämfört med övriga Skåne.

Diagram 3 – Täckningsgradens utveckling i städerna



Bilden visar det intressanta förhållande att Malmö, den största staden, har gått förbi Lund och Helsingborg i täckningsgrad och allra lägst täckningsgrad återfinns nu i Lund. Detta sker under 2010, då Malmö, i motsats övriga Skåne faktiskt ökar sin täckningsgrad trots att 2009 års siffror färgas av massvaccinationen. 2011 sjunker samtliga storstäders täckningsgrad, medan gruppen "övriga" ökar sin marginellt. Att även Malmös täckningsgrad följer trenden för övriga storstäder och sjunker 2011 kan antyda att den positiva utvecklingen under 2010 handlar om en engångseffekt kopplad till den stora expansion av nya vårdcentraler som skedde i Malmö 2009-2010¹⁴.

Diagram 3 visar också att täckningsgraden totalt sett i Region Skåne har sjunkit sedan den målbaserade ersättningen för ökad täckningsgrad infördes. Mellan 2010-2011 beror detta helt på den negativa utvecklingen i storstäderna. Som vi sett i diagram 1 och 2 beror denna i sin tur främst på en expansion av öppenvården på sjukhus.

I appendix, Tabell 1, redovisas besökstrender i tabellform. Där syns ännu tydligare hur utvecklingen i Malmö mellan 2009-2010 skiljer sig från utvecklingen i övriga Skåne. Den listade befolkningen i Malmö minskar sin konsumtion av övrig öppenvård mellan dessa år, samtidigt som besök hos övriga yrkeskategorier på listad enhet ökar. Vilket i bägge fallen skiljer sig kraftigt från utvecklingen i övriga Region Skåne. Mellan 2010 och 2011 liknar åter utvecklingen i Malmö mer den i övriga regionen.

5.3 Ekonometrisk analys

I den ekonometriska analysen undersöks vilka variabler som påverkar täckningsgraden och dess utveckling. Jag tittar också på hur väl täckningsgradsersättningens syfte kan sägas vara uppfyllt. Den målbaserade ersättningens syfte har sagts vara tvåfaldigt, det vill säga a) ett substitut för ett mer konventionellt glesbygdstillägg och b) att mer öppenvård ska bedrivas på primärvårdsnivå.

Den ekonometriska analysen görs, med linjär regression, i tre steg. I det första steget kontrolleras hur väl täckningsgradsersättningen kan motiveras som ett glesbygdstillägg. I den andra delen undersöks vilka faktorer på enhetsnivå som påverkar värdet av täckningsgraden. I den tredje delen undersöks hur förändringar i täckningsgrad under perioden korrelerar med olika variabler. Respektive analys presenteras för sig i det följande:

5.3.1 Täckningsgradsersättning som glesbygdstillägg

Täckningsgradsersättningen har delvis motiverats utifrån att enheterna i glesbygd tar ett större helhetsansvar för sina patienter än enheter i storstad. Huruvida detta möjligen är sant rent kliniskt ligger bortom den här uppsatsens frågeställning, som istället fokuserar på den ekonomiska dimensionen. Det vill säga, huruvida det är sant att en enhet i glesbygd har högre kostnader per patient. Kostnaden per patient antas hänga samman med antalet besök per listad patient som enheten har direkt kostnadsansvar för¹⁵. Enheten har direkt kostnadsansvar för den listade befolkningens besök på den egna enheten, men också för dess övriga besök på primärvårdsnivå. Om

¹⁴ 10 nya vårdcentraler tillkom 2009 och 2010. En alternativ förklaringsmodell till utvecklingen i Malmö 2010 vore någon form av fel i datat. Till exempel att besök utförda i Malmö 2009 registrerats först 2010. Det skulle ändå inte förändra det faktum att Malmö under perioden gått förbi Lund och Helsingborg och inte längre är den stad som har lägst täckningsgrad.

¹⁵ Enheterna har även kostnadsansvar för medicinsk service och basläkemedel. Dessa kostnader saknas (här) uppgifter om. Det är emellertid inte orimligt att tänka sig att även dessa kostnader korrelerar positivt med antalet besök.

det finns en koppling mellan fler besök per patient (högre kostnader) och glesbygd så finns också skäl att ha någon form av glesbygdstillägg. Då kan också täckningsgradsersättningen motiveras på detta sätt.

Den beroende variabeln är här det genomsnittliga antalet besök per månad, som en listad patient på enheten gör på primärvårdsnivå. Den räknas fram för respektive enhet med hjälp av den listade befolkningens totala antal primärvårdsbesök under året, genomsnittligt antal listade patienter per månad samt det antal månader enheten varit i drift under året (vanligen 12), enligt nedanstående kvot:

$$\frac{\text{Totalt antal besök på primärvårdsnivå för listad befolkning under året}}{\text{Genomsnittligt antal listade per månad} * \text{antal månader i drift}}$$

”Glesbygdsparemetern” utgörs här av två variabler. Dels avståndet mellan enheten och närmaste sjukhus och dels antal bosatta i kommunen där enheten är belägen. Ju längre från sjukhus, och desto färre invånare i kommunen, desto mer ”glesbygd” antas det vara. Andra variabler som kan antas påverka antal besök per patient på primärvårdsnivå är patienternas sjuklighet (ACG), deras socialt relaterade risk för ohälsa (CNI) och vårdcentralens driftsform (dummyvariabel där privat drift = 1 och offentlig drift = 0) samt storlek¹⁶.

Beroende variabel: ANTAL BESÖK PÅ PRIMÄRVÅRDSNIVÅ PER LISTAD PATIENT PER MÅNAD
(DIREKT KOSTNADSANSVAR)

Observationer: 437 $\overline{R^2} = 35,48 \%$

Förklarande variabel Koefficient

Avstånd till sjukhus	0,000406		
1000-tal kommuninvånare	0,000115***		
ACG	0,227355***		
CNI	-0,008293		
Privat/offentlig	0,023641		
Antal listade	-6,92E-07		
2010	-0,037381***		
2011	-0,033373***		
Intercept	0,078267	F-stat	30,97126
		p(F-stat)	0,000

***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1

Värdena visar förändringen av antal besök per listad patient och månad vid en ökning av respektive parameter (allt annat lika) med ett (1). För att bättre åskådliggöra resultaten tänker vi oss en vårdcentral (nedan VC) med 5000 listade som gör ca 20 000 besök om året. (Detta är en god approximation av en VC i glesbygd).

¹⁶ Uttryckt som medelvärdet av antal listade per månad under året.

Avstånd till sjukhus: Med 5000 listade innebär värdet att ett ökat avstånd på tre mil mellan VC och sjukhus leder till 731 fler besök om året för vårdcentralen. Jämfört med de ca 20 000 besök enheten hade från början innebär det en ökning med ca 3,7 % av besöken. Resultatet är emellertid inte signifikant på 10 %-nivån. Dock är marginalen väldigt liten ($p=0,1011 \approx 0,10$), varför jag här väljer att för säkerhets skull (och för resonemangets skull) betrakta resultatet som positivt och signifikant skiljt från noll.

Tusental kommuninvånare: Om vårdcentralen "flyttar" till en kommun med 100 000 fler invånare innebär värdet vid denna parameter att besöken ökar med 690 stycken om året. En ökning med 3,5 %.

ACG: En variation på 1,0 i ACG är sällsynt, men redan en skillnad på 0,3 i ACG ger på motsvarande sätt 4092 fler besök om året. Alltså ca 20,5 % av besöken. ACG, det vill säga patienternas sjuklighet, är den parameter som har starkast både ekonomiskt och statistiskt samband med storleken på kostnadsansvaret.

En privat VC har på samma sätt 1418 fler besök om året än en offentlig. Vilket innebär att privata VC har 7,1 % fler besök. Patienter som listar sig på privata vårdcentraler verkar alltså ha en betydligt högre vårdkonsumtion än andra.

De båda glesbygdsparametrarna går åt olika håll. Å ena sidan ökar antalet besök per patient när avståndet till sjukhus ökar¹⁷, å andra sidan sjunker antalet besök när invånarna i kommunen blir färre. I princip tar de båda effekterna ut varandra. Det antyder, totalt sett, att vårdcentraler belägna i en mindre orter (där det övriga vårdutbudet är mindre), inte har högre täckningsgrad för att de utför fler besök per listad patient. Istället verkar det bero på att varje listad patient totalt sett gör färre vårdbesök och framför allt färre besök på specialistnivån.

Slutsatsen är att det inte är klart att en vårdcentral i glesbygd verkligen har större kostnader för sina patienter än vårdcentraler i storstad. Om en ekonomisk ersättning via täckningsgraden är tänkt att kompensera för en högre kostnad per patient i glesbygd visar mina resultat att denna kompensation kan vara missriktad. Mina resultat visar att den högre *andelen* av patienternas kostnader (högre täckningsgrad) inte korrelerar med en högre kostnad i *absoluta* termer, vilket verkar bero på att patienter i storstäderna har en högre total kostnad för vården.

5.3.2 Täckningsgradens absoluta värde

I denna analys undersöks vilka faktorer som systematiskt påverkar täckningsgradens värde på vårdcentralerna. Ett längre avstånd till närmaste sjukhus förväntas korrelera med en högre täckningsgrad och en placering i en storstad¹⁸ med en lägre. Effekten av ett ökande avstånd till sjukhus kan misstänkas vara avtagande, vilket kontrolleras med en kvadrerad avståndsterm. Storstadseffekten kontrolleras med två storstadsdummies, en för Malmö och en för

¹⁷ Återigen endast signifikant på en signifikansnivå $> 10,11$ %. Av försiktighets skull godtas här denna nivå. Sätts gränsen mer strikt saknas helt stöd i datamaterialet för hypotesen att vårdcentraler i glesbygd har större kostnader för sina patienter än andra vårdcentraler. Snarare tvärtom.

¹⁸ Som storstäder räknar jag Malmö, Lund och Helsingborg, där emellertid Malmö är ca tre ggr större än de övriga två.

Lund/Helsingborg. Även utanför dessa städer är det plausibelt att kommunstorleken påverkar utfallet, varför en variabel med kommunens invånarantal inkluderas. En rad andra faktorer kan tänkas påverka vårdkonsumtionsmönster, och således täckningsgraden. Dessa är viktiga att kontrollera för, dels för att undvika problem med felaktigt utelämnade variabler, dels för att det i sig är av intresse att klargöra vilka faktorer som påverkar täckningsgradens värde. Jag kontrollerar här för ACG, CNI, vårdcentralens storlek, samt vårdcentralens driftsform och avtalsform. Utvecklingen över tid fångas upp i de båda dummyvariablerna för årtal. Den beroende variabeln är själva täckningsgraden, beräknad enligt formeln från kap 3.

Beroende variabel: TÄCKNINGSGRAD			
Observationer: 437	$\overline{R^2} = 48,00 \%$		
Förklarande variabel	Koefficient		
Avstånd till sjukhus	0,005205***		
(Avstånd till sjukhus)^2	-9,76E-05***		
ACG	0,028930		
CNI	-0,021535***		
Privat/offentlig	0,002617		
GK-enhet	0,008519		
Malmö	-0,048656**		
Lund/Helsingborg	-0,033706***		
Antal listade	-1,37E-06***		
1000-tal kommuninvånare	0,000162**		
2010	-0,027349***		
2011	-0,027090***		
Intercept	0,583569	F-stat	34,55074
		p(F-stat)	0,000

***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1

Avstånd till sjukhus har positiv effekt på täckningsgraden. Genom att effekten av kvadraten på avståndet till sjukhus är negativ så indikerar detta att avståendet inte ökar täckningsgraden linjärt utan den positiva effekten kommer att avta vid långa avstånd.

Geografisk placering i någon av de tre storstäderna har ett starkt negativt samband med värdet på täckningsgraden. Resultaten visar ett genomsnittligt sämre utfall på mellan 3 och 5 procentenheter för vårdcentraler i storstäderna. Möjligen något överraskande finns det i övrigt ett svagt positivt, men signifikant, samband mellan invånarantal i kommunen och vårdcentralens täckningsgrad. En ökning med 10 000 invånare ger dock endast en promille i effekt på täckningsgraden, vilket inte är ekonomiskt signifikant.

Driftsform, avtalsform och ACG är inte statistiskt signifikanta. Noterbart är att de två faktorer som hade starka positiva samband med antalet besök på primärvårdsnivå (ACG och driftsform), inte på samma sätt korrelerar med täckningsgraden, vilket återigen understryker svårigheterna för vårdcentralerna att kontrollera patienternas öppenvård utanför vårdcentralen. Patienter som

konsumerar mycket vård på primärvårdsnivå verkar även konsumera mycket vård på specialistnivå. Likväl noterbart är att de vårdcentraler som saknar incitament för högre täckningsgrad i sina avtal (GK-enheterna), inte verkar ha lägre värden på täckningsgraden.

Det vore fullt tänkbart att stora vårdcentraler skulle kunna använda sig av stordriftsfördelar för att kunna rymma fler specialiteter och på det sättet öka sin täckningsgrad. Några bevis för något sådant finns emellertid inte i datamaterialet. Istället ser vi ett svagt negativt samband för vårdcentralens storlek. Dock ej ekonomiskt signifikant.

Värdena på respektive årtalsdummy bekräftar den utveckling över tid som konstaterades i den deskriptiva analysen¹⁹.

5.3.3 Täckningsgradens förändring över tid

I den empiriska analysens sista del undersöks hur förändringen i täckningsgrad under perioden varierar mellan olika vårdcentraler. Jämförelsen görs mellan täckningsgradens värde 2011 och dito 2009. Den beroende variabeln är differensen mellan dessa. Således finns endast de enheter med som bedrivit verksamhet under samtliga dessa tre år. Det ger färre observationer än tidigare, totalt sett finns 142 sådana vårdcentraler i datamaterialet. I likhet med föregående analys kretsar det huvudsakliga intresset kring på vilket sätt vårdcentralens geografiska läge påverkar utfallet. Det är dock inte den enda parametern som kan tänkas påverka utfallet, varför vi, enligt tidigare resonemang, inkluderar samma parametrar som tidigare även i denna analys. Då den initiala täckningsgraden rimligen påverkar vilket förbättringsutrymme som finns förs även en sådan variabel in.

Beroende variabel:	TÄCKNINGSGRAD DIFFERENS 2011-2009		
Observationer: 140	$\overline{R^2} = 50,39 \%$		
Förklarande variabel	Koefficient		
<hr/>			
Täckningsgrad 2009	-0,561191***		
Avstånd till sjukhus	0,002617***		
(Avstånd till sjukhus)^2	-4,16E-05*		
ACG	0,034637*		
CNI	-0,004451		
Privat/offentlig	0,003130		
GK-enhet	-0,008194		
1000-tal kommuninvånare	2,43E-05		
Malmö	0,008447		
Lund/Helsingborg	-0,017492*		
Antal listade	-2,04E-07		
Intercept	0,269515	F-stat	13,83549
		p(F-stat)	0,000
<hr/>			

***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1

¹⁹ Värdena ska tolkas med år 2009 som bas, d.v.s. en genomsnittlig vårdcentral har 2010 en drygt 2,7 % lägre täckningsgrad än 2009.

Variabeln med starkast statistiskt och ekonomiskt samband med utvecklingen i täckningsgrad är den ursprungliga täckningsgraden. Värdet indikerar att 1 % högre initial täckningsgrad korrelerar med en 0,56 % sämre utveckling under perioden. Vi ser också att skillnaden i täckningsgrad är mer positiv ju längre bort från ett sjukhus en vårdcentral är belägen. Detta innebär således att det är enheter med långt avstånd till sjukhus som (allt annat lika) haft bäst utveckling av täckningsgraden. Effekten är dock förhållandevis liten. Ett ökat avstånd på tio mil ger i genomsnitt en förbättrad täckningsgradsutveckling med 0,26 %. Accepteras resultat på 10 %-nivån innebär det negativa värdet på den kvadrerade avståndstermen att effekten är avtagande. På 10 %-nivån är även det positiva ACG-värdet och det negativa värdet för dummyvariabeln Lund/Helsingborg signifikanta.

Resultaten påvisar att modellen inte lyckats vara mest framgångsrik där problemen är som störst, d.v.s. i storstäderna. Vi ser att det snarare finns en tendens att modellen gynnar vårdcentraler utanför storstäderna, även om skillnaderna är små. Vad vi borde se, om modellen hade varit effektiv i storstäderna, är snarare ett starkt negativt samband för avståndstermen. Istället ser vi alltså ett svagt positivt. Det närmaste vi kommer en kontrollgrupp i denna undersökning är GK-enheterna, som ju saknar incitament för täckningsgrad. Det går inte att konstatera några signifikanta skillnader mellan kontrollgrupp och experimentgrupp i denna del. I övrigt är det noterbart att utöver vårdcentralens initiala fallhöjd/förbättringsutrymme så ser vi små eller inga signifikanta samband mellan täckningsgradens utveckling och de parametrar vi har antagit främst påverkar vårdkonsumtionsmönstren.

6. Sammanfattning av resultaten, diskussion och slutsatser

6.1 Sammanfattning av resultaten

Den teoretiska analysen visade att det saknas teoretisk grund att förvänta sig några större effekter av styrningen mot ökad täckningsgrad inom Hälsoval Skåne. Två huvudsakliga skäl angavs för detta. Dels är den monetära utdelningen relativt låg, vilket enligt målsättningsteori innebär låga incitament att göra verksamhetsinvesteringar för en ökad täckningsgrad. Dessutom råder stora osäkerheter kring huruvida en satsning på primärvårdsnivån verkligen leder till en högre täckningsgrad, då den övriga öppenvården också expanderar. Det innebär att det såväl på enhets- som på systemnivå finns skäl att betvivla täckningsgradsersättningens effektivitet som verktyg att öka primärvårdens andel av öppenvården. Särskilt stora problem förutspås i storstäderna vars befolkning traditionellt är överrepresenterad i konsumtionen av sjukhusvård.

Den deskriptiva och den ekonometriska analysen bekräftar misstankarna från den teoretiska analysen och visar på små eller inga effekter generellt av styrningen mot ökad täckningsgrad. Särskilt noterbart är att de effekter vi ser snarare är negativa än positiva. Vi ser också att modellen verkar få allra sämst resultat där problemen är som störst, det vill säga i storstäderna. Den största staden, Malmö, avviker emellertid från mönstret.

6.2 Diskussion och slutsatser

Det är svårt att särskilja effekterna från täckningsgradsstyrningen som sådan från den totala effekten av den förändrade styrningen av primärvården. I princip skulle de enheter som går på de gamla vårdavtalen kunna betraktas som en kontrollgrupp. Dessa enheters avtal är dock tidsbegränsade och när avtalen går ut tvingas de gå in i hälsovalssystemet eller lägga ner verksamheten. Det är därför tänkbart att dessa redan tidigt förbereder verksamheten för den nya styrmodellen och de kommer i så fall att bete sig på ett likartat sätt som hälsovalsenheterna. Skulle vi ändå välja att betrakta GK-enheterna som kontrollgrupp visar den ekonometriska analysen inte på några robusta resultat alls som tyder på att täckningsgradsstyrningen är effektiv. Det vore dock sannolikt förhastat att dra några slutsatser av detta.

Den totala effekten på täckningsgraden efter införandet av den nya styrmodellen är svagt negativ. I den deskriptiva analysen såg vi dock att huvudskälet till detta inte är en minskad produktion på vårdcentralerna, utan främst en ökad produktion på sjukhusen. Mellan 2009 och 2011 ökar den totala öppenvården på sjukhus i Region Skåne med 7,2 %. Det verkar dessutom vara klart att personer som är listade på vårdcentraler i storstäder är överrepresenterade i denna expansion. Detta innebär således att täckningsgradsersättningens konstruktion leder till att många vårdcentraler i storstäderna får en minskad ersättning trots att de ökar sin produktion.

Det bör dock framhållas att täckningsgradsersättningen sannolikt är en viktig bidragande orsak till att vårdcentralernas produktion faktiskt ökar²⁰ trots en övergång till en modell med nästan uteslutande kapitationsersättning. Täckningsgradsersättningen verkar härvidlag fungera bra som substitut för en mer konventionell besöksersättning. Det kan därför göras troligt att täckningsgradens utveckling hade varit ännu sämre utan täckningsgradsersättningen. Det är däremot osäkert om inte samma

²⁰ En utveckling som hade varit ännu mer uppenbar om siffrorna rensades för effekterna av massvaccinationen 2009.

effekt i detta avseende hade kunnat uppnås med en reguljär ersättning per besök, som inte i samma utsträckning missgynnar vårdcentralerna i storstäderna.

En anseelig del av de besök som tillkommit på enheterna är primärvårdsbesök som tidigare utfördes på andra enheter på primärvårdsnivån. Att en högre andel av primärvårdsbesöken utförs inom ramen för ett helhetsansvar på den enhet där patienten är listad är rimligen också en del av närsjukvårdsvisionens förverkligande, och den tycks fungera bra. Det kan tolkas som en effekt av det direkta betalningsansvar som enheten har för all vård på primärvårdsnivå (Ackrediteringsvillkoren 2011).

Det tycks sammantaget således inte vara så att de uteblivna effekterna på den totala täckningsgraden kan härledas till en ovilja på vårdcentralerna att utöka sin servicenivå eller oförmåga att utöka sin produktion. Istället verkar det entydigt vara så att det stora hindret för närsjukvårdsvisionens förverkligande är styrningen och utvecklingen av den öppna specialistvården. Trots att både primärvården och sjukhusen styrs av samma uppdragsgivare, finns bara närsjukvårdsvisionen uttalad för styrningen av primärvården. I ersättningsmodellen för Region Skånes sjukhus finns inga incitament för överflyttning av öppenvård till närsjukvården, undantaget möjligen en liten triageersättning till akutmottagningarna när patienter hänvisas till rätt vårdnivå (BDO, 2011). För att sjukhusen ska få denna ersättning måste emellertid patienterna först komma till sjukhuset, vilket egentligen är det man vill undvika.

Det tycks som nödvändigt för att närsjukvårdsvisionen ska kunna förverkligas, och täckningsgradsersättningen ska kunna vara ett effektivt styrmedel, att hela den totala öppenvården styrs efter samma vision. Det ter sig som en paradox i sig att samma uppdragsgivare kan styra primärvården enligt principen om en överflyttning av öppenvård från sjukhus till vårdcentralerna, och samtidigt styra sjukhusvården enligt principen om att öppenvården där ska öka. Om inte närsjukvårdsvisionen är styrande för den totala öppenvården bör det möjligen övervägas andra sätt att styra primärvården.

6.2.1 Egna förslag och avslutande kommentarer

Det finns genomgående starka argument i litteraturen för att en ökad andel öppenvård i primärvården skulle främja effektivitet, kvalitet och jämlikhet i det totala hälso- och sjukvårdssystemet. Därför bör Region Skåne snarare sträva efter ett starkare genomslag för närsjukvårdsvisionen, än för att avskaffa densamma. En högre täckningsgrad borde vara ett viktigt mål för uppdragsgivaren alldeles oavsett vilken ersättningsmodell som används.

Två saker tycks således centrala för att den målbaserade ersättningen för täckningsgradsnivån ska få större genomslag. Dels måste den betala sig bättre/innebära mindre risker i städerna, och dels måste hela öppenvården styras efter samma principer. Det skulle kunna uppnås med ett eller flera av nedanstående förslag.

- Inför övergripande mål och uppföljning för täckningsgradens utveckling på systemnivå. Ett mål som bara riktar sig mot de enskilda enheterna räcker inte, då dessa inte själva kan påverka alla aspekter av täckningsgradskvoten. Även uppdragsgivaren måste förmås att aktivera sig för en ökad täckningsgrad generellt. Det går också att tänka sig statliga stimulanspengar till landstingen för detta ändamål.

- Inför ekonomiska incitament i styrningen av specialistvården för överflyttning av öppenvårdsbesök till primärvården. Det bör inte vara en merkostnad för sjukhusen att bidra till närsjukvårdsvisionens förverkligande.
- Utveckla täckningsgradsbonusen/avdraget så att det ökar utväxlingen utan att öka riskerna i städerna. Det går till exempel att tänka sig olika mål för täckningsgraden beroende på om vårdcentralen är belägen i en stad eller i glesbygd. Det går också att tänka sig en tvådelad målbaserad ersättning för täckningsgrad. En del som i enlighet med dagens modell ger tillägg/avdrag för den absoluta nivån på täckningsgraden, och en del som ger en ytterligare bonus till de enheter som lyckats förbättra sin täckningsgrad från föregående år. Den sistnämnda modellen har den fördelen att den ger en högre förväntad utväxling på investeringar på enheter med låg initial täckningsgrad och samtidigt minskar riskerna som är förknippade med dessa investeringar.

Avslutningsvis bör det poängteras att användandet av målbaserad ersättning för en högre täckningsgrad i primärvården är en förhållandevis ny och ännu ganska utforskad innovation. Fler erfarenheter och längre tidsperspektiv krävs för att kunna dra mer robusta slutsatser om effekterna av styrmodellen. Det vore exempelvis intressant att i framtida makrostudier jämföra utvecklingen i landsting med och utan en särskild täckningsgradsersättning, liksom det vore intressant att på mikronivån göra intervju- och/eller enkätstudier med verksamhetsföreträdare för att undersöka huruvida styrningen har effekter på beteenden och prioriteringar i vardagen.

Material och referenser:

Tryckta källor:

- Anell A. (2004) *Närsjukvård – nya revirstrider eller patientorienterad vård?* Läkartidningen, nr 14 2004
- Anell A. (2005) *Primärvård i förändring*, Lund, Studentlitteratur
- Anell A. (2009) *Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner*, KEFU Skåne Skriftserie 2009:1, Lund, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet
- Anell A. (2010) *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, Stockholm, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
- BDO Consulting group (2011) *Hälso- och sjukvård på fel nivå?* Region Skåne verksamhetsrevision, Granskningsrapport 2011-06-14, Kristianstad, Region Skånes revisorer
- Blomqvist Å. (1991) *The doctor as a double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care*, Journal of health economics 10, s 411-432
- Jacobsen D.I. Thorsvik J. (2008) *Hur moderna organisationer fungerar*, 3: upplagan, Lund, Studentlitteratur
- Jacobsson F. (2007) *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*, CMT-rapport 2007:2, Linköping, Linköpings universitet, Institutionen för hälsa och samhälle, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi
- Lanne G. (2012) *Cream-skimming på privata vårdcentraler i Region Skåne?* C-uppsats, Lund, Lunds universitet, Nationalekonomiska institutionen
- Nilsson J. Jönsson S. Weber Persson M. (2010) *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar Slutrapport*, Konkurrensverkets rapportserie 2010:3, Stockholm, Konkurrensverket
- Nordlund P. Settergren F. (2010), *Systemfel urholkar Hälsovalet*, Sydsvenskan 30 december
- Nordqvist Falk C. Kåregård M. Ardenvik B. Öhman A. (2008-01) *Vägval för Vårdval Skåne*, Kristianstad, Region Skåne
- Nordqvist Falk C. Kåregård M. Ardenvik B. (2008-08) *Vårdval Skåne – utredningsgruppens förslag till styr- och ersättningsmodell*, Kristianstad, Region Skåne
- Region Skåne (2009) *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande år 2009*, Kristianstad, Region Skåne
- Region Skåne (2010) *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande år 2011*, Kristianstad, Region Skåne

WHO (2008) *Primary Health Care – Now more than ever*, Geneve, World health organization

Lagar

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen

SFS 2008:962. Lag om valfrihetssystem

Otryckta källor

274 miljoner ska sparas i vården(2011). Sydsvenskan 10 oktober, (Elektronisk) Tillgänglig.
<http://www.sydsvenskan.se/sverige/274-miljoner-ska-sparas-i-varden/> Hämtdatum 2012-08-26

Region Skåne (2012), Region Skånes webbplats, Statistik Hälsoval Skåne för Antal listade, ACG och CNI. (Elektronisk) Tillgänglig
http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/Halsoval/Statistik/Vardenhet%20ACG_CNI_Fort%20200905-201207.xls Hämtdatum 2012-08-26

Region Skåne (2012), Region Skånes webbplats, Statistik Hälsoval Skåne för täckningsgrad (Elektronisk) Tillgänglig
<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/Halsoval/Statistik/TG%202009-201206.xls> Hämtdatum 2012-08-26

SCB (2010), *Care Need Index, CNI – ett socioekonomiskt behovsindex*, Stockholm, SCB.

Appendix

Tabell 1 - Öppenvårdshälsokontakter / övriga

	Läk ann PV	Övr ann PV	Läk frist PV	Övr frist PV	Tot tälj	Läk Sjh	Läk övr spec	Övr Sjh	Övr övr spec
regen	53137	168649	56129	165042	987007	258085	160753	320762	46195
250980	41375	139520	77521	161400	988507	277582	160898	296652	35694
276317	42433	138412	54572	148687	1016556	280595	168565	306711	40716
320539									
regen	Läk ann PV	Övr ann PV	Läk frist PV	Övr frist PV	Tot tälj	Läk Sjh	Läk övr spec	Övr Sjh	Övr övr spec
135733	15841	19329	10929	61344	344384	99639	48908	93332	11495
113207	12930	20348	11100	62505	335938	109961	50570	97538	13670
119452	12059	29425	9823	54335	344803	115906	55416	105945	8783
regen	Läk ann PV	Övr ann PV	Läk frist PV	Övr frist PV	Tot tälj	Läk Sjh	Läk övr spec	Övr Sjh	Övr övr spec
118267	28553	57662	8078	100725	474323	124460	60787	132580	15087
105488	22977	39320	9298	94909	423006	131825	57903	124663	22541
122393	17017	38791	8822	79961	427649	138407	56444	129781	22499
regen	Läk ann PV	Övr ann PV	Läk frist PV	Övr frist PV	Tot tälj	Läk Sjh	Läk övr spec	Övr Sjh	Övr övr spec
139350	110061	175052	88051	309260	2631088	707321	178228	576163	69014
982632	78431	160792	73609	270646	2369080	750456	166372	602150	53301

Bilaga 1 – Kategorisering av data

I Region Skåne finns idag cirka 150 vårdcentraler. (Vilka dessa är och var de ligger går att finna via Region Skånes hemsida). Nedan exemplifieras hur datamaterialet kategoriserats med hjälp av siffrorna för Vårdcentralen Eden i Malmö, 2011.

Enhet	Vårdcentralen Eden
Kommun	Malmö
Invånare i kommun (källa: SCB)	302206
Privat (=1)/offentlig (=0)	0
GK-enhet (=1)/hälsovalsenhet (=0)	0
Läkarbesök av listad befolkning på egen enhet	14248
Övriga besök av listad befolkning på egen enhet	11367
Läkarbesök av listad befolkning på andra hälsovalsenheter/ GK-enheter	1620
Övriga besök av listad befolkning på andra hälsovalsenheter/ GK-enheter	12058
Läkarbesök av listad befolkning på fristående kliniker på primärvårdsnivå	1351
Övriga besök av listad befolkning på fristående kliniker på primärvårdsnivå	5985
Totalt primärvårdsbesök; totalt täljaren	46629
Läkarbesök listad befolkning på sjukhus	12902
Läkarbesök listad befolkning på övriga specialistkliniker	5827
Övriga besök listad befolkning på sjukhus	15982
Övriga besök listad befolkning på övriga specialistkliniker	2772
Totalt övriga öppenvårdsbesök	37483
Totalt nämnaren (primärvårdsbesök + övriga öppenvårdsbesök)	84112
Täckningsgrad (täljare/nämnare)	55,44 %
Avstånd till närmaste sjukhus (Källa: www.hitta.se)	0,9 km
Malmö (=1)/ ej Malmö (=0)	1
Lund/Helsingborg (=1) / ej Lund/Hbg (=0)	0
Medelvärde antal listade per månad	14499
Antal månader i drift under året	12
Medelvärde ACG	0,83
Medelvärde CNI	1,45
År 2009 (=1) / ej år 2009 (=0)	0
År 2010 (=1) / ej år 2010 (=0)	0
År 2011 (=1) / ej år 2011 (=0)	1

Bilaga 2 – Besök som ej ingår i täckningsgradsberäkningen

Innan kategorisering enligt bilaga 1 har besök som inte ingår i täckningsgradsberäkningen rensats bort. Det har gjorts med hjälp av denna lista på specgrupper som erhållits av Åsa Tranesjö på Region Skåne.

Specialitetsgrupp	Specialitetsgrupp_text	Vardområde	Inkluderat i PV besöken	Inkluderat i totala besöken
01	VISSA OPERERANDE SPECIALITETER	Somatik		X
02	ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD	Somatik		X
03	OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI	Somatik		X
04	ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR	Somatik		X
05	ÖGONSJUKDOMAR	Somatik		X
06	INVÄRTESMEDICINSKA SPECIALITET	Somatik		X
07	BARNMEDICINSKA SPECIALITETER	Somatik		X
08	ALLMÄNMEICIN	Primärvård	X	X
09	HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR	Somatik		X
10	NEUROLOGI	Somatik		X
11	ONKOLOGI MM	Somatik		
12	PSYKIATRISKA SPECIALITETER	Psykiatri		X
13	UTAN SPECIALISTKOMP, 100 KR	Primärvård	X	X
14	UTAN SPECIALISTKOMP, 200 KR	Somatik		
15	RÖNTGEN	Med service		
16	RÖNTGEN MED PATIENTAVGIFT	Med service		
17	REUMATOLOGI	Somatik		X
18	PSYKIATRISKA SPEC, 300 KR	Psykiatri		
19	HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR, 300 KR	Somatik		X
21	ORTOPEDI	Somatik		X
22	UROLOGI	Somatik		X
00	SOMATISK SPEC, OKÄND	Somatik		X
MM	Multimodal smärtbehandling	Primärvård	X	X
70	ALLMÄNTANDLÄKARE	Tandvård		
71	SPECIALISTTANDLÄKARE	Tandvård		
72	TANDHYGIENIST	Tandvård		
93	SPERMADIAGNOSTIK	Somatik		
94	PSYKOSOCIALA UTREDNINGAR	Psykiatri		
95	ÖVRIGA SPECIALITETER, 100 KR	Primärvård	X	X
BH	BARNHÄLSOVÅRD	Primärvård		
DI	DIETIST	Primärvård		
DV	DISTRIKTSSKÖTERSKEVERKSAMHET	Primärvård	X	X
FL	FAMILJELÄKARE	Primärvård	X	X
FV	FOTVÅRD	Primärvård		
HL	HUSLÄKARE	Primärvård	X	X
KP	KIROPRAKTOR	Primärvård	X	X

KU	KURATOR	Primärvård	X	X
MH	MÖDRAHÄLSOVÅRD	Primärvård		
NP	NAPRAPAT	Primärvård	X	X
OM	FYSIKALISK O ORTOPEDE MEDICIN	Somatik		
PS	PSYKOLOG	Psykiatri		
PT	PSYKOTERAPEUT	Psykiatri		X
SG	SJUKGYMNAST	Primärvård	X	X
SO	SJUKSKÖTERSKA, OFFENTLIG VÅRD	Primärvård	X	X
SS	SJUKSKÖTERSKA	Primärvård	X	X
JO	JOURVERKSAMHET	Primärvård	X	X
ÖV	ÖVRIG VERKSAMHET	Primärvård		
23	REHABILITERINGSMEDICIN	Somatik		
92	SKOPIUNDERSÖKNINGAR	Somatik		X
KB	KBT - Kognitiv beteendeterapi	Primärvård	X	X
90	MAMMOGRAFISCREENING	Med service		
PS	PSYKOLOG	Primärvård	X	X
PT	PSYKOTERAPEUT	Primärvård	X	X

Utöver specialitetsgrupper ska även vissa anledningar till besök exkluderas från beräkningen, vilket har gjorts efter följande förklarande text (ur mail från Åsa Tranesjö 2012-08-16):

Från Anledning ska du inte ta med följande typer i TG beräkningen:

*DK
DM
DP
DR
TV*

FO

Och från Anlednings_typ ska FO exkluderas.

Ovanstående innebär i huvudsak att dagvård inte innefattas i täckningsgradsberäkningen (*förf anm.*)