



Vården är värd en bättre styrning

9 februari 2022

Anders Anell, Lunds universitet

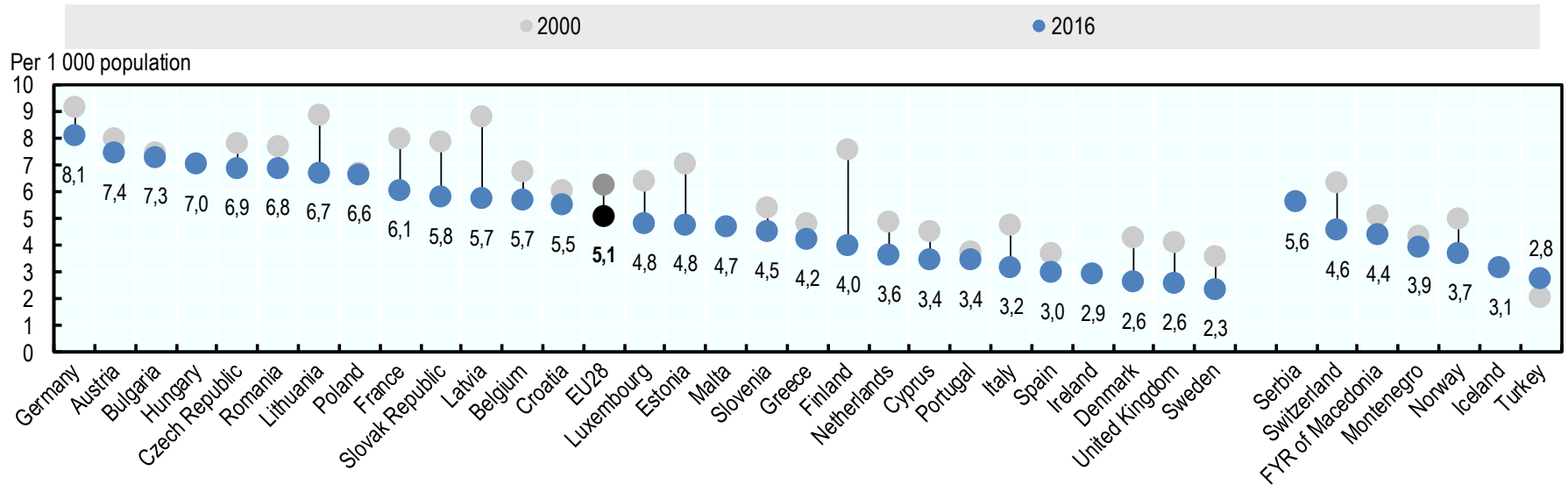
<https://www.sns.se/artiklar/varden-ar-vard-en-battre-styrning/>

Svensk vård både världsledande och bland de sämsta i klassen

- Relativt mycket resurser (pengar, personal)
- Mycket bra kliniska/medicinska resultat
- Väntetider och köer = akilleshäls
 - Även svag kontinuitet, bristande koordinering etc
- Flera strukturella utmaningar och problem
 - Obalanser, arbetsmiljön
 - Ojämnt (socioekonomiskt, geografiskt)

Få vårdplatser, delvis förklarad av problem med att rekrytera sjuksköterskor

Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2016 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database.

Gott om läkare i jämförelse med andra länder, men få allmänläkare

Figur 2. Fördelning allmänläkare och övriga specialister, Sverige 1995–2014.



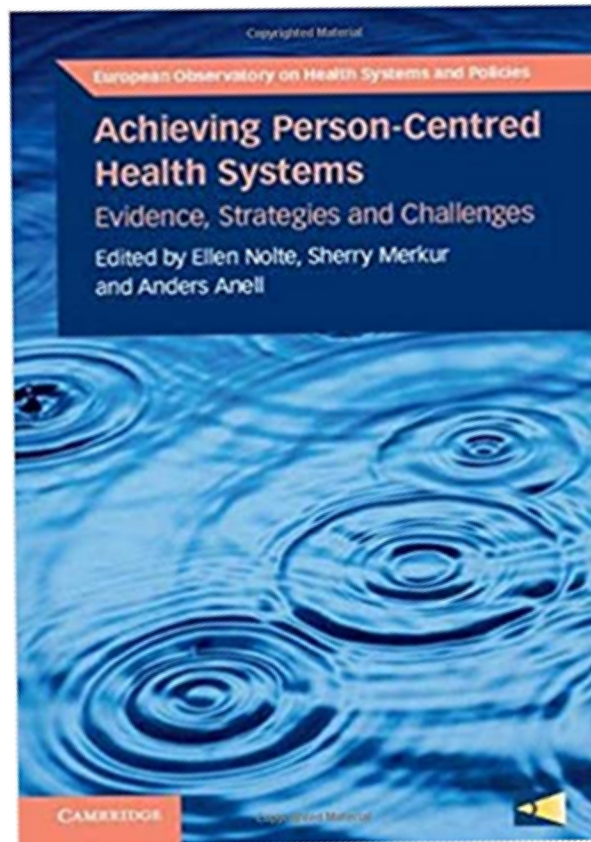
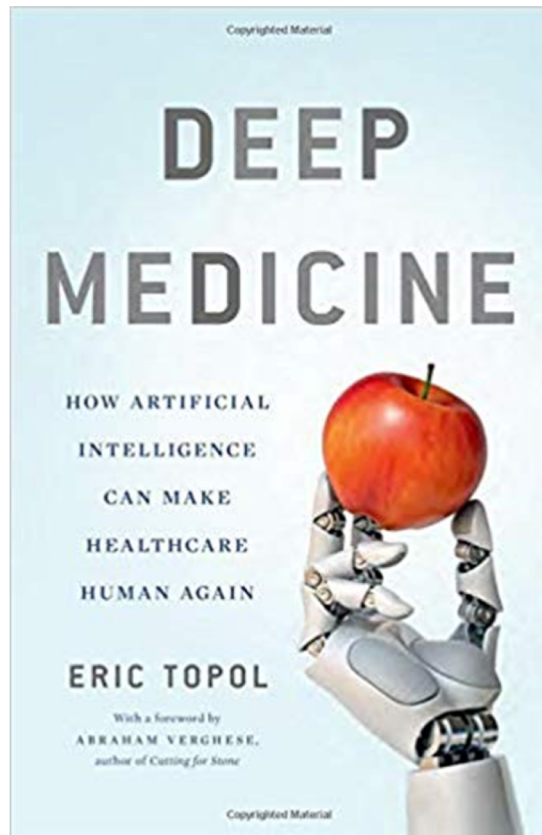
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas. **Vårdanalys PM 2017:4**

Ytterligare utmaningar

- Demografisk utveckling
- Fortsatt (accelererande) medicinsk/teknologisk utveckling
- Förväntningar

- Fortsatt koncentration av specialiserad vård
- Behov av att utveckla den "nära vården"
- Utveckling av arbetssätt för att klara utmaningarna
 - Proaktivt, förebyggande
 - Personcentrerat
 - Samverkan, samarbete
 - Bättre arbetsmiljö

Betydande utmaningar, men även stora möjligheter!



Vad är kvalitet i vården?

Hälsöfrämjande, preventivt
Kräver proaktivt arbetssätt

Quality of care for individual patients:

1) Access

- can patients get to health care ?

2) Effectiveness

- is it any good when they arrive? →

Clinical care

- Staying healthy
- Getting better
- Living with disability/illness
- Coping with end of life

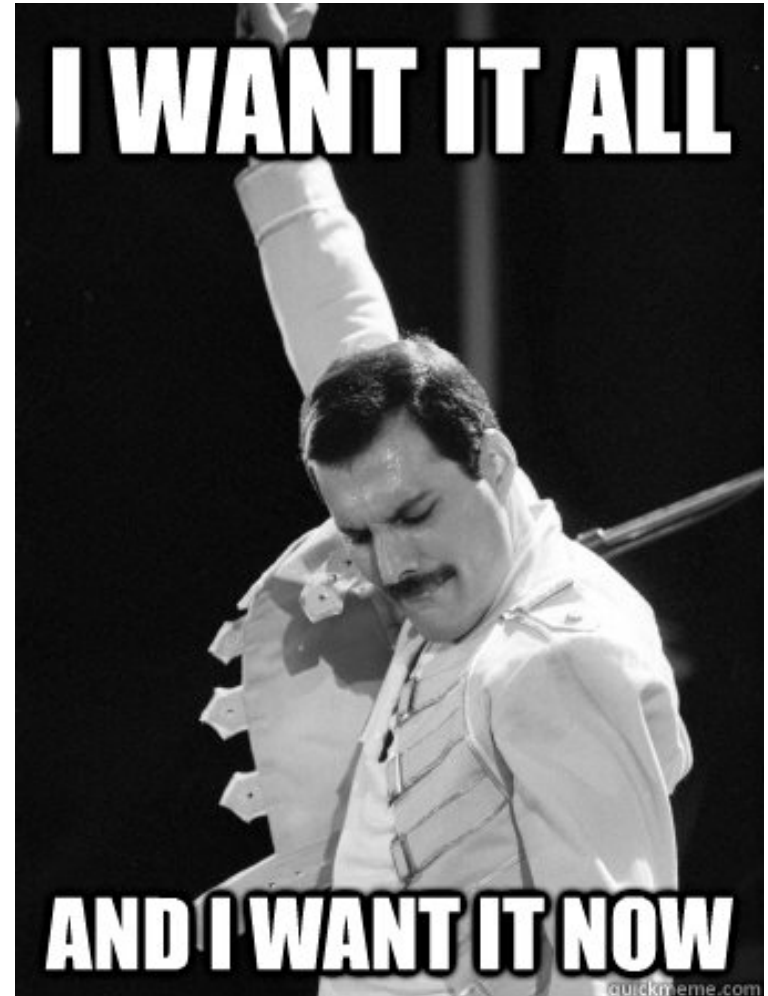
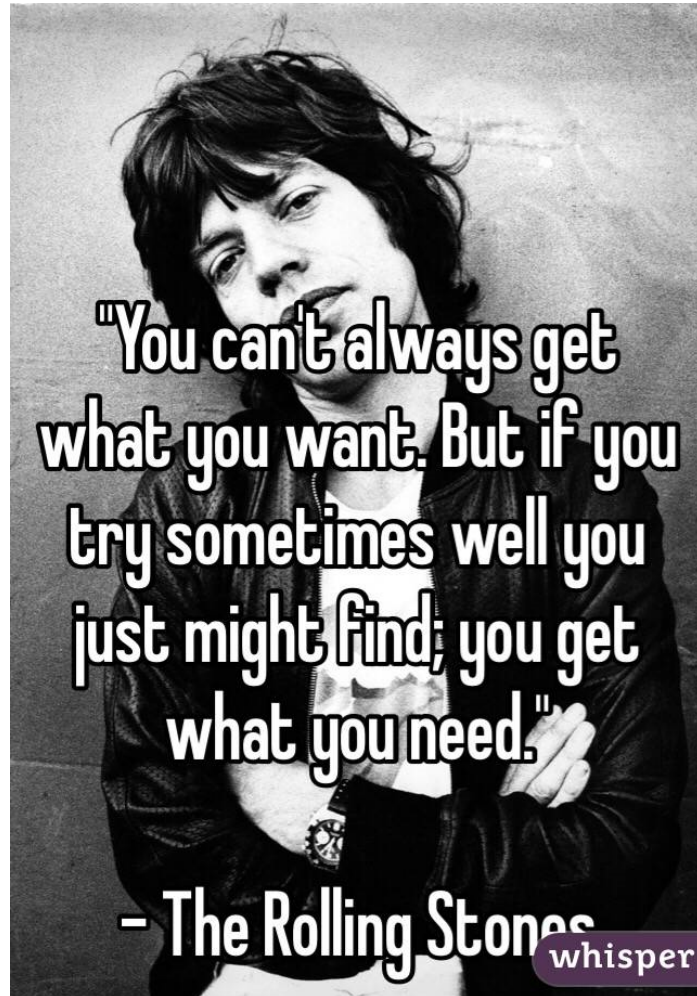
Interpersonal care/ responsiveness

Quality of care for populations:

3) Equity

4) Efficiency/productivity

Lester, Roland. Performance measurement in primary care. In Smith et al eds. (2009) Performance measurement for health system improvement. Cambridge Univ. Press; Campbell, Roland, Buetow (2000) Defining quality of care. Social Science & Medicine; 51: 1611-25.



Hur svårt kan det vara?!



Är en bättre ”nära vård” i sikte nu?

- Höga ambitioner, ett brett stöd för reformen
 - primärvården ska vara navet, bidra till en effektivare vård
 - ökad tillgänglighet, mer delaktiga patienter, ökad kontinuitet
- Begränsade konkreta resultat hittills
 - patienters erfarenheter av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet har inte förbättrats
- En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte lösa grundproblemen
 - Ingen omställning i ekonomiska resurser, fortsatt brist på allmänläkare

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (2021:8) Nära vård i sikte?

1948



1968



1984



1992



1999

Regeringens proposition 1999/2000:149

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

Lena Frimåll

Propositionens huvudsakliga innehåll
I propositionens huvudsakliga innehåll...

2020

Regeringens proposition 2019/20:164

Markeringen för en nära och tillgänglig vård - en Prop. pmlivvårdsreform

Lena Hjelmqvist

Propositionens huvudsakliga innehåll
En närvarande bevakning av hälsa i hälso- och sjukvården...

2010



År 1948

5 000 läkare
100+ lasarett
35 000 vårdplatser
?



År 2020

40 000 läkare
60+ akutsjukhus
21 000 vårdplatser
1 200 vårdcentraler
Hemsjukvård, ASiH?

WHO Health Report 2008 – “Primary health care: now more than ever”

“left to their own devices, health systems do not gravitate naturally towards the goals of health for all through primary health care”



Vad är styrning?

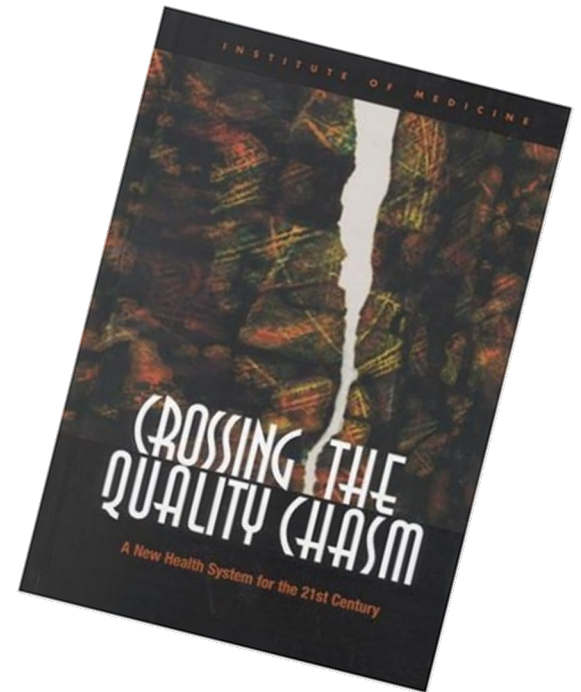
- Normer
- Uppföljning
- Ansvarsutkrävande
("accountability")

- Byråkratisk styrning
- Marknadsmekanismer
- "Professionella drivkrafter"

Smith PC, Anell A, Busse R, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy 2012; 106(1): 37-49.

Vad är värdebaserad vård/ styrning?

- Fokus på resultat/utfall ("outcome")
- Kvalitetsdriven konkurrens
- Kvalitetsdrivna ersättningsystem (P4P)
- Organisering efter patientprocesser



Många ersättningsprinciper, alla har brister

Princip	Exempel på brister
Lön/budget	Gör så lite som möjligt för så få som möjligt
Kapitering (per listad)	Gör så lite som möjligt för så många som möjligt
Per besök/ case	Gör så många besök/case som möjligt, oavsett nytta
Målbaserat (P4P)	Uppfyll de mål som belönas, men inte mer och så lite som möjligt i övrigt

Ersättningsprinciper i primärvården 2021

- Kapitationsersättning dominerar (än mer än tidigare)
- Riskjustering (ålder, CNI, ACG etc) blir väsentligt
- Vilken betydelse har justering utifrån CNI? Mer vård efter behov?

Anefl et al. BMC Health Services Research (2018) 18:179
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2983-3>

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices?

Anders Anefl¹, Margareta Dackehag^{2*} and Jens Dietrichson³

Abstract

Background: Providing equal access to health care is an important objective in most health care systems. It is especially pertinent in systems like the Swedish primary care market, where private providers are free to establish themselves in any part of the country. To improve equity in access to care, 15 out of 21 county councils in Sweden have implemented risk-adjusted capitation based on the Care Need Index, which increases capitation to primary care centers with a large share of patients with unfavorable socioeconomic and demographic characteristics. Our aim is to estimate the effects of using care-need adjusted capitation on the supply of private primary care centers.

Method: We use a dataset that combines information on all primary care centers in Sweden during 2005–2013, the payment system and other conditions for establishing new primary care centers used in the county council, and demographic, geographic, and socioeconomic variables for low-level geographic areas. To estimate the effects of care-need adjusted capitation, we use difference-in-differences models, contrasting the development over time between areas with and without risk-adjusted capitation, and with high and low Care Need Index values.

Results: Risk-adjusted capitation significantly increases the number of private primary care centers in areas with relatively high Care Need Index values. The adjustment results in a changed distribution of private centers within county councils; the total number of private centers does not increase in county councils using care-need adjusted capitation. The effects are furthermore increasing over the first three years after the implementation of such capitation, and concentrated to the lower and middle range of the group of areas with high index values.

Conclusions: Risk-adjusted capitation based on the Care Need Index increases the supply of private primary care centers in areas with unfavorable socioeconomic and demographic characteristics. More generally, this result indicates that risk-adjusted capitation can significantly affect private providers' establishment decisions.

Keywords: Primary health care, Establishment, Equal access, Private provision, Risk-adjusted capitation, Sweden

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE
2021, VOL. 39, NO. 3, 289–295
<https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1928836>

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

ORIGINAL ARTICLE

OPEN ACCESS [Check for updates](#)

Weak association between socioeconomic Care Need Index and primary care visits per registered patient in three Swedish regions

Anders Anefl¹, Margareta Dackehag¹ and Lina Maria Ellegård²

¹Department of Business Administration, Lund University, Lund, Sweden; ²Department of Economics, Lund University, Lund, Sweden; ³Department of Economics, Lund University and Faculty of Business, Kristianstad University, Kristianstad, Sweden

ABSTRACT

Objective: The objective was to examine the association between primary care consultations and a Care Need Index (CNI) used to compensate Swedish primary care practices for the extra workload associated with patients with low socioeconomic status.

Design: Observational study combining graphical analysis with linear regressions of cross-sectional administrative practice-level data.

Setting: Three Swedish regions, Västra Götaland, Skåne and Östergötland (3.5 million residents). Outcomes were measured in February 2018 and the CNI was computed based on data for 31 December 2017.

Subjects: The unit of analysis was the primary care practice ($n = 390$).

Main outcome measures: i) Number of GP visits per registered patient; ii) Number of nurse visits per registered patient; iii) Number of morbidity-weighted GP visits per registered patient; iv) Number of morbidity-weighted nurse visits per registered patient.

Results: The linear associations between the CNI and GP visits per patient were positive and statistically significant ($p < 0.01$) for both the unweighted and weighted measure in two regions, but the associations were mainly due to 10 practices with very high CNI values. The results for nurse visits varied across regions.

Conclusions: For most levels of the CNI, there was no association with the number of consultations provided. This result may indicate insufficient compensation, weak incentives to spend the money, decisions to spend the money on other things than consultations, or stronger competition for patients among low-CNI practices. The result of this observational study should not be taken as evidence against the possibility that the CNI adjustment of capitation may have affected the socioeconomic equity in GP and nurse visits.

KEY POINTS

- Swedish primary care practices receive extra compensation for socioeconomically deprived patients but it is unknown how this affects service provision.
- Practice-level data from three regions years 2017–2018 indicate weak or no relation between the socioeconomic burden and the number of physical consultations per patient.
- Results are similar when adjusting for patients' morbidity levels, suggesting that the weak gradient was not explained by longer consultations.
- The exception is that a small number of practices with very high burdens provide more consultations per patient.
- The results may reflect insufficient compensation, lack of incentives, or funds being spent on other things than consultations.

ARTICLE HISTORY

Received 12 August 2020
Accepted 11 April 2021

KEYWORDS

Family practice; health economy; health services research; quality development; statistics; Care Need Index; risk-adjusted payment

”Ersättningsprinciper i
vården är en hygienfaktor!
Motivation till utveckling av
kvalitet och nya
arbetsformer ska hämtas
från professionella
drivkrafter!”

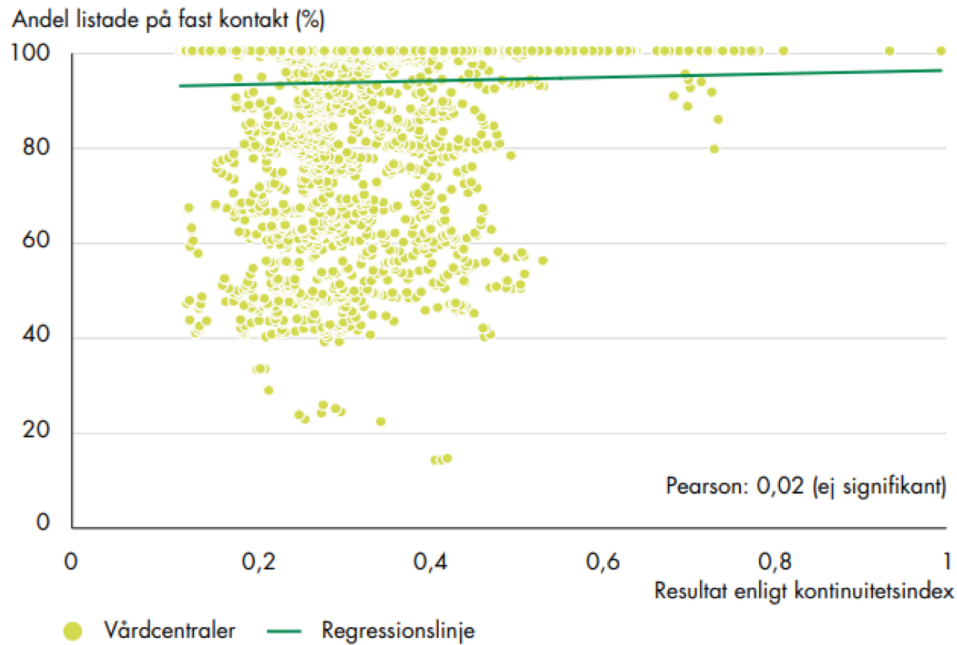
Valfri bild

Valfritt partinamn

Kontinuitet och fast läkarkontakt

- Regeringens mål enligt Överenskommelse om God och nära vård 2021
 - ”Senast vid utgången av 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent.” (s. 23)
- 39 procent av patienterna uppgav att de hade fast läkarkontakt på sin vårdcentral år 2020

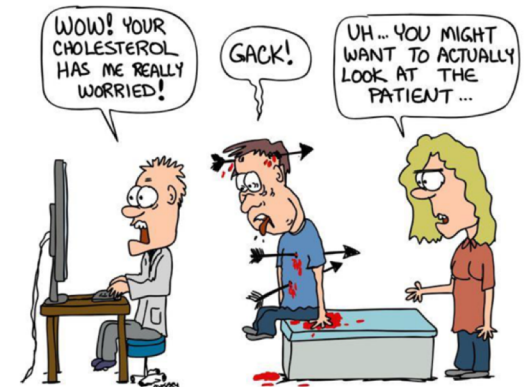
Figur 12. Samband mellan vårdcentralernas andel listade på fast läkarkontakt och resultat i kontinuitetsindex (för alla patienter, gäller läkare) i Region Västra Götaland.



Not: Sambandsdiagrammet gäller två mått på kontinuitet. Det visar inget signifikant samband, Pearson: 0,0229 (ej signifikant).

Källa: Data på vårdcentralnivå hämtad från Ersättningssystem och Nationell patientenkät i Region Västra Götaland.

”Reaching the target but missing the point”



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021:8)
Nära vård i sikte?, sidan 64.

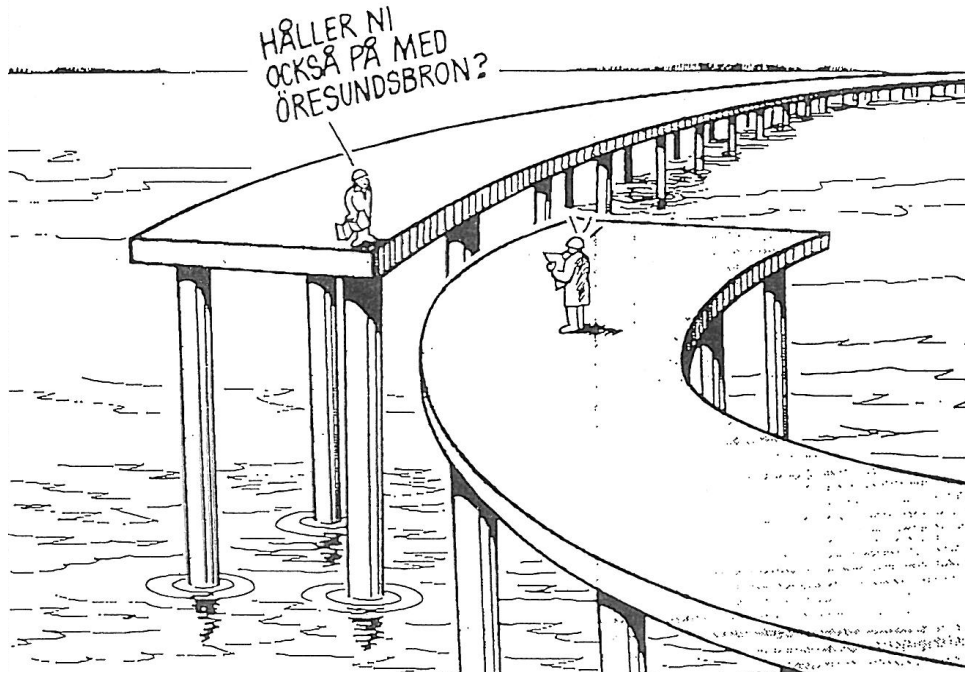
Omställning till ”nära vård” och samverkanslösningar är komplexa interventioner

- Svåra att standardisera
- Effekter och resultat beror på implementeringen
 - kompetens och förmåga; intentioner och kvalitet
- Behöver anpassas till ”kontext” (som varierar)
- Behov av utveckling/anpassning ”underifrån”

Samverkan = gränsöverskridande arbete = svårt!

- Interprofessionellt
 - mellan professioner/yrken
- Interorganisatoriskt
 - mellan organisatoriska enheter
- Intersektoriellt
 - mellan huvudmän





“Sextioårig man söker
kvinna 35-42 som ej
är åldersfixerad.”

Kontaktannons

Olika inställning till innovationer¹

- “Science, Technology and Innovation” (STI)
 - Innovationer har utvecklats av “någon annan”
 - Styrning och uppföljning fokuserar implementering (“diffusion of innovation”)
 - Reducera gap mellan evidens och praktik
- “Doing, Using and Interaction” (DUI)
 - Förbättringar i arbetsorganisation m m
 - Erfarenheter bland personal och klienter/brukare viktiga
 - Formativ inställning till uppföljning och återkoppling
 - Även lokala “targets and action plans”
 - Möjliggörande snarare än kontrollerade styrning

1. Jensen MB, Johnson B, Lorenz E, Lundvall BE. (2007) Forms of knowledge and modes of innovation. *Research Policy*; 36(5): 680-693.

Vad främjar främjar innovationer och utvecklingskraft?

- "Självinsikt"
 - Kunskap om nuläge, transparens
 - Patienters erfarenheter
- Extern kommunikation
 - Vad gör andra
- Intern kommunikation
 - Vad ska vi göra
- Ledarskap
- Tid



”Mera kunskapsstöd och
mindre kunskapsstyrning!”

Valfri bild

Valfritt partinamn

”Vi ska ha de bästa
verksamhetscheferna i
världen. Vi ska ha en
uppföljning som inkluderar
patienters erfarenheter,
transparenta jämförelser
och kollegial granskning.”

Valfri bild

Valfritt partinamn

Statligt ansvar för långsiktig finansiering rimligast och enklast

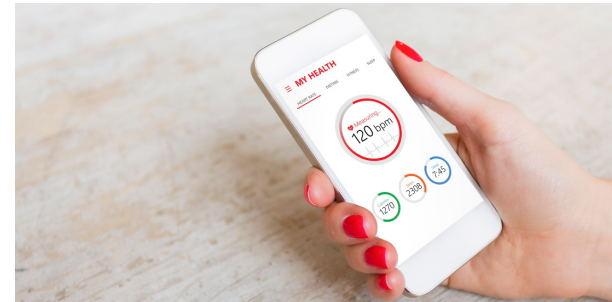
- Bör få konsekvenser för statens styrning
 - Mindre av
 - Kortsiktiga, öronmärkta satsningar
 - Mer av
 - Långsiktiga investeringar, stöd till omställning
 - Enhetliga villkor för befolkning/patienter
 - Ansvarsutkrävande



”Nära vård” skjuter ingen hare om digitala aktörer alltid är ”närmare”

Behov av stratifierat vårdval?

- Sköra äldre
- Kronisk sjukdom, äldre
- ”Sällanbesökare”



”Staten ska fokusera
långsiktiga investeringar i
bl a kompetensförsörjning
och digital infrastruktur.
Mindre fokus på kortsiktiga
öronmärkta satsningar!”

Valfri bild

Valfritt partinamn

”Mycket i vården är
regioners och kommuners
@€\$&! ansvarsområde.
Staten ska bli bättre på
ansvarsutkrävande!”

Valfri bild

Valfritt partinamn