Region Stockholm

25

Svar på skrivelse från Talla Alkurdi (S) m.fl. om risk för överdiagnostisering på grund av ekonomiska motiv

HSN 2020-0268

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Allmänmedicin
Jan-Olov Wiklund

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-05-07

HSN 2020-0268

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Svar på skrivelse från Talla Alkurdi (S) m.fl. om risk för överdiagnostisering på grund av ekonomiska motiv

Ärendebeskrivning

I en skrivelse till hälso- och sjukvårdsnämnden ställer Talla Alkurdi (S) m.fl. frågor om risker för överdiagnostisering på grund av ekonomiska motiv.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Skrivelse från Talla Alkurdi (S) m.fl.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Skrivelsen anses besvarad.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
I Region Stockholm används sedan 2017 Adjusted Clinical Groups (ACG) som en metod för att fördela en del av listningsersättningen till husläkarverksamheten. Andra sätt som också används är fördelning av listningsersättning utifrån ålder och fördelning utifrån mottagningens Care Need Index (CNI).

Alla ersättningssystem som helt eller delvis baseras på vårdgivarens inrapportering riskerar att manipuleras. Modellerna måste byggas så att det blir lätt att göra rätt men svårare att göra fel.

I Region Stockholm hämtas diagnoser från i princip hela sjukvårdssystemet, slutenvård, specialistvård och öppenvård från 18

månader bakåt i tiden. Enda undantaget är att diagnoser satta av läkare eller sjukgymnaster/fysioterapeuter som arbetar på nationella taxan inte har krav på att rapportera in diagnoser så eventuella diagnoser från dessa vårdgivare tas inte med vid beräkning av ACG.

I Västra Götalandsregionen har man för beräkning av ACG enbart tagit hänsyn till diagnoser registrerade i primärvården de senaste 15 månaderna. Då är det betydligt enklare för dom som vill att manipulera den egna mottagningens ACG värde.

Överväganden
Här besvaras de frågor som ställs i skrivelsen.

1. Är det förvaltningens bedömning att ersättning till husläkarmottagningar baserat på ACG riskerar leda till en överdiagnostisering?

Om vårdgivare följer Socialstyrelsens anvisningar för diagnossättning så är risken för överdiagnostisering minimal. Enbart de diagnoser som är relevanta för aktuell vårdkontakt ska rapporteras. Då ACG i Region Stockholm enbart utgör ca 30 procent av den totala ersättningen till vårdgivaren och vi hämtar diagnoser från hela sjukvården från 18 månader bakåt så anser vi att det är mycket liten risk att vårdgivare ska kunna påverka sitt ACG genom felaktiga registreringar.

2. Har förvaltningen gjort någon närmare granskning kring huruvida vårdcentraler registrerat irrelevanta diagnoser för att höja ersättningsnivåerna?

Förvaltningen har sedan införandet följt utvecklingen av ACG men då förvaltningen inte sett några tendenser på missbruk av diagnossättningen så har förvaltningen inte gjort någon fördjupad revision liknande den som gjorts i Västra Götalandsregionen. Förvaltningen ser en ökning av både antalet diagnoser per besök men också en ökning av diagnosregistreringsgraden vilket förvaltningen anser vara positivt. Historiskt sett har det snarare varit en underdiagnostisering inom primärvården.

3. Vad bedömer förvaltningen är orsaken till att de privata vårdcentralerna i genomsnitt ges högre ACG-ersättning trots lägre värden utifrån CNI?

Det finns ingen korrelation mellan ACG och CNI, dessa index visar på helt olika saker och kompletterar varandra bra. Det är alltså fullt möjligt att ha både högt ACG och högt CNI.

4. Hur ser de senaste siffrorna ut avseende ACG-ersättning utifrån driftsform? Finns det något mönster avseende vilka husläkarmottagningar som registrerar flest diagnoser till exempel utifrån storlek på vårdcentralen?

Då förvaltningen tar fram ett relativt ACG så ska medelvärdet för ACG i regionen alltid bli 1,0000. Vid den senaste körningen för 2020 fördelade sig ACG enligt följande:
Privata: 136 mottagningar, medel ACG 1,0259, spridning 0,7660 – 2,0017
SLSO: 67 mottagningar, medel ACG 0.9897, spridning 0,8352 – 1,1281
Skillnaden i medel ACG i regionen är således 0,0362.

En förklaring till skillnaden är att några av de privata mottagningarna med högst ACG är nystartade mottagningar. Vid nystart så blir alla nylistade patienter placerade i en något högre ACG grupp. Ingen patient tillhör till en början den grupp som kallas No Users. I normalfallet är runt 18% av patienterna på en mottagning No Users, dvs dom har inte besökt någon del av vården de senaste 18 månaderna och ger då ett rätt litet tillskott i ACG.

Den mottagning med högst ACG i regionen är en liten vårdcentral som ligger i anslutning till Nockebyhöjdens vård och omsorgsboende. Av de ca 676 listade är 335 personer över 75 år.

En annan möjlig förklaring till att privata vårdgivare i snitt har ett något högre ACG värde är att de oftare ligger i områden med högre medelålder och med längre livslängd. En multisjuk person med många vårdtunga diagnoser kan ”bidra” med högre ACG under flera år i ett socioekonomiskt rikt område men i ett annat område med lägre medellivslängd så kan personen med samma diagnoser ha en kortare kvarvarande livslängd på flera år. Vårdcentralens behov av resurser för att vårda dessa patienter är dock lika under patientens livstid.

5. Hur ser de senaste siffrorna ut avseende ACG-ersättning utifrån driftsform? Finns det något mönster avseende vilka husläkarmottagningar som registrerar flest diagnoser till exempel utifrån storlek på vårdcentralen?

Nej, förvaltningen har inga planer på att minska andelen ACG. Utredningen ”Digifysiskt vårdval” lämnar ingen rekommendation i denna fråga men är

mycket riktigt tveksam till ACG. Då Region Stockholm hämtar diagnoser från hela sjukvårdssystemet och från 18 månader bakåt bedömer vi att risken för manipulation är mycket liten.

6. Anser förvaltningen att ACG är det bästa sättet att mäta vårdtyngd eller är en ökad viktning utifrån CNI mer ändamålsenligt?

Som tidigare påtalats är ACG och CNI två olika instrument som mäter olika saker och det ena utesluter inte det andra. Förvaltningen bedömer att en väl avvägd kombination av ACG och CNI ger den bästa fördelningen av ersättning för att kunna täcka bedömda framtida resursbehov utifrån såväl medicinska som socioekonomiska variabler.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-05-07

Hälso- och sjukvårdsnämnden

SKRIVELSE
2020-02-18

Socialdemokraterna
FRAMTIDSPARTIET

Skrivelse om risk för överdiagnostisering på grund av ekonomiska motiv

En stor del av ersättningen till husläkarmottagningarna är idag baserad på Adjusted Clinical Groups (AGC), en ersättningsprincip som ger ökad ersättning ju fler och mer resurskrävande diagnoser som registreras. Av den totala fasta ersättningen till vårdcentralerna som idag ligger på cirka 60 procent, utgörs 30 procent av ACG.

Tanken att justera husläkarmottagningarnas ersättning efter patienternas vårdtyngd är en i grunden god idé. Trots den goda intentionen finns det en utbredd kritik gentemot ersättning baserad på ACG. En av huvudinvändningarna är att ACG riskerar leda till diagnosglidning och överdiagnostisering då en ökad registrering av diagnoser leder till högre ersättning. Utredningen *”Digifysiskt vårdval”* ställer sig med anledning av detta tveksam till användning av ACG som ersättningsgrund till primärvården. Detta med motiveringen att ersättningen riskeras *”korrumperas av ekonomiska motiv”.* Istället förespråkas en ökad ersättning utefter socioekonomiska faktorer genom Care Need Index (CNI), en ersättning vars grunder inte kan manipuleras på samma sätt och som kan väntas förutse vårdbehovet hos befolkningen.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har även vid ett flertal tillfällen kritiserat ersättning baserat på ACG. Utöver att detta riskerar leda till en överdiagnostisering påpekar SFAM:s ordförande i en intervju att letandet efter relevanta diagnoser att registrera är tidskrävande och riskerar gå ut över patenttiden[1].

I en granskning från Västra Götalandsregionen framgår att 13 av 29 vårdcentraler medvetet ska ha registrerat irrelevanta diagnoser för att höja sin ACG-poäng. I Region Stockholm ser vi även hur antalet diagnoser per besök ökat från 1,29 år 2016 till 1,46 år 2018[2]. Samtidigt visar siffror från 2018 att de privata husläkarmottagningarna i snitt ges en högre ersättning baserat på ACG i jämförelse med de offentliga. Detta trots att de offentliga husläkarmottagningar enligt CNI har en mindre gynnsam socioekonomisk

[1] https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/08/30/kritik-mot-vgrs-granskning-man-far-det-man-fragar-efter/
[2] https://www.sll.se/globalassets/bilagor-till-nyheter/primarvardens-roll-i-sjukvardssystemet-final.pdf

sammansättning av patienter som i teorin borde leda till en högre vårdtyngd. Exempelvis fick Nockebyhöjdens vårdcentral i Bromma 2018 en ACG-ersättning per listad patient på 1141 kronor medan motsvarande ersättning låg på 470 kronor per listad patient för Rinkeby Vårdcentral.

Med anledning av ovanstående ställer vi följande frågor till förvaltningen:

- Är det förvaltningens bedömning att ersättning till husläkarmottagningar baserat på ACG riskerar leda till en överdiagnostisering?

- Har förvaltningen gjort någon närmare granskning kring huruvida vårdcentraler registrerat irrelevanta diagnoser för att höja ersättningsnivåerna?

- Vad bedömer förvaltningen är orsaken till att de privata vårdcentralerna i genomsnitt ges högre ACG-ersättning trots lägre värden utifrån CNI?

- Hur ser de senaste siffrorna ut avseende ACG-ersättning utifrån driftsform? Finns det något mönster avseende vilka husläkarmottagningar som registrerar flest diagnoser till exempel utifrån storlek på vårdcentralen?

- Planerar förvaltningen att minska andelen ersättning baserad på ACG i enlighet med rekommendationer från utredningen *”Digifysiskt vårdval”* i den kommande revideringen av ersättningssystemet? Anser förvaltningen att ACG är det bästa sättet att mäta vårdtyngd eller är en ökad viktning utifrån CNI mer ändamålsenligt?

Talla Alkurdi (S) m.fl.