

Översyn av ersättningsmodellen för Vårdval Kronoberg



1	BAKGRUND	3
2	SAMMANFATTNING AV FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR I ERSÄTTNINGSMODELLEN	4
3	ANGREPPSSÄTT.....	6
4	UTVÄRDERING AV BEFINTLIG ERSÄTTNINGSMODELL	6
4.1	ALLMÄNT	6
4.2	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPENG	7
4.3	TÄCKNINGSGRAD	7
4.4	BESÖKSERSÄTTNING	8
4.5	AVDRAG FÖR BESÖK PÅ / JOURLÄKARCENTRAL	8
4.6	ERSÄTTNING / AVDRAG FÖR ÖVRIGA BESÖK.....	9
4.7	ERSÄTTNING FÖR VÅRD AV PATIENT FRÅN ANNAT LÄN MED FLERA.....	10
4.8	AVDRAG FÖR BESÖK HOS PRIVAT SJUKGYMNAST.....	10
4.9	AVDRAG FÖR KOSTNADER FÖR ALLMÄNLÄKEMEDEL	10
4.10	AVDRAG FÖR KOSTNADER FÖR MEDICINSK SERVICE.....	11
4.11	AVSTÅNDSTILLÄGG.....	12
4.12	TOLKERSÄTTNING	12
4.13	TILLÄGGSUPPDRAG	12
5	SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER UTIFRÅN UTVÄRDERING AV ERSÄTTNINGS- MODELLER SOM BÄTTRE BEAKTAR VÅRDTYNGD OCH SOCIOEKONOMISKA FAKTORER	13
5.1	ACG-BESKRIVNING.....	13
5.2	UTVÄRDERING AV ACG.....	14
5.3	TIDSPERIOD	14
5.4	OMFATTNING.....	14
5.5	KONTAKTER	14
5.6	PERSONALGRUPPER.....	15
5.7	VIKTNING AV PERSONER UTAN KONTAKTER	15
5.8	EKONOMISK VIKTNING	15
5.9	LÄKEMEDELSKOSTNAD	16
5.10	FÖRDELNING VÅRDTYNGDSERSÄTTNING I FÖRHÅLLANDE TILL ANNAN ERSÄTTNING	16
5.11	BARNHÄLSOVÅRD	16
5.12	ÖVRIGT	16
6	CNI- BESKRIVNING.....	16
7	FÖRSLAG TILL NYA ERSÄTTNINGAR.....	17
7.1	PROVTAGNINGAR	17
7.2	SÄRSKILDA BOENDEN.....	18
7.3	DELTAGANDE I UTVECKLINGSARBETEN	18
7.4	HANDLEDNING AV STUDENTER.....	18
7.5	AT / ST-TJÄNSTER MM	19
7.6	HEMBESÖK	19
7.7	MÅLRELATERADE MÅTT (KVALITETSMÅTT).....	19
7.8	FÖREBYGGANDE VÅRD.....	20
8	KONSEKVENSER FÖR ADMINISTRATION OCH ORGANISATION.....	20
9	INFÖRANDEPLAN.....	20
10	BILAGOR.....	21
10.1	PRODUCERADE BESÖK.....	21
10.2	KONSUMERADE BESÖK.....	22
10.3	BESÖK PÅ JOURLÄKARCENTRAL	23
10.4	TÄCKNINGSGRAD	24
10.5	TILLGÄNGLIGHET	25
10.6	ANDEL BESÖK INOM VÅRDGARANTINS 7 DAGAR - MARS 2010	26
10.6	KOSTNADER FÖR ALLMÄNLÄKEMEDEL 12-MÅNADER (MARS 2010).....	27
10.7	KOSTNADER FÖR MEDICINSK SERVICE.....	28
10.8	EXTERN PROVTAGNING	29
10.9	CNI.....	30

1 Bakgrund

Landstinget införde den 1 mars 2009 Vårdval Kronoberg. En ersättningsmodell togs fram som stöd för styrning och utveckling av vårdvalskonceptet. I landstingsstyrelsens beslut om införande av vårdval uttalades att ersättningsmodellen löpande ska utvärderas och utvecklas. I beslutet uttrycktes särskilt att hälso- och sjukvårdspengen, som idag grundas på endast ålder, bör utvecklas så att den bättre speglar vårdtyngd och socioekonomiska faktorer.

Ersättningsmodellen har tillämpats i ett och ett halvt år och en arbetsgrupp har fått i uppdrag av ekonomidirektören att utreda om dagens ersättningssystem fungerar som ett stöd för styrning och utveckling av vårdvalskonceptet. Gruppen har fått ett specifikt uppdrag att utvärdera ersättningsmodeller som bättre beaktar vårdtyngd och socioekonomiska faktorer. Ersättning för behandling / omhändertagande av gruppen multisjuka ska särskilt uppmärksammas. Modellen ska inte medföra ökad administration.

Nuvarande ersättningsmodell innehåller:

- Hälso- och sjukvårdspeng.
- Ersättning/avdrag utifrån täckningsgrad.
- Besöksersättning.
- Regleringar för besök på annan vårdcentral än där man är listad, på jourläkarcentralen, besök hos annan vårdgivare som t ex sjukgymnast, primärpsykiatrisk/psykosocial resurs, arbetsterapeut, besök hos privata sjukgymnaster.
- Ersättning för besök av asylsökande, patient från annat landsting eller utländska patienter
- Avdrag för listades besök på primärvårdsnivå i annat landsting.
- Avståndstillägg.
- Tolkersättning.
- Tilläggsuppdrag (familjecentral, läkemedelsgenomgångar).

2 Sammanfattning av förslag till förändringar i ersättningsmodellen

Vid utformningen av en förändrad ersättningsmodell har arbetsgruppen arbetat med ett ställningstagande till varje enskild del i modellen men också strävat efter att se modellen som en helhet. Nya ersättningar syftar till att möta den kritik som idag framförs mot orättvisor i systemet och därmed vinna en större acceptans för ersättningsmodellen. Införandet av nya ersättningar innebär i sig ingen förändring av grunduppdraget. Förslag till ersättningsmodell är sammantaget kostnadsneutralt i förhållande till nuvarande budget.

Arbetsgruppen föreslår att:

- Dagens kapitering med en hälso- och sjukvårdspeng, som utgör ca 90 % av den totala ersättningen är baserad på enbart ålder. I förslaget ersätts hälso- och sjukvårdspengen med ACG och CNI som väger in vårdtyngd respektive socioekonomi. Förslaget är att nu fördela ACG och CNI enligt relationen 90/10.
- En särskild ersättning föreslås utgå för barn inom BVC med sammantaget 11 000 kr under barnets första sex år. Total kostnad beräknas till 16 mkr.
- En särskild ersättning införs på 50 kronor per listad medborgare som ersättning för förebyggande vård. Ersättningen inkluderar även det företrädskap vårdcentralen har för alla listade vid vårdcentralen oavsett om besök gjorts där eller inte.
- Ersättning / avdrag utifrån vårdcentralernas egen täckningsgrad i relation till vårdcentralernas snitt ökas till att bli cirka tre gånger dagens nivå. En ökad ersättning alternativt avdrag är en följd av föreslagen tillämpning av ACG men är också ett förslag till att öka incitamenten till att vården ska ske på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Arbetsgruppens uppfattning är att dagens ekonomiska reglering inte står i proportion till den belastning som följer av att öka produktionen. Förslaget innebär ingen förändrad kostnad totalt sett.
- Med motivet att Landstinget Kronoberg ska vara ett kvalitetsstyrt landsting minskas besöksersättningen från 120 till 100 kronor. Friställda medel (ca 10 mkr) omdisponeras till ersättningar för uppnådda kvalitetsmål.
- Avståndstillägg till vårdcentraler långt ifrån lasarett och / eller små enheter ökas från dagens 5 mkr till 15 mkr. Arbetsgruppen menar att dagens ersättning korrelerar dåligt med vårdcentralernas faktiska skillnader i kostnader till följd av storlek och geografi. Ett ökat avståndstillägg är av stor betydelse för att säkerställa att dagens vårdstruktur med utbudspunkter över hela länet kan behållas.
- En särskild ersättning för extern provtagning föreslås med 100 kronor per provtagning. Antalet externa provtagningar varierar mycket mellan de olika vårdcentralerna. Vårdcentraler belägna långt ifrån lasarett har betydligt fler externa provtagningar än vårdcentraler nära lasarett. Uppdraget fördelas därmed olika mellan vårdgivare.

- En särskild ersättning för läkarmedverkan på särskilda boenden föreslås. Arbetsgruppen föreslår att ansvaret för särskilda boenden i högre grad än idag ska fördelas i förhållande till vårdcentralens antal listade. Skillnader i uppdrag kommer trots allt att bestå varför en särskild ersättning motsvarande totalt ca 10 mkr föreslås.
- En ersättning för deltagande i vissa definierade utvecklingsarbeten föreslås. Arbetsgruppen noterar att det idag kan vara svårt att bemanna projekt och kommittéer och att arbetsfördelningen inte fördelas i relation till vårdcentralernas listning. För handledning av studenter på eftergymnasial nivå föreslår arbetsgruppen att ersättning utgår. Ersättningar föreslås motsvarande totalt ca 10 mkr.
- Dagens reglering på 1000 kr per besök på jourläkarcentral föreslås vara kvar.
- Dagens ersättningar (500,400,200 kr) för besök där en vårdcentral / mottagning ger vård till patient som är listad vid annan vårdcentral föreslås vara kvar.
- Vårdcentralens kostnadsansvar för listade patienters besök hos privata sjukgymnaster med offentlig finansiering föreslås ligga kvar. Avdrag sker med 400 kr för enskilt besök och 200 kr för gruppbesök.
- Ingen förändring föreslås av kostnadsansvar för läkemedelskostnader.
- Arbetsgruppen föreslår en ökad andel rörlighet i kostnaden för medicinsk service.
- Fördelning av AT / ST-resurser ska ske så att den inte löper risk att snedvrیدا konkurrenssituationen. Samtidigt ska landstinget värna om den långsiktiga läkarförsörjningen. Om en jämn fördelning inte uppnås föreslås en förändring av ersättningssystem för AT / ST-tjänster.
- Besök i patientens hem ingår i grunduppdraget. I budget för 2011 har 2 mkr anslagits för förebyggande hembesök hos äldre. Under förutsättning att dessa medel lyfts in i vårdvalet föreslår arbetsgruppen att särskild ersättning utgår per utfört hembesök som uppfyller de kriterier som uppställts.
- Inga förändringar / utökningar i tilläggsuppdrag föreslås.
- Arbetsgruppen föreslår då CNI införs att tolkersättning upphör.
- Arbetsgruppen föreslår att ersättningsmodellen utvärderas under 2013.

3 Angreppssätt

Arbetsgruppen har inriktat arbetet på följande uppgifter:

- Löpande notering av synpunkter på dagens ersättningssystem via mail, möten i vårdvalsadministration, möten med privata och offentliga vårdgivare etc.
- Insamling av verksamhetsdata och sammanställning av ”Uppföljning av Vårdval Kronoberg” till stöd för kommande utvärderingar.
- Genomförande av en (begränsad) medicinsk revision för att utröna om skillnader finns i utförande av uppdraget i dag och om möjligt härleda dem till ersättningsmodellen.
- Genomgång av nationella och egna kvalitetsindikationer lämpliga att använda vid en målrelaterad ersättning.
- Inhämtande av kunskap och erfarenheter om ersättningsmodeller från andra landsting, deltagande i seminarier rörande ACG, möte med programleverantör, testkörningar, avstämning med läkare, förankring av modellen.
- Utvärdering av ACG och CNI.
- Utvärdering av dagens ersättningsmodell.
- Ge förslag till målrelaterade ersättningar.
- Beaktande av budget för 2011.

4 Utvärdering av befintlig ersättningsmodell

4.1 Allmänt

Utformningen av en ny ersättningsmodell har som utgångspunkt att så långt som möjligt styra mot uppsatta mål och skapa mer rättvisa förutsättningar. Vården är en komplex verksamhet vilket påverkar möjligheten att ta fram en ersättningsmodell som i alla avseenden är optimal.

I uppdragsspecifikationen till Vårdval Kronoberg beskrivs ett brett grunduppdrag. Förutsättningarna är olika beroende på skillnader i bl.a. patientsammansättning, åldersfördelning, socioekonomiska faktorer, avstånd till tätort och lasarett. Detta gör att uppdragets vårdtyngd skiljer mellan vårdcentraler. Intentionerna med vårdvalet är att uppmuntra till mångfald och därmed till olika sätt att lösa uppdraget.

Vårdvalets uppföljningsgrupp har under våren 2010 gjort en första medicinsk revision. Den var begränsad till vissa uppföljningsmått och en del slutsatser redovisas under respektive avsnitt nedan.

I utformningen av ersättningsmodellen måste såväl konkurrensneutralitet beaktas som krav på jämlik vård tillgänglig i länets samtliga delar.

Ny ersättningsmodell ska ha ett helhetsperspektiv som förutom ovanstående beaktar uppdrag som t.ex. extern provtagning, deltagande i utvecklingsarbeten och läkaransvar för särskilda boenden.

Vid utvärderingen av vårdvalet måste hänsyn tas till att vårdvalet endast varit i gång ett och ett halvt år. Vårdvalet är en process som löpande måste följas upp och utvärderas.

4.2 Hälso- och sjukvårdspeng

Nuläge

Merparten av vårdcentralernas ersättning för utförande av vårdvalets grunduppdrag utgörs av en hälso- och sjukvårdspeng (ca 90 % av total ersättning).

Dagens hälso- och sjukvårdspeng baseras på en åldersrelaterad kapitering. Hälso- och sjukvårdspengen är baserad på en beräknad snittkostnad för en kronobergare. Denna har sedan viktats baserad på besöksstatistik, läkemedelskonsumtion och utnyttjande av medicinsk service för olika åldersgrupper.

Ersättning utgår oavsett om medborgaren nyttjar vården eller inte.

Hälso- och sjukvårdspengen är dimensionerad för att vårdcentralerna ska få ekonomiska förutsättningar för att kunna ta ett kostnadsansvar för all vårdkonsumtion på primärvårdsnivå utanför sjukhusen, för de medborgare som valt vårdcentralen. Kostnadsansvaret omfattar förutom vård och omhändertagande hos den valda vårdcentralen även ett kostnadsansvar för besök hos de med vårdcentralen samverkande aktörerna, hos offentligt finansierade privata sjukgymnaster, vid jourcentraler och hos övriga vårdcentraler inom vårdvalet inklusive besök hos sjukgymnastheterna i Växjö och Ljungby samt besök vid vårdcentraler utanför länet. Kostnadsansvaret omfattar även all förskrivning av allmänläkemedel och inom vårdvalet nyttjad medicinsk service till vårdcentralens listade patienter.

En privat vårdcentral får momskompensation genom att hälso- och sjukvårdspengen uppräknas med 2 procent.

Utvärdering

Dagens modell beaktar inte ovannämnda skillnader i vårdtyngd, socioekonomiska faktorer etc. Gjorda studier visar att tillämpning av modeller som beaktar vårdtyngd har ett större förklaringsvärde till kostnaderna än bara åldersviktning.

Dagens kapiteringsmodell gynnar listning av friska medborgare, vilket kan innebära att bl.a. multisjuka patientgrupper riskerar att ses som en ekonomisk belastning.

Vårdcentralerna lyfter upp specifika vårdtunga insatser och vårdtunga patientgrupper vilka man inte tycker sig ha en rimlig ersättning för. En kapiteringsmodell som baseras på en snittkostnad för alla patienter har i dessa diskussioner låg acceptans.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår en ersättningsmodell som baseras på ACG och CNI. (Se vidare under avsnitt ACG och CNI).

4.3 Täckningsgrad

Nuläge

En vårdcentral erhåller en särskild ersättning alternativt avdrag utifrån hur stor andel av vårdcentralens listade medborgares totala konsumtion av öppen hälso- och sjukvård som tillgodoses inom vårdvalet. Beräkningen gäller endast för vård konsumerad i länet. Vårdcentralens ersättning / avdrag utgår ifrån den egna

täckningsgraden i förhållande till genomsnittlig täckningsgrad. Målet är att en högre andel av samtliga öppenvårdsbesök ska ske inom vårdvalet. Därmed tillgodoses även att vården sker på lägsta effektiva omhändertagande nivå (LEON).

Utvärdering

Under vårdvalets första verksamhetsår har täckningsgraden trots en ökad produktion legat relativt konstant. En höjning av täckningsgraden förutsätter därför inte bara att antalet besök inom primärvården ökar utan dessutom att en överflyttning av besök sker från övrig hälso- och sjukvård till primärvården, vilket förutsätter en politiskt styrning.

De ekonomiska konsekvenserna av dagens nivå på ersättning / avdrag är inte tillräckligt märkbara för vårdcentralerna, vilket får till följd att patienterna medges söka vård på en högre vårdnivå än vad som är medicinskt nödvändigt.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att ersättning / avdrag ökas. Effekten blir ca tre gånger dagens nivå.

4.4 Besöksersättning

Nuläge

Besöksersättning utgår för besök inom ramen för grunduppdraget oavsett vårdgivarens yrkeskategori. Ersättningen är idag 120 kr per besök.

Utvärdering

Under vårdvalets första verksamhetsår har produktionen ökat med ca 10 % (bil 10.1). Efter en relativt kraftig ökning initialt har besöksvolymerna för läkar- och sköterskebesök nu stabiliserats runt föregående års nivå. Besök till sjukgymnast har ökat under 2010. Enbart besöksersättning är inte incitament nog att för öka antalet besök.

De övergripande målen för vården är god tillgänglighet, hög kvalitet och att patienten upplever vården som god. De ekonomiska incitamenten bör utgå ifrån dessa mål.

Förslag

Utifrån Landstinget Kronobergs vision att vara ett kvalitetsstyrt landsting föreslår arbetsgruppen omfördelning av ersättning från rörlig besöksersättning till ersättning för uppnådda kvalitetsmål motsvarande 10 mkr. Besöksersättningen sänks från 120 kr till 100 kr per besök.

4.5 Avdrag för besök på / jourläkarcentral

Nuläge

Vid besök på jourläkarcentral sker avdrag med 1 000 kr på den vårdcentral där patienten är listad. En målsättning i vårdvalet är att öka tillgängligheten på vårdcentralerna och minska besöken på jourläkarcentralerna.

Utvärdering

Dagens avdrag på 1 000 kr per besök på jourläkarcentral motiverar vårdcentraler att arbeta för att minska antalet besök. Besöken på jourläkarcentralerna styrs såväl av patientens eget val som av avstånd till jourläkarcentral. Det ekonomiska incitamentet är sålunda endast till viss del avgörande för utfallet. (se bilaga 11.3)

Förslag

Arbetsgruppen anser att dagens reglering på 1 000 kr per besök på jourläkarcentral ska vara kvar.

4.6 Ersättning / avdrag för övriga besök**Nuläge**

När en vårdcentral / mottagning ger vård till patient som är listad vid annan vårdcentral, erhålls ersättning för dessa besök (500/400/200 kr). Vid den vårdcentral där patienten är listad sker motsvarande avdrag. Ersättning möjliggör för patienten att nyttja rätten till ett fritt vårdsökande.

Vårdcentraler / mottagningar inom vårdvalet kan samverka och komma överens om en annan ekonomisk ersättning än vad som anges i den ekonomiska regleringen i övrigt.

Målsättningen i vårdvalet är att primärt uppfylla grunduppdraget för listade vid vårdcentralen.

Utvärdering

Efter ett och ett halvt år med vårdvalet är antalet besök till och från annan vårdcentral generellt sett relativt små. I dessa flöden inkluderas icke-listade. Flera vårdcentraler har också ett samarbete som gör att listad patient går på annan vårdcentral. För sjukgymnastik och psykosocial vård finns idag en tendens hos vissa vårdcentraler att tillhandahålla ett vårdutbud som överstiger den egna enhetens vårdbehov och där avsikten istället är att behandla andra vårdcentralers listade patienter.

Arbetsgruppen är medveten om att utbyggnaden av vårdutbudet vid vissa vårdcentraler är en följd av en relativt hög ersättning för att ta emot andra vårdcentralers listade patienter. Arbetsgruppen tar inte ställning till om detta är en önskad utveckling.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att dagens ersättningar på 500/400/200 kr ska ligga kvar då det möjliggör patienters rätt till det fria vårdsökandet.

På sikt bör en differentiering av ersättningen för sjukgymnastikbesök införas. Arbetsgruppen anser att ersättningen för sjukgymnastik inom vårdvalet skall ligga i nivå med den ersättning som utgår till privata sjukgymnaster enligt nationella taxan.

4.7 Ersättning för vård av patient från annat län med flera

Nuläge

För vård av patient från annat län, asylsökande med giltigt LMA-kort samt patienter från annat land utgår ersättning enligt den så kallade utomlänstaxan. Taxorna fastställs och revideras årligen av Södra regionvårdsnämnden. För 2010 utgår 1 300 kronor för ett läkarbesök, 530 kronor för sjukvårdande behandling och 295 kronor för provtagning som görs utan samband med annan öppen eller sluten vård.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår fortsatt följsamhet till Södra regionvårdsnämndens prislista.

4.8 Avdrag för besök hos privat sjukgymnast

Nuläge

Vårdcentralen har ett kostnadsansvar för listade patienters samtliga besök som görs hos privata sjukgymnaster med offentlig finansiering. Avdrag sker med 400 kr för enskilt besök och 200 kr för gruppbesök.

Utvärdering

Utnyttjandet av de privata sjukgymnasterna varierar med mellan 0,03 – 0,37 besök per listad (12-månader). Utfallet är i hög grad kopplat till om man vid vårdcentralen har tillgång till egna sjukgymnaster eller inte men också hur utbudet av privata sjukgymnaster ser ut på orten.

Verksamhetschefer i såväl privat som offentlig verksamhet framför på verksamhetsuppföljningsmöten kritik mot dagens kostnadsansvar för besök hos privat sjukgymnastik. Kritiken avser dels åsikter om vårdens innehåll dels det faktum att omfattningen av antal besök inte kan påverkas.

Förslag

Arbetsgruppen anser att en djupare analys av orsakerna till den höga konsumtionen av sjukgymnastik som vissa vårdcentralers listade har, måste ske innan en förändring görs av dagens ekonomiska reglering.

Arbetsgruppen föreslår att dagens kostnadsansvar skall kvarstå då nyttjandet av privata sjukgymnaster kan vara en följd av egen bemanning och vårdupplägg. Vårdcentralerna bör också ta ett aktivt ansvar även för dessa patienter genom t.ex. en dialog med de privata sjukgymnasterna.

På sikt bör en differentiering av ersättningen för sjukgymnastikbesök införas.

4.9 Avdrag för kostnader för allmänläkemedel

Nuläge

Vårdcentralen har ett kostnadsansvar för de läkemedel som behövs i vårdcentralens verksamhet, samt för förskrivna allmänläkemedel som vårdcentralens listade medborgare konsumerar oavsett förskrivare (vid sjukhus, privat specialist eller

förskrivare i annat län). Definition av allmänläkemedel finns tillgänglig via läkemedelskommitténs hemsida.

Utvärdering

Kostnaden för allmänläkemedel är mellan 25 och 30 % av en vårdcentralers bruttokostnader, endast personalkostnaderna är större. Relativt sett små variationer i läkemedelskostnader mellan vårdcentralerna kan således ändå innebära en betydande resultatpåverkan för den enskilda vårdcentralen.

I samband med bokslut 2009 uppmärksammades att några vårdcentraler genererade underskott just på grund av läkemedelskostnader. Med anledning av detta genomfördes en analys för att undersöka nuvarande fördelningsmodellens förmåga att beakta olikheter i läkemedelskonsumtionen.

Analysen fokuserade på samband mellan kostnader, ålder, följsamhet mot rekommendationslista, egen / annans förskrivning, CNI och resultat i kvalitetsregister. Sammanfattningsvis kan sägas att en tydlig bild är svår att få då vårdvalet är relativt nytt och fortfarande befinner sig i en anpassningsfas. Kostnaderna visade sig i stort variera med den listade populationens ålder, men att enbart fördela resurserna efter ålder är ändå otillräckligt. Övriga parametrar visade inget tydligt samband med vårdcentralernas kostnadsbild. Analysen gav heller inte något belegg för felaktigt beteende i användning eller förskrivning av allmänläkemedel.

Kritik har framförts mot modellen då kostnadsansvaret för allmänläkemedel belastar primärvården oavsett var läkemedlet skrivs ut.

Dagens modell möjliggör för patienten att få sitt läkemedelsbehov tillgodosett vid ett och samma tillfälle. Genom primärvårdens kostnadsansvar motiveras vårdcentralerna att ha en dialog med övriga vården.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår inte någon förändring av hantering av läkemedelskostnader.

Stora skillnader finns mellan vårdcentraler vad gäller läkemedelskostnad per listad (se bilaga 11.6). En djupare medicinsk analys behövs för att utvärdera detta.

4.10 Avdrag för kostnader för medicinsk service

Nuläge

Vårdcentralen har ett kostnadsansvar för medicinsk service. Vårdcentralen ska använda sig av Landstinget Kronobergs medicinska service. Vårdcentralernas kostnad för medicinsk service utgörs av en hög fast del (abonnemang) och en låg rörlig del.

Utvärdering

En fortsatt ökning av medicinsk service kan noteras.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår en lägre andel abonnemang för att öka incitamentet till ett

effektivare nyttjande av denna tjänst. En bättre kostnadskontroll skulle medges Medicinskt servicecentrum samtidigt som vårdcentralerna skulle kunna reducera sina kostnader genom en effektivisering.

4.11 Avståndstillägg

Nuläge

En särskild ersättning betalas ut till vårdcentraler med placering mer än 10 km från närmaste sjukhus inom länet och som uppnår 1 650 listningspoäng eller motsvarande. Tillägget ökar med avståndet och avtar med ökat antal poäng. Om vårdcentralen har 6 200 poäng eller mer utgår endast ett tillägg baserat på avstånd. Total ersättning för samtliga berörda enheter beräknas 2010 till 4,8 mkr (0,6 % av vårdvalets omsättning). Avståndstillägget är tänkt att ge viss ekonomisk kompensation för:

- Merkostnader för rekrytering på landsbygden.
- Att fasta kostnader utgör en högre andel av de små enheternas totala kostnad.
- Merkostnader som t.ex. transport av prover till laboratorier, resor till möten.

Utvärdering

Ersättningen har ett viktigt symbolvärde men storleken på ersättningen korrelerar dåligt med vårdcentralernas faktiska skillnader i kostnader till följd av storlek och geografi. Konsekvensen kan bli att mindre vårdcentraler kan få ekonomiska problem.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att modellen ses över och att det totala tillägget ökas till ca 15 mkr.

4.12 Tolkersättning

Nuläge

Vid nyttjande av förmedlad tolk erhåller vårdcentralen dubbel ersättning för uppkomna tolkkostnader.

Utvärdering

Nuvarande modell med dubbel ersättning har använts som kompensation för socioekonomiska faktorer.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår då CNI införs att tolkersättning upphör.

4.13 Tilläggsuppdrag

Nuläge

För närvarande finns två tilläggsuppdrag. Vårdcentraler ersätts för merkostnader vid deltagande i familjecentral och för genomförda läkemedelsgenomgångar.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår ingen förändring.

5 Sammanfattande reflektioner utifrån utvärdering av ersättningsmodeller som bättre beaktar vårdtyngd och socioekonomiska faktorer

5.1 ACG-beskrivning

Arbetsgruppen har utvärderat möjligheten att införa en ersättningsmodell baserad på vårdtyngd. Utvärdering har gjorts av modellen Adjusted Clinical Groups (ACG). ACG är ett uppföljnings- och ersättningssystem som utvecklats vid Johns Hopkins-universitetet i USA. ACG-grupperna har tilldelats svenska vikter genom att KPP-data från Östergötland lagts in i programmet (KPP-kostnad per patient).

ACG ingår idag i ersättningsmodellen i Region Skåne och Västra Götaland och är på gång i flera landsting.

ACG-systemet grupperar samtliga listade patienter vid en vårdcentral efter den typ av hälsotillstånd som varje medborgare befinner sig i. Grupperingen sker utifrån redan registrerade data i patientjournalen i form av patientens identitet, ålder, kön och samtliga diagnoser under en bestämd tidsperiod. Det är typen av tillstånd och kombinationerna av dem som blir avgörande för patientens tillhörighet till en specifik grupp. Besöksfrekvens eller antal vårdtillfällen saknar betydelse.

ACG-instrumentet gör en första gruppering utifrån angiven diagnoskod till 32 olika grupper av sjukdomstyper som benämns Aggregated Diagnosis Groups (ADG).

Grupperingsprincipen bygger på en indelning utifrån fem kliniska kriterier enligt nedan:

- **Varaktighet** (akut, återkommande eller kroniska tillstånd): Hur länge kommer sjukvårdsresurser att behövas för detta sjukdomstillstånd?
- **Svårighetsgrad** (mindre/stabilt kontra mer omfattande/ostabilt:) Hur intensivt måste sjukvårdsresurser sättas in för att hantera tillståndet?
- **Diagnossäkerhet** (symptom kontra uttalad sjukdom:) Kommer en diagnosevärdering att behövas eller kommer behandlingen att vara av primärt intresse?
- **Sjukdomsorsak** (infektion, skada eller annat) Vilken typ av sjukvårdsåtgärder kommer att användas?
- **Specialistvård** (medicinsk, kirurgisk, förlossning, etc.) I vilken omfattning kommer specialistvård att krävas?

Alla sjukdomar är klassificerade i enlighet med kriterierna till en av dessa 32 grupper (ADG:s).

Efter två mellansteg placeras slutligen var och en av patienterna i någon av de 93 förekommande ACG-grupperna, beroende på varje enskild patients samlade tillståndsbeskrivning. Varje patient förs således till endast en sådan grupp.

ACG-grupperna sönderfaller grovt sett i två huvudkategorier:

- Sådana som innehåller en sjukdom eller en ADG men med ålders- och könsvarianter.
- Sådana som innehåller flera ADG och där patienten alltså haft flera sjukdomar under ett år.

Frågeställningar inför beslut

Vid ett införande av ACG måste det tas beslut om följande avseende det material som ska grupperas:

- Från hur lång tidsperiod bakåt ska data hämtas – 12, 15 ,18 eller 24 mån?
- Ska diagnoserna hämtas bara från primärvården eller från all öppen vård alternativt även inkludera diagnoser från den slutna vården?
- Ska underlaget omfatta bara diagnoser som satts av läkare eller ska det omfatta även andra vårdgivarkategorier?

5.2 Utvärdering av ACG

ACG är ett system som tar hänsyn till vårdcentralernas listades vårdtyngd och därmed medför en mer rättvis fördelning av resurserna.

Arbetsgruppen är medveten om att ACG och CNI är komplexa system som är mindre transparenta än dagens ersättningsmodell men menar att fördelarna med att basera en ersättning på vårdtyngd och socioekonomiska faktorer överväger.

I arbetsgruppens förslag till ersättningsmodell utgör ACG 76 % av vårdcentralernas totala ersättningar i vårdvalet.

5.3 Tidsperiod

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att grupperingen ska ske med material från en tidsperiod på 24 månader, vilket är lite längre än andra landsting som stannat för 15 respektive 18 månader. Motivet för valet är att undvika att diagnoser upprepas för säkerhets skull. Den längre tidsperioden gör också att patienter inte onödigtvis kallas tätare bara för att patienter ska få en diagnos, t ex behöver inte vissa välkontrollerade kroniker kontrolleras varje år.

5.4 Omfattning

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att diagnoser från hela sjukvården används och inte enbart primärvårdsdiagnoser. Materialet bör omfatta även diagnoserna från den slutna vården. Bedömningen är att det ger en mer sann bild av medborgarnas totala sjuklighet. Ytterligare skäl är att primärvården har kostnadsansvar för alla basläkemedel oavsett var förskrivningen sker och att hälften av denna kostnad genereras i den övriga sjukvården.

5.5 Kontakter

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att man endast tar med diagnoser från besök och vårdtillfällen. Det är dessa kontakter som diagnossätts idag. Telefonkontakter och andra administrativa kontakter diagnossätts inte idag och administrationen ska inte

ökas. Genom att också föreslå en längre tidsperiod bedöms att det räcker med besök och vårdtillfällen.

5.6 Personalgrupper

Förslag

Förslaget är att alla personalgrupper som har besökskontakter ska tas med, det vill säga inte bara läkare utan även sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykosocial resurs med flera. De flesta personalgrupper diagnostiserar idag sina besök. Vad gäller sjuksköterskorna sker dock diagnosättning enbart på specialistsköterskemottagningarna som diabetes och astma/KOL. Flertalet besök hos sjuksköterskorna på den allmänna sjuksköterskemottagningen är kopplade till tidigare läkarbesök och har därmed redan en diagnos satt. För sjuksköterskegruppen förväntas detta medföra en något ökad administration. Arbetsgruppen menar dock att denna nackdel får vägas mot nackdelen att endast ta med läkarbesöken i grupperingen. Då föreligger risk att man väljer att kalla patienten, som mycket väl skulle kunna tagits om hand av sjuksköterskan, till läkaren istället bara för att få patienten i underlaget.

5.7 Viktning av personer utan kontakter

Förslag

Listade medborgare, som inte haft något besök eller vårdtillfälle under den aktuella tidsperioden som grupperingen sker på, erhåller i grundmodellen ingen vikt alls, eftersom de inte genererat någon form av vårdtyngd. Andel patienter som under en tvåårsperiod inte besökt någon del av vården är låg, i snitt ungefär 15 %.

Arbetsgruppen föreslår att systemet tillämpas enligt grundmodellen, vilket innebär att i den ersättning som baseras på ACG-systemet utgår ingen ersättning för de patienter som inte uppsökt vården (så kallade "non users") under aktuell tidsperiod. En generell ersättning utgår dock för alla listade som ersättning för ex förebyggande vård och företräddande för listade i olika sammanhang. Se punkt 7-8.

5.8 Ekonomisk viktning

Förslag

De svenska vikterna i ACG-modellen baseras på kostnadsdata från Östergötland. Totalt finns 24 olika viktlistor. Dessa är olika beroende på vilka kontakter som ingår i grupperingen, om det är primärvårdskostnaden eller totala sjukvårdskostnaden som viktas samt vilket tidsintervall uppgifterna baseras på. Eftersom förslaget är att använda diagnoser från hela sjukvården, föreslås att använda en viktlista som baseras på alla diagnoser och trimmade primärvårdskostnader från 2007 (2007 är den senaste versionen). Primärvårdskostnaderna i det aktuella materialet är exklusive läkemedelskostnader.

5.9 Läkemedelskostnad

Förslag

Såsom redovisats ovan ingick inte läkemedelskostnaden i framtagandet av ACG-modellens nuvarande svenska vikter. I Skånes Hälsoval som använder ACG-modellen har man under året kört en skuggbudget för läkemedlen och bedömningen är att ACG-modellen förklarar läkemedelskostnaden. Arbetsgruppen kommer att för Kronobergs del göra ytterligare simuleringar / uppföljningar för att se konsekvenserna av ett ACG-införande vad avser läkemedelsdelen.

5.10 Fördelning vårdtyngdsersättning i förhållande till annan ersättning

Förslag

Ersättningsmodellen i ett landsting kan innehålla flera komponenter och där ACG och CNI (Care Need Index, se punkt 6 nedan) kan ingå i varierande grad.

Vid ett införande av ACG behövs också en översyn av ersättningsmodellens övriga komponenter som t.ex. täckningsgrad och avstånd ersättning.

5.11 Barnhälsovård

Förslag

Arbetsgruppen anser att ACG och CNI inte ger full ersättning för barn inom BVC. Arbetsgruppen föreslår därför en ersättning med sammantaget 11 000 kr/barn under de första sex levnadsåren.

5.12 Övrigt

Vårdcentraler som har listade patienter som enbart söker vård i annat län och hos privata specialister inom länet får ingen ACG-vikt och således ingen ersättning. Arbetsgruppen finner dock att andelen patienter som inte haft någon vårdkontakt i den totala hälso- och sjukvården i Kronoberg är låg.

6 CNI- beskrivning

CNI eller Care Need Index beskriver den förväntade risken för att utveckla ohälsa baserad på socioekonomiska faktorer. CNI är en svensk metod utvecklad av professor Jan Sundqvist och medarbetare. Den har en engelsk förebild och syftar till att med utgångspunkt i socioekonomiska förhållanden mäta vårdbehov för dimensionering av primärvårdsresurser för enskilda avgränsade populationer.

Metoden bygger på att man för samtliga så kallade SAMS-områden i Sverige har kunnat bestämma förekomsten av sju socioekonomiska variabler. Genom en enkät till ett stort antal distriktsläkare som på en skala från 0 - 9 angett hur man bedömt att dessa påverkar arbetsbelastningen – har man därefter kunnat skatta betydelsen (beräknat relativa vikter) för variablerna. Dessa vikter har sedan

verifierats med empiriska data kring ökad sjuklighet i ett antal sjukdomsgrupper och förekomsten av ett antal riskfaktorer

Ingående variabler i modellen:

- Ålder över 65 år och ensamboende.
- Utlandsfödd (Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika).
- Arbetslös eller i åtgärd 16 – 64 år.
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre.
- Person 1 år eller äldre som flyttat in i området.
- Lågutbildad 25 – 64 år.
- Ålder yngre än 5 år.

Uppgifterna om enheternas CNI kan landstinget inte ta fram, då det rör sig om sekretessbelagda uppgifter från Registret över totalbefolkningen (RTB), Utbildningsregistret (UREG) och Registret över integrationsvariabler (STATIV). Landstinget skickar över uppgifter om listade per vårdcentral till SCB och får tillbaka resultatet i form av träffar för respektive variabel, vy, populationsindex, spridning runt medianen, relativt index och CNI.

Vid tillämpningen av CNI i ersättningsmodellen kan den antingen användas generellt som i Skåne, där den utgör en del av den fasta ersättningen eller som i Västra Götaland endast låta de mest belastade områdena få del av ersättningen.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att i ersättningsmodellen ska även CNI beaktas och tillämpas generellt.

Genom att komplettera ACG med CNI så tas även hänsyn till att två vårdcentraler med samma ACG och därmed samma vårdtyngd har olika resursbehov på grund av olika socioekonomiska förutsättningar.

I arbetsgruppens förslag till ersättningsmodell utgör CNI 9 % av vårdcentralernas totala ersättningar i vårdvalet.

7 Förslag till nya ersättningar

7.1 Provtagningar

Nuläge

I grunduppdraget ingår att ta externa prover (prover inför exempelvis besök på lasarett).

Utvärdering

En kraftig ökning av externa prover har skett under många år. Uppdraget har vidgats utan att ny finansiering tillskjutits. Antalet externa provtagningar varierar mycket mellan de olika vårdcentralerna. Uppdraget fördelas därmed olika mellan vårdgivare. Vårdcentraler belägna långt ifrån lasarett har betydligt fler externa provtagningar än tätortsvårdcentraler. (Bilaga 11.8)

Förslag

Skillnader i uppdrag bör beaktas och ersättas utifrån prestation.

Arbetsgruppen föreslår att externa provtagningar ersätts med 100 kr / provtagning.

7.2 Särskilda boenden**Nuläge**

Arbetsgruppen noterar att tilldelning av ansvaret för särskilda boenden i hög grad bygger på hur situationen såg ut innan vårdvalet.

Utvärdering

Nya enheter har inte ett lika omfattande ansvar. Vid tilldelning av nya boenden har detta beaktats men ännu är ansvaret olika för vårdcentralerna.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att ansvaret för särskilda boende i högre grad än idag ska fördelas i förhållande till antalet listade. En revidering av dagens tilldelning föreslås. Arbetsgruppen föreslår också att en särskild ersättning utgår för ansvaret för särskilt boende. Ersättningen syftar till att täcka kostnader för konsultation till personal på boendet och resekostnader.

Korttidsboende likställs i ekonomiskt hänseende med särskilt boende.

7.3 Deltagande i utvecklingsarbeten**Nuläge**

I grunduppdraget ingår att delta i utvecklingsarbeten, medicinska kommittéer etc. initierade av landstingsdirektören. Någon närmare redogörelse för vad som förväntas eller tidsåtgång ges inte.

Utvärdering

Successivt kan en ökad svårighet att bemanna arbetsgrupperna noteras. Vidare kan konstateras att det finns en snedvridning mot att vårdcentraler verksamma före vårdvalet tar en större andel av detta arbete än vad listningsresultatet motiverar.

Förslag

Arbetsgruppen föreslår att 10 mkr reserveras för ersättning av förlorad arbetstid. Ersättning utgår enbart för av landstingsdirektören definierade uppdrag.

Oavsett om ersättning utgår eller inte kvarstår att deltagandet är en del av grunduppdraget och målsättningen är att samtliga vårdcentraler ska delta.

7.4Handledning av studenter**Nuläge**

Handledning av studenter ingår i grunduppdraget och målsättningen är att samtliga vårdcentraler deltar.

Utvärdering

Det har uppmärksammats en ökad svårighet att fördela arbetet med handledning av studenter.

Förslag

För att höja motivationen för handledning föreslår arbetsgruppen att ur vårdvalets samlade ersättning reserveras medel till handledning av studenter.

7.5 AT / ST-tjänster mm**Nuläge**

Vårdcentraler som handleder AT/ST-tjänster belastas inte för deras lönekostnader utan finansiering sker av primärvårdens gemensamma medel. Fördelningen av AT/ST-tjänster sker idag i hög utsträckning efter de studerandes egna önskemål vilket inneburet en snedvärdering till nackdel för vårdcentraler på bl.a. mindre orter och mer perifert placerade.

Utvärdering

Dagens fördelning av AT/ST-tjänster löper risk att snedvrída konkurrenssituationen. AT/ ST-tjänster påverkar idag såväl produktion, täckningsgrad som långsiktig läkarförsörjning.

Förslag

Eftersom AT/ST-resurserna är en fri nyttinghet måste de fördelas rättvist ur konkurrensneutralitetsaspekt och samtidigt värna om landstingets långsiktiga läkarförsörjning för hela länet. Om en jämn fördelning inte kan uppnås alternativt inte är önskvärt bör AT/ST-tjänster inte längre vare en fri nyttinghet.

7.6 Hembesök**Förslag**

I budget för 2011 har 2 mkr anslagits för förebyggande hembesök hos äldre. Förslaget belopp ingår för närvarande inte i vårdvalets ekonomiska ram. Under förutsättning att dessa medel lyfts in i vårdvalet föreslår arbetsgruppen att särskild ersättning utgår per utfört hembesök som uppfyller de kriterier som uppställts.

7.7 Målrelaterade mått (Kvalitetsmått)**Förslag**

Arbetsgruppen föreslår att av vårdvalets samlade ersättning reserveras 10 mkr för ersättning av målrelaterade mått. Antalet målrelaterade mått bör begränsas till ett fåtal som över tiden kan ändras / bytas ut.

Arbetsgruppen föreslår att valet av kvalitetsmått ska ha sin utgångspunkt ur landstingets styrdokument, nationella riktlinjer, kvalitetsindikatorer i primärvård (SFAM), strategisk utvecklingsplan och budget.

Förslag till kvalitetsmått:

- Tillgänglighetsmått. Vård inom sju dagar.
- Mått rörande förskrivning av läkemedel till äldre.
- Förskrivning av vissa preparat.
- Mått rörande utnyttjande av medicinsk service och remittering till specialistvård.

7.8 Förebyggande vård

Nuläge

I grunduppdraget ingår att vårdcentralen ska medverka i folkhälsoarbetet.

Utvärdering

Det saknas idag en bra uppföljning av den förebyggande vården. Några ekonomiska incitament finns inte i dagens ersättningsmodell.

Förslag

Då landstinget i sina måldokument angivit att arbetet med förebyggande vård är prioriterat föreslår arbetsgruppen att ca 10 mkr avsätts för förebyggande arbete. Ersättning utgår med 50 kronor per listad medborgare och är avsett att förutom för förebyggande insatser täcka det företrädskap vårdcentralen har för alla listade vid vårdcentralen.

8 Konsekvenser för administration och organisation

Ett beslut i enlighet med arbetsgruppens förslag innebär att IT-stöden för ekonomisk reglering behöver anpassas. I drift torde föreslagna förändringar i ersättningsmodellen inte föranleda någon meradministration.

9 Införandeplan

Införande 1 maj 2011

Arbetsgruppen föreslår att en ny ersättningsmodell införs den 1 maj 2011. Detta ger respektive vårdcentral en rimlig möjlighet att anpassa sin verksamhet till nya förutsättningar. Under våren kommer landstingets IT-stöd för ekonomiska regleringar inom vårdalet att behöva anpassas.

Öppen redovisning av vårdcentralernas ACG och CNI

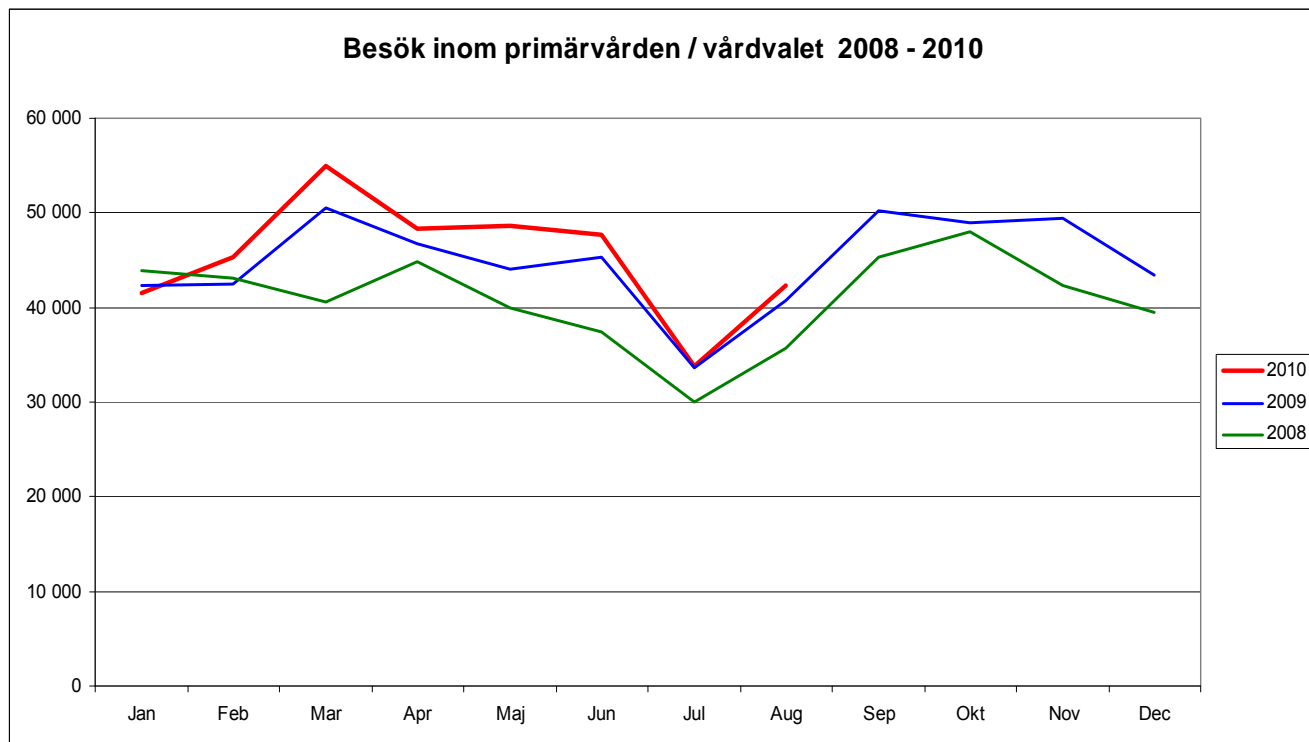
Efter beslut om införande av ett nytt system bör respektive vårdcentral omgående kunna ta del av sin ACG och CNI-vikt. Ett ställningstagande om huruvida man accepterar att fortsätta entreprenaden måste baseras på en möjlighet att bedöma ekonomin.

Utvärdering

Arbetsgruppen föreslår att en utvärdering av ersättningsmodellen genomförs under 2013.

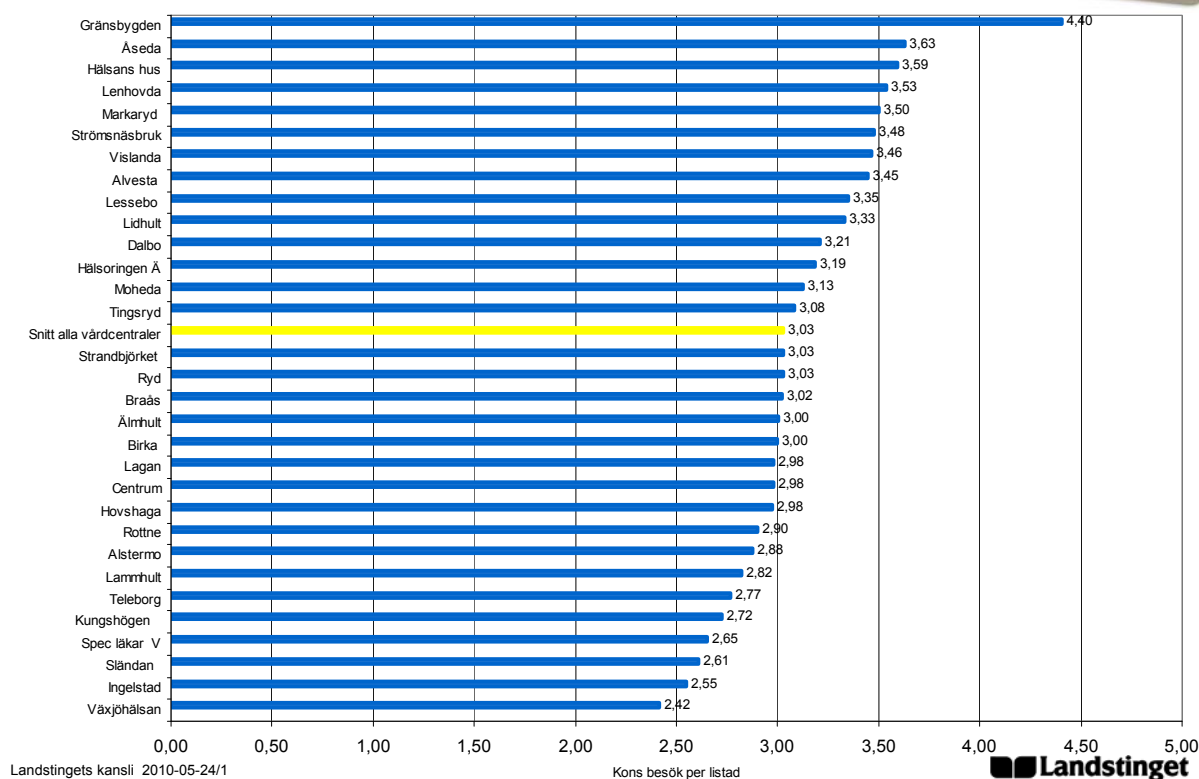
10 Bilagor

10.1 Producerade besök



10.2 Konsumerade besök

Genomsnittligt konsumerade besök inom vårdvalet per listad patient april 2009 – mars 2010

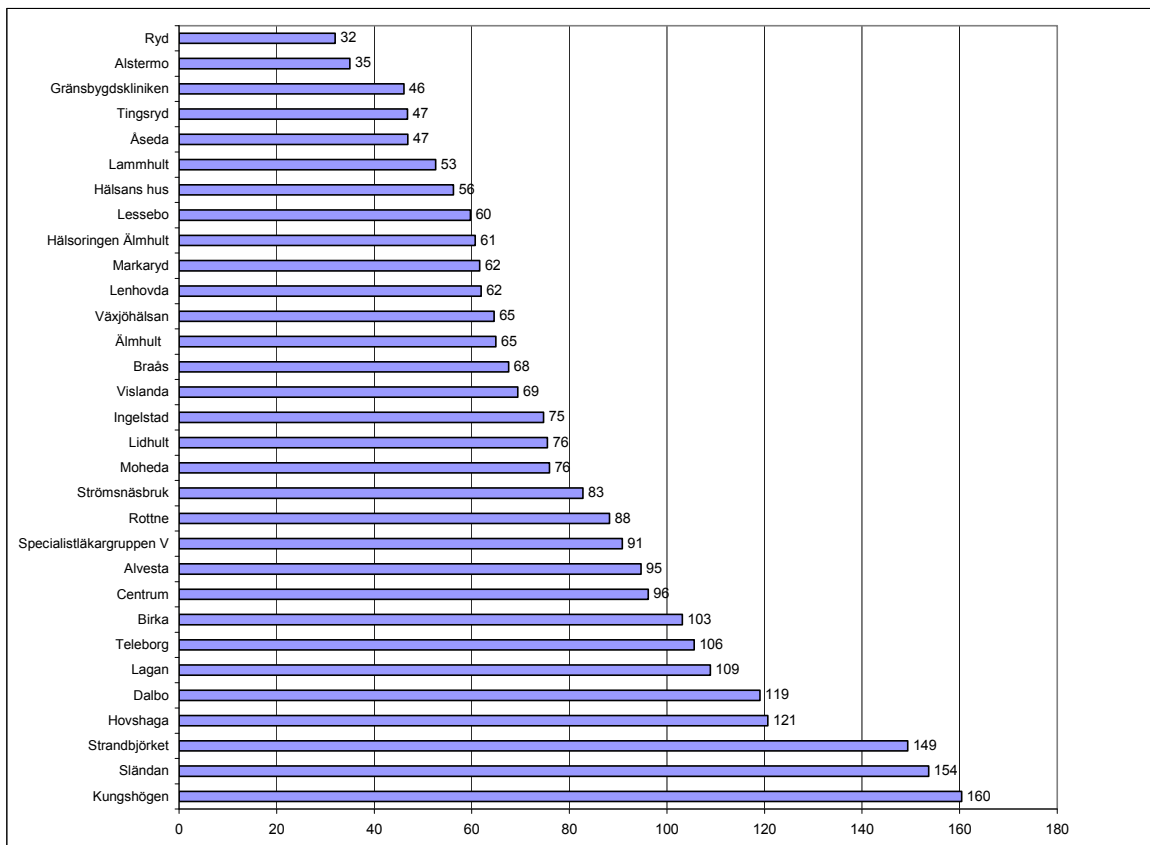


10.3 Besök på jourläkarcentral

Besök vid jourläkarcentraler

April 2009 -- Mars 2010

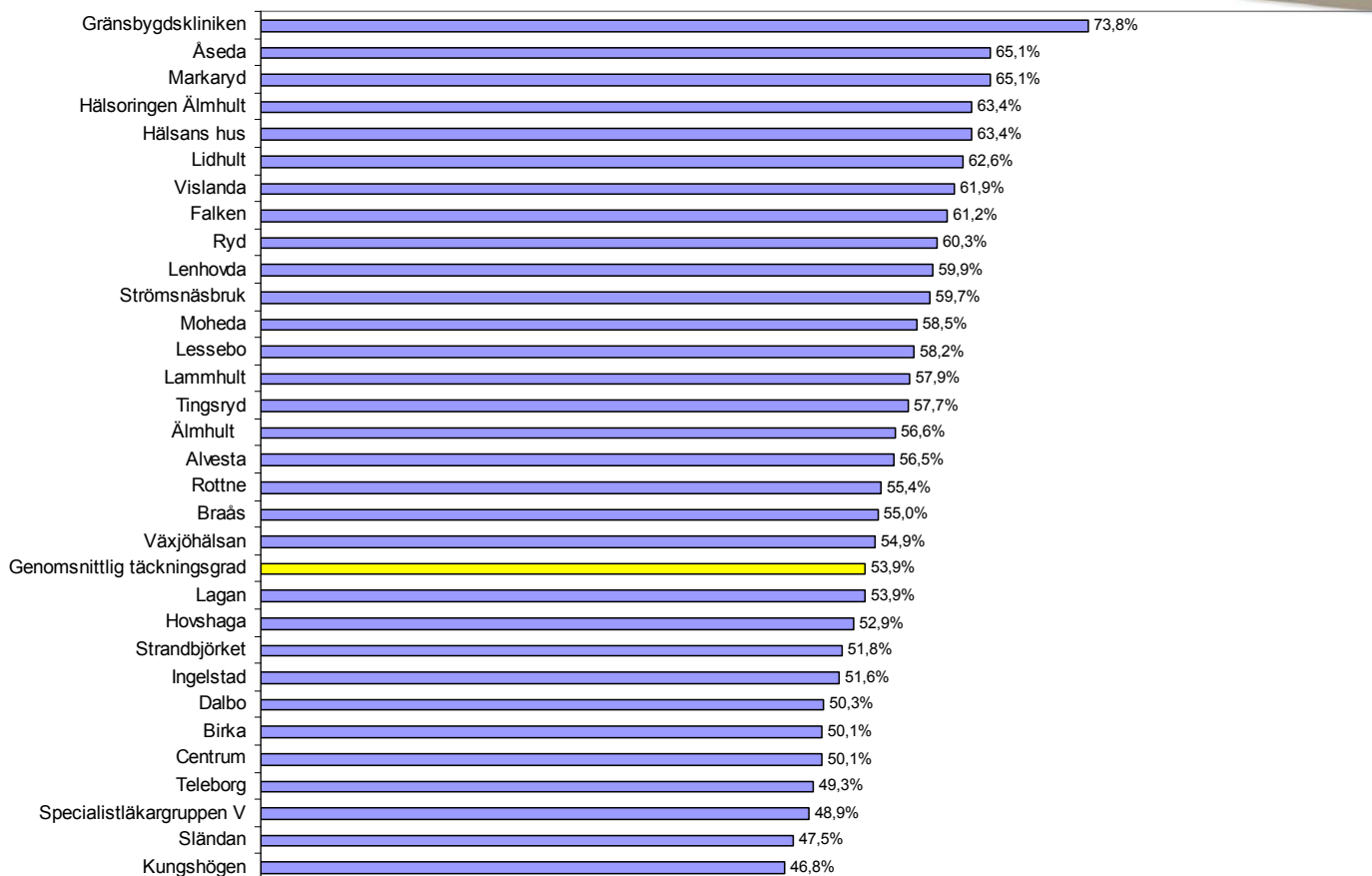
Besök per 1000 listade



10.4 Täckningsgrad

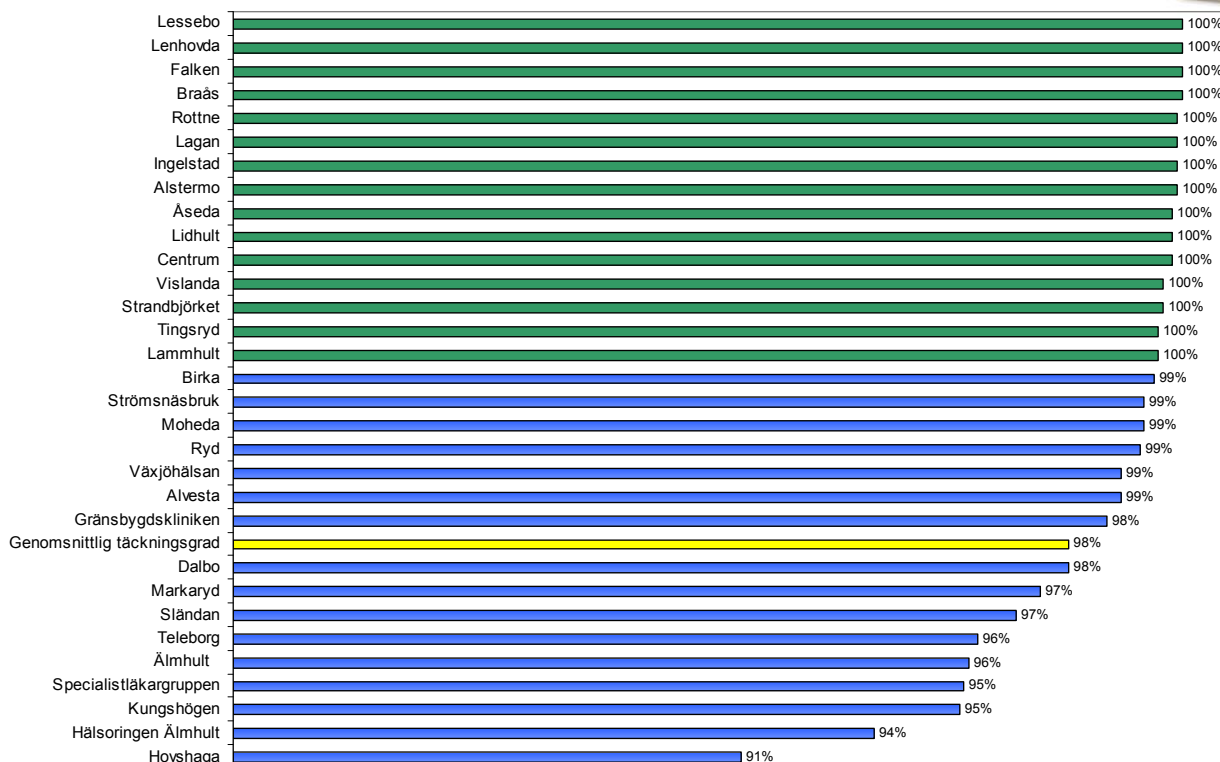
Diagram Bild 13

Täckningsgrad april 2009 – mars 2010



10.5 Tillgänglighet

Andel besvarade samtal av samtliga påringningar i Tele Q april 2009 - mars 2010



10.6 Andel besök inom vårdgarantins 7 dagar - mars 2010

Primärvård	0 dagar	1-2 dagar	3-7 dagar	Totalt
Offentlig producerad vård	71,8%	10,2%	9,9%	92,0%
Privat producerad vård	64,6%	17,8%	15,9%	98,2%
Totalt Kronoberg	69,7%	12,4%	11,7%	93,8%

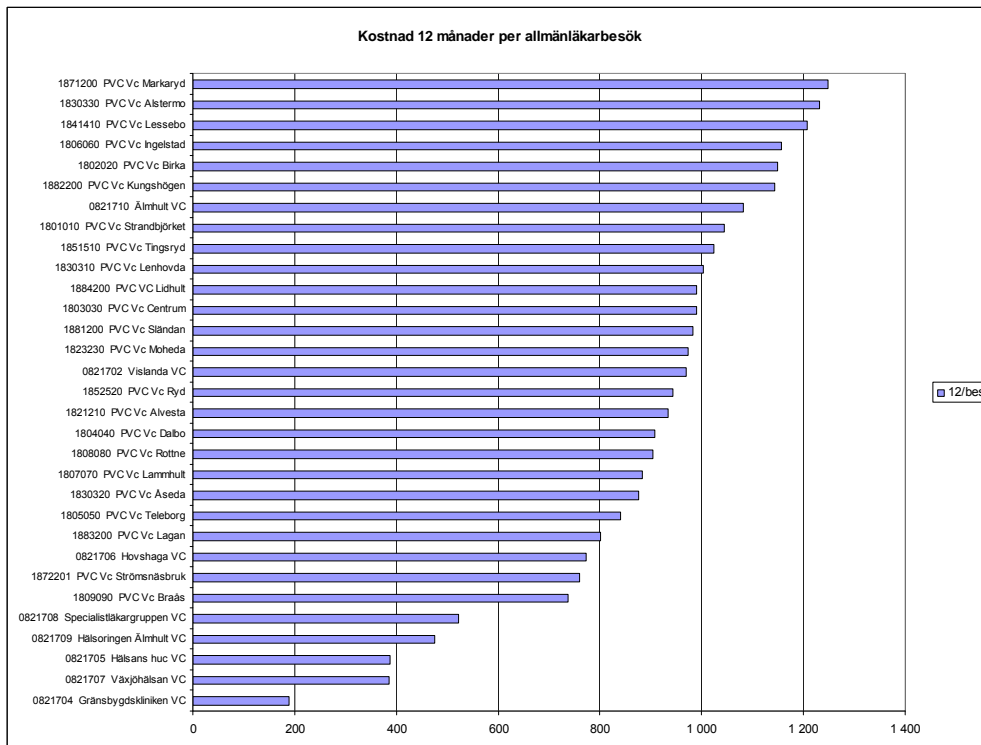
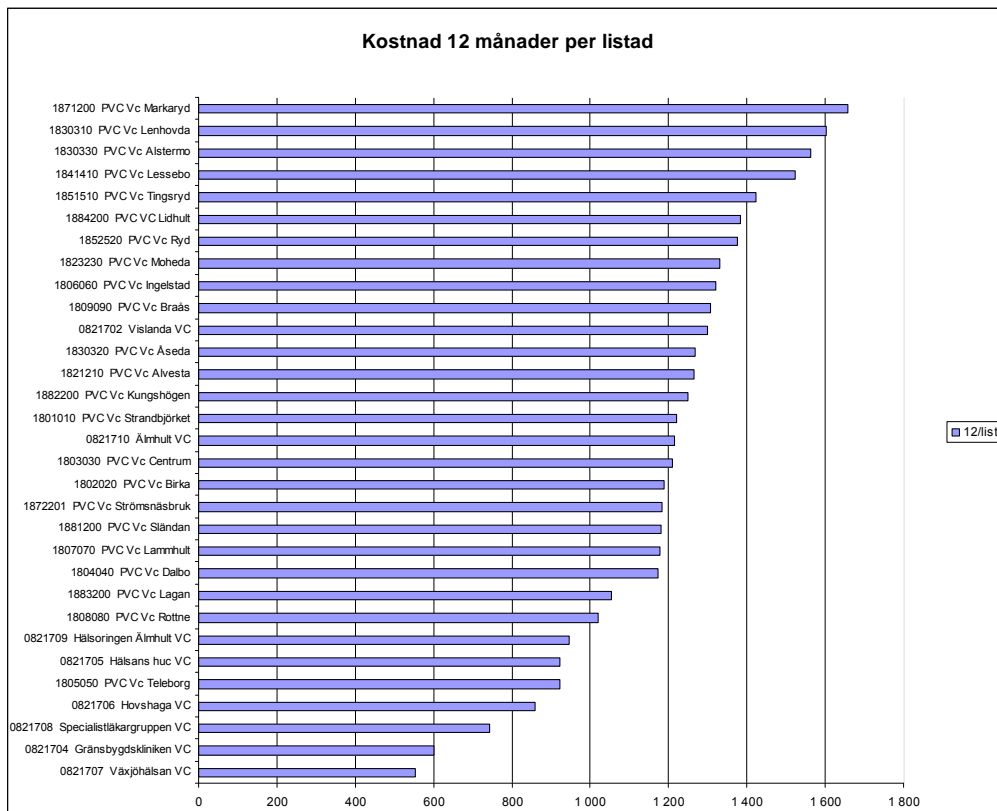
Offentligt producerad vård

Primärvård	0 dagar	1-2 dagar	3-7 dagar	Totalt
Vårdcentralen Sländan	60,8%	10,5%	9,0%	80,3%
Vårdcentralen Kungshögen	72,2%	5,1%	4,4%	81,7%
Vårdcentralen Lammhult	77,2%	5,0%	5,0%	87,1%
Vårdcentralen Alvesta	74,1%	9,3%	6,9%	90,3%
Vårdcentralen Lessebo	67,3%	12,5%	10,8%	90,6%
Vårdcentralen Teleborg	77,1%	11,6%	3,1%	91,8%
Vårdcentralen Ryd	78,4%	3,7%	9,7%	91,8%
Vårdcentralen Birka	59,6%	19,1%	13,5%	92,2%
Vårdcentralen Lidhult	62,0%	12,0%	20,0%	94,0%
Vårdcentralen Lagan	67,1%	11,0%	16,1%	94,2%
Vårdcentralen Centrum	61,2%	15,3%	17,7%	94,3%
Vårdcentralen Braås	79,2%	8,3%	6,9%	94,4%
Vårdcentralen Ingelstad	75,2%	10,5%	9,0%	94,7%
Vårdcentralen Rottne	63,7%	12,7%	18,5%	94,9%
Vårdcentralen Lenhovda	76,9%	5,1%	14,4%	96,4%
Vårdcentralen Strandbjörket	88,5%	6,6%	2,2%	97,3%
Vårdcentralen Dalbo	81,0%	8,5%	8,5%	97,9%
Strömsnäsbruk vårdcentral	66,7%	11,3%	20,1%	98,1%
Vårdcentralen Åseda	79,5%	8,9%	10,7%	99,1%
Vårdcentralen Tingsryd	80,3%	13,7%	5,5%	99,5%
Vårdcentralen Markaryd	59,7%	15,3%	25,0%	100,0%
Vårdcentralen Moheda	86,2%	12,1%	1,7%	100,0%

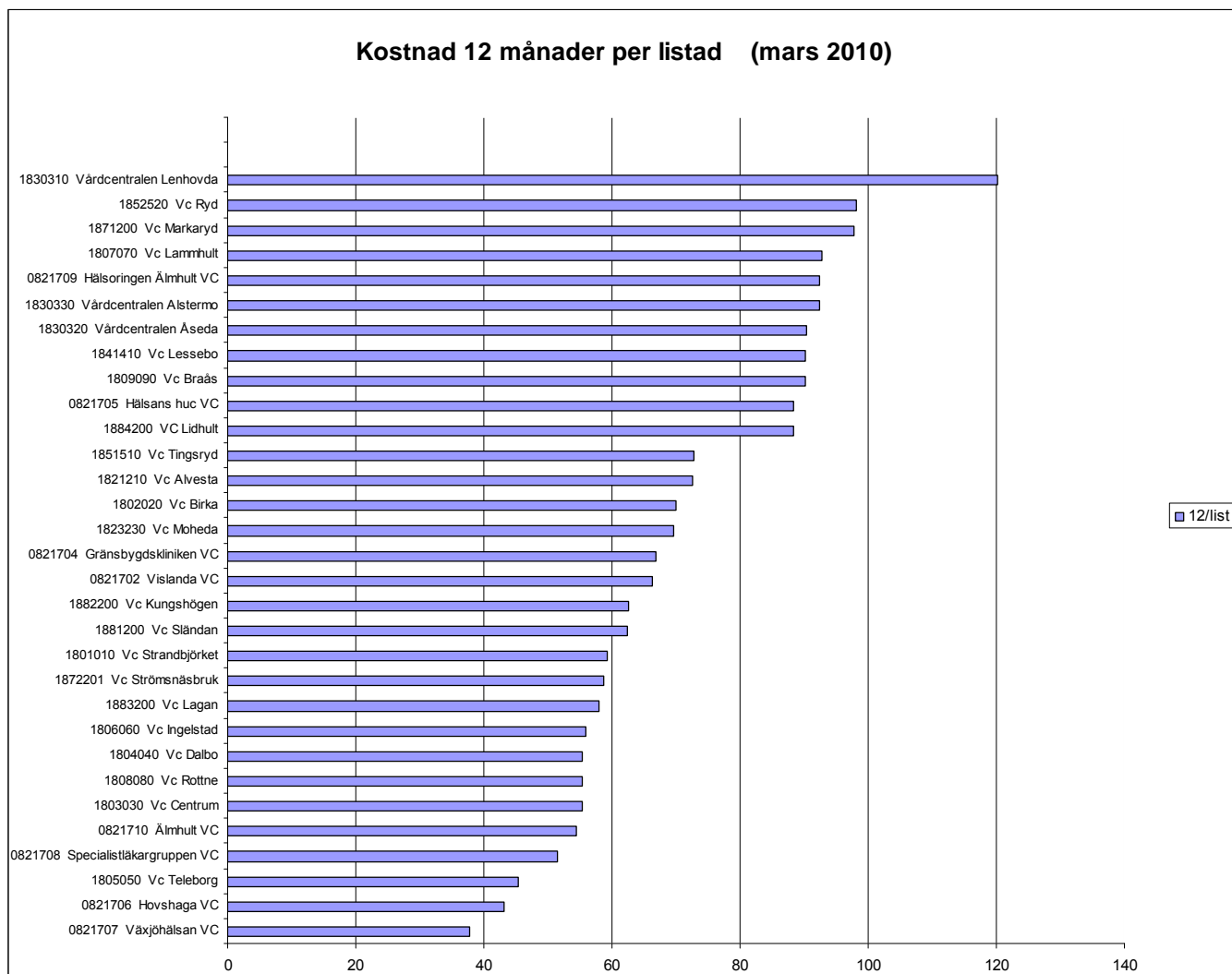
Privat producerad vård

Primärvård	0 dagar	1-2 dagar	3-7 dagar	Totalt
Vårdcentralen Hovshaga	73,7%	12,2%	6,4%	92,3%
Vårdcentralen Hälsoringen, Älmhult	82,5%	6,3%	6,3%	95,0%
Vårdcentralen Alstermo	73,1%	10,4%	11,9%	95,5%
Vårdcentralen Älmhult	55,4%	18,8%	24,0%	98,2%
Specialistläkargruppen Växjö	61,6%	23,9%	14,3%	99,8%
Vårdcentralen Gränsbygdskliniken	70,2%	10,7%	19,0%	100,0%
Specialistläkargruppen Åseda	72,6%	17,9%	9,5%	100,0%
Vårdcentralen Vislanda	78,2%	12,6%	9,2%	100,0%

10.6 Kostnader för allmänläkemedel 12-månader (mars 2010)

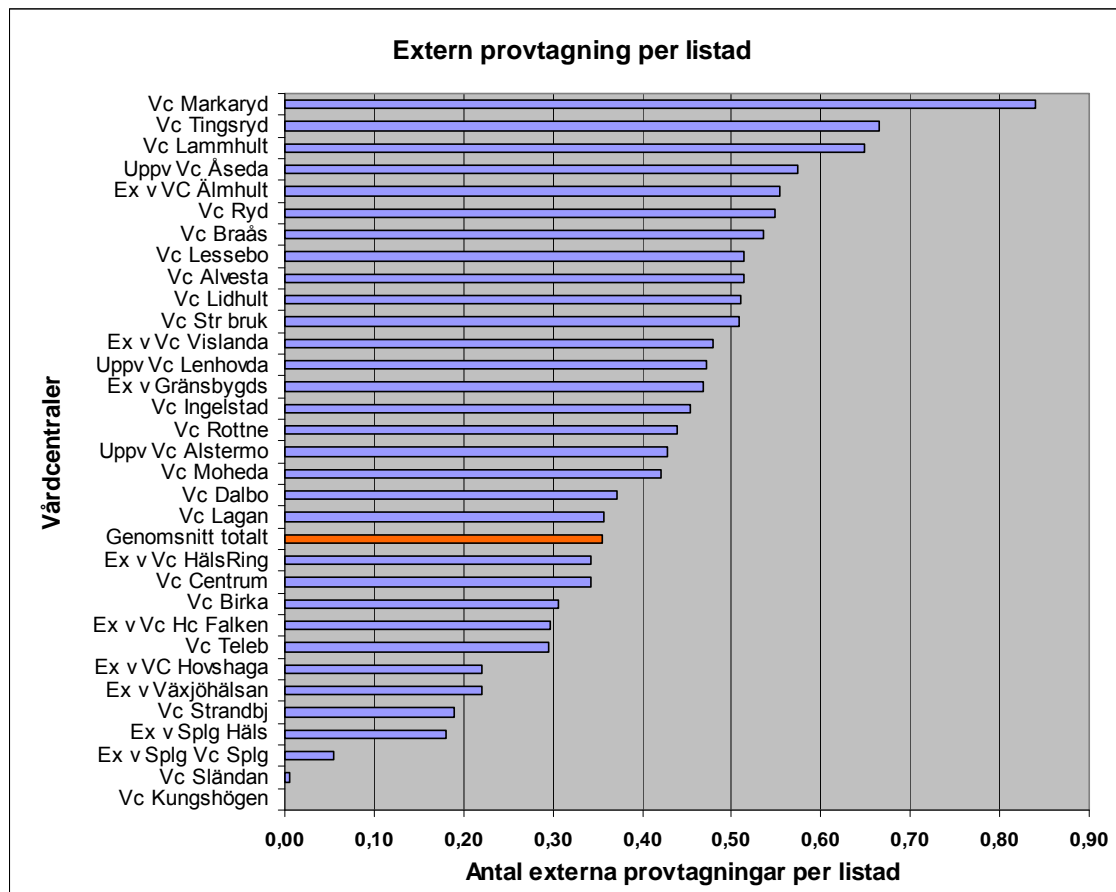


10.7 Kostnader för medicinsk service



10.8 Extern provtagning

2009-08-01 – 2010-07-31



10.9 CNI

