Rapport 2013:1

Vem har vårdvalet gynnat?

En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården

vårdanalys

Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Nordic Photos
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2013
ISBN 978-91-87213-05-2

Vem har vårdvalet gynnat?

En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården

Nils Janlöv, Agneta Andersson, Anders Beckman,
Sofia Sveréus, Ann-Britt Wiréhn och Clas Rehnberg

vårdanalys

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Hälsoekonom Nils Janlöv har varit föredragande. Analyschef Christofer Montell har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2012-12-14
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström
Styrelseordförande

Kerstin Wigzell
Vice styrelseordförande

Anders Anell
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Nils Janlöv
Föredragande

Förord

Införandet av valfrihetssystem utgör i flera avseenden en av de mest genomgripande reformerna inom svensk vård och omsorg på senare tid. Vårdvalssystemen inom primärvården inleddes med att landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland på eget initiativ införde modeller för fri etablering och valfrihet. Sedan 2010 är vårdvalssystem obligatoriska inom primärvården. Liknande valfrihetsmodeller införs nu även inom specialistvård och äldreomsorg. En central målsättning med vårdvalsreformerna har varit att öka tillgängligheten och vårdutnyttjandet samt stärka patientens roll som aktör inom primärvården. Tidigare studier har visat att utbudet och tillgängligheten ökat under de första åren med reformerna, men valfrihetssystemet kan även stå i motsättning till rättviseprincipen – att vården ska ges efter behov. En viktig fråga blir då att undersöka om mer vårdbehövande grupper har trängts undan till förmån för grupper med enklare behov.

Effekterna av införandet av vårdvalsmodeller på olika patientgrupper kan belysas med empiriskt underlag. Vårdvalsreformerna har också utformats olika inom landstingen och befintliga utvärderingar inom området begränsas idag till enskilda landsting. Det saknas jämförande studier där skillnader i vårdvalets utformning analyseras med en gemensam metod mellan landsting. Myndigheten för vårdanalys tidigare genomgångar av litteraturen visar att kunskapen om sambandet mellan valfrihet och fördelning av vården generellt är bristfällig, såväl internationellt som i Sverige.

Vårdanalys har därför låtit genomföra en jämförande studie i tre landsting. Syftet är att analysera hur vårdutnyttjandet och patienternas upplevda tillgänglighet utvecklats före och efter införandet av vårdval för patientgrupper med olika behov.

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp där hälsoekonom Nils Janlöv,

vid Myndigheten för vårdanalys, varit projektledare och huvudsaklig skribent tillsammans med professor Clas Rehnberg, Medical Management Centre, Karolinska Institutet, som också fungerat som extern projektledare. Arbetsgruppen har även bestått av forskningsassistent Sofia Sveréus, Medical Management Centre, Karolinska Institutet, fil. dr Agneta Andersson och fil. dr Ann-Britt Wiréhn, båda vid Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården vid Landstinget i Östergötland samt Anders Beckman, med dr och primärvårdsforskare vid Institutionen för kliniska vetenskaper vid Centrum för Primärvårdsforskning, Skånes Universitetssjukhus.

En central del i arbetet har varit att via en gemensam metod och utifrån landstingens vårdregister belysa hur vårdutnyttjandet har utvecklats för särskilt vårdbehövande patientgrupper i primärvården i relation till bredare befolkningsgrupper. Vårdanalys vill tacka John Carstensen, professor i klinisk epidemiologi vid Linköpings Universitet, för att han har granskat metoden som används i rapporten.

Vårdanalys vill även rikta ett tack till Roger Molin, nationell vårdvalssamordnare, Martin Magnusson, Landstinget i Östergötland, Magnus Kåregård, Region Skåne samt Birgitta Almgren och Anders Olsson vid Stockholms läns landsting för värdefulla synpunkter på rapporten. Därtill vill vi tacka samtliga representanter i landstingens vårdvalsnätverk för att de har svarat på förfrågningsunderlag från Vårdanalys.

Rapporten vänder sig i första hand till beslutsfattare inom vården på nationell och regional nivå. Avsikten är att patienterna och andra intressenter, däribland vårdgivarna, ska kunna dra lärdomar från resultaten. Rapporten lägger en viktig grund för Vårdanalys fortsatta arbete med att granska valfrihetsreformernas konsekvenser för patienter och brukare. Vårdanalys avser att under 2013 fördjupa analysen kring om personer med samma sjukvårdsbehov erhåller samma vård oavsett deras socioekonomiska förhållanden.

Min förhoppning är att den föreliggande studien ska vara en väsentlig del i det fortsatta utvecklingsarbetet som syftar till att förbättra vårdens kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Stockholm i januari 2013

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef
Myndigheten för vårdanalys

RESULTATEN I KORTHET

Sedan införandet av vårdval inom primärvården år 2010 har konsekvenserna av patienternas valfrihet och möjligheterna till nyetableringar varit återkommande inslag i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten. I en serie studier söker Myndigheten för vårdanalys att belysa reformens konsekvenser ur ett patient- och medborgarperspektiv.

En viktig fråga i debatten har handlat om huruvida mer vårdbehövande grupper har trängts undan till förmån för patienter med enklare behov. I denna studie jämförs därför hur vårdutnyttjandet och den patientupplevda tillgängligheten i primärvården utvecklats för patientgrupper med olika stora vårdbehov före och efter införandet av vårdval i tre landsting: Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland och Region Skåne. Studien baseras på landstingens dataregister över vårdutnyttjande och en patientenkät.

Det går inte att se tydliga tecken på absoluta undanträngningseffekter, det vill säga att vissa patientgrupper ökat sitt vårdutnyttjande medan andra minskat vårdutnyttjandet…

Flertalet jämförelser visar att personer med stora vårdbehov inte trängts undan i termer av absolut antal besök efter införandet av vårdvalsreformen. Generellt sett ökar det sammantagna vårdutnyttjandet i primärvården för både patienter med stora vårdbehov och för befolkningen som helhet. Det är små skillnader i olika behovsgruppers vårdutnyttjande och listningsmönster mellan privata och offentliga vårdgivare, bortsett från nyetablerade privata vårdgivare som har en lägre andel listade personer med stora vårdbehov. Fler patienter var också mer positiva än negativa till hur tillgängligheten har förändrats efter vårdvalets införande. Det gäller både patienter med stora vårdbehov och övriga. Det fanns ett brett stöd för möjligheten att välja vårdgivare bland både personer med stora vårdbehov och befolkningen i stort. 75 procent ansåg att möjligheten att byta vårdgivare är bra, medan endast 2 procent var negativt inställda.

…samtidigt visar vårdutnyttjandet mellan vårdbehövande och befolkningen som helhet på skillnader mellan landstingen och olika typer av vårdtjänster. Befolkningen som helhet har i flera avseenden ökat sitt vårdutnyttjande i större utsträckning än personer med stora vårdbehov sedan vårdval infördes.

Det är främst i Skåne som den sammantagna besöksökningen för olika typer av vårdtjänster är störst i befolkningen som helhet jämfört med personer

med stora vårdbehov. Sett enbart till läkarbesök på mottagning har befolkningen i samtliga jämförda landsting en ökning av läkarbesök vid mottagning som är större jämfört med personer med stora vårdbehov, även om det inte går att se tydliga tecken på absoluta undanträngningseffekter. Det finns även en tydlig ökning av andelen läkarbesök med enklare diagnoser, i relation till dem med stora vårdbehov, vilket främst observeras i Stockholm. En möjlig förklaring till att befolkningen som helhet i dessa fall haft en större ökning av läkarbesök vid mottagning är att tillgänglighetsproblemet för denna vårdtjänst varit störst för denna grupp. En annan förklaring kan vara att vårdgivarna ökat sin besöksfrekvens genom att inrikta sig på relativt lättbehandlade patienter. Samtidigt uppvisar personer med stora vårdbehov, jämfört med befolkningen, i flertalet fall en kraftigare ökning av läkarbesök i hemmet.

Personer med högre inkomster uppger att de är mer nöjda med utvecklingen av tillgängligheten efter införandet av vårdvalsreformen.

Ur jämlikhetssynpunkt visar resultaten från patientenkäten att de med högre inkomst, oavsett sjukvårdsdiagnos och landstingstillhörighet, tenderar att vara mer nöjda med olika aspekter av primärvårdens utveckling efter vårdvalet. Det visar på ett behov av fördjupad kunskap om vårdens horisontella rättvisa, dvs. att alla med samma sjukvårdsbehov ska ha samma tillgång till vård, oavsett socioekonomiska förhållanden.

Utifrån studiens resultat ger Myndigheten för vårdanalys följande rekommendationer:

1. Det är väsentligt att *regeringen* på både nationell och regional nivå stärker möjligheterna till uppföljning av såväl vårdens struktur och processer som av resultat inom primärvården. Det är särskilt angeläget att landstingens förutsättningar att följa upp all offentligt finansierad vård stärks, oavsett om verksamheterna bedrivs i offentlig eller privat regi.
2. *Landstingen* bör se över och hitta rätt balans i ersättningssystemen mellan verksamhetens olika mål. De bör utveckla system som kan premiera både hög produktion och jämlikhet.

Myndigheten för vårdanalys avser att under 2013 fördjupa analysen kring om personer med samma sjukvårdsbehov erhåller samma vård oavsett deras socioekonomiska förhållanden.

Sammanfattning

Vårdvalsreformen i primärvården inleddes med att landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland på eget initiativ införde modeller för fri etablering och valfrihet. Sedan det obligatoriska införandet av vårdvalssystem[1] inom primärvården år 2010 har konsekvenserna av patienternas frihet att välja mottagning[2] och möjligheterna till nyetableringar varit återkommande inslag i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten. Målsättningen med reformen – att stärka patientens roll som aktör i vården – kan stå i motsättning till rättviseprincipen – att vården ska ges efter behov. En viktig fråga blir då om mer vårdbehövande grupper har trängts undan till förmån för patienter med enklare behov. Regel- och ersättningssystemens betydelse för vårdgivarnas prioriteringar har i detta sammanhang fått särskild uppmärksamhet.

De effekter som införandet av vårdvalsmodeller medför för olika patientgrupper kan belysas med empiriskt underlag. Befintliga utvärderingar inom området begränsas idag till enskilda landsting. Det saknas jämförande studier mellan landsting där skillnader i vårdvalets utformning analyseras med en gemensam metod. Genomgångar av litteraturen pekar även på att kunskapen om sambandet mellan valfrihet och fördelning av vården generellt är bristfällig, såväl internationellt som i Sverige.

Syftet med denna studie är att analysera hur vårdutnyttjandet och den patientupplevda tillgängligheten utvecklats före och efter vårdvalet, för grupper

[1] Med vårdvalssystem (oftast används kortformen vårdval) avses, om inte annat framgår av texten, ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) som innefattar mottagningar. Med vårdvalssystem avses även de vårdval som infördes frivilligt i Halland, Stockholm och Västmanland.

[2] I rapporten används genomgående mottagning som begrepp för den enhet som patienten listar sig för allmänläkarvård inom primärvården. Givet samma definition kan begreppet likställas med vårdcentral, hälsocentral, hälsovalsenhet och husläkarmottagning.

med varaktiga och/eller vårdtunga sjukdomar i relation till befolkningen som helhet[3]. Utvecklingen för ett antal patientgrupper (fortsättningsvis benämnda vårdbehövande), med en på förhand konstaterad diagnos som indikerar ett större förväntat vårdbehov inom primärvården, jämförs därför med befolkningen som helhet. De vårdbehövande patientgrupperna jämförs alltså med individer med både större och mindre vårdbehov, eller med personer som uppgett att de inte har en förväntat vårdbehövande diagnos.

Utvecklingen av vårdutnyttjandet och den patientupplevda tillgängligheten för olika behovsgrupper jämförs sedan mellan tre landsting/regioner med delvis olika vårdvalsmodeller. I studien ingår Stockholms läns landsting (SLL), Landstinget i Östergötland (LiÖ) samt Region Skåne (RS).[4] Rapporten belyser därmed även skillnader mellan landstingens styr- och ersättningsmodeller före och efter införandet av vårdvalsreformen. Avslutningsvis studeras även skillnader i vårdutnyttjandet för olika behovsgrupper mellan privat och offentlig vård, samt hur den samlade öppenvårdskonsumtionen utvecklats för olika behovsgrupper.

Analyserna av utvecklingen före och efter introduktionen av vårdvalsmodellerna i de tre landstingen sammanfattas enligt följande:

- Jämförelse av primärvårdskonsumtion mellan vårdbehövande grupper och befolkningen som helhet,
- jämförelse mellan privat och offentlig vård rörande listning och vårdutnyttjande hos vårdbehövande grupper och befolkningen som helhet,
- jämförelse av den samlade konsumtionen av öppen- och specialiserad vård mellan vårdbehövande grupper och befolkningen som helhet,
- jämförelse av patientupplevd tillgänglighet mellan vårdbehövande grupper och övrig befolkning,
- bedömning av i vilken utsträckning vårdutnyttjandets utveckling kan knytas till utformningen av landstingens styr- och ersättningsmodeller.

Avslutningsvis är syftet också att undersöka samtliga landstings förutsättningar för att följa upp hur vårdkonsumtionen utvecklats för olika patientgrupper i primärvården, och hur landstingen arbetar med denna fråga idag.

[3] I rapporten används begreppet befolkningen som helhet. Jämförelserna mellan befolkningen som helhet och respektive vårdbehövande grupp avser dock alltid samma standardiserade köns- och åldersgrupp för de båda grupperna.

[4] I rapporten används även termen landsting för samtliga huvudmän. Därtill används i vissa fall kortformen Stockholm, Östergötland och Skåne för respektive landsting.

GENOMFÖRANDE

Analyserna baseras genomgående på en jämförelse mellan grupper med varaktiga och/eller vårdtunga sjukdomar i relation till grupper utan ett större förväntat vårdbehov.

Vid den registerbaserade jämförelsen av vårdutnyttjandet studeras patienter med diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller demens, eller patienter med minst en diagnos inom en bredare grupp av vårdtunga sjukdomar[5]. Samtliga jämförelser avser perioden 2006–2011. Utvecklingen hos grupperna med större förväntat vårdbehov jämförs med den hos befolkningen. Vid jämförelsen av den patientupplevda tillgängligheten inkluderas personer med minst en av åtta diagnoser[6], som indikerar ett regelbundet vårdbehov inom primärvården i den vårdbehövande gruppen. Resultaten baseras på en patientenkät som genomfördes hösten 2012. Gruppen med större förväntat vårdbehov jämförs med den övriga befolkningen.

Analyserna av vårdutnyttjandet mellan olika behovsgrupper baseras på besöksutvecklingen på mottagningar (hos antingen läkare eller sjuksköterska) och i hemmet. Fem olika definitioner av vårdbehövande grupper jämförs således med motsvarande kön- och åldersgrupp för hela befolkningen. Absoluta besöksnivåer och den relativa utvecklingen av vårdutnyttjandet före och efter vårdvalsreformens införande presenteras. Landstingens olika vårdvalsmodeller relateras även till konsumtionsmönstret och hur det förväntas påverka vårdutnyttjandet. Skillnader föreligger exempelvis vid avvägningen mellan ersättning per listad patient (kapitering), per besök hos olika personalkategorier (besöksersättning) och målrelaterad ersättning.

VILKA ÄR DE VIKTIGASTE RESULTATEN?

- *Flertalet jämförelser visar att personer med större förväntat vårdbehov inte trängts undan i termer av absolut antal besök efter införandet av vårdvalsreformen.*

---

[5] Vi använder här det statliga indexet över vårdtunga grupper som används som en modul i kostnadsutjämningssystemet mellan landsting. Indexet är baserat på nio olika diagnosgrupper uppdelat efter ålder och kön och syftar till att fånga upp förekomsten av särskilt vårdkrävande sjukdomar. Diagnoserna består av elakartad tumörsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom, höftfraktur, schizofreni och övriga psykoser. Indexet omfattar ca 5 procent av befolkningen och har funnits stå för ca 40 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna (SOU 2003:88).

[6] Diagnoserna utgörs av astma, benskörhet, KOL, diabetes typ 2, högt blodtryck, höga blodfetter, psoriasis, depression samt långvarig smärta och värk.

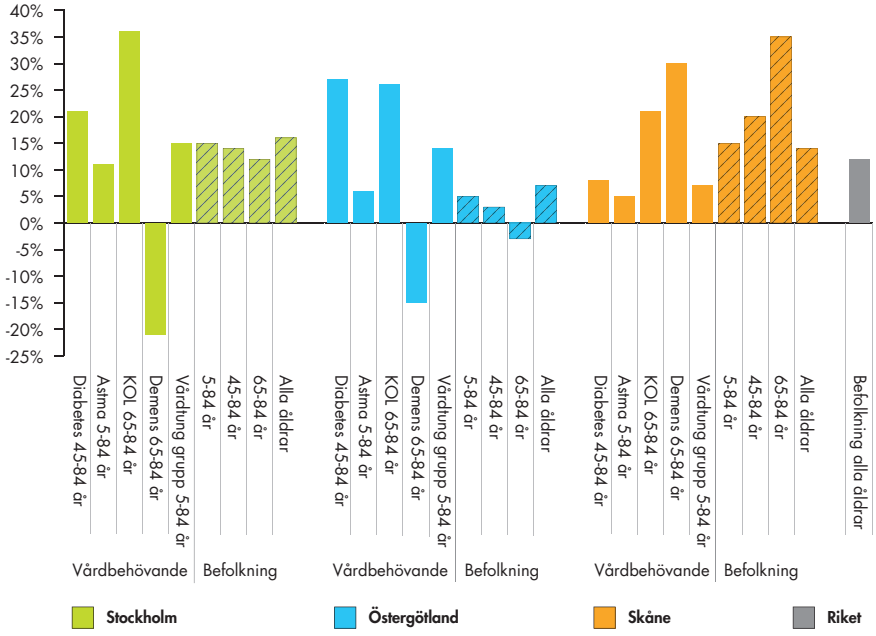
En bedömning av undanträngningseffekter kan baseras på hur det absoluta vårdutnyttjandet har minskat eller ökat för vårdbehövande grupper före och efter reformen. Bedömningen kan också baseras på hur deras andel (relativ jämförelse) av vårdutnyttjandet utvecklats i relation till befolkningen. Vi kan då vid en viktad[7] jämförelse av vårdutnyttjandet i primärvården konstatera att inga absoluta undanträngningseffekter ägt rum för flertalet av de vårdbehövande grupperna efter vårdvalsinförandet.

I figur 1 visas den procentuella förändringen av antalet viktade vårdkontakter i primärvården för olika diagnos- och befolkningsgrupper före och efter införandet av vårdvalsreformen. Reformen introducerades i Stockholm den 1 januari 2008. Därför jämförs perioden 2008–2011 efter reformen med tidsperioden 2006–2007 före reformen. I Skåne och Östergötland infördes reformen 2009 (RS 1 maj 2009 och LiÖ 1 sep 2009), och därför består jämförelsen istället av perioden 2010–2011 efter reformen med tidsperioden 2006–2008 före reformen.

Utvecklingen i riket avser en jämförelse av genomsnittligt antal viktade vårdkontakter per invånare för perioden 2009–2011 jämfört med perioden 2006–2008.

[7] För att ge en sammantagen bild av besöksutvecklingen viktas kontakterna samman till ett index utifrån SKL:s uppskattning av den resursförbrukning som är knuten till de olika typerna av besök hos olika personalkategorier. Ett besök i hemmet i relation till på mottagning ges här dubbel vikt (2,0) och ett besök utfört av sjuksköterska viktas med 0,4 i relation till ett läkarbesök (se SKL:s verksamhetstatistik 2012).

Figur 1. Procentuell förändring av antalet viktade vårdkontakter i primärvård per individ före och efter införandet av vårdvalsreformen. *Värden för alla åldrar i respektive landsting och riket totalt baseras på data från SKL:s verksamhetsstatistik 2007–2012.*



Resultaten visar att den viktade vårdkonsumtionen i primärvården ökar för alla grupper utom för personer med demensdiagnos i Stockholm och Östergötland och personer mellan 65–84 år i Östergötland. För patienter med demensdiagnos är den sannolika förklaringen att kohorten för dessa patienter pga. sjukdomens förlopp erhåller sin vård vid vårdhem, primärkommuner eller andra institutioner. I den mån konsumtionen av fysiska besök avspeglar möjligheterna till kontakt med primärvården så har tillgängligheten därmed förbättrats för flertalet av de vårdbehövande grupperna och för befolkningen som helhet.

- *Befolkningen har i flera avseenden ökat sitt vårdutnyttjande i större utsträckning än personer med varaktiga vårdbehov sedan vårdval infördes.*

Det är främst i Skåne som den viktade besöksökningen är störst i befolkningen som helhet jämfört med vårdbehövande. Däremot är ökningen i Östergötland större bland de vårdbehövande grupperna i flertalet fall. I Stockholms län var ökningen större i hälften av fallen. Det beror främst på att ökningen

av läkarbesök i hemmet och sjuksköterskebesök i vissa fall är större för de vårdbehövande grupperna i dessa landsting.

I Skåne har besöksökningen i en övervägande del av fallen varit större bland befolkningen som helhet än hos grupperna med större förväntat vårdbehov. Det gäller både för läkarbesök på mottagning och i hemmet eller sjuksköterskebesök på mottagning. Det kan tolkas som en undanträngning när det gäller relativ förändring, men där vårdbehövande fortfarande har ett klart högre vårdutnyttjande. I jämförelse med Stockholm och Östergötland visar också resultaten från patientenkäten att en större andel av patienterna med större förväntat vårdbehov i Skåne uppgett att tillgängligheten hade försämrats efter införandet av vårdval, vilket skulle kunna ge visst stöd för en sådan tolkning. Förändringen mellan nivåerna är dock marginella och de vårdbehövande grupperna har fortfarande en klart högre nivå av primärvårdskonsumtionen i samtliga landsting.

Tabell 2. Resultat över absoluta och relativa besöksförändringar före och efter vårdvalets införande för olika behovsgrupper. Resultaten avser viktade vårdkontakter i primärvård per individ.

	Diabetes och befolkning 45-84 år	Astma och befolkning 5-84 år	KOL och befolkning 65-84 år	Demens och befolkning 65-84 år	Vårdtung grupp och befolkning 5-84 år
Stockholm					
Vårdbehövande	21%	11%	36%	-21%	15%
Befolkning	14%	15%	12%	12%	15%
Högst procentuell ökning	Vårdbehövande	Befolkning	Vårdbehövande	Befolkning	Lika
Östergötland					
Vårdbehövande	27%	6%	26%	-15%	14%
Befolkning	3%	5%	-3%	-3%	5%
Högst procentuell ökning	Vårdbehövande	Vårdbehövande	Vårdbehövande	Befolkning	Vårdbehövande
Skåne					
Vårdbehövande	8%	5%	21%	30%	7%
Befolkning	20%	15%	35%	35%	15%
Högst procentuell ökning	Befolkning	Befolkning	Befolkning	Befolkning	Befolkning

Procentuell förändring av vårdutnyttjandet före och efter vårdal: ökning, > +15% ökning, 0-15% minskning, <0%

Tabell 2 visar en schematisk översikt av resultaten vid jämförelserna av den viktade vårdkonsumtionsutvecklingen i primärvården mellan olika vårdbehövande grupper och befolkningen före och efter vårdvalsinförandet.

- Grön markering ges om vårdutnyttjandet per individ inom respektive grupp ökat med mer än 15 procent efter vårdvalets införande.

- Gul markering ges om vårdutnyttjandet för respektive grupp ökat med högst 15 procent.
- Röd markering ges om vårdutnyttjandet minskat sedan vårdvalets införande. Därtill anges vilken grupp, vårdbehövande eller befolkning, som haft högst procentuell ökning av vårdutnyttjandet oavsett storleken på förändringen.

I samtliga tre landsting har befolkningen i högre utsträckning än varaktigt vårdbehövande grupper fått del av ökningen av läkarbesök inom primärvården.

I Stockholm och Östergötland ökar antalet hembesök av läkare väsentligt mer för de vårdbehövande grupperna i relation till befolkningen i stort. För Östergötlands del noteras en liten minskning av antalet hembesök bland befolkningen. Vid en viktad jämförelse av antalet läkarbesök både på mottagning och i hemmet har dock befolkningen, i större utsträckning än varaktigt vårdbehövande grupper, fått del av ökningen av läkarbesöken i samtliga landsting. Sett enbart till läkarbesök på mottagning i primärvården pekar resultaten i samtliga landsting på att merparten av besöksökningen tillfallit befolkningen som helhet snarare än grupperna med större förväntat vårdbehov. Den tydliga ökningen av andelen läkarbesök vid enklare diagnoser, i relation till dem med stora vårdbehov som observeras i Stockholm, understryker ytterligare denna utveckling. Den generella ökningen av antalet ospecifika diagnoser i primärvården talar också för detta. Huruvida denna utveckling är önskvärd är dock svårt att fastställa. Det kan handla om tidigare tillgänglighetsproblem för befolkningen, vilket den låga frekvensen för läkarbesök internationellt talar för. Det kan även vara så att vårdgivare ökat besöksfrekvensen genom att inrikta sig på relativt lättbehandlade patienter. Ett svar på frågan kan inte ges i denna rapport. Det kräver vidare forskning och utredning.

▶ *Det är små skillnader i olika behovsgruppers vårdutnyttjande och listningsmönster mellan privata och offentliga vårdgivare – bortsett från nyetablerade privata vårdgivare som har en lägre andel listade personer med större förväntat vårdbehov.*

Under perioden har antalet privata mottagningar ökat kraftigt i Skåne och Stockholm. Ett delsyfte i studien har varit att studera om fördelningen mellan privat och offentlig vård ser olika ut för vårdbehövande patientgrupper och befolkningen i övrigt.

I Stockholm fanns under de första åren med reformen en tendens att patientgrupperna med större förväntat vårdbehov, i jämförelse med befolk-

ningen, i större utsträckning fick vård vid offentliga enheter. Under loppet av det senaste året har dock skillnaden minskat och försvunnit. Även i Skåne är skillnaderna små mellan privat och offentlig vård för patientgrupperna med större förväntat vårdbehov och befolkningen i stort.

När det gäller listningen visar information från Stockholm att listningen mellan vårdbehövande grupper och befolkningen som helhet har utvecklats likartat. Båda grupperna har i ungefär samma utsträckning ökat sin listning vid privata mottagningar. Patientgrupperna med stora vårdbehov är dock i mindre utsträckning listade vid nyetablerade privata mottagningar jämfört med befolkningen som helhet.

▶ *Ökad konkurrens och ett ökat utbud av primärvårdstjänster efter införandet av vårdval kan i vissa fall förklara ökat vårdutnyttjande.*

Den viktade besöksökningen hos befolkningen i alla åldrar är störst i Stockholm, 16 procent. Även i Skåne överstiger ökningen på 14 procent den generella i riket, som är 12 procent. För Östergötlands del är motsvarande utveckling en ökning på 7 procent.

Konsumtionen av primärvård påverkas av behovet och efterfrågan på vård samt av utbudet av primärvårdstjänster. Det är exempelvis väl etablerat i den vetenskapliga litteraturen att förändringar i vårdutbudet har stor betydelse för konsumtionsutvecklingen. I Stockholm och Skåne har det skett betydande nyetableringar av mottagningar, medan utbudet i Östergötland varit relativt konstant. En möjlig förklaring för Östergötlands del är svårigheter att rekrytera läkare till glest befolkade områden. Dessutom har vissa privata familjeläkare med ersättning enligt den nationella taxan, i både Stockholm och Skåne, valt att lösa in sina avtal. De har istället tecknat kontrakt enligt auktorisationsvillkoren inom vårdvalsmodellerna. En förklaring till det ökade vårdutnyttjandet bland befolkningen i stort i dessa landsting är därför helt enkelt att det samlade utbudet av primärvårdstjänster ökat. Utbudsförändringarna har tillsammans med uppmuntran till patienterna att göra aktiva val också medfört en väsentligt ökad konkurrens om patienterna. Det kan också förklara ett ökat vårdutnyttjande.

▶ *Det finns inga tydliga tecken på att ökningen av antalet vårdkontakter i primärvården avlastat den öppna vården vid sjukhus.*

Den ökning av besök och vårdkontakter som ägt rum inom primärvården har generellt inte avlastat den öppna vården vid sjukhusen, även om exempel på

motsatsen finns för vissa grupper. Antalet besök hos privata specialister har generellt sett minskat i alla tre landstingen. Skillnaderna mellan landstingen i den ersättning som baseras på täckningsgrad uppvisar därmed inte motsvarande skillnader i fördelningen av det totala öppenvårdsutnyttjandet. Det gäller såväl vårdbehövande grupper som befolkningen som helhet.

▶ *Fler patienter var positiva än negativa till hur tillgängligheten har förändrats efter vårdvalets införande. Det gäller både patienter med större förväntat vårdbehov och övriga.*

Omkring hälften av både patienter med större förväntat vårdbehov och övrig befolkning upplevde ingen förändring efter vårdvalsreformens genomförande. Bland dem som upplevt en förändring var det en större andel som var positiva.

Det är intressant att notera att det finns ett brett stöd för möjligheten att välja vårdgivare i primärvården. 75 procent ansåg att möjligheten att byta vårdgivare är bra, medan endast 2 procent var negativt inställda. Resultatet från patientenkäten visar att patienter med större förväntat vårdbehov har likartad uppfattning om hur primärvårdens tillgänglighet utvecklats efter reformen som den övriga befolkningen. Det är i linje med resultaten av vårdutnyttjandet, där vi inte kan finna några tydliga tecken på undanträngning av vårdbehövande grupper.

Andra intressanta iakttagelser från patientenkäten är att övrig befolkning värderar geografisk närhet till mottagningen som en viktigare förklaring till byte av mottagning än vårdbehövande grupper. Olika kvalitetsattribut tycks däremot vara viktigare för gruppen med vårdbehövande diagnos. I jämförelse med Skåne och Östergötland uppger därtill samtliga grupper i Stockholm i större utsträckning att det efter vårdvalets införande krävs fler besök på mottagningen för att tillgodose de medicinska behoven.

▶ *Personer med högre inkomst uppger i större utsträckning att de är mer nöjda med utvecklingen av primärvårdens tillgänglighet efter vårdvalsreformen.*

Ur jämlikhetssynpunkt visar resultaten från patientenkäten att de med högre inkomst, oavsett sjukvårdsdiagnos och landstingstillhörighet, tenderar att vara mer nöjda med olika aspekter av primärvårdens utveckling efter vårdvalet. Det visar på ett behov av fördjupad kunskap om vårdens horisontella rättvisa, dvs. att alla med samma sjukvårdsbehov ska ha samma tillgång till

vård, oavsett socioekonomiska förhållanden. Ambitionen är därför att, i ytterligare en studie av de ingående landstingen, särskilt undersöka eventuella skillnader i vårdutnyttjandet som kan spåras till socioekonomiska förhållanden.

▶ *Utformningen av styr- och ersättningsmodellerna är till viss del i linje med utvecklingen.*

Vid sidan av förändringar i efterfrågan och utbudet av primärvårdstjänster påverkar också ersättningssystemens utformning vårdgivarnas incitament att producera vårdkontakter. Därmed påverkas i förlängningen även konsumtionsutvecklingen. Det är från studiens utformning inte möjligt att fastslå i vilken grad ersättningssystemen påverkat utvecklingen i respektive landsting utan vi får i detta hänseende nöja oss med att diskutera hur väl resultaten överensstämmer med dem man kan förvänta sig utifrån landstingens skilda vägval.

Landstingens vårdvalsmodeller uppvisar många likheter när det gäller etableringsfrihet, auktorisation, valfrihet och listning. Den stora skillnaden avser ersättningsystemet[8]. Stockholm har i relation till övriga en stor andel rörlig ersättning baserat på besökstyper, i sin tur differentierade efter yrkeskategori. För Stockholms del uppgår den rörliga ersättningen baserat på besökstyper till ca 60 procent, medan den är mindre än 20 procent för de övriga landstingen. Stockholm hade även en relativt stor andel rörlig ersättning åren före införandet av vårdval.

Ersättningen per listad individ är också olika utformad. I Stockholm viktas ersättningen utifrån åldern på de listade individerna vid varje mottagning. För Östergötlands del baseras ersättningen, vid sidan av åldern, även på inkomstförhållandena i mottagningens geografiska område. För Skånes del baseras ersättningen även på indikatorer över sjuklighet hos individer och socioekonomiska förhållanden hos den listade befolkningen. Övriga skillnader består i att mottagningarna i Skåne och Östergötland har starkare ekonomiska incitament för att de listade individerna har sin öppenvårdskonsumtion på sin egen mottagning (dvs. en större andel av ersättningen är knuten till mottagningens s.k. täckningsgrad).

Den kraftiga besöksökningen som kan observeras för läkare i Stockholm är i linje med att andelen prestationsersättningen ökat något i samband med

[8] Här avses såväl system för fördelningen mellan fast ersättning per listad individ och besöksrelaterad ersättning som system för kostnadsansvar för övrig öppenvårdskonsumtion.

reformen. Att ersättningssystemet kan ha bidragit understöds av att läkarbesöken fortsatt att öka trots att antalet besök per individ – i ett riksperspektiv – var högt redan innan reformen infördes. Differentieringen mellan ersättningen till läkare och sjuksköterskor, där ersättningen till läkare getts större vikt, är även i linje med att antalet läkarbesök gått upp mot att antalet kontakter hos sjuksköterskor varit relativt konstant.

Även den lägre besöksökningen i Östergötland är förväntad då mottagningarna via en ersättning som till övervägande del baseras på antalet listade har svagare incitament att producera vårdkontakter. Ökningen av antalet privata vårdgivare är därtill mycket mindre än i Stockholm och Skåne. Skillnaderna mellan utveckling av vårdkontakterna bland läkare och sjuksköterskor är också mycket mindre än i Stockholm. I Östergötland ökar antalet sjuksköterskebesök sammantaget något mer än läkarbesöken. Vid en jämförelse av skillnader i besöksantalet hos olika yrkeskategorier är det även viktigt att påpeka att dessa kan spåras till olika historiska traditioner hos landstingen. De påverkas också av landstingens rekryteringsmöjligheter.

Ökningen av samtliga vårdkontakter i Skåne kan i relation till de övriga landstingen inte spåras till starka incitament att producera vårdkontakter, då Skåne saknar en direkt besöksrelaterad ersättning. Däremot kan en del av ökningen troligen relateras till att den så kallade täckningsgraden har betydelse, dvs. att en viss tillgänglighet i form av besök måste garanteras för befolkningen, annars reduceras ersättningen till vårdenheten.

- *Det är idag inte möjligt att i samtliga 21 landsting/regioner följa upp vårdvalsreformens effekter på vårdens jämlikhet och redovisa skillnader mellan privat och offentligt drivna enheter.*

Diagnosbaserade och andra mer djuplodande jämförelser av vårdkontakternas utformning och fördelning på patientnivå är avgörande för möjligheten att bedöma om vården infriar målen om en jämlik hälso- och sjukvård. Utvecklingen bör därför följas över tid och jämföras mellan ansvariga huvudmän. Behovet av enhetlig och jämförbar information mellan huvudmännen är följaktligen centralt. Utifrån resultatet av landstingens svar på vårt förfrågningsunderlag bedömer vi att en uppföljningsstudie likt den som genomförts i denna rapport endast varit möjlig att genomföra i cirka hälften av landstingen.

Erfarenheter från den genomförda studien och tidigare kartläggningar av förhållandena i landstingen pekar på vikten av att påskynda tillkomsten av ett hälsodataregister som skapar möjligheter att beskriva och analysera utveck-

lingen inom primärvården på minst samma nivå som inom specialistvården.

Det är vidare väsentligt att hela den offentligt finansierade vården kan följas upp av landstingen, dvs. även den verksamhet som bedrivs i privat regi. Erfarenheterna från den genomförda studien visar att detta inte varit möjligt i samtliga fall. Idag saknas exempelvis information om hur en central produktionsfaktor inom primärvården – antalet praktiserade allmänläkare – utvecklats över tid. Denna information finns endast tillgänglig avseende landstingsanställd personal. Alla producenter med offentlig finansiering måste därför bidra till jämförbar information om såväl vårdens struktur, (t.ex. materiella och personella resurser), vårdens processer (t.ex. vårdkontakter och diagnoser), som vårdens resultat (t.ex. resultat från kliniska kvalitetsregister och patienttillfredställese). Det är sammantaget angeläget att det skapas ytterligare förutsättningar för att likforma informationen och att det skapas möjligheter att utbyta data på ett sätt som gör att utvecklingen kan följas över tid, inte bara nationellt utan även regionalt.

Brister i vår studie samt möjligheter till framtida undersökningar

För att på ett bättre sätt bedöma om den ökning av antalet besök, som identifierats efter vårdvalsreformen, främst kan ses som efterfråge- eller utbudsdrivet, vore det önskvärt att ha tillgång till information om förstagångsbesök och återbesök. En sådan analys är dock krävande och rymdes inte inom tidsramen för denna studie. Det är dessutom inte möjligt att mäta kvaliteten eller innehållet i primärvårdsinsatsen utifrån enbart information om antalet vårdkontakter. Idag saknas exempelvis information om besökens längd, vilket är en del av volymutvecklingen. Vi har försökt att kompensera för detta förhållande genom att undersöka hur patienternas uppfattning kring denna aspekt har utvecklats efter vårdvalsreformen. Det är också viktigt att påpeka att resultaten kan påverkas av att reformen införts under olika tidpunkter, och att den i Stockholm varit i bruk under längre tid än hos övriga landsting. Det är i sammanhanget också väsentligt att påpeka att en rad faktorer vid sidan av utformningen av vårdvalsmodellerna kan ha betydelse för utvecklingen. Ett exempel utgörs av registreringsskillnader, dels mellan landstingen, dels att registreringen generellt sett kanske har förändrats över tid och även förbättrats i samband med introduktionen av valfrihetssystem. I liknande framtida studier är det också väsentligt att belysa situationen före reformens införande, då styrningen av primärvården sett annorlunda ut i landstingen under en längre tid.

REKOMMENDATIONER

- Det är ytterst väsentligt att insatser i primärvården kan följas upp och jämföras. Därför bör *regeringen* kraftsamla kring den pågående utvecklingen av nationellt samlad jämförbar information om primärvård. En möjlig utgångspunkt är att det befintliga lagreglerade patientregistret kompletteras med uppgifter från primärvården. Uppgifterna bör bland annat inkludera information om besökens innehåll och tidslängd. Det är särskilt angeläget att landstingens behov av jämförbar information om hela den offentligt finansierade vårdens kvalitet tillgodoses, oavsett om verksamheterna bedrivs i offentlig eller privat regi. Informationen bör omfatta vårdens kvalitet vad gäller både struktur, process och resultat. Förutsättningar för detta måste skapas genom nödvändiga författningsändringar.

- Besöksutvecklingen i landstingen kan till viss del spåras till ersättningssystemens utformning. Det är därför en viktig uppgift för *landstingen* att hitta rätt balans mellan de olika mål som man vill stimulera med verksamheten, eftersom olika vägval leder till att vissa mål prioriteras framför andra. Det är därför viktigt att arbeta vidare med att utveckla en behovsviktad ersättning som har möjlighet att premiera både hög produktion och jämlikt vårdutnyttjande. En behovsviktad rörlig ersättning är ett väsentligt komplement till en behovsviktad ersättning per listad patient. Samtidigt är det viktigt att ersättningssystemet ses som ett komplement till övriga styrsystem.

MYNDIGHETEN FÖR VÅRDANALYS FORTSATTA ARBETE INOM OMRÅDET

Även om resultaten i rapporten inte visar några tydliga tecken på undanträngning av särskilt vårdbehövande grupper finns det behov av fördjupad analys av olika vårdformer och av eventuell ojämlikhet baserad på socioekonomi snarare än sjukdomsdiagnos. Detta avser således den horisontella rättvisan i högre grad än den vertikala. Myndigheten för vårdanalys avser därför att arbeta vidare med att studera om personer med samma sjukvårdsbehov erhåller samma vård oavsett socioekonomiska förhållanden.

Innehåll

INLEDNING 31

Studiens syfte och upplägg 35

1.1 Kort om studiens metodik 36

1.2 Studiens avgränsningar 37

1.3 Rapportens upplägg 38

BAKGRUND 41

Att studera vårdens jämlikhet i primärvården 45

2.1 Vad avses med jämlik vård och hur kan den mätas? 45

2.2 Vilka faktorer påverkar vårdkonsumtionen? 47

2.3 Primärvårdens roll i vårdsystemet 49

2.4 Internationell evidens gällande valfrihetsreformer och jämlikhet 50

2.5 Svenska erfarenheter av vårdvalsreformens effekter på tillgänglighet och jämlikhet 51

Utvecklingen av svensk öppenvårdskonsumtion 57

3.1 Svensk öppenvårdskonsumtion i ett internationellt perspektiv 57

3.2 Utvecklingen av svensk öppenvårdskonsumtion sedan 2006 59

Vårdvalsmodellerna i Skåne, Stockholm och Östergötland 63

4.1 Etablering och konkurrens 64

4.2 Ersättningssystem 65

4.3 Valfrihet och listning 67

4.4 Utbudsförändringar efter vårdval 69

4.5 Tidigare erfarenheter av olika ersättningssystem och patientdriven konkurrens 69
4.6 Möjliga effekter av förändrade styr- och ersättningssystem på vårdgivarnas prioriteringar 71

Landstingens vårdkonsumtionsmönster och diagnospanorama 75

5.1 Primärvårdskonsumtionens utveckling 75
5.2 Diagnospanorama och diagnosregistrering 78
5.3 Konsumtionsutvecklingen vid ”lätta” och ”svåra” diagnoser 81

RESULTAT 87

Vårdutnyttjande för patienter med diabetes, astma, KOL och demens i relation till befolkningen 93

6.1 Metod vid jämförelsen 93
6.2 Patienter med diabetes 94
6.3 Patienter med astma 96
6.4 Patienter med KOL 97
6.5 Patienter med demens 98

Vårdutnyttjande för vårdtung grupp i relation till befolkningen..... 103

7.1 Metod vid jämförelsen 103
7.2 Vårdtung grupp 104

Jämförelse av konsumtion och listning vid privata och offentliga mottagningar 113

8.1 Metod vid jämförelsen 114
8.2 Patienter med diabetes 114
8.3 Vårdtung grupp 116
8.4 ”Lätta” och ”svåra” diagnoser 117
8.5 Listning vid privat och offentlig vård för vårdbehövande patienter 119

Jämförelse av fördelningen av öppenvårdskonsumtion 127

9.1 Patienter med diabetes 127
9.2 Vårdtung grupp 131
9.3 Slutenvård 134

Jämförelse av patientupplevd tillgänglighet och kvalitet mellan vårdbehövande och övrig befolkning 139
10.1 Metod vid jämförelsen 140
10.2 Enkätresultat 143
10.3 Förklaringsmodell 148
10.4 Andelen fasta vårdkontakter ökar 152
10.5 Närhet och kvalitet är viktigast när patienter byter vårdgivare 153

Kartläggning av landstingens möjligheter att studera vård-utnyttjandet på individnivå 159
11.1 Resultat av förfrågningsunderlag till landstingen 159
11.2 Socialstyrelsens kartläggning av datainsamling inom primärvården 162

DISKUSSION 167

Referenser 177

Bilaga I Undersökning av patientupplevelse mellan vårdbehövande och övrig befolkning 181

Bilaga II Frågeformulär från Vårdanalys gällande möjligheter att följa upp vårdkonsumtion i primärvården 187

Appendix 189

INLEDNING

En uttalad valfrihet inom primärvården infördes under en kort tid under tidigt 1990-tal i och med Husläkarreformen. Den innebar att alla invånare själva skulle välja sin allmänläkare. Även om reformen avskaffades redan 1994 levde konsekvenserna kvar i form en viss etablering av privata mottagningar. Flera landsting behöll delar av reformen, men möjligheterna till valfrihet för invånarna minskade. Landstinget i Halland införde dock en vårdvalsmodell 2007, följt av landstingen i Stockholm och Västmanland 2008. Dessa modeller innebar att invånarna fick tydlig information och möjlighet att välja sin allmänläkare. Samtidigt öppnades marknaden för nyetablering av privata vårdgivare.

Efter införandet av ett lagstadgat fritt vårdval inom primärvården i hela landet 2010, har valfriheten och dess konsekvenser åter fått en central plats i debatten om hur hälso- och sjukvården ska styras och organiseras. Reformen innebär att alla vårdgivare som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig på valfri plats i landstinget och att patienternas val av mottagning styr ersättningen till utföraren. De enskilda huvudmännen har stor frihet att själva utforma sina egna vårdvalsmodeller.

De positiva effekter som oftast lyfts fram i samband med införandet av vårdvalssystem är ökad produktivitet och kvalitet i verksamheten till följd av att vårdvalet stimulerar till kvalitetskonkurrens mellan utförarna. Kritiken gäller framförallt risken för att ett vårdvalssystem leder till ökade kostnader och ökad ojämlikhet, delvis till följd av tydligare inslag av vinstkrav och rörlig ersättning. Ett primärt mål med de svenska vårdvalsmodellerna har just varit att stärka patientens roll och ställning som aktör i hälso- och sjukvården.

Den hälso- och sjukvårdspoliska debatten har således kretsat mycket kring om vårdvalet inom primärvården har stärkt patientens roll som aktör

i hälso- och sjukvården eller om reformen kan gå ut över rättviseaspekter, som exempelvis principen om vård efter behov. En fråga som diskuterats är om mer vårdbehövande grupper har trängts undan till förmån för patienter med enklare behov. Ersättningssystemets betydelse för vårdgivarnas prioriteringar har uppmärksammats i detta sammanhang. Vissa landsting har valt en modell där ersättningen nästan helt baseras på en fast ersättning per listad individ (kapitering) medan andra har en kombination av fast och rörlig ersättning per prestation (t.ex. ersättning per patientbesök).

Idén bakom en hög grad av kapiteringsersättning är att landstingen kan behålla kostnadskontrollen samtidigt som hälsofrämjande och förebyggande insatser stimuleras. Nackdelen med denna typ av ersättning är att den leder till minskade incitament för utförarna att producera besök och kontakter. Ersättningsnivån är då främst kopplad till att etableringen ägt rum i ett visst område, inte till vilken vård som ges.

Tanken bakom prestationsersättning är att skapa ekonomiska incitament för utförarna att öka tillgängligheten genom korta telefonköer eller t.ex. öka produktionen av läkarbesök. Eventuella nackdelar med detta är att producenternas prioriteringar kan fokuseras mot de delar som ger mest ersättning (Barnum m.fl. 1995, Jacobsson 2007). För landstingen är det därför väsentligt att söka finna balansen i ett system som skapar incitament för utförarna att göra det man önskar utan att de negativa effekterna av incitamenten blir för stora.

Vilka effekter införandet av valfrihetsmodeller medför för olika patientgrupper är en fråga som kan belysas med empiriskt underlag. Befintliga utvärderingar av denna fråga sträcker sig dock i dagsläget till enskilda landsting. Det saknas jämförande och övergripande studier mellan landsting där frågan undersöks med en gemensam metod. Befintliga litteraturgenomgångar pekar även på att kunskapen om sambandet mellan valfrihet och jämlikhet i vården generellt är bristfällig, såväl internationellt som i Sverige.

1

Studiens syfte och upplägg

I denna rapport studeras hur vårdutnyttjandet inom primärvården utvecklats före och efter vårdvalsreformernas införande i tre landsting. Syftet är att studera hur vårdkonsumtion och patientupplevd tillgänglighet utvecklats för grupper med varaktiga och/eller vårdtunga sjukdomar i relation till grupper utan ett större förväntat vårdbehov. Utvecklingen för ett antal patientgrupper (benämns fortsättningsvis vårdbehövande) med en på förhand konstaterad diagnos, som indikerar ett större förväntat vårdbehov inom primärvården jämförs därför med en bred befolkningsgrupp. Det kan vara befolkningen i sin helhet, där både individer med större och mindre vårdbehov ingår, eller personer som uppgett att de inte har en förväntat vårdbehövande diagnos. Exempel på individer med större förväntat vårdbehov är antingen patienter med diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och demens eller med minst en diagnos inom en bredare grupp av vårdtunga sjukdomar.

Utvecklingen av vårdutnyttjandet och den patientupplevda tillgängligheten för olika behovsgrupper jämförs mellan tre landsting med olika vårdvalsmodeller. Ambitionen är att relatera landstingens olika styr- och ersättningsmodeller till konsumtionsmönstret och bedöma om dess förväntade påverkan på utvecklingen är i linje med den observerade. Exempel på skillnader är mellan ersättning per listad patient (kapitering), per besök hos olika personalkategorier (besöksersättning) och målrelaterad ersättning. Rapporten belyser därmed skillnader mellan landstingens styr- och ersättningsmodeller före och efter införandet av vårdvalsmodellerna. Avslutningsvis studeras även skillnader i vårdutnyttjandet mellan privat och offentlig vård för olika behovsgrupper, samt hur den samlade vårdkonsumtionen utvecklats för olika behovsgrupper.

De ovan nämnda analyserna av utveckling före och efter införandet av vårdvalsmodellerna i tre landsting har följande delsyften:

- Jämföra primärvårdskonsumtionen mellan vårdbehövande grupper och befolkningen.
- Undersöka skillnader mellan privat och offentlig vård rörande vårdutnyttjande och listning hos vårdbehövande grupper och befolkningen.
- Jämföra den samlade konsumtionen av öppen- och specialiserad vård mellan vårdbehövande grupper och befolkningen.
- Jämföra den upplevda tillgängligheten mellan vårdbehövande grupper och övrig befolkning.
- Bedöma i vilken utsträckning vårdutnyttjandets utveckling kan knytas till utformningen av landstingens styr- och ersättningsmodeller.

Avslutningsvis är också syftet att undersöka hur landstingen i gemen följer upp hur vårdkonsumtionen utvecklats för olika patientgrupper i primärvården och under vilka förutsättningar.

1.1 KORT OM STUDIENS METODIK

I studien jämförs tre landsting: Stockholms läns landsting (SLL), Landstinget i Östergötland (LiÖ) och Region Skåne (RS). Urvalet baseras på att dessa landsting har goda förutsättningar att via sina patientadministrativa datasystem följa vårdutnyttjandet på patientnivå. Dessutom har landstingen utformat sina vårdvalsmodeller på skilda sätt (Konkurrensverket 2011), särskilt vad gäller ersättningsmodellerna. Stockholm har valt en modell som övervägande baseras på prestationsersättning. Östergötland och Skåne har valt en annan modellutformning där kapiteringsersättningen är över 80 procent. Modellerna skiljer sig också åt vad gäller bl.a. omfång, andel privat driven vård och i vilken uträckning ersättningen baseras på geografiska/socioekonomiska förhållanden och vårdbehov. Dessutom infördes reformen vid olika tidpunkter. (Se även kapitel 4 för en mer utförande beskrivning av vad som karakteriserar de olika landstingen före och efter vårdvalets införande).

I nästa steg baseras de olika analyserna i studien genomgående på en jämförelse mellan grupper med varaktiga och/eller vårdtunga sjukdomar i relation till grupper utan ett större förväntat vårdbehov. De vårdbehövande grupperna antas därmed ha ett mer konstant behov av primärvårdstjänster än befolkningen som helhet.

I den registerbaserade jämförelsen av vårdutnyttjandet studeras patienter

med diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller demens, eller med minst en diagnos inom en bredare grupp av vårdtunga sjukdomar. Vårdutnyttjandet kartläggs och standardiseras för olika köns- och åldersgrupper. Resultaten presenteras som en jämförelse av både den viktade och enskilda besöksutvecklingen hos olika personalkategorier per individ, för olika behovsgrupper före och efter vårdvalsreformen. Samtliga jämförelser avser perioden 2006–2011.

För att ytterligare kartlägga tillgänglighetens utveckling i primärvården studeras också hur patienterna själva upplever att tillgängligheten har förändrats sedan vårdvalsreformen infördes. Undersökningen baseras på en patientenkät som genomfördes hösten 2012. Enkäten riktades dels till en patientgrupp med ett förväntat större vårdbehov, dels till en patientgrupp som kan beskrivas som övrig befolkning. Enkätsvaren från en grupp patienter som angett att de har en av åtta diagnoser som främst behandlas inom primärvården jämförs således med en slumpmässigt utvald grupp utan dessa diagnoser. Frågorna berörde främst synen på tillgänglighetens utveckling, men även andra kvalitetsaspekter togs upp. Därtill ställdes frågor om förekomsten av en fast vårdkontakt, synen på valfrihet och vilka faktorer som har störst betydelse vid val av vårdgivare. Resultaten presenteras totalt för de olika grupperna samt uppdelat per landsting. Med regressionsanalys analyserades om variationer i individuella egenskaper – utöver förekomsten av en vårdbehövande sjukdomsdiagnos – som ålder, kön och utbildningsnivå kan förklara skillnader i patientnöjdhet.

Avslutningsvis presenteras även resultaten av ett förfrågningsunderlag som riktats till samtliga landsting gällande förutsättningarna för att följa upp vårdkonsumtionen i primärvården, och hur landstingen genomför uppföljningen idag.

1.2 STUDIENS AVGRÄNSNINGAR

I studien analyseras främst vårdutnyttjandets fördelning mellan olika behovsgrupper, dvs. jämlikhetsaspekter på vårdens tillgänglighet i form av fördelningen av fysiska besök. Jämlikheten avseende vårdens finansiering eller olika befolkningsgruppers hälsa berörs inte. Vårdutnyttjandet baseras på fysiska besök på mottagning och hemmet, medan vi exkluderar telefonkontakter till följd av stor osäkerhet kring dess rapportering. Även läkemedelskonsumtionen exkluderas.

1.3 RAPPORTENS UPPLÄGG

I kapitel 2 beskrivs översiktligt olika alternativ för att studera vårdens fördelning och jämlikhet samt vilka faktorer som påverkar behov, efterfrågan och konsumtion av vård. Dessutom redogörs för tidigare erfarenheter av sambandet mellan valfrihet och jämlikhet. Därefter beskrivs i kapitel 3 översiktligt den öppna vårdens utveckling i Sverige under senare tid. Utvecklingen sätts i relation till ett antal jämförbara länder.

I kapitel 4 redogörs för landstingens styrning inom primärvården före respektive efter införandet av vårdvalsmodellerna. I kapitel 5 presenteras hur vårdkonsumtionen i allmänhet har utvecklats i primärvården för respektive landsting samt hur den förhåller sig till utvecklingen i riket. Vidare belyses även hur diagnosregistreringen och landstingens diagnospanorama utvecklats mellan 2006 och 2011.

I kapitelen 6 till 10 presenteras resultaten av jämförelserna mellan patientgrupper med mer varaktiga behov av primärvårdsinsatser och befolkningen som helhet. I kapitel 11 presenteras resultaten av förfrågningsunderlaget till landstingen med fokus på att kartlägga förutsättningarna för uppföljning av vårdkonsumtionen i primärvården och hur landstingen arbetar med uppföljning idag. Kapitel 12 avslutar studien med en diskussion kring data och metod, samt hur utvecklingen kan kopplas till landstingens styr- och ersättningsmodeller.

BAKGRUND

I följande avsnitt förs ett delvis teoretiskt resonemang kring hur vårdens jämlikhet kan och bör studeras ur olika perspektiv. Därtill berörs några av de faktorer som har samband med vårdutnyttjandet, både på efterfråge- och utbudssidan. Vidare beskrivs både internationella och svenska erfarenheter av relationen mellan valfrihet och jämlikhet. Generellt är det empiriska underlaget bristfälligt. Antalet analyser är begränsade och de avser främst enskilda landsting. Det är dock svårt att se tydliga indikationer på att tillgängligheten till vård försämrats eller att vissa typer av vårdtunga grupper trängts undan till förmån för andra befolkningsgrupper.

I det här avsnittet berörs dessutom hur läkarbesöken inom svensk öppenvård utvecklats under perioden 2006–2011. Här finns tecken på att primärvården ökat sin andel av besöken i relation till den specialiserade vården. Vidare relateras utvecklingen till några jämförbara länder som tydligt visar att antalet läkarbesök per individ inom den öppna vården fortfarande är lågt i Sverige.

Ett centralt delmål i rapporten är att relatera utvecklingen av vårdutnyttjandet till landstingens utformning av vårdvalsmodellerna. Därför beskrivs även regelverket för listning, valfrihet, konkurrens och vårdgivarnas ersättning. Särskilt fokus ligger på att kartlägga hur modellerna förändrats efter vårdvalet och vilka skillnader mellan landstingen som är utmärkande.

När det gäller etableringsfrihet, auktorisation, valfrihet och listning finns efter reformernas införande flera likheter mellan landstingen. Den stora skillnaden är fortfarande ersättningssystemet där Stockholm har en stor andel rörlig ersättning baserat på besökstyper. Ersättningen skiljer sig även mellan olika yrkeskategorier. I Skåne tillämpas ingen besöksersättning, medan ersättningen i Östergötland huvudsakligen består av att patientavgiften tillfaller vårdgivaren. Ersättningen för s.k. täckningsgrad ger emellertid incitament

även för vårdgivare i Skåne och Östergötland att öka besöken i primärvården. Den fasta ersättningen är också annorlunda utformad. I Skåne och Östergötland tas förutom ålder även hänsyn till socioekonomiska indikatorer, och i Skåne även till förväntad sjuklighet.

Sedan redovisas den generella besöksutvecklingen i de tre studerade landstingen i förhållandet till riket. Dessutom redovisas landstingens diagnospanorama, som tydligt visar att antalet diagnoser per läkarbesök ökat i samtliga landsting. Sambandet mellan detta och utvecklingen av antalet besök, diagnosregistrering och antalet diagnoser per diagnossatt besök diskuteras.

Till sist redovisas utvecklingen av ett antal enklare diagnoser som snuva/förkylning i relation till utvecklingen för vårdtunga grupper. Den sammantagna bilden pekar på att antalet ospecifika diagnoser ökat och att de ”lätta” diagnoserna ökar mer än de vårdtunga. Men bilden är inte helt entydig bland landstingen.

2

Att studera vårdens jämlikhet i primärvården

2.1 VAD AVSES MED JÄMLIK VÅRD OCH HUR KAN DEN MÄTAS?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården sträva efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor, och prioritera dem som har störst behov (1982:736). Formuleringen hänvisar både till horisontell och vertikal rättvisa.

- Med *horisontell* rättvisa avses att individer med lika sjukvårdsbehov ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. För personer med samma hälso- och sjukvårdsbehov ska inte tillgången till hälso- och sjukvård skilja sig åt beroende på kön, ålder eller individernas socioekonomiska förhållanden, exempelvis inkomst eller utbildning.
- Med *vertikal* rättvisa avses att personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård. För att det ska vara möjligt att studera hur väl hälso- och sjukvården tillgodoser dessa båda ambitioner behöver både sjukvårdsbehov och tillgången till hälso- och sjukvård definieras.

I den vetenskapliga litteraturen existerar ingen konsensus kring hur behov ska definieras. Den skiljer sig mellan olika traditioner och bottnar i alternativa normativa ståndpunkter (Allin m.fl. 2009, Wagstaff & van Doorslaer 2000). För oss är det centralt att nå fram till en användbar definition som ringar in konceptet. Vi väljer därför att illustrera begreppet via individens självskattade hälsa (även kallad subjektiv hälsa). Denna indikator är det vanligaste sättet att mäta behovet av hälso- och sjukvård, då indikatorn har funnits vara en god bestämningsfaktor för framtida hälso- och sjukvårdsbehov i olika sammanhang. Men det finns risk för att olika socioekonomiska grupper systematiskt

över- respektive underskattar sin hälsa i relation till andra grupper. Sammanfattningsvis finns det därmed ingen självklar definition av sjukvårdsbehov och inget entydigt sätt att mäta detta på. Konceptet är dock centralt för att avgöra i vilken utsträckning målen om en rättvis och jämlik hälso- och sjukvård uppfylls (Allin m.fl. 2009, Goddard & Smith 2001).

Även definitionen av begreppet tillgång till hälso- och sjukvård är oklar. Till att börja med kan det avse ett flertal olika aspekter. Generellt syftar begreppet på individens möjligheter att erhålla en specificerad mängd hälso- och sjukvårdstjänster till en viss kvalitetsnivå givet en personlig kostnad i form av exempelvis obehag, tid och pengar samt informationssökande. I praktiken är det svårt att översätta en så bred definition av tillgång till vård i mätbara termer.

Mer konkret kan variationen i tillgången till vård mellan olika befolkningsgrupper delas upp i tillgänglighet, kvalitet, kostnader och information. En rad olika indikatorer används sedan för att mäta tillgången till vård för olika individer. I praktiken är det oftast vårdutnyttjande som kan observeras. Detta kan avspegla i vilken utsträckning som en potentiell tillgång till vård utmynnar i en faktisk tillgång. Att mäta vårdutnyttjande eller vårdkonsumtion är inte heller oproblematiskt. Antalet läkarbesök inom primärvården behöver exempelvis inte vara ett bra mått på vårdens kvalitet. Dessutom kan omfånget och innehållet i besöket skilja sig åt (Goddard & Smith 2001).

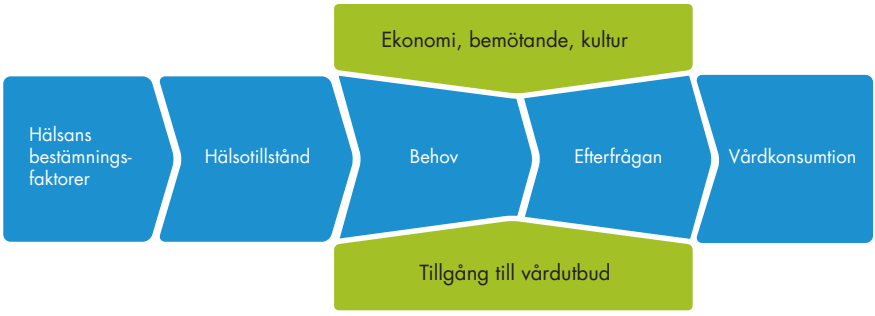
De flesta studier av vårdens jämlikhet avser skattningar av den horisontella rättvisan, dvs. att det inte ska förekomma några systematiska skillnader i tillgången till vård för individer med samma behov. Studierna baseras vanligtvis på att mätningar av om olika former av faktisk vårdkonsumtion, exempelvis läkarbesök på mottagning eller vårdtillfällen på sjukhus, skiljer sig mellan individer med olika egenskaper såsom inkomst, utbildning och civilstånd. Den observerade vårdkonsumtionen jämförs sedan med den förväntande, exempelvis baserad på individernas självskattade hälsa. Om det existerar skillnader till förmån för exempelvis höginkomsttagare kan man beskriva den behovsjusterade vårdkonsumtionen som ojämlik i detta avseende (Allin m.fl. 2009).

Analyser av vårdens vertikala rättvisa – att de med större behov prioriteras i tillgången av vård – är dock väsentligen mindre frekventa, eftersom dessa innehåller svåra etiska och metodologiska avvägningar. Vertikal orättvisa kan sägas äga rum när individer med olika hälso- och sjukvårdsbehov inte åtnjuter lämpliga skillnader i sjukvårdskonsumtion (Sutton 2002). I Sverige är det riksdagens beslut om prioriteringar och den etiska plattformen, människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektiviteten som utgör kärnan för de vertikala prioriteringarna.

2.2 VILKA FAKTORER PÅVERKAR VÅRDKONSUMTIONEN?

Den faktiska vårdkonsumtionen som slutligen äger rum, inom exempelvis primärvården, bestäms av en rad samverkande faktorer. De olika stegen som föregår vårdkonsumtionen kan beskrivas enligt följande enkla modell (Burström 2008).

Figur 2.1. Modell över faktorer som påverkar vårdutnyttjandet.



- *Nyttan av behandling* – Beroende på sociala och ekonomiska omständigheter kan individer uppfatta att nyttan från behandling skiljer sig åt. Även individens uppfattningar av risk och i vilken utsträckning de påverkas av hälso- och sjukvårdspersonalens råd kan variera.

- *Kostnaden för behandling* – Resekostnader och förlorad arbetsinkomst till följd av läkarbesök varierar mellan individer. Även patientavgifter påverkar hur olika grupper söker vård.

- *Kvaliteten av behandlingen* – Attityderna till att behöva vänta på vård och behandling samt vilken vikt individen lägger till kvalitetsvariabler gör att det finns skillnader i var och hur man uppsöker vård.

- *Kostnaderna för alternativ till behandling inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård* – Kostnaderna för att finansiera sin vård privat och använda alternativ till den offentligt finansierade vården skiljer sig mellan olika grupper.

- *Skillnader i information om och möjlighet att tillgodogöra sig behandling* – Olika grupper kan ha mer eller mindre lätt att tillgodogöra sig olika typer av information om behov och tillgång på vård. De kan också behöva olika tid för att en resursinsats ska få positiv effekt.

Utbudet av hälso- och sjukvård påverkar självklart även tillgången till vård och därmed i vilken utsträckning efterfrågan tillgodoses. Till att börja med är efterfrågan och i hög grad även resultatet av hälso- och sjukvårdsinsatsen oförutsägbar. Det finns därmed en osäkerhet kring vilket sjukvårdsbehov som föreligger och skillnader i information mellan patienten och läkaren. Läkaren har oftast mer information om sjukdomstillstånd, diagnostiska möjligheter och behandlingens effekter än patienten. Dessa skillnader i information mellan läkare och patient tillsammans med den osäkerhet som omgärdar sjukvårdsbehovet, medför att läkaren kan påverka hur mycket vård som erbjuds, antingen genom att ransonera eller genom att stimulera efterfrågan (van Dijk 2012).

Det finns också en rad faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdens agerande och därmed den vård som erbjuds. Medicinsk etik och kliniska riktlinjer är, tillsammans med läkarens inkomst och fritid, faktorer som traditionellt lyfts fram inom hälsoekonomisk forskning (Rice 2006). Vårdgivarnas (t.ex. en läkarmottagning) intäkter styrs till stor del av om ersättningssystemet baseras på lön, kapitering eller någon form av rörlig ersättning per besök eller utförd åtgärd. Rörlig ersättning antas generellt uppmuntra vårdgivare att själva genomföra besök och behandlingar och till att minska antalet remitteringar till andra vårdnivåer. Kapitering eller löneersättning antas istället stimulera till återhållsamhet med besök och behandlingar och till fler remitteringar. Hur de olika ersättningsformerna påverkar vårdens kvalitet är generellt sett mindre diskuterat i litteraturen och man kan resonera kring en rad olika effekter. Om patienterna har möjlighet att välja mellan olika vårdgivare påverkas hur ersättningssystemet kan tänkas inverka på vårdkvaliteten. Medicinsk etik och kliniska riktlinjer antas därtill generellt minska de olika effekterna av olika ersättningssystem. Men ersättningssystemets utformning kan påverka i vilken utsträckning vårdgivarna stimulerar efterfrågan på vård (van Dijk 2012, Jacobsson 2007).

För att studera utbudets påverkan på vårdkonsumtionen undersöks ofta hur vårdkonsumtionen varierar med antalet invånare per läkare i olika geografiska områden. Det generella sambandet pekar på att antalet besök per individ är större i läkartäta områden. En förklaring kan vara att det ökade utbudet leder till kortare väntetider, lägre resekostnader och större valfrihet vad avser specialisering och kvalitet. Den ökade konsumtionen avspeglar således patienternas preferenser och att utbudet inte är lika ransonerat. En annan förklaring är att en högre läkartäthet leder till att läkarna genererar sitt eget utbud. En pressad ekonomisk budget kan exempelvis medföra att läkarna erbjuder för mycket behandlingar. Så länge intäkterna överstiger kostnaderna

för ett besök kan läkarna därmed ha incitament att generera ett överutbud på tjänster. En rad tekniker kan sedan användas för att söka skilja mellan dessa båda effekter. Det existerar idag dock ingen konsensus kring vilken effekt som dominerar (Carlsen & Grytten 1998)

2.3 PRIMÄRVÅRDENS ROLL I VÅRDSYSTEMET

Kunskapen om hur primärvården ska organiseras för att på bästa sätt främja en god folkhälsa och en effektiv hälso- och sjukvårdsapparat är idag begränsad. Internationella jämförelser mellan olika länders primärvårdsmodeller gällande skillnader i valfrihet, ersättningssystem, uppdrag och arbetssätt pekar på att skilda modeller har olika förtjänster och svagheter. Det beror delvis på i vilka sammanhang de implementeras (Lamarche m.fl. 2003). Men såväl forskare som beslutsfattare är överens om att en väl fungerande primärvård är en nödvändig ingrediens för att uppfylla hälso- och sjukvårdens övergripande mål (Saltman m.fl. 2006, WHO 2008). Det finns också idag tydlig evidens för att primärvården, och dess roll i vården, har stor betydelse för hur väl hälso- och sjukvårdens samlade mål uppfylls (Starfield 2012).

Primärvården utgör vårdens första instans. Uppdraget är att förse befolkningen med den vård som de flesta har behov av gällande medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande arbete, och som inte kräver sjukhusens tekniska och medicinska resurser. Primärvården har en central roll i förebyggande sjukvård och diagnostisering samt för att lotsa patienten vidare i vården.

Den specialiserade vårdens uppdrag omfattar medicinsk utredning, behandling och omvårdnad som kräver mer specialiserade insatser samt större tekniska och personella resurser än primärvården. Primärvården har därtill i Sverige ingen formell ”gate-keeping-funktion” och patienterna är fria att direkt ta kontakt med en organspecialist (Anell m.fl. 2012a). Detta medför att man måste betrakta de olika vårdnivåerna som kommunicerande kärl. Det finns ingen detaljreglering av vilka vårdbehov som ska behandlas av respektive vårdnivå. Istället använder landstingen olika styrsystem för att rikta efterfrågan till önskvärd nivå. Exempel här är att landstingen via ersättningssystemen (täckningsgradsersättning) premierar att en högre andel av öppenvårdsbesöken hos läkare görs inom primärvården. Ytterligare exempel är att landstingen differentierar patientavgifterna vid besök hos olika vårdnivåer.

2.4 INTERNATIONELL EVIDENS GÄLLANDE VALFRIHETSREFORMER OCH JÄMLIKHET

I en tidigare litteraturgenomgång av Myndigheten för vårdanalys undersöktes effekten av valfrihetsreformer inom primärvården på vårdens jämlikhet (Winblad m.fl. 2012). Rapporten fann att det empiriska underlaget i dagsläget är mycket begränsat. Inom primärvården fann exempelvis författarna inte några internationella studier under 2000-talet. Därtill avser studierna främst horisontell rättvisa.

Om vi ser till studierna inom den specialiserade vården som tas upp i litteraturgenomgången rör dessa dessutom tillgång till och utnyttjande av valfrihet, snarare än tillgång till och utnyttjande av hälso- och sjukvård. Beträffande fritt val av vårdgivare inom specialistvården finns det flera, främst brittiska, studier som undersökt sambandet mellan utökad valfrihet och tillgänglighet (främst operationaliserat som väntetider) och under vilka förutsättningar detta sker. Cooper, m.fl., (2009) undersökte om, och i sådant fall hur, väntetiderna till tre typer av elektiv kirurgi förändrades för olika socioekonomiska grupper efter att valfrihet införts. Forskarna hade svårt att renodla effekten av valfrihetsreformerna, men de konstaterade att introduktionen av valfrihet och konkurrens inte ledde till ökade skillnader i väntetider mellan socioekonomiska grupper. Sammanfattningsvis visar resultaten positiva, men marginella, effekter på väntetiderna. Viktigt att notera är att inga längre väntetider har påvisats till följd av valfriheten inom specialistsjukvården (Winblad m.fl. 2012).

Ser vi istället till studier av horisontell rättvisa av vårdutnyttjandet finns en omfattande litteratur, såväl inom som mellan länder. Det har genomförts flera europeiska jämförelser av skillnader i vårdkonsumtionen kopplat till patienternas inkomstnivå, givet att skillnader i vårdbehov beaktats. En europeisk jämförelse av 19 länder visar bl.a. att besök hos allmänläkare inom primärvården är relativt oberoende av inkomstsituationen, medan besök hos specialister tenderar att vara fler hos dem med högre inkomster än snittet. För svensk del var det inte möjligt att särskilja mellan besök hos allmänläkare och specialister utan det samlade besöksmönstret i öppenvården påvisade att vårdkonsumtionen var högre vid högre inkomstnivåer (van Doorslaer m.fl. 2006).

För ambitionen med denna studie är det även intressant att belysa resultaten från utvärderingar av 2006 års övergripande hälso- och sjukvårdsreform i Nederländerna. Reformen innebar att det tidigare systemet med både privat och offentlig sjukförsäkring ersattes av en universell obligatorisk försäkring, bestående av ett lagligt definierat hälso- och sjukvårdsutbud inkluderande primärvård. För primärvårdens del innebar reformen att det tidigare kapiteringssystemet, som gällt för de offentligt försäkrade respektive fee-for-service

(full rörlig kostnadstäckning enligt förutbestämda priser) för de privatförsäkrade, ersattes med ett enhetligt försäkringssystem som kombinerar både kapitering och fee-for-service. Patientavgifterna som tidigare förekommit inom de privata försäkringarna togs bort. Utifrån dessa regelförändringar har utvärderingarna av reformen främst tagit fasta på två frågor. För det första undersöktes om antalet patientdrivna besök ökade mer för de privatförsäkrade patienterna än för dem med offentlig försäkring, då kostnaderna för att uppsöka vården minskat för patienter med privat försäkring. För det andra undersöktes om de läkardrivna kontakterna ökade mest för patienter med offentlig försäkring till följd av att producenterna inom denna försäkring efter reformen även ersätts via fee-for-service (i högre grad via prestationsersättning).

Resultaten påvisade inga skillnader mellan ökningen i antalet patientdrivna kontakter mellan de olika försäkringsformerna efter reformen. Antalet läkardrivna kontakter ökade dock mest för patienter med offentlig försäkring. Rapportförfattarna fann därför visst stöd för att läkarna stimulerade efterfrågan på vård, delvis på grund av ekonomiska incitament. Sammantaget fann de dock att förändringarna av ersättningssystemet endast hade en mindre påverkan, och att medicinsk etik och kliniska riktlinjer istället har stor betydelse för läkarnas agerande (van Dijk 2012).

2.5 SVENSKA ERFARENHETER AV VÅRDVALSREFORMENS EFFEKTER PÅ TILLGÄNGLIGHET OCH JÄMLIKHET

I den svenska kontexten är det framförallt utvecklingen av vårdvalet i Stockholm som undersökts. Janlöv och Rehnberg (2011) undersökte vilka konsekvenser vårdvalet haft på fördelningen av vård- och resursutnyttjande mellan stadsdelar och kommuner i Stockholm, grupperade efter medelinkomst. Resultatet visade att områden med hög medelinkomst hade fler läkarbesök per individ än låginkomstområden under 2006 och 2007. Från 2008, då vårdvalet infördes, har förhållandet varit det motsatta: högre konsumtion per individ i låginkomstområden jämfört med höginkomstområden. När det gäller sjuksköterskebesök har antalet besök per individ i låginkomstområden varit fler än i höginkomstområden under hela perioden 2006–2010. Denna skillnad har ökat under den observerade perioden, men ökningen inleddes innan vårdvalsreformen implementerades. Även beställarkostnaden per individ har varit högre i låginkomstområden än i höginkomstområden under hela perioden 2006–2010, men skillnaden har minskat över tid (Janlöv & Rehnberg 2011).

I studien undersökte man även hur besöken per individ utvecklats över tid

uppdelat efter kön och ålder. Antalet läkarbesök per individ hade ökat under samtliga år sedan vårdvalet infördes; den största procentuella ökningen skedde mellan 2007 och 2008. Sett över hela perioden 2006–2010 fördelades ökningen av läkarbesöken per individ jämnt över kön och ålder.

När det gällde sjuksköterskebesök per individ minskade andelen under den aktuella perioden. Den procentuella minskningen var större bland kvinnor, dock från en väsentligt högre ursprungsnivå (Janlöv & Rehnberg 2011).

Antalet läkarbesök per patient i vårdtunga grupper jämfördes med motsvarade antal hos övriga patienter under perioden 2006–2009. Resultaten visade att patienter i de vårdtunga grupperna redan vid utgångsläget besökte läkare oftare än patienter i den övriga befolkningen. Under perioden 2006–2009 ökade antalet läkarbesök per patient såväl i de vårdtunga grupperna som i den övriga befolkningen, men ökningen var något större i de vårdtunga grupperna (Rehnberg m.fl. 2010).

Patienternas egen uppfattning om hur tillgängligheten har förändrats speglas i den nationella patientenkäten[9]. I enkäten tillfrågas ett stort antal patienter om flera kvalitetsfaktorer inom primärvården, bl.a. hur patienterna uppfattar tillgängligheten till sin husläkare. I detta avseende ser man vissa förbättringar mellan 2009 och 2010. På frågan hur man upplever mottagningens tillgänglighet per telefon svarar 50 procent ”utmärkt” och ”mycket bra” 2009 och 55 procent 2010. Patienterna fick även ange hur länge de fick vänta på sitt läkarbesök. Något fler fick komma på besök samma dag vid mätningen 2010 (36 procent 2010 jämfört med 34 procent 2009). De som fick vänta mer än sju dagar var en procentenhet färre år 2010. En brist med dessa mätningar är att flera landsting, bl.a. Stockholm och Halland, införde sina vårdvalssystem redan 2007 och 2008, innan den första mätningen gjordes. Detta gör att resultatet inte fångar förändringen och måste tolkas med försiktighet.

När det gäller svenska studier om vårdvalets effekter på väntetider har vårdvalsreformen i Hallands landsting följts sedan den infördes 1 januari 2007 (Paulsson 2009). Hallänningarnas uppfattning om tillgängligheten i vården försämrades under perioden 2006–2009 från 74 procent till 70 procent. Författaren menar dock att data är svåra att tolka och att den försämring som inträffade 2009 kan hänga samman med massvaccineringen av svininfluensan men att man bör följa om den något negativa utvecklingen har andra orsaker.

Sammanfattningsvis visar genomgången att det har skett vissa förbättring-

[9] Enkäten genomförs av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting. Enkäten har genomförts tre gånger under åren 2009, 2010 och 2011. År 2009 inkom svar från 94 000 patienter inom primärvården vid 830 mottagningar i 15 landsting.

ar med avseende på tillgängligheten sedan vårdvalet infördes i primärvården 2010. Det är främst den geografiska tillgängligheten som förbättrats i och med att ett stort antal mottagningar tillkommit och restiderna minskat för en del av befolkningen. Samtidigt tycks inte dessa förändringar ha påverkat väntetiderna i särskilt stor utsträckning (Winblad m.fl. 2012).

Därtill finns det en rad studier som jämfört hur olika behovsgrupper listar sig på nyetablerade respektive äldre mottagningar och på privata respektive offentliga mottagningar. Utvärderingar av vårdvalsreformen i Jönköping (Lindström 2012) pekar i detta sammanhang på att nyetablerade mottagningar, jämfört med äldre mottagningar, har en ”friskare” befolkning som är något nöjdare med sin mottagning. Som förklaring framförs den passiva listningen av hela befolkningsområden som gjordes när vårdvalet infördes, då patienter med varaktiga åkommor valt att återgå till den mottagning de redan sedan tidigare etablerat kontakt med. Sammantaget dras slutsatsen att vårdvalet lett till större skillnader i hälsa mellan mottagningarnas listade befolkning. De nya vårdcentralerna visar sig ha bättre tillgänglighet, fler läkarbesök per listad, bättre patient-läkarkontinuitet, färre svårt sjuka patienter i hemsjukvård och palliativ vård och lägre kostnader för laboratorieanalyser, röntgen och läkemedel. De nya vårdcentralerna har också en annan bemanning (fler läkare) än de äldre vårdcentralerna. Det har dock inte framkommit någon skillnad i ”medicinsk kvalitet”. Som förklaring till den samlade utvecklingen framförs att de nya vårdcentralerna gynnats ekonomiskt de första åren, genom att budgeten baserades på ålder och inte på sjuklighet. De nya mottagningarna har därigenom fått resurser och tid att bygga upp och utveckla sin verksamhet.

Resultatet är även i linje med en jämförande studie av listningen vid en privat respektive en offentlig mottagning i Blekinge (Zielinski m.fl. 2011). Denna studie visar att sannolikheten för att välja en offentlig mottagning istället för en privat ökade med högre ålder och förekomsten av samsjuklighet hos patienterna.

Därtill har det i några landsting genomförts studier av hur vårdens produktivitet och kvalitet utvecklats i samband med vårdvalsreformen. Resultaten från uppföljningar i Stockholm visar generellt sett på en produktivitetsökning, men att det föreligger stora skillnader mellan mottagningarna. I studierna har produktiviteten mäts med olika kombinationer av kvantitativa och kvalitativa resultatmått. I dessa studier fanns inga motsättningar mellan hög kvantitativ (vårdkontakter) och hög kvalitativ (patientnöjdhet) produktivitet (Rehnberg m.fl. 2010, Janlöv 2010). Produktivitetsökningen har dessutom varit störst bland de mottagningar som i större utsträckning, efter vårdvalet, fått en sänkning av den socioekonomiskt baserade fasta ersättningen per listad patient. Dä-

remot fanns inga större skillnader mellan privata och offentliga mottagningar. I en jämförande studie mellan Skåne, Västra Götaland och Halland av Glenngård och Anell (2012) bekräftas dessa resultat om avsaknad av motsättning mellan hög kvantitativ (vårdkontakter) och hög kvalitativ (patientnöjdhet) produktivitet. Det finns även här inga tydliga skillnader mellan mottagningar beroende på ägarform, men däremot beroende på vilka mottagningarna listar och mottagningarnas egenskaper i övrigt. Exempelvis påvisas att ingen motsvarande besöksökning eller patientnöjdhet uppstår till följd av de extra resurser som tilldelas mottagningarna genom den fasta ersättningen per listad individ som baseras på ACG (vårdtyngd) och CNI (svaga socioekonomiska förutsättningar) i Västra Götaland och Skåne, respektive ålder i Halland.

3

Utvecklingen av svensk öppenvårdskonsumtion

Ett viktigt mål med de strukturella reformer som ägt rum i Sverige sedan 1990-talet har varit att skifta vårdkonsumtionen från sluten specialiserad vård till öppenvård och från öppen specialiserad vård till primärvård. Här finns även en internationell trend som avspeglar tekniska förändringar, som ger större möjligheter till behandling i öppenvård och primärvård. Detta kapitel beskriver den svenska öppenvårdskonsumtionen i ett internationellt perspektiv och utvecklingen av vårdkonsumtionen sedan 2006.

3.1 SVENSK ÖPPENVÅRDSKONSUMTION I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV

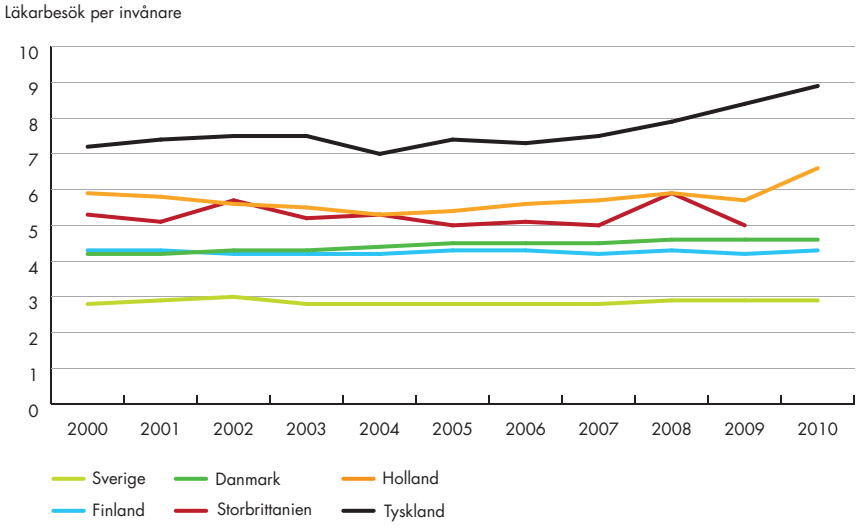
Utvecklingen mot vårdvalsmodeller baserade på valfrihet och etableringsrätt innebär att svensk primärvård närmar sig den modell som funnits en längre period i övriga Europa. Såväl i socialförsäkringssystem (Tyskland, Nederländerna m.fl.), som i skattebaserade system (Danmark och Storbritannien), har valfrihet och ett utbud av främst privata allmänläkare varit utmärkande för primärvården.

Etableringsfriheten har dock inte varit total, utan olika former av reglering existerar i t.ex. Danmark och Storbritannien. De områdesbaserade systemen med offentligt vårdutbud har främst varit etablerade i Finland, Norge och Sverige samt tidigare i Östeuropa. Norge frångick till stora delar områdesbaserade modeller i samband med införandet av fastlegereformen.

Vi kan även konstatera att primärvården i Sverige har varit begränsad och antalet besök per invånare är lågt i ett internationellt perspektiv. Även det totala antalet läkarbesök per invånare är lågt i jämförelse med våra nordiska

grannländer och andra jämförbara länder (se figur 3.1 och tabell 3.2). Till viss del kan det här förklaras av att läkarbesöken har olika längd i Sverige jämfört med i andra länder och att andelen besök hos andra personalkategorier är högt i Sverige. Resultaten kan också påverkas av skillnader i registreringspraxis.

Figur 3.1. Antal öppenvårdsbesök hos läkare per invånare inom både primärvård och på sjukhus i jämförbara länder, 2000–2010. *Källa: OECD Health database 2011*



Även om trenden visar att öppenvården ökar över tid så ligger de svenska siffrorna på en låg nivå. Andra länder i Europa visar på betydligt högre vårdutnyttjande inom den läkarbaserade öppenvården, vilket även avspeglar olika arbetssätt. Den öppna vården i Sverige är även sjukhus- och specialistinriktad där primärvårdens andel i en internationell jämförelse är låg. Detta gäller även i jämförelse med de nordiska grannländerna (se tabell 3.2).

Figur 3.2. Nordisk jämförelse av antal allmänläkare och besök hos allmänläkare. *Källa: OECD Health Database, NOMESKO.*

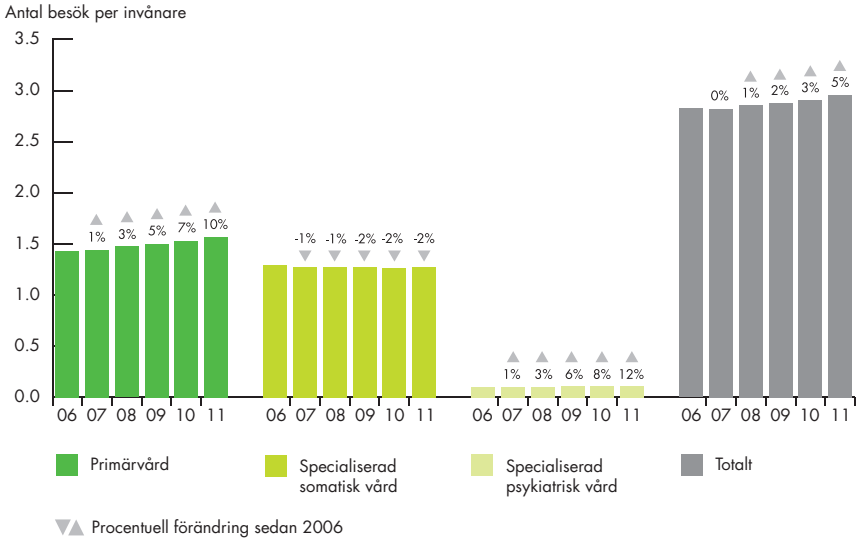
	Allmänläk/ 1000 inv.	Andel allmänläk. av tot. läkare	Besök hos allmänläk/inv.
Danmark	0.71	22%	3.65
Finland	0.71	34%	1.28
Norge	0.91	20%	--
Sverige	0.53	17%	1.18

Som framgår av tabellen är antalet allmänläkare per invånare och andelen allmänläkare av hela läkarkåren låg. Följaktligen är antalet läkarbesök per invånare lågt i Sverige. Detta har även uppmärksammats som ett problem för fördelningen av läkarbesök mellan socioekonomiska grupper. Länder med en låg andel primärvård har en högre öppenvårdskonsumtion hos individer med högre inkomster (van Doorslaer m.fl. 2006).

3.2 UTVECKLINGEN AV SVENSK ÖPPENVÅRDSKONSUMTION SEDAN 2006

Vad gäller antalet läkarbesök inom den öppna vården är utvecklingen tydlig. Mellan 2006 och 2011 ökade antalet läkarbesök per invånare i primärvården med ca 10 procent, medan antalet läkarbesök inom den specialiserade somatiska vården gick ner med ca 1,5 procent (se figur 3.3). Slutet av denna period sammanfaller med införandet av vårdvalsreformerna i Sverige. Antalet besök inom den specialiserade psykiatriska vården har också ökat kontinuerligt, dock från en väsentligt lägre nivå.

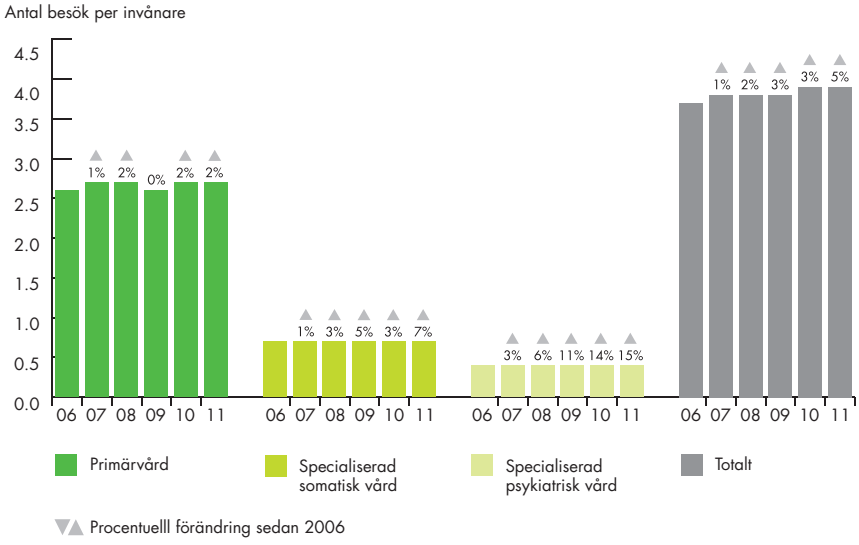
Figur 3.3. Utvecklingen av antalet läkarbesök per invånare inom öppenvård 2006–2011 samt procentuell förändring (avser mottagningsbesök, hembesök, hemsjukvårdsbesök och dagsjukvårdsbesök). *Källa: SKL:s verksamhetsstatisk 2007–2012*



Men motsvarande utveckling avspeglas inte i antalet besök hos andra personalkategorier än läkare. Ökningen inom primärvården är modest, ca 2 pro-

cent, men den är större inom den specialiserade vården (se figur 3.4). Mellan 2006 och 2011 ökade antalet besök inom specialiserad somatisk vård med drygt 6 procent och till ca 15 procent inom specialiserad psykiatrisk vård. Men primärvårdens andel hos dessa personalkategorier är större än inom läkarverksamhet.

Figur 3.4. Utveckling av antalet besök per invånare hos annan personalkategori än läkare inom öppenvård 2006–2011 samt procentuell förändring (avser mottagningsbesök, hembesök, hemsjukvårdsbesök och dagsjukvårdsbesök). (För 2009 och 2010 ingår inte besök för vaccinering mot nya influensan.) *Källa: SKL:s verksamhetsstatisk 2007–2012*



Sammantaget kan konstateras att primärvården i Sverige har blivit mer läkarorienterad och att svensk primärvård från en låg nivå närmat sig en europeisk nivå. Samtidigt ligger fortfarande landsting som Stockholm, där läkarbesöken ökat kraftigt, på en förhållandevis låg nivå i Europa.

4

Vårdvalsmodellerna i Skåne, Stockholm och Östergötland

De vårdvalsmodeller som landstingen infört från 2007 och framåt har haft delvis olika målsättningar och visioner, och modellernas egenskaper och strukturer skiljer sig i flera avseenden. Mottagningarnas grunduppdrag är ett exempel. I Stockholm omfattar uppdraget främst traditionell husläkarverksamhet, medan det i Skåne även inkluderar medicinsk fotvård och i Östergötland även barnhälsovård och rehabilitering.[10] Gemensamt för modellerna är ambitionen att införa valfrihet för medborgare och patienter samt öka mångfalden och konkurrensen. Fler privata vårdgivare har getts möjlighet att etablera sig på marknaden.

Det finns sedan tidigare ett antal sammanställningar om likheter och skillnader mellan vårdvalsmodellerna i landstingen (se bl.a. Anell m. fl. 2012b, Konkurrensverket 2012). En brist i flera av dessa är att de uteslutande fokuserat på egenskaper i modellerna efter införandet av nya reformer, medan situationen före införandet av vårdvalsreformerna inte behandlats. Vid en analys av förändringar över tid och mellan landsting är det viktigt att beakta att landstingens styrmodeller av primärvården även uppvisade stora skillnader åren före införandet av vårdvalsreformerna. Vissa landsting har t.ex. bibehållit delar från Husläkarreformen från början av 1990-talet, medan andra landsting har en traditionell struktur på primärvården med upptagningsområden och offentligt drivna mottagningar. Även ersättningssystemen har åren före införandet av vårdvalsreformerna varierat mellan klassisk budgettilldelning, offentlig upphandling och olika modeller för fast och rörlig ersättning.

[10] Vissa av dessa uppdrag är i Skåne och Stockholm föremål för specifika vårdvalsmodeller.

Nedan presenteras i tabellerna 4.1 till 4.3 en sammanställning av de ingående landstingens modeller före och efter införandet av vårdvalsmodellerna. Översikten avser regelverken för etablering och konkurrens, hur ersättningssystemen konstruerats samt regler för valfrihet och listning. Avslutningsvis belyses även hur utbudet av mottagningar utvecklats i samband med vårdval.

4.1 ETABLERING OCH KONKURRENS

Tabell 4.1. Sammanställning av landstingens regelsystem avseende etablering och konkurrens före och efter införandet av vårdval.

	Skåne		Stockholm		Östergötland	
	Före	**Efter**	**Före**	**Efter**	**Före**	**Efter**
Offentlig upphandling	• Privat vård upphandlades	• Ingen upphandling	• Privat vård upphandlades	• Ingen upphandling	• Privat vård upphandlades	• Ingen upphandling
Etablering	• Offentlig vård enligt planering • Privata vårdgivare genom upphandling	• Fri/reglerad nyetablering av privata vårdgivare • Nyetablering av offentliga vårdgivare. • Offentliga vården övertagit vissa privata enheter	• Offentlig vård enligt planering • Privata vårdgivare genom upphandling	• Fri/reglerad nyetablering av privata vårdgivare • Ingen nyetablering av offentliga vårdgivare	• Offentlig vård enligt planering • Privata vårdgivare genom upphandling	• Fri/reglerad nyetablering av privata vårdgivare • Offentliga vården övertagit vissa privata enheter • Avveckling av vissa offentliga enheter
Auktorisation	• Sedan 2005 generell kravspecifikation för familjeläkare som underlag för upphandling/uppdrag	• Ett antal krav ställs för etablering: • Ekonomisk stabilitet • Omfattning/inriktning • Kompetens/bemanning/utrustning/lokaler	• Inga enhetliga specifikationer	• Ett antal krav ställs för etablering: • Ekonomisk stabilitet • Kompetens/-utrustning • Regelbok	• Inga enhetliga specifikationer	• Krav för etablering: • Ekonomisk stabilitet • Allmän med. profil • Regelbok
Lokalisering	• Styrd genom planering och upphandling	• Fri geografisk lokalisering	• Styrd genom planering och upphandling	• Fri geografisk lokalisering	• Styrd genom planering och upphandling	• Fri geografisk lokalisering • Landstinget ansvarar för kommuner utan etablering
Konkurrensneutralitet	• Skillnader inom såväl budgettilldel samt avtal vid offentlig upphandling	• Enhetlig auktorisation och ersättning för privat/offentliga vårdgivare • Momskompensation för privata	• Skillnader inom såväl budgettilldelning samt avtal vid offentlig upphandling	• Enhetlig auktorisation och ersättning för privat/offentliga vårdgivare • Momskompensation för privata	• Skillnader inom såväl budgettilldelning samt avtal vid offentlig upphhandling	• Enhetlig auktorisation och ersättning för privat/off vårdgivare • Momskompensation för privata

Från sammanställningen kan skillnader och likheter utläsas för situationen före och efter införandet av vårdvalsreformen. I detta avseende uppvisar regelsystemen för etablering och konkurrens stora likheter. Att detta är fallet efter reformen är naturligt, då dessa aspekter till stor del är reglerade i lag. Den väsentliga förändringen i samband med reformen är således övergången från upphandling av privat vård till fri etablering, givet att enheten lever upp till landstingens auktorisationsvillkor. Det har också förekommit nyetableringar av privata mottagningar i samtliga landsting efter reformen. Det föreligger dock skillnader i vilken utsträckning det etablerats nya enheter i offentlig regi samt huruvida privata enheter övergått i offentlig regi.

4.2 ERSÄTTNINGSSYSTEM

Tabell 4.2. Sammanställning av landstingens ersättningssystem före och efter införandet av vårdval.

	Skåne		Stockholm		Östergötland	
	Före	**Efter**	**Före**	**Efter**	**Före**	**Efter**
Typ av ersättning	• Budget för offentliga vårdgivare • Avtal för privata vårdgivare	• Enhetlig resurs-fördelning till samtliga vårdgivare	• Budget för offentliga vårdgivare • Avtal för privata vårdgivare	• Enhetlig resurs-fördelning till samtliga vårdgivare	• Överens-kommelser för offentliga vårdgivare • Avtal för privata vårdgivare	• Enhetlig resurs-fördelning till samtliga vårdgivare
Andel fast ersättning per individ (kapitering) kontra rörlig besöksrelaterad ersättning	• Kapitering baserad på listing och områdesansvar om ca 60 % • Besöksrelaterad ersättning ca 40 %	• Kapitering per listad patient om ca 95 % • Besöksersättning för ej listade, mindre än 5 %	• Mellan 2003–07 huvudsakligen områdesbaserad kapitering om ca 60 % • Besöksrelaterad ersättning om ca 40 %	• Kapitering per listad patient om ca 40 % • Besöksrelaterad ersättning ca 60 %	• Områdesbaserad kapitering om ca 80 % • Besöksrelaterad ersättning inkl. uppnådda mål men exkl. täcknings-grad, mindre än 14 %	• Kapitering per listad patient om ca 87 % • Besöksrelaterad ersättning inkl. uppnådda mål men exkl. täcknings-grad, mindre än 8 %
Indikatorer fast ersättning per individ (kapitering)	• Huvudsakligen ålders-baserad kapitering	• Kapitering baserad på ålder, sjuklighet (ACG) och socio-ekonomi (CNI) • Justeras beroende på täcknings-grad	• Kapitering baserat på socioek. status, ålder, etnicitet m.m.	• Ålders-baserad kapitering	• Kapitering baserad på ålder, socio-ekonomi och storlek på geografiskt område • Justeras beroende på täcknings-grad	• Kapitering baserad på ålder, socio-ekonomi och storlek på geografiskt område • Justeras beroende på täcknings-grad

	Skåne		Stockholm		Östergötland	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Indikatorer rörlig besöksrelaterad ersättning	• Differentierad ersättning för olika typer av besök och åtgärder samt mellan läkare och sjuksköterska • Patientavgift behålls av vårdgivare som del av ersättningen.	• Patientavgift tillfaller Region Skåne.	• Differentierad ersättning för olika typer av besök och mellan läkare och sjuksköterska • Patientavgift behålls av vårdgivare som del av ersättningen. Kompensation för 'högkostnadsskydd'	• Ökad differentierad ersättning för olika typer av besök mellan läkare och sjuksköterska • Patientavgift behålls av vårdgivare som del av ersättningen. Kompensation för 'högkostnadsskydd'	• Patientavgift behålls av vårdgivare som del av ersättningen	• Patientavgift behålls av vårdgivare som del av ersättningen
Kostnadstak	• Tak enligt budget och avtal	• Inga avtalsregler om kostnadstak	• Tak enligt budget och avtal	• Tak bygger på relationen antal listade och antal besök	• Maxersättning uppnås då VC träffat 60 % av befolkningen inom anvarsområdet	• Maxersättning uppnås då VC träffat 56 % av den listade befolkningen.
Täckningsgrad	• Inget ansvar för övrig öppenvårdskonsumtion (besök)	• Andel vårdenhetsbesök i förhållande till alla öppenvårdsbesök. Avdrag eller tillägg på ersättningen görs beroende på om täck-ningsgraden ligger utanför målet 57–59%.	• Inget ansvar för övrig öppenvårdskonsumtion (besök)	• Inget ansvar för övrig öppenvårds konsumtion (besök) (dock infört 2012)	• Olika avdrag för besök hos annan vårdgivare	• Olika avdrag för besök hos annan vårdgivare
Bot/viten	• Inga avtalsregler om bot/vite	• Inga avtalsregler om bot/vite	• Inga avtalsregler om bot/vite	• Vite för bristande inrapportering av specificerad information	• Inga avtalsregler om bot/vite	• Inga avtalsregler om bot/vite (införs fr o m 2013)
Bonus/målrelaterad ersättning	• Ingen målrelaterad ersättning	• 11 målrelaterade områden, mindre än 5 % av ersättningen	• Läkemedelförs. enl. "Kloka listan" • Diagnosregistrering	• 14 mål, däribland läkemedelförs. enl. "Kloka listan" ca 3 % av ersättningen	• 4 områden (Mål och mått)	• 4 områden (Mål och mått), ca 3 % av ersättningen

En väsentlig skillnad mellan de ingående landstingen gäller utformningen av ersättningssystemen. Även om offentlig upphandling avgjorde ersättningen fanns redan före införandet av vårdval en hög andel rörlig besöksrelaterad ersättning inom Stockholms läns landsting och i viss mån i Skåne. Denna var högre än de rörliga ersättningar som efter vårdvalsreformen finns i Skåne och Östergötland. I Skåne har den rörliga ersättningen minskat kraftigt.

Även efter reformen föreligger stora skillnader i ersättningssystem. Andelen rörlig ersättning baserat på besökstyper har ökat i Stockholm. Ersättningen skiljer sig även mellan olika yrkeskategorier och utförd åtgärd. Skåne tillämpar efter reformens införande ingen besöksersättning för listade patienter, utan vårdenheten erhåller endast ersättning per besök om patienten är listad vid en annan enhet. I Östergötland utgör patientavgiften den rörliga komponent som är kopplad till besöket. Patientavgiften tillfaller vårdenheten även i Stockholm, medan den i Skåne tillfaller regionen centralt.

Den fasta ersättningen (här avses kapitering per listad individ) är också olika mellan landstingen. I Stockholm justeras ersättningen per listad individ efter reformen enbart efter ålder. Tidigare baserades justeringen på en rad socioekonomiska faktorer. I Skåne utgick justeringen tidigare främst från ålder, men har utökats till att även inkludera socioekonomiska faktorer (CNI) och vårdtyngd/sjuklighet (ACG) bland listade individer.[11] I Östergötland justeras ersättningen både före och efter vårdvalet efter ålder, socioekonomi (inkomst i området) och vårdenhetens lokalisering.

Ytterligare skillnader är att i Skåne och Östergötland har ersättningen till vårdenheterna under perioden, i större utsträckning än i Stockholm, påverkats av konsumtionen av öppenvård vid sjukhus- och specialistvård genom principen om täckningsgrad (se även avsnitt 2.3).

4.3 VALFRIHET OCH LISTNING

I alla vårdvalsmodeller står medborgarnas frihet att välja vårdgivare i centrum. Möjligheter till valfrihet fanns delvis även före införandet av reformerna, dock med varierande grad mellan landstingen. Även listningen skilde sig åt mellan landstingen. I tabell 4.3 redovisas valfrihet och listning för de tre landstingen före och efter reformen.

[11] I Skåne mäts vårdtyngd utifrån Adjusted Clinical Groups (ACG) och socioekonomi utifrån Care Need Index (CNI). ACG används för att beskriva förväntat primärvårdsbehov utifrån de diagnoser som en person har fått under viss tidsperiod (18 månader i Region Skåne) justerat för ålder och kön. CNI används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning.

Tabell 4.3. Sammanställning av landstingens regelsystem avseende valfrihet och listning före och efter införandet av vårdval.

	Skåne		Stockholm		Östergötland	
	Före	**Efter**	**Före**	**Efter**	**Före**	**Efter**
Valfrihet	• Formell möjlighet att välja	• Tydlig information och rättighet att välja vårdgivare	• Formell möjlighet att välja, bristande information	• Tydlig information och rättighet att välja vårdgivare	• Formell möjlighet att välja, i praktiken svårt gå över kommun-gränser	• Tydlig information och rättighet att välja vårdgivare
Listning	• Aktiv listning • Ca 80 % av alla invånare listad på vårdcentral/-familjeläkarenhet.	• Listning sker genom aktivt egenval eller passiv listning enligt närhetsprincipen • Alla invånare är listade	• I huvudsak passiv listning. Aktiv listning för de som gjort egna val	• Endast aktiv listning • Alla invånare är inte listade	• I huvudsak passiv listning. Aktiv listning för de som gjorde egna val	• I huvudsak aktiv listning. Om ej aktivt val passiv listning enligt närhetsprincipen för nyinflyttade samt historisk listning före vårdval för tidigare bosatta • Alla invånare är listade
”Full” lista	• Patient kunde nekas vid full listning	• Regler om att ingen patient får nekas listning. Väntelista enligt regler. Möjlighet förvårdgivare att söka dispens pga. av medicinsk risk.	• Ej aktuellt, hanterades genom passiv listning	• Regler om att ingen patient får nekas listning. Väntelista enligt regler	• Patient kunde nekas vid full listning	• Regler om att ingen patient får nekas listning. Inget tak. Ingen väntelista finns. Enheten ska bereda plats inom två månader.
Byte av mottagning	• Formell möjlighet, dock tak för antal patienter	• Fritt byte av vårdgivare	• Formell möjlighet, men begränsat utnyttjande	• Fritt byte av vårdgivare	• Formell möjlighet, men begränsat utnyttjande	• Fritt byte av vårdgivare, obegränsat antal

I samtliga tre landsting fanns före införandet av vårdval möjligheter för medborgarna att välja vårdgivare. Denna möjlighet var främst formell och information och uppmuntran till val varierade. Det finns även skillnader mellan s.k. aktiv listning och passiv listning. Vid aktiv listning ersätts vårdgivaren endast för de patienter som begärt att lista sig. Vid passiv listning blir olistade patienter listade enligt närhetsprincipen vid närmaste mottagning. Generellt har den passiva listningen som byggde på områdesansvar avskaffats, men finns delvis kvar i Skåne och Östergötland.

4.4 UTBUDSFÖRÄNDRINGAR EFTER VÅRDVAL

Sedan vårdvalssystemen infördes har det fram till oktober 2011 etablerats 267 nya mottagningar i Sverige. Av dessa har 77 lagts ned. Den samlade ökningen på de återstående 190 motsvarar en ökning på 19 procent under perioden (Konkurrensverket 2012). I tabell 4.4 beskrivs utvecklingen av antalet mottagningar i riket och de tre landstingen efter införandet av respektive vårdvalsmodell.

Tabell 4.4. Totalt antal mottagningar samt förändring av antal mottagningar före och efter vårdvalsreformen, samt motsvarande utveckling för privata mottagningar.

	Totalt antal vårdcentraler		Total förändring		Privata vårdcentraler före vårdval		Privata vårdcentraler okt 2011		Totalt antal vårdcentraler per 10 000 invånare	
	Före	okt 2011	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Före	okt 2011
Stockholm	167	199	32	19%	91	54%	129	65%	0.86	0.95
Skåne	136	159	23	17%	48	35%	71	45%	1.12	1.27
Östergötland	43	43	0	0%	6	14%	8	19%	1.01	1.00
Samtliga	1023	1213	190	19%	288	28%	486	40%	1.11	1.28

I både Stockholm och Skåne har antalet mottagningar ökat i likhet med utvecklingen i riket. Ökningen av antalet privata enheter är något större än den genomsnittliga. Särskilt i Stockholm, där andelen privata mottagningar var hög redan före införandet av vårdval, är ökningen tydlig. I Östergötland är antalet mottagningar oförändrat under perioden. Fördelningen mellan privat och offentlig vård har dock ändrats genom att antalet privata enheter ökat.

Konkurrensverket pekar på geografiska och demografiska skillnader mellan olika delar av landet som kan förklara att ökningen av antalet mottagningar inte är jämnt fördelad över landet (Konkurrensverket 2012). Generellt har ökningen varit störst i tätorter och minst i glesbygd, men nyetableringarnas fördelning motsvarar relativt väl befolkningstätheten i olika delar av landet. I detta avseende är det förvånande att antalet mottagningar i Östergötland inte ökat. En förklaring kan vara att historisk passiv listning enligt närhetsprincipen har gynnat befintliga vårdgivare.

4.5 TIDIGARE ERFARENHETER AV OLIKA ERSÄTTNINGSSYSTEM OCH PATIENTDRIVEN KONKURRENS

Från tidigare forskning finns det tydliga tecken på att ersättningssystemet i form av kapitering, besöksrelaterad ersättning eller löneersättning (ekonomiska incitament) påverkar vårdgivarnas beteende inom primärvården, sär-

skilt allmänläkare (Gosden m.fl. 2001, Croxson m.fl. 1999, van Dijk 2012). Men resultaten baseras främst på en internationell kontext, där kopplingen mellan ersättningssystemet och läkarens egen inkomst är tydligare än för svenska offentliganställda läkare med löneersättning. Bortsett från läkarens omsorg om patienten, finansiären och samhället i stort är även läkarens egen inkomst, fritid och kompetensutveckling möjliga argument i nyttofunktionen (Rice 2006). Men exakt hur och i vilken omfattning de spelar in beror på ett antal andra faktorer, bland annat på etiska och professionella normer och på hur hälso- och sjukvårdssystemet sammantaget fungerar.

Tidigare studier pekar på att läkarna under besöksrelaterad ersättning (fee-for-service) utför mer tjänster till patienterna. De tenderar också att delegera färre uppgifter till andra vårdgivare jämfört med om ersättningen sker via kapitering eller fast lön (Iversen & Lurås 2006). Det är inte förvånande, eftersom besöksrelaterad ersättning ger incitament för att maximera intäkterna genom att öka mängden av egenproducerade aktiviteter, så länge som betalningen för dessa tjänster överstiger kostnaderna (Gress m.fl. 2001, Rice 2006). Eftersom det vid besöksrelaterad ersättning i allmänhet finns incitament för att öka antalet egenproducerade aktiviteter försöker finansiären använda olika verktyg, t.ex. produktionstak, för att kontrollera kostnaderna (Scott 2000, Rice 2006). Vid kapitering finns istället incitament till att konkurrera om patienter för att öka antalet listade, men också för att minska arbetsbördan genom att hänvisa patienterna till andra vårdgivare. Antalet remisser från primärvården är därmed troligen högre under kapitering än vid besöksrelaterad ersättning (Iversen & Lurås 2006).

Ökad konkurrens mellan mottagningar om patienter, till följd av att ersättningen följer patienten, kan också stimulera till att öka antalet egenproducerade aktiviteter och förbättra tillgängligheten. Utvärderingar av införandet av patientdriven konkurrens i Norge visar att allmänläkarna i större omfattning uppfattar vikten av att tillfredsställa patientens behov, eftersom de är oroliga för att förlora patienter (Carlsen & Norheimsund 2003). Samtidigt kan den ökade konkurrensen i detta perspektiv också leda till ökad remittering till andra vårdgivare. Allmänläkarna i Norge uppgav i detta avseende att de såg sig själva mindre som ”gatekeepers” och att det för att tillfredsställa patienternas behov var lättare att hänvisa dem till specialistvård (Carlsen & Norheimsund 2003). Detta resultat stöds också av belägg för att förskrivningen av läkemedel till äldre patienter ökar om allmänläkaren möter ökad konkurrens (Kann m.fl. 2010).

En ytterligare fråga handlar om hur ersättningssystemen kan tänkas påverka vårdgivarnas incitament för urvalsbeteende, dvs. att de undviker pa-

tienter med stora vårdbehov till förmån för patienter med enklare behov. Att denna risk föreligger i system där utföraren inte kan styra och differentiera prissättningen mellan olika användare är väl belagd i litteraturen (Jacobsson 2007, Andersson 2002). Lurås (2004) och Iversen och Lurås (2006) menar att eftersom kapitering medför att vårdgivarna vill öka inkomsterna (antalet listade) men inte arbetsbördan (antalet besök), har en besöksrelaterad ersättning större förutsättningar att förhindra vårdgivarna från att påverka urvalet av patienter.

4.6 MÖJLIGA EFFEKTER AV FÖRÄNDRADE STYR- OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM PÅ VÅRDGIVARNAS PRIORITERINGAR

Utifrån diskussionen ovan är det intressant att bedöma hur utformningen av landstingens ersättningssystem före och efter vårdval kan tänkas påverka besöksutvecklingen för olika behovsgrupper. Den ökande andelen besöksrelaterad ersättning som införts i Stockholm efter reformen pekar på att besöken bör öka så länge som ersättningen för ytterligare besök överstiger kostnaderna. I Skåne kan inte ersättningssystemet förväntas ha samma effekt, eftersom besöksrelaterade incitament har försvagats, i och med att vårdgivarna efter reformen huvudsakligen ersätts via kapitering. För Östergötlands del kan man förvänta sig små effekter på besöksutvecklingen i detta avseende, eftersom fördelningen av kapiteringsrelaterad och besöksrelaterad ersättning är relativt oförändrat över tid.

Utvecklingen påverkas dock inte enbart av att ersättningssystemen ändrats i samband med reformen. En minst lika central del av reformen är inslaget av ökad konkurrens bland vårdgivarna om patienternas gunst till följd av införandet av patientdriven konkurrens (ersättningen följer patienten) och reglerad etableringsfrihet bland vårdgivarna. Tidigare erfarenheter från liknande modeller pekar dock på att detta kan föranleda såväl ökade egenproducerade aktiviteter från vårdgivarna som ökad remittering till andra vårdgivare, för att i större utsträckning tillfredsställa patienternas önskemål. Det är därför inte möjligt att entydigt bedöma hur införandet av patientdriven konkurrens påverkar besöksutvecklingen. Det är möjligt att den stimulerar till både ett ökat antal egenproducerade besök såväl som ökat antal kontakter hos andra vårdgivare. Till följd av att utbudet varit relativt konstant i Östergötland under perioden är det rimligt att här förvänta sig minst effekter på utvecklingen över tid.

För att undvika att vårdgivarna delegerar fler uppgifter till andra vårdgivare, försöker landstingen via ersättningen styra en hög andel av besöken till

patienternas egen mottagning. Dessa incitament är starkare i Skåne och Östergötland än i Stockholm och bör ha en positiv effekt på besöksutvecklingen inom primärvården även för dessa landsting.

Det är också svårt att bedöma hur de olika ersättningssystemen kan tänkas påverka risken för olika urvalsbeteenden. Den högre besöksrelaterade ersättningen i Stockholm kan motverka att svårare patientgrupper erhåller färre besök då vårdgivaren ersätts för varje besök. Men frågan är om ersättningen är tillräckligt differentierad mellan olika patientgrupper. I Östergötland och Skåne, där ersättningssystemen huvudsakligen baseras på kapitering, är risken för negativa urval större i denna bemärkelse. Samtidigt så tar kapiteringsersättningen större hänsyn till förväntat vårdbehov och socioekonomiska förhållanden i Skåne och Östergötland. Det är därför möjligt att konkurrensen om att få patienterna att lista sig på mottagningen medför att utförarna i ökad utsträckning även försöker tillfredsställa efterfrågan från patientgrupper med svårare/tyngre diagnoser.

5

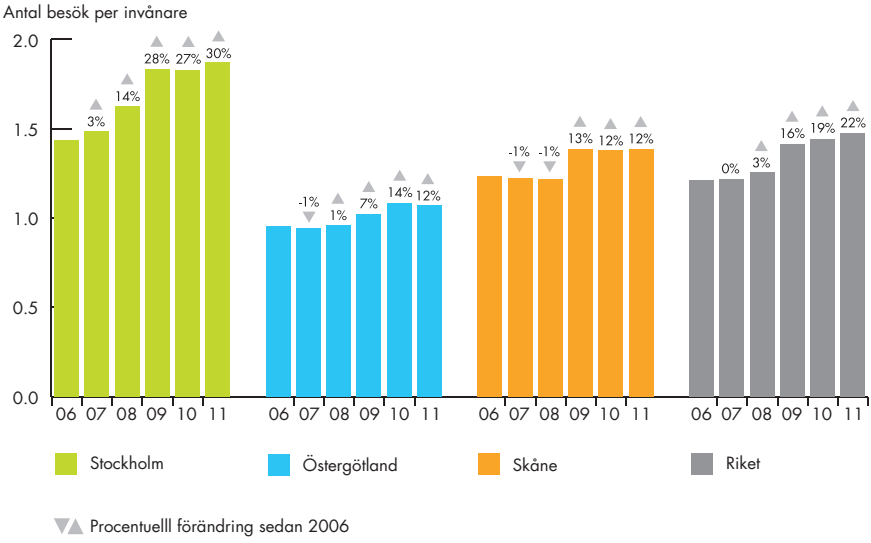
Landstingens vårdkonsumtionsmönster och diagnospanorama

Detta kapitel beskriver hur konsumtionen av primärvård har utvecklats på riksnivå samt för de ingående landstingen. Dessutom ges en samlad bild av de viktigaste diagnoserna samt hur utvecklingen ser ut vad gäller ”lätta” och ”svåra” diagnoser i de tre landstingen.

5.1 PRIMÄRVÅRDSKONSUMTIONENS UTVECKLING

Mellan 2006 och 2011 har antalet läkarbesök per invånare på mottagning och i hemmet stigit med drygt 20 procent inom primärvården i Sverige (se figur 5.1). Under år 2011 gör varje individ, oavsett åkomma eller diagnos, i snitt ca 1,5 läkarbesök i primärvården (antingen på mottagning eller i hemmet) mot i snitt ca 1,2 besök 2006. Utvecklingen i Stockholm, Skåne och Östergötland visar att läkarbesök på mottagning och i hemmet har ökat i samtliga fall. Ökningen är störst i Stockholm och uppgår till 30 procent. I Skåne och Östergötland är ökningen istället lägre än den genomsnittliga i riket. Antalet besök per invånare är därtill lägre i Östergötland sett över hela perioden.

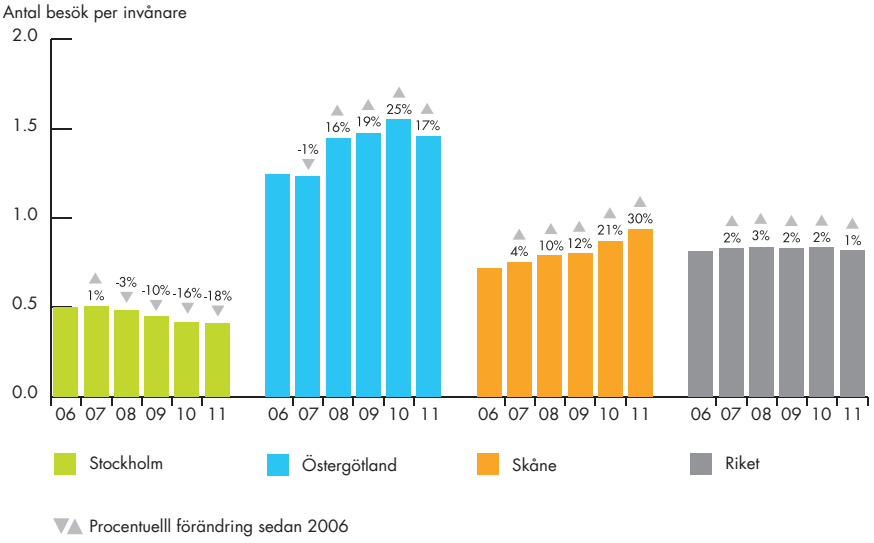
Figur 5.1. Antal läkarbesök och procentuell utveckling av antalet läkarbesök på mottagning och i hemmet per invånare 2006–2011, primärvård. *Källa: SKL:s verksamhetsstatistik 2007–2012.*



Antalet besök hos sjuksköterskor på mottagning och i hemmet inom primärvården är i hela riket i princip oförändrad mellan 2006 och 2011 (se figur 5.2). I snitt gjorde varje individ i befolkningen ca 0,8 sjuksköterskebesök både 2006 och 2011.

Skillnaderna i antalet sjuksköterskebesök i Stockholm, Skåne och Östergötland är större än skillnaderna i antalet läkarbesök. Antalet sjuksköterskebesök ökar tydligt i både Skåne och Östergötland. Nivån på antalet sjuksköterskebesök på mottagning och i hemmet är dock väsentligt högre i Östergötland, medan ökningen i Region Skåne är från en lägre nivå. För 2011 är dock nivån något högre än riksgenomsnittet. I Stockholm är antalet besök hos sjuksköterskor väsentligt lägre och har dessutom minskat över tid.

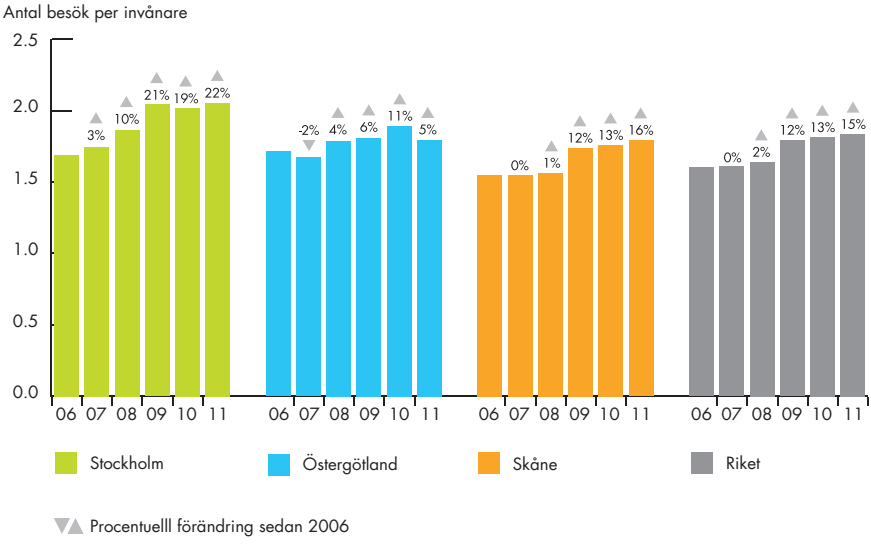
Figur 5.2. Antal sjuksköterskebesök och procentuell utveckling av antalet sjuksköterskebesök på mottagning och i hemmet per invånare 2006–2011, primärvård. *Källa: SKL:s verksamhetsstatistik 2007–2012.*



Vi kan konstatera att de studerade landstingen även före införandet av vårdvalsreformerna hade olika traditioner när det gäller nivån på och fördelningen mellan läkar- och sjuksköterskebesök.

För att få en sammantagen bild av besöksutvecklingen viktas även kontakterna samman till ett index utifrån SKL:s uppskattning av den resursförbrukning som är knuten till de olika typerna av besök hos olika personalkategorier. Ett besök i hemmet ges därför dubbel vikt (2,0) jämfört med besök på mottagning, och ett besök utfört av sjuksköterska viktas med 0,4 i relation till ett läkarbesök (se SKL:s verksamhetsstatistik 2012). Sammantaget har därmed antalet viktade besök hos både läkare och sjuksköterska ökat mest i Stockholm: ökningen är drygt 20 procent mellan 2006 och 2011 (se figur 5.3). I Skåne är ökningen 16 procent, mot 5 procent i Östergötland. Den genomsnittliga ökningen i riket uppgår till 15 procent. Antalet viktade besök per invånare är för Östergötlands och Skånes del under 2011 väl i linje med riksgenomsnittet på 1,8 viktade kontakter per person. I Stockholm är de viktade kontakterna under 2011 ca 10 procent fler än i riket.

Figur 5.3. Antal viktade vårdkontakter i primärvård samt procentuell utveckling av antalet viktade vårdkontakter per invånare 2006–2011. *Källa: SKL:s verksamhetsstatistik 2007–2012.*



I jämförelserna ovan har vi inte inkluderat antalet telefonkontakter eftersom de är behäftade med stor osäkerhet i registreringen, särskilt fram till 2011. Därefter måste telefonkontakterna baseras på journalanteckningar och kan därmed i större utsträckning antas motsvara innehållet i ett besök (SKL 2012).

5.2 DIAGNOSPANORAMA OCH DIAGNOSREGISTRERING

I tillägg till besöksutvecklingen hos olika personalkategorier ger även sjukdomsmönstret (diagnospanoramat) en viktig bild av utvecklingen inom primärvården. Vid en analys av diagnospanoramat är det även viktigt att beakta att diagnosregistreringen ändras över tid och att utvecklingen är olika i de ingående landstingen.

I tabell 5.4 visas antalet diagnoser per 1000 läkarbesök i primärvården enligt huvudkapitlen i ICD-10-klassificeringen[12] (avser både huvud- och bidiagnoser), samt respektive diagnosgrupps andel av samtliga diagnoser vid läkarbesök inom primärvården.[13]

[12] ICD är en allmänt accepterad standard för klassificering av sjukdomar, utgiven av Världshälsoorganisationen (WHO). ICD-10 färdigställdes 1992 och den senaste versionen är från 2011.

[13] Utvecklingen i Region Skåne avser endast vårdgivare i offentlig regi.

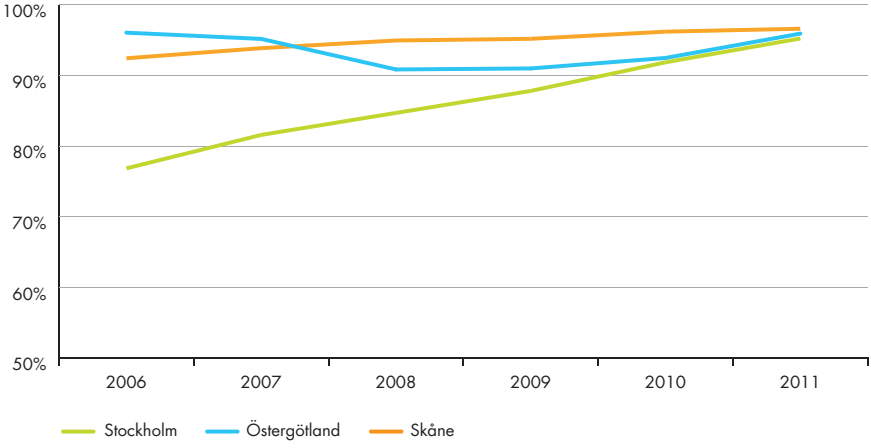
Tabell 5.4. Diagnospanorama per 1000 läkarbesök i primärvården 2006 respektive 2011.

	Stockholm				Östergötland				Skåne			
	Antal diagnoser per 1000 läkarbesök		Andel av samtliga diagnoser		Antal diagnoser per 1000 läkarbesök		Andel av samtliga diagnoser		Antal diagnoser per 1000 läkarbesök		Andel av samtliga diagnoser	
Sjukdomsgrupper enligt huvudkapitlen i ICD-10-klassificeringen	**2006**	**2011**	**2006**	**2011**	**2006**	**2011**	**2006**	**2011**	**2006**	**2011**	**2006**	**2011**
Andningsorganens sjukdomar	115	110	14%	12%	196	328	15%	16%	128	122	16%	14%
Cirkulationsorganens sjukdomar	87	114	10%	12%	127	170	10%	8%	81	101	10%	12%
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar	45	48	5%	5%	53	72	4%	3%	38	54	5%	6%
Graviditet, förlossning och barnsängstid	0	0	0%	0%	0	1	0%	0%	0	1	0%	0%
Hudens och underhudens sjukdomar	45	48	5%	5%	78	139	6%	7%	44	47	6%	5%
Matsmältningsorganens sjukdomar	20	22	2%	2%	39	64	3%	3%	23	29	3%	3%
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	1	1	0%	0%	1	2	0%	0%	1	1	0%	0%
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	48	48	6%	5%	66	99	5%	5%	39	56	5%	6%
Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	4	6	1%	1%	7	10	1%	0%	4	6	0%	1%
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	99	97	12%	10%	178	290	14%	14%	94	99	12%	11%
Sjukdomar i nervsystemet	9	13	1%	1%	17	30	1%	1%	10	15	1%	2%
Sjukdomar i urin- och könsorganen	26	27	3%	3%	56	84	4%	4%	37	39	5%	5%
Sjukdomar i ögat och närliggande organ	13	12	2%	1%	20	30	2%	1%	2	2	0%	0%
Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	37	33	4%	4%	75	111	6%	5%	63	58	8%	7%
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	28	29	3%	3%	72	125	6%	6%	48	38	6%	4%
Symtom, sjukdomstecken och onormala fynd som ej klassificeras annorstädes	103	127	12%	14%	141	302	11%	14%	83	109	10%	13%
Tumörer	10	11	1%	1%	21	35	2%	2%	10	15	1%	2%
Vissa infektions- och parasitsjukdomar	34	37	4%	4%	42	85	3%	4%	38	36	5%	4%
Vissa perinatala tillstånd	0	0	0%	0%	0	0	0%	0%	0	0	0%	0%
Övrigt	106	154	13%	16%	94	125	7%	6%	56	38	7%	4%
Totalt	**831**	**938**	**100%**	**100%**	**1284**	**2102**	**100%**	**100%**	**799**	**867**	**100%**	**100%**

Av figuren framgår att antalet diagnoser per läkarbesök ökat för de flesta patientgrupper mellan 2006 och 2011, medan förändringarna i andelar mellan diagnoserna är relativt små. Sett över hela tidsperioden står fyra huvudgrupper för ca 50 procent av diagnoserna i samtliga landsting. Grupperna utgörs av andningsorganens sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, sjukdomar i muskuloskeletala systemet samt symtom, sjukdomstecken och onormala fynd som saknar annan klassificering. Det är värt att notera att andelen ospecifika diagnoser inom kapitlet symtom, sjukdomstecken och onormala fynd som saknar annan klassificering ökar sin andel i samtliga landsting under perioden. Under 2011 är denna diagnosgrupp tillsammans med diagnosgruppen övrigt de två största i Stockholm. De omfattar tillsammans ca 30 procent.

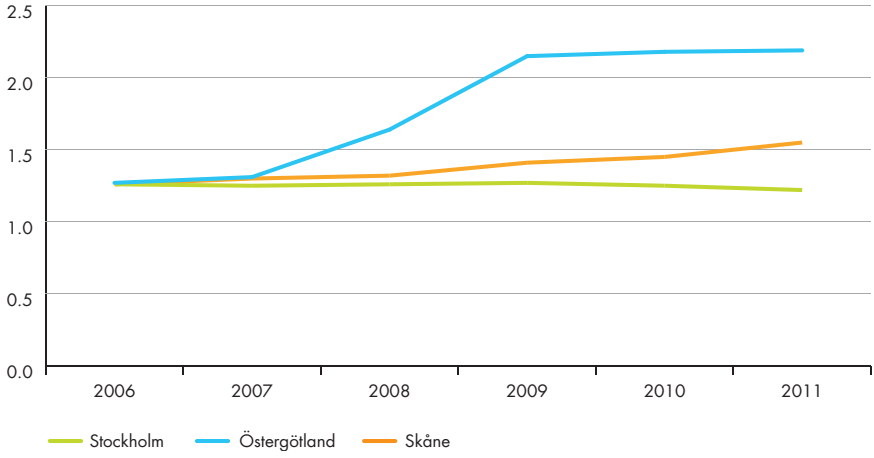
Hur antalet diagnoser per läkarbesök förändras över tid beror i sin tur på den sammantagna effekten av förändringen i antalet läkarbesök, antalet diagnossatta besök och antalet diagnoser per besök. Vid sidan av besöksutvecklingen beror ökningen för Stockholms del främst på att diagnosregistreringen förbättrats över tid. I Östergötland och Skåne beror ökningen främst på att antalet diagnoser per diagnossatt läkarbesök ökat. I figur 5.5 respektive 5.6 visas utvecklingen för diagnosregistrering och antalet diagnoser per diagnossatta läkarbesök över tid.

Figur 5.5. Antal diagnossatta läkarbesök av totalt antal läkarbesök per år (diagnosregistreringsgrad i primärvården)



I Stockholm visar utvecklingen av andelen diagnossatta besök på en tydligt ökande trend. Östergötland hade inledningsvis en hög andel, som minskade under de första åren med vårdval för att sedan öka igen. Skåne uppvisar också en ökning under perioden, dock från en högre initial nivå.

Figur 5.6. Antal diagnoser (samtliga huvud- och bidiagnoser) per år/antalet diagnossatta läkarbesök i primärvården



Antal diagnoser per diagnossatt läkarbesök är relativt konstant i Stockholm. Östergötland uppvisar däremot en klart uppgående trend under införandet av vårdval, för att sedan ligga kvar på denna nivå. Även i Skåne ökar antalet diagnoser per diagnossatt läkarbesök. En förklaring till den kraftiga ökningen av antalet diagnoser per diagnossatt läkarbesök i Östergötland är att man införde ett nytt journalsystem (Cosmic) under 2009. Detta ökade sannolikheten för att man även diagnosregistrerar patienter med kroniska åkommor vid varje nybesök.

5.3 KONSUMTIONSUTVECKLINGEN VID ”LÄTTA” OCH ”SVÅRA” DIAGNOSER

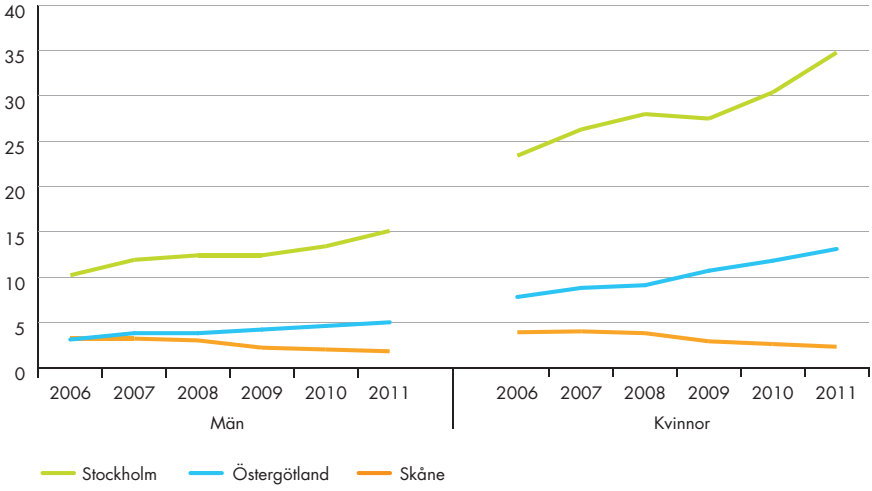
I syfte att studera om befolkningens konsumtionsmönster förändrats i samband med vårdvalsreformen undersöktes utvecklingen för ett mindre antal diagnoser, främst självläkande diagnoser inom gruppen övre luftvägsinfektion, såsom virussjukdom, snuva, bihåleinflammation, halsont och halsfluss. Dessa benämns fortsättningsvis ”lätta” diagnoser. Vidare studerades både antalet individer som diagnostiserats med dessa diagnoser och det antal läkarbesök på mottagning som dessa individer gjort per år. Vi studerade utvecklingen årsvis från 2006 till 2011 för åldersgrupperna 20–64 och 65+.[14] Urvalet baserades på samtliga huvud- och bidiagnoser inom primärvården.

Konsumtionsutvecklingen för gruppen med ”lätta” diagnoser jämförs med

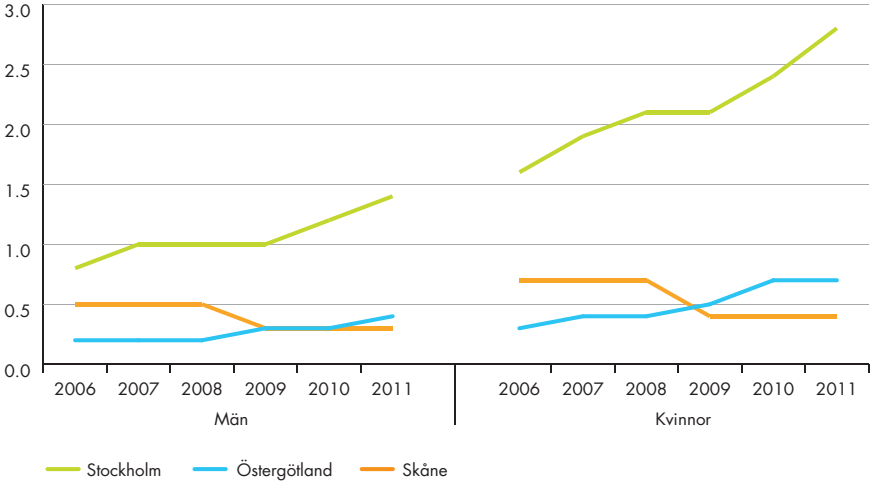
[14] Vi följde således inte en på förhand definierad patientgrupp utan har istället studerat den totala utvecklingen av dessa diagnoser för varje år.

motsvarande utveckling för individer med ”svårare” diagnoser. Vi använder här det statliga indexet[15] över vårdtunga grupper som utgör en modul i kostnadsutjämningssystemet mellan landsting.

Figur 5.7. Antal individer med ”lätta” diagnoser i relation till antal individer med ”svåra” diagnoser, per kön i åldern 20–64 år.



Figur 5.8. Antal individer 65+ med ”lätta” diagnoser i relation till antal individer med ”svåra” diagnoser, uppdelat efter kön.



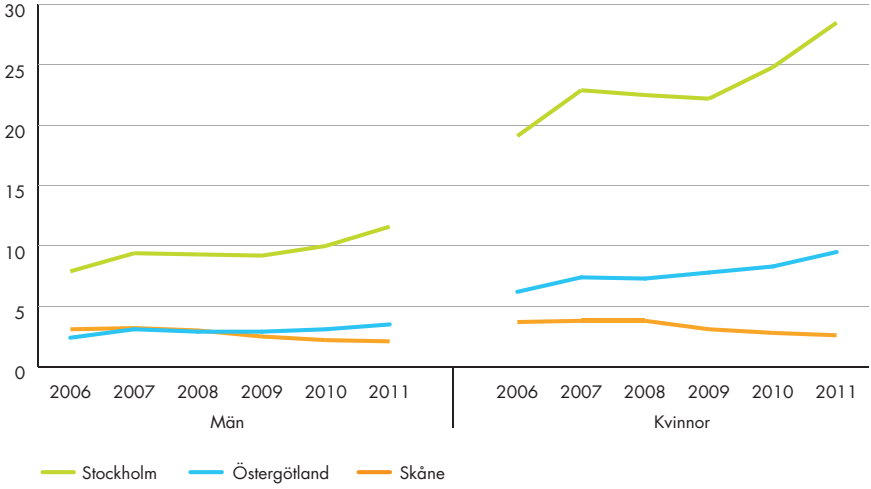
[15] Indexet är baserat på nio olika diagnosgrupper uppdelat efter ålder och kön och syftar till att fånga upp förekomsten av särskilt vårdkrävande sjukdomar. Diagnoserna består av elakartad tumörsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom, höftfraktur, schizofreni och övriga psykoser. Indexet omfattar ca 5 procent av befolkningen med ca 40 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna (SOU 2003:88).

Som framgår av figurerna 5.7 och 5.8 är andelen ”lätta” diagnoser i förhållande till ”svåra” diagnoser högre i Stockholm sedan flera år, medan Östergötland och Skåne ligger på en lägre nivå. I Stockholm är trenden tydlig att antalet individer med lätta diagnoser ökar mer än de med svårare diagnoser. Ett likartat mönster kan även spåras i Östergötland. Men i Skåne är förhållandet mellan diagnosgrupperna det omvända, och det sker en liten ökning av svåra diagnoser i förhållande till lätta. Utvecklingen är relativt likartad i de båda åldersgrupperna. I Stockholm är ökningen av antalet lätta diagnoser mer markant för kvinnor än män.

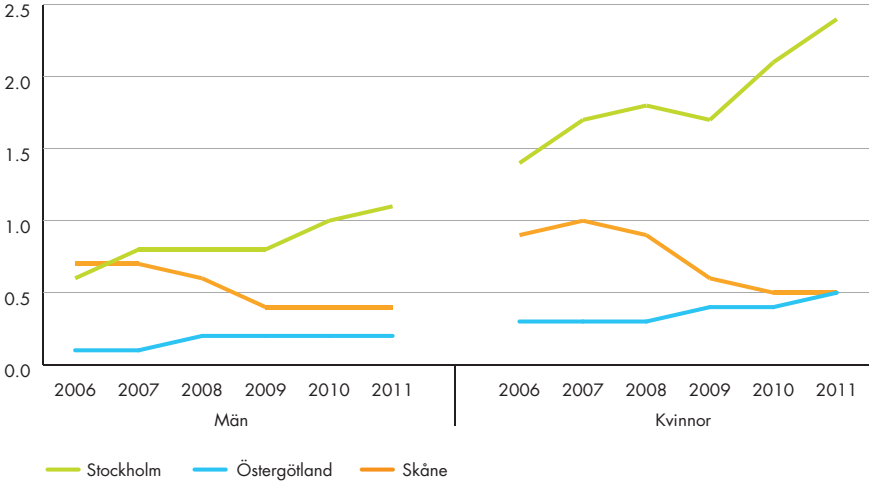
Det är svårt att avgöra om utvecklingen beror på att individer med lätta diagnoser i Stockholm besöker primärvården oftare än tidigare, eller om utvecklingen beror på skillnader i besöks- och diagnosregistrering mellan de ”lätta” och ”svåra” diagnosgrupperna. Om man antar att diagnosregistreringen utvecklats likartat för alla grupper tyder detta på att fler individer med lätta diagnoser uppsöker primärvården mer än tidigare i Stockholm och i viss mån även i Östergötland. Då ersättningssystemen är olika i de tre landstingen, kan det även påverka diagnosregistreringen. I Skåne påverkas ersättningen av diagnosregistreringen via ACG-systemet. Det kan eventuellt förklara att andelen svåra diagnoser ökar i Skåne.

Ytterligare information får man av att även studera antalet läkarbesök för grupperna med lätta och svåra diagnoser. Från figur 5.9 och 5.10 kan vi avläsa att utvecklingen av detta förhållande är likartad som den över antalet individer med svåra och lätta diagnoser. Det tyder på att utvecklingen i Stockholm gått mot att relativt sett fler besök i primärvården avser lätta diagnoser. I Östergötland ökar andelen besök med lätta diagnoser något. I Skåne verkar istället andelen besök med svåra diagnoser öka något.

Figur 5.9. Antal läkarbesök på mottagning med ”lätta” diagnoser/antal läkarbesök på mottagning med ”svåra” diagnoser, per kön, 20–64 år.



Figur 5.10. Antal läkarbesök på mottagning med ”lätta” diagnoser/antal läkarbesök på mottagning med ”svåra” diagnoser, per kön, 65+.



RESULTAT

Detta avsnitt presenterar resultaten avseende utvecklingen av tillgänglighet och vårdutnyttjande före och efter vårdvalsreformens införande i de tre landstingen. Resultaten jämförs genomgående hos grupper med varaktiga och/eller vårdtunga sjukdomar med grupper utan ett större förväntat vårdbehov. Utvecklingen för patientgrupper med en på förhand konstaterad diagnos som indikerar ett varaktigt förväntat vårdbehov inom primärvården jämförs därför med bredare befolkningsgrupper.

Vid den registerbaserade jämförelsen av vårdutnyttjandet studerades patienter med diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller demens, eller med minst en diagnos inom en bredare grupp av vårdtunga sjukdomar. I jämförelsen av den patientupplevda tillgängligheten inkluderas personer med diagnoserna astma, benskörhet, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), diabetes typ 2, högt blodtryck, höga blodfetter, psoriasis, depression samt långvarig smärta och värk i gruppen med stora vårdbehov. Därtill inkluderades personer som angett att deras sjukdom föranleder regelbunden kontakt med primärvården.

Analyserna av vårdutnyttjandet mellan olika behovsgrupper baseras på besöksutvecklingen på mottagning hos antingen läkare eller sjuksköterska och i hemmet. Både absoluta besöksantal och den relativa utvecklingen före och efter vårdvalsreformens införande presenteras.

Eftersom reformen introducerades i Stockholm den 1 januari 2008 jämförs perioden efter reformen, 2008–2011, med perioden 2006–2007 före reformen. I Skåne och Östergötland introducerades reformen under 2009 (RS 1 maj 2009 och LiÖ 1 september 2009). Därför jämförs i dessa två landsting istället perioden efter reformen 2010–2011 med perioden 2006–2008 före reformen. I vissa jämförelser studeras även den relativa besöksutvecklingen per år efter det att reformen infördes i respektive landsting.

Sedan reformen infördes har antalet privata mottagningar ökat kraftigt, medan det offentliga utbudet varit relativt oförändrat. Information om besök per individ tar inte hänsyn till förändrad listning vid privata/offentliga enheter, så därför har relationen för antalet besök per individ vid privat och offentlig enhet studerats. Denna jämförelse baseras enbart på Stockholm och Skåne. Ett index där basåret (2006) har angetts till 100, för både den vårdbehövande gruppen och befolkningen, jämförs över tid. Avsikten är att belysa om de vårdbehövande gruppernas val mellan privat och offentlig enhet skiljer sig från befolkningen som helhet. Om indexet är >100 ökar andelen offentligt vård, om indexet är <100 ökar andelen privat vård.

Fördelningen mellan privat och offentlig vård kan även studeras utifrån listningsmönster. Listningen påverkas förmodligen mer av individen själv, medan besöksantalet även kan påverkas av vårdgivaren. Avsikten med detta avsnitt, som endast avser Stockholm, är att studera om vårdbehövande grupper av olika anledningar listar sig mer hos privata eller offentliga mottagningar.

I ett av resultatkapitlen presenteras även fördelningen av öppenvårdskonsumtionen mellan primärvård, öppenvård vid sjukhus samt öppenvård hos privata specialister. De sistnämnda omfattar privatpraktiker anslutna enligt den nationella taxan[16] och dem med egna kontrakt med landstingen. Därefter presenteras utvecklingen för utnyttjandet av slutenvård vid sjukhusen. En skillnad mellan vårdvalsmodellerna är i vilken utsträckning primärvården har som uttalat mål att samordna patientens öppna vårdkonsumtion. I flera landsting ges extra ersättning, alternativt sanktioner, beroende på öppenvårdskonsumtionen utanför primärvården. Oavsett tydliga målsättningar och incitament för att primärvården ska svara för huvuddelen av öppenvården, är det intressant att studera om övervältringseffekter förekommer mellan vårdformerna.

För att komplettera bilden av hur tillgängligheten utvecklats i primärvården studeras förutom vårdutnyttjandet, även hur patienterna upplever att tillgängligheten förändrats efter vårdvalsreformen. Undersökningen genomfördes via en enkät i de tre landstingen. Enkäten riktades till en grupp med ett förväntat större vårdbehov och till en grupp som kan beskrivas som övrig befolkning. Frågorna berörde främst synen på tillgänglighetens utveckling men även andra kvalitetsaspekter togs upp. Därtill ställdes frågor kring förekomsten av en fast vårdkontakt, synen på valfrihet och vilka faktorer som har störst betydelse

[16] Med privatpraktiker avses i detta fall läkare som verkar med ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ("nationella taxan").

vid val av vårdgivare. Resultaten presenteras både totalt för de olika grupperna samt uppdelat per landsting. Via regressionsanalys studeras även om variationer i individuella karakteristika – utöver förekomsten av en vårdbehövande sjukdomsdiagnos – som ålder, kön och utbildningsnivå kan förklara skillnader i patientnöjdhet.

6

Vårdutnyttjande för patienter med diabetes, astma, KOL och demens i relation till befolkningen

Detta kapitel beskriver vårdutnyttjandet för olika patientgrupper och hur det har förändrats jämfört med befolkningen som helhet sedan vårdvalsreformen. Resultaten omfattar patienter med diabetes, astma, KOL och demens.

6.1 METOD VID JÄMFÖRELSEN

Utvecklingen av vårdutnyttjandet för särskilt vårdbehövande patientgrupper i relation till befolkningen jämfördes före och efter vårdvalsreformen genom studier av utvalda kontakttyper inom primärvården. Jämförelserna gäller utvecklingen av antalet besök på mottagning respektive i hemmet för både läkare och sjuksköterskor[17] (här ingår även olika former av specialistsjuksköterskor). Vi har valt att bortse från telefonkontakter till följd av att det föreligger stor osäkerhet kring inrapporteringen. Vi har därför enbart studerat utvecklingen av besök, som utgör den primära vårdkontakten och är mest central ur ett tillgänglighetsperspektiv.

Jämförelserna avser fyra förmodade vårdbehövande patientgrupper. Utvecklingen hos dem jämfördes med den hos befolkningen i allmänhet. De förväntat vårdbehövande grupperna utgörs av:

[17] I Skåne är kommunen, vid sidan av läkarinsatserna, ansvarig för den vård som ges i hemmet.

- patienter med diabetes (ICD-10: E10–E14) i åldern 45–84 år,
- patienter med astma (ICD-10: J45) i åldern 5–84 år,
- KOL-patienter (ICD-10: J44) i åldern 65–84 år samt
- patienter med demens (ICD-10: F00–F03, G30) i åldern 65–84 år.

De patienter som under 2004–2005 någon gång registrerats med huvud- eller bidiagnos för något av sjukdomstillstånden ovan kom att ingå i respektive kohortgrupp. Registreringen omfattade både primär- och specialiserad vård, såväl offentlig som privat. Utflyttade och avlidna före år 2011 exkluderades från de studerade kohortgrupperna. Åldersgrupperna valdes utifrån de specifika diagnosernas förekomst i befolkningen och därmed även förmodad vårdkonsumtion. Den övriga befolkningen identifierades årsvis och avser samma åldersindelning som den som gäller för respektive vårdbehövande kohortgrupp. Befolkningen består vidare av dem som bodde i landstinget/regionen mellan 2006 och 2011. Vi har sedan följt vårdkonsumtionen per individ i respektive kohort- och befolkningsgrupp mellan 2006 till 2011.

De olika patientgruppernas vårdkonsumtion jämfördes därefter även mellan de tre studerade landstingen. För att nå största möjliga jämförbarhet, över såväl tid som mellan de olika regionerna, så ålders- och könsstandardiserades alla resultat mot en gemensam standardpopulation – den åldersfördelning som gällde i Stockholms läns landsting 2006.

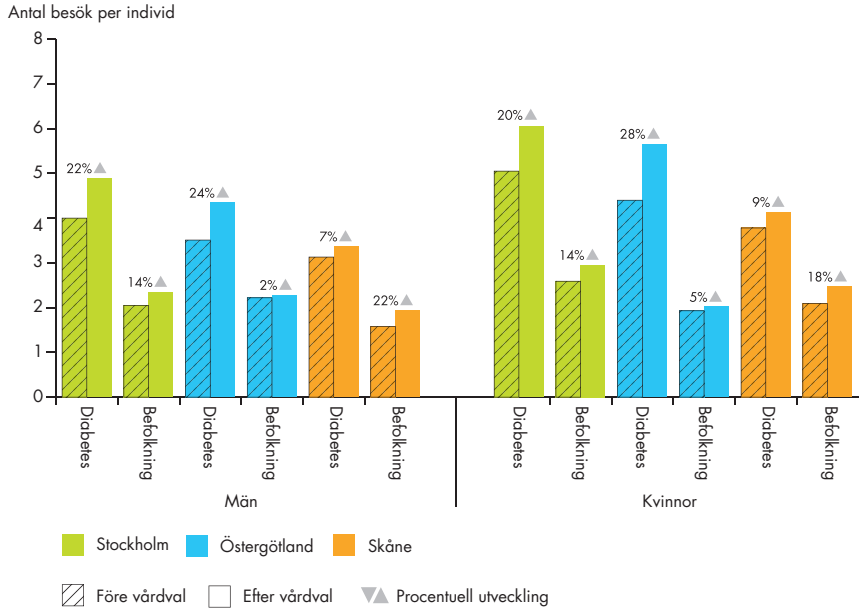
Anledningen till att vi valt att basera analyserna på de patienter som diagnostiserats under perioden 2004–2005, och som fortfarande var folkbokförda i respektive område 2011 (våra kohorter), var för att minska risken för att resultaten påverkats av eventuellt förändrade diagnostiseringsbeteende i landstingen under perioden. Om vi istället hade valt att göra tvärsnittsanalyser med de individer som diagnostiserades varje år är risken större att resultaten påverkats av ett förändrat diagnostiseringsbeteende. Det är exempelvis väldokumenterat att förändrade ersättningssystem har stor betydelse för benägenheten att diagnostisera olika sjukdomar.

6.2 PATIENTER MED DIABETES

Gruppen diabetespatienter omfattar individer i åldern 45–84 år. I figur 6.1 jämförs diabetes-kohorten för respektive kön med befolkningen i sin helhet i åldern 45–84 år (tvärsnitt). Resultaten presenteras som årliga genomsnitt för perioden före införandet av vårdvalsreformen och jämförs med perioden efter reformen. För Skånes och Östergötlands del ingår inte 2009 i jämförelsen eftersom reformen infördes under året i dessa län.

För att ge en sammantagen bild av besöksutvecklingen har vårdkontakterna viktats samman till ett index utifrån SKL:s uppskattning av den resursförbrukning som är knuten till de olika typerna av besök hos olika personalkategorier. Ett besök i hemmet ges därför dubbel vikt (2,0) jämfört med besök på mottagning, och ett besök utfört av sjuksköterska viktas till motsvarande 0,4 läkarbesök (se SKL:s verksamhetsstatistik 2012).

Figur 6.1. Viktade besök i primärvård för patienter med diabetes och befolkning 45–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



Vid en viktad jämförelse av vårdutnyttjandet är ökningen för diabetiker i Stockholm och Östergötland större än bland befolkningen i motsvarande åldersgrupp. I Skåne gäller det omvända. Sammantaget ökar dock vårdutnyttjandet, uttryckt som resursviktade besök, inom alla grupper efter vårdvalets införande.

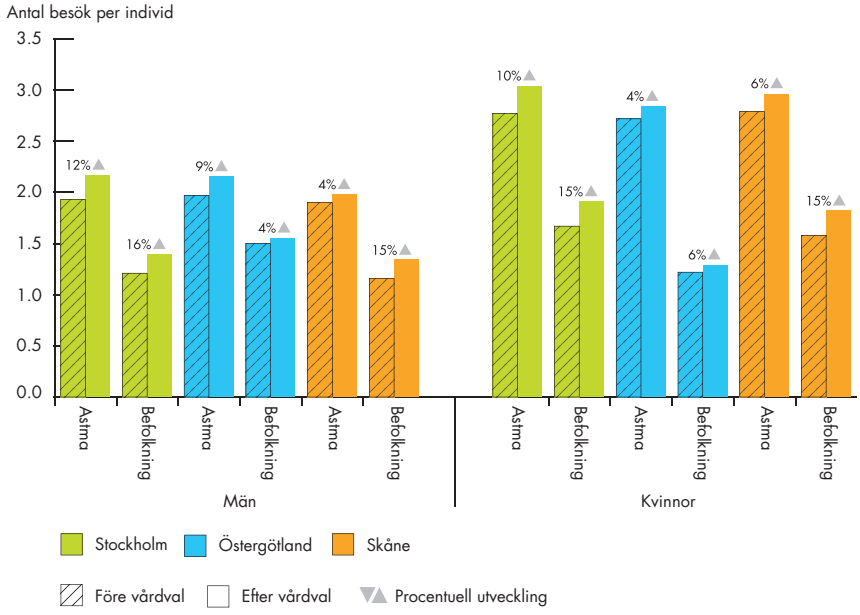
I nästan samtliga jämförelser av besöksutvecklingen hos de olika kontakttyperna har diabetes-kohorten ett högre vårdutnyttjande än övrig befolkning under perioden. (I appendix återges även resultaten för läkare på mottagning och hem respektive sjuksköterskor på mottagning.) Antalet läkarbesök på mottagning är högre i Stockholm än i Östergötland och Skåne, medan det omvända gäller för sjuksköterskebesök. Införandet av vårdval visar på en viss ökning av läkarbesök i Stockholm och en kraftig ökning av sjuksköterskebesök i Östergötland. I Skåne ökar både antalet läkar- och sjuksköterskebesök.

I Stockholm och Östergötland ökar läkarbesöken i hemmet mer markant för diabetikerna än bland befolkningen. I Skåne ökar antalet läkarbesök i hemmet i hög grad hos båda grupperna. Noterbart är även att läkarbesöken på mottagning i samtliga fall ökar mer hos befolkningen som helhet än bland dem med diabetes.

6.3 PATIENTER MED ASTMA

Gruppen astmatiker omfattar individer i åldern 5–84 år. I figur 6.2 jämförs astma-kohorten för respektive kön med övrig befolkning i åldern 5–84 år (tvärsnitt). Figuren visar utvecklingen för antalet viktade vårdkontakter, dvs. när besöken viktats samman till ett index utifrån den genomsnittliga resursförbrukningen som är knuten till olika former av besök (SKL 2012). De enskilda resultaten för besöksutvecklingen avseende läkare på mottagning och i hemmet respektive sjuksköterskor på mottagning återges i appendix.

Figur 6.2. Viktat antal besök i primärvård för patienter med astma och befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



Vid en jämförelse av det viktade vårdutnyttjandet är ökningen för astmatikerna i Östergötland relativt likartad med den bland befolkningen i motsvarande åldersgrupp. Däremot ökar att vårdutnyttjandet något mer hos befolkningen

i övriga landsting, främst i Skåne. Sammantaget ökar de resursviktade besöken inom alla grupper efter vårdvalets införande.

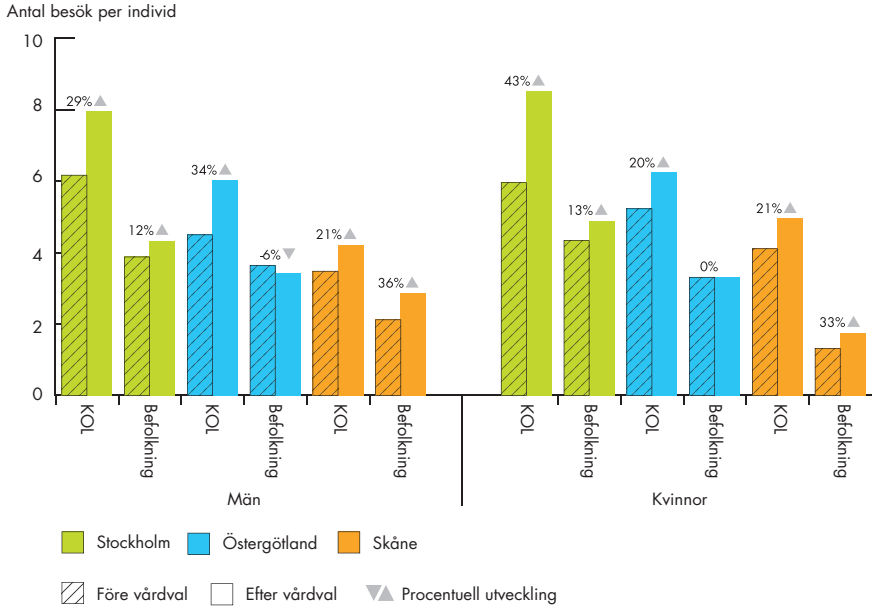
Ser vi till resultaten för de enskilda besökstyperna har i nästan samtliga fall astma-kohorten ett högre vårdutnyttjande än övrig befolkning under tidsperioden. Gruppen har i Stockholm utfört fler läkarbesök på mottagning än i Östergötland och Skåne, medan det omvända gäller för sjuksköterskebesök. Skillnaderna i konsumtionsmönster bland landstingen är dock mindre för astmapatienter än för diabetespatienter.

Införandet av vårdval visar på en viss ökning av antalet läkarbesök i Stockholm och Skåne och en kraftig ökning av sjuksköterskebesök i Östergötland. I Skåne ökar sjuksköterskebesöken för båda grupperna, medan läkarbesöken främst ökar bland befolkningen som helhet. I Stockholm och Östergötland ökar läkarbesöken i hemmet mer för astmatikerna än för befolkningen. Antalet läkarbesök i hemmet ökar markant hos båda grupperna i Skåne. I samtliga fall ökar antalet läkarbesök på mottagning mer hos befolkningen än hos dem med astma.

6.4 PATIENTER MED KOL

Gruppen KOL-patienter omfattar individer i åldern 65–84år. I figur 6.3 jämförs KOL-kohorten för respektive kön med övrig befolkning i åldern 65–84 år (tvärsnitt). Utvecklingen visas för antalet viktade vårdkontakter, dvs. när besöken viktats samman till ett index utifrån den genomsnittliga resursförbrukningen som är knuten till olika former av besök (SKL 2012). De enskilda resultaten för besöksutvecklingen avseende läkare på mottagning och i hemmet respektive sjuksköterskor på mottagning återges i appendix.

Figur 6.3. Viktat antal besök i primärvård för patienter med KOL och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



I Stockholm och Östergötland ökar det sammantagna vårdutnyttjandet mer bland KOL-patienterna än i befolkningen som helhet. I Skåne ökar vårdutnyttjandet för båda grupperna, men mer hos befolkning som helhet. Noterbart är att vårdutnyttjandet efter reformen ökar relativt kraftigt bland samtliga äldre i Skåne, medan utnyttjandet är relativt oförändrat i Östergötland.

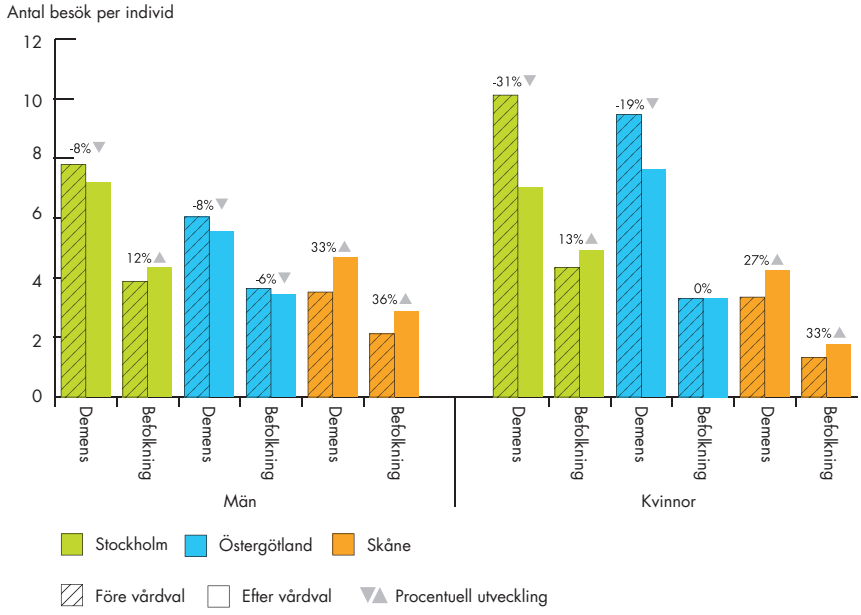
Ser vi till resultaten för de enskilda besökstyperna så har KOL-kohorten under perioden ett högre vårdutnyttjande än övrig befolkning. Fler läkarbesök görs i Stockholm än Östergötland och Skåne, medan det omvända gäller för antalet sjuksköterskebesök. Införandet av vårdvalet visar på en uppgång av läkarbesök i Skåne och Stockholm, medan de minskar för KOL-patienterna i Östergötland. I Skåne är ökningen större bland befolkningen som helhet. I Stockholm minskar antalet sjuksköterskebesök, medan antalet ökar kraftigt i Östergötland, och även i Skåne. I Stockholm och Östergötland ökar också läkarbesöken i hemmet mer för KOL-patienterna än för befolkningen som helhet. I Skåne ökar antalet läkarbesök i hemmet kraftigt hos båda grupperna.

6.5 PATIENTER MED DEMENS

Gruppen demenspatienter omfattar individer i åldern 65–84 år. I figur 6.4 jämförs demens-kohorten för respektive kön med övrig befolkning i ål-

dern 65–84 år (tvärsnitt). Figurerna visar resultaten för antalet viktade vårdkontakter. De enskilda resultaten för besöksutvecklingen avseende läkare på mottagning och i hemmet respektive sjuksköterskor på mottagning återges i appendix.

Figur 6.4. Viktat antal besök i primärvård för patienter med demens och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



För demens-kohorten är mönstret annorlunda än för de tre föregående förväntat vårdbehövande sjukdomsgrupperna. Demens-kohorten uppvisar en nedåtgående trend i både Stockholm och Östergötland, medan antalet viktade besök ökar hos befolkningen som helhet. I Skåne sker istället en relativt kraftig konsumtionsökning bland båda grupperna. En förklaring till utvecklingen i Stockholm och Östergötland är ålderseffekten, som sannolikt leder till att patienter med demens vårdas på äldreboende. Skillnaderna med Skåne kan eventuellt förklaras av hur vården för patienter med demens är organiserad mellan kommuner och landsting. De viktade vårdkontakterna ökar i samtliga fall mer (eller minskar i lägre utsträckning) hos befolkningen som helhet än hos patienter med demens.

7

Vårdutnyttjande för vårdtung grupp i relation till befolkningen

Jämförelserna i det här kapitlet baseras på samma typer av vårdkontakter som i tidigare kapitel, men vi studerar en bredare grupp av vårdbehövande diagnoser istället för att titta på enskilda sjukdomsbaserade diagnosgrupper.

7.1 METOD VID JÄMFÖRELSEN

Vi använder det statliga indexet över vårdtunga grupper som utgör en modul i kostnadsutjämningssystemet mellan landsting. Indexet är baserat på nio olika diagnosgrupper uppdelat efter ålder och kön. Det syftar till att fånga upp förekomsten av särskilt vårdkrävande sjukdomar. Diagnoserna består av elakartad tumörsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom, höftfraktur, schizofreni och övriga psykoser. Indexet omfattar ca 5 procent av befolkningen och har funnits stå för ca 40 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna (SOU 2003:88).

Ett problem med denna definition är att den främst är baserad på vårdkostnader i den slutna och öppna specialistvården. För några av diagnosgrupperna utgör primärvårdskonsumtionen en mindre andel av kostnaderna. I förhållande till genomsnittspopulationen har dock den vårdtunga gruppen med stor sannolikhet även ett större behov av primärvårdsinsatser. Det gör det intressant att studera hur den vårdtunga gruppens konsumtion utvecklats under perioden med vårdval. Indexet har dessutom stor betydelse inom svensk hälso- och sjukvård som resursfördelningsmekanism mellan landsting. I detta sammanhang är det också en fördel att indexet inte är direkt kopplat till ersättningsystemen i primärvården, som ACG. Tidigare studier har även funnit att detta index är relevant att använda för att förklara

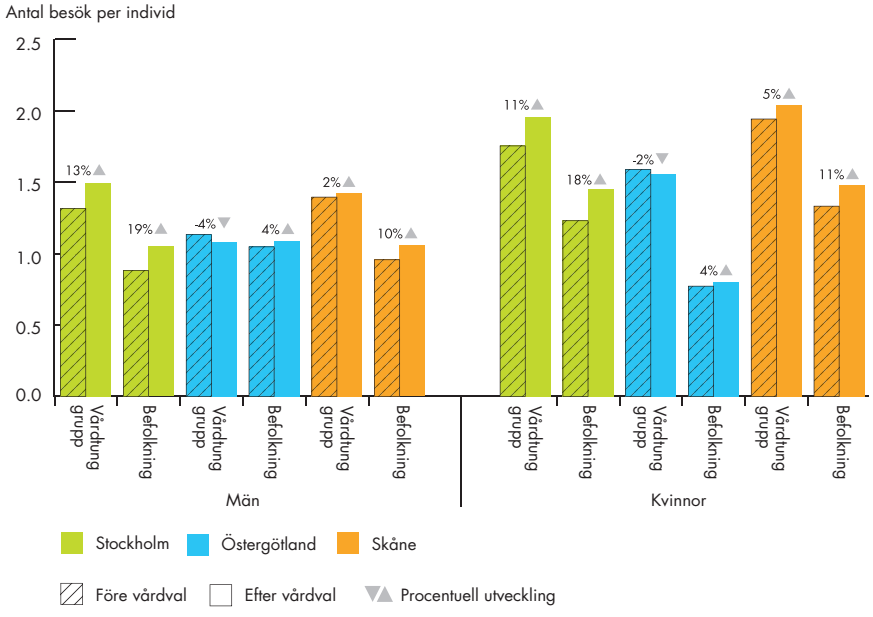
skillnader i behov av primärvård (Rehnberg m.fl. 2010).

Som tidigare har vi valt ut de individer som diagnostiserats med någon huvud- och/eller bidiagnos inom både primär- och specialistvård under perioden 2004–2005. Vi har sedan följt vårdkonsumtionen per individ i dessa grupper mellan 2006 och 2011. Ur analysen exkluderas de som avlidit eller flyttat från landstinget under perioden. Vårdkonsumtionen avseende läkar- och sjuksköterskebesök för vårdkrävande grupper har sedan jämförts med utvecklingen för den totala befolkningen i landstingen, som identifierades årsvis. Jämförelsen avser därtill samma åldersindelning av övrig befolkning som den som gäller för den vårdkrävande gruppen (5–84 år).

7.2 VÅRDTUNG GRUPP

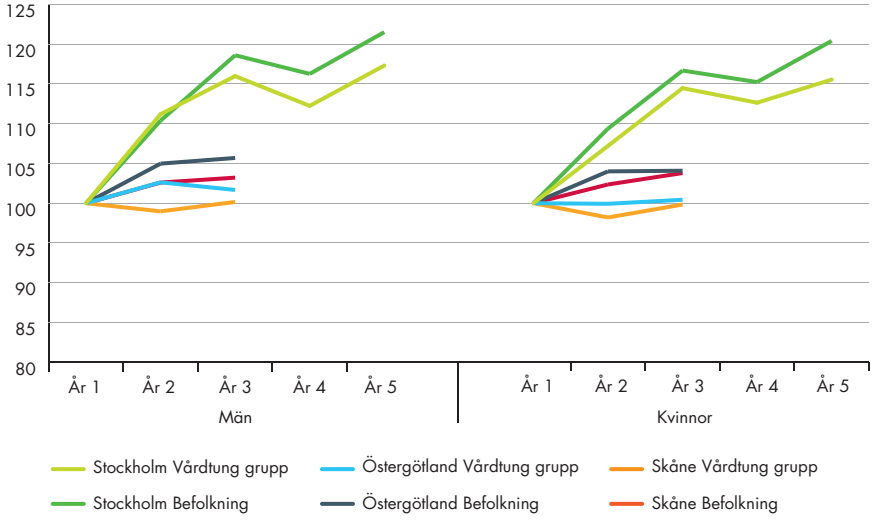
Kohorten som benämns vårdtung grupp och baseras på en definition i skatteutjämningsystemet omfattar alla individer i åldern 5–84 år. I figurerna 7.1 till 7.7 jämförs kohorten för respektive kön med övrig befolkning i åldern 5–84 år (tvärsnitt). Figurerna visar resultaten för läkarbesök på mottagning och i hemmet respektive sjuksköterskor på mottagning. Avslutningsvis viktas även besöken samman till ett index utifrån den genomsnittliga resursförbrukningen som är knuten till olika former av besök (SKL 2012).

Figur 7.1. Läkarbesök på mottagning för patienter med vårdtung diagnos och befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



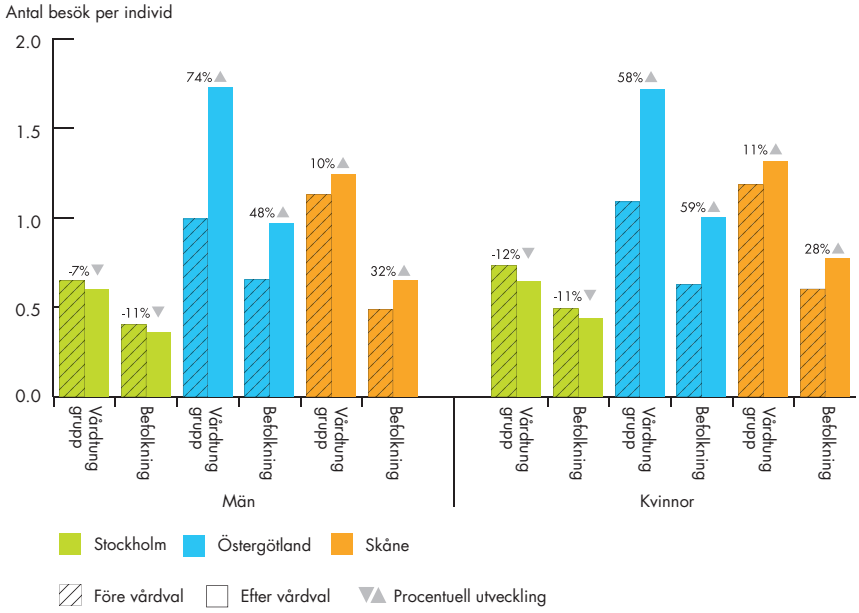
Som framgår av figuren ökar nivån för samtliga grupper utom de vårdtunga i Östergötland, där en mindre nedgång noteras. I relativa termer är den procentuella uppgången större för befolkningen. Nedan redovisas utvecklingen för de inledande åren med vårdvalsreformerna oavsett vilket år reformen infördes. I figur 7.2 har ett utgångsindex (=100) satts för åren före vårdval och sedan följer utvecklingen åren efter reformens införande.

Figur 7.2. Utvecklingen av läkarbesök på mottagning för vårdtung grupp och befolkning 5–84 år per kön efter vårdvalets införande.



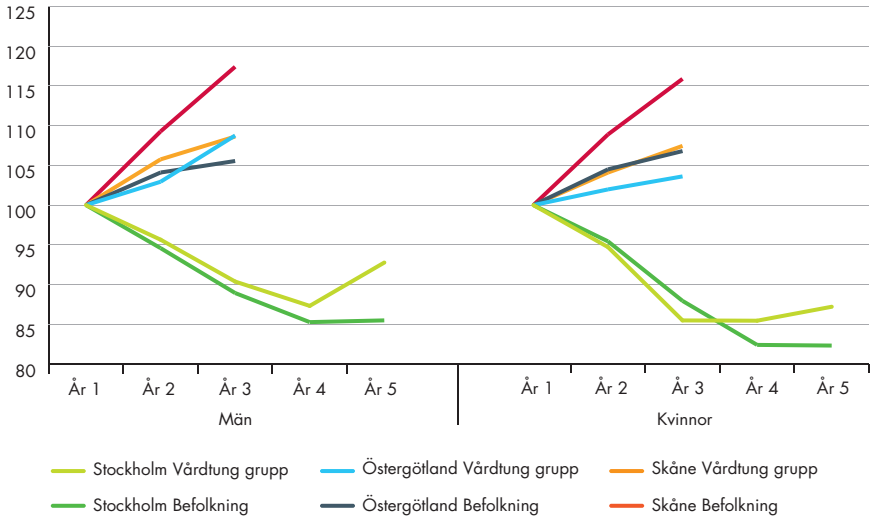
Den största ökningen noteras för befolkning och vårdtung grupp i Stockholm. I Skåne ökar läkarbesöken mer i befolkningen än i den vårdtunga gruppen, mot att det omvända gäller i Östergötland. I figur 7.3 presenteras utvecklingen av sjuksköterskebesök vid mottagning.

Figur 7.3. Sjuksköterskebesök på mottagningen för patienter med vårdtung diagnos och befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



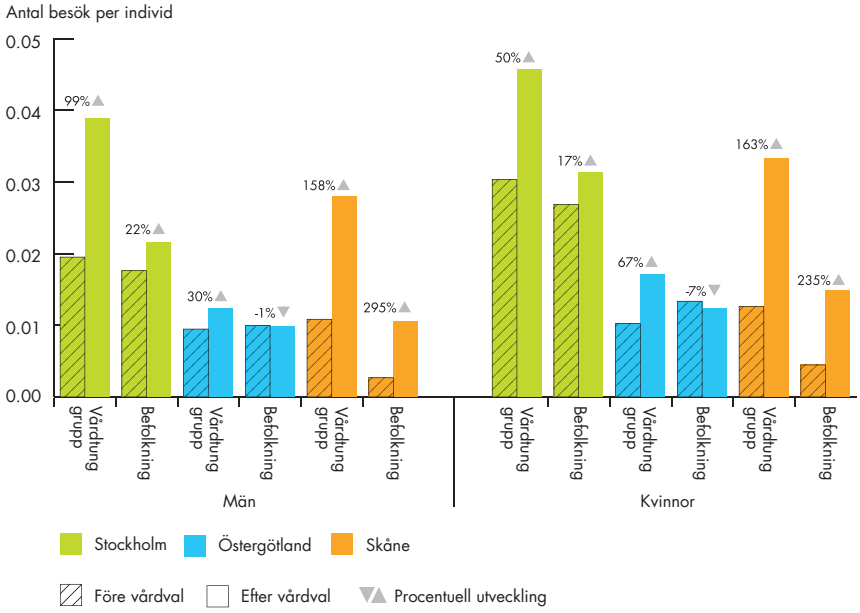
I Östergötland och Skåne ökar sjuksköterskebesöken för såväl den vårdtunga gruppen som befolkningen, medan en minskning sker i Stockholm för båda grupperna. I figur 7.4 redovisas utvecklingen för de inledande åren med vårdvalsreformen.

Figur 7.4. Utvecklingen av sjuksköterskebesök för vårdtung grupp och befolkning, båda 5–84 år per kön efter vårdvalets införande.



I Stockholm minskar tydligt sjuksköterskebesöken på mottagning såväl bland befolkningen som i den vårdtunga gruppen, dock något mindre för den vårdtunga gruppen. I Skåne och Östergötland sker istället en ökning. Denna ökning är i Skåne störst bland befolkningen mot att utvecklingen är mer jämn mellan grupperna i Östergötland. I figur 7.5 redovisas utvecklingen för läkarbesök i hemmet för båda grupperna.

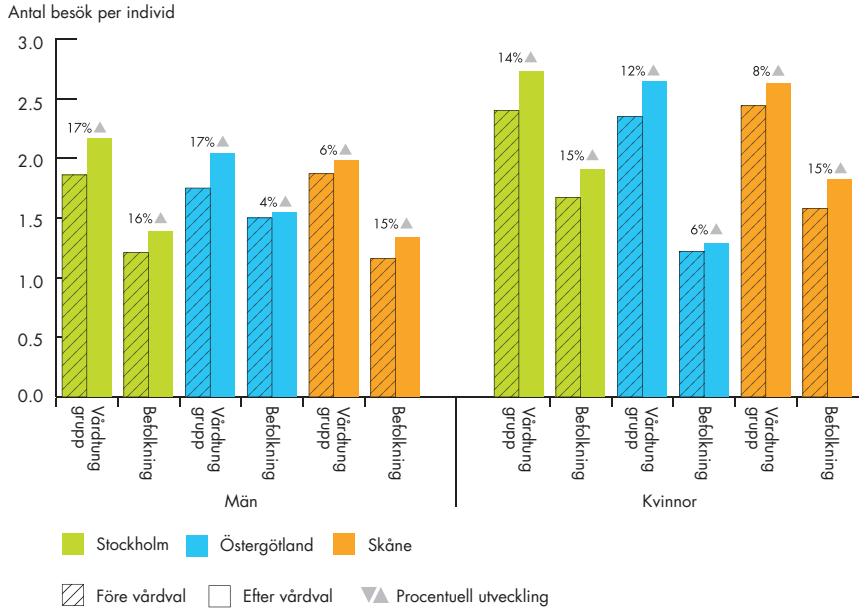
Figur 7.5. Läkarbesök i hemmet för patienter med vårdtung diagnos och befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



Som framgår av figuren har hembesöken ökat kraftigt för den vårdtunga gruppen i samtliga landsting, framförallt i Skåne och Stockholm. Ökningen i Stockholm och Östergötland är betydligt större än för befolkningen i övrigt.

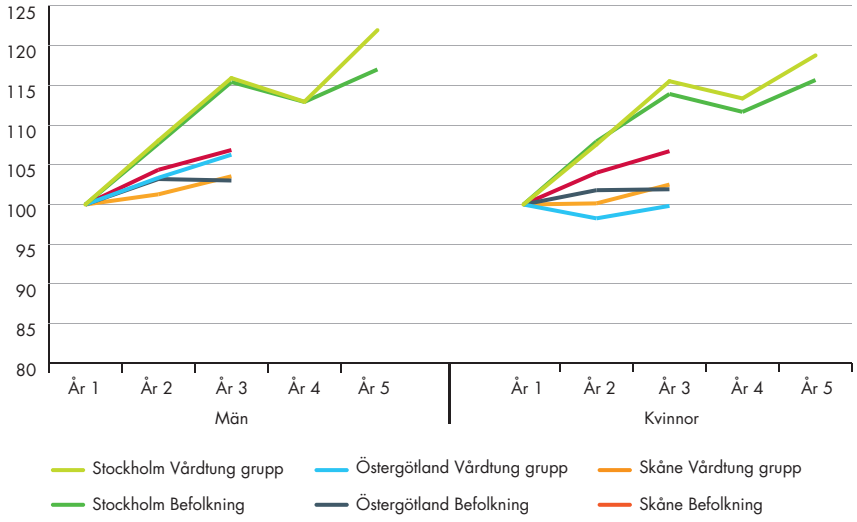
Vid en samlad jämförelse av besöksutvecklingen framgår att för den bredare gruppen av vårdtunga diagnoser är vårdutnyttjandet hos läkare relativt jämnt fördelat bland landstingen. Däremot är sjuksköterskebesöken väsentligt fler i både Östergötland och Skåne. Införandet av vårdval visar en viss uppgång av läkarbesök i Stockholm, och en ökning av sjuksköterskebesök i Östergötland och Skåne. I Stockholm och Östergötland ökar därtill läkarbesöken i hemmet mer markant för patienterna med en vårdtung diagnos än bland befolkningen som helhet. Samtidigt ökar dessa avsevärt hos båda grupperna i Skåne. Noterbart är även att läkarbesöken på mottagning i samtliga fall ökar mer hos befolkningen som helhet än bland dem med vårdtunga diagnoser. I figur 7.6 redovisas resultaten för de sammanvägda besöken inom primärvården för båda grupperna.

Figur 7.6. Viktat antal besök i primärvård för patienter med vårdtung diagnos och befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



Som framgår av figuren ökar de viktade besöken för de vårdtunga mest i Stockholm och Östergötland. I Östergötland är denna ökning större för de vårdtunga än befolkningen, medan i Stockholm är utvecklingen för båda grupperna relativt lika. I Skåne är den viktade besöksökningen störst bland befolkningen i stort i jämförelse med vårdbehövande. I figur 7.7 presenteras resultaten för utvecklingen av viktade besök under de första åren med vårdvalsreformen.

Figur 7.7. Utvecklingen av viktade vårdkontakter för vårdtung grupp och befolkning, båda 5–84 år per kön efter vårdvalets införande.



Vid en sammantagen jämförelse är utvecklingen mellan de båda grupperna likartad i Stockholm. I Skåne ökar de viktade vårdkontakterna i större utsträckning bland befolkningen i sin helhet, medan det omvända gäller i Östergötland. Sammantaget ökar de resursviktade besöken inom alla grupper efter vårdvalets införande.

8

Jämförelse av konsumtion och listning vid privata och offentliga mottagningar

Fördelningen mellan privata och offentliga vårdgivare har ändrats i främst storstadsregionerna efter införandet av vårdval. Den fria etableringsrätten ger vårdgivarna möjlighet att själva avgöra var etableringen äger rum. Hur detta påverkar konsumtion och listning för vårdbehövande grupper respektive befolkning är intressant att studera av flera skäl. I en kartläggning av nyetablering och listning i Stockholm framgick att konkurrensen ökat och att nyetableringarna varit relativt spridda geografiskt (Rehnberg & Sveréus 2012). I studien framgick även att listningen utanför det egna bostadsområdet ökat samt vissa skillnader i listningsmönstret mellan olika grupper. Tidigare studier visar även att privata vårdgivare reagerar snabbare på ekonomiska incitament. Mot bakgrund av skillnader i ersättningsprinciper och ett relativt stort utbud av privata vårdgivare är en jämförelse mellan Skåne och Stockholm av intresse. I Skåne utgår ingen ersättning för besök, medan vårdgivare i Stockholm erhåller ersättning per besök oavsett vårdtyngd. I Skåne ges en fast ersättning per listad patient baserad på ålder, socioekonomi (CNI) och vårdtyngd (ACG). I Stockholm baseras motsvarande fasta ersättning endast på ålder. Det är oklart hur dessa skillnader kan tänkas påverka konsumtionen för vårdbehövande och befolkningen i stort. Ett utfall skulle vara att prestationsersättningen i Stockholm leder till att lätta patientgrupper gynnas. Om det är så att den privata sektorn reagerar starkare på incitament skulle skillnader kunna uppstå mellan vårdbehövande och befolkningen i stort i den privata sektorn. Å andra sidan ger ersättningsmodellen i Skåne inga starka incitament att prestera besök för någondera gruppen. Det finns alltså inga tydliga hypoteser att utgå från.

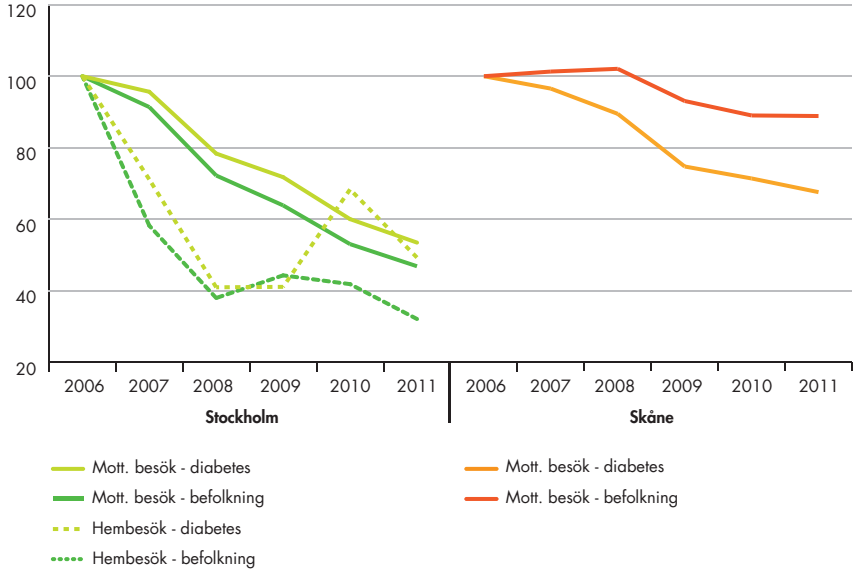
8.1 METOD VID JÄMFÖRELSEN

Under perioden har antalet privata mottagningar ökat kraftigt, medan det offentliga utbudet varit relativt oförändrat. Eftersom data över besök per individ inte tar hänsyn till förändrad listning vid privata/offentliga enheter har relationen för besök per individ vid privat och offentlig enhet studerats. Sammanställningen avser endast läkarbesök på mottagning uppdelat på privat och offentlig vårdgivare för Skåne och Stockholm. För Stockholm presenteras även hembesök av läkare. Ett index där utgångsåret (2006) har angetts till 100 för både vårdbehövande grupper och befolkningen jämförs över tid. Avsikten är att belysa om de vårdbehövande gruppernas val mellan privat och offentlig enhet skiljer sig från befolkningen i stort. Om indexet är >100 ökar andelen offentligt vård, om indexet är <100 ökar andelen privat vård.

8.2 PATIENTER MED DIABETES

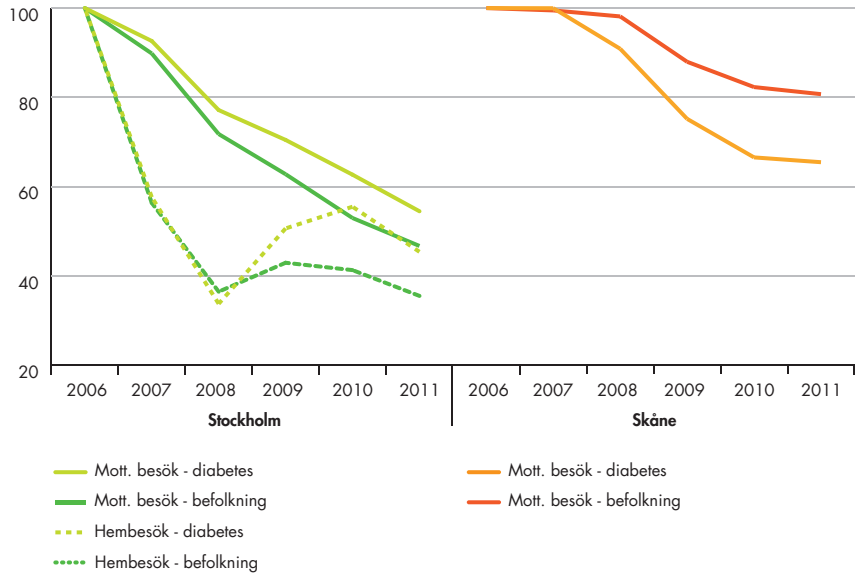
I figur 8.1 presenteras resultatet för män med diabetes i åldern 45–84 år samt för befolkningen i samma åldersintervall. För Stockholm presenteras utvecklingen både för mottagnings- och hembesök, medan resultaten för Skåne endast avser mottagningsbesök.

Figur 8.1. Utveckling av relationen mellan läkarbesök per individ vid privat och offentlig enhet för patienter med diabetes och befolkning, män 45–84 år, Stockholm och Skåne.



Det finns en mindre skillnad där gruppen män med diabetes i Stockholm i något mindre utsträckning än befolkningen i stort utnyttjar privata enheter, främst för hembesök. För mottagningsbesök sammanfaller utvecklingen. I Skåne har dock diabetiker erhållit vård från privata vårdgivare i klart större utsträckning än befolkningen i stort. Denna utveckling påbörjades före vårdvalsreformens införande. Som framgår av figuren är utvecklingen efter 2008 lika för grupperna. Även i Stockholm inleddes utvecklingen mot en ökad andel privat vård för båda grupperna innan vårdvalsreformens införande. I figur 8.2 presenteras motsvarande resultat för kvinnor med diabetes och befolkningen i samma åldersintervall.

Figur 8.2. Utveckling av relationen mellan läkarbesök per individ vid privat och offentlig enhet för patienter med diabetes och befolkning, kvinnor 45–84 år, Stockholm och Skåne.

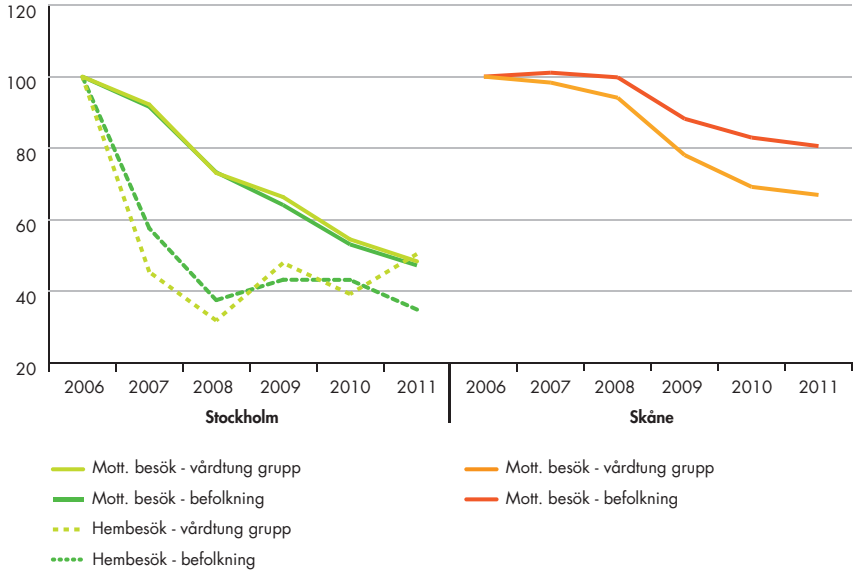


Även för gruppen diabetes, kvinnor 45–84 år, kan vi för Stockholm konstatera att befolkningen i något större utsträckning utnyttjar privata enheter i jämförelse med diabetiker, främst för hembesök. Trenden för båda grupperna är dock lika. I Skåne uppvisar kvinnor med diabetes samma mönster som män dvs. en högre konsumtion än befolkningen i stort vid privata enheter för hela tidsperioden, men en likartad utveckling efter införandet av vårdvalsreformen.

8.3 VÅRDTUNG GRUPP

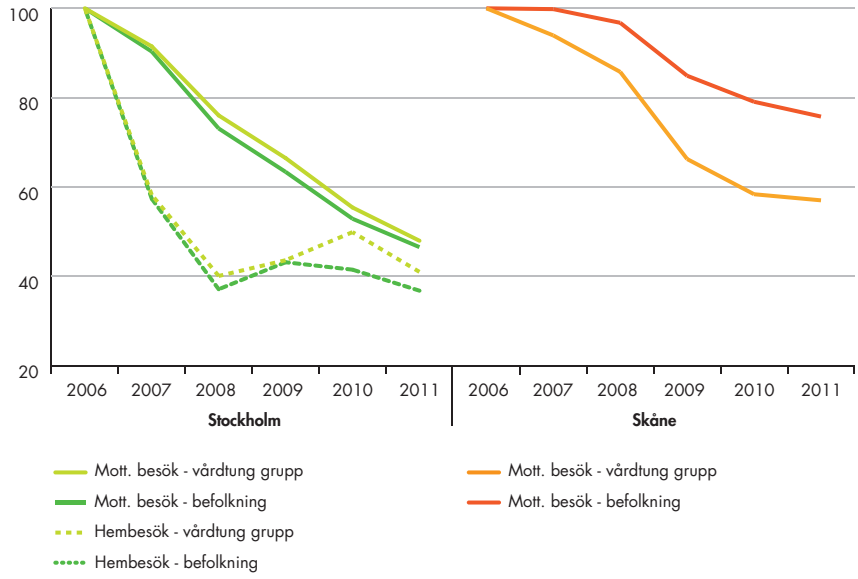
Med vårdtung grupp avses den kohort som baseras på definitionen av diagnoser i skatteutjämningssystemet och omfattar individer i åldern 5–84 år. I figurerna 8.3 och 8.4 jämförs kohorten för respektive kön med totalbefolkningen i åldern 5–84 år (tvärsnitt) i Stockholm och Skåne. Resultaten avser för Stockholm både mottagnings- och hembesök hos läkare, medan endast mottagningsbesök presenteras för Skåne. I figur 8.3 presenteras resultaten för män.

Figur 8.3. Utveckling av relationen mellan läkarbesök per individ vid privat och offentlig enhet för patienter med vårdtung diagnos och befolkning, män 5–84, Stockholm och Skåne.



Som framgår av figuren finns inga skillnader i konsumtion av mottagnings- eller hembesök vid privat och offentlig vård mellan gruppen ”svårt” sjuka (män) mätt enligt diagnoserna i skatteutjämningssystemets vårdtunga grupp och totalbefolkningen i Stockholm. I Skåne kan vi se att den tyngre gruppen har ökat konsumtionen vid privata enheter mer än totalbefolkningen under hela perioden. Efter införandet av vårdvalsreformen är utvecklingen lika för grupperna. Motsvarande resultat för kvinnor presenteras i figur 8.4.

Figur 8.4. Utveckling av relationen mellan läkarbesök per individ vid privat och offentlig enhet för patienter med vårdtung diagnos och befolkning, kvinnor 5–84, Stockholm och Skåne.

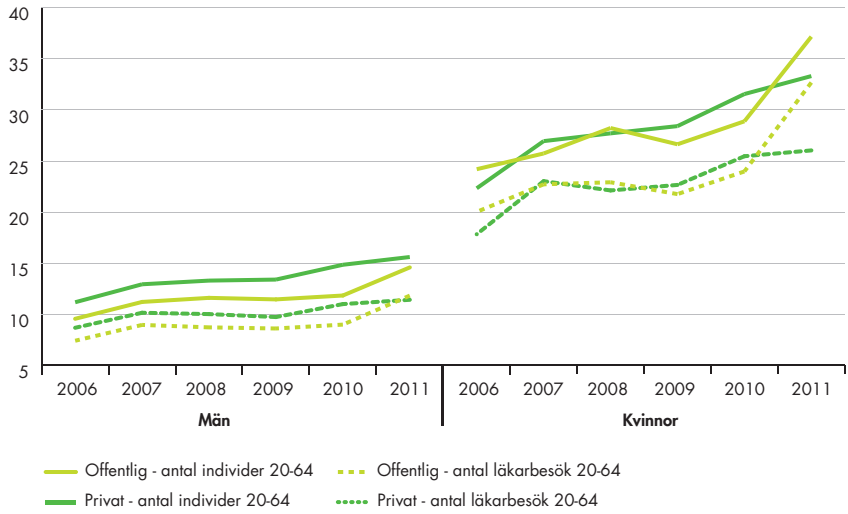


Även för gruppen ”svårt” sjuka (kvinnor), mätt enligt diagnoserna i skatteutjämningssystemets vårdtunga grupp kan vi konstatera att det inte föreligger några större skillnader (viss skillnad för hembesök) i Stockholm. Däremot har denna grupp i Skåne ökat sitt relativa vårdutnyttjande av privata vårdgivare mer än totalbefolkningen.

8.4 ”LÄTTA” OCH ”SVÅRA” DIAGNOSER

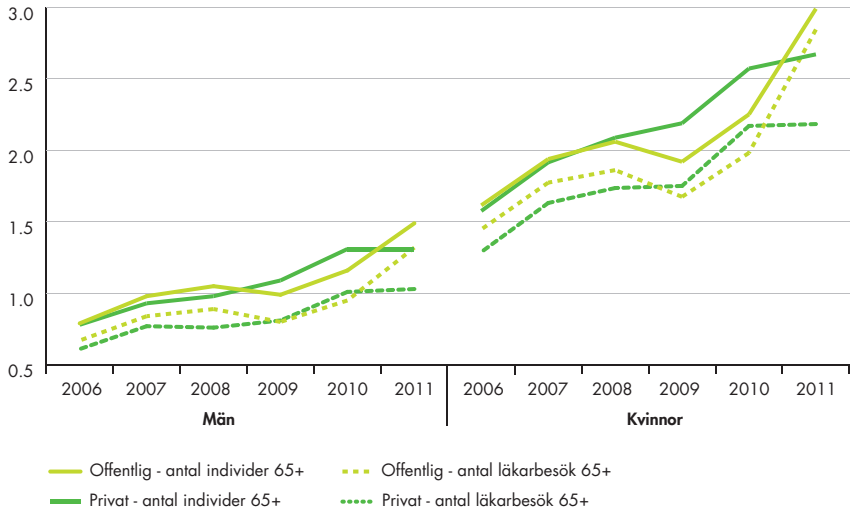
Fördelningen av ”lätta” (förkylningar m.m.) och ”svåra” diagnoser har presenterats i tidigare avsnitt och visat skillnader i utvecklingen mellan landstingen. För Stockholm har även dessa data tagits fram för att jämföra fördelningen mellan privata och offentliga vårdgivare. Relationen mellan ”lätta” diagnoser och ”svåra” diagnoser redovisas som förhållandet mellan dessa för privata respektive offentliga enheter. De mått som används är dels antalet individer som besökt respektive ägarform, dels antalet läkarbesök per ägarform. En ökning visar att andelen ”lätta” diagnoser ökar kraftigare än de ”svåra” diagnoserna för respektive ägarform. I figur 8.5 presenteras resultat för gruppen män och kvinnor 20–64 år.

Figur 8.5. Relationen mellan "lätta" och "svåra" diagnoser vid privat respektive offentlig enhet, män och kvinnor 20–64, Stockholm.



För gruppen män (20–64 år) finns en ökning av de "lätta" diagnoserna, mätt som antalet individer och antalet besök, för både privata och offentliga enheter. Skillnaderna minskar och under 2011 är de förhållandevis små. För kvinnor (20–64 år) finns en likartad ökning av de "lätta" diagnoserna för både privata och offentliga enheter för såväl antalet individer som antalet besök. Mot slutet av perioden uppvisar de offentliga vårdgivarna en högre andel "lätta" besök och individer. Skillnaderna är dock relativt små. I figur 8.6 redovisas resultaten för män och kvinnor över 65 år.

Figur 8.6. Relationen mellan ”lätta” och ”svåra” diagnoser vid privat respektive offentlig enhet, män och kvinnor 65+, Stockholm.



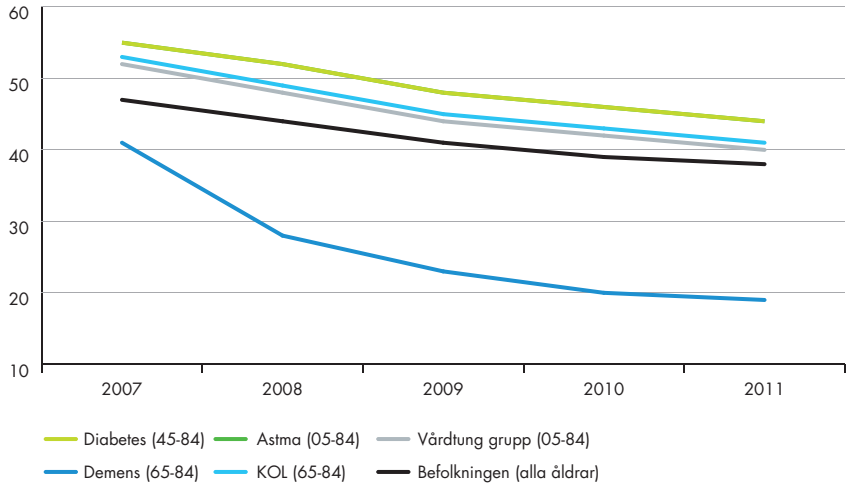
Även för män (+65 år) finns en ökning av de ”lätta” diagnoserna för både privata och offentliga enheter. Skillnaderna minskar dock och under 2011 har de offentliga en något större andel ”lätta” diagnoser för såväl antalet individer som antalet besök. Som framgår av figuren finns inga större skillnader mellan privat och offentlig vård för kvinnor över 65 år. Vi kan notera att under det sista året har de offentliga vårdgivarna ökat andelen individer och besök med ”lätta” diagnoser. Skillnaderna över tid är marginella.

8.5 LISTNING VID PRIVAT OCH OFFENTLIG VÅRD FÖR VÅRDBEHÖVANDE PATIENTER

Fördelningen mellan privat och offentlig vård kan även studeras utifrån listningsmönster. Listningen påverkas förmodligen till större del av individen själv, medan besök även kan påverkas av vårdgivaren. Utvecklingen av listningen kan ses som en renodlad efterfrågevariabel, jämfört med läkarbesök som ibland betraktas som s.k. utbudsstyrd efterfrågan.

Avsikten med detta avsnitt är att studera om vårdbehövande grupper listar sig hos privata eller offentliga mottagningar av olika anledningar. Denna sammanställning baseras endast på data från Stockholm läns landsting. I figur 8.7 visas listningsutvecklingen för de olika vårdbehövande grupperna respektive befolkningen i stort vid offentligt drivna mottagningar.

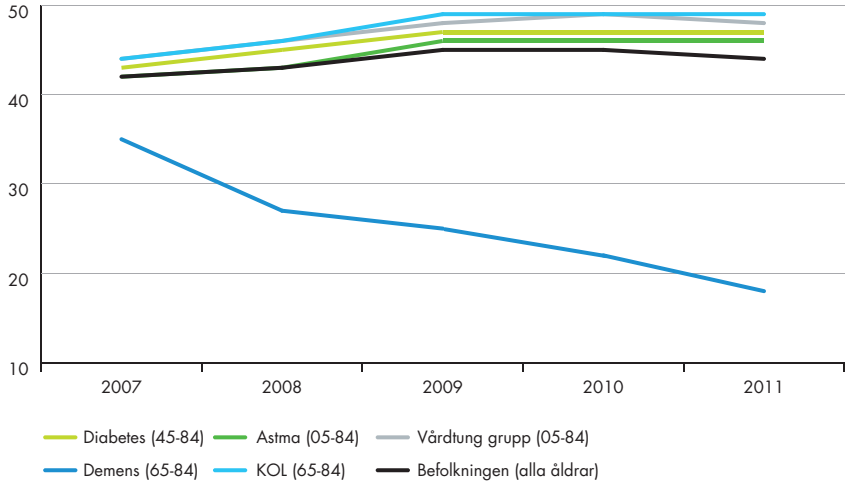
Figur 8.7. Andel av gruppen som är listad vid offentliga mottagningar (olika behovsgrupper).



Som framgår av figuren finns en gemensam trend där listningen vid offentliga enheter minskar. Detta förklaras av att det offentliga utbudet i Stockholm varit oförändrat, och ibland minskat, medan den privata andelen ökat med nya etableringar. Den grupp som avviker är patienter med demens som har en betydligt större minskning av listning vid offentliga enheter. Förklaringen till utvecklingen för demensgruppen har tidigare diskuterats med hänvisning till att gruppen erhåller primärvård via institutioner.

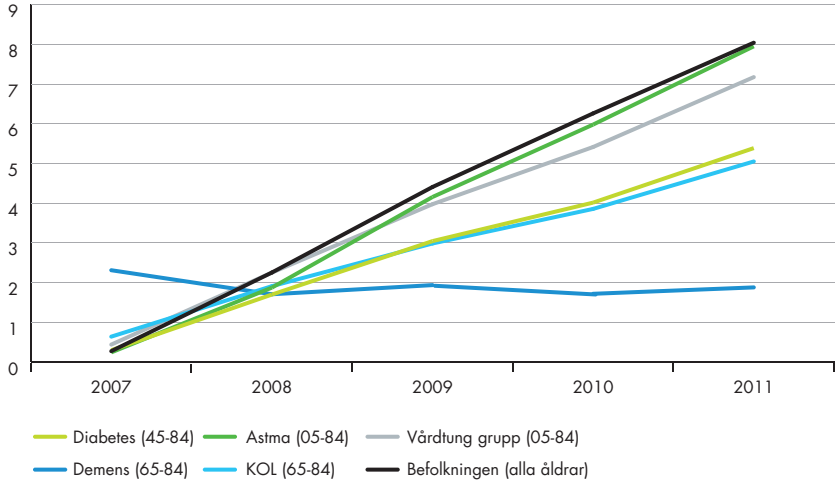
Mot bakgrund av att expansionen av vårdgivare uteslutande ägt rum bland privata vårdgivare har vi delat upp dem i två grupper: de som varit etablerade under hela perioden respektive nyetablerade vårdgivare efter vårdvalsreformens införande. I figur 8.8 presenteras motsvarande siffror för de privata vårdgivare som varit etablerade under hela perioden.

Figur 8.8. Andel av gruppen som är listad vid etablerade privata mottagningar (olika behovsgrupper).



Här noteras en ökning som är gemensam för de vårdtunga grupperna och befolkningen som helhet. Även här avviker demensgruppen med en minskad listning. För övriga vårdbehövande finns samma ökning av listning vid privata vårdgivare som för befolkningen i stort. Figur 8.9 visar utvecklingen för de privata nyetablerade mottagningarna.

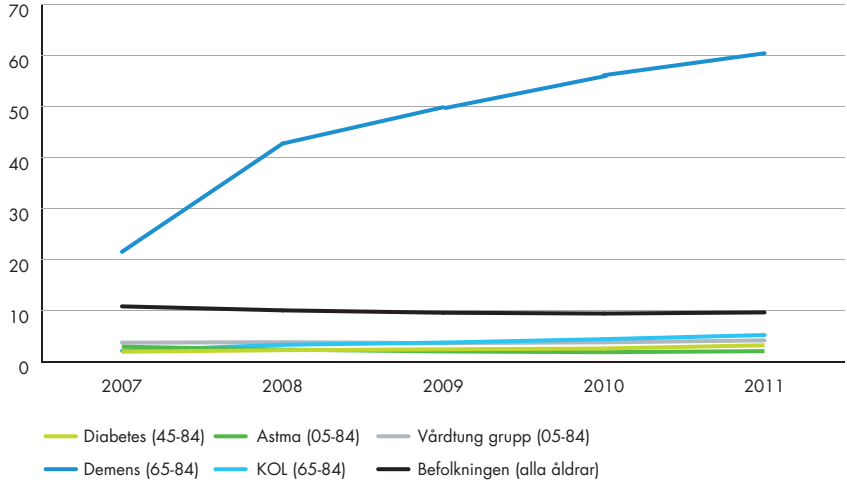
Figur 8.9. Andel av gruppen som är listad vid nyetablerade privata mottagningar (olika behovsgrupper).



Här noteras att befolkningen i stort och astmapatienter, samt i viss utsträckning den vårdtunga gruppen, i högre grad än diabetiker och KOL-patienter ökat sin listning hos nyetablerade privata vårdgivare. Grupperna diabetes och KOL uppvisar ökningar, medan demensgruppen har en konstant låg nivå (dock få observationer). Som framgår av figurens procenttal utgör de privata nyetablerade vårdgivarna en mindre andel av den totala marknaden.

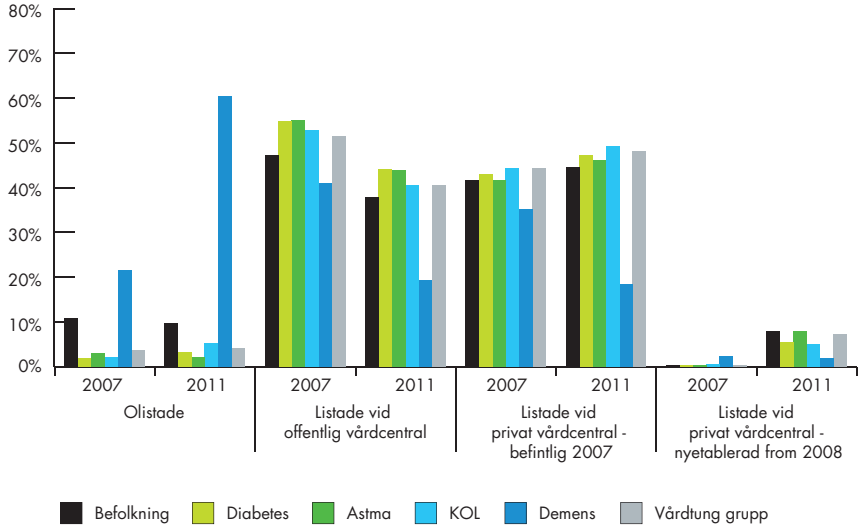
En fråga som inställer sig är vad som händer med gruppen dementa då dessa minskat sin listning vid såväl privata som offentliga mottagningar. En förklaring visas i figur 8.10 där andelen olistade redovisas.

Figur 8.10. Andel olistade patienter per behovsgrupp.



Vi ser en hög och stigande nivå av andel olistade för demensgruppen. Den naturliga förklaringen är att flera av dessa patienter bor på institution och att denna andel ökar över tiden. Förmodligen erhåller dessa patienter sin primärvård vid institutioner utan att vara registrerade vid en mottagning. Generellt är andelen olistade patienter låg för övriga vårdtunga grupper. Befolkningen i stort uppvisar ca 10 procent olistade, vilket är naturligt då denna grupp innefattar många unga och friska individer. I figur 8.11 summeras resultaten för listning för de olika alternativen.

Figur 8.11. Översikt av listning efter ägandeform före och efter införandet av vårdval Stockholm.



Av figuren framgår att demensgruppen avviker starkast med en hög andel olistade, vilket förklaras av institutionsboende enligt ovan. Andelen listade vid offentliga mottagningar var före reformen något större för de vårdtunga patientgrupperna i jämförelse med totalbefolkningen. Denna skillnad kvarstår till en del, men ökningen av listningen vid privata enheter skiljer sig inte mellan vårdtunga patientgrupper och totalbefolkningen. Siffrorna tyder inte på att vårdbehövande patienter undviker privata mottagningar eller att dessa undviker vårdbehövande patienter. Det finns dock en större andel i befolkningen som är listade vid nyetablerade enheter. Detta skulle kunna förklaras av att vårdtunga patienter med varaktig sjukdom är mindre benägna att byta vårdgivare.

En deskriptiv kartläggning av fördelningen och utvecklingen mellan privata och offentliga vårdgivare i primärvården visar generellt på små eller inga skillnader. Under de första åren med vårdvalsreformen har de privata vårdgivarna i Stockholm en något större andel av totalbefolkning och ”lätta” diagnoser, medan de senaste åren visar på små eller inga skillnader. I Skåne visar utvecklingen att de vårdbehövande grupperna i större utsträckning än befolkningen i stort gått över till de privata vårdgivarna. Huvuddelen av denna förändring ägde dock rum före införandet av vårdvalsreformen. Jämförelsen mellan Stockholm och Skåne visar snarare på en liknande utveckling under de år vårdvalsreformen varit i bruk. Generellt

finns emellertid inga tydliga tecken på vare sig en diskriminering från vårdgivarperspektiv (utbud) eller på att individer med större vårdbehov (efterfrågan) väljer vårdgivare efter ägarform.

9

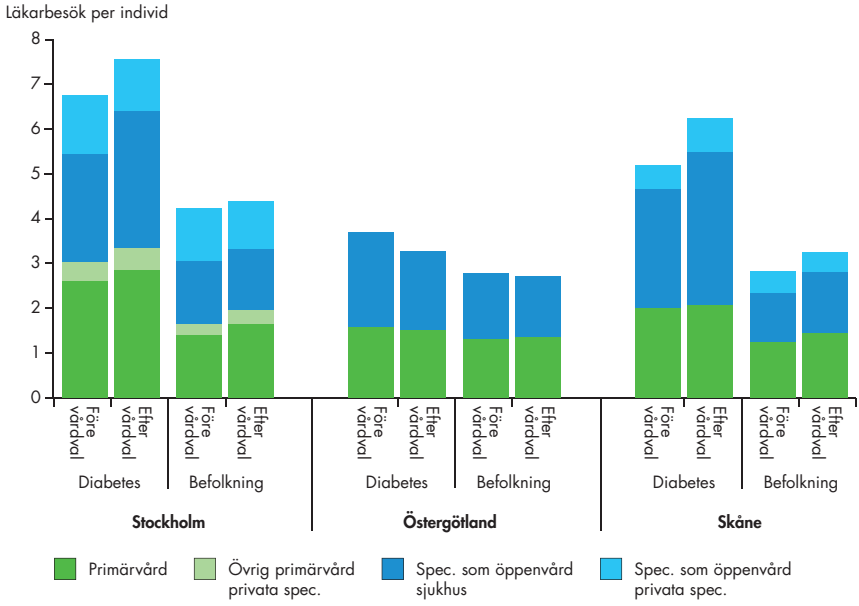
Jämförelse av fördelningen av öppenvårdskonsumtion

En skillnad mellan vårdvalsmodellerna är i vilken utsträckning primärvården har ett uttalat mål att samordna patientens öppna vårdkonsumtion. I flera landsting ges extra ersättning, alternativt sanktioner, beroende på öppenvårdskonsumtionen utanför primärvården. I Stockholm ges sedan 2012 en mindre bonus baserad på hur många besök listade gör på egen mottagning som andel av totala antalet besök. I Östergötland och Skåne får mottagningar avdrag för besök hos annan vårdgivare. Oavsett tydliga målsättningar och incitament att primärvården ska svara för huvuddelen av öppenvården är de s.k. övervältringseffekterna intressanta att studera. I detta kapitel presenteras resultat över fördelningen av öppenvårdskonsumtionen mellan primärvård, öppenvård vid sjukhus och hos privata specialister (Stockholm och Skåne). De sistnämnda omfattar privatpraktiker anslutna till den nationella taxan samt vårdgivare med egna kontrakt med landstingen. I denna grupp ingår även större privata enheter som läkarhus. Avslutningsvis presenteras utvecklingen för utnyttjandet av slutenvård vid sjukhusen.

9.1 PATIENTER MED DIABETES

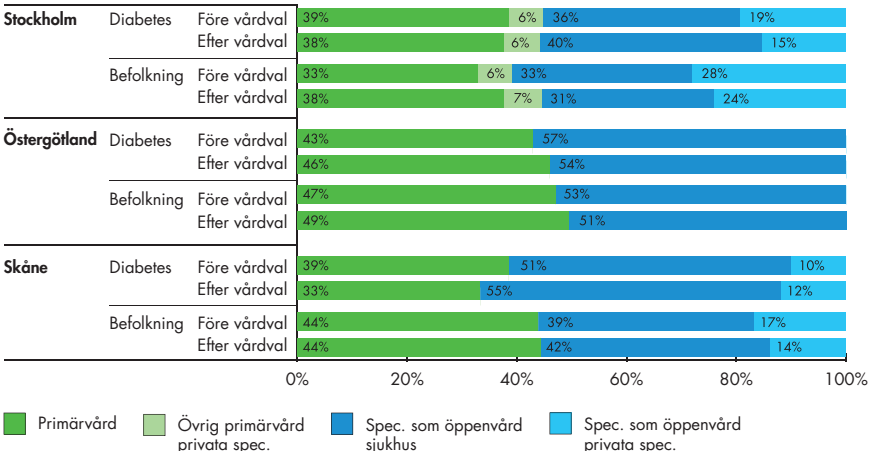
Inledningsvis presenteras utvecklingen för de olika öppenvårdskategorierna för män med diabetes i jämförelse med totalbefolkning (figur 9.1). Jämförelsen avser åldern 45–84 år.

Figur 9.1. Utvecklingen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, patienter med diabetes och befolkning före och efter införandet av vårdval, män 45–84 år.



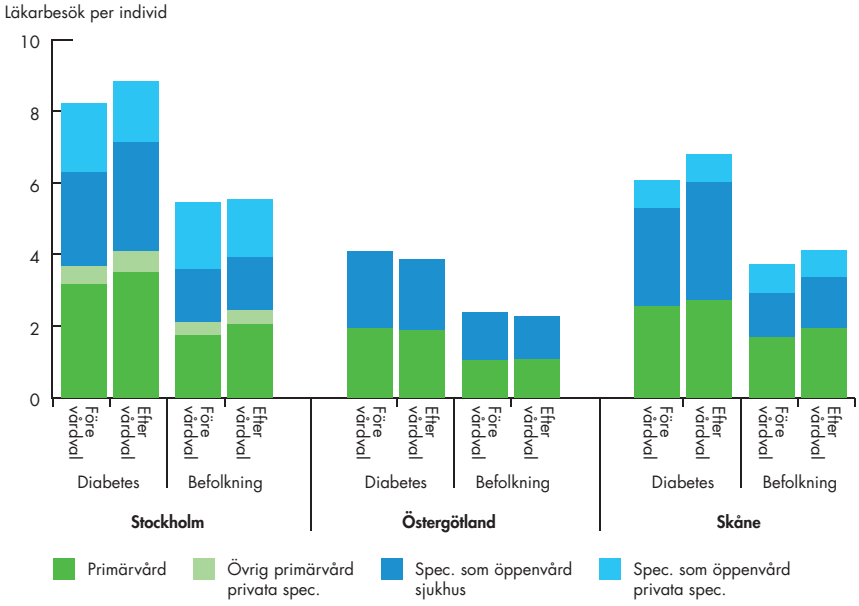
Som framgår av figuren ökar det totala antalet besök för både patienter med diabetes och befolkningen i stort utom i Östergötland. För att ge en bild av fördelningen mellan primärvård och övrig vård visas fördelningen mellan vårdformerna i figur 9.2.

Figur 9.2. Fördelningen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, patienter med diabetes och befolkning före och efter införandet av vårdval, män 45–84 år.

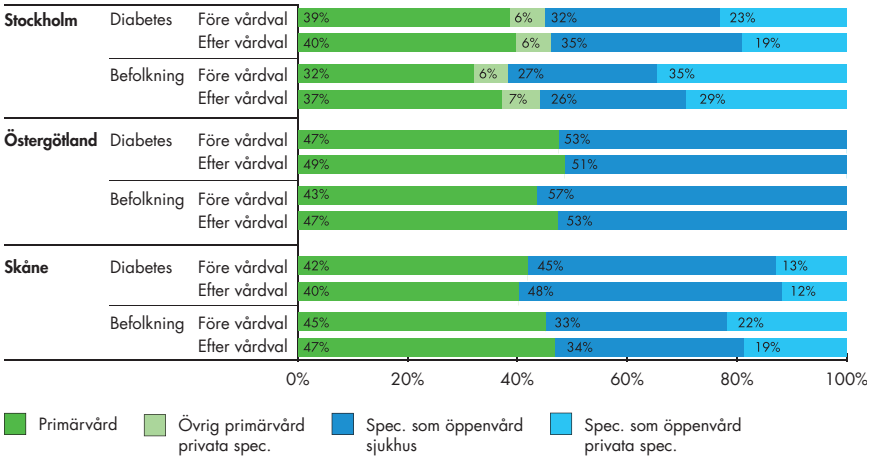


I samtliga län har befolkningen ökat sin andel av primärvård, medan patienter med diabetes i Stockholm och Skåne har en ökad andel öppenvård vid sjukhus. Andelen besök vid privata specialister minskar för alla grupper utom diabetiker i Skåne. I figurerna 9.3 och 9.4 presenteras motsvarande siffror för kvinnor med diabetes.

Figur 9.3. Utvecklingen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, patienter med diabetes och befolkning före och efter införandet av vårdval, kvinnor 45–84 år.



Figur 9.4. Fördelningen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, patienter med diabetes och befolkning före och efter införandet av vårdval, kvinnor 45–84 år.

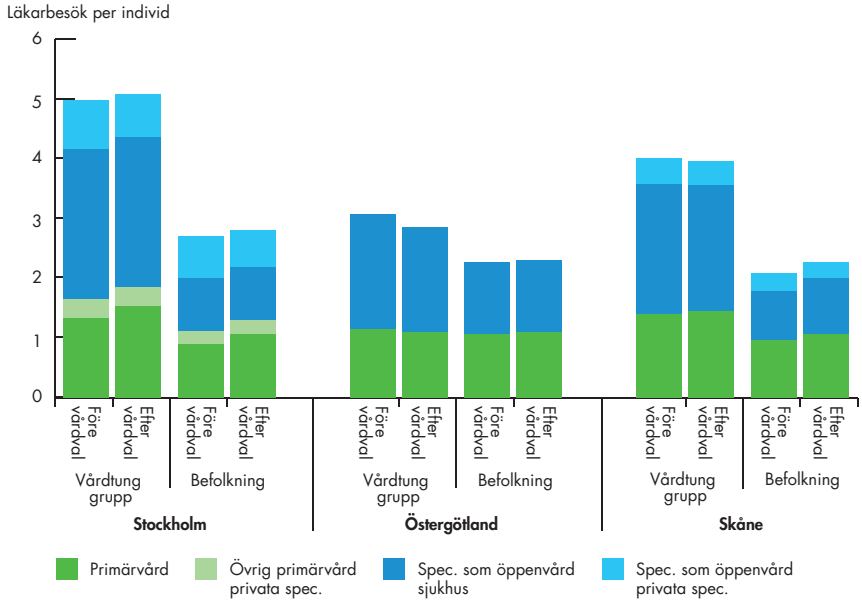


Resultaten för kvinnor med diabetes liknar resultaten för män. I Stockholm och Skåne ökar andelen primärvård mest för befolkningen i stort, medan fördelningen i Östergötland är relativt oförändrad. I Östergötland sker även en viss minskning för båda grupperna i absoluta tal. Även för kvinnor minskar den privata specialistandelen i Skåne och i Stockholm.

9.2 VÅRDTUNG GRUPP

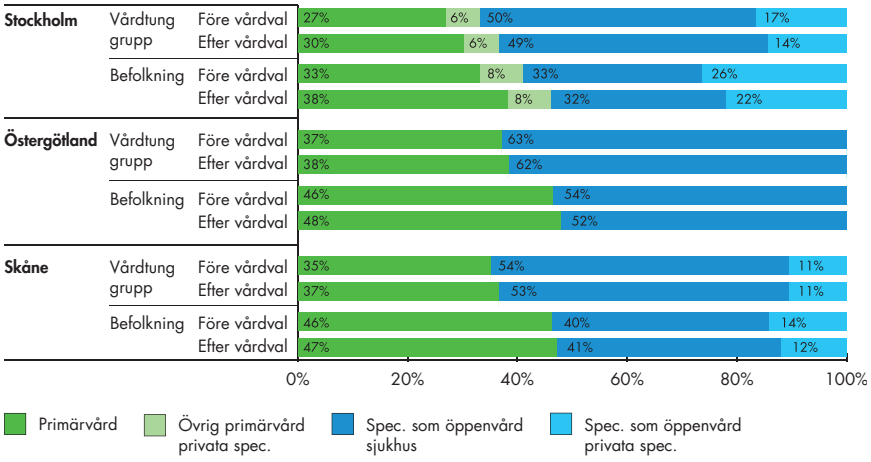
Detta avsnitt presenterar utvecklingen och fördelningen av öppenvårdskonsumtionen för individer med vårdtung diagnos enligt indexet som används i skatteutjämningssystemet. Dessa jämförs i figur 9.5 med befolkningen i sin helhet för män i åldern 5–84 år.

Figur 9.5. Utvecklingen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, vårdtung grupp och befolkning före och efter införandet av vårdval, män 5–84 år.



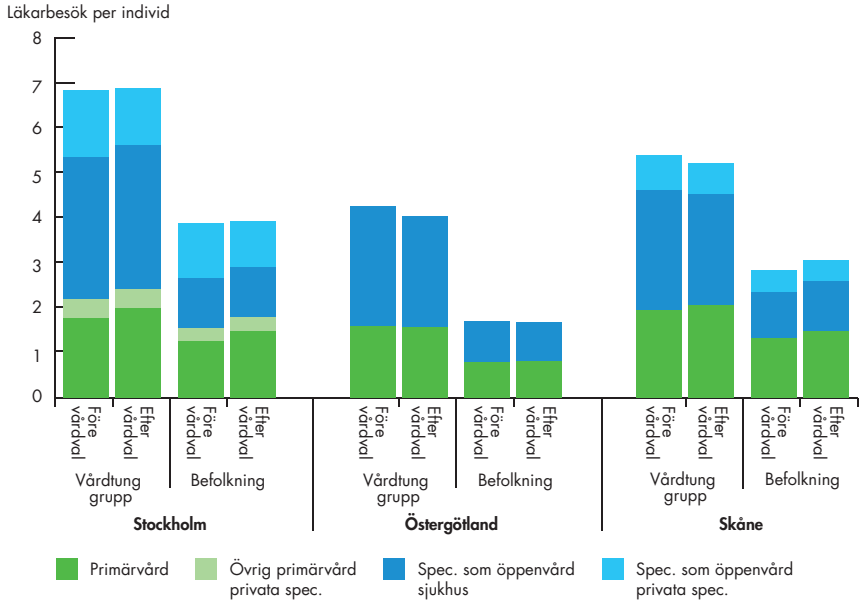
Vi kan konstatera en ökning av primärvårdsbesök för både de vårdtunga och befolkningen i sin helhet i Stockholm, medan Östergötland uppvisar oförändrad konsumtion och ökningen i Skåne främst avser befolkningen i stort. Sjukhusbesöken är oförändrade i Östergötland och minskar något i Stockholm, medan en 10-procentig ökning noteras för befolkningen i Skåne. Fördelningen mellan vårdformerna presenteras i figur 9.6.

Figur 9.6. Fördelningen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, vårdtung grupp och befolkning före och efter införandet av vårdval, män 5–84 år.



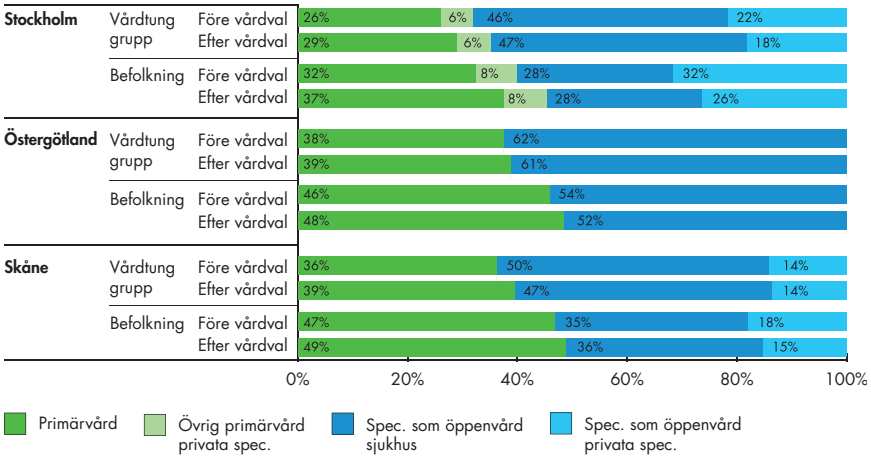
Primärvårdens andel ökar för båda grupperna i alla tre landstingen, kraftigast i Stockholm. För privata specialister noteras en minskad andel i Stockholm och Skåne. Sjukhusens andel är oförändrad eller minskar något, med undantag för övrig befolkning i Skåne. I figurerna 9.7 och 9.8 presenteras motsvarande siffror för kvinnor.

Figur 9.7. Utvecklingen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, vårdtung grupp och befolkning före och efter införandet av vårdval, kvinnor 5–84 år.



Primärvårdsbesöken ökar för både de vårdtunga och befolkningen i sin helhet i Stockholm. Östergötland uppvisar oförändrad konsumtion även för kvinnor och ökningen i Skåne avser främst befolkningen i stort. Sjukhusbesöken minskar för båda grupperna i Östergötland och är oförändrade i Stockholm. I Skåne däremot minskar den vårdtunga gruppen sjukhusbesöken mot att dessa ökar för befolkningen.

Figur 9.8. Fördelningen av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, sjukhus och privata specialister, vårdtung grupp och befolkning före och efter införandet av vårdval, kvinnor 5–84 år.

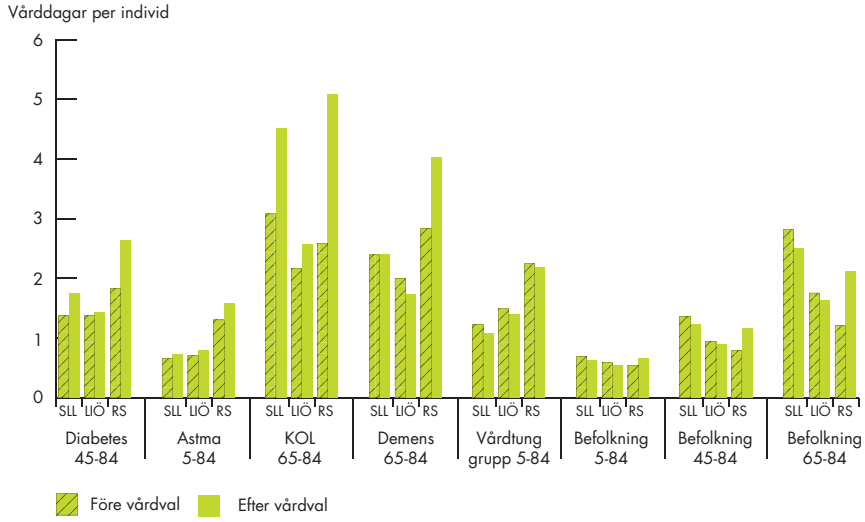


Generellt ökar primärvårdens andel för båda grupperna. Läkarbesök vid sjukhus är relativt oförändrat medan besöken hos de privata specialisterna minskar i Skåne och Stockholm.

9.3 SLUTENVÅRD

En vårdform som delvis påverkas av primärvårdens funktionssätt är den slutna vården vid sjukhusen. Här finns även ett komplext beroendeförhållande mellan de olika öppna vårdformerna som beskrivits tidigare. I figur 9.9 redovisas utvecklingen före och efter införandet av vårdval för slutenvården mätt i antalet vårddagar per individ i respektive grupp.

Figur 9.9. Utveckling av antalet vårddagar per individ i slutenvård före och efter införandet av vårdval för olika behovsgrupper.



Som framgår av figuren kan införandet av vårdvalsmodellerna inte kopplas till en avlastning av den slutna vården. De största ökningarna av antalet vårddagar återfinns för Stockholm och Skåne inom diabetes och KOL. Östergötland ligger för flertalet grupper på en lägre nivå före och efter vårdvalsreformens införande. För astma är ökningarna mindre och för vårdtung grupp redovisas en minskning för samtliga landsting. Befolkningen minskar sitt slutenvårdsutnyttjande i Stockholm och Östergötland, medan en viss ökning noteras i Skåne, särskilt för dem mellan 65–84 år. Det finns emellertid många faktorer som påverkar slutenvårdsutnyttjandet och som ligger utanför primärvårdens kontroll. En uppföljning av slutenvårdsutnyttjandet bör även ses i ett mer långsiktigt perspektiv än vad som har varit möjligt i denna studie.

10

Jämförelse av patientupplevd tillgänglighet och kvalitet mellan vårdbehövande och övrig befolkning

För att ytterligare kartlägga hur tillgängligheten utvecklats i primärvården studerades också hur patienterna själva upplever att denna aspekt förändrats före och efter vårdvalsreformen. Undersökningen baserades på en patientenkät som genomfördes hösten 2012. Enkäten riktades dels till personer med stort behov av primärvård, dels till personer med mindre vårdbehov. För att betraktas som en person med stort behov av primärvård skulle personen ha minst en så kallad vårdbehövande diagnos, varpå vi kan förvänta oss ett större behov av primärvårdsinsatser. Denna grupp jämfördes sedan med en slumpmässigt utvald population som uppgett att de inte har en sjukdomsdiagnos som kräver regelbunden kontakt med primärvården. De båda grupperna kommer fortsättningsvis att benämnas personer/gruppen med vårdbehövande diagnos respektive personer/gruppen övrig befolkning.

Frågorna som ställdes handlade om hur primärvårdens tillgänglighet och kvalitet utvecklats i samband med vårdvalsreformen. Därtill ställdes frågor om synen på valfrihet i vården och vilka faktorer som anses viktiga vid val av mottagning. Undersökningen omfattade, likt tidigare, personer i Stockholms läns landsting, Region Skåne och Landstinget i Östergötland.

10.1 METOD VID JÄMFÖRELSEN

Datainsamlingen genomfördes av TNS Sifo på uppdrag av Myndigheten för vårdanalys. Urvalet och rekryteringen till gruppen utan vårdbehövande diagnos, dvs. en slumpmässigt utvald population, gjordes från TNS Sifo:s webbpanel bestående av ca 150 000 medlemmar som rekryterats sedan tidigare. För att säkerställa att svarande i denna grupp hade erfarenhet av vården både före och efter vårdvalets införande i de tre landstingen samt för att minska risken för ”recall bias” (felaktig minnesbild) ställdes en rad kontrollfrågor. För att ingå i undersökningen krävdes att personen fyllt 18 år före reformen samt att de svarade ja på följande frågor:

- Har du bott inom Stockholms län från och med 2007 och framåt? (För Region Skånes och Östergötlands läns del avsåg frågan från och med 2008 och framåt?)
- Har du besökt en mottagning i primärvården både före och efter att vårdvalsreformen genomfördes den 1 januari 2008 i Stockholms läns landsting? (För Region Skånes del avsåg frågan före hälsovalsreformen som genomfördes den 1 maj 2009 respektive vårdvalsreformen som genomfördes den 1 september 2009 i Östergötland.)

För att därutöver säkerställa att gruppen utan vårdbehövande diagnos inte hade ett stadigvarande eller större behov av primärvårdsinsatser krävdes även att dessa personer uppgav att de inte hade en sjukdomsdiagnos som kräver minst en vårdkontakt med läkare per år på mottagning i primärvården.

Ur webb-panelen har TNS Sifo även skapat en panel bestående av individer som uppgett att de har en sjukdomsdiagnos och därtill gett sitt medgivande till att de får kontaktas för frågor kring denna. Ur denna panel rekryterades personer som har en diagnos eller varaktig sjukdom som föranleder regelbunden kontakt med primärvården. Ambitionen var således att fånga en grupp som har ett stort behov av primärvård.

Vid sidan av kontrollfrågorna som säkerställde att personerna såväl före som efter vårdvalsreformen varit både boende och besökt en mottagning i primärvården i respektive landsting krävdes även att respondenterna uppgav att de hade en sjukdomsdiagnos som kräver minst en vårdkontakt per år med läkare på mottagning i primärvården. För att slutligen säkerställa att gruppen med vårdbehövande diagnos hade ett stort behov av primärvårdsinsatser fodrades också att de uppgav att de hade en eller flera av följande sjukdomsdiagnoser: astma, benskörhet, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), diabetes typ 2, högt blodtryck, höga blodfetter, psoriasis, depression samt långvarig smärta och värk.

Undersökningen genomfördes som en online-undersökning mellan den 7 september och den 2 oktober. Totalt intervjuades 1800 personer fördelade som 900 tillhörande gruppen med vårdbehövande diagnos och 900 som tillhörande gruppen utan vårdbehövande diagnos. I tabell 10.1 anges antalet respondenter i de båda grupperna fördelade per landsting.

Tabell 10.1. Antal respondenter som ingick i undersökningen i respektive landsting.

	Stockholm	Skåne	Östergötland
Gruppen: Vårdbehövande diagnos	327	319	254
Gruppen: Övrig befolkning	300	300	300

I gruppen med vårdbehövande diagnos var den vanligaste diagnosen högt blodtryck, följt av höga blodfetter och diabetes typ 2. Vidare uppgav 45 procent att de hade mer än en sjukdomsdiagnos. Fördelningen per diagnosgrupp mellan landstingen är relativt likartad. I tabell 10.2 visas andelen personer per diagnos i gruppen med vårdbehövande diagnos samt fördelningen av antalet diagnoser uppdelat per landsting.

Tabell 10.2. Fördelning av diagnoser respektive fördelning av antal diagnoser i gruppen med vårdbehövande diagnos per landsting, angivet i %.

	Stockholm	Skåne	Östergötland	Totalt
Astma	13	13	17	14
Benskörhet	2	3	1	2
KOL	5	5	5	5
Diabetes typ 2	22	21	28	23
Högt blodtryck	67	64	57	63
Höga blodfetter	26	27	21	25
Psoriasis	4	5	2	4
Depression	7	7	6	7
Långvarig smärta och verk	18	21	20	20
En diagnos	54	55	56	55
2 diagnoser	32	30	33	32
3–4 diagnoser	12	13	11	12
5–6 diagnoser	2	2	0	1

Utöver landstingstillhörighet och förväntat vårdbehov innehåller undersökningen även information om respondenternas ålder och kön samt utbildnings- och inkomstnivå. Det är en något större andel män i gruppen med vårdbehövande diagnos medan könsfördelningen är jämnare i gruppen som inte har en vårdbehövande diagnos. Åldersfördelningen utgör dock den tydligaste

skillnaden mellan grupperna då ca 76 procent av dem som har en vårdbehövande diagnos är över 60 år jämfört med 33 procent i den andra gruppen. Åldersskillnaden förklarar därför delvis att respondenterna i gruppen utan vårdbehövande diagnos har högre utbildningsnivå. I detta avseende finns det även skillnader mellan landstingen då utbildningsnivån är högst i Stockholm och lägst i Östergötland. Ett likartat mönster mellan landstingen gäller även för respondenternas bruttoinkomst. I tabell 10.3 visas fördelningen av respondenternas kön, ålder, utbildning och inkomst i respektive landsting och studiegrupp.

Tabell 10.3. Fördelning av kön, ålder, utbildnings- och inkomstnivå per landsting och behovsgrupp, angivet i %.

	Stockholm		Skåne		Östergötland		Totalt		Totalt
	Vård-behövande	Övrig befolkning	Vård-behövande	Övrig befolkning	Vård-behövande	Övrig befolkning	Vård-behövande	Övrig befolkning	Båda grupper
Kön									
Kvinna	45	49	43	45	43	53	44	49	46
Man	55	51	57	55	57	47	56	51	54
Ålder									
21–40	1	17	4	20	5	18	3	19	11
41–60	28	49	29	47	33	49	29	48	39
61–80	69	33	65	33	61	32	65	33	49
81–90	2	1	3	0	1	0	2	0	1
Utbilding									
Grundskola	12	5	13	10	14	9	13	8	10
Gymnasium	30	35	33	33	42	41	35	36	35
Högskola	46	59	37	55	29	48	38	54	46
Inkomst									
0–16.499	17	10	23	18	26	20	22	16	19
16.500–24.999	29	21	30	30	37	32	32	28	29
25.000–41.999	36	46	32	39	22	38	31	42	36
42.000–	10	18	9	7	6	7	9	11	10

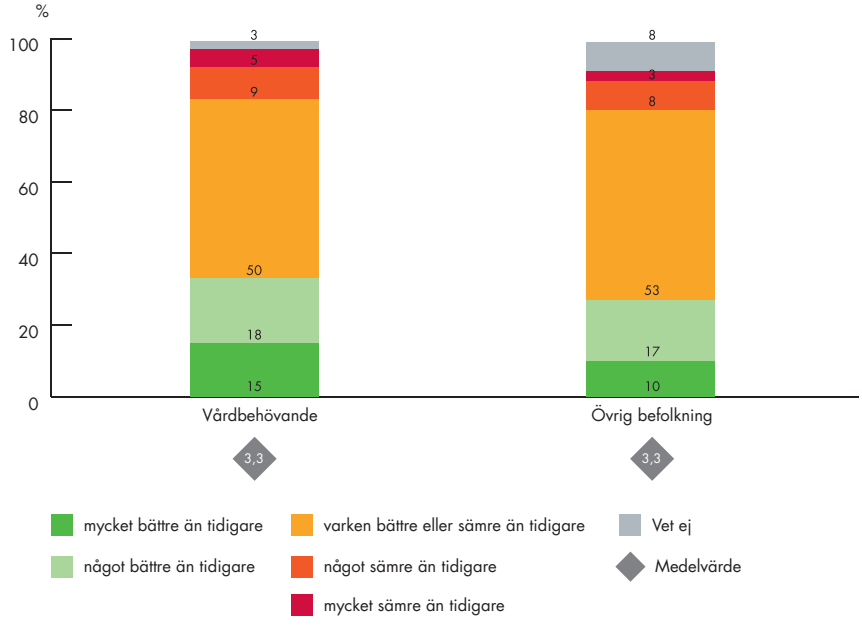
Undersökningen omfattade totalt 17 frågor. Av dessa berörde 11 utvecklingen av primärvårdens tillgänglighet och kvalitet före och efter vårdvalets införande. Den första frågan avsåg hur man bedömer att mottagningens tillgäng-

lighet (kan gälla telefon, e-post, personligt besök) har förändrats efter vårdvalets införande. Respondenterna fick fem svarsalternativ, ordnande från att tillgängligheten utvecklats mycket sämre än tidigare till att den utvecklats mycket bättre än tidigare. Dessa omdömen översattes även till en skala från 1–5, där 1 var det mest negativa omdömet och 5 det mest positiva omdömet. Det var också möjligt att ange att man inte visste. (Se även bilaga 1 för samtliga frågor med tillhörande svarsalternativ.)

10.2 ENKÄTRESULTAT

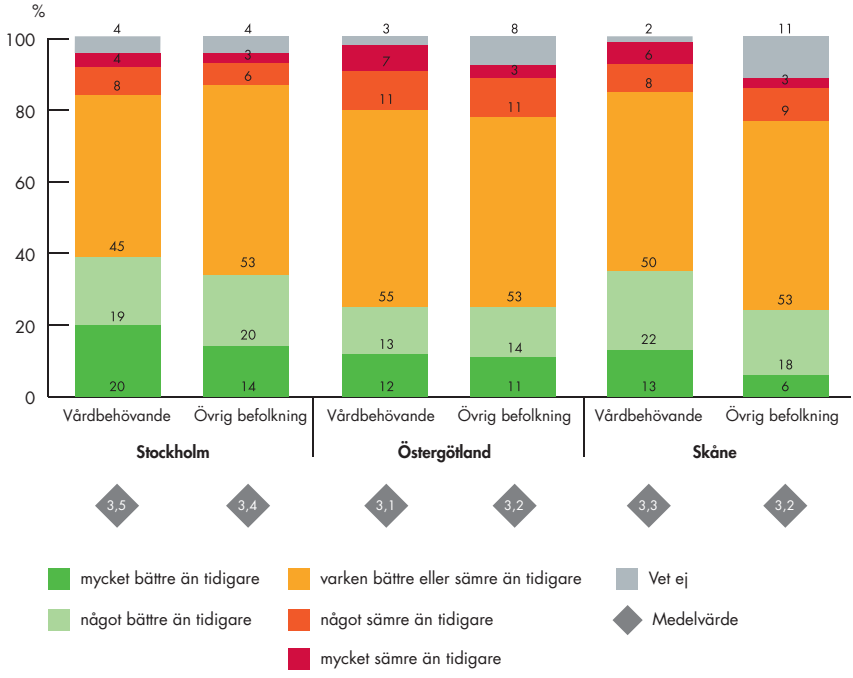
Vid en samlad jämförelse av de båda grupperna uppgav ca 3 av 10 (33 %) personer inom gruppen med vårdbehövande diagnos att tillgängligheten på mottagningen inom primärvården var bättre efter att vårdvalsreformen genomförts. Motsvarande siffra för gruppen utan vårdbehövande diagnos var 27 procent. Medelvärdet bland de svarande i båda grupperna var dock 3,3 (se figur 10.4 och tabell 10.6).

Figur 10.4. Resultat per behovsgrupp vid frågan: ”Hur bedömer du att mottagningens tillgänglighet (kan gälla telefon, e-post, personligt besök) har förändrats efter vårdvalets införande?”



Om vi delar upp resultatet på landstingsnivå var det en större andel med vårdbehövande diagnos i Skåne som ansåg att tillgängligheten blivit sämre. Region Skåne var det landsting som hade lägst medelvärde inom gruppen med vårdbehövande diagnos (3,1) men även sammantaget. Det kan indikera att personer i Skåne är mindre positiva till hur tillgängligheten fungerar. Stockholm uppvisar en större andel positiva svar för båda grupperna.

Figur 10.5. Resultat per behovsgrupp och landsting vid frågan: ”Hur bedömer du att mottagningens tillgänglighet har förändrats efter vårdvalets införande?”



I tabell 10.6 presenteras andelen av dem med respektive utan vårdbehövande diagnos som angivit att utvecklingen varit bättre alternativt sämre sedan vårdvalsreformens införande för de 11 frågor som berör primärvårdens tillgänglighet och kvalitet.

Tabell 10.6. Andel med vårdbehövande diagnos respektive övrig befolkning som uppgett att utvecklingen varit bättre alternativt sämre sedan vårdvalsreformens införande för 11 frågor.

	Vårdbehövande		Övrig befolkning	
Frågor	**Bättre**	**Sämre**	**Bättre**	**Sämre**
1. Tillgängligheten är efter vårdvalet	33%	14%	27%	11%
2. Väntetiderna för besök hos läkare (kortare/längre) efter vårdvalet	27% (kortare)	19% (längre)	27% (kortare)	13% (längre)
3. Väntetiderna till besök hos sjuksköterska efter vårdvalet	28% (kortare)	8% (längre)	19% (kortare)	4% (längre)
4. Tillgängligheten per telefon	38%	17%	36%	12%
5 Mitt behov av sjukvård hos läkare i primärvården har tillgodosetts	30%	15%	19%	9%
6. Mitt behov av sjukvård hos sjuksköterska i primärvården har tillgodosetts	25%	6%	15%	3%
7. Personalens kännedom om mitt medicinska tillstånd	25%	13%	10%	8%
8. Avsatta tiden för besök är – "tillräcklig i större utsträckning eller "inte tillräcklig" efter vårdvalsreformen	32% (tillr i större utsträckning)	17% (otillr i större utsträckning)	17% (tillr i större utsträckning)	12% (otillr i större utsträckning)
9. Upplever du att det är lättare eller svårare att få träffa den personalkategori som du önskar…	21% (lättare än tidigare)	19% (svårare än tidigare)	15% (lättare än tidigare)	14% (svårare än tidigare)
10. Upplever du att det krävs fler besök hos läkare och/eller ssk för att tillgodose dina medicinska behov	71% (nej)	16% (ja)	57% (nej)	13% (ja)
11. Vilket är ditt helhetsintryck av primärvården efter vårdvalets införande	30%	17%	23%	14%

I båda grupperna upplevde omkring hälften av respondenterna (gäller de allra flesta frågorna) att de inte märkt någon förändring efter vårdvalsreformens genomförande. Bland dem som upplevt en förändring var det en större andel som var positiva. Exempelvis har 32 procent av de svarande inom den vårdbehövande gruppen upplevt att den avsatta tiden för besök varit tillräcklig i större utsträckning efter vårdvalsreformens genomförande eller att mottagningens tillgänglighet har blivit bättre (nämns av 33 procent inom gruppen med vårdbehövande diagnos).

Det finns dock personer inom båda grupperna som upplevt att vårdvalet haft en negativ påverkan på primärvården. Störst andel negativa tillhör gruppen med vårdbehövande diagnos. Exempelvis nämner 19 procent inom gruppen med vårdhövande diagnos att väntetiderna till besök hos läkare i primärvården har blivit längre och 17 procent upplever att tillgängligheten per telefon har försämrats. Å andra sidan var en större andel positiva än negativa, t.ex. uppgav 27 procent inom gruppen med vårdbehövande diagnos att väntetiderna till besök hos läkare i primärvården har blivit kortare, och 38 procent upplevde att tillgängligheten per telefon har blivit bättre.

Ser vi istället till skillnader i resultat mellan landstingen så är dessa överlag relativt små, och de ska därför tolkas med försiktighet. Sammantaget var de svarande i Stockholm något mer positiva i sina omdömen än övriga två landsting. Personer med vårdbehövande diagnos i Stockholm var också något mer positiva än gruppen utan vårdbehövande diagnos i samma landsting, detsamma gäller för Östergötland. Däremot gäller det omvända för Skåne. I tabell 10.7 presenteras medelvärden för 11 frågor för gruppen vårdbehövande och icke vårdbehövande per landsting. Vid respektive fråga anges antalet svarsalternativ inom parentes. De har fått värden från 1 till 5, där det mest positiva svaret är 5. Motsvarande skala vid tre svarsalternativ är 1 till 3.

Tabell 10.7. Medelvärde för vårdbehövande och övrig befolkning per landsting för 11 frågor.

	Stockholm		Skåne		Östergötland		Totalt		Totalt
	Vård-behövande	Övrig befolkning	Vård-behövande	Övrig befolkning	Vård-behövande	Övrig befolkning	Vård-behövande	Övrig befolkning	Båda grupper
Tillgängligheten är (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	3.5	3.4	3.1	3.2	3.3	3.2	3.3	3.3	3.3
Väntetiderna för besök hos läkare (kortare/längre) efter vårdvalet (5)	3.2	3.3	3.0	3.2	3.1	3.1	3.1	3.2	3.2
Väntetiderna till besök hos sjuksköterska (kortare/längre) efter vårdvalet (5)	3.5	3.5	3.3	3.3	3.3	3.2	3.4	3.4	3.4
Tillgängligheten per telefon är (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	3.5	3.4	3.1	3.3	3.4	3.3	3.3	3.4	3.3
Mitt behov av sjukvård hos läkare i primärvården har tillgodosetts (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	3.4	3.2	3.1	3.2	3.2	3.1	3.2	3.2	3.2
Mitt behov av sjukvård hos sjuksköterska i primärvården har tillgodosetts (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	3.4	3.4	3.3	3.2	3.3	3.2	3.4	3.3	3.3
Personalens kännedom om mitt medicinska tillstånd är (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	3.3	3.1	3.1	3.0	3.1	3.0	3.2	3.0	3.1
Avsatta tiden för besök är – tillräcklig i större utsträckning eller inte tillräcklig efter vårdvalsreformen (3)	2.1	2.1	2.1	2.0	2.3	2.1	2.2	2.1	2.1
Upplever du att det är lättare eller svårare att få träffa den personalkategori som du önskar (3)	2.1	2.0	2.0	2.1	2.0	1.9	2.0	2.0	2.0
Upplever du att det krävs fler besök hos läkare och/eller ssk för att tillgodose dina medicinska behov (andel nej)	72%	52%	71%	62%	70%	56%	71%	57%	64%
Vilket är ditt helhetsintryck (bättre/sämre) av primärvården efter vårdvalets införande (3)	2.8	2.7	2.7	2.8	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7

10.3 FÖRKLARINGSMODELL

Resultatpresentationen har visat att omdömena är något mer positiva än negativa men också att det är relativt små skillnader mellan gruppen med en vårdbehövande diagnos och övrig befolkning och likaså mellan landstingen. Vissa skillnader existerar dock, exempelvis tenderar svaren att vara något mer positiva bland personer i Stockholm. Det är därför väsentligt att vid sidan om skillnader i sjukdomsbörda och landstingstillhörighet söka ytterligare förklaringar till resultaten. I detta syfte studeras en sammantagen förklaringsmodell där vi även inkluderar information om de svarandes ålder, kön, utbildnings- och inkomstnivå samt sysselsättningsstatus. Följande förklaringsfaktorer ingår i modellen:

- Ålder
- Kön (Man=1)
- Vårdbehövande diagnos
- Tre eller fler vårdbehövande diagnoser
- Landstingstillhörighet (Skåne och Östergötland i förhållande till Stockholm)
- Utbildningsnivå (Grundskola=1)
- Bruttoinkomst per individ
- Sysselsättningsstatus (Heltidsarbetande=1)

För att analysera vilka faktorer som har samband med positiva omdömen gällande vårdvalsreformen skattades förklaringsmodellen via en ordinal logistisk regression. Metoden används för att skatta hur olika faktorer påverkar svaren från en enkät som innehåller flera svarsalternativ. Här har metoden använts för att skatta hur olika faktorer påverkar sannolikheten för att en person ska avge ett mer positivt omdöme, och som därtill kan ordnas från bättre till sämre men där skillnaden mellan olika svarsalternativ inte kan mätas. Det är exempelvis inte möjligt att via en objektiv skala fastslå innebörden av att något utvecklats mycket bättre i förhållande till att det utvecklats något bättre.

I tabell 10.8 presenteras skattningen av de faktorer som samvarierar med ett positivt omdöme när det gäller hur tillgängligheten förändrats efter vårdvalsreformens införande. Sannolikhetskvoten visar vilken effekt en marginell ökning av variabeln i fråga har på sannolikheten att de svarande ska ange att mer positivt omdöme. Om värdet överstiger 1 innebär det att variabeln i fråga ökar sannolikheten för ett mer positivt omdöme och den omvända tolkningen gäller om värdet understiger 1. Värdet på 1,164 för variabeln kön (man) innebär exempelvis att om den svarande är man, och alla andra variabler är oför-

ändrade, ökar sannolikheten för ett positivt svarsutfall med drygt 16 procent. P-värdet indikerar sedan på vilken signifikansnivå styrkan i sambandet kan bedömas. Ett tecken (antingen – eller +) anger att sambandet är signifikant på 10-procentsnivån, två tecken att sambandet är signifikant på 5-procentsnivån och tre tecken att sambandet är signifikant på 1-procentsnivån. Ett plustecken indikerar vidare att ett högre värde på variabeln samvarierar med mer positiva omdömen och ett minustecken att högre värden samvarierar med negativa omdömen.

Tabell 10.8. Skattningsresultat vid logistisk regression av frågan: "Hur bedömer du att mottagningens tillgänglighet (kan gälla telefon, e-post, personligt besök) har förändrats efter vårdvalets införande?"

Variabel	Sannolikhetskvot	(p-värde)	Signifikans
Ålder	0.997	0.079	(-)
Kön (Man)	1.164	0.145	
Vårdbehövande	1.111	0.327	
Tre el. fler diagnoser	1.120	0.605	
Skåne	0.686	0.002	(---)
Östergötland	0.801	0.074	(-)
Grundskola	0.854	0.339	
Inkomst	1.013	0.004	(+++)
Heltidsarbetande	0.873	0.227	
Observationer (antal ind.)	1497		

Skattningen visar att personer med hög ålder i högre grad har uppgett negativa omdömen. Detsamma gäller för om personerna bor i Skåne och Östergötland i jämförelse med Stockholm. De tillfrågade är således signifikant mer nöjda med utvecklingen av tillgängligheten om de bor i Stockholm än i Region Skåne och Östergötland. Därtill är de med högre inkomst mer positiva till förändringen av tillgängligheten än de med lägre inkomst.

I tabell 10.9 visas resultatet för de variabler som haft en signifikant påverkan på patientomdömena vid skattningar av motsvarande förklaringsmodell som ovan för 11 frågor. Riktningen på sambandet och dess signifikans anges också på motsvarande sätt som ovan.

Jämförelse av patientupplevd tillgänglighet och kvalitet mellan vårdbehövande och övrig befolkning

Tabell 10.9. Variabler med signifikant påverkan på patientomdömen vid 11 frågor om primärvårdens utveckling före och efter vårdval.

	Förklaringsfaktorer								
	Ålder	Kön (Man)	Värd-behövande	Tre eller fler diagnoser	Skåne	Östergötland	Grundskola	Bruttoinkomst	Heltids-arbetande
Tillgängligheten är (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	-				---	-		+++	
Väntetiderna för besök hos läkare (kortare/längre) efter vårdvalet (5)	-	+	-		-	-		+++	
Väntetiderna till besök hos sjuksköterska (kortare/längre) efter vårdvalet (5)		+			--	---		+++	
Tillgängligheten per telefon är (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	-				---			++	
Mitt behov av sjukvård hos läkare i primärvården har tillgodosetts (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)	-	++			-			+++	-
Mitt behov av sjukvård hos sjuksköterska i primärvården har tillgodosetts (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)								+++	
Personalens kännedom om mitt medicinska tillstånd är (bättre/sämre) efter vårdvalet (5)		++	+++		-	-		++	
Avsatta tiden för besök är – tillräcklig i större utsträckning eller inte tillräcklig efter vårdvalsreformen (3)		+++	+++			+++		+++	
Upplever du att det är lättare eller svårare att få träffa den personalkategori som du önskar (3)		++				--		+++	
Upplever du att det krävs fler besök hos läkare och/eller ssk för att tillgodose dina medicinska behov (andel nej)	---				---	---		---	
Vilket är ditt helhetsintryck (bättre/sämre) av primärvården efter vårdvalets införande (3)	+	+++						+++	

Resultaten visar att om du har en diagnos som är vårdbehövande eller ej, inte är den viktigaste förklaringsfaktorn till skillnader i omdömen gällande primärvårdens utveckling före och efter vårdvalet. De med vårdbehövande diagnos avger visserligen signifikant fler positiva omdömen vad gäller personalens kännedom om deras medicinska tillstånd och om den avsatta tiden är tillräcklig vid besök. Men dessa frågor kan i extra stor utsträckning vara riktade till dem med ett större behov av insatser än övriga, vilket påverkar sambanden. Multisjuklighet, här definierat som förekomsten av tre eller fler diagnoser inom gruppen med vårdbehövande diagnos, har inte heller något signifikant samband med variationer i omdömena. Istället är det kön, inkomstnivå, landstingstillhörighet och ålder som uppvisar en signifikant samvariation med resultaten.

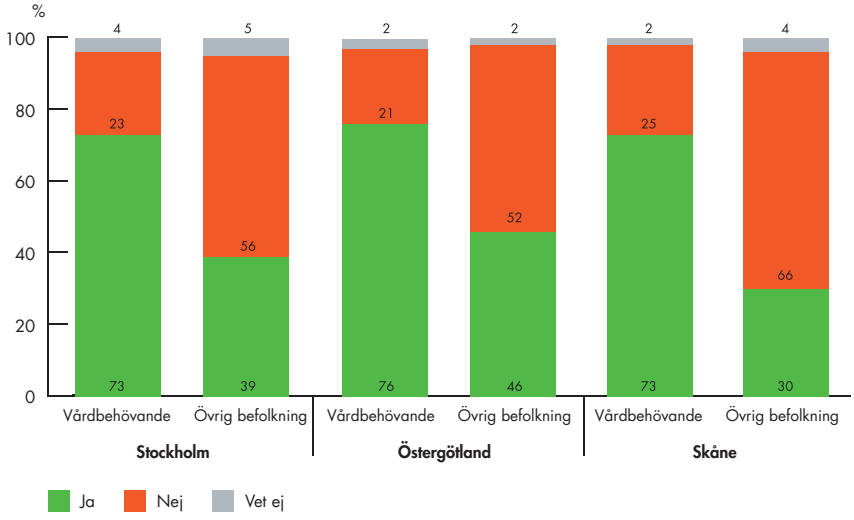
Att vara man ökar sannolikheten för positiva omdömen för flertalet av frågorna medan de med högre ålder i vissa fall var mindre nöjda (sambanden är dock svagare för denna faktor). Att bo i Skåne och Östergötland istället för i Stockholm ökar också sannolikheten för mer negativa omdömen om utvecklingen efter vårdvalsreformen. Svaren på två frågor skiljer sig från detta mönster. Det gäller dels hur tillräckligheten i den avsatta tiden vid besök utvecklats, dels om respondenterna upplevt att det krävs fler besök för att tillgodose deras medicinska behov efter reformen. Boende i Östergötland var mer positiva till att den avsatta tiden för besök blivit mer tillräcklig efter reformen. Boende i Skåne och Östergötland ansåg också, jämfört med befolkningen i Stockholm, att det inte krävs fler besök efter reformen för att deras medicinska behov ska tillgodoses.

Sammantaget är individens inkomstnivå den förklaringsvariabel som har störst påverkan på respondenternas omdömen, dvs. de med högre inkomster var mer positiva till utvecklingen efter reformen. Det kan finnas olika förklaringar till detta resultat. En förklaring är att de med högre inkomst generellt är mer nöjda med sin livssituation, oavsett om de har en vårdbehövande diagnos eller inte. Därför ger de mer positiva omdömen. En annan förklaring är att dessa respondenter har mer positiva erfarenheter av vården efter reformen än övriga. Detta givet i övrigt lika förutsättningar bland respondenterna avseende de faktorer som ingår i modellen. Resultatet kan i det avseendet tolkas som om det föreligger en risk för horisontella ojämlikheter i vården, dvs. att skillnader i inkomstnivå påverkar upplevelsen av vården, givet att vi samtidigt försökt kontrollera för skillnader i vårdbehov.

10.4 ANDELEN FASTA VÅRDKONTAKTER ÖKAR

I enkäten undersöktes även om respondenterna hade en fast vårdkontakt i primärvården och hur detta utvecklats före respektive efter införandet av vårdvalsreformen. Här är skillnaderna mellan grupperna stora. Av de med vårdbehövande diagnos hade 74 procent en fast vårdkontakt före vårdvalet medan endast 38 procent av dem utan vårdbehövande diagnos hade en sådan. Denna skillnad återspeglas även på landstingsnivå (se figur 10.10 och figur 10.11).

Figur 10.10. Andel av befolkningen per landsting och behovsgrupp som hade en fast vårdkontakt före vårdvalsreformen.



I och med vårdvalets införande så har en större andel av de svarande etablerat en fast vårdkontakt, främst inom gruppen med vårdbehövande diagnos, där 90 procent uppgivit att de har en fast vårdkontakt. Efter vårdvalsreformen har knappt hälften av de utan vårdbehövande diagnos inte någon fast vårdkontakt.

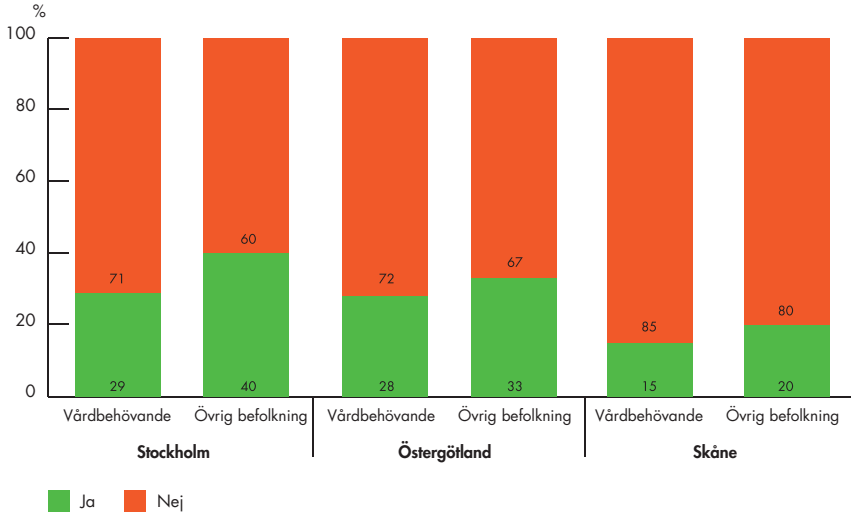
Tabell 10.11. Utvecklingen av andel per behovsgrupp med en fast vårdkontakt före och efter vårdvalsreformen.

	Vårdbehövande	Övrig befolkning
Hade fast vårdkontakt före vårdvalet	74%	38%
Har etablerat fast vårdkontakt efter vårdvalet	16%	12%
Har ingen fast vårdkontakt efter vårdvalet	9%	48%
Vet ej	1%	2%

10.5 NÄRHET OCH KVALITET ÄR VIKTIGAST NÄR PATIENTER BYTER VÅRDGIVARE

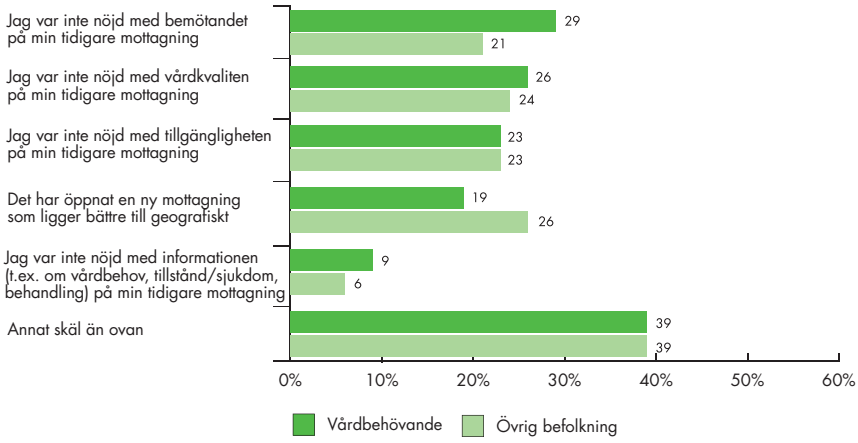
I undersökningen ställdes också frågan om man bytt vårdgivare efter vårdvalets införande. Sammantaget hade 28 procent av de svarande bytt mottagning och det är en större andel bland dem med vårdbehövande diagnos, 31 procent mot 25 procent för dem utan vårdbehövande diagnos. Andelen som bytt vårdgivare var störst i Stockholm och minst i Östergötland.

Figur 10.12. Andel av respondenterna per landsting och behovsgrupp som bytt vårdgivare efter vårdvalsreformen.



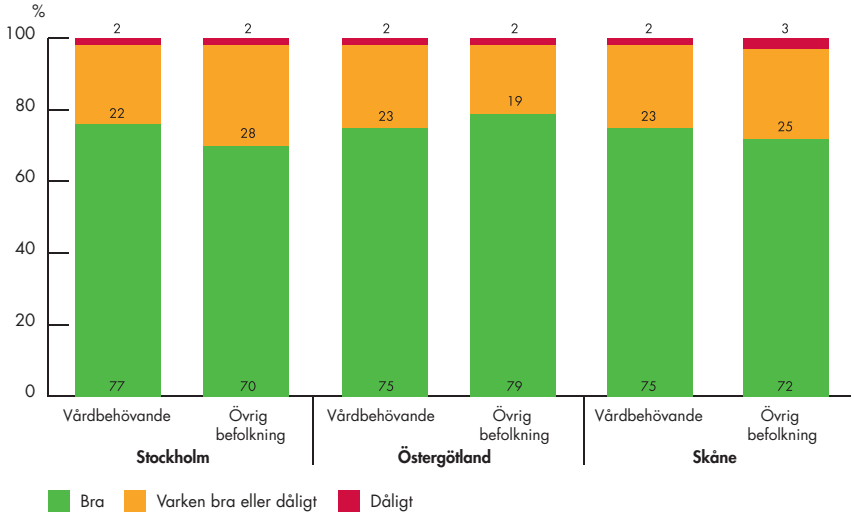
Bland dem som bytt mottagning är anledningarna till detta relativt lika mellan dem med en vårdbehövande sjukdomsdiagnos och övriga. Noterbart är att de som inte har en vårdbehövande diagnos värderar geografiskt närhet till mottagningen som något viktigare, medan olika kvalitetsattribut tycks vara viktigare för gruppen med vårdbehövande diagnos.

Figur 10.13. Orsaker till att man bytt mottagning för vårdbehövande respektive övrig befolkning.



Avslutningsvis undersöktes uppfattningen kring möjligheten att få välja vårdgivare. Tre fjärdedelar av respondenterna var positiva till denna möjlighet. Av de resterande var 23 procent neutrala och 2 procent var negativa. Skillnaderna mellan de båda grupperna och landstingen var små.

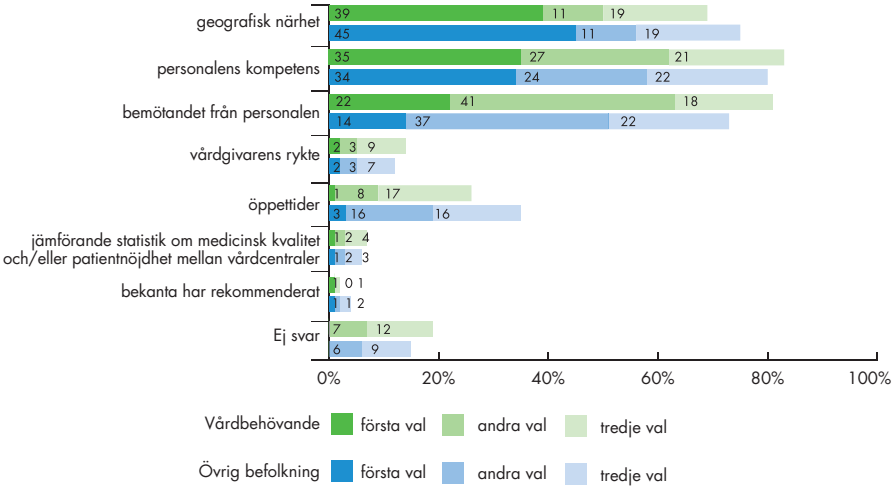
Figur 10.14. Uppfattning kring möjligheten att få välja vårdgivare för vårdbehövande respektive övrig befolkning.



De viktigaste faktorerna vid val av mottagning utgörs av geografisk närhet till mottagningen tillsammans med personalens kompetens och bemötande. Bland dessa faktorer har geografisk närhet något större betydelse för dem som

inte har en vårdbehövande diagnos. Endast ett fåtal ansåg att faktorer som vårdgivares rykte, jämförande statistik och rekommendation av bekanta var viktiga för deras val. Öppettiderna uppgavs vara viktigare av en större andel bland de utan vårdbehövande diagnos. Resultatet att en liten andel patienter uppgav att vårdgivarnas rykte var väsentligt vid val skiljer sig från tidigare undersökningar (Winblad m.fl. 2012). En förklaring kan här vara att uppfattningar om personalens kompetens och bemötande är specifika aspekter av vårdgivarens rykte.

Figur 10.15. De viktigaste faktorerna vid val av mottagning för vårdbehövande respektive övrig befolkning.



11

Kartläggning av landstingens möjligheter att studera vårdutnyttjandet på individnivå

Förutsättningarna att utvärdera vårdvalsreformerna inom primärvård varierar beroende på tillgång till registerdata. En del i rapporten belyser i vilken utsträckning landstingen kan följa upp hur vårdens tillgänglighet utvecklats för olika patientgrupper i samband med vårdvalsreformen. Som en del i rapporten ombads landstingen via ett förfrågningsunderlag att ange förutsättningarna för att följa upp och utvärdera olika dimensioner av vårdkonsumtion i primärvården över tid.

11.1 RESULTAT AV FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG TILL LANDSTINGEN

Utgångspunkten för kartläggningen är att det idag saknas rapporteringsskyldighet till ett personnummerbaserat individregister inom primärvården på motsvarande sätt som inom den specialiserade somatiska vården. På nationell nivå är det därför inte möjligt att få en fullständig bild av hälso- och sjukvårdens patientkontakter, diagnospanorama eller vårdåtgärder. Detta är problematiskt ur flera perspektiv. För att illustrera primärvårdens omfång så utgör den ca 17 procent av den totala nettokostnaden för hälso- och sjukvård och uppskattningsvis står primärvården för hälften av det totala antalet läkarbesök inom den öppna hälso- och sjukvården. Men vissa lansting har byggt upp egna register för att följa vårdkonsumtionen även inom primärvården. Landstingen har dock kommit olika långt i detta avseende (Socialstyrelsen 2012).

Svaren visar att flertalet av landstingen idag har tillgång till patientadministrativa dataregister som gör det möjligt att följa vårdkonsumtionen på individnivå. I dessa register finns information om personnummer, kön, födelseår, folkbokföringsort, vårdenhet, datum för öppenvårdskontakt och form av öppenvårdskontakt. Den tidsmässiga introduktionen skiljer sig dock mellan landstingen. Vissa landsting byggde upp system under slutet av 1990-talet medan enstaka landsting idag är i färd med att utveckla dessa system. Flera landsting och regioner byggde upp dessa system mot slutet av 2000-talet. Vid samma tidpunkt anger också landstingen att de till dessa register har möjlighet att koppla samman information om diagnos samt övriga vårdkontakter inom sjukhus- och specialistvård. Det är endast ett fåtal landsting som anger att de har möjlighet att använda information om individbaserade uppgifter om kostnad per vårdkontakt/prestation (KPP) på motsvarande sätt. I tabell 11.1 presenteras hur landstingen ser på förutsättningar till uppföljning samt tillgång på data från register och enkätundersökningar.

Tabell 11.1. Resultat av förfrågningsunderlag till landstingen. *Landstingen i Kalmar och Västmanland har inte svarat på enkäten.*

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kronoberg	Norrbotten	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västra Götaland	Örebro	Östergötland
Har landstinget/regionen tillgång till patientadministrativa data/register som gör det möjligt att följa vårdkonsumtionen på individnivå inom primärvården?																			
Svar	Nej	2003	Nej	2011	2007	2003	2010	2001	2000	1999	1999	2009	2009	2010	1995	2009	2000	2009	1999
Har landstinget/regionen möjlighet att koppla samman individ-baserade register över vårdkonsumtion inom primärvården med information om:																			
Diagnos	Nej	2003	Nej	2010	2010	2007	2010	2001	2000	1999	1999	Nej	2009	2011	1995	2009	2000	Ja	1999
Kostnad per patient (KPP)	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	2011	Nej	Nej	2005
Sjukhus- och specialistvård	Nej	Vet ej	Nej	Nej	2007	2003	2011	2001	2000	1999	1999	Nej	2009	Nej	1995	2010	2000	Ja	1999
Vilken täckningsgrad har idag diagnosregistreringen inom primärvården?																			
Svar	-	95	80	-	75	60	95	99	90	95	97	98	88	89	99	86	93	96	95
Gör landstinget/regionen egna mätningar av vårdens tillgäng-ighet i primärvården vid sidan av nationella undersökningar?																			
Svar	Nej	Tel. mån	Tel. mån. 2008	Nej	Nej	Tel. besök mån 2011	Besök-mån	Tel. 2008, besök 2011	Tel. besök 2009	Nej	Tel.	Tel. besök mån	Tel. besök mån	Tel. 2010	Ja, mån	Tel. mån 2011	Tel. mån	Tel. 2006, besök 2008	Tel. 2004
Genomför landstinget/regionen egna patientenkätsundersökningar vid sidan av nationella undersökningar?																			
	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Har landstinget/regionen lagt ut uppdrag på externa uppdragsgivare, exempelvis forskare eller konsultföretag, att studera vårdkonsumtionen i primärvården på individnivå?																			
Svar	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja

En övervägande majoritet av landstingen genomför därtill egna mätningar av tillgängligheten i primärvården. Dessa tar fasta på den nationella vårdgarantin. Inom denna mäts främst telefontillgängligheten (kontakt med mottagningen samma dag) men även tillgängligheten vid besök inom 5 dagar. Dessa uppföljningar görs också oftast månadsvis. Fyra landsting anger att man inte utför några egna mätningar av tillgängligheten. Dessutom är det också vissa landsting, vid sidan av den nationella patientenkäten, som genomför egna mätningar av patientnöjdheten i primärvården. Den nationella patientenkäten ombesörjs av Indikator vart annat år och har för primärvårdens del genomförts för 2009 och 2011. Avslutningsvis är det också cirka hälften av landstingen som anger att de har lagt ut på externa uppdragsgivare att studera vårdkonsumtionen på individnivå i primärvården. Dessa samarbeten omfattar oftast uppdrag till interna forsknings- och utvecklingsenheter eller externa vetenskapliga institutioner. Ett annat alternativ är att landstingen ingår i olika nationella utvärderingsinsatser. Landstingen anger vidare att de i viss utsträckning även genomför egna analyser av bl.a. vårdens jämlikhet, men att de i detta avseende anger att de är begränsade av patientdatalagen.

För vår studies vidkommande är det intressant att reflektera över hur stor del av landstingen som haft möjlighet att delta i en uppföljningsstudie av vårdkonsumtionen likt den som presenteras i denna rapport. Behovet har här varit möjligheten att använda patientadministrativa dataregister på individnivå och till dessa även knyta information om diagnos och vårdkontakter i övriga vårdformer. Av enkätsvaren framgår det att det varit svårt att ge en historisk bild av vårdkonsumtion före reformens införande i cirka hälften av landstingen. Att följa vårdkonsumtionen från reformens införande på det sätt vi genomfört i studien är dock möjligt i en övervägande majoritet av landstingen.

11.2 SOCIALSTYRELSENS KARTLÄGGNING AV DATAINSAMLING INOM PRIMÄRVÅRDEN

Regeringen gav under 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete för att förbättra datainsamlingen i primärvården. Syftet var att föreslå åtgärder för hur en nationell, effektiv och ändamålsenlig datainsamling som möjliggör forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring ska komma till stånd. Socialstyrelsens kartläggning av landstingens inrapporteringsförutsättningar avseende både egen regi och privata utförare omfattade följande variabler (Socialstyrelsen 2012):

- patientens personnummer, kön och födelseår
- patientens folkbokföringsort
- producerande vårdenhet
- datum för öppenvårdskontakt
- form av öppenvårdskontakt
- diagnos
- yttre orsak till sjukdom och död
- åtgärd.

Sammanfattningsvis visar resultatet av Socialstyrelsens genomgång att landstingen har goda förutsättningar att rapportera individdata (personnummer, kön, födelseår och folkbokföringsort) och administrativa data (vårdenhet, datum för öppenvårdskontakt och form av öppenvårdskontakt). Socialstyrelsen påpekar dock att justeringar i de vårdadministrativa systemen kan bli aktuella samt att kodverk för typ av öppenvårdskontakt och vårdenhet behöver utvecklas och verksamhetsanpassas. Vidare visar resultatet att uppgifter från privata vårdgivare rapporteras i varierande omfattning till landstingen även om de flesta som har vårdavtal eller ingår i vårdvalsorganisationen rapporterar samma uppgifter som icke privata i landstinget eller regionen.

När det gäller förutsättningarna att inrapportera kliniska data (diagnoser, åtgärder, yttre orsaker till sjukdom och död samt ATC-kod) visar resultatet att klassifikationerna och kodverken måste utvecklas och förbättras om de rapporterade uppgifterna ska kunna användas. Ungefär hälften av landstingen använde sig av diagnoskodningssystemet (KSH97-P) medan den andra hälften använde även ett annat (ICD-10-SE och KSH97-P). I ett landsting påbörjas registreringen av diagnosklassifikation under 2012 och i ett annat tas beslut om vilken klassifikation som ska användas i samband med införandet av ett nytt journalsystem.

Drygt hälften av landstingen och regionerna angav vidare att de kodar åtgärder och använder åtgärdsklassifikationen (KVÅ). Hälften av landstingen och regionerna registrerade yttre orsaker till sjukdom och död och använde då ICD-10-SE. Enkätsvaren visar vidare att de inrapporterande landstingen och regionerna inte kan skapa kopplingar mellan exempelvis en konstaterad diagnos och en utförd vårdåtgärd.

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis att förberedelsearbetet inför insamlingen av uppgifter från primärvården behöver påbörjas omgående för att skapa bästa möjliga förutsättningar för inrapporteringen. Möjligheterna att rapportera de föreslagna uppgifterna enligt angiven filspecifikation är begränsade i dagsläget. De tekniska förutsättningarna i landsting och

regioner kommer att behöva anpassas för att underlätta och förbättra inrapporteringen. Parallellt inleds ett arbete med att utveckla begrepp och termer, klassifikationer, kodverk m.m. tillsammans med landsting och regioner.

DISKUSSION

Syftet med denna rapport har varit att analysera hur vårdutnyttjande och patientupplevd tillgänglighet utvecklats före och efter vårdvalet, för grupper med varaktiga och/eller vårdtunga sjukdomar i relation till befolkningen i stort för motsvarande åldersgrupper. Rapporten är även en av de första komparativa studierna där frågeställningar belysts med data från flera landsting där vårdvalsmodellerna utformats olika. Det framgår av resultaten att det finns såväl likheter som skillnader i konsumtionsutvecklingen mellan grupper samt mellan landstingen. Innehållet i rapporten är till övervägande del av deskriptiv karaktär. Det finns anledning att tolka resultaten med försiktighet, men samtidigt identifiera tydliga tendenser och frågor som behöver belysas i kommande analyser.

Generellt kan undanträngningseffekter inte påvisas i absoluta termer …

En bedömning av undanträngningseffekter kan antingen baseras på huruvida det absoluta vårdutnyttjande minskat eller ökat för vårdbehövande grupper före och efter reformen eller hur deras andel (relativ jämförelse) av vårdutnyttjandet utvecklats i relation till befolkningen i stort. Då kan vi konstatera att inga absoluta undanträngningseffekter ägt rum för flertalet av de vårdbehövande grupperna efter införandet av vårdval. Undantaget som noteras är patienter i Stockholm och Östergötland med en demensdiagnos, vilket sannolikt kan förklaras av att de p.g.a. sjukdomens framskridande erhåller sin vård vid vårdhem eller andra institutioner. För samtliga vårdbehövande grupper ligger vårdutnyttjandet helt naturligt på en betydligt högre nivå än för befolkningen i stort i samtliga tre landsting. Den ökade tillgängligheten med allt fler mottagningar, och ökningen av vårdkontakter har således tillfallit både vårdbehövande och befolkningen i stort. Flertalet individer har fått ett ökat vårdutnyttjande utan att det har gått ut över andra grupper.

… men den relativa fördelningen har utvecklats olika

När det gäller den relativa fördelningen noterar vi skillnader såväl mellan sjukdomsgrupper som mellan landstingen. Den största skillnaden föreligger mellan Skåne och de andra två landstingen, där andelen vårdutnyttjande i Skåne minskar för vårdbehövande i jämförelse med befolkningen i stort för respektive åldersgrupp. Detta stöds delvis av resultaten från patientenkäten där en större andel av patienter med stort vårdbehov i Skåne, i jämförelse med Stockholm och Östergötland, angav att tillgängligheten försämrats efter införandet av vårdval. Detta kan tolkas som en undanträngning när det gäller förändringen i relativa termer, där dock vårdbehövande fortfarande har ett klart högre vårdutnyttjande. Dessa resultat motsägs delvis av att Skåne uppvisar en ökning av andelen besök med ”svåra” diagnoser i förhållande till dem med ”lätta” diagnoser. Här kan emellertid diagnosregistrering med ersättningsberättigad ACG-registrering ha påverkat fördelningen mellan ”lätta” och ”svåra” diagnoser.

Mönstret skiljer sig även åt mellan de olika vårdbehövande grupperna där framförallt demensgruppen i Stockholm och Östergötland uppvisar en minskning i förhållande till befolkningen i stort. Som framhållits tidigare är utvecklingen för gruppen beroende av hur primärvårdskontakterna är utformade för patienter med demens. Mot bakgrund av att studien är baserad på en kohort som följs över tid har andelen individer med institutionsboende och andra vårdformer ökat. Här finns såväl skillnader mellan landstingen som förändringar över tid där primärvårdskontakter i vissa fall skötts av primärkommuner, i andra fall i olika typer av boendeformer eller av primärvårdsmottagningar. Även registreringen av vårdkontakter för demensgruppen kan variera utifrån dessa skillnader. Vi anser därför att alltför långtgående slutsatser inte kan dras på de data som redovisas för gruppen utan här behövs mer detaljerad analys.

Även för astmagruppen visar befolkningen i stort, förutom i Östergötland, en större ökning än de vårdbehövande. I Stockholm och Östergötland uppvisar diabetes- och KOL-patienter en större ökning än befolkningen i stort, medan motsatsen gäller i Skåne. För den vårdtunga gruppen, baserad på vissa diagnoser, har dessa en större ökning än befolkningen i Östergötland, medan inga större skillnader kan ses i Stockholm. I Skåne ökar befolkningens konsumtion mer än för de vårdtunga.

För enskilda vårdkontakter noteras skillnader …

Det generella vårdutnyttjandet bygger på en viktning av olika typer av besök inom primärvården. I viktningen ingår besök vid mottagning och hemmet av

läkare respektive sjuksköterskor. Ser vi till utvecklingen av dessa besökstyper separat noteras större skillnader mellan landstingen. För utvecklingen av läkarbesök på mottagning uppvisar samtliga tre landsting en större ökning för befolkningen i stort i jämförelse med vårdbehövande. I Östergötland minskar även antalet läkarbesök på mottagning i absoluta termer för vårdbehövande. Å andra sidan uppvisar samtliga landsting en ökning av läkarbesök i hemmet som är betydligt större för de vårdbehövande än befolkningen i stort, där dessa besök minskar.

Ett resultat i rapporten är att läkarbesök vid mottagning ökat mer för befolkningen i stort i jämförelse med flertalet vårdbehövande grupper. Läkarbesök vid mottagning har en stor volym. Utvecklingen kan vara problematisk om det är så att vårdgivare för vissa tjänster på marginalen satsar på grupper med mindre vårdbehov och undviker personer med stora vårdbehov. Mot bakgrund av att de vårdbehövande fortfarande ligger på en klart högre nivå kan utvecklingen samtidigt vara ett tidigare tillgänglighetsproblem för besök hos läkare för befolkningen i stort som nu minskat med den ökade tillgängligheten. Den ur internationellt perspektiv låga besöksfrekvensen inom primärvården i Sverige kan ge stöd för en sådan tolkning. Utvecklingen av mottagningsbesök ska dock ses i samband med den tydliga ökningen av läkarbesök i hemmet för patientgrupper med stora vårdbehov.

… som kan bero på landstingens tradition och mönstret för vårdutnyttjande före vårdval

Det föreligger relativt stora skillnader mellan landstingen när det gäller nivån på utnyttjandet av vissa vårdtjänster. I Stockholm ligger antalet läkarbesök per invånare högt, medan Östergötland har motsvarande högre nivå för besök hos sjuksköterskor. Dessa skillnader kan dock varken kopplas till införandet av vårdval eller till skillnader i utformningen av vårdvalsreformerna. Det ligger nära till hands att t.ex. koppla ersättningssystemets utformning till den högre nivån av läkarbesök i Stockholm. Den huvudsakliga förklaringen är dock att Stockholm under en lång tid även före vårdvalsreformens införande låg på en hög nivå för läkarbesök. Östergötland har däremot under lång tid haft en hög nivå för sjuksköterskebesök.

Ett huvudresultat i rapporten, som inte uppmärksammats i tidigare studier, är att skillnaderna mellan de studerade landstingen sannolikt till stor del förklaras av skillnader i vårdmönstret, som fanns före vårdvalsreformens införande. Det gäller både mönstret för vårdutnyttjandet och styrmekanismer som ersättningssystem och möjligheter till valfrihet. Korta avstånd och tätbefolkade

områden ökar förutsättningarna för konkurrens, främst i Stockholm, men även i Skåne. Utbudet av allmänläkare är också en faktor som under en längre period påverkat nivån på antalet läkarbesök per invånare. I Östergötland har landstinget under en längre tid satsat på att bygga upp sjuksköterskemottagningar för personer med diabetes och astma. Ett problem är att det inte finns någon statistik över antalet läkare och sjuksköterskor med olika kompetens. Denna skulle kunna användas för att förklara skillnader i utbud av tjänster och strukturen av primärvården mellan landstingen.

Det är ingen enkel uppgift att metodologiskt och normativt bedöma vilka besöksnivåer som är förenliga med vertikal rättvisa mellan olika behovsgrupper, dvs. hur de med större behov ur olika aspekter ska prioriteras före andra. Resultatet att vårdutnyttjandet pekar på vikten av att vidare analysera om vården på marginalen eventuellt undviker personer med stora vårdbehov, eller om det är så att det tidigare funnits ett omfattande tillgänglighetsproblem i befolkningen.

Ersättningssystemens roll är inte uppenbara …

Ersättningssystemen inom vårdvalsmodellerna har utformats på olika sätt av respektive landsting. Det är en omdiskuterad fråga hur ersättningen påverkar vårdutnyttjandet och vilken mix av ersättningsformer som är optimal. Ersättningen handlar dels om fördelningen och konstruktionen av fast respektive rörlig ersättning för primärvårdsutnyttjandet, dels om ersättning i form av bonus och/eller sanktioner för utnyttjandet av övrig vård, medicinsk service och läkemedel. Bonus och sanktioner kan även utgå från vissa kvalitetsindikatorer.

Vid en jämförelse mellan landstingens vårdvalsmodeller föreligger många likheter när det gäller etableringsfrihet, auktorisation, valfrihet och listning. Detta är naturligt då den fria etableringen och valfriheten till stor del styrs av lagstiftningen. Den stora skillnaden avser ersättningssystemet där landstingen har stora möjligheter att utforma systemet på egen hand. Stockholm har, i relation till övriga landsting, en stor andel rörlig ersättning baserad på besökstyper, i sin tur differentierade efter yrkeskategori, typ av besök, medverkan av tolk m.m. För Stockholms del uppgår den rörliga ersättningen baserad på besökstyper till ca 60 procent medan den är mindre än 20 procent för de övriga landstingen. Stockholm, men även Skåne, hade en relativt stor andel rörlig ersättning åren före införandet av vårdval.

Den fasta ersättningen per listad individ är också annorlunda utformad. I Stockholm viktas denna utifrån åldern på de listade individerna vid varje mottagning. I Östergötland används ålder och inkomstförhållandena i mottagning-

ens geografiska område som underlag för ersättningen. För Skånes del baseras ersättning på indikatorer över individuell sjuklighet och socioekonomiska förhållanden hos den listade befolkningen. Samtliga landsting ger på marginalen en mindre ersättning för uppfyllelse av olika kvalitets- och delmål.

När det gäller ersättningen i form av bonus och sanktioner för utnyttjande av övrig vård och service har mottagningarna i Skåne och Östergötland starkare ekonomiska incitament att premiera besök och andra vårdinsatser på den egna mottagningen för de listade individerna, då en större andel av ersättningen är knuten till mottagningens s.k. täckningsgrad.

Utifrån de huvudsakliga ersättningsprinciperna finns således ett starkare incitament i Stockholm att producera besök, medan Skåne och Östergötland har ett starkare incitament att undvika besök utanför primärvården. Skillnaden i incitamentsstruktur behöver dock inte vara stora då principen om täckningsgrad även ger incitament till fler besök i primärvården. Den ersättning som utgår för god täckningsgrad i Skåne skiljer inte heller på innehållet i olika typer av tjänster. Det finns emellertid en risk med enhetlig prestationsersättning i såväl besöksersättning som täckningsgrad, nämligen att mer vårdkrävande patienter själva väljer att gå till eller remitteras till sjukhus– och specialistvård.

Besöksökningen för främst läkarbesök är också större i Stockholm än i de övriga två landstingen, vilket är i linje med att prestationsersättningens andel ökat något i samband med reformen. Att ersättningssystemet kan ha haft en effekt i detta avseende understöds av att läkarbesöken fortsatt att öka trots att antalet besök per individ – ur ett riksperspektiv – var högt redan före reformens införande. I ett internationellt perspektiv är dock vårdutnyttjandet fortfarande lågt, även ur ett nordiskt perspektiv. Differentieringen mellan ersättningen till läkare och sjuksköterskor, där ersättningen till läkare ges en större vikt, är även i linje med att antalet läkarbesök gått upp medan antalet kontakter hos sjuksköterskor varit relativt konstant.

Den lägre nivån på besöksökningen i Östergötland är även förväntad. Vårdcentralerna har via en ersättning som till övervägande del baseras på antalet listade svagare incitament att producera vårdkontakter. I Östergötland finns inte heller den ökning av antalet privata vårdgivare som skett i Stockholm och Skåne. Skillnaderna mellan utveckling av vårdkontakterna bland läkare och sjuksköterskor är därtill väsentligt mindre än i Stockholm. I Östergötland ökar antalet sjuksköterskebesök sammantaget något mer än läkarbesöken. En förklaring till den jämnare utvecklingen kan vara att ersättningen inte differentierats mellan läkare och sjuksköterskor.

Ökningen av samtliga kontakter i Skåne kan i relation till de andra två landstingen inte spåras till starka incitament att producera kontakter, då Skåne sak-

nar en direkt besöksrelaterad ersättning. En relativt likartad utveckling mellan läkar- och sjuksköterskebesök är också i linje med att de ekonomiska incitamenten för att producera olika typer av besök inte förändrats i samband med vårdvalet. Däremot kan en del av ökningen delvis relateras till att den så kallade täckningsgraden har betydelse, dvs. att en viss tillgänglighet i form av besök måste garanteras för befolkningen, annars reduceras ersättningen till vårdenheten. Samtidigt kan vi konstatera att ersättning baserad på täckningsgrad i Skåne och Östergötland inte lett till en omfördelning av besök från specialist- och sjukhusvård i jämförelse med Stockholm. I samtliga landsting ökar även besöken vid främst sjukhusen, medan besök hos privata specialister minskar i alla tre landstingen.

Vad gäller ersättningssystemens påverkan på konsumtionen för olika behovsgrupper, och särskilt patientgrupperna med stora vårdbehov i relation till befolkningen, är det svårt att göra några entydiga bedömningar. Å ena sidan medför ersättningssystemens utformning i Östergötland och Skåne att resursutrymmet för att bl.a. behandla de med vårdbehövande diagnoser är större bland mottagningar med en tyngre patientmix. Där har utformningen tagit hänsyn till den befintliga sjukdomsbilden och de socioekonomiska förhållandena i den listade befolkningen. Å andra sidan är ersättningen inte kopplad till produktionen av besök eller vårdkontakter.

För Stockholms del är istället ersättningssystemet relativt neutralt i förhållande till sjukdomsbilden hos dem som listar sig och besöker olika mottagningar, medan vårdgivarna är mer ekonomiskt beroende av att producera besök. Det är därför inte möjligt att från teoretisk synvinkel fastslå i vilken riktning modellerna påverkar besöksutvecklingen för olika behovsgrupper. Den observerade besöksutvecklingen bland vårdtunga grupper och övrig befolkning indikerar också att en relativt likartad konsumtionsutveckling för olika behovsgrupper är förenligt med delvis olika modellutformningar och skilda val av tyngdpunkter i ersättningssystemet. Det är inte från studiens utformning möjligt att fastslå i vilken grad ersättningssystemen påverkat utvecklingen i respektive landsting. Vi får nöja oss med att diskutera hur väl resultaten överensstämmer med dem man kan förvänta sig utifrån landstingens skilda vägval i detta hänseende.

En central fråga är om ersättningen ska differentieras mellan patienter med lättare och tyngre vårdbehov. Detta kan ske genom förändringar av den fasta eller den rörliga ersättningen. De två avgörande ersättningsformerna är den fasta ersättningen, kapiteringen, baserad på ålder, socioekonomi och andra behovsvariabler och samt den rörliga prestationsersättningen för olika typer av besök och vårdkontakter.

En möjlighet att tillföra mer resurser till individer med större vårdbehov är

att revidera den rörliga prestationsersättningen för att ge ytterligare incitament att behandla individer med krävande och komplexa sjukdomar och behov. Detta kan ske genom viktning av besök och vårdkontakter i likhet med DRG-systemet i den öppna specialiserade vården. Det andra alternativet bygger på den princip som används i Skåne och Östergötland där olika behovsindikatorer vid sidan av åldersfaktorn införs i kapiteringen.

En form som blivit allt vanligare internationellt är att kombinera rörlig och fast ersättning. Enligt internationell litteratur är fördelen med en kombination att det ger möjligheter att fånga de positiva effekterna och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningssystem. En renodlad kapitering är bra från kostnadskontrollsynpunkt och fördelningsperspektiv, medan incitament saknas till hög produktivitet och tillgänglighet (Docteur & Oxley 2003). En renodlad prestationsersättning leder ofta till problem med kostnadskontroll, men ger samtidigt incitament till en hög produktivitet (Krasnik m.fl. 1990, Iversen & Lurås 2000). Det finns dock en stor osäkerhet kring hur en optimal kombination mellan en grundersättning och rörlig ersättning ska utformas. Införandet av nya ersättningsprinciper är ingen engångsåtgärd utan kräver kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

… även effekter av ökad konkurrens

Vi kan konstatera att även om det föreligger skillnader i ersättningsprinciper och incitamentsstruktur mellan vårdvalsmodellerna är resultaten inte entydiga. Både Skåne och Stockholm med olika ersättningsprinciper uppvisar ett ökat vårdutnyttjande för såväl vårdbehövande som befolkningen i övrigt. Vid sidan av både tidigare traditioner med vårdutnyttjande och nya ersättningsprinciper innebar införandet av vårdval även fri etablering och valfrihet för medborgarna att välja vårdgivare. Även om ersättningssystemen varit föremål för en intensiv diskussion är införandet av konkurrens med fri etablering och valfrihet en minst lika viktig faktor. Sedan införandet av vårdvalsreformen har antalet mottagningar inom primärvården ökat med omkring 20 procent (Konkurrensverket 2012). Även om inslaget av privata aktörer var relativt stort i vissa landsting, var denna etablering baserad på offentlig upphandling. Inslaget av privata vårdgivare är även beroende av hur landstingen hanterade avskaffandet av den s.k. husläkarreformen där vissa landsting accepterade listning och viss konkurrens även efter reformens avskaffande.

Förutsättningarna för konkurrens med den fria etableringen och medborgarnas valfrihet påverkas även av marknadsförutsättningar. Det är exempelvis välkänt i den vetenskapliga litteraturen att förändringar i vårdutbudet har

stor betydelse för konsumtionsutvecklingen. I Stockholm och Skåne fanns sedan tidigare flera privata mottagningar samtidigt som det har skett betydande nyetableringar av mottagningar, mot att utbudet i Östergötland varit relativt konstant. Att familjeläkare som varit anslutna till den nationella taxan gått över till vårdvalssystemet i Skåne och Stockholm har också ökat vårdutbudet i dessa landsting. En möjlig förklaring i landsting som Östergötland är även svårigheter att rekrytera läkare till mindre tätbefolkade områden. Detta är förmodligen mer markant i mer glesbefolkade landsting i Sverige.

För Skåne och Stockholm kan vi även konstatera att de vårdbehövandes besök uppvisar en liknande fördelning mellan offentliga och privata mottagningar som befolkningen i stort. Det kan tolkas som att ägarformerna på utbudssidan inte diskriminerar mot de vårdbehövande. För båda grupperna är utvecklingen mot fler besök i den privata vården likartad. I Stockholm undersöktes även listningens fördelning mellan offentliga och privata mottagningar vilket kan ses som en indikation på efterfrågan, dvs. om vårdbehövande och befolkningen i stort väljer olika med hänsyn till ägandeform. Resultaten visar inte någon större skillnad mellan grupperna vilket kan tolkas som att vårdbehövande inte uppfattar att deras behov tillgodoses olika beroende på ägarform.

AVSLUTANDE SYNPUNKTER

De jämförelser som gjorts i studien mellan patienter med stora vårdbehov och befolkningen som helhet visar att den generella utvecklingen med förbättrad tillgänglighet och ökat vårdutnyttjande tillfallit flertalet grupper. Det föreligger inte några absoluta undanträngningseffekter för flertalet av de vårdbehövande grupperna efter införandet av vårdval. Ett undantag är gruppen med dementa patienter där dock vård vid olika institutioner kan förklara utvecklingen. Den relativa fördelningen visar dock på skillnader mellan landstingen och i viss mån mellan grupper. De skillnader som finns mellan landstingen kan inte endast kopplas till skillnader i ersättningssystem utan även marknadsförutsättningar och andra faktorer är viktiga att beakta. Förklaringar till skillnader mellan landstingen samt skillnader mellan olika vårdtjänster bör belysas ytterligare. Även patienternas egna uppfattningar om tillgänglighet visar inga tecken på diskriminering eller undanträngning av vårdbehövande grupper efter vårdvalsreformernas införande. Däremot finns skillnader mellan socioekonomiska grupper i uppfattning om vårdvalsreformerna, vilket bör belysas ytterligare.

Referenser

Allin, S.Hernández-Quevedo, C. Masseriena, C. (2009). Measuring equity of access to health care. In performance measurement for health system improvement, eds. Smith. P. m.fl. European Observatory on health Systems and Policies, Cambridge University Press 2009

Andersson, F. (2002). Konkurrens på kommunala villkor. Svenska kommunförbundet, Stockholm

Anell, A. Glenngård, A H. Merkur, A. (2012a). Health system in transition: Sweden. European Observatory on health Systems and Policies 2012:14;5

Anell, A. Nylinder, P. Glenngård, A. (2012b). Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Sveriges Kommuner och Landsting 2012

Barnum, H. Kutzin, J. Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. Departement of Human Capital and Operations Policy at The World Bank, Working paper, No. 51

Burström, B. (2008). Vårdval – evidens och effekter för vård på lika villkor? Läkartidningen 2008:105;43

Carlsen, B. Norheim, OF. (2003). Introduction of the patient-list system in general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care 21: 209–213

Carlsen, F. Grytten, J. (1998). More pshysicians: improved availability or induced demand? Health Economics 7: 495–508

Cooper, ZN. McGuire, A. Jones, S. Le Grand, J. (2009). Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study. British Medical Journal, 2009 Sep 3;339:b3264

Croxson, B. Propper, C. Perkins A. (1991). Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. Journal of Public Economics 79: 375–398

Docteur, E. Oxley, H. (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers 2003(9)

Flerbaey, M. Schokkaert, E. (2011). Equity in health and health care. Discussion paper 2011/26. Center for Operations Research and Econometrics. Belgium

Glenngård, A H. Anell, A. (2012). Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Ekonomihögskolan, Lunds Universitet, KEFU-rapport

Gosden, T. Forland, F. Kristiansen, IS. m.fl. (2001). Impact of payment method on behaviour of primary care physicians. Journal of Health Services Research and Policy 6(1): 44–55

Goddard, M. Smith, P. (2001). Equity and access to health care services: Theory and evidence from the UK. Social Science & Medicine. 2001:53;1149–1162

Gress, SD. Delnoij, D. Groenewegen, P. (2001). Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives. In Primary care in the driver's seat? Saltman, R., m.fl. (eds.). Open University Press

Hälso- och sjukvårdslag 1982:763

Iversen, T. Lurås, H. (2006). Capitation and incentives in primary care. In The Elgar companion to Health Economics, Jones A.M (eds). Elsevier

Iversen, T. Lurås, H. (2000). The effect of capitation on GPs' referral decisions. Health Economics, 9(3), 199–210.

Jacobsson, F. (2007). Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. CMT Rapport 2007:2, Linköpings universitet, Linköping

Janlöv, N. Rehnberg, C. (2011). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010. Rapport nr 2011:15, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm

Janlöv, N. (2010). Measuring Efficiency in the Swedish Health Care Sector – Levels, Trade-offs and Determinants. Lunds Universitet: Nationalekonomiska institutionen; 2010.

Konkurrensverket (2012). Val av mottagning. Rapport 2012:2

Konkurrensverket (2011). Inträdeshinder för privata vårdcentraler. 2011:4

Krasnik, A. Groenewegen, PP. Pedersen, PA. von Scholten, P. Mooney. G. Gottschau, A. m.fl. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. British Medical Journal 1990;300(6741):1698{701.

Lindström, K. (2012). Vad utmärker nya vårdcentraler jämfört med äldre? Utvärdering av vårdvalsreformen i landstinget i Jönköpings län. Primärvårdens FoU-enhet 2012:1

Lurås, H. (2004). General Practice. Four Empirical Essays on GP behaviour and Individuals' Preferences for GPs'. Working Paper 2004:1. Health Economics Research Programme (HERO), University of Oslo

OECD Health Data 2012 (2012). www.oecd.org

Paulsson, G. (2009). Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2008. Rapport, Lunds universitet, Lund

Rehnberg, C. Sveréus, S. (2012). Nyetablering och listning inom Vårdval husläkarverksamhet i Stockholms läns. Medical Management Centre, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet.

Rehnberg, C. Janlöv, N. Khan, J. Lundgren, J. (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Rapport nr 2010:12, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm

Rice, T. (2006). The physician as the patient's agent. In The Elgar companion to Health Economics, Jones A.M (eds.). Elsevier

Saltman, R. m.fl. (2006). Primary Care in the Driver´s seat? Organizational Reform in European Primary Care. Berkshire: Open University Press; 2006

Socialstyrelsen (2012). Nationell datainsamling i primärvården. www.socialstyrlesen.se, mars, 2012

SOU 2003:88. Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn. Finansdepartementet

Sveriges Kommuner och Lansting (SKL). (2012–2007). Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011–2006

Sutton, M. (2002). Vertical and horizontal aspects of socioeconomic inequiy in general practioner contacts in Scotland. Health Economics, 2002:11;537–549

van Dijk, CE. (2012). Changing the GP payment system. Do financial incentives matter? Tilburg University, The Netherlands; 2012

van Dooslaer, E. Masserina, C. Koolman, X. m.fl. (2006). Inequalities in access to medical care by income in develop countries. CMAJ January 17, 2006 vol. 174 no. 2

Wagstaff, A. van Doorslaer, E. (2000). Equity in health and health care finance delivery. Chapter 34 In Handbook of Health Economics, Volume 1. Eds. Culyer, A.J., Newhouse, J.P. 2000 Elsevier

Winblad, U. Isaksson, D. Bergman, P. (2012). Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvården. En kartläggning av kunskapsläget. Myndigheten för Vårdanalys, Rapport 2012:2

World Health Organisation (WHO) (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008

Zielinski, A. Håkansson, A. Beckman, A. Halling, A. (2011.) Impact of comorbidity on the individual's choice of primary health care provider. Scand J Prim Health Care. 2011 Jun;29(2):104–9.

Bilaga I
Undersökning av patientupplevelse mellan vårdbehövande och övrig befolkning

SCREENINGFRÅGOR PATIENTPANEL – PERSONER MED VÅRDBEHÖVANDE DIAGNOS:

Screeningfråga 1

Har du bott inom Stockholms län från och med 2007 och framåt?
Har du bott inom Region Skåne från och med 2008 och framåt?
Har du bott inom Östergötlands län från och med 2008 och framåt?
1 Ja
2 Nej – **Avsluta**

Screeningfråga 2

SLL: Har du besökt en mottagning i primärvården både före och efter att vårdvalsreformen genomfördes 1 januari 2008?
Region Skåne: Har du besökt en mottagning i primärvården både före och efter att hälsovalsreformen genomfördes 1 maj 2009?
Östergötland: Har du besökt en mottagning i primärvården både före och efter att vårdvalsreformen genomfördes 1 september 2009?
1 Ja
2 Nej – **Avsluta**
3 Vet ej – **Avsluta**

Screeningfråga 3

Har du en sjukdomsdiagnos som kräver att du har minst en vårdkontakt per år med en läkare på mottagning i primärvården?
1 Ja
2 Nej – **Avsluta**
3 Vet ej – **Avsluta**

Screeningfråga 4

Vilken eller vilka av följande sjukdomsdiagnoser behandlas/sköts du för av din läkare på mottagning i primärvården?
*Notera att **du ska inte** fylla i en diagnos om du sköts för den av annan läkare än läkaren på mottagningen.*

Följande av mina sjukdomar sköts av min mottagningsläkare:
- Astma
- Benskörhet/osteoporos
- KOL – Kroniskt obstruktiv lungsjukdom
- Diabetes typ 2
- Högt blodtryck
- Höga blodfetter/hyperlipidemi
- Psoriasis
- Reumatism eller psoriasisartrit
- Långvarig smärta eller värk
- Ingen av ovanstående sjukdomar behandlas av min mottagningsläkare – **Avsluta**
- Jag har ingen av ovanstående sjukdomar – **Avsluta**

SCREENINGFRÅGOR VANLIGA PANELEN – PERSONER MED ICKE VÅRDBEHÖVANDE DIAGNOS:

Screeningfråga 1

Har du bott i Stockholms län från och med 2007 och framåt?
Har du bott inom Region Skåne från och med 2008 och framåt?
Har du bott inom Östergötlands län från och med 2008 och framåt?
1 Ja
2 Nej – **Avsluta**

Screeningfråga 2

SLL: Har du besökt en mottagning i primärvården både före och efter att vårdvalsreformen genomfördes 1 januari 2008?
Region Skåne: Har du besökt en mottagning i primärvården både före och efter att hälsovalsreformen genomfördes 1 maj 2009?
Östergötland: Har du besökt en mottagning i primärvården både före och efter att vårdvalsreformen genomfördes 1 september 2009?
1 Ja
2 Nej – **Avsluta**
3 Vet ej – **Avsluta**

Screeningfråga 3

Har du en sjukdomsdiagnos som kräver att du har minst en vårdkontakt per år med en läkare på mottagning i primärvården?
1 Ja
2 Nej – **Avsluta**
3 Vet ej – **Avsluta**

ENKÄTFRÅGOR TILL VÅRDBEHÖVANDE GRUPP OCH ÖVRIG BEFOLKNING

Frågorna som följer gäller dina kontakter med primärvården t.ex. läkare på mottagning (dvs. INTE dina kontakter med sjukhus).

I följande frågor vill vi att du bedömer hur du upplever att ditt behov av sjukvård inom primärvården tillgodosetts före och efter vårdvalets/hälsovalets införande. Vi ber dig således att minnas hur det var före denna vårdvalsreform och jämföra med hur det är idag.

Fr1

Hur bedömer du att mottagningens tillgänglighet (kan gälla telefon, e-post, personligt besök) har förändrats efter vårdvalets införande?

Tillgängligheten är....

- mycket bättre än tidigare
- något bättre än tidigare
- varken bättre eller sämre än tidigare
- något sämre än tidigare
- mycket sämre än tidigare

- Vet ej

Fr2

Hur anser du att väntetiderna till besök hos läkare i primärvården/på mottagningen har förändrats efter vårdvalets införande?

Väntetiderna till besök hos läkare är ...

- mycket kortare än tidigare
- något kortare än tidigare
- oförändrade
- något längre än tidigare
- mycket längre än tidigare

- Vet ej

Fr3

Hur anser du att väntetiderna till besök hos sjuksköterska i primärvården/på mottagningen har förändrats efter vårdvalets införande?

Väntetiderna till besök hos sjuksköterska är ...

- mycket kortare än tidigare
- något kortare än tidigare
- oförändrade
- något längre än tidigare
- mycket längre än tidigare

- Ej aktuell, har inte haft sjuksköterskekontakt
- Vet ej

Fr4

Hur upplever du mottagningens tillgänglighet per telefon efter vårdvalets införande?

Tillgängligheten per telefon är …
- mycket bättre än tidigare
- något bättre än tidigare
- varken bättre eller sämre än tidigare
- något sämre än tidigare
- mycket sämre än tidigare

- Vet ej

Fr5

Hur väl har ditt behov av sjukvård tillgodosetts vid besök hos läkare i primärvåden efter vårdvalets införande?

Mitt behov av sjukvård hos läkare i primärvården har tillgodosetts…
- mycket bättre än tidigare
- något bättre än tidigare
- varken bättre eller sämre än tidigare
- något sämre än tidigare
- mycket sämre än tidigare

- Vet ej

Fr6

Hur väl har ditt sjukvårdsbehov tillgodosetts vid besök hos sjuksköterska i primärvåden efter vårdvalets införande?

Mitt behov av sjukvård hos sjuksköterska i primärvården har tillgodosetts…
- mycket bättre än tidigare
- något bättre än tidigare
- varken bättre eller sämre än tidigare
- något sämre än tidigare
- mycket sämre än tidigare

- Ej aktuell, har inte haft sjuksköterskekontakt
- Vet ej

Fr7

Hade du en fast vårdkontakt, exempelvis läkarkontakt på mottagning i primärvården, för dina medicinska behov innan vårdvalets införande?

- Ja – **Gå till fr 9**
- Nej
- Vet ej

Fr8

Har du etablerat en fast vårdkontakt, exempelvis läkarkontakt på mottagning i primärvården, för dina medicinska behov efter vårdvalets införande?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Fr9

Hur upplever du att personalens kännedom om ditt medicinska tillstånd har förändrats efter vårdvalets införande?

Personalens kännedom om mitt medicinska tillstånd är …

- mycket bättre än tidigare
- något bättre än tidigare
- oförändrat jämfört med tidigare
- något sämre än tidigare
- mycket sämre än tidigare

- Vet ej

Fr10

Hur upplever du den avsatta tiden för ditt besök i primärvården efter vårdvalets införande?

- Tillräcklig i större utsträckning
- Otillräcklig i större utsträckning
- Oförändrad

- Vet ej

Fr11

Upplever du att det har blivit lättare eller svårare att få träffa den personalkategori du önskar vid besök i primärvården, dvs. t ex läkare eller sjuksköterska, efter vårdvalets införande?

- Det är lättare än tidigare
- Det är svårare än tidigare
- Oförändrat jämfört med tidigare

- Vet ej

Fr12

Upplever du att det att det krävs fler besök hos läkare och/eller sjuksköterska för att tillgodose dina medicinska behov efter vårdvalets införande?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Fr13

Vilket är ditt helhetsintryck av primärvåden efter vårdvalets införande?

- Bättre än tidigare
- Sämre än tidigare
- Oförändrat jämfört med tidigare

- Vet ej

Fr14

Har du bytt vårdgivare i primärvåden efter vårdvalets införande (t ex bytt mottagning)?

- Ja
- Nej – **Gå till fr 16**

Fr15

Varför har du bytt vårdgivare efter vårdvalets införande?
Det finns möjlighet att svara fler alternativ

- Det har öppnat en ny mottagning som ligger bättre till geografiskt
- Jag var inte nöjd med tillgängligheten på min tidigare mottagning
- Jag var inte nöjd med bemötandet på min tidigare mottagning
- Jag var inte nöjd med vårdkvaliten på min tidigare mottagning
- Jag var inte nöjd med informationen (tex om vårdbehov, tillstånd/sjukdom, behandling) på min tidigare mottagning
- Annat skäl än ovan

Fr16

Vilka tre av nedanstående faktorer anser du är viktigast vid ditt val av mottagning?
Markera det som är viktigast först, därefter det näst viktigaste och slutligen det tredje viktigaste.

- geografisk närhet
- bekanta har rekommenderat
- bemötandet från personalen
- jämförande statistik om medicinsk kvalitet och/eller patientnöjdhet mellan mottagninger
- öppettider
- personalens kompetens
- vårdgivarens rykte

Fr17

Vad tycker du om att ha möjligheten att få välja vårdgivare i primärvården?

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

Bilaga II
Frågeformulär från Vårdanalys gällande möjligheter att följa upp vårdkonsumtion i primärvården

1. Har landstinget/regionen tillgång till patientadministrativa data/register som gör det möjligt att följa vårdkonsumtionen på individnivå inom primärvården? (Med vårdkonsumtion avses information om antalet besök och kontakter hos olika vårdgivare och personalkategorier)
   Svarsalternativ:
   Om ja, ange för vilka år denna information finns tillgänglig?
   Nej

2. Har landstinget/regionen möjlighet att koppla samman individbaserade register över vårdkonsumtion inom primärvården med information om:

Diagnos	Om ja, för vilka år:
Kostnad per patient (KPP)	Om ja, för vilka år:
Sjukhus- och specialistvård	Om ja, för vilka år:

3. Vilken täckningsgrad har idag diagnosregistreringen inom primärvården respektive inom den specialiserade vården?

4. Har landstinget/regionen idag tillgång till bakgrundsfaktorer på individnivå, exempelvis över utbildning och inkomst, som ni kan koppla samman med patientadministrativa data över vårdkonsumtion inom primärvården.
   Svarsalternativ:
   Ja
   Nej

5. Arbetar landstinget/regionen aktivt med att utveckla databaser/register där ni kopplar samman information om vårdkontakter, individuella bakgrundsfaktorer, diagnoser, medicinska resultat m.m. på individnivå inom primärvården?
   Svarsalternativ:
   Ja
   Nej

6. Förekommer skillnader i registrering av vårdkontakter, exempelvis via besök och telefon, mellan privata och offentliga vårdgivare inom primärvården.
   Svarsalternativ:
   Om ja, förklara vilka skillnader.
   Nej

7. Genomför landstinget/regionen kontinuerliga revisioner av enheternas besöksrapportering?
   Svarsalternativ:
   Ja
   Nej

8. Gör landstinget/regionen egna mätningar av vårdens tillgänglighet i primärvården vid sidan av nationella undersökningar?
   Svarsalternativ:
   Om ja, för vilka år?
   Nej

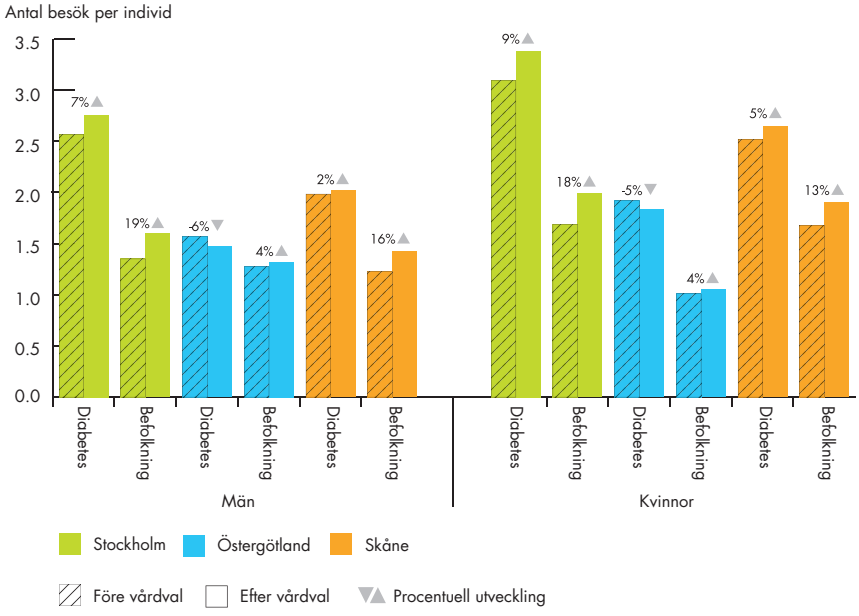
9. Genomför landstinget/regionen egna patientenkätsundersökningar vid sidan av nationella undersökningar?
   Svarsalternativ:
   Om ja, för vilka år?
   Nej

10. Genomför landstinget/regionen egna analyser av vårdens jämlikhet inom primärvården baserade på register innehållande information om individuella bakgrundsfaktorer och vård-konsumtion?
    Svarsalternativ:
    Om ja, för vilka år?
    Nej

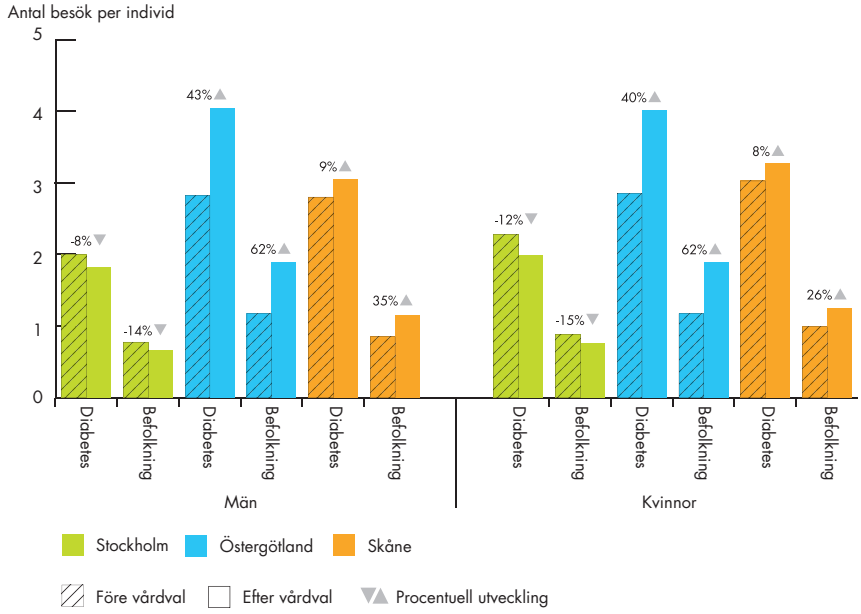
11. Har landstinget/regionen lagt ut uppdrag på externa uppdragsgivare, exempelvis forskare eller konsultföretag, att studera vårdkonsumtionen i primärvården på individnivå?
    Svarsalternativ:
    Ja
    Nej

Appendix

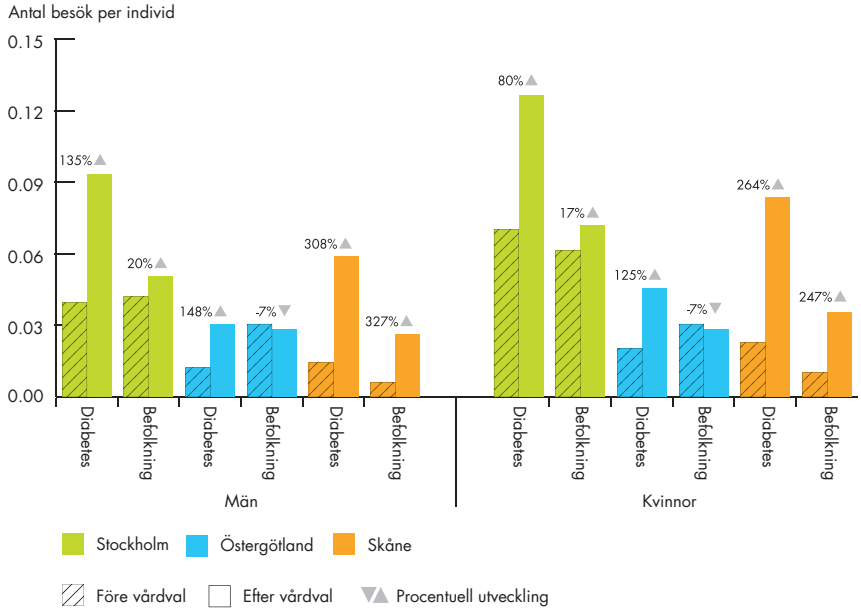
Figur 15.1. Läkarbesök på mottagning för patienter med diabetes och befolkning 45–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



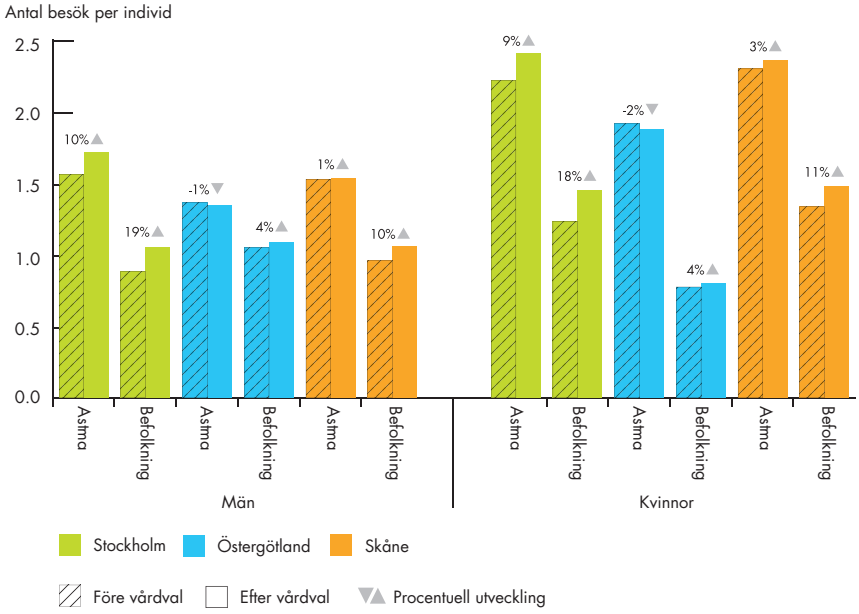
Figur 15.2. Sjuksköterskebesök på mottagning för patienter med diabetes och befolkning 45–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



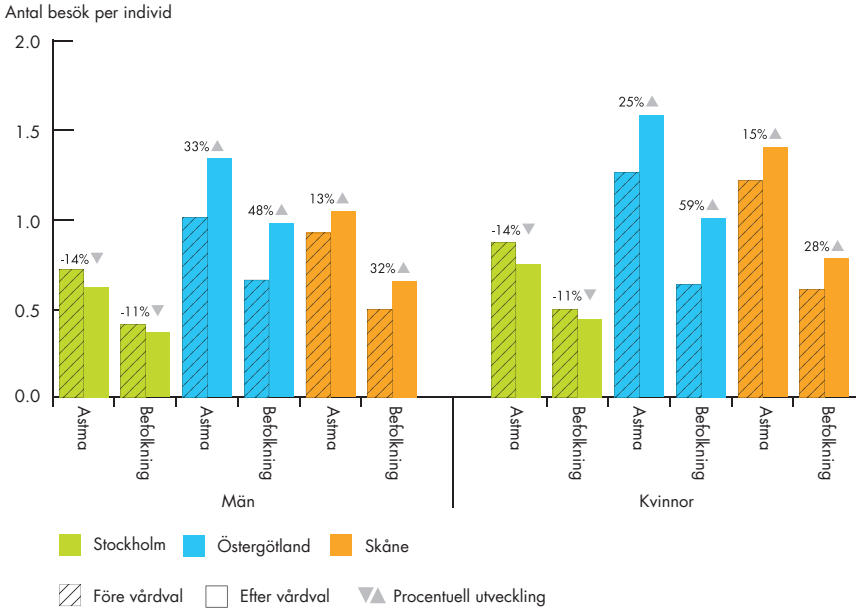
Figur 15.3. Läkarbesök i hemmet för patienter med diabetes och befolkning 45–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



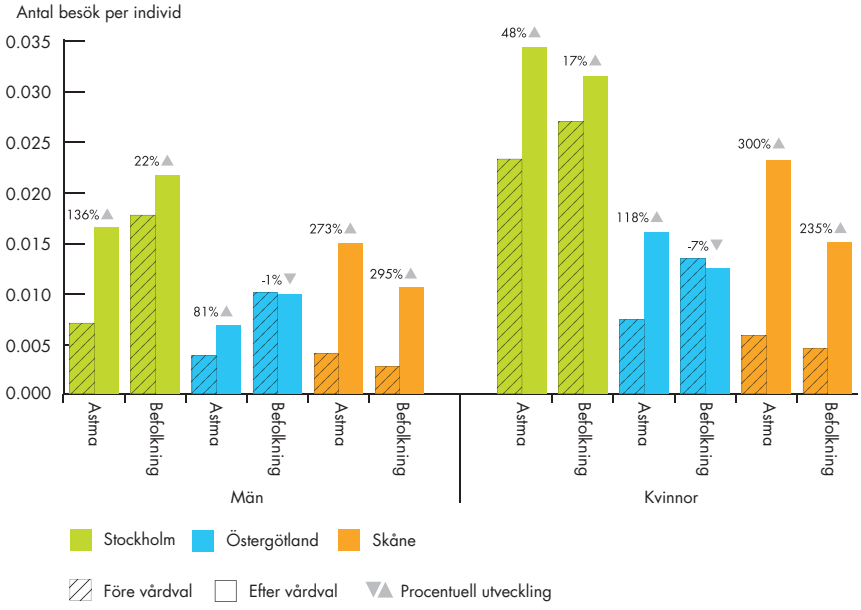
Figur 15.4. Läkarbesök på mottagning för patienter med astma och övrig befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



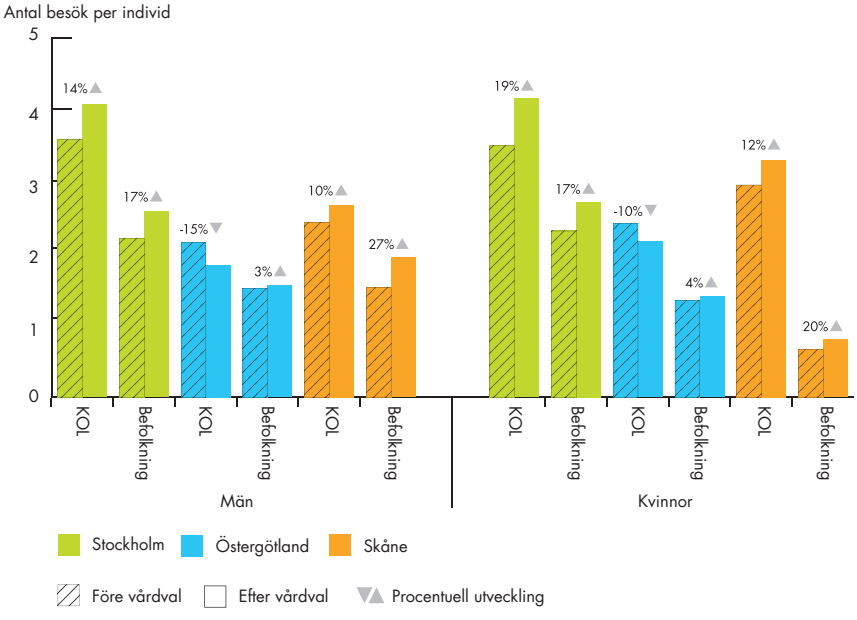
Figur 15.5. Sjusköterskebesök på mottagning för patienter med astma och befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



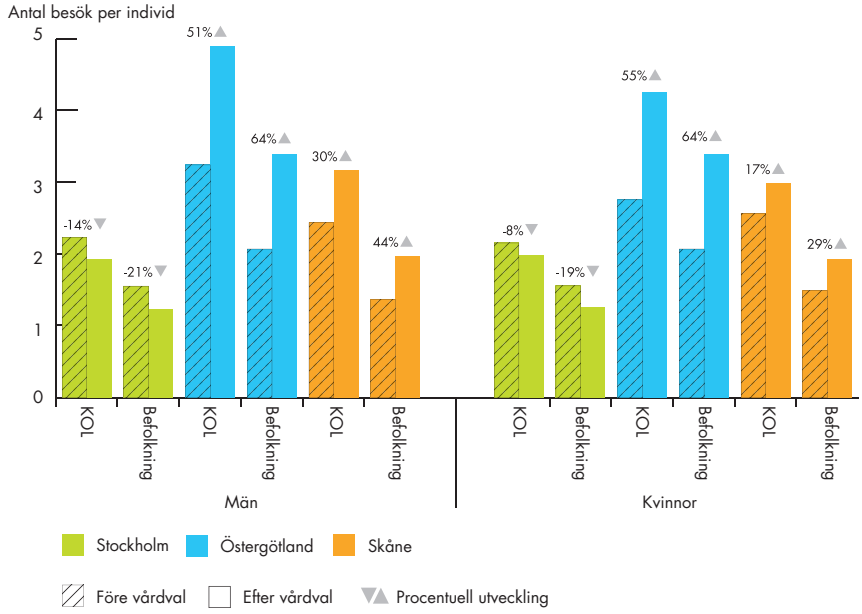
Figur 15.6. Läkarbesök i hemmet för patienter med astma och befolkning 5–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



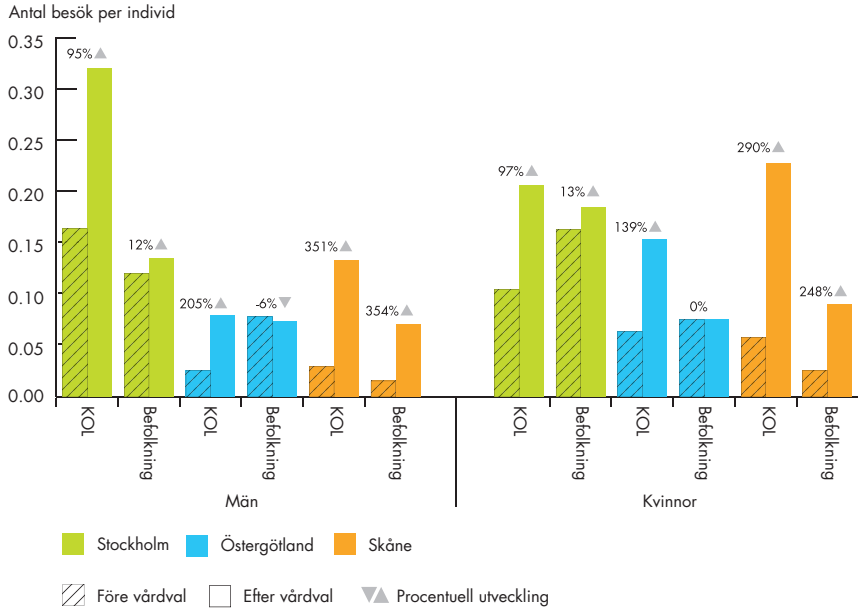
Figur 15.7. Läkarbesök på mottagning för patienter med KOL och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



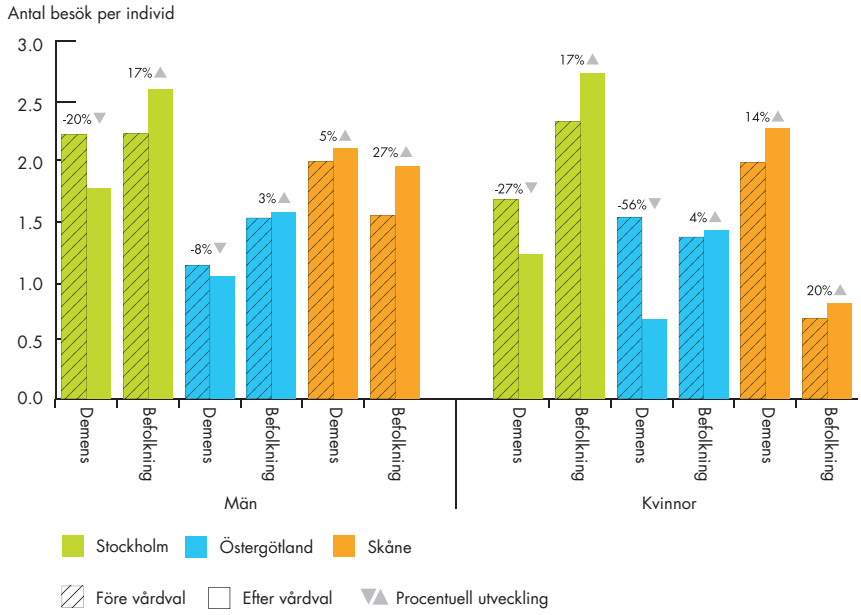
Figur 15.8. Sköterskebesök på mottagning för patienter med KOL och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



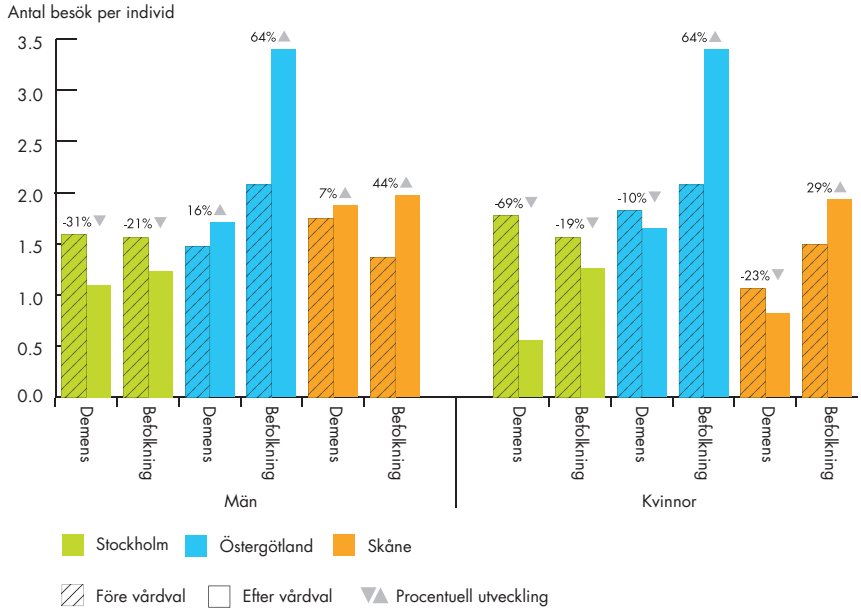
Tabell 15.9. Läkarbesök i hemmet för patienter med KOL och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



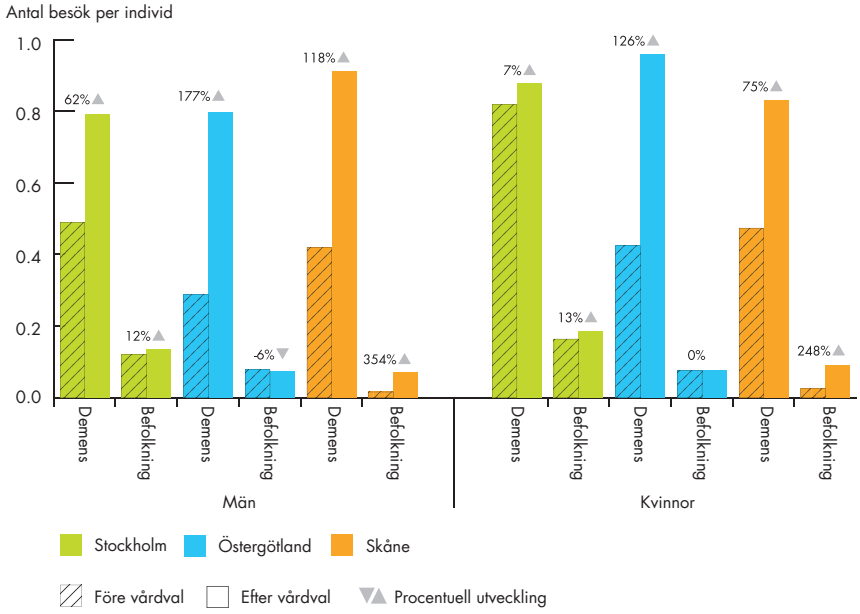
Figur 15.10. Läkarbesök på mottagning för patienter med demens och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



Figur 15.11. Sjuksköterskebesök på mottagning för patienter med demens och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



Figur 15.12. Läkarbesök i hemmet för patienter med demens och befolkning 65–84 år per kön före och efter vårdvalets införande i respektive landsting.



Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Vem har vårdvalet gynnat?

En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården

En central målsättning med vårdvalsreformen inom primärvården har varit att öka tillgängligheten och vårdutnyttjandet samt att stärka patientens roll som aktör inom primärvården. Valfrihetssystem kan dock stå i motsättning till rättviseprincipen – att vården ska ges efter behov. En viktig fråga blir då att undersöka om mer vårdbehövande grupper har trängts undan till förmån för grupper med enklare behov. Kunskapen om sambandet mellan valfrihet och fördelning av vården är idag bristfällig. Myndigheten för vårdanalys har därför genomfört en jämförande studie i tre landsting. Syftet är att analysera hur vårdutnyttjandet och patienternas upplevda tillgänglighet utvecklats före och efter införandet av vårdval för patientgrupper med olika behov.

vårdanalys