

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

# Rapport

ACG som ersättningssystem inom primärvård

Camilla Paananen

Therese Persson

Kerstin Bertilsson

Lars Valter

2010-10-01

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

## INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>BESKRIVNING AV ACG .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>ANVÄNDNING AV ACG I ANDRA LANDSTING .....</b>	<b>5</b>
4.1	KOMPLETTERANDE ERSÄTTNINGAR .....	7
<b>5</b>	<b>BESKRIVNING OCH ANALYS AV TESTER.....</b>	<b>7</b>
5.1	ÅLDERSFÖRDELNING .....	8
5.2	VAL AV PERIOD OCH DIAGNOSER.....	10
5.3	DIAGNOSREGISTRERING .....	10
5.4	JÄMFÖRELSE I KAPITERING MELLAN ACG OCH ÅLDER .....	11
5.5	JÄMFÖRELSE MED ANDRA ERSÄTTNINGAR.....	12
5.6	SOCIOEKONOMI.....	12
5.7	ERSÄTTNINGSNIVÅER I EN ERSÄTTNINGSMODELL ENLIGT ACG .....	13
5.8	SAMMANFATTNING .....	14
<b>6</b>	<b>FÖRDELAR/NACKDELAR/HINDER FÖR INFÖRANDE .....</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>FÖRSLAG PÅ GENOMFÖRANDE .....</b>	<b>17</b>
<b>8</b>	<b>SLUTSATSER OCH FÖRSLAG .....</b>	<b>18</b>
8.1	FÖRSLAG TILL YTTERLIGARE ANALYSER.....	19

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

## 1 Inledning

Detta projekt ingår som en del i ett större projekt som har som mål att ta fram en ”handbok”, ”bank” över olika ersättningsmodeller.

Allt fler landsting använder en modell för att fördela ersättning till vårdcentralverksamhet som helt eller delvis baseras på ACG (Adjusted Clinical Groups) som är ett system för att mäta vårdtyngd. Landstinget i Östergötland har en väl fungerande och accepterad ersättningsmodell till vårdcentralerna idag men den innehåller inte något mått på vårdtyngd. Många landsting är positiva till att använda en ersättningsmodell baserad på ACG. Det finns också andra användningsområden för systemet än att fördela ersättning såsom beskriva och följa listade personer samt arbeta förebyggande inom vissa sjukdomsgrupper.

Syftet med projektet är beskriva ACG-systemet och hur det eventuellt skulle kunna föras in i ersättningen inom primärvården i Landstinget i Östergötland. För att kunna göra denna analys kommer tester att genomföras för att se hur resursfördelningen skulle se ut om ACG infördes som bas för kapiteringsersättningen till primärvården. Dessutom beskrivs de för- och nackdelar som finns med en ACG-baserad ersättning, vilka eventuella hinder som finns för att införa det samt kring hur ett sådant genomförande skulle kunna se ut.

De landsting i Sverige som idag använder ACG kompletteras det med en ersättningsdel som fördelas utifrån CNI (Care Need Index) som är ett socioekonomiskt index. Liksom ACG mäter vårdtyngd på individnivå, mäter CNI den socioekonomiska tyngden på individnivå. Tester och analyser kommer därför att göras även med CNI. För beskrivning av CNI, se bilaga 1.

## 2 Sammanfattning

Allt fler landsting använder en modell för att fördela ersättning till vårdcentralverksamhet som helt eller delvis baseras på ACG (Adjusted Clinical Groups) som är ett system för att mäta vårdtyngd. Syftet med projektet har varit att beskriva ACG-systemet och hur den kan användas som en komponent i ersättning till vårdcentralverksamhet inom Landstinget i Östergötland samt att visa vilken skillnad det skulle ge i resursfördelning till enskilda vårdcentraler jämfört med dagens ersättningsmodell.

Ett antal olika tester har gjorts på det utdatamaterial som har tagits fram med hjälp av ACG-programmet. Vad gäller hur lång period som diagnosdata baseras på visade testerna inte på några egentliga skillnader på totalnivå. Det finns dock argument för att använda sig av en längre period, förslaget är därför 18 månader. I valet av vilka diagnoser som ska användas, primärvårdsdiagnoser eller alla diagnoser, har projektgruppen kommit fram till att det är

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

mest relevant att använda primärvårdsdiagnoserna. Detta kräver dock en utbildningsinsats inom diagnosregistrering, både för läkargruppen och för andra yrkeskategorier inom primärvården.

Bedömningen är att det inte går att byta ut hela dagens ersättningsmodell mot en ersättningsmodell baserad endast på ACG. Även vid användning av ACG behövs kompletterande ersättningar, utifrån socioekonomi men även avseende andra delar, till exempel BHV. För socioekonomi gjordes tester med CNI men slutsatsen blev att med den politiska intention som finns med den socioekonomiska ersättningen idag så är CNI inte ett givet alternativ, utan mer analyser behöver göras. Dessutom är uppfattningen att det behövs fler tester kring kompletterande ersättningar.

Den tidsperiod som krävs för att klara ett införande av en ersättningsmodell baserad på ACG ligger åtminstone ett år fram i tiden. Om ett beslut tas under 2010 så är ett införande möjligt från 1/1 2012. Ett år får nog anses vara ganska kort tid för att hinna med att utveckla ersättningssystemet med hänsyn till att ACG behöver kompletteras med andra ersättningsmodeller, exempelvis socioekonomi och en ny form av täckningsgrad, samt att vårdcentralerna behöver utbildning i hur diagnosregistrering ska göras på bästa sätt. En förbättrad diagnosregistrering skulle ge en bättre bas att testa ACG på igen. Det skulle innebära mer tillförlitliga siffror och troligen ge mer rättvisande differenser. Därutöver bedöms det ge ett tydligare beslutsunderlag för vilka kompletterande ersättningar som behövs vid en ersättningsmodell baserad på ACG. En ny ersättningsmodell skulle då kunna införas från 1/1 2013. Dessutom skulle ett byte av ersättningsmodell förslagsvis genomföras stegvis under en övergångsperiod på 2-3 år.

Projektgruppen har kommit fram till att ytterligare analyser och tester behöver göras, bland annat analyser av vårdcentralerna med störst avvikelser, månadsvisa tester över längre tidsperiod, tester med ACG-modellens läkemedelsmodul, mm. Förslaget är att projektet fortsätter med slutdatum 2011-12-31 men att en första delrapport kan lämnas i april – maj 2011.

### **3 Beskrivning av ACG**

ACG står för Adjusted Clinical Groups och det är ett system för att beskriva sjukdomsbördan i en befolkning. Systemet innebär att individerna i en befolkning grupperas in i olika ACG utifrån sina registrerade diagnoser. Fokus i ACG-systemet ligger på individens samlade sjukdomsbörda där antalet olika diagnoser och sjukdomsgrad ligger till grund för grupperingen.

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

Systemet innebär att alla diagnoser grupperas in i olika ADG-grupper (Aggregated Diagnosis Groups) utifrån fem faktorer som speglar diagnosens resursåtgång:

1. Varaktighet
2. Allvarlighet
3. Säkerhet i diagnossättning
4. Etiologi
5. Behov av specialiserad vård

Det finns 34 ADG-grupper och dessa är byggstenar i ACG. En individ placeras i en ACG baserad på hans eller hennes speciella kombination av ADG:s. Vissa grupper delas även in efter ålder och kön eftersom resursutnyttjandet för vissa diagnoser är beroende av dessa faktorer. Det resulterar i att individerna i en given ACG har ett likartat mönster av sjuklighet och därmed också förväntad resurskonsumtion under ett givet år.

ACG-systemet bygger på kliniska observationer där principen har påvisats att personer med 5 eller fler diagnoser tenderar att vara mycket mer resurskrävande än personer med 1-2 diagnoser.

Systemet är utvecklat vid Johns Hopkins Universitetet i Baltimore USA och det används inom många hälso- och sjukvårdsorganisationer över hela världen, dels för att beskriva befolkningens sjukdomsburda och dels för att ersätta vårdgivare för deras insatser.

En studie från Landstinget Blekinge, gjord av Andrzej Zielinski, Maria Kronogård, Håkan Lenhoff and Anders Halling, BMC Public Health, 2009, visar att ålder och kön bara kan förklara cirka 15 procent av variationerna i individers resursförbrukning. Vid användning av ACG blir dock förklaringsgraden betydligt högre, cirka 60 procent.

## 4 Användning av ACG i andra landsting

I samband med införandet av vårdval/hälsoval inom primärvården i landets landsting och regioner har ersättningsmodeller baserat på ACG aktualiserats. Flera landsting/regioner har i anknäytning med vårdvalet infört en ersättning baserat på ACG i kapiteringen. Bland dem som inte har infört ersättning utifrån ACG är det flera som på sin hemsida informerar om att de funderar på att införa det om ett par år, tänker utreda systemet eller följer utvecklingen i andra landsting. Ett fåtal landsting nämner inte ACG alls. I ett landsting används ACG idag som ett analysverktyg men inte i ersättningen, se även bilaga 1.

De landsting som har infört ACG som en del i kapiteringsersättningen är Dalarna, Skåne, Västmanland, Västra Götalandsregionen och Värmland. I Region Skåne, infördes ACG-baserad ersättning under första delen av 2009 medan Västmanland planerade att införa det i mitten av 2010 men starten har blivit framflyttad. Tidigare har även Landstinget Blekinge använt en ACG-baserad ersättning till de egna vårdcentralerna, vilket de dock slutade med i samband med införandet av hälsovalet.

## ACG som ersättningssystem inom primärvård

Bland de landsting som använder ACG i ersättningen finns det skillnader mellan hur det används och på den bakomliggande informationen.

Fyra av fem landsting som har ACG idag använder det för att göra relativa vikter som fördelningen av kapiteringsersättningen baseras på. I ett av landstingen används dock absoluta vikter utifrån ACG som grund för ersättningen. Det finns för- och nackdelar med båda sätten.

Vilka diagnoser som används för ACG-beräkningarna varierar mellan landstingen. Majoriteten har valt att använda enbart diagnoser från primärvården. I ett av landstingen används alla diagnoser i den samlade databasen från både primärvård och sjukhusvård, och i ett landsting saknas information om vilka diagnoser som används. I princip används diagnoser från alla typer av kontakter och yrkesgrupper. De undantag som finns är ett landsting som använder diagnoser från alla typer av kontakter med legitimerade eller högskoleutbildade yrkesgrupper. Ett annat undantag avser de indirekta kontakterna där ett av landstingen bara använder telefonkontakterna. I övrigt saknas information om huruvida det finns begränsningar på vilka yrkesgrupper som registrerar diagnoser eller vars registrerade diagnoser tas med i underlaget till ACG-beräkningarna.

Registreringen av diagnoser har i flera av landstingen varit bristfällig innan införandet av ACG och särskilt bland andra yrkeskategorier än läkare. Det är en orsak till att flera landsting har valt att inte fördela hela ersättningen enligt ACG. En variant som valts är att bara fördela en mindre andel, till exempel 10-20 procent av ersättningen enligt ACG under det första året för att öka till hälften under 2011. I ett landsting där andelen av kapiteringen som ersätts enligt ACG idag är på 50 procent finns det dock en vilja om att öka denna andel ytterligare.

För att förbättra diagnosregistreringen inom landstingen och för att skapa liknande förutsättningar för alla vårdenheter som deltar i vårdvalet har diagnoskolor genomförts i fyra av landstingen i samband med införandet av ACG som fördelningsmetod. Vilka yrkesgrupper som har deltagit i dessa utbildningar varierar mellan landstingen. På något landsting riktades utbildningarna mot läkare och sjuksköterskor medan ett annat landsting bara hade diagnoskola för läkare, dock finns där planer om att ta med andra yrkesgrupper i ett andra steg.

Åsikterna om ACG-systemet i de verksamheter som använder det framstår som främst positiva. Bland de mer negativa åsikter som finns är att de vårdenheter som har en relativt låg ACG-vikt vill att det skall finnas en miniminivå för ersättningen. Inom ett landsting har de uppmärksammat skillnader i åsikterna mellan olika yrkesgrupper. Där ser verksamhetscheferna på systemet som något positivt medan läkargruppen är mer skeptisk. Att läkargruppen är mer skeptisk hänger ihop med utformandet av själva vårdvalssystemet. Sjuksköterskorna har varit lite mer oroliga eftersom det nu blir viktigare än tidigare att även de registrerar diagnoser korrekt. I ett annat landsting är den allmänna uppfattningen om ersättningen enligt ACG att det är bättre än tidigare då fördelning enligt kön och ålder dominerade.

## ACG som ersättningssystem inom primärvård

I Landstinget Blekinge användes ACG som fördelningsmetod inom primärvården innan de införde hälsoval. Att de valde att ta bort ACG har flera orsaker. En av anledningarna var risken för ökade kostnader i och med att vårdtyngden kunde öka dels på grund av att vårdenheterna blev bättre på att registrera diagnoser och dels på grund av en eventuell ökning av tyngre diagnoser. Detta innebär att Landstinget Blekinge funderade på att använda absoluta ACG-vikter. Ett annat problem som de såg med ACG var att det fanns stora skillnader i hur bra vårdenheterna var på att registrera diagnoser. Framför allt de privata vårdgivarna, som inte hade någon tidigare erfarenhet av ACG, skulle vara förlorare. Systemet anses dock fortfarande vara intressant och de kommer att fortsätta att följa utvecklingen.

### 4.1 Kompletterande ersättningar

Alla de landsting som använder ACG som grund för att fördela kapiteringen inom vårdvalet har kompletterat systemet med andra ersättningar. Många landsting anser att en parameter som tar hänsyn till de socioekonomiska faktorerna behövs i ersättningsmodellen för primärvården. I Östergötland används idag en modell som utgår från inkomst i olika avgränsade områden. Modellen är inte individbaserad utan ser till hela bostadsområden. Alla de landsting som idag fördelar ersättningen enligt ACG använder systemet tillsammans med Care Need Index (CNI). CNI mäter varje individs socioekonomiska status utifrån ett antal variabler, se beskrivning i bilaga 1.

Andra ersättningar som ACG har kompletterats med bland andra landsting är någon variant av glesbygdersättning, målrelaterad ersättning samt täckningsgrad. Justering av ersättningen utifrån täckningsgrad används i tre av de fem landsting som har ACG. Av dessa är det två som använder både primärvårds- och sjukhusvårdsdiagnoser i ACG-beräkningarna och ett landsting som bara använder primärvårdsdiagnoser.

Ett par av landstingen kompletterar ACG med en geografibaserad ersättning som innebär extra ersättning till vårdenheter med relativt sett långt avstånd till närmaste sjukhus.

Majoriteten av landstingen anger även att de kompletterar ACG-ersättningen med en mindre andel målrelaterad ersättning i likhet med Mål och mått som används inom Landstinget i Östergötland. I den målrelaterade ersättningen finns det möjlighet för landstingen att ge ersättning för hälsoarbete, vilket ett av landstingen också uppger att de gör. I ett av de landsting som använder ACG anger de att de som komplement även har en besöksersättning.

## 5 Beskrivning och analys av tester

Projektgruppen har genomfört ett antal olika tester på det utdatamaterial som har tagits fram med hjälp av ACG-programmet. Detta material kan enkelt visas via Excel eller annat rapportverktyg. Egna datafiler har tagits fram ur vårddatalagret och listningsdatalagret och grupperats med hjälp av programmet "Johns Hopkins ACG".

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

Testerna påbörjades före sommaren och olika bearbetningar har gjorts. Läkemedelsmodulen har ännu inte testats eftersom data ännu inte finns tillgänglig på individnivå.

För att kunna besvara de frågor som ställs inom projektet har Landstinget i Östergötland köpt en egen ACG-licens av Ensolution AB som arbetar som ACG®-distributör för de nordiska länderna. Kostnaden för ACG är 363 000 kr per år inkl läkemedelsmodulen. Tillkommande kostnader är 3 000 kr per hårdvarulås och landstinget innehar 3 st. Sedan tillkommer även konsultkostnader. Licensen gäller i ett år (t.o.m. 2011-05-12). Efter projekttidens slut tas ett första beslut om förlängning av licensen, därefter omprövas detta årligen.

Landstinget har köpt en engångsleverans av CNI från Statistiska centralbyrån (SCB) där varje vårdcentral i Östergötland fått ett CNI-värde för sin listade befolkning vid en viss tidpunkt (mars 2010). Dessa värden har sedan använts vid tester av ACG och vår nuvarande socioekonomiska parameter för att beräkna skillnader i vårdcentralernas ersättningsnivå. Se mer under avsnittet beskrivning av tester samt analys av tester. Kostnaden för en engångsleverans av CNI är cirka 9 000 kr och vid regelbundet köp av indexet, till exempel kvartalsvis eller månadsvis, av SCB blir kostnaden något mindre per gång.

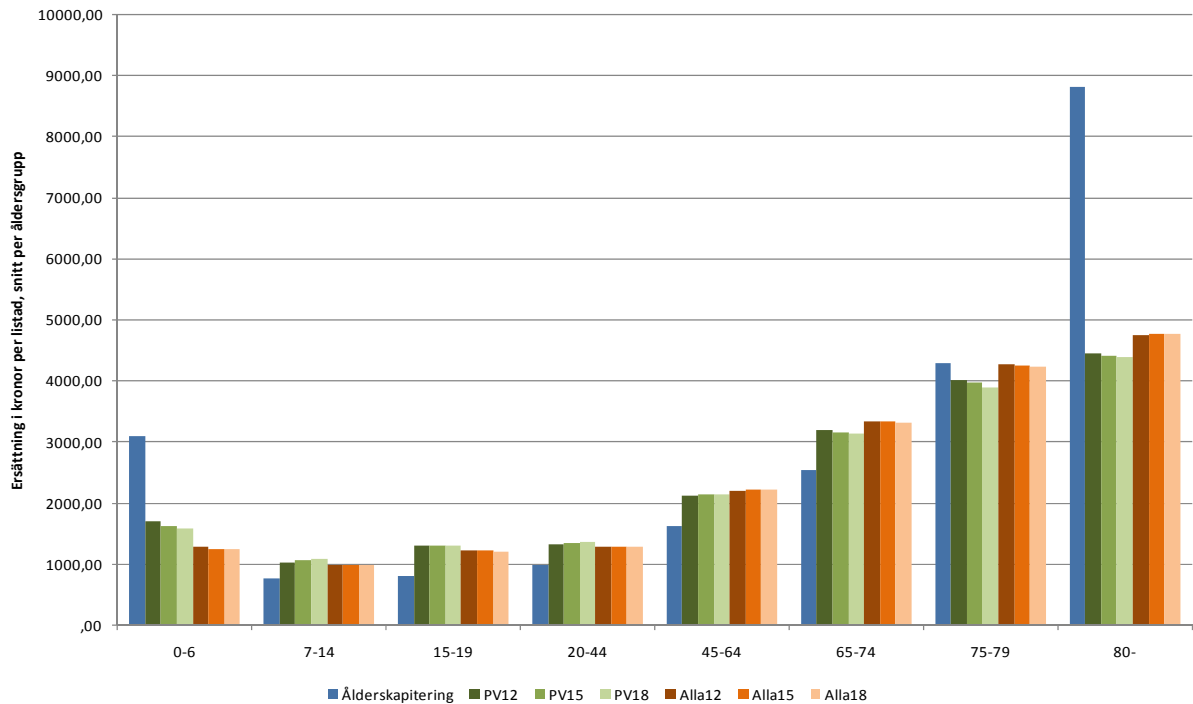
## 5.1 Åldersfördelning

Ett test har gjorts där dagens ålderskapitering med aktuella åldersgrupper har jämförts med utfallet av olika varianter av ACG. ACG-PV betyder att ACG-vikten baseras på enbart primärvårdsdiagnoser och ACG-alla innebär att diagnoser från både primärvård och sjukhusvård finns med. Talen 12, 15 och 18 anger hur många månader som diagnoserna är tagna från, se figur 1 nedan.



ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

**Kapitering utifrån ålder och ACG fördelat på ålder**



*Figur 1. Jämförelse kapitering per listad enligt ålder och ACG.*

De olika åldersgrupperna varierar i storlek, den äldsta åldersgruppen innehåller 23 672 personer medan åldersgrupperna 20-44 år och 45-64 år 248 030 personer tillsammans. En stor differens i diagrammet ovan på åldersgruppen 80 år och äldre får därför inte så stort genomslag på den totala ersättningsnivån hos vårdcentralerna.

Vid jämförelse mellan dagens ålderskapitering med olika varianter av ACG-fördelningar syns att ersättningen i de olika åldersgrupperna jämnas ut. Detta sker framförallt i den yngsta åldersgruppen där ersättning för barnhälsovård ingår (ger inga diagnoser) samt i de två äldsta åldersgrupperna där ersättningsnivån idag har höjts genom särskilda satsningar.

Ersättning utifrån ACG kommer inte att spegla det uppdrag som vårdcentralerna har idag kring barnhälsovård. Det innebär att en särskild ersättning för barnhälsovård bör finnas, till exempel utformad som en kapiteringsersättning per listad mellan 0-6 år.

Vid en ersättningsmodell baserad på ACG blir ersättningsnivån för åldersgrupperna 7-74 år högre och ersättningsnivån för den allra äldsta åldersgruppen väsentligt lägre. Det betyder att effekten av tidigare politiska satsningar försvinner. En lösning på detta skulle kunna vara särskilda satsningar som fördelas via riktade tilläggsersättningar. Samtidigt tyder skillnaden på att vårdbehovet är lägre än vad ersättningen är. En annan förklaring till skillnaden inom den äldsta åldersgruppen är att denna grupp inte skulle få tillgång till vård/insatser i den utsträckning som behövs eller med andra ord att vårdkonsumtionen i den äldsta gruppen inte

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

speglar det behov som finns. Eftersom ACG speglar konsumtionen reflekteras detta i fördelningen av medel.

## 5.2 Val av period och diagnoser

Vid en eventuell användning av ACG som bas till primärvårdsersättningen behöver två grundläggande beslut tas. Dessa är vilka diagnoser som ska användas till beräkningarna och från hur lång tidsperiod de ska tas. Tester har därför gjorts för att se vilka skillnader som uppstår mellan olika tidsperioder och mellan att använda enbart primärvårdsdiagnoser (ACG-PV) eller diagnoser från all typ av vård (ACG-alla).

Resultatet visar på att skillnaderna mellan de olika tidsperioderna är mycket små, se figur 1 ovan. För den enskilda vårdcentralen är variationen i några fall lite tydligare. Fördelen med att använda en kortare tidsperiod är att återbesök inom ett år för kroniskt sjuka sannolikt kommer att prioriteras. Nackdelen är att tillgängligheten för nybesök kan bli lidande. Det kan även finnas grupper av kroniskt sjuka som inte har behov av att träffa läkare årligen men som ändå har andra vårdkontakter under tiden. Eftersom diagnosregistreringen inom primärvården idag är mycket låg vid kontakt med andra yrkesgrupper kan det vara lämpligt att använda en längre period.

Tester har genomförts med dels ACG-PV och dels ACG-alla, se figur 1 ovan. Vid analys utifrån åldersgrupper framgår att för personer upp till 45 år är vårdtyngden högre vid användning av bara diagnoser från primärvården. De äldre åldersgrupperna vårdas i större utsträckning på sjukhus. Skillnaden mellan de två varianterna är dock små på totalnivå.

Vid en användning av ACG-PV märks en skillnad på de vårdcentraler som har fler patienter som vårdas vid sjukhus. Ersättningen blir då lägre än vid användningen av ACG-alla. Det märks också en skillnad på de vårdcentraler som har en hög grad av diagnosregistrering framför allt inom andra yrkesgrupper än läkare. Inom läkargruppen är diagnosregistreringen i stort hög. Ersättningen påverkas positivt vid en hög andel diagnosregistrerade besök.

De kostnader som används vid beräkningen av ACG baseras endast på primärvården och det är alltså utifrån dessa som ersättningen fördelas ut med ACG. Det kan då anses rimligt och mer rättvisande att även använda diagnoser från primärvården, förutsatt att registrering av diagnos görs. Dessutom kan det vara mer motiverande för primärvården att använda ACG-PV då det speglar deras verksamhet och det enbart är de själva som påverkar kvaliteten.

## 5.3 Diagnosregistrering

I genomsnitt samvarierar graden av diagnosregistrering med förändringen i ersättning per listad mot dagens ålderskapitering och ACG, en hög diagnossättning leder till en positiv förändring. Undantag till detta finns dock, exempelvis vårdcentralerna i Ryd och Östertull. Förklaringen är troligen att de listade på dessa vårdcentraler besöker dem i lägre utsträckning och/eller har lättare diagnoser. I Ryd finns till exempel en stor del studenter listade. På samma sätt får de flesta av vårdcentralerna med sämre diagnosregistrering försämrade ersättning med ACG i jämförelse med ålderskapitering. Se bilaga 2.

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

Det går att se en skillnad i diagnossättning på alla besök (röd stapel i bilaga 2) mellan länsdelarna, generellt är den lägre i den östra länsdelen i förhållande till de andra länsdelarna. Undantag är Åby, Östertull och Medicinskt Centrum. På Medicinskt Centrum är andelen besök med diagnos hög men de har en låg andel listade patienter med primärvårdsdiagnos. Det beror på att de på vårdcentralen är duktiga på att diagnosregistrera besök men att de har en stor andel friska listade hos sig.

I centrala länsdelen finns störst andel vårdcentraler med en diagnosregistrering för alla besök över landstingsmedel. Samtidigt har de också flest vårdcentraler med låg andel listade patienter med primärvårdsdiagnos.

För läkarbesök är diagnosregistreringen generellt hög men det finns ett antal undantag, till exempel Vilbergen och Tannefors. Det behöver därför göras ytterligare förbättringar eftersom det är läkarbesöken som genererar de tyngre diagnoserna. Eftersom besöken hos andra yrkeskategorier är betydligt fler så slår en dålig diagnosregistrering igenom tydligt och påverkar därmed ersättningen enligt ACG. Detta tyder på att det är viktigt att ha en hög diagnosregistrering för alla typer av besök.

Om ACG införs som fördelningsbas för primärvårdsersättningen kommer det att krävas en utbildningsinsats för alla de yrkesgrupper som får registrera diagnoser, oavsett om alla eller bara primärvårdsdiagnoserna används som grund. Det är också nödvändigt inför ett införande att det finns tydliga riktlinjer och villkor för hur diagnosregistrering inom primärvården ska gå till och att dessa efterföljs. Det kommer att finnas en parameter inom Mål och Mått 2011 som innebär att ersättningen utgår till vårdcentralerna som uppnår målvärde för andel diagnosregistrerade besök.

#### **5.4 Jämförelse i kapitering mellan ACG och ålder**

Vårdcentralernas snittersättning per listad varierar i större omfattning vid en ersättningsmodell baserad på ACG än på ålder. Det blir relativt stora skillnader per vårdcentral mellan ersättning enligt dagens ålderskapitering och den ersättning som vårdcentralerna skulle få med de två varianterna av ACG, se bilaga 3. Den vårdcentral som vinner mest skulle vid ACG-PV få 655 kr mer per listad och den som förlorar mest skulle få 496 kr mindre per listad. Den övre kvartilen ligger på 129 kr och den undre kvartilen ligger på minus 99 kr per listad vid användning av ACG-PV och vid ACG-alla ligger det på ungefär samma nivå. Detta betyder att det finns ett stort spann på skillnaderna i ersättning mellan ålder och ACG, men samtidigt befinner sig hälften av vårdcentralerna relativt nära sin ersättning idag. Differenserna beror bland annat på graden av diagnosregistrering men också på ålderssammansättningen på den listade befolkningen. En hög andel äldre ger med ålderskapitering en högre genomsnittlig ersättning per listad vilket inte verkar speglas i vårdtyngden.

Vårdcentralen i Åby är den som vinner mest på en övergång till ACG och där har de dels en hög grad av diagnosregistrering och dels har en stor andel av deras listade en primärvårdsdiagnos, se bilaga 3. Åbys listade befolkning är dessutom relativt ung, endast 7,3 procent av de listade är 75 år och äldre och genomsnittet i Östergötland är 8,8 procent.

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

Sandbyhov, som är den vårdcentral som förlorar mest på byte till ACG från ålderskapitering, har däremot en relativt låg grad av diagnosregistrerade besök samtidigt som de har en gammal befolkning, 11 procent av deras listade befolkning är 75 år och äldre. Utifrån ålderskapiteringen får de en hög ersättning medan ACG visar på en lägre vårdtyngd i relation till åldersstrukturen.

En koppling mellan differenserna i ersättning med ACG och ålderskapitering kan göras till diagnosregistreringen. I diagrammet i bilaga 3 framgår att två tredjedelar av vårdcentralerna i den östra länsdelen och bara en tredjedel av vårdcentralerna i de andra länsdelarna förlorar vid användning av ACG. Detta kan jämföras med andelen diagnosregistrerade besök på vårdcentralerna, där öster generellt hade en lägre andel.

Det är även värt att notera vårdcentralen Österbymo där det är en stor skillnad vid ACG-alla och det beror på att Österbymos listade befolkning till största delen inte får sin sjukhusvård i Östergötland utan framför allt i Jönköping. Det betyder att det finns betydligt färre diagnosregistrerade besök i vårddatalagret och att datamaterialet för Österbymo därför inte är fullständigt.

## 5.5 Jämförelse med andra ersättningar

Vidare har ett test genomförts för att se hur skillnaderna mellan dagens ersättning och en ACG-fördelad ersättning ser ut om även andra ersättningar tas med i fördelningen, se bilaga 4. I detta fall har förutom ålderskapiteringen även ersättningarna kopplade till täckningsgrad, geografi och tätort tagits med. Resultaten liknar dem i ovanstående test. Skillnaden är att de vårdcentraler som idag har en hög geografiersättning samt tätortsersättning förlorar eftersom den summan nu delas ut på alla vårdcentraler genom ACG. De vårdcentraler som i princip inte har haft någon av dessa ersättningar vinner i jämförelse med tidigare test. Analys av täckningsgraden visar att den inte påverkar skillnaderna i någon större omfattning.

Ytterligare tester skulle kunna genomföras med andra ersättningar. I dagsläget anses variationerna i diagnosregistrering påverka utfallet i sådan grad att ytterligare slutsatser är svåra att dra.

## 5.6 Socioekonomi

Dagens ersättningsmodell för socioekonomi bygger på olika geografiska områdens inkomstnivåer där de områden med högst andel låginkomsttagare räknas som socioekonomiskt tyngda. Personer som bor i dessa områden får med sig en socioekonomisk peng vid sin listning på vårdcentralen. För individer från områden som inte når gränsvärdet får vårdcentralerna ingen ersättning även om de ligger nära i socioekonomisk tyngd.

Test har genomförts på dagens ersättningsmodell för socioekonomi jämfört med två varianter av CNI. Den ena varianten (CNIAlla) visar fördelning av ersättningen när alla vårdcentraler får ersättning enligt sin CNI-vikt och den andra varianten, CNIÖverMedel visar hur ersättningen skulle fördelas om bara vårdcentralerna med CNI-vikt över medelvärdet ersätts, se bilaga 5.

## ACG som ersättningssystem inom primärvård

Resultatet visar på stora skillnader för de vårdcentraler som idag har en hög socioekonomisk ersättning. Det beror på att med CNI fördelas dessa medel på fler vårdcentraler. CNI baseras på andra variabler än inkomst och det innebär att även individer som inte bor i ett låginkomstområde kan få en CNI-vikt. Det leder till en jämnare fördelning av ersättning än vid dagens modell.

Vid fördelning av ersättning med CNI ÖverMedel ökar ersättningsnivåerna i jämförelse med CNI Alla på vårdcentralerna som tar del av denna. Vårdcentralerna med hög ersättning idag kommer fortfarande att förlora på förändringen. För enskilda vårdcentraler kan det handla om miljontals kronor. Samtidigt innebär en fördelning enligt CNI att vissa vårdcentraler som idag har en relativt låg socioekonomisk ersättning, men som upplever sin listade befolkning som socioekonomiskt tung, kommer att öka sin ersättning. CNI är helt individbaserat och det kan vara en fördel och ge ökad trovärdighet till ersättningen. Dagens modell innebär att en person i ett låginkomstområde kan kategoriseras som socioekonomiskt tung även om denne inte är det. De landsting som använder CNI i sin primärvårdsersättning fördelar sin ersättning i enlighet med den modell som vi benämner CNI Alla. Det innebär att alla vårdcentraler får ersättning enligt sina listades CNI-värden. Dessutom är CNI enkelt att använda i ett ersättningssystem. Det kräver ingen bearbetning från landstinget utan baseras på en befolkningsfil från SCB som tas fram månatligen.

I Östergötland har det under lång tid funnits ersättningsmodell som delvis baserats på socioekonomi. Nuvarande modell bygger på en politisk vilja att ersätta vissa socioekonomiskt utsatta områden särskilt. CNI skulle jämna ut fördelningen och motverka dessa intentioner. Att byta från dagens modell till CNI är inte självklart, främst beroende på den långa erfarenheten av socioekonomisk ersättning och dagens modell. Majoriteten av vårdcentralerna med hög ersättning enligt dagens ersättningsmodell får även hög ersättning enligt CNI. Det finns dock undantag som Marieberg och Lambohov. Ingen av de vårdcentraler som har ett CNI-värde under medel har i dag någon högre socioekonomisk ersättning. Att skillnaderna i flera fall mellan dagens modell och CNI är påtagliga på så sätt att flera vårdcentraler får en tydligt högre ersättning med CNI visar dock på ett behov av att se över den socioekonomiska modellen.

### **5.7 Ersättningsnivåer i en ersättningsmodell enligt ACG**

I bilaga 6 visas en tabell över vilka ersättningsnivåer som varje vårdcentral skulle få om vi bytte dagens ersättningsmodell till en ersättningsmodell baserad på ACG, dels ACG-PV och dels ACG-alla. Den tidsperiod som används är 18 månader. De ersättningar som är medräknade i dagens ersättningsmodell är alla exklusive ersättning för allmänläkemedel och eventuella tilläggsersättningar som exempelvis flyktingmedicinsk mottagning.

Vid ett eventuellt införande av ACG som ersättningsmodell behöver en genomgång av alla ersättningar som används idag göras. Syftet är att undersöka om det är flera ersättningar som delas ut idag som skulle kunna fördelas via ACG samt att se om några särskilda ersättningar behöver komplettera ACG-modellen.

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

Det är viktigt att tänka på att denna tabell är framtagen vid en viss tidpunkt och eftersom det går att se att diagnosregistreringen på vårdcentralerna spelar stor roll så kommer ersättningsnivåerna att förändras om diagnosregistreringen över lag blir bättre. De som idag vinner mycket kommer att vinna mindre och vissa förlorare kommer att få ett bättre resultat.

I tabellen framgår att dagens ersättning för socioekonomi ger relativt hög ersättning till de vårdcentraler vars befolkning räknas som socioekonomiskt tung. Denna ersättning kompenseras inte fullt ut av ACG. Om ersättningen för socioekonomi anses vara rättvisande idag kommer en ersättningsmodell baserad på ACG att behöva kompletteras med någon slags socioekonomisk ersättning. Den socioekonomiska faktorn skulle även ersätta det förebyggande arbetet som borde vara större i utsatta områden.

Det blir stora differenser med en ny ersättningsmodell,  $\pm 20$  procent på enskilda vårdcentraler. En värdering behöver göras hur stor del av ersättningen som ska baseras på ACG och hur stor del som ska baseras på annan ersättning. Det är också viktigt att ha en övergångsperiod som ger tid till anpassning av verksamheten till en ny intäktsnivå. För att inte göra övergången alltför abrupt kan det vara lämpligt att genomföra den i mindre steg som samtidigt inte heller får bli för lång. En rimlig tidsperiod för övergången skulle kunna vara 2-3 år.

Summerat på länsdelarna så är det öster som förlorar mest och det hänger ihop med att diagnosregistreringen generellt sett är lägre där. Inför ett eventuellt införande av ACG är det därför av stor vikt att diagnosregistreringen inom primärvården förbättras.

En ersättningsmodell baserad på ACG skulle även behöva kompletteras med en ersättning för täckningsgrad. Idag finns två olika sorters täckningsgrad (vårdenhetstäckningsgrad samt täckningsgrad som avdrag för läkarbesök hos annan vårdgivare) och ingen av dem skulle passa ihop med en ACG-ersättning.

## 5.8 Sammanfattning

Det finns ett antal ställningstaganden som måste göras inför ett eventuellt införande av ett ersättningssystem baserat på ACG. Projektgruppen har därför genomfört ett antal tester, dels för att jämföra en ersättning baserad på ACG mot dagens ersättning och dels för att jämföra olika varianter av ACG.

Vad gäller hur lång period som diagnosdata baseras på så visade testerna inte på några egentliga skillnader på totalnivå. Det finns dock argument för att använda sig av en längre period, förslaget är därför 18 månader. I valet av vilka diagnoser som ska användas, primärvårdsdiagnoser eller alla diagnoser, har projektgruppen kommit fram till att det är mest relevant att använda primärvårdsdiagnoserna. Detta kräver dock en utbildningsinsats inom diagnosregistrering, både för läkargruppen och för andra yrkeskategorier inom primärvården. Att kombinera användning av en längre period med primärvårdsdiagnoser kan troligtvis bidra till att skapa ett stabilare underlag och mindre variationer.

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

Bedömningen är att det inte går att byta ut hela dagens ersättningsmodell mot en ersättningsmodell baserad endast på ACG. Även vid användning av ACG behövs kompletterande ersättningar, utifrån socioekonomi men även andra, till exempel BHV. För socioekonomi gjordes tester med CNI men slutsatsen blev att med den intention som finns med den socioekonomiska ersättningen idag så är CNI inte ett givet alternativ, utan mer analyser behöver göras. Dessutom är uppfattningen att det behövs fler tester kring kompletterande ersättningar.

Slutligen kan konstateras att ytterligare analyser behöver göras, bland annat på de vårdcentraler där avvikelserna är störst. Eftersom kvaliteten på diagnosregistreringen för tillfället är bristfällig är det intressant att göra nya tester under hösten 2011.

## **6 Fördelar/nackdelar/hinder för införande**

Fördelar med att använda ett ersättningssystem baserat på ACG är bland annat att det skulle kunna bli konkurrens om vårdtunga patienter i och med att vårdcentralerna får ersättning för vad de faktiskt gör. Dagens ersättningssystem bygger på att man får en ersättning per listad person i olika åldersgrupper och det bygger på ett genomsnittligt konsumtionsmönster. Patienter i en viss åldersgrupp kan vara olika vårdtunga och om många vårdtunga patienter listar sig på en särskild vårdcentral så blir kostnaden för den åldersgruppen högre och ersättningen räcker inte för kostnadstäckning. Det kan också upplevas motiverande för vårdcentralerna att bli ersatta för den vårdtyngd som deras listade har och för det arbete de utför.

Dagens ersättningssystem uppmuntrar till att lista på så många friska individer som möjligt eftersom de ger samma ersättning som personer som kommer att behöva utnyttja vårdcentralens tjänster, så kallad "cream skimming", se bilden nedan. Generellt uppmuntras hälsofrämjande insatser med en kapiteringsersättning. En konsekvens med ACG kan dock vara att ersättningen minskar om det hälsofrämjande arbetet är mycket lyckosamt i och med att vårdtyngden då minskar, vilket skulle kunna innebära ett minskat incitament för förebyggande åtgärder.

ACG som ersättningsystem  
inom primärvård

Objekt	Aktivitetsgrad	Tidsperspektiv	Ger incitament för*						Risk för "cream skimming**"	Kostnads-kontroll
			Hög produktion		Låga produktions-kostnader		Hög vård- kvalitet	God service		
			klass	litt	klass	litt				
<b>Åtgärd:</b>										
Fee for service	Rörlig	Retro perspektiv	+	++	-	-	0	++	Låg risk	--
I förväg fast-ställd ersättning per åtgärd	Rörlig	Prospektiv	+	++	+	+	-	+	Hög risk	-
Ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG)	Rörlig	Prospektiv	+	+	+	+	-	+	Risk	-
<b>Resultat:</b>										
Mårelaterad ersättning	Rörlig	Prospektiv	+	+	+	+	++	+	Risk	+
<b>Individ:</b>										
Kapitation (utan konkurrens)	Fast	Prospektiv	-	--	+	++	-	--	Hög risk	++
<b>Period:</b>										
Traditionellt anslag	Fast	Prospektiv/ Retroprospektivt	-	-	0	-	-	-	Ingen risk	+

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

\*\* Cream skimming motsvaras av det svenska uttrycket "plocka russinen ur kakan"

Figur 2. Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper

Källa: Jacobsson & Lindvall "Utveckling av ersättningsystem i hälso- och sjukvård" 2007.

Inför ett införande av ACG som bas för fördelningen är det viktigt att genomföra utbildning i diagnosregistrering för alla de yrkesgrupper som får registrera diagnoser. Den risk som kan uppstå med ACG är att de vårdcentraler som har svårt att få bemanning mm blir sämre på att diagnosregistrera trots att de har många vårdtunga patienter och därför inte blir rätt ersatta. Detta skulle kunna leda till en nedåtgående spiral som innebär att dessa vårdcentraler kan få minskade resurser och därmed inte har råd att anställa mer personal och det blir svårt att bryta det negativa mönstret. Utifrån det synsättet skulle det vara mindre påverkbart och därmed bättre med en ersättning som baseras på de listades ålder istället.

Ersättningsmodellen inom primärvården idag har en hög acceptans bland vårdcentralernas intressenter. Det skulle kunna leda till svårigheter vid ett införande av ACG om det finns flera intressenter som vill hålla fast vid den gamla modellen. Detta sker troligast på de vårdcentraler som förlorar och det är därför viktigt att kunna förklara vad förändringarna beror på.



ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

ACG ger stora möjligheter att användas för beskrivning och uppföljning av de listade patienterna på vårdcentralerna. Det finns exempel på särskilda satsningar och förebyggande insatser till vissa patientgrupper som man kan identifiera med hjälp av ACG. Denna möjlighet är viktig att använda sig av.

Det känns svårt att behålla gammal ersättningsmodell för läkemedel med ålder och kön om man ersätter övriga vårdcentralverksamheten med ACG. Ett arbete behöver göras under 2011 för att testa läkemedelsmodulen i ACG när individdata för läkemedel kommer att finnas tillgänglig. Det är bra att hinna testa även denna del för att se hur de båda modulerna stämmer överens och vilken information som tillförs genom att även ta in läkemedel i ACG. De eventuella differenser som uppstår behöver också analyseras.

## 7 Förslag på genomförande

Den tidsperiod som krävs för att klara ett införande av en ersättningsmodell baserad på ACG ligger åtminstone ett år fram i tiden. Om ett beslut tas under 2010 så är ett införande möjligt från 1/1 2012. Ett år får nog anses vara ganska kort tid för att hinna med att utveckla ersättningssystemet med hänsyn till att ACG behöver kompletteras med andra ersättningsmodeller, exempelvis socioekonomi och en ny form av täckningsgrad, samt att vårdcentralerna behöver utbildning i hur diagnosregistrering ska göras på bästa sätt. Det är även klokt att avvakta utredning om den socioekonomiska ersättningens påverkan på vården som är ett projekt under hösten 2010.

Från och med 2011 kommer ersättningen för Mål och Mått till vårdcentralerna innehålla krav på diagnosregistrering för alla yrkeskategorier. Det kommer antagligen att hända mycket under år 2011 som kan komma att ändra förutsättningarna och differenserna vid en ersättningsmodell baserad på ACG. Det är viktigt att utvecklingen utvärderas under hösten 2011. En förbättrad diagnosregistrering skulle ge en bättre bas att testa ACG på igen. Det skulle innebära mer tillförlitliga siffror och troligen ge mer rättvisande differenser. Därutöver bedöms det ge ett tydligare beslutsunderlag för vilka kompletterande ersättningar som behövs vid en ersättningsmodell baserad på ACG. En ny ersättningsmodell skulle då kunna införas från 1/1 2013. Dessutom skulle ett byte av ersättningsmodell förslagsvis genomföras med en övergångsperiod på 2-3 år.

Ett införande av en ACG-baserad ersättningsmodell kräver en omfattande utbildning i diagnosregistrering. En kodningsutbildning kommer att starta under hösten 2010 där alla läkarsekreterare inom sjukhusvården kommer att utbildas. Ännu finns inget beslut på att läkarsekreterare i primärvården kommer att erbjudas samma utbildning.

I den kritik som riktas mot ACG som ersättningsmodell så finns bland annat oron för att systemet kan manipuleras genom att sätta diagnoser som är tyngre än de som behandlas. I ett inledningsskede efter ACG-införande kommer diagnosregistreringen att öka och därmed också vårdtyngden totalt i hela landstinget eftersom vårdcentralerna blir bättre på att registrera diagnoser när det påverkar ersättningsnivån. Efter några år borde nivån

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

stabiliseras och då skulle ACG-systemet istället kunna visa reella förändringar i vårdtyngd. Bedömningen från projektgruppen är dock att det är osannolikt att vårdcentralerna manipulerar systemet genom att sätta diagnoser som inte behandlas. En dylik manipulering borde också vara möjlig att upptäcka vid en kontinuerlig uppföljning på vårdcentralnivå. Dessutom består ACG av kombinationer av diagnoser som bygger på en dold kod i programmet.

Avseende förvaltningen av ACG-systemet beräknas den kunna ingå i befintligt avtal mot Resurscentrum. Det vore önskvärt att på ett enkelt sätt kunna göra uppföljning av ACG per vårdcentral i en CognosPowerPlay-kub. Ett alternativ skulle vara att lägga in datamaterialet i en befintlig kub. Detta innebär troligen att avtalet mot Resurscentrum behöver utökas.

## 8 Slutsatser och förslag

Det finns flera faktorer som påverkar ett eventuellt införande av ACG som bas för ersättningen inom primärvården. Utifrån det tidigare resonemanget har bedömningen gjorts att ett eventuellt införande skulle behöva vänta. Orsakerna är dels att ytterligare analys av skillnaderna per vårdcentral mellan ersättningen baserad på ACG och ålderskapiteringen behöver göras. Detta gäller framför allt efter en förbättring av diagnosregistreringen i och med att den bedöms ha en stor betydelse för utfallet. Uppfattningen är att diagnosregistreringen under 2011 kommer att förbättras inom primärvården eftersom en parameter i Mål och Mått under året kommer att riktas mot diagnosregistrering av både läkarbesök och sjukvårdande behandlingar.

En annan viktig faktor bakom bedömningen att vänta med ett införande av ACG är att både ersättning för läkemedel och socioekonomi behöver ses över. Det vore lämpligt att alla eventuella förändringar görs samtidigt.

Från och med juli 2010 får landstingen för första gången individdata för läkemedel. Intentionen är att då testa dessa i ACG:s läkemedelsmodul och när det finns data för en längre period kan djupare analyser göras. Bedömningen från projektgruppen är att det vore av intresse att ersätta även läkemedel på individbasis.

Projektgruppen gör bedömningen att ACG behöver kompletteras med en socioekonomisk ersättning, men det finns inget färdigt förslag på hur den skulle se. Tester har gjorts med CNI som används av flera andra landsting. Modellen är inte ett självklart val för Östergötland som redan har en fungerande modell för socioekonomisk ersättning. Uppfattningen är att en översyn av dagens socioekonomiska modell behöver göras. Ett projekt för att analysera hur ersättningen som används idag för socioekonomi påverkar vården för befolkningen startar under hösten 2010. Resultatet från projektet kan bidra till en utveckling av ersättningsmodellen för socioekonomi.

ACG som ersättningssystem  
inom primärvård

## 8.1 Förslag till ytterligare analyser

Projektgruppen har kommit fram till att ytterligare analyser och tester behöver göras. Dessa listas nedan. Förslaget är att projektet fortsätter med slutdatum 2011-12-31 men att olika delrapporter kan lämnas efter hand.

- Analys av vårdcentralerna med störst avvikelser (inklusive åldersstandardiserade analyser)
- Månadsvisa tester över längre tidsperiod – utvärdering av förändringar och naturliga variationer
- Analys av kompletterande ersättningar, exempelvis socioekonomi, geografi och täckningsgrad
- Tester med ACG-modellens läkemedelsmodul
- Testa om ACG kan användas som ersättningsmodell inom andra områden än primärvård, till exempel närsjukvård

En ny projektplan kommer att lämnas in till styrgruppen för projektet och delrapport 1 med analyser av vårdcentralerna med störst avvikelser samt månadsvisa tester kan lämnas i april - maj 2011.

## Definitioner och variabler

### Definitioner

CNI-metoden bygger på att man för samtliga s.k. SAMS-områden<sup>1</sup> i Sverige med data från SCB kunnat bestämma förekomsten av sju socioekonomiska variabler. I en enkät till ett stort antal distriktsläkare har man bett dessa att på en skala från 0 – 9 ange hur man bedömer att variablerna påverkar arbetsbelastningen, och därefter kunnat skatta betydelsen (beräkna relativa vikter) för variablerna.

Relevansen av dessa uppskattningar har sedan verifierats med empiriska data kring ökad sjuklighet i ett antal sjukdomsgrupper och förekomsten av ett antal riskfaktorer<sup>2</sup>.

### Variabler

Variabler	Vikt	Register
Ålder över 65 år och ensamboende	6,15	RTB
Utlandsfödd (Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika)	5,72	RTB
Arbetslös eller i åtgärd 16 – 64 år	5,13	STATIV
Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre	4,19	RTB
Person 1 år eller äldre som flyttat in i området	4,19	RTB
Lågutbildad 25 – 64 år	3,97	UREG
Ålder yngre än 5 år	3,23	RTB

### Ålder över 65 år och ensamboende

Variabeln är framställd från Registret över totalbefolkningen (RTB). Åldern som avses är den ålder en person uppnått under 2009. Ensamboende är en konstruerad variabel. Om en vuxen person är gift eller har gemensamma barn med en annan person och båda är folkbokförda i samma fastighet så räknas de som sammanboende enligt variabelns definition. Om man inte är sammanboende med någon räknas man som ensamboende. Notera att

<sup>1</sup> SCB har delat in hela Sverige i områden med i genomsnitt 1 000 personer. SAMS står för Small Area Market Statistics. För Stockholm används s.k. basområden med i genomsnitt 2 000 personer.

<sup>2</sup> Enligt professor Jan Sundkvist, Lund. Finns även beskrivet i Sundkvists m fl. slutrapport där även de vetenskapliga referenserna återfinns.

sammanboende utan barn räknas som ensamstående, vilket är en brist i dagsläget. Ett lägenhetsregister är dock under uppbyggnad, vilket kommer att göra samboskap mätbart i framtiden.

### **Utlandsfödd (Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika)**

Uppgiften hämtas från Registret över totalbefolkningen (RTB).

### **Arbetslös eller i åtgärd 16-64 år**

Uppgiften hämtas från STATIV-registret. En person klassas som arbetslös eller i åtgärd om denne varit inskriven vid arbetsförmedlingen minst en dag under 2009.

### **Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre**

Uppgiften hämtas från Registret över totalbefolkningen (RTB). Åldern som avses är den ålder en person uppnått under 2009. Registret har mycket god täckning av föräldrar, deras barn och barnens ålder. Dock gäller samma problematik för ensamstående som sammanboende, se variabeln ”Ålder över 65 år och ensamboende”.

### **Person 1 år eller äldre som flyttat in i området**

Uppgiften hämtas från Registret över totalbefolkningen (RTB) och avser den 31 december 2009. Som inflyttad till området anges den som flyttat in till respektive kommun från någon annan kommun från föregående årsskifte.

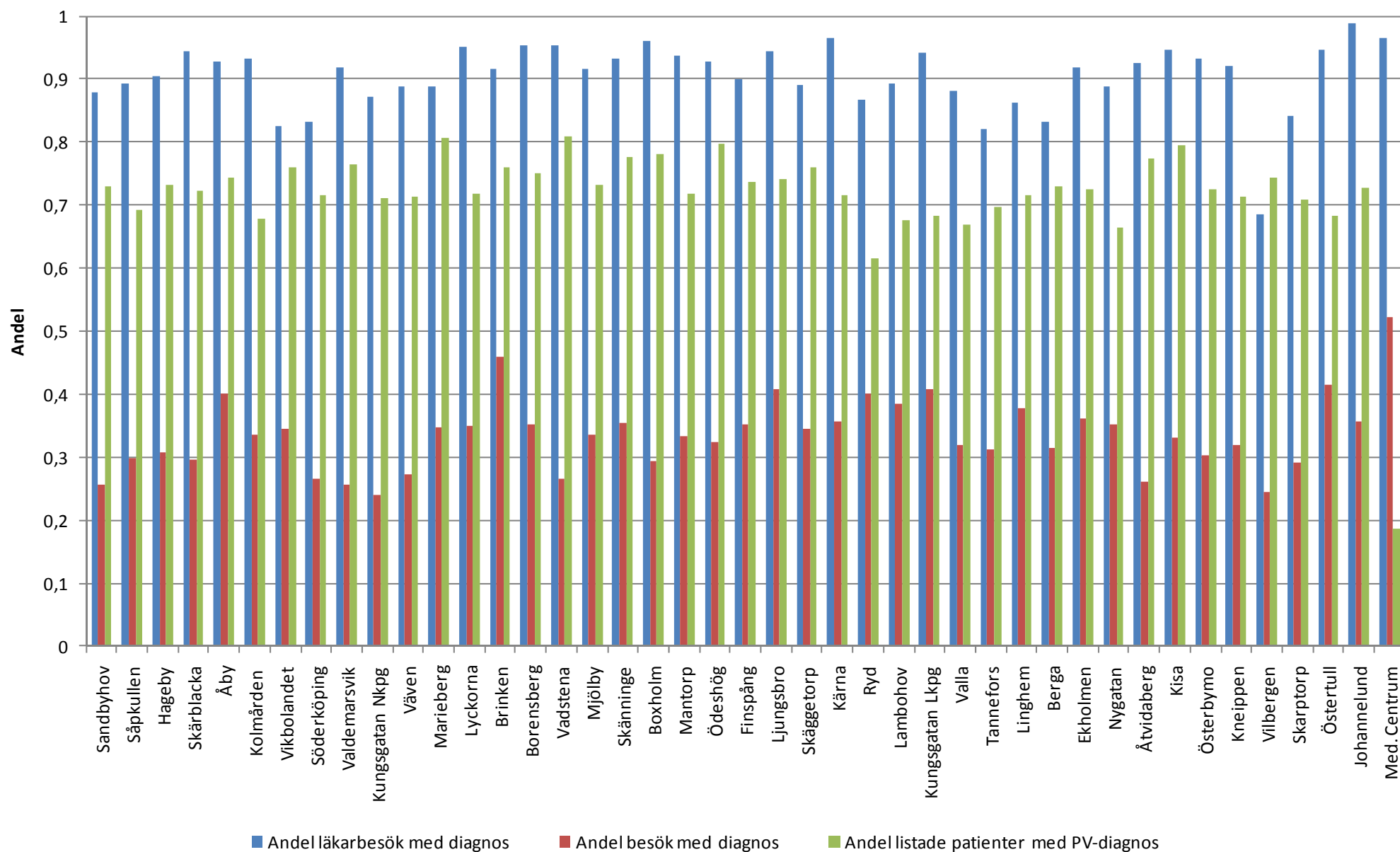
### **Lågutbildad 25-64 år**

Uppgiften hämtas från Utbildningsregistret (UREG). Som lågutbildad räknas en person som har högst 9-årig grundskola eller motsvarande som högsta utbildningsnivå. Uppgiften avser tidsperioden t.o.m. vårterminen 2009.

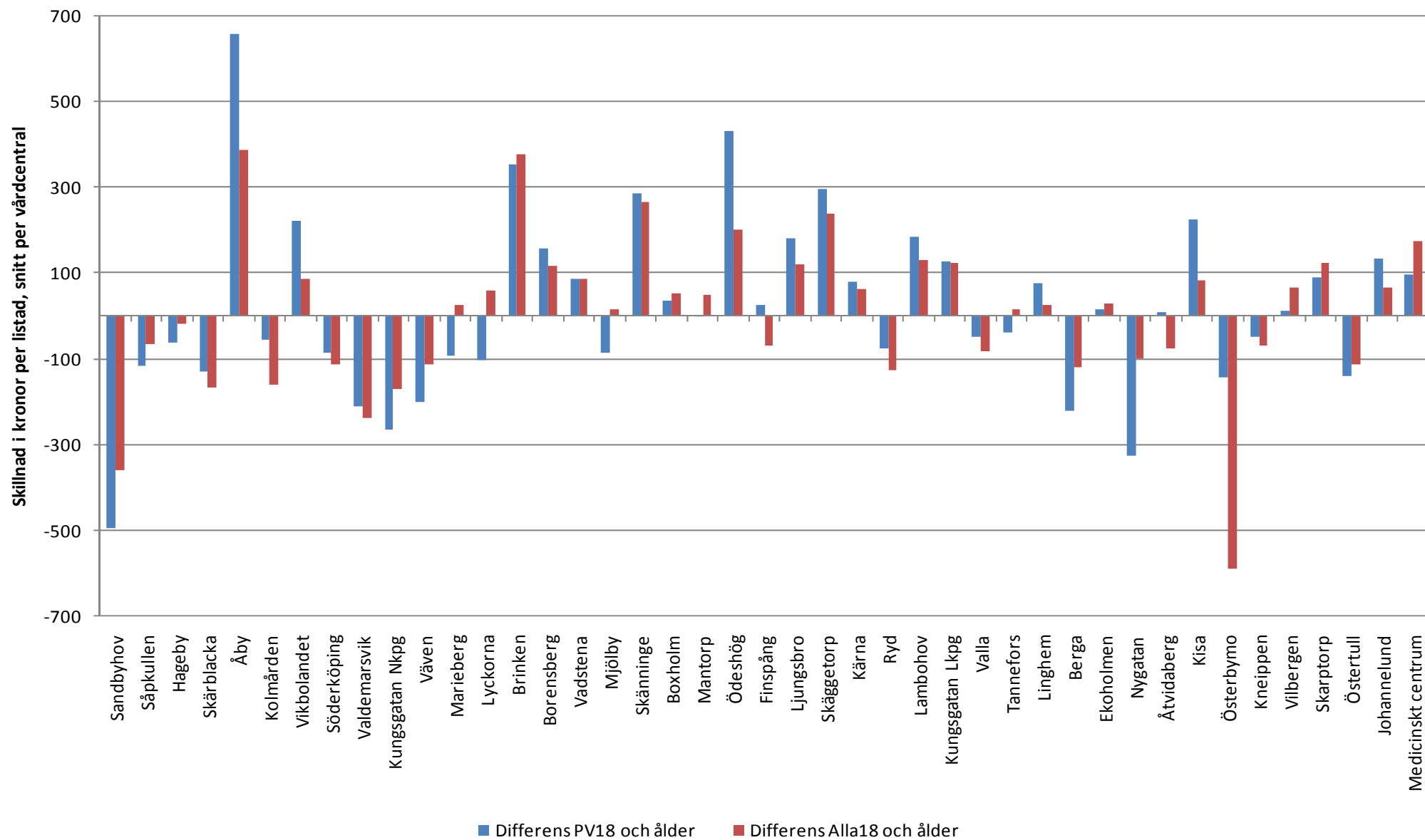
### **Ålder yngre än 5 år**

Uppgiften hämtas från Registret över totalbefolkningen (RTB). Åldern som avses är den ålder en person uppnått under 2009.

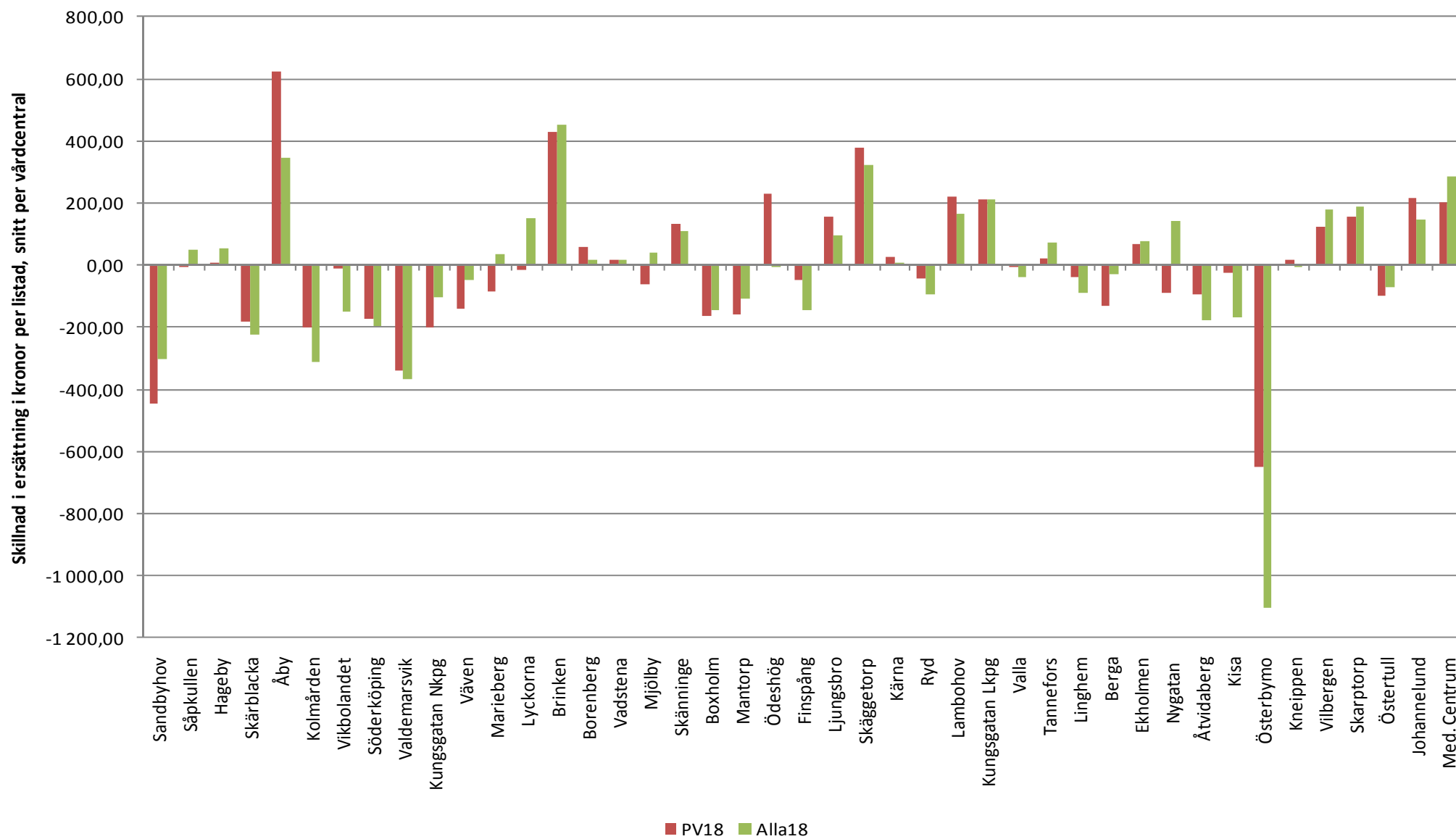
## Andel diagnosaatta besök och listade med diagnos per vårdcentral



## Skillnad mellan kapitering enligt ACG och ålder

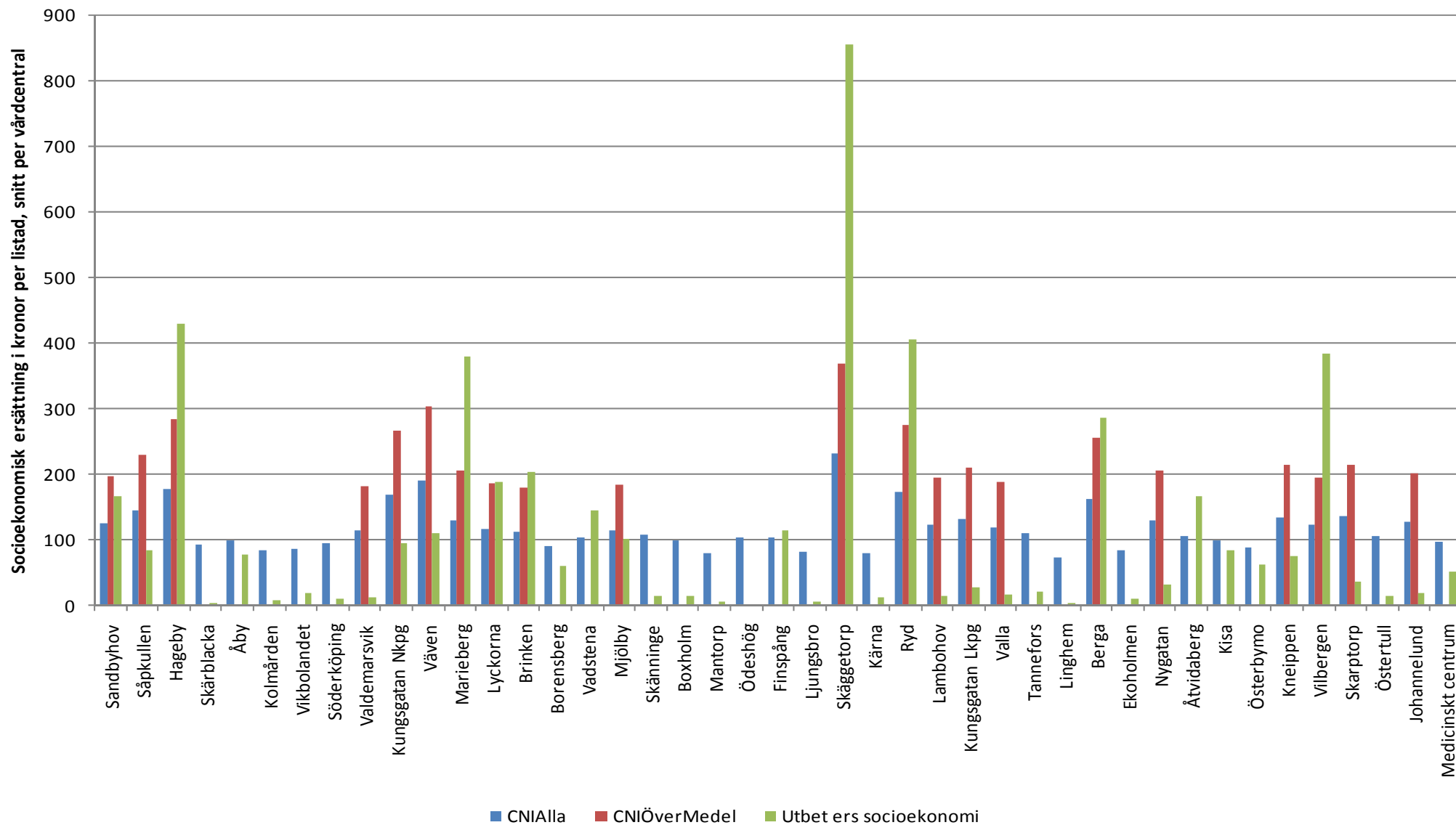


## Skillnad i ersättning med ACG mot idag (ålder, täckningsgrad, geografi och tätort)





## Ersättning per listad med olika socioekonomiska ersättningar



Namn	Dagens ersättningsmodell									ACG PV18			ACG Alla18		
	Antal listade juni 2010	Ersättn kapitering befolkning	Avdrag lb sjukhus och privata	Utbet ers socio-ekonomi	Utbet ers geografi	Basersätt-ning tätort	Utbet ers vårdenhets-täckningsgrad	Mål och mått	Summa total ersättning exkl läk o tillägg	ACG PV18	ACG PV Differens i procent	ACG Alla18	ACG Alla Differens i procent	ACG Alla Differens i procent	
Sandbyhov	12 970	28 535 599	-3 042 000	2 159 730	85 399	0	2 741 000	1 852 000	32 331 728	25 269 950	-7 061 779	-22%	27 307 294	-5 024 434	-16%
Såpkullen	10 344	22 270 117	-2 791 800	858 420	8 540	0	2 057 000	1 426 000	23 828 277	24 081 972	253 695	1%	24 699 098	870 821	4%
Hageby	17 978	35 431 984	-4 467 600	7 725 780	23 484	0	3 834 000	2 451 000	44 998 648	39 212 460	-5 786 188	-13%	40 141 879	-4 856 768	-11%
Skärblacka	8 052	15 804 945	-1 771 200	27 360	64 049	765 000	1 680 000	1 066 000	17 636 155	16 874 878	-761 276	-4%	16 526 075	-1 110 080	-6%
Åby	9 659	18 725 992	-1 857 600	738 720	55 509	765 000	1 885 000	1 223 000	21 535 621	28 654 362	7 118 741	33%	25 684 260	4 148 639	19%
Kolmården	6 862	13 237 435	-1 164 600	61 560	153 719	1 020 000	1 259 000	812 000	15 379 114	14 704 962	-674 152	-4%	13 870 125	-1 508 989	-10%
Vikbolandet	6 315	12 821 014	-1 359 000	119 700	762 180	1 020 000	1 320 000	850 000	15 533 894	16 246 615	712 721	5%	15 273 349	-260 545	-2%
Söderköping	13 334	27 400 885	-2 773 800	126 540	1 131 462	510 000	2 784 000	1 775 000	30 954 087	29 994 536	-959 551	-3%	29 608 877	-1 345 211	-4%
Valdemarsvik	7 435	16 795 291	-1 999 800	99 180	990 620	765 000	1 516 000	965 000	19 131 291	17 414 541	-1 716 750	-9%	17 178 661	-1 952 630	-10%
Kungsgatan Nkpg	10 586	20 022 109	-2 557 800	996 930	4 270	0	2 208 000	1 487 000	22 160 509	19 673 830	-2 486 678	-11%	20 808 136	-1 352 373	-6%
Väven	9 629	18 576 282	-2 201 400	1 055 070	4 270	0	1 951 000	1 389 000	20 774 222	19 043 818	-1 730 404	-8%	19 999 351	-774 871	-4%
Marieberg	10 189	22 276 131	-2 376 000	3 862 890	544 383	0	2 191 000	1 379 000	27 877 404	24 386 182	-3 491 222	-13%	25 781 549	-2 095 855	-8%
Lyckorna	14 473	30 426 416	-3 646 800	2 722 320	51 240	0	2 871 000	1 864 000	34 288 176	33 057 626	-1 230 550	-4%	35 755 880	1 467 705	4%
Brinken	9 771	19 613 894	-2 242 800	1 981 890	12 810	0	1 954 000	1 272 000	22 591 794	26 381 892	3 790 098	17%	26 619 608	4 027 814	18%
Borenberg	7 249	14 984 387	-1 666 800	437 760	488 910	765 000	1 476 000	943 000	17 428 256	18 445 660	1 017 404	6%	18 104 527	676 271	4%
Vadstena	7 538	17 431 027	-1 674 000	1 087 560	277 547	765 000	1 530 000	967 000	20 384 134	20 664 941	280 807	1%	20 662 381	278 247	1%
Mjölby	13 733	30 031 849	-3 040 200	1 391 940	21 350	510 000	2 772 000	1 784 000	33 470 939	32 969 013	-501 926	-1%	34 578 884	1 107 945	3%
Skänninge	5 956	12 527 063	-1 355 400	83 790	328 787	1 020 000	1 214 000	775 000	14 593 240	16 261 270	1 668 030	11%	16 131 903	1 538 664	11%
Boxholm	4 869	10 567 902	-1 004 400	71 820	162 258	1 020 000	1 010 000	641 000	12 468 581	12 281 512	-187 069	-2%	12 369 975	-98 606	-1%
Mantorp	6 204	11 590 044	-1 105 200	39 330	38 430	1 020 000	1 265 000	810 000	13 657 603	13 233 509	-424 094	-3%	13 589 594	-68 010	0%
Ödeshög	5 259	11 690 785	-1 002 600	11 970	239 118	1 020 000	1 077 000	685 000	13 721 273	15 949 878	2 228 606	16%	14 582 542	861 269	6%
Finspång	20 653	44 913 079	-3 765 600	2 371 770	2 038 860	0	4 194 000	2 677 000	52 429 109	51 951 587	-477 522	-1%	49 706 441	-2 722 668	-5%
Ljungsbro	10 222	19 845 220	-2 170 800	53 010	25 620	765 000	2 072 000	1 334 000	21 924 050	24 784 495	2 860 445	13%	24 079 668	2 155 618	10%
Skäggetorp	8 110	15 287 432	-1 951 200	6 937 470	0	0	1 644 000	1 060 000	22 977 702	20 209 224	-2 768 478	-12%	19 699 075	-3 278 627	-14%
Kärna	12 799	24 478 550	-2 687 400	169 290	740 801	510 000	2 635 000	1 687 000	27 533 241	29 158 232	1 624 991	6%	28 887 820	1 354 579	5%
Ryd	9 187	14 086 416	-1 607 400	3 719 250	14 944	0	1 555 000	1 298 000	19 066 210	15 312 973	-3 753 237	-20%	14 786 782	-4 279 428	-22%
Lambohov	10 025	16 434 000	-2 044 800	150 480	68 319	0	1 995 000	1 322 000	17 925 000	20 894 563	2 969 563	17%	20 262 743	2 337 744	13%
Kungsgatan Lkpg	11 806	24 340 809	-2 775 600	331 740	8 540	0	2 266 000	1 571 000	25 742 488	29 530 798	3 788 309	15%	29 503 393	3 760 905	15%
Valla	16 014	30 639 049	-3 195 000	282 150	8 540	0	3 066 000	2 160 000	32 960 739	34 162 813	1 202 074	4%	33 510 461	549 722	2%
Tannefors	11 186	21 897 402	-2 682 000	224 010	200 688	0	2 277 000	1 491 000	23 408 100	24 549 746	1 141 647	5%	25 227 114	1 819 014	8%
Linghem	6 783	12 423 613	-1 436 400	30 780	93 939	1 020 000	1 364 000	873 000	14 368 932	14 786 202	417 270	3%	14 410 807	41 876	0%
Berga	12 250	26 187 074	-3 055 820	3 510 265	4 269	0	2 452 931	1 584 956	30 683 676	26 867 481	-3 816 196	-12%	28 286 329	-2 397 348	-8%
Ekholmen	19 087	40 545 842	-4 552 200	188 100	593 524	0	3 841 000	2 447 000	43 063 267	46 723 333	3 660 066	8%	46 973 872	3 910 605	9%
Nygatan	10 588	21 078 457	-4 201 200	333 450	34 160	0	2 025 000	1 434 000	20 703 867	20 135 553	-568 314	-3%	22 884 694	2 180 827	11%
Åtvidaberg	11 051	24 288 943	-2 280 600	1 848 510	873 204	765 000	2 256 000	1 428 000	29 179 057	27 872 196	-1 306 860	-4%	26 821 328	-2 357 729	-8%
Kisa	9 484	20 966 776	-1 762 200	786 600	1 885 183	765 000	1 935 000	1 224 000	25 800 359	26 409 896	609 537	2%	24 885 193	-915 166	-4%
Österbymo	3 590	7 630 986	-212 400	220 590	401 376	1 020 000	746 000	471 000	10 277 552	8 134 492	-2 143 060	-21%	6 300 224	-3 977 328	-39%
Kneippen	8 481	18 138 777	-1 866 197	634 344	23 482	0	1 638 954	1 105 969	19 675 329	20 253 569	578 240	3%	20 078 424	403 095	2%
Vilbergen	7 143	17 221 444	-1 923 849	2 742 555	14 943	0	1 455 959	915 974	20 427 026	19 777 861	-649 165	-3%	20 237 858	-189 168	-1%
Skarptorp	8 411	15 288 875	-1 907 550	299 219	0	0	1 694 953	1 103 969	16 479 466	18 342 478	1 863 012	11%	18 678 509	2 199 044	13%
Östertull	8 667	16 277 211	-1 826 819	121 397	17 078	0	1 736 951	1 256 965	17 582 784	17 218 500	-364 284	-2%	17 485 240	-97 544	-1%
Johannelund	7 971	18 165 198	-1 878 752	157 304	17 078	0	1 582 956	1 028 971	19 072 755	21 986 091	2 913 336	15%	21 362 446	2 289 691	12%
Med. Centrum	5 864	10 703 024	-1 603 587	307 768	4 269	0	1 192 003	109 997	10 713 474	12 873 638	2 160 165	20%	13 396 759	2 683 286	25%
<b>Summa</b>	<b>427 777</b>	<b>871 599 329</b>	<b>-96 488 173</b>	<b>51 080 313</b>	<b>12 517 153</b>	<b>15 810 000</b>	<b>86 220 707</b>	<b>55 999 801</b>	<b>996 739 129</b>	<b>996 739 129</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>996 739 129</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>