

Utvärdering av "Nya sjukvården" i Göteborg

U-rapport 63

Olga Panfilova

2002

Innehåll

1. Kort historisk bakgrund till aktuella reformer inom primärvården.....	3
2. Syfte.....	4
3. Material och metod.....	4
4. Ersättningssystem i allmänhet.....	5
5. Den nya ersättningsmodellen inom primärvården i Göteborg.....	6
Kapitationsersättning	
Prestationsbaserad ersättning	
Ersättning för områdesansvar	
6. Respondenternas uppfattningar om den nya och den gamla modellen.....	8
Det gamla systemets för- och nackdelar	
Motiv, som ligger bakom införandet av det nya systemet	
Kapitationsersättning	
Prestationsbaserad ersättning	
Ersättning för områdesansvar	
Hur skulle ersättningssystemet för primärvården se ut	
7. Den nya modellens lämplighet och rimlighet.....	13
Rimlighet	
Lämplighet	
8. Referenser.....	16
9. Bilagor.....	17

Kort historisk bakgrund till aktuella reformer inom primärvården

Öppen vård definieras som vård där patienterna inte ligger på sjukhus och innebär framför allt mottagning på vårdcentral dit patienter kommer med olika besvär för sin första vårdkontakt. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall primärvården 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 eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I boken "Primary care- balancing health needs, services and technologies" skriver den amerikanska forskaren Barbara Starfield (Starfield 1998) att en bra primärvård kännetecknas av god tillgänglighet som möjliggör en långvarig relation mellan vårdgivare och patient. Här skall ett brett spektrum av hälsoproblem och sjukdomar hanteras, och patientens vård hos olika vårdgivare samordnas. Primärvården skall vara samhällsinriktad, familjecentrerad och ha kulturell kompetens.

Organisationen av primärvården varierar kraftigt mellan olika länder. I Sverige och Finland finns vårdcentraler där allmänläkare, distriktsköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter med flera arbetar tillsammans och har samma arbetsgivare. I övriga Västeuropa inklusive Danmark är läkarna som regel egna företagare, som ersätts antingen per prestation eller med kapitation medan distriktsköterskorna är offentligt anställda.

De senaste 25 åren har vikten av en utbyggd och välfungerande primärvård betonats i olika sammanhang i Sverige. Det har funnits en förhoppning om att en bra primärvård skulle kunna skapa en högre kostnadseffektivitet i sjukvårdssystemet som helhet. Svalander (Svalander 1999) har presenterat en analys av den svenska primärvårdens utveckling genom åren och pekar på väsentliga skillnader mellan de politiska uttalandena och den verkliga satsningen på och utbyggnaden av primärvården.

Under 1990-talet har flera organisationsförändringar genomförts inom primärvården. En av dessa var husläkarreformen 1994. Ett skäl till husläkarreformen var bristande tillgång på allmänläkare med bristande kontinuitet i patient-läkarrelationen som följd. Ett annat skäl var ambitionen att ge patienter ökad valfrihet inom primärvården. I lagen om husläkare angavs att såväl landstingens distriktsläkare som privatpraktiker skulle få möjlighet att etablera sig som husläkare. Lagen gav alla behöriga läkare rätt att etablera sig som husläkare.

Husläkarreformen utformades med relativt klara spelregler beträffande villkoren för etablering, betalningsprinciper och ansvarsområden för privata och offentliga läkare. Det nya systemet var avsett att kompensera för olikheter i kostnadsredovisning mellan olika ägarformer. Även om systemet inte kunde uppnå en perfekt konkurrensneutralitet mellan privata och offentliga vårdgivare förbättrades villkoren för etablering av privata vårdproducenter.

Husläkarreformen visade att det existerade ett intresse inom läkarkåren för nya driftsformer och det har förändrat primärvården i flera avseenden. Tidigare hade organisationen varit uppbyggd på principer om offentlig produktion, geografiska upptagningsområden och en arbetsorganisation baserad på vårdlag. Efter husläkarreformen fick patienterna större möjligheter att välja läkare samtidigt som fler privata aktörer hade kommit ut på marknaden. Den interna arbetsorganisationen med till exempel tidsbokning, "öppen mottagning" med

mera kom att variera mellan olika husläkarmottagningar. I ett historiskt perspektiv var reformen en genomgripande omvandling av primärvården.

Under framför allt senare delen av 1980- och 1990-talet har den relativa resursknappheten i sjukvården tilltagit och rambudgeteringens hierarkiska resurstilldelning har visat sig vara otillräcklig för att möta krav på förändringar i en situation med begränsad resurstillväxt. Mot bakgrunden av ökade krav på sjukvården finns idag en klart uttalad ambition att förändra sjukvårdens inre organisation och styrsystem. Hög produktivitet och effektivitet i resursomvandlingen är viktiga målsättningar.

Prestationsfinansiering innebär att sjukvårdsproducenter ersätts för sina prestationer vilket skapar ett system med inbyggda drivkrafter (Siverbo och Falkman 1999) samt erbjuder ett alternativ till det traditionella systemet med anslagsfinansiering. En av nackdelarna med det traditionella systemet är att producenterna får en resursram för vilken de förväntas bedriva så omfattande verksamhet som möjligt. I praktiken skapas felaktiga drivkrafter och ju mer producenterna gör desto svårare blir det för dem att klara sin ram.

Prestationsbaserad ersättning och köp-säljmodeller mellan producenter av vård och service samt någon form av konkurrens kan leda fram till lösningar som på ett bättre sätt än befintliga system skapar effektivitet i en komplex verksamhet vid begränsad resurstillväxt (Anell 1991).

I Göteborg har man nyligen introducerat en ny organisation – den ”Nya Närsjukvården” som är en satsning för utveckling av primärvården för göteborgarna. Primärvården i Göteborg har inte varit uppbyggd som i andra delar av Västra Götalandsregionen, bland annat har det saknats en väldefinierad vårdstruktur och primärvården har hamnat i skuggan av det stora universitetssjukhuset. Göteborgare har oftare vänt sig till sjukhusens akutmottagningar och annan specialistsjukvård istället för att i första hand söka upp sina lokala vårdcentraler.

I december 2000 antog hälso- och sjukvårdsnämnden dokumentet ”Framtidens närsjukvård” där en plattform för hälso- och sjukvårdens utveckling beskrevs. Den främsta utmaningen var att utveckla den nära sjukvården så att göteborgarna skulle få tillgång till läkarresurser motsvarande en läkare per 2000 invånare samt en fast läkarkontakt. Vidare skulle ett nytt ersättningssystem införas.

Ersättningssystemet skulle bestå av tre huvudkomponenter: ersättning för områdesansvar, kapitationsersättning och en rörlig besöksersättning. Det var angeläget att ersättningssystemet skulle upplevas som rättvist i förhållande till ett specifikt uppdrag och att de olika ersättningarna var lika oberoende av driftform.

Projektet ”Nya närsjukvården” är en stor förändring av hela primärvårdsnivån i Göteborg. Avsikten är att primärvården skall fortsätta att utvecklas kvalitetsmässigt. Det förutsätts också att fler uppgifter skall delegeras och att teamarbetet skall utvecklas genom att icke-medicinska yrkesgrupper, som psykologer, kuratorer blir mer verksamma inom primärvården. Det är angeläget att en sådan förändring utvärderas.

Syfte

Rapportens huvudsakliga syften är att utvärdera lämpligheten och rimligheten i ersättningsmodellen för fast läkarkontakt, områdesersättning (befolkningsrelaterad) samt

undersöka vilka effekter som reformen fört med sig inom primärvården och hur den uppfattas av berörd personal.

Metod

Det empiriska materialet, som presenteras i rapporten har i första hand inhämtats genom intervjuer med ekonomer, vårdcentralchefer på såväl offentliga som privata vårdcentraler samt planeringsledaren vid Hälso- och Sjukvårdskansliet. Huvudintresset har här varit att undersöka hur olika personalkategorier uppfattar de olika beståndsdelarna i det nya ersättnings-systemet. Vidare har dokument i form av beskrivningar av "Nya Närsjukvården" samt statistiska uppgifter från Hälso- och Sjukvårdskansliet använts vid beskrivning och analys.

Utöver primärdata enligt ovan, görs kopplingen till befintlig litteratur och tidigare studier inom ämnesområdet i syfte att komplettera det empiriska materialet. Valet av de intervjuade personerna har styrts av ambitionen att erhålla information från representanter för olika funktioner inom primärvårdens organisation.

Ersättningssystem i allmänhet

I Sverige liksom i flertalet västliga industriländer har sjukvården under hela efterkrigstiden vuxit snabbare än tillgängliga resurser. De begränsade resurserna har blivit en realitet för alla som arbetar inom vården, liksom för dem som betjänas av den som patienter eller styr den som politiker. Försök att på olika sätt hantera den ekonomiska krisen ledde till att intresset för nya ersättningsformer ökade. Trots att de flesta läkare har idealistiska motiv för att ge vård av bästa kvalitet vore det naivt att tro att det bara är dessa motiv som avgör vilket arbetssätt de föredrar. För landstingen borde det vara rimligt att se till att önskvärt läkarbeteende stöttas av ekonomiska spelregler och inte motverkas av dem. Som noterats av Arvidsson och Jönsson i boken "Valfrihet och konkurrens i sjukvården" spelar ekonomiska incitament en viktig roll och alla ersättningssystem innehåller specifika ekonomiska incitament som förväntas stimulera fram önskvärda resultat samt arbetssätt (Arvidsson och Jönsson 1991). Finansieringen kan kombineras med olika system för ersättning till läkare och sjukhus.

1. Anslagsfinansiering
2. Prestationslön (fee-för service)
3. Kapitation (per ansluten person)
4. Speciellt förhandlade ersättningar.

Under de senaste åren har intresset för prestationsbaserade ersättningssystem ökat markant. Dessa system kan grundas på varierande principer. Således näts prestationer inom slutna somatisk vård i så kallade DRG-poäng medan viktade/justerade besöksklassificeringar är mest förekommande inom öppenvården. Inom primärvården har man experimenterat med såväl ett system byggt på fasta ersättningar per invånare som fasta ersättningar per antal listade individer med någon form av kostnadstak.

Socialstyrelsen gjorde i mitten av 1990-talet den sammanfattande bedömningen att systemen för interna marknader på sjukhusen troligen skulle komma att utvecklas vidare men att någon enhetlig ersättningsmodell inte kunde väljas. Det bestämdes att prestationsersättningar skulle användas mer selektivt och att de måste anpassas till svenska förhållanden (Hallin och Siverbo 2002).

Den nya ersättningsmodellen inom primärvården i Göteborg

Ersättningen skall vara oberoende av vårdgivare. Syftet med systemet är att ge vårdgivarna rimlig ersättning för deras arbetsinsats och att bidra till att patienter får vård med god medicinsk kvalitet.

Ersättningssystemet består av tre komponenter:

1. Ersättning för fast läkarkontakt, som består av kapitationsersättning för aktivt och passivt listade och som varierar med individens ålder
2. Rörlig ersättning för utförda åtgärder
3. Ersättning för områdesansvar, grundad på områdets invånarantal och åldersfördelning samt vissa socioekonomiska parametrar som till exempel antalet lågutbildade, socialbidragstagare och utländska medborgare.

Den sistnämnda ersättningen utgår endast till vårdgivare med områdesansvar och storleken på ersättningen beräknas med hänsyn tagen till högst tre socioekonomiska variabler samt uppgifter om befolkningen i det aktuella området.

I samband med införandet av det nya ersättningssystemet har ett heltäckande listningssystem i Göteborg införts. Listningssystemet är avsett att stödja det nya ersättningssystemet samt tillgodose kraven på invånarnas valfrihet och rätt att välja en fast läkarkontakt inom primärvården i Göteborg.

Listningssystemet bygger på aktiv och passiv listning, aktiv listning innebär ett aktivt val av läkare eller vårdcentral från en enskild person. Passiv listning innebär listning av invånare inom ett visst ansvarsområde som har valt att inte lista sig aktivt någon annanstans. Passivt listade patienter skall enligt reglerna ha samma medicinska rättigheter och få samma bemötande som aktivt listade.

Kapitationsersättning

Vid aktiv listning följer kapitationsersättningen patienten vilket innebär att om en patient väljer en läkarkontakt ”utanför sitt område” så utbetalas ersättningen till den enhet där den valda läkaren finns och frånräknas den enhet där patienten tidigare har varit aktivt eller passivt listad. Enligt det aktuella ersättningssystemet delas befolkningen in i sex åldersgrupper där varje grupp tilldelas en särskild poängfaktor baserad på det uppskattade vårdbehovet för gruppen.

Följande åldersgruppsindelning och poängsättning tillämpas:

Ålder	Poäng
0-2	0,5
3-6	0,7
7-44	1,0
45-64	1,5
65-79	2,0
80	3,0

Tabell 1. Poängsättning för uppskattat vårdbehov per åldersgrupp

Den offentliga vården

Ersättning per poäng – aktivt listade **420 kr**
Ersättning per poäng - passivt listade **210 kr**

Den privata vården

Ersättning per poäng – aktivt listade **455 kr**
Ersättning per poäng – passivt listade **228 kr**

Prestationsbaserad ersättning

Den fasta delen av ersättningen (ersättning per invånare) utgör 70% av ersättningen för fast läkarkontakt. Den rörliga delen utgör de resterande 30% av den ovannämnda ersättningen och består av:

Åtgärd	Ersättning
Besök hos mottagningsköterska	80 kr
Telefonkonsultation	50 kr
Läkarbesök	190 kr (inkl. patientavgift)
Särskilda åtgärder	400 (inkl. patientavgift)
Ersättning per lab. och röntgen	Fri nyttighet, systemet ersätter hela kostnaden
Ersättning för tolkkostnader	Fri nyttighet, systemet ersätter hela kostnaden

Tabell 2. Prestationsbaserad ersättning för olika vårdåtgärder

Ersättning för områdesansvar

Åldersrelaterade poäng

Ålder	Poäng
7-44	1,0
45-64	1,5
65-79	2,0
80-	3,0

Tabell 3. Åldersrelaterad ersättning för områdesansvar

Ersättning per poäng **100 kr**

Ersättning baserad på socioekonomiska variabler

Socioekonomisk variabel	Ersättning (kr)
Utländska medborgare	100
Låg utbildningsnivå	100
Socialbidragstagare	100

Tabell 4. Ersättning för områdesansvar baserad på socioekonomiska variabler

Barnhälsovård
Mödrhälsovård

anslag
prestationsbaserad från 1 juli 2002

Det planeras inte i inledningskedet några takkonstruktioner i "Nya närsjukvården". För att underlätta övergångsperioden har nämnden gett garanti till alla som ansluter sig till "Nya närsjukvården". Garantin betyder att privata läkare och offentliga vårdcentraler får en rimlig kapitationsersättning även om det faktiska antalet listade invånare har varit lägre.

Respondenternas uppfattningar om den gamla och den nya modellen

Respondenterna ombads beskriva det gamla ersättningssystemet, motiv för införandet av det nya ersättningssystemet samt deras inställning till de olika beståndsdelarna i det nya systemet. För att framföra respondenternas synpunkter används riktligt med citat och uttryck hämtade från intervjuer.

Det gamla systemets för- och nackdelar

Det gamla systemet beskrevs som baserat på anslagsfinansiering. Varje vårdcentral tilldelades en fast summa. Det var en bestämd summa pengar som fördelades mellan vårdcentraler i fyra olika stadsdelar - Centrum, Hisingen, Nordost och Väster. Resursfördelningen grundades på antalet läkare verksamma vid en viss vårdcentral och personalen kring läkarna. Det fanns "en liten pott", som kunde fördelas efter hand, men enligt vårdcentralchefer gick det inte att förhandla under de senaste åren. Det fanns inga extra resurser.

Respondenterna ansåg att det gamla systemet huvudsakligen fungerade bra. En fördel med det gamla systemet, som ofta nämndes var möjligheten att planera utifrån den budget, som vårdcentralen hade tilldelats. Det kändes mer tryggt för vårdcentralchefen och personalen att få "en reell budget" för hela året.

Det fanns givetvis nackdelar också. Något som många respondenter lyfte fram var svårigheten att åstadkomma en rättvis resursfördelning när en fast budget användes. Pengarna var ofta snedfördelade och ibland var det svårt att "se sambandet mellan budgeten och verkligheten". En av vårdcentralchefen sa följande:

"Vi kände oss inte delaktiga och vi kunde inte påverka något"

En annan nackdel som uppmärksammades var brist på tydlighet och återkoppling till verkligheten:

"Det var inte specificerat efter beställar-utförare förväntningar och det fanns ingen uppfattning om vad befolkningen egentligen behövde. Det behövs mer tydlighet i verksamheten"

Motiv, som ligger bakom införandet av det nya systemet

Det främsta motivet för införandet av det nya ersättningssystemet uppfattades vara ambitionen att utveckla och bygga upp primärvården, som under lång tid hade befunnit sig i "skuggan av de stora sjukhusen". Vidare trodde respondenterna att det nya systemet skulle resultera i ökad fokus på ekonomi, konkurrens mellan olika vårdgivare samt bättre kontroll över arbets-situationen.

"Det är bra att få ett system där man kan styra kostnader"

"Prestationsbaserad ersättning är en förutsättning för att utveckla primärvården. Det kan motivera till att öka produktiviteten"

"Ett av motiven är att vi skall få konkurrens mellan offentliga och privata på lika villkor. Alla skall finansieras på samma sätt"

”Man kan få arbetsbördan för läkare under kontroll. Om det blir så många då får läkare inte ta fler aktivt listade eftersom det blir för mycket”

”Tanken är att pengarna skall gå dit de behövs. Man kan fördela pengarna på ett bättre sätt och kan följa patienter”

Således fanns det stora förväntningar på det nya systemet.

Kapitationsersättning

Kapitationsersättning är den delen av det nya ersättningssystemet som baseras på antalet aktivt och passivt listade patienter. Ersättningen för aktivt listade patienter är dubbelt så hög som för passivt listade patienter vilket är tänkt att fungera som morot för de vårdcentraler som lyckas locka till sig flest patienter och ge dessa en bra service.

Emellertid kan skillnaden i ersättningens storlek för aktivt respektive passivt listade patienter leda till problem eftersom många vårdcentraler har haft svårigheter med att få tillräckligt många aktivt listade patienter. Detta är särskilt tydligt vid vårdcentraler belägna i invandratäta områden där listningsfrekvenser är låga.

Det finns olika förklaringar till varför listningsförfarandet inte har fungerat smärtfritt. Ett möjligt skäl som nämndes av många vårdcentralschefer var erfarenheter av den föregående husläkarreformen då alla listade sig utan att det ledde till några påtagliga förändringar. En annan orsak uppgavs ligga i informationskampanjen som genomfördes för att informera göteborgarna om det nya systemet. I utskicket stod det klart och tydligt att aktivt och passivt listade patienter skulle ha samma rättigheter och medicinska prioriteringar vilket kunde tolkas som att listningen inte spelade någon större roll. Det förekom heller ingen information om de olika ersättningsnivåerna för aktivt respektive passivt listade patienter. En av respondenterna sammanfattade dessa problem på följande sätt:

”Det finns ingen morot att aktivt lista sig. Man får jobba aktivt för att förklara varför det är så viktigt att lista sig”

Behovet av bättre marknadsföring poängterades starkt men samtidigt påpekade många att den offentliga sjukvården aldrig har kunnat mäta sig med den privata sektorn vad gäller marknadsföring. Marknadsföringen i sig skulle dock inte räcka för att lösa problemet då läkarbristen utgjorde ett större bekymmer:

”Man måste ha grunden för att marknadsföra sig. Det finns inga läkare att anställa. Om vi hade gott om läkare på arbetsmarknaden då skulle vi kunna jobba på ett annat sätt. ”

”Det finns för lite pengar i systemet. Man vill bygga upp systemet men det är svårt att rekrytera läkare. Det är tradition att det är mycket attraktivare att jobba på sjukhuset än att jobba på någon vårdcentral”

Läkarbristen, särskilt bland allmänläkare, ställer enligt många respondenter till mycket problem då det är ytterst svårt att rekrytera läkare till vårdcentraler som inte ligger i centrum och som har ett tungt socialt belastat befolkningsunderlag. Dessutom har man fått större konkurrens på bemanningssidan av ett antal nyetablerade privata vårdcentraler som har visat sig vara mer attraktiva som arbetsgivare. Underbemanningen utgör naturligtvis ett hot mot listningssystemet på de värst utsatta vårdcentralerna eftersom man inte kan garantera sina

patienter en fast läkarkontakt och därmed inte kan erbjuda några fördelar med aktiv listning. Detta i kombination med låga antal aktivt listade patienter försämrar de ekonomiska förutsättningarna för de berörda vårdcentralerna.

En rad åtgärder har vidtagits för att förbättra listningsfrekvensen bland befolkningen. Således planerar man utse en kontaktperson för att på olika sätt upplysa den breda allmänheten om varför aktiv listning är så viktig. På en av vårdcentralerna planerar man att engagera skol elever för att sprida information om det nya systemet. Där har också affischer som uppmanar patienterna att lista sig för att motverka eventuell nedläggning av vårdcentralen satts upp.

Ett annat beprövat grepp skulle vara att skicka ut brev till invånarna i sitt ansvarsområde men många vårdcentraler uppges att de saknar resurser till följd av för hård arbetsbelastning. Dessutom skulle dessa informationsbrev finnas på olika språk för att öka genomslagskraften och tydligt förklara att aktiv listning inte medför några negativa konsekvenser för integriteten.

Som framgår av exemplen ovan, har man försökt åtgärda bristen på aktivt listade patienter men med begränsad framgång. Enligt beräkningar gjorda av ekonomicheferna på de studerade vårdcentralerna skulle dessa behöva få upp antalet aktivt listade patienter till 60 procent för att få ordning på ekonomin. Som framgår av sammanställningen av listningsstatistiken från Hälso- och Sjukvårdskansliet (bilaga 1) ligger de nuvarande nivåerna långt ifrån målet på 60 procent.

Resultaten för vårdcentralerna i Nordost visar att samtliga har relativt låga nivåer vad gäller aktiv listning. Det bästa resultatet har uppnåtts vid Angereds vårdcentral (20,9%) medan det sämsta har uppnåtts i Hammarkullen (4,7%).

Vårdcentraler, som ligger i stadsdelen Centrum har genomgående bättre resultat. De bästa är Olskrokens vårdcentral där personalen lyckats få 44,5 procent patienter att aktivt lista sig samt Björkekärr med resultatet 34,6 procent. De sämsta är Masthugget (8,6%) och Sociala huset (9,9%).

I stadsdelen Väster har listningen varit mest framgångsrik vid Styrso vårdcentral (34,9%) samt Hagen (32,1%). Den sämsta är Svalebo (12,2%). Det kan dock konstateras att de andra vårdcentralerna har nått nästan samma nivå mellan 20-25 procent.

På Hisingen visar flera vårdcentraler ett genomsnittligt resultat på 10-15 procent men Länsmansgårdens vårdcentral har sämre resultat (7,0%). De bästa - Kärra och Tuve - ligger över 25 procent.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att ingen vårdcentral lyckats uppnå en nivå på 50-60 procent aktivt listade patienter och att genomsnittet ligger på 30 procent vilket innebär potentiellt stora ekonomiska problem för samtliga vårdcentraler.

I det sammanhanget var frågan om vad som skulle hända om/när vårdcentralerna skulle få ett underskott synnerligen intressant.

En vårdcentralchef berättade att den enda utvägen skulle vara neddragningar bland personalen:

”Om vi får underskott då måste vi betala tillbaka. Man får två år på sig för att betala tillbaka. Det betyder att vi måste minska våra personalkostnader. Det finns inget annat som vi kan spara pengar på. Personalkostnaderna kan vi påverka bara genom att minska personalstyrkan.”

Med tanke på att det nya systemet är ”väldigt fokuserat på läkarens sida” finns en viss oro bland andra medarbetare för att eventuella besparingar samt personalneddragningar kan slå hårdast mot icke-läkare bland personalen.

Prestationsbaserad ersättning

Respondenterna hade många synpunkter på den prestationsbaserade delen och dess påverkan på verksamheten. En fördel med den prestationsbaserade ersättningen ansågs vara följande:

”Det blir mer ekonomitänkande. Man börjar se över sin verksamhet och försöker göra den så effektiv som möjligt. Man kanske blir bättre på att ta betalt ”

”Man ser sin ekonomi på ett helt annat sätt. Tidigare behövde man inte engagera sig så mycket i ekonomi. ”

En vårdcentralchef vid en privat vårdcentral uttryckte den rörliga ersättningens förtjänster så här:

”Det här systemet skapar incitament. Motivationen ökar och man får bättre möjligheter att organisera och påverka verksamheten så att vården blir så bra som möjligt.”

Den prestationsbaserade andelen på 30 procent förefaller inte vara något problem för privata vårdcentraler. Däremot är synen på prestationsbaserad ersättning mer pessimistisk vid vårdcentraler belägna i invandrartäta områden där vårdkonsumtionen är avsevärt högre.

”Våra patienter har många hälsoproblem. De har svåra upplevelser i bagaget. Många av de som kommer hit behöver psykiatrisk hjälp. Många unga har problem med alkohol och droger.”

Patienterna har varierande och komplexa diagnoser och sjukdomstillstånd varför tiden för utredning och diagnostisering kan variera kraftigt. Det är också svårt att överblicka i förväg hur omfattande läkarbesök och utredningar kommer att bli. Eftersom patienterna ofta är multipelsjuka så kan huvudanledningen till läkarbesök variera hela tiden. Många patienter upplever sin livssituation som påfrestande. Det icke-medicinska arbetet i form av sociala utredningar, kontakter med Försäkringskassan med mera, är ibland lika betydelsefullt för behandlingsresultatet som det rent medicinska.

”Våra läkare når inte 2000 prestationer per år. Det ligger på 1700-1800. De bokar tid för varje patient på 30 minuter”

Ett annat problem är att många patienter, som kommer till dessa vårdcentraler behöver tolk-assistans. Läkarbesök med tolkassistans tar dubbelt så lång tid och påverkar den prestationsbaserade ersättningen. Dessutom betalar vårdcentralerna själva tolkkostnader för BB och mödrahälsovård.

”Ju mer segregerat samhället blir desto större är problematiken, eftersom människor inte kan komma in i samhället och lära sig svenska. Kvinnor är den mest utsatta gruppen.”

Många respondenter uttryckte också en viss oro för att fokus på prestationer skulle påverka verksamheten i en negativ riktning, nämligen mot akutvård.

”Risken med det nya systemet är att det gynnar akutverksamhet men det gagnar inte primärvården. Syftet med primärvården är att läkaren skall se sina patienter som helhet. Läkarbesök handlar inte om att skriva recept utan patienter och läkaren skall ha en dialog.”

”Man arbetar på olika sätt på olika ställen. Läkarna här vill arbeta som allmänna medicinare men det går inte att arbeta med kortare besök. Man kan inte öka prestationer utan att ändra arbetssättet. Tvingas man göra det av ekonomiska skäl blir det inte något kvalitetsarbete. Med den bemanningen och resurser, som vi har, blir det bara akutvård.”

”På sikt skall systemet medföra förändringar. Man blir tvungen att vara ekonomiskt medveten. Läkarna har inte råd att sitta på olika möten, vi måste prestera.”

Ersättningen för läkarbesök (inklusive patientavgift) 190 kr ansågs vara låg och det fanns önskemål om att det skulle omförhandlas.

Områdesansvar

Resultaten av intervjuer påvisar att ersättningen för områdesansvar och de tilldelade resurserna inte är tillräckliga för att täcka distriktsjuksköterskornas arbete, särskilt vad gäller förebyggande arbete. Vidare diskuterades frågan om ersättningen för sköterskemottagningar där mottagningsköterskor tar emot patienter med astma, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Enligt respondenterna skall prestationsbaserad ersättning fungera bäst för speciella mottagningar.

Respondenternas samstämmiga synpunkter angående ”ersättning baserad på socioekonomiska variabler” presenteras i tabell 5.

Ersättning per invånare	Synpunkter	Förslag
Utländska medborgare	Definitionen återspeglar inte problematiken. Det finns många ”svenska medborgare”, som behöver tolkassistans.	Ändra definitionen till ”Patienter födda utomlands”
Lågutbildade	I den gruppen ingår analfabeter. Den gruppen kräver extra vårdtid och resurser.	Dela lågutbildade och analfabeter i två skilda grupper med högre ersättning för analfabeter
Socialbidragstagare	Det finns en viss oro att ersättningen skall betalas per familj.	Att skriva mer tydligt att ersättningen skall betalas ut per person

Tabell 5. Respondenternas synpunkter och förslag på ändringar i definitioner för socioekonomiska variabler

Hur skulle ersättningssystemet för primärvården se ut?

Utvecklingen av ersättningssystem inom primärvården är ett ständigt pågående arbete. Värderingar och kunskaper förändras. Svaret på frågan ”om du fick bestämma, hur skulle ersättningssystemet för primärvården se ut?” kan förhoppningsvis ge underlag för diskussioner och i förlängningen bidra till att utveckla det befintliga ersättningssystemet.

Om respondenterna fritt får välja ersättningssystemet för primärvården så finns två huvudsakliga uppfattningar. En grupp anser att det nya ersättningssystemet ger en bra grund, men att det måste vidareutvecklas, bli tydligare och ge full kostnadstäckning för verksamheten.

”Det här systemet är i grunden är bra. Men nivån är inte bra. Det måste vara samma ersättning för aktivt och passivt listade”.

”Principen är bra. Tanken med det hela är väldigt positiv. Det skulle behövas mer hänsyn till samverkan. ”

”Jag skulle vilja att man fick mer tid för listning.”

En annan grupp menar att rambudgeten passar bättre inom sjukvården, eftersom man mer kan fokusera sig på patientarbetet. Respondenterna poängterar också att många delar av verksamheten är svåra att prissätta enligt den nya modellen. En annan synpunkt mot den prestationsbaserade ersättningen är att det blir svårt att anställa mer personal på grund av brist på resurser.

”Om man skall nå de nationella målen behöver vi ha 7 tjänster. Systemet skall gynna vårdcentralen men ersättningsnivåerna tillåter inte. Vi kan inte nå den prestationsnivå som krävs för att vår ekonomi skall gå ihop”.

Flera respondenter poängterade att ersättningssystemet skulle kunna skapa förutsättningar för en väluppbyggd och välfungerande primärvård som i sin tur är nödvändig för att minska antalet upprepade vårdbesök genom ökad patienttrygghet samt kontinuitet i vården.

Den nya modellens lämplighet och rimlighet

Rimlighet

Huvudfrågan här var huruvida det är rimligt att åstadkomma balans i ekonomi och god produktivitet med bibehållen kvalitet med de ersättningsnivåer som har fastställts i det nya systemet. Som har nämnts tidigare består ersättningen till vårdgivare av tre huvudkomponenter: kapitationsersättning, prestationsbaserad ersättning och ersättning för områdesansvar.

Storleken på kapitationsersättningen för aktivt listade patienter ansågs vara rimlig, däremot fanns det starka invändningar mot skillnaden i kapitationsersättning för aktivt och passivt listade patienter. Den här skillnaden ansågs vara alldeles för stor med tanke på att många vårdcentraler hade haft svårigheter med aktiv listning av patienter till följd av bristfällig eller ofullständig information inom ramen för informationskampanjen för det nya systemet, socialt belastade befolkningsunderlag samt läkarbrist. Dessa vårdcentraler skulle drabbas särskilt hårt av den låga ersättningen för passivt listade patienter och därmed skulle den ekonomiska krisen vid dessa vårdcentraler fördjupas ytterligare.

Skillnaden i ersättningsnivåer för passivt och aktivt listade patienter förefaller vara allmänt problematisk eftersom listningsprocessen har varit långsam och ingen vårdcentral har lyckats uppnå den önskvärda nivån på 60 procent aktivt listade patienter. De bästa resultaten ligger på 44.5 procent och det sämsta på endast 4 procent. Då minskade resurser begränsar handlingsutrymmet för ledningen vad gäller nyanställningar med mera kan lägre ersättning orsaka en ond spiral där sämre kvalitet och produktivitet leder till ännu mindre resurser. I det här läget är vårdcentraler belägna i områden med mindre gynnsamma sociala omständigheter särskilt utsatta.

Vad gäller den prestationsbaserade delen av ersättningen ansåg de flesta att beloppet inte var tillräckligt högt men att fördelningen mellan kapitations- och prestationsbaserad ersättning på 70/30 procent var rimlig. Den här fördelningen bedömdes dock som ogynnsam för offentliga vårdcentraler belägna i socialt belastade områden då befolkningen i regel hade hög vårdkonsumtion som dessutom var resurskrävande på grund av bland annat extrakostnader för tolkassistent. Enligt personalens beräkningar skulle produktiviteten behöva höjas till 2000 patientbesök per år för att få in tillräckligt mycket resurser vilket kan jämföras med dagens 1700 per år. Ytterligare en brist med det befintliga systemet var avsaknaden av prestationsbaserad ersättning för specialistsköterskor.

Ersättningen för områdesansvar ansågs vara rimlig men otillräcklig för förebyggande arbete. Dessutom var en del socioekonomiska variabler definierade på ett icke-optimalt sätt vilket hindrade vårdcentralerna från att få full täckning för vårdkostnader.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det nya ersättningssystemet uppfattas som rimligt med avseende på sin konstruktion men de gällande ersättningsnivåerna anses vara för låga för att majoriteten av vårdgivare skall kunna få balans i sin ekonomi.

Lämplighet - är modellen lämplig för att uppnå målen med den "Nya sjukvården"

Målen med den nya sjukvården är att bygga upp primärvården för att primärvården skall bli basen med en bred kompetens av flera professionella yrkeskategorier och på sikt erbjuda alla göteborgare en fast läkarkontakt med god kvalitet. Stor hänsyn tas till hälsofrämjande arbete och sjukdomsförebyggande arbete riktat till befolkningsgruppen.

En fast läkarkontakt skapar kontinuitet. Allmänläkarens beslut bygger delvis på icke-medicinsk information om patienternas personlighet och sociala sammanhang till exempel ekonomi, bostad, familj och utbildning. En förutsättning för kännedom om dessa faktorer är en långvarig patient-läkarrelation. Det finns studier som visar att en relation till en personlig läkare minskar konsumtionen av sjukhusvård och förbättrar samtidigt den subjektivt upplevda hälsan (Gulbrandsen, Hjortdal et al. 1997).

Det framkommer tydligt av intervjuutsagor att fullbemannning är en av de viktigaste faktorer, som bidrar till att skapa god kontinuitet och en fungerande verksamhet. Emellertid är det svårt att rekrytera läkare till vårdcentraler, som ligger i socialt belastade områden. Dessa svårigheter kan tillta om den redan pressade ekonomiska situationen för dessa vårdcentraler försämras till följd av låga antal aktivt listade patienter. Således missgynnar det nya systemet de vårdcentraler som har ogynnsamma villkor.

En rad invändningar finns också mot den prestationsbaserade delen av ersättningen. En av farhågorna är att prestationsbaserad ersättning skulle kunna medföra onödiga återbesök och

försämringar i vårdens kvalitet på grund av korta besök. Det finns en viss oro för att vården kan komma att omvandlas till "akutvård" för att maximera produktiviteten och att läkare kommer att förlora helhetssynen på sina patienter.

Den prestationsbaserade delen är fokuserad på läkarprestationer. Om vårdcentraler får underskott i sin ekonomi blir de tvungna att minska personalen bland de andra vårdkategorierna. Detta skulle omöjliggöra en utökning av utbudet av vårdtjänster och få negativa konsekvenser för samverkan med Försäkringskassan, sociala myndigheter och andra aktiviteter. Dessutom är den typen av samarbeten mycket resurskrävande men de täcks inte in i tillräcklig utsträckning av ersättningen för områdesansvar.

På den positiva sidan har det nya systemet gett upphov till ökad kostnadsmedvetenhet och ambition att öka produktionsvolymen. Den observationen stämmer väl överens med teorin framförd av Lindkvist och Cederholm (1994) om att prestationsbaserad ersättning ger producenter av vård anledning att försöka utöka produktionsvolymen. För en utförare i konkurrens finns skäl att förbättra verksamheten och därigenom erbjuda konsumenterna bättre tjänster än andra tillgängliga producenter. Problemet är att det är för tidigt att förutse hur ett ogynnsamt geografiskt läge eller en tungt socialbelastad befolkningsstruktur kan påverka ekonomiska förutsättningar för att få balans i ekonomin.

Vårdgivarnas gemensamma bedömning är att modellen i princip är lämplig för implementering av de riktlinjer, som har angivits i "Nya närsjukvården" i Göteborg. Modellens uppbyggnad och grundläggande principer borde leda till utveckling av primärvården. Däremot måste de gällande ersättningsnivåerna justeras.

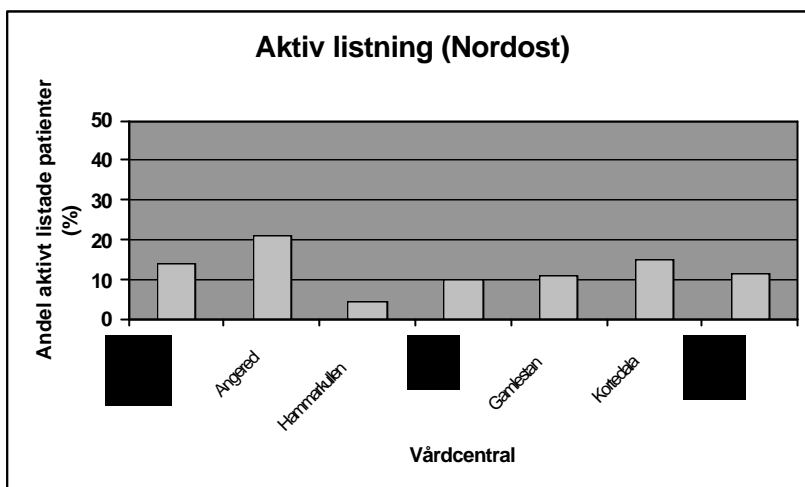
Avslutningsvis bör också påpekas att studien genomfördes då reformen knappt var en månad gammal och att det givetvis är möjligt att förhållandena ser annorlunda ut när modellen är mer inarbetad och när vårdcentralerna har fått mer tid att anpassa sig till de nya omständigheterna. Det är inte säkert att resultaten som en del av vårdcentraler i flera väsentliga avseenden kan redovisa kommer att uppnås på andra vårdcentraler, där förutsättningarna inte är lika gynnsamma.

Referenser

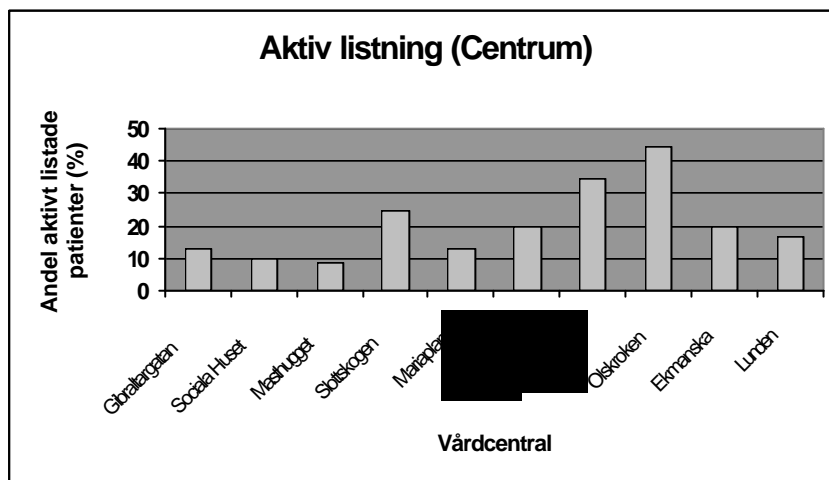
- Anell, A. (1991). Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården - vad blir effekterna? Stockholm, Finansdepartementet.
- Arvidsson, G. och B. Jönsson (1991). Valfrihet och konkurrens i sjukvården. Stockholm, SNS Förlag.
- Gulbrandsen, P., P. Hjortdal, et al. (1997). "General practitioners knowledge of their patients` psychosocial problems: multipractice questionnaire survey." BMJ **314(7086)**: 1014-8.
- Hallin, B. och S. Siverbo (2002). Jakten på den goda styrningen. En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. Göteborg, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys.
- Siverbo, S. och P. Falkman (1999). Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen. Konstruktion, motiv och förväntade effekter. Göteborg, Göteborgs universitet.
- Starfield, B. (1998). Primary Care-Balancing Health Needs, Services and Technology. New York:, Oxford University Press.
- Svalander, P. A. (1999). Primärvården inför framtiden - "ett sprucket krus". Stockholm, Landstingsförbundet.

Bilaga 1 – Listningsstatistik

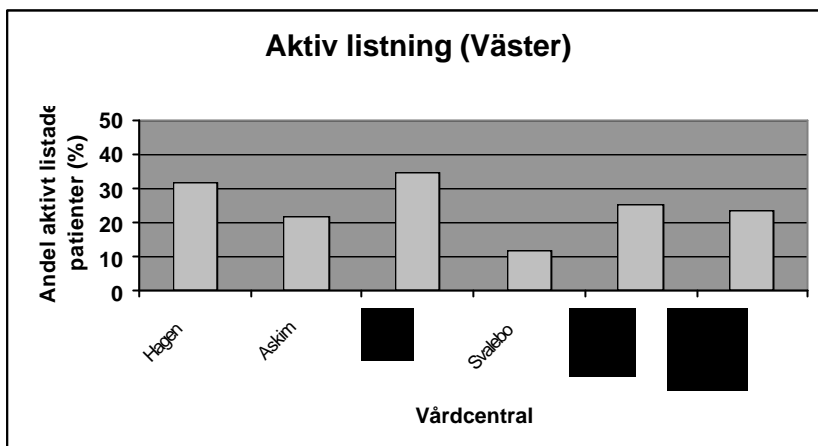
Aktiv listning – Nordost



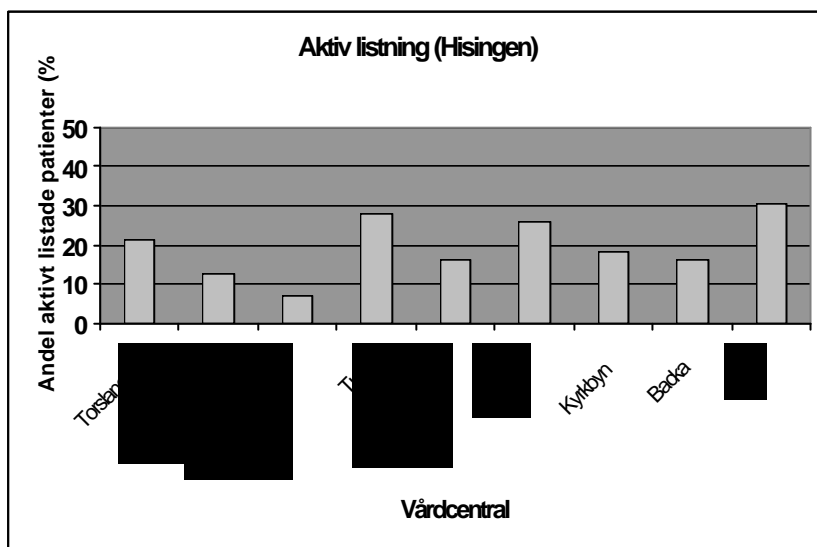
Aktiv listning – Centrum



Aktiv listning – Väster



Aktiv listning – Hisingen



Bilaga 2 - Intervju

1. Kan du beskriva det gamla ersättningssystemet? Kan du specificera vilka fördelar respektive nackdelar fanns med det gamla systemet?
2. Vilka motiv ligger bakom det nya ersättningssystemet? Kan du beskriva det nya ersättningssystemet (dess utformning). Vad tror du det har för fördelar respektive nackdelar?
3. Vad tycker du om den procentuella fördelningen 70/30 mellan kapitation och prestationsersättningen? Hur upplever du det nya poängsystemet för olika åldersgrupper?
4. Anser du att ersättningssystemet kan medföra några förändringar av verksamheten? (till. exempel. förändrad prioritering av delverksamheten, nya arbetssätt, förändrad konkurrenssituation/ aktivare marknadsföring etc).
5. Kan det nya ersättningssystemet påverka antalet prestationer?
6. Har ni hunnit implementera det nya systemet? Om inte, när kommer det att vara implementerat fullt ut (uppskattningsvis)? Om ja, har man sett några effekter av det nya systemet redan nu?
7. Om du fick bestämma hur skulle ett ersättningssystem för primärvården se ut (viktiga komponenter/egenskaper i ett sådant system)?
8. Är det något ytterligare du vill tillägga?