

PM 2014:1

Vårdval och vårdutnyttjande

Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården?

► vårdanalys
◄

Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vårdanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vårdanalys
Grafisk form: Les Creatives STHLM
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2014
ISBN: 978-91-87213-31-1
www.vardanalys.se

Vårdval och vårdutnyttjande

Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården?



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av myndighetschefen Fredrik Lennartsson. Hälsoekonom Nils Janlöv har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2014-11-11
Myndigheten för vårdanalys

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Nils Janlöv
Föredragande

Förord

Sedan 2009 och framåt har det införts en rad vårdvalsmodeller inom den specialiserade vården. Då modellerna initierats av enskilda landsting är de begränsade till ett mindre antal landsting och utvalda medicinska specialiteter. Det är främst Stockholms läns landsting som infört ett antal vårdvalsmodeller inom specialiserad vård. Först ut var vårdval för några kirurgiska specialiteter som höft-, knä- och gråstaroperation.

Införandet av vårdvalsmodeller innebär att efterfrågan på vård i större utsträckning kan påverkas av individernas egna preferenser och agerande inom en reglerad marknad för vårdtjänster. Även om marknaden är relativt hårt reglerad, samtidigt som den offentliga finansieringen bibehållits, har det funnits farhågor för att valfriheten och den fria etableringen ska gynna grupper med hög inkomst och utbildning, vilka i regel har bättre kunskap om skillnader i utbud och kvalitet. Det finns även en risk att vårdgivarna på utbudssidan i första hand tar sig an patienter med relativt god hälsa och lindrig sjukdomshistoria. Det är därför väsentligt att undersöka om införandet av vårdvalsmodeller har påverkat fastställda hälsopolitiska målsättningar om jämlik vård, det vill säga att alla, oavsett socioekonomiska förutsättningar, ska få samma vård och ha samma tillgång till vård.

I denna promemoria följer vi upp de fördelningspolitiska konsekvenserna av tre vårdvalsmodeller: höft-, knä- och gråstaroperation. Mer specifikt studeras hur vårdkonsumtionen har utvecklats för patienter med olika bakgrund, avseende ålder, kön och socioekonomiska förutsättningar, i samband med införandet av vårdval.

Arbetet har genomförts i samarbete mellan Vårdanalys och en extern forskargrupp på Medical Management Center vid Karolinska Institutet. Vid Vårdanalys har arbetet bedrivits av hälsoekonom Nils Janlöv, och på Karolinska Institutet har arbetet bedrivits av professor Clas Rehnberg och hälsoekonomerna Sofia Sveréus och Fanny Goude.

Denna promemoria utgör en delstudie i ett större projekt, varigenom den huvudsakligen begränsas till en resultatpresentation. En kommande slutrapport kommer att innehålla mer fördjupade analyser samt även innefatta hur införandet av vårdvalsmodeller i primärvården har påverkat hälsopolitiska målsättningar om en jämlik vård. Förhoppningen är dock att även denna delrapport ska bidra med värdefull kunskap kring valfrihetsmodellernas konsekvenser för patienter och brukare.

Stockholm i november 2014

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef



Sammanfattning

Införandet av vårdvalsmodeller innebär att efterfrågan på vård i större utsträckning kan påverkas av individernas egna preferenser och agerande inom en reglerad marknad för vårdtjänster. Även om marknadsmekanismer har införts inom hälso- och sjukvården är marknaden relativt hårt reglerad samtidigt som den offentliga finansieringen har bibehållits med skatteuttag och låga patientavgifter. Det har emellertid funnits farhågor för att valfriheten och den fria etableringen ska gynna grupper med hög inkomst och utbildning, vilka i regel har bättre kunskap om skillnader i utbud och kvalitet. Det finns även en risk att vårdgivarna i första hand tar sig an patienter med relativt god hälsa och lindrig sjukdomshistoria.

I denna promemoria har de fördelningspolitiska konsekvenserna följts upp för tre vårdvalsmodeller: höft-, knä- och gråstaroperationer. För samtliga dessa tre vårdområden infördes i Stockholms läns landsting under år 2009 vårdvalsmodeller där patienter erbjöds ett fritt val av vårdgivare samtidigt som vårdgivarna, efter ett ackrediteringsgodkännande, fritt kunde etablera sin verksamhet. I promemorian har utvecklingen av vårdutnyttjandet för socioekonomiska grupper i Stockholm jämförts med fyra andra landsting/regioner: Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt landstingen i Kronoberg och Östergötland (dessa benämns fortsättningsvis övriga landsting). Inget av dessa landsting har infört vårdvalsmodeller inom de tre specialiteterna, med undantag av Region Skåne som startade vårdval för gråstaroperationer år 2012. Studien avser huvudsakligen tidsperioden 2005–2012.

Eftersom de studerade vårdvalen endast varit i bruk under en begränsad tidsperiod, och då den här promemorian utgör en inledande uppföljning, är det viktigt att tolka resultaten med försiktighet. Det är också angeläget att påpeka att de studerade vårdvalen består av relativt välavgränsade ortopediska och kirurgiska ingrepp, varigenom det inte är möjligt att översätta resultaten till andra typer av vårdval, vare sig inom specialiserad vård eller primärvård. De studerade vårdvalen avser exempelvis redan mer sorterade behov, varför patienternas valsituation delvis är annorlunda jämfört med vårdval i primärvården. Härtill finns en del data- och metodproblem när det gäller att avgränsa de patienter som ingår i vårdvalen.

ÖKAT VÅRDUTNYTTJANDE I SAMBAND MED VÅRDVAL I STOCKHOLM

Utvecklingen visar att de behandlingar som ingår i vårdvalet har ökat i Stockholm, både sett till total volym och per invånare. Den största ökningen återfinns inom gråstaroperationer, där vårdutnyttjandet mer än fördubblats under en treårsperiod efter vårdvalet i jämförelse med motsvarande tidsperiod före vårdvalet. Denna utveckling är dock inte anmärkningsvärd, då vårdutnyttjandet per invånare i Stockholm tidigare

varit lågt för samtliga tre vårdvalsområden och att reformerna delvis bedrivits utifrån en målsättning att öka tillgängligheten. Även i övriga landsting ökar vårdutnyttjandet generellt sett mer än befolkningstillväxten, fast i lägre utsträckning än i Stockholm. Det sistnämnda gäller särskilt för gråstaroperation.

LIKARTAD SOCIOEKONOMISK FÖRDELNING BLAND OPERERADE PATIENTER OAVSETT VÅRDVAL ELLER EJ

Beträffande den socioekonomiska fördelningen visar olika beräkningar av det totala vårdutnyttjandet att inga större förskjutningar mellan inkomst- eller utbildningsgrupper ägt rum för de tre behandlingarna. Den relativa utvecklingen mellan socioekonomiska grupper skiljer sig inte åt mellan Stockholm och de landsting som inte infört vårdvalsmodeller. För höftoperationer finns dock en mindre trend de senaste åren mot ett högre vårdutnyttjande hos höginkomsttagare och högutbildade i Stockholm, en trend som även kan ses för högutbildade i övriga landsting. Men den samlade bilden, för samtliga studerade vårdval under hela perioden 2005–2012, visar på en likartad socioekonomisk fördelning bland opererade patienter, oavsett om dessa ägt rum i Stockholm eller i övriga landsting. I vissa fall finns motstridiga resultat mellan variablerna inkomst och utbildning som bör analyseras vidare.

Vad gäller utvecklingen för olika åldersgrupper så ses för höft- och knäoperation liknande trender i Stockholm som i övriga landsting. För höftoperation ökar vårdutnyttjandet mest i åldersgruppen 75–84 år medan vid knäoperation ökar vårdutnyttjandet mest för dem mellan 45–64 år. För gråstaroperation sker i Stockholm en kraftig ökning av vårdutnyttjandet i samtliga åldersgrupper medan utvecklingen i övriga landsting är relativt stabil. Mönstret mellan kvinnor och män är stabilt och relativt oförändrat både i Stockholm och i övriga landsting.

ÖKAD ANDEL PRIVAT VÅRD, OCH HÖGINKOMSTTAGARE OCH HÖGUTBILDADE VÄLJER I STÖRRE UTSTRÄCKNING PRIVATA VÅRDGIVARE

Den största förändringen som ägt rum i och med vårdvalen i Stockholm är den ökade etableringen av privata vårdgivare. Inom alla de tre studerade vårdvalsområdena har en kraftig ökning ägt rum i Stockholms läns landsting. Utvecklingen i de övriga landstingen, där privata vårdgivare främst upphandlas, visar på en mindre ökning av privat vård. I Stockholm är det också uppenbart att höginkomsttagare och högutbildade i större utsträckning väljer privata vårdgivare, vilket även gäller för övriga landsting om än på en lägre nivå. Detta mönster är tydligast för höft- och knäoperationer. Inom gråstaroperationer i Stockholm är den socioekonomiska fördelningen mellan vårdgivare med olika ägandeformer mer jämn. Det kan förklaras med att de privata vårdgivarna dominerar utbudet på marknaden för gråstaroperationer.

RELATIONEN MELLAN PATIENTSAMMANSÄTTNING OCH KVALITET I PRIVAT OCH OFFENTLIG VÅRD BÖR STUDERAS VIDARE

Att höginkomsttagare och högutbildade i större utsträckning väljer privata vårdgivare behöver inte vara något problem om den totala fördelningen mellan socioekonomiska grupper är jämn eller reflekterar skillnader i behov. En annan förutsättning är att kvalitet och behandlingsresultat är likvärdigt. För ett antal kvalitetsindikatorer redovisas emellertid en högre kvalitet för privata vårdgivare i kvalitetsregistren. Dessa indikatorer redovisas dock utan justering för risk mellan patientgrupperna, det vill säga en hög kvalitet kan uppnås genom att relativt friska patientgrupper behandlas. I en analys av höftprotespatienter framgår att de privata klinikerna snarare har en lägre kvalitet efter justering av patientsammansättning. Slutsatsen är att den högre andelen höginkomsttagare och högutbildade vid privata enheter snarare bidrar till den högre redovisade kvalitetsnivån för dessa kliniker, genom att dessa individer har ett bättre hälsotillstånd och lägre risk för komplikationer. En tolkning av skillnaderna är att privata vårdgivare i större utsträckning riktar sig till lättare patientgrupper. Detta kan delvis bero på att vårdvalssystemen inte omfattar högriskpatienter, vilket särskilt avgränsar patientunderlaget för privata vårdgivare. Sammantaget är detta därför ett område som behöver belysas ytterligare med riskjusterade jämförelser mellan vårdgivare.



Innehåll

1 Inledning	21
1.1 Syfte	21
2 Data och metod	25
2.1 Alla vuxna individer som bott i de fem länen är med i studien	25
2.2 Inkomsten är relativ och tar hänsyn till familjestorlek	25
2.3 Vilka individer som opererats definieras utifrån åtgärds-koder	26
2.4 Antalet opererade jämförs med förväntat antal utifrån ålder och kön	27
2.5 Inkomstfördelningen av operationer beskrivs med koncentrationsindex	27
3 Vårdval för specialiserade höft-, knä- och gråstaroperationer	31
3.1 Vårdvalsmodeller inom specialiserad vård	31
3.2 Vårdval vid höft- och knäoperation	32
3.2.1 Ersättningssystem	32
3.3 Vårdval vid gråstaroperation	33
3.3.1 Ersättningssystem	33
3.4 Organisation av höft-, knä- och gråstaroperation i övriga landsting	34
4 Jämförelse mellan landsting med och utan vårdval	37
4.1 Höftoperation	37
4.1.1 Total volymutveckling	37
4.1.2 Konsumtionens fördelning utifrån ålder och kön	38
4.1.3 Konsumtionens fördelning utifrån utbildning	39
4.1.4 Konsumtionens fördelning utifrån inkomst	40
4.2 Knäoperation	42
4.2.1 Total volymutveckling	42
4.2.2 Konsumtionens fördelning utifrån kön och ålder	43
4.2.3 Konsumtionens fördelning utifrån utbildning	44
4.2.4 Konsumtionens fördelning utifrån inkomst	45
4.3 Gråstaroperation	47
4.3.1 Total volymutveckling	47
4.3.2 Konsumtionens fördelning utifrån kön och ålder	49
4.3.3 Konsumtionens fördelning utifrån utbildning	49
4.3.4 Konsumtionens fördelning utifrån inkomst	50

5	Jämförelse mellan privat och offentlig produktion	55
5.1	Andel privat produktion vid höftoperation	55
5.2	Skillnad i patientsammansättning mellan privat och offentlig vård vid höftoperation	55
5.3	Andel privat produktion vid knäoperation	58
5.4	Skillnad i patientsammansättning mellan privat och offentlig vård vid knäoperation	59
5.5	Andel privat produktion vid gråstarroperation.....	61
5.6	Skillnad i patientsammansättning mellan privat och offentlig vård vid gråstarroperation.....	61
6	Kvalitet vid privat och offentlig produktion	67
6.1	Resultat från kvalitetsregister	67
6.2	Kvalitetsutveckling inom höft-, knä- och gråstarrbehandling	68
6.3	Skillnader i kvalitetsutveckling mellan landstingen	69
6.4	Skiljer sig kvalitetsutvecklingen åt mellan privat och offentlig produktion?	73
7	Diskussion och slutsatser	81
8	Referenser.....	85
Bilagor		89
Bilaga 1		89
Bilaga 2		91
Bilaga 3		92
Bilaga 4		93



1 Inledning

Vårdvalsmodeller inom den specialiserade vården är begränsade till ett mindre antal landsting och utvalda medicinska specialiteter. Dessa vårdvalsmodeller har initierats av enskilda landsting, medan vårdvalen inom primärvården först infördes på frivillig väg i ett antal landsting under åren 2007–2008 och sedan från 2010 kom att bli obligatoriskt i hela landet. Inom den specialiserade vården har Stockholms läns landsting varit först ut med vårdvalsmodeller, och från år 2009 infört vårdval för några ortopediska och kirurgiska specialiteter som höft-, knä- och gråstarroperation (kataraktoperation).

För primärvårdens del har det genomförts en rad uppföljningar av vårdvalsreformens effekter ur olika perspektiv, bland annat vad gäller kostnads-, produktivets- och kvalitetsutveckling. Särskild vikt har lagts på vårdutnyttjandets utveckling och fördelning mellan olika patientgrupper, exempelvis för patienter med skilda socioekonomiska förutsättningar. Utgångspunkten är fastställda hälsopolitiska målsättningar om jämlik vård, det vill säga att alla, oavsett socioekonomiska förutsättningar, ska få samma vård och ha samma tillgång till vård. Resultaten pekar på att vårdens tillgänglighet har ökat generellt (med undantag av viss glesbygd). Vårdkonsumtionen har exempelvis stigit för flertalet grupper, men samtidigt har inte ökningen kommit alla grupper till del i lika utsträckning utan fördelningen skiljer mellan olika behovsgrupper och socioekonomiska grupper.

Effekterna av vårdval inom den specialiserade vården har analyserats i väsentligt mindre omfattning. Detta beror delvis på att vårdval har införts i mindre skala och under en begränsad tid de senaste åren. Det är därför angeläget att undersöka hur vårdkonsumtionen har utvecklats i samband med vårdvalsmodeller även inom den specialiserade vården och hur denna fördelar sig för olika patientgrupper.

1.1 SYFTE

Promemorians syfte är att studera hur vårdkonsumtionen inom den specialiserade vården har utvecklats för patienter med olika bakgrund – avseende ålder, kön och socioekonomiska förutsättningar – i samband med införande av vårdval inom några ortopediska och kirurgiska specialiteter. Mer specifikt jämförs utvecklingen för höft-, knä- och gråstarroperationer i Stockholms läns landsting (Stockholm) med utvecklingen i fyra landsting/regioner som inte infört vårdval: Region Skåne (Skåne), Västra Götalandsregionen (Västra Götaland) samt landstingen i Kronoberg och Östergötland (dessa benämns fortsättningsvis övriga landsting). Studien avser tidsperioden 2005 till 2012 och består huvudsakligen av en jämförelse av tidsperioden före vårdvalens införande i Stockholm, det vill säga 2005 till 2008, gentemot utvecklingen efter vårdvalens införande, det vill säga 2009 till 2012.

För gråstarroperation begränsas tidsperioden till 2005–2011, då Region Skåne införde vårdval inom detta område år 2012.

Vid sidan av huvudfrågeställningarna ovan studeras även skillnader mellan landsting med och utan vårdval när det gäller fördelningen av patienter mellan privata och offentliga utförare. Även eventuella kvalitetsskillnader mellan utförare beaktas.

Sammanfattningsvis landar vi i följande frågeställningar:

- Hur har patientsammansättningen med avseende på ålder, kön och socioekonomiska förutsättningar inom specifika diagnosområden utvecklats före och efter introduktionen av vårdval inom den specialiserade vården? Vi fokuserar här på vårdval för höft-, knä- och gråstaroperation.
- Skiljer sig fördelningen av patienter åt, med avseende på ålder, kön och socioekonomiska förutsättningar, mellan privat och offentlig regi? Finns det skillnader mellan landsting med och utan vårdval? Vi fokuserar även här på vårdval för höft-, knä- och gråstaroperation.

Frågeställningarna analyseras över tid där utvecklingen av konsumtionsmönstret före vårdvalsmodeller jämförs med konsumtionsmönster efter införandet av vårdval. Studien har en jämförande och beskrivande ansats och bygger på att utvecklingen kan studeras i flera landsting. Syftet är därför också att beskriva vårdvalsmodellerna, samt hur vården är organiserad, exempelvis gällande omfång, mångfald och ersättningsförhållanden, för landsting utan vårdval.

I en senare slutrapport är syftet att även inkludera primärvården. Härigenom ges ökade förutsättningar att studera hur den samlade vårdkonsumtionen fördelar sig för olika patienter, med bland annat skilda socioekonomiska förutsättningar.

Eftersom de studerade vårdvalen endast varit i bruk under en begränsad tidsperiod, och då den här rapporten utgör en inledande uppföljning, är det viktigt att tolka resultaten med försiktighet. Det är också viktigt att påpeka att de studerade vårdvalen består av relativt välavgränsade ortopediska och kirurgiska ingrepp, varigenom det inte går att direkt översätta resultaten till andra typer av vårdval, vare sig inom specialiserad vård eller primärvård.



2 Data och metod

2.1 ALLA VUXNA INDIVIDER SOM BOTT I DE FEM LÄNEN ÄR MED I STUDIEN

Utgångspunkten för studien är de individer som bott i Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland eller Kronoberg någon gång under åren 2005–2012. En individ räknas till ett visst län ett visst år om denne varit folkbokförd i länet den 31 december det året¹. Barn och ungdomar exkluderas, dels då de behandlingsfall som studeras endast i undantagsfall berör denna åldersgrupp och dels eftersom vi i detta fall saknar möjlighet att följa föräldrarnas utbildning och inkomst. Totalt omfattar studien således mellan 3,9 och 4,3 miljoner individer per år (tabell 1).

Tabell 1. Antal individer som bor i Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland eller Kronobergs län den 31 december, per år och åldersgrupp.

Åldersgrupp	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0–19	1 237 019	1 250 335	1 263 072	1 272 905	1 283 385	1 289 307	1 292 991	1 299 109
20–44	1 764 250	1 785 736	1 809 409	1 832 870	1 855 723	1 877 418	1 896 972	1 916 678
45–64	1 309 837	1 321 717	1 329 128	1 336 677	1 347 476	1 355 827	1 365 506	1 375 088
65–74	406 594	415 649	431 599	453 994	479 745	504 761	528 277	549 450
75–84	303 482	298 951	296 460	292 640	290 820	289 862	291 291	294 763
85+	125 555	130 184	132 161	134 478	136 717	138 214	139 478	138 971
Totalt 0–85+	5 146 737	5 202 572	5 261 829	5 323 564	5 393 866	5 455 389	5 514 515	5 574 059
Totalt 20–85+	3 909 718	3 952 237	3 998 757	4 050 659	4 110 481	4 166 082	4 221 524	4 274 950

För dessa individer har vi hämtat uppgifter om sjukhusvård från Patientregistret samt uppgifter om olika socioekonomiska variabler, som utbildning och inkomst, från Statistiska Centralbyrån (SCB).

2.2 INKOMSTEN ÄR RELATIV OCH TAR HÄNSYN TILL FAMILJESTORLEK

En individs inkomst kan definieras på många olika sätt. I den här studien har vi utgått från ett relativt inkomstbegrepp, det vill säga vi tar fasta på var en individ placeras på

¹ Vi har dock exkluderat cirka 35 000 individer per år (cirka 0,7 procent av totalt antal individer) som på grund av dubletter i personnummer inte kunnat länkas till övriga datakällor.

inkomstskalan i relation till andra individer. För att ta hänsyn till såväl arbetsinkomst som kapitalinkomst, pension, skatter och bidrag utgår vi från disponibel årsinkomst efter skatt och transfereringar. Därefter har vi beaktat hur många individer som ska försörjas med denna inkomst². Med utgångspunkt från detta modifierade (eller ekvivalerade) inkomstmått har vi skapat inkomstgrupper, så kallade kvintiler, per län samt per län och åldersgrupp³. I den lägsta inkomstgruppen per län (kvintil 1) ingår den femtedel av alla individer i länet som har lägst inkomst, och i den högsta inkomstgruppen (kvintil 5) ingår den femtedel som har högst inkomst. Inkomstgruppen per län och åldersgrupp tar också hänsyn till vilken åldersgrupp en individ tillhör. De individer som placerar sig i den högsta inkomstgruppen (kvintil 5) med detta mått tillhör till exempel ”den rikaste femtedelen bland 65–74-åringar i Stockholm”, eller ”den rikaste femtedelen bland individer 85 år och äldre i Skåne”. Indelningen i inkomstgrupper per län och åldersgrupp använder vi endast i analysen för privat/offentlig vårdgivare, eftersom vi där inte standardiserat för skillnader i åldersfördelning mellan grupperna på något annat sätt. Gränserna för hur hög inkomst en individ måste ha för att falla inom respektive inkomstgrupp presenteras i bilaga 1.

2.3 VILKA INDIVIDER SOM OPERERATS DEFINIERAS UTIFRÅN ÅTGÄRDSKODER

En förutsättning för att kunna följa operationerna är dels att definiera vilka operationer som omfattas av vårdval i Stockholm, och dels att hitta dess motsvarigheter i övriga landsting. När det gäller höft- och knäprotesoperationer avgränsas vårdvalet enligt Stockholms läns landstings egen definition till vissa åtgärds-koder, DRG⁴ och ASA-klasser⁵. Då uppgift om ASA-klass saknas i Patientregistret, och registreringen av DRG är låg för vissa landsting, definierar vi i denna promemoria därför höft- och knäprotesoperationer endast utifrån registrerade åtgärds-koder (se bilaga 2). Det innebär att jämförelsen mellan landstingen omfattar även ASA 3–4 patienter (vilka inte ingår i vårdvalet). Dessa patienter utgör dock endast en mindre andelen av det totala antalet

² Detta görs genom att summera den totala disponibla årsinkomsten för alla individer i ett hushåll och dividera med antalet personer som bor i hushållet, viktat för om personerna är barn eller vuxna. För att beräkna denna så kallade ekvivalerade disponibla inkomst har vi använt vikter enligt SCB:s standard, där första vuxen viktas som 1,0, andra vuxen som 0,51, tredje vuxen och därutöver som 0,6; första barn (0-19 år) som 0,52, samt andra barn och därutöver som 0,42. I en familj med två vuxna och tre barn, där en vuxen har en disponibel årsinkomst på 300 000 kronor och en vuxen har en disponibel årsinkomst på 250 000 kronor blir varje individs inkomst efter våra beräkningar lika med $(300\,000 + 250\,000)/(1 + 0,51 + 0,52 + (2 \times 0,42)) = 191\,638$ kronor. Inkomsten per vuxen blir alltså lägre då vi tar hänsyn till försörjning av hemmaboende barn. Om exemplet bara inkluderat två vuxna hade respektive person i stället fått högre inkomst än den faktiska disponibla inkomsten, nämligen $(300\,000 + 250\,000)/(1 + 0,51) = 364\,238$ kronor. Det återspeglar de ekonomiska fördelarna med att bo två vuxna tillsammans.

³ Individer som har en ekvivalerad inkomst som är noll eller negativ har inte tagits med i uppdelningen av inkomstgrupper, eftersom de som grupp skiljer sig från andra individer med låga inkomster. De är i högre grad studenter, personer som arbetar utomlands men är skrivna i Sverige, samt personer som gjort stora kapitalförluster eller betalat stora summor i engångsskatter, till exempel vid bostadsförsäljning. Gruppen med en ekvivalerad inkomst som är noll eller negativ utgör cirka 2 procent av individerna som är 20 år och äldre.

⁴ Diagnosrelaterade grupper, DRG, är ett system för att dela in patienter i likartade grupper (patientklassificeringssystem) där patienter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp.

⁵ ASA är ett internationellt klassificeringssystem avseende fysisk status inför operation. Klassificeringen har sex steg, från 1; helt frisk, till 6; hjärndöd.

patienter och analysen utgår från antagandet att fördelningen mellan landstingen över tiden är relativt lika och oförändrad. Detta är dock en osäkerhet i analysen för höft- och knäoperationer, i synnerhet vid jämförelser mellan olika vårdgivare.

När det gäller gråstaroperationer (kataraktoperationer) avgränsas vårdvalet enligt Stockholms egen definition till vissa åtgärds-koder och DRG. I detta fall är det dock problematiskt att i brist på DRG bara definiera operationerna utifrån registrerade åtgärds-koder, då det fångar operationer som inte avser grå starr. Därför utgår vår definition av gråstaroperationer ifrån de åtgärds-koder som specificeras av Stockholms läns landsting, men med tillägget att besöket också ska ha en diagnoskod för grå starr enligt det nationella kvalitetsregistret Kataraktregistrets diagnos-specifikationer (se bilaga 2).

2.4 ANTALET OPERERADE JÄMFÖRS MED FÖRVÄNTAT ANTAL UTIFRÅN ÅLDER OCH KÖN

För att följa fördelningen av operationer över individer med olika utbildnings- och inkomstnivå har vi använt oss av en metod där vi relaterar antalet individer i en viss utbildnings- eller inkomstgrupp, som genomgått minst en operation per år, till det förväntade antalet individer givet gruppens ålder- och könsfördelning⁶. Det förväntade antalet individer anger således hur många individer i utbildnings- eller inkomstgruppen som "borde" ha genomgått en operation om vi utgår från sannolikheterna för operation utifrån ålder och kön i hela länet det året, samt ålder- och könsfördelningen i den aktuella utbildnings- eller inkomstgruppen. Analyserna inkluderar individer som är 45 år och äldre och presenteras som ett index där 1 innebär att det observerade antalet opererade är samma som det förväntade antalet ett visst år. Värden över 1 innebär fler opererade än förväntat och värden under 1 innebär färre opererade än förväntat. Metoden är ett sätt att ta hänsyn till skillnader i ålders- och könsstruktur i olika utbildnings- och inkomstgrupper.

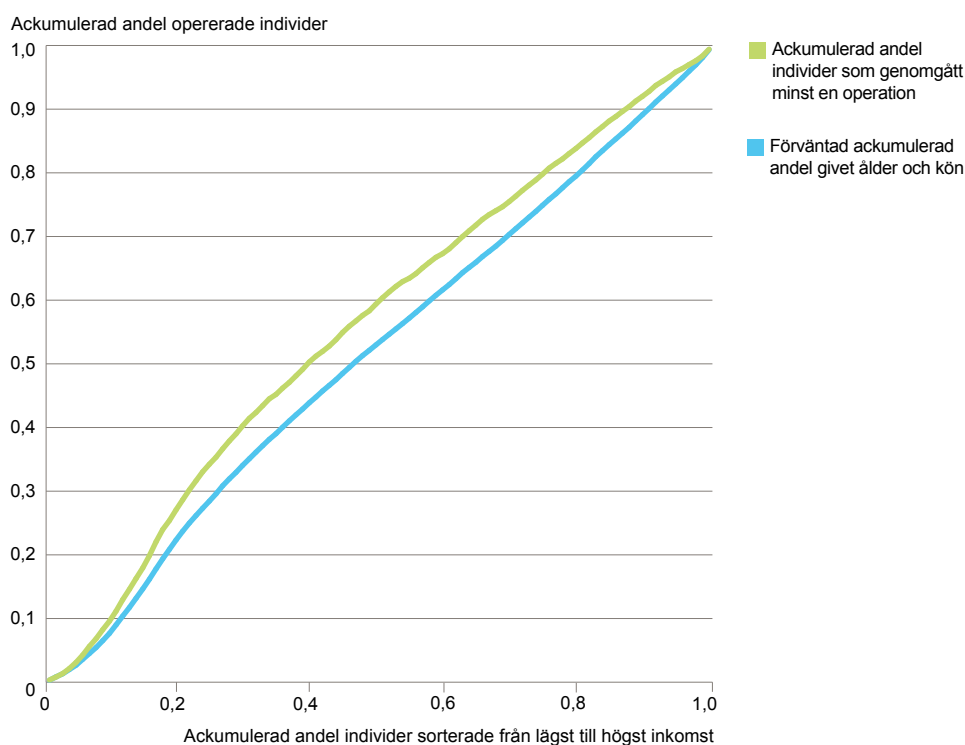
2.5 INKOMSTFÖRDELNINGEN AV OPERATIONER BESKRIVS MED KONCENTRATIONSINDEX

Ibland kan antalet opererade i relation till det förväntade utifrån ålder och kön vara svårt att tolka; vad är till exempel den sammanlagda effekten om både individerna med lägst inkomst och individerna med högst inkomst fått fler opererade än förväntat över tid? Som komplement har vi därför använt oss av koncentrationsindex. Koncentrationsindex är ett sammantaget mått på fördelning över individer med olika inkomst. Utgångspunkten för

⁶ Det förväntade antalet individer är beräknat med hjälp av en logistisk regression per landsting och år, där sannolikheten för en operation estimerats med hjälp av åldersgrupp och kön. Vi har även gjort motsvarande regressioner med fler inkluderade variabler, både med utfallet sannolikhet för ett besök, och sannolikhet att opereras hos privat vårdgivare. Dessa presenteras i bilaga 4.

koncentrationsindex är att alla individer rankas utifrån inkomst (i vårt fall ekvivalerad disponibel familjeinkomst, se ovan). Därefter adderas successivt (kumulativt) antalet opererade individer från den fattigaste till den rikaste individen. Denna så kallade kumulativa ackumulation jämförs därefter med en förväntad ackumulation – i vårt fall på samma sätt som ovan med förväntade sannolikheter givet ålder och kön. Detta skapar två koncentrationskurvor (figur 1).

Figur 1. Exempel på koncentrationskurvor.



Koncentrationsindexet är ett mått på avståndet mellan dessa kurvor, det vill säga hur mycket spridningen av faktiska operationer över individer med olika inkomst skiljer sig från den förväntade spridningen givet ålder och kön. Om indexet är mindre än noll (vilket skulle vara fallet i exemplet i bilden ovan) innebär det att individer med lägre inkomster har opererats i större utsträckning än vad som förväntas utifrån ålder och kön, och tvärtom om indexet är större än noll. Analyserna inkluderar individer som är 45 år och äldre.

Jämförelsen med genomsnitt per ålder och kön i de olika metoderna är ett steg på väg för att ta hänsyn till skillnader i behov av vård mellan olika socioekonomiska grupper. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att ålder och kön inte är tillräckligt för att skatta behov. Individer med lägre utbildning eller inkomst har i genomsnitt generellt sämre hälsa i varje åldersgrupp. Det faktiska behovet är därför med stor sannolikhet mer koncentrerat till svagare socioekonomiska grupper än vad vi kan beskriva med de data som finns tillgängliga.



3 Vårdval för specialiserade höft-, knä- och gråstaroperationer

3.1 VÅRDVALSMODELLER INOM SPECIALISERAD VÅRD

Sedan 2009 och framåt har det införts vårdvalsmodeller inom en rad olika diagnosområden inom den specialiserade vården, och då främst inom öppna vårdformer där behandlingen inte kräver inläggning på klinik. Modellerna är initierade av enskilda landsting och inte av statlig styrning eller lagstiftning, vilket innebär att utvecklingen skiljer sig åt mellan landsting. Det är främst Stockholms läns landsting som nyligen har infört vårdvalsmodeller inom ett antal vårdområden. Det finns även skillnader när det gäller vilka områden som valts ut för vårdval (se tabell 2).

Tabell 2. Introducerade (eller annonserade) vårdvalsmodeller inom specialiserad vård per landsting fram till slutet av 2013.

Område	Uppdrag	Landsting	Införande/annonsering
Ortopediska tjänster	Höft- och knäprotesoperationer	Uppsala	2013
	Specialiserad ryggkirurgi	Stockholm	2013
	Höft- och knäprotesoperationer	Stockholm	2009
Ögonsjukvård	Specialiserad ögonsjukvård i öppenvård	Stockholm	2011
	Kataraktoperationer	Stockholm	2009
	Operation av grå starr	Region Skåne	2012
	Kataraktoperationer i öppenvård	Uppsala	2012
	Ögonbottenfotografering	Uppsala	2011
Hudsjukvård	Specialiserad hudsjukvård i öppenvård	Stockholm	2012
	Ljusbehandling för psoriasispatienter	Uppsala	2011
Öron-, näs- och halssjukvård	Specialiserad öron-näsa-halssjukvård i öppenvård	Stockholm	2012
Kirurgisk sjukhusvård	Obesitaskirurgi	Östergötland	2010
Specialiserad lungsjukvård	Allergologi	Stockholm	2013
Förlossningsvård	Förlossningsenheter	Stockholm	2009
Gynekologisk sjukhusvård	Specialiserad gynekologisk vård	Stockholm	2012
Gynekologisk vård eller förlossningsvård	Gynekologi	Uppsala	2013
Mentalvård på sjukhus	Psykioterapi	Uppsala	2011
Specialiserad psykiatri	Vuxenpsykiatri	Halland	2011

Källa: Konkurrensverket (2014). Valfrihetswebben.

Inom den specialiserade vården är det främst inom planerad kirurgi som vårdvalsmodellerna har etablerats. Flera behandlingar inom ortopedi och ögonsjukvård omfattar relativt stora patientvolym. Det finns dock även exempel på vårdvalssystem för medicinska och psykiatriska behandlingar av icke-akut karaktär. Ungefär hälften av alla vårdvalssystem inom den specialiserade vården återfinns i Stockholm, och mer än 80 procent återfinns i Stockholm, Uppsala och Region Skåne.

3.2 VÅRDVAL VID HÖFT- OCH KNÄOPERATION

Systemet för fritt val av vårdgivare vid höft- och knäprotesoperation infördes i Stockholm under 2009. Vårdvalsuppdraget omfattar planerade höft- och knäprotesoperationer för i övrigt relativt friska individer (klassifikationsgrupperna ASA 1 och 2.). Vårdgivarna har vid osäkerhet i klassificeringen ett visst bedömningsutrymme, men riskgrupper (ASA 3 och 4) ska hänvisas till akutsjukhusen. Uppdragen avser allt från bedömning av behandlingsnytta till att utföra operation och svara för eftervård och rehabilitering, inkluderande återbesök och efterkontroller. För att vården ska kunna komma i fråga krävs i princip remiss från primärvårdsläkare eller övrig specialist i ortopedi. I avtalen poängteras även att vårdgivarna ska se till att patienten opereras inom tidsramen som omfattas av den så kallade vårdgarantin. För övrigt består målen i att uppnå förbättrad rörelseförmåga och ökad livskvalitet för patienten (SLL 2011a). I dagsläget finns 11 auktoriserade utförare inom vårdvalet i Stockholm.

3.2.1 Ersättningssystem

I Stockholm tillämpas en modell som kan ses som en variant av så kallad vårdepisodersättning, det vill säga vårdgivaren erhåller ett paketpris för inledande bedömning, operation (inklusive protes, läkemedel och material) och eftervård. Dessa delar av ersättningen utgår per operation. Därutöver ges även viss specifik ersättning för särskilt definierade besök.

Om vårdgivaren uppfyller vissa fastställda kvalitetskrav utgår sedan cirka 3 procent av den produktionsrelaterade ersättningen under ett kalenderår som målrelaterad bonusersättning. Om vårdgivaren inte uppnår fastställda nivåer utgår i stället ett vite.

En central del i villkoren är vidare att vårdgivaren oberoende av orsak har ett kostnadsansvar för så kallade omoperationskostnader inom två år efter primäroperation. Kostnadsansvaret omfattar omoperationskostnader i form av undersökning före operation, operation, protes- och operationsmaterial samt eftervård med rehabilitering till hemgång inom två år efter den första operationen (primäroperation). Vårdgivarna bekostar även slutenvårdsläkemedel (klinikläkemedel) när patienten befinner sig på mottagningen samt har fullt ekonomiskt ansvar för alla kostnader för medicinsk service.

3.3 VÅRDVAL VID GRÅSTARROPERATION

Vårdval för gråstaroperation infördes i Stockholm den 1 januari 2009 och i Skåne den 1 mars 2012. Målen för verksamheten är att synförmågan hos patienten och därmed även livskvaliteten ska förbättras. I båda landstingen är också förbättrad tillgänglighet ett mål.

Själva vårdvalsuppgifterna är i princip identiskt utformade. Målgruppen avser personer med grå starr som hamnar i indikationsgrupp 1, 2 och 3 enligt svårighetsklasserna i NIKE (Nationella Indikationer för Katarakt Extraktion). I målgruppen ingår därmed inte den högsta svårighetsklassen av patienter (NIKE 4), exempelvis de som av medicinska skäl kräver narkos eller särskild kompetens för viss kirurgi. Patienter ska vidare tas emot utifrån medicinsk behovsbedömning. Endast vid förutsett behov av särskild kompetens kan patienter hänvisas till annan vårdgivare. Målet är att samtliga patienter ska slutbehandlas för det tillstånd som ingår i uppgifterna (SLL 2011b, Region Skåne 2012).

Förutom gråstaroperation i dagkirurgi omfattar vårdtjänsten:

- undersökning för att bedöma om operation bör genomföras
- minst ett återbesök hos vårdgivaren inom 28 dagar efter utförd operation för kontroll av operationsresultatet
- att komplikationer som uppstår i samband med det operativa ingreppet eller i dess omedelbara anslutning ska bedömas och åtgärdas av vårdgivaren, förutom för de fall som kräver akutsjukhusets resurser.

3.3.1 Ersättningssystem

Ersättningen utgörs av i förväg fastställda ersättningar per besök och åtgärd. Ersättning utgår för:

- bedömningsbesök hos läkare för att avgöra om operation ska genomföras eller inte
- gråstaroperation
- uppföljningsbesök efter operation hos läkare

Vidare ingår uppföljningsbesöken i ersättningen för operation. Därtill ersätts även kostnader för linser och läkemedel. Så kallad ytterfallsersättning för särskilt kostsamma patientfall tillämpas inte.

I Stockholm utgör tre procent av ersättningen grund för beräkning av målrelaterad ersättning. Bonus delas ut om vårdgivaren uppnår eller överträffar specificerade kvalitetsnivåer. Om vårdgivaren inte uppnår de specificerade nivåerna ska denne i stället betala ett vite till landstinget. I tillägg till ersättningen har även vårdgivarna fullt kostnadsansvar för slutenvårdsläkemedel och för medicinsk service (SLL 2011b).

3.4 ORGANISATION AV HÖFT-, KNÄ- OCH GRÅSTARROPERATION I ÖVRIGA LANDSTING

I de landsting som inte har infört vårdvalssystem organiseras den specialiserade vården främst genom vad som kan benämnas interna beställar-/utförarorganisationer. Det finns även exempel där vårdgivarna är en del av den offentliga förvaltningen och tilldelas en budget för verksamheten. I landsting med beställar-/utförarorganisationer beställer särskilda beställarenheter inom landstingen vård av antingen offentliga enheter eller upphandlade privata enheter. Vid offentlig produktion sker uppföljning och beställning av vård via uppdragsbeskrivningar till enheterna, som i sin tur kan utgöra mer eller mindre självständiga resultatenheter. Dessa kontrakt är dock inte juridiskt bindande.

Som framgått tidigare har Stockholm en klar beställar-/utförarmodell där Hälso- och sjukvårdsnämnden avtalar om vård med såväl egna som privata producenter. För flera vårdformer utgår samma typ av ersättning för vårdgivare oavsett ägandeform. Allra tydligast är detta för vårdvalsområdena. Även Västra Götlandsregionen och Region Skåne har varianter av beställar-/utförarmodeller. I Västra Götaland anges att de politiska uppdragen som ägare, beställare och utförare av hälso- och sjukvård har separerats och renodlats. I regionen finns tolv geografiska hälso- och sjukvårdsnämnder som "beställer" hälso- och sjukvård av olika "utförare". Efter kartläggning av befolkningens behov av vård träffar nämnderna överenskommelser och sluter avtal med olika verksamheter – utförare – om det utbud och de insatser som behövs. I Region Skåne ansvarar hälso- och sjukvårdsnämnden för en bedömning av det samlade behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård i Skåne. Vårdproduktionsutskottet/-beredningen samordnar sedan frågor som gäller styrningen av Region Skånes egen sjukvård och tandvård. Såväl Kronoberg som Östergötland har en förvaltningsorganisation där vårdgivarna ingår i landstingsstrukturen. Samtidigt har båda landstingen en utvecklad policy för konkurrensutsättning av den egna verksamheten.

För de landsting som inte infört vårdval, ingås vid privat produktion i stället avtal med de utförare som har valts ut via offentlig upphandling enligt LOU, varvid civilrättsligt bindande kontrakt tecknas mellan beställare och utförare. De centrala skillnaderna mellan denna styrmodell och vårdvalssystem är att inträdet till marknaden regleras via offentlig upphandling, vilket innebär att detta är begränsat i omfång och gäller vid vissa tidpunkter, och att patienterna inte har en tydlig rättighet att välja utförare.



4 Jämförelse mellan landsting med och utan vårdval

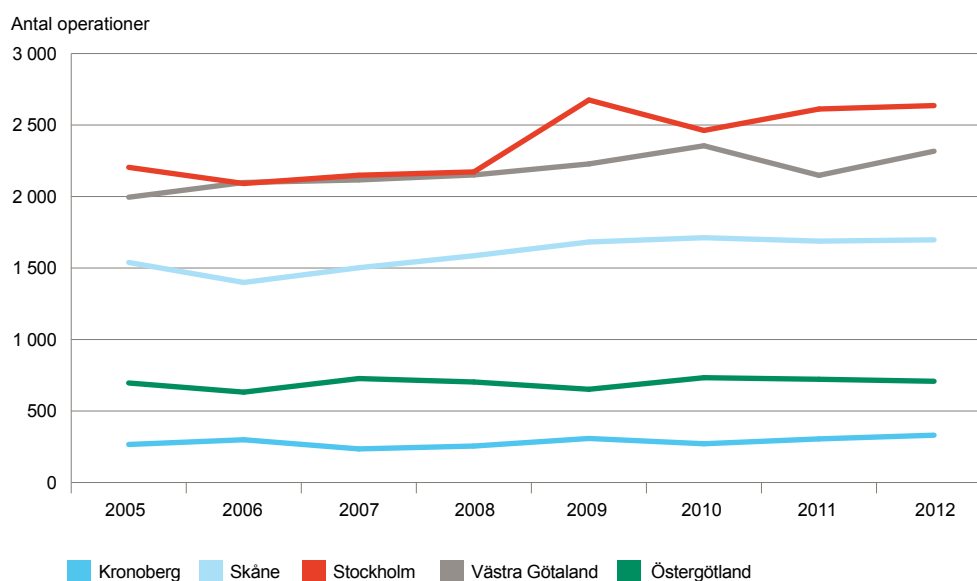
4.1 HÖFTOPERATION

Nedan beskrivs vårdutnyttjandet vid höftoperation för åren 2005–2012. Jämförelsen sker mellan Stockholms läns landsting och övriga fyra landsting/regioner: Region Skåne, Västra Götalandsregionen, landstingen i Kronoberg och Östergötland (dessa benämns övriga landsting). Jämförelsen avser huvudsakligen tidsperioden utan vårdvalsinförande i Stockholm, det vill säga 2005–2008, gentemot tidsperioden med vårdval, det vill säga 2009–2012.

4.1.1 Total volymutveckling

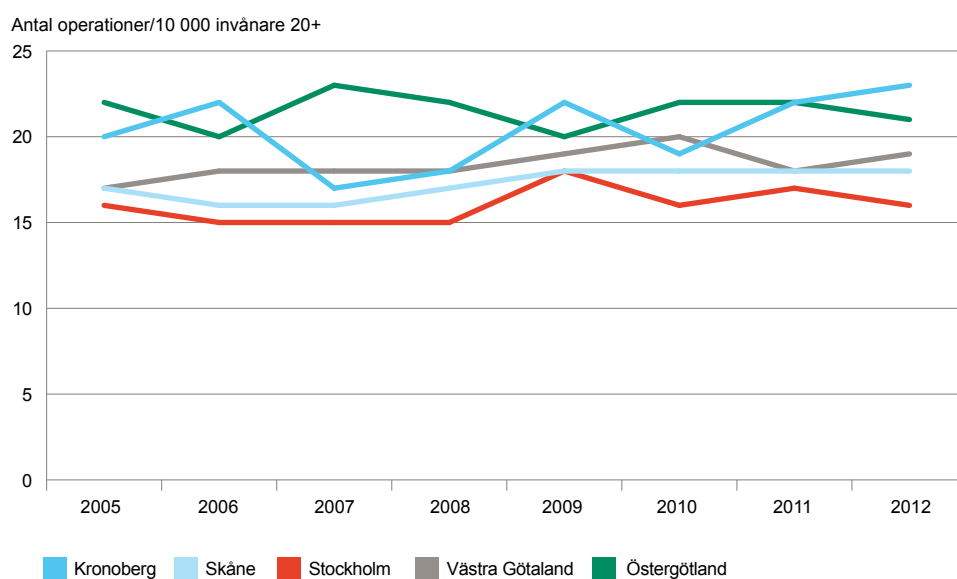
Vårdutnyttjandet uppvisar påtagliga ökningarna totalt sett, framför allt i Stockholm och i Kronoberg. Under den andra halvan av tidsperioden (2009–2012) i relation till den första (2005–2008) ökar vårdutnyttjandet med 21 procent i Stockholm och 15 procent i Kronoberg. Motsvarande utveckling för Skåne är 12 procent, 8 procent i Västra Götaland och 2 procent i Östergötland.

Figur 2. Totalt antal höftoperationer per landsting 2005–2012.



Samtidigt har befolkningen vuxit under perioden. Men även om vårdutnyttjandet fördelas per 10 000 invånare som är 20 år och äldre visar framför allt Stockholm och Kronoberg ett ökat vårdutnyttjande under andra halvan av perioden. Antalet höftoperationer ökar i dessa landsting med drygt 10 procent. Även i Skåne och Västra Götaland sker en viss ökning, medan vårdutnyttjandet i relation till befolkningstillväxten i stället minskar något i Östergötland. Noterbart är dock att vårdutnyttjandet i Stockholm, trots ökningen, fortfarande är lågt jämfört med de övriga landstingen/regionerna.

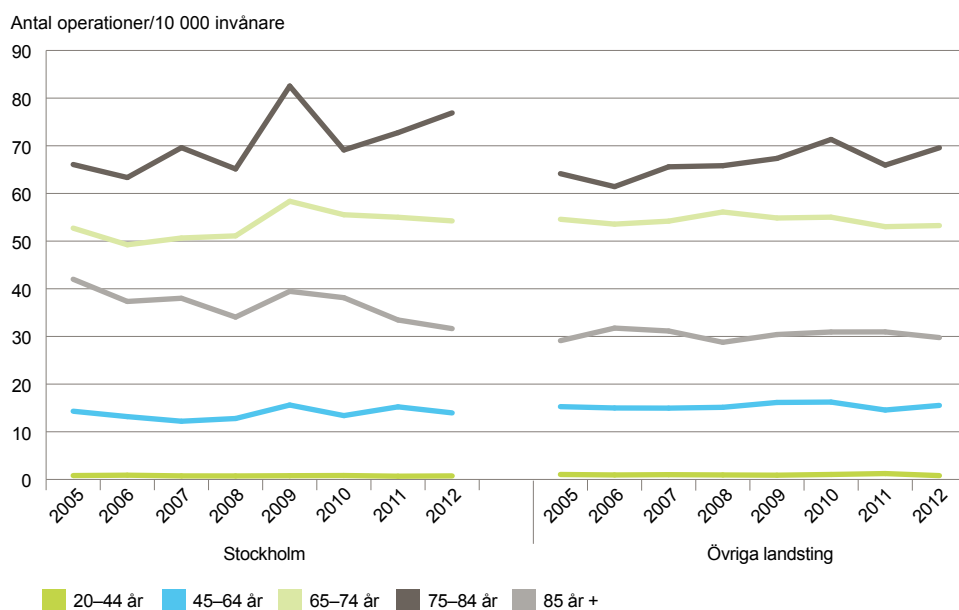
Figur 3. Antal operationer per 10 000 invånare som är 20 år och äldre, per landsting 2005–2012.



4.1.2 Konsumtionens fördelning utifrån ålder och kön

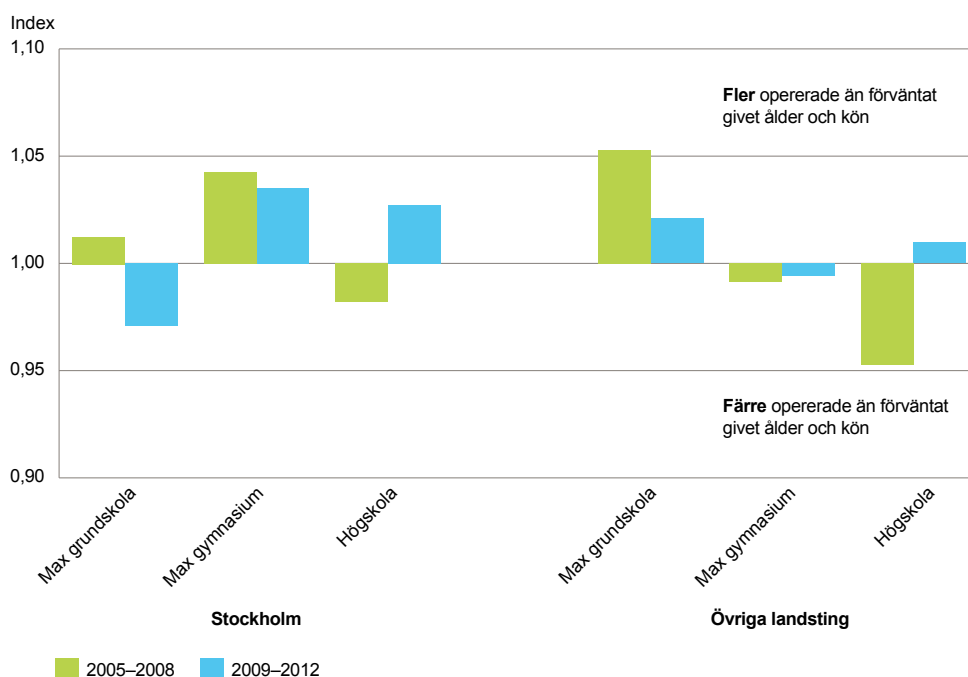
Cirka 60 procent av patienterna är kvinnor. Denna andel är inledningsvis något högre i Stockholm jämfört med övriga landsting, men mot slutet av perioden är nivåerna i princip överensstämmande mellan de båda grupperna.

I Stockholm ökar vårdutnyttjandet särskilt påtagligt i åldersgruppen 75–84 år, och även bland grupperna mellan 65–74 år och 45–64 år. Vårdutnyttjandet minskar i stället för dem över 85 år. Snittåldern för att opereras bör därmed ha sjunkit över tid. I övriga landsting kan även en viss uppgång spåras i åldersgruppen 75–84 år. Annars är nivåerna likartade över tid.

Figur 4. Antal höftoperationer per 10 000 invånare, per åldersgrupp.

4.1.3 Konsumtionens fördelning utifrån utbildning

Under tidsperioden 2005–2008 fanns en systematisk skillnad utifrån utbildningsnivå (en så kallad utbildningsgradient) i antalet opererade i relation till vad som förväntas givet ålder och kön, där lågutbildade hade en högre andel opererade än förväntat och högutbildade hade en lägre andel. Denna tendens var tydligast i övriga landsting, men existerade även i Stockholm. Under tidsperioden med vårdval är det istället högutbildade som har en högre andel opererade än förväntat och lågutbildade som har en lägre andel. Sammantaget är förändringarna störst i övriga landsting, även om det absoluta antalet opererade med högskoleutbildning i relation till förväntat antal är störst i Stockholm (figur 5).

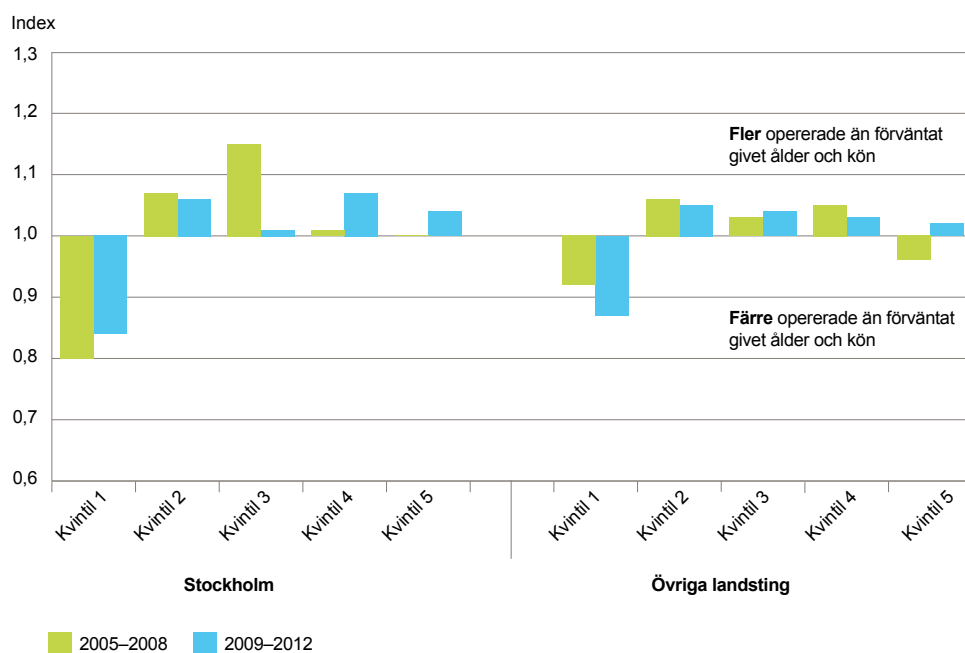
Figur 5. Antal opererade individer per år i relation till det förväntade, givet ålder och kön per utbildningsnivå.

4.1.4 Konsumtionens fördelning utifrån inkomst

Sannolikheten att de opererade relativt sett har högre inkomster har också ökat över tid, även när vi kontrollerar för ändrade ålders- och könsmönster. Förändringarna är störst i Stockholm och kan observeras särskilt för 2011-2012 (se figur 7 nedan om koncentrationsindex).

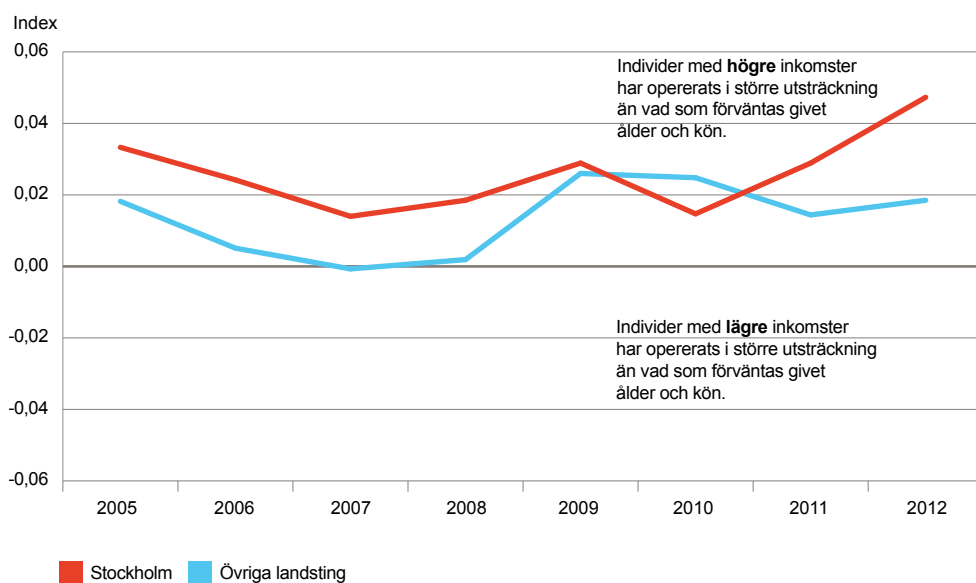
De individer som hör till gruppen (kvintilen) med lägst inkomst har såväl före som efter vårdval färre opererade än vad som förväntas utifrån deras ålder och kön. Denna tendens är mer än dubbelt så stark i Stockholm som i övriga landsting före vårdval, men ungefär lika stark efter vårdval. Denna grupp har alltså, även om de fortsatt har färre opererade än vad som förväntas, relativt sett ökat sitt vårdutnyttjande under den tid som vårdval har existerat i Stockholm, samtidigt som samma grupp minskat vårdutnyttjandet något i övriga landsting. I såväl Stockholm som i övriga landsting har dock höginkomsttagarna ökat sitt vårdutnyttjande under perioden.

Figur 6. Antal opererade individer per år i relation till det förväntade, givet ålder och kön per inkomstnivå.



Det sammantagna vårdutnyttjandet, fördelat efter inkomstförhållanden bland dem som opererats, påvisar att individer med högre inkomster har opererats i större utsträckning än vad som förväntas utifrån ålder och kön. Detta mönster gäller för både Stockholm och övriga landsting, men är något starkare i Stockholm. Därtill har denna trend ökat på senare tid i just Stockholm.

Figur 7. Koncentrationsindex för höftoperation.



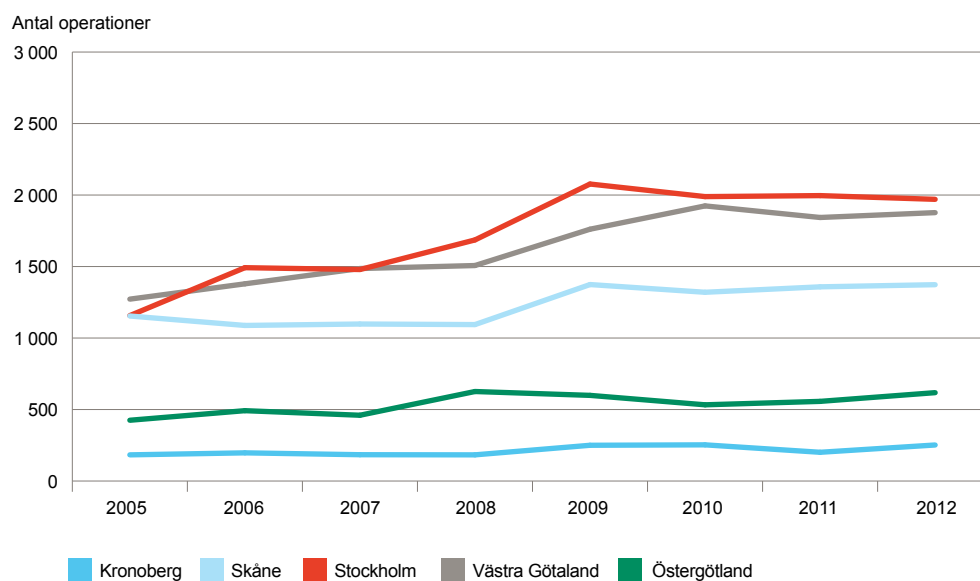
4.2 KNÄOPERATION

I det följande beskrivs vårdutnyttjandet vid knäoperation för åren 2005–2012. Jämförelsen sker huvudsakligen mellan Stockholms läns landsting och övriga fyra landsting/regioner (benämns övriga landsting), och avser tidsperioden innan vårdvalsinförandet i Stockholm, det vill säga 2005–2008, gentemot tidsperioden med vårdval, det vill säga 2009–2012.

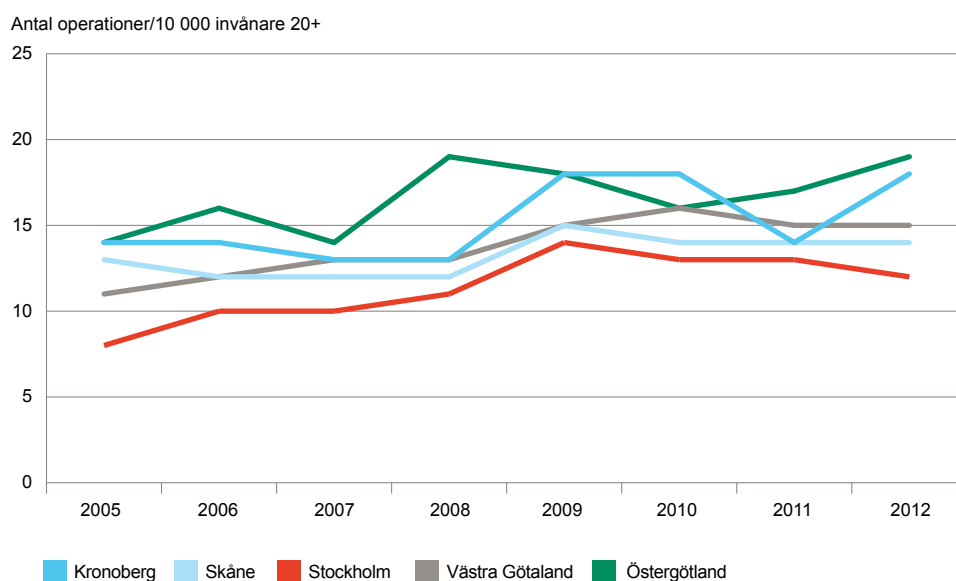
4.2.1 Total volymutveckling

Även för antalet knäoperationer ses en ökning av vårdutnyttjandet över tid. Ökningen är störst i Stockholm och sammanfaller till viss del med införandet av vårdval. Ökningen under andra halvan av perioden uppgår i Stockholm till 38 procent. Även i Västra Götaland och Kronoberg ökar antalet operationer under andra halvan av perioden med cirka 30 procent, mot cirka 20 procent i Skåne och Östergötland.

Figur 8. Totalt antal knäoperationer per län 2005–2012.



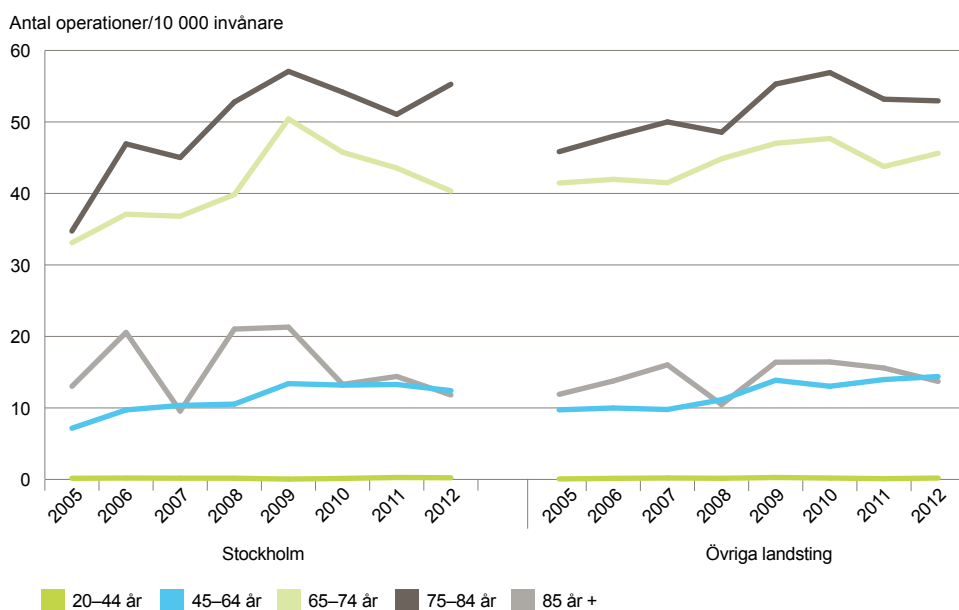
Även i relation till befolkningstillväxten påvisas ett ökat vårdutnyttjande. Ökningen är störst i Stockholm, följt av Västra Götaland och Kronoberg. Även om Stockholm påvisar störst ökning över tid är dock vårdutnyttjandet per 10 000 invånare som är 20 år och äldre fortfarande lägst bland de ingående landstingen. I Stockholm tycks även vårdutnyttjandet nå en topp under 2009 – det första året med vårdval.

Figur 9. Antal knäoperationer per 10 000 invånare som är 20 år och äldre.

4.2.2 Konsumtionens fördelning utifrån kön och ålder

Även för knäoperationer gäller att cirka 60 procent av patienterna är kvinnor. Andelen kvinnor är dock något högre i Stockholm jämfört med övriga landsting, och dessa nivåer är stabila över tid.

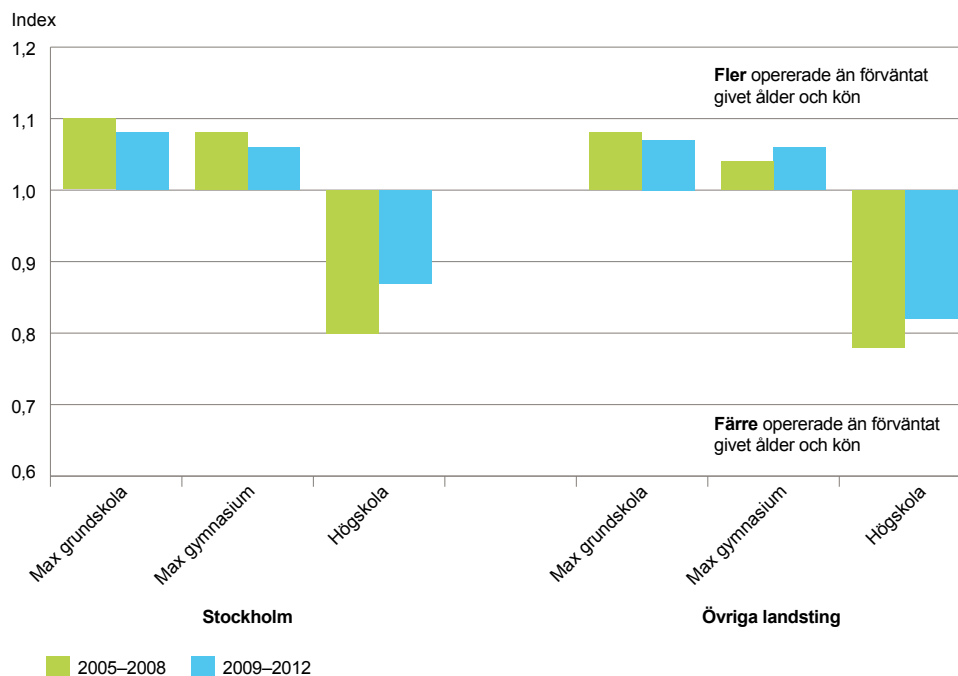
I Stockholm ökar antalet opererade i åldersgrupperna från 45–84 år, men minskar i den äldsta åldersgruppen (85+). Den relativa ökningen är under andra halvan av perioden störst i gruppen 45–64 år. I övriga landsting ökar antalet opererade i samtliga grupper under andra halvan av perioden. Även här är den relativa ökningen störst i gruppen 45–64 år.

Figur 10. Antal operationer per 10 000 invånare i åldersgruppen.

4.2.3 Konsumtionens fördelning utifrån utbildning

I såväl Stockholm som i övriga landsting fanns i början av perioden en tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå i antalet opererade i relation till vad som förväntas utifrån ålder och kön, där lågutbildade hade en högre andel opererade än förväntat och högutbildade hade en lägre andel. Denna tendens (utbildningsgradient) har dock dämpats över tid – i såväl Stockholm som övriga landsting närmar sig staplarna 1, det vill säga antalet opererade närmar sig det förväntade utifrån ålder och kön i samtliga utbildningsgrupper. Fortfarande är det dock så att de med grund- och gymnasieutbildning är fler än förväntat under hela tidsperioden. Mönstren är därtill väldigt lika för Stockholm och övriga landsting, det vill säga oavsett vårdval eller ej.

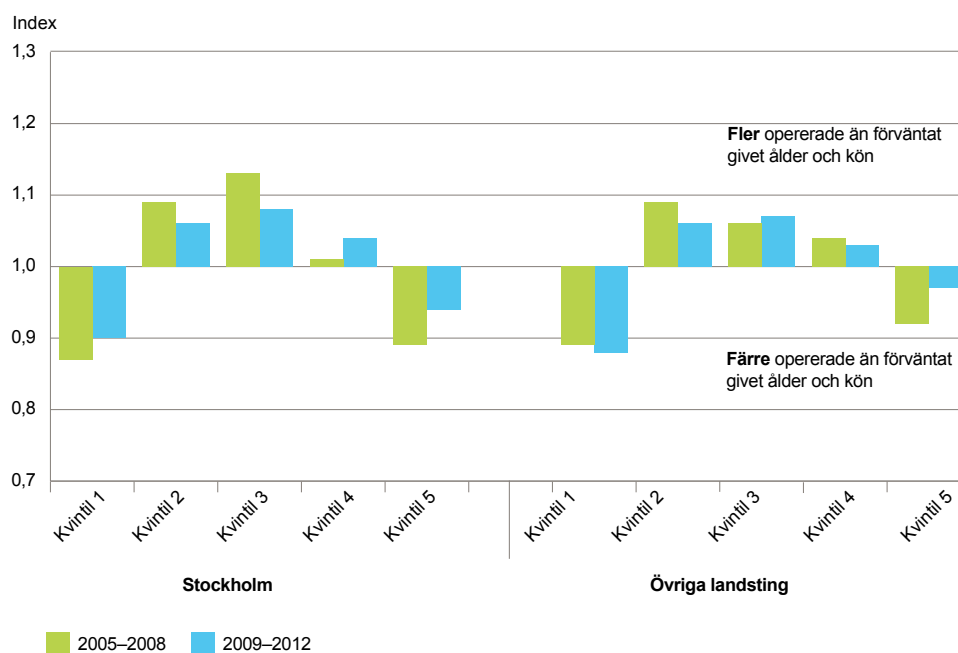
Figur 11. Antal opererade individer per år i relation till det förväntade utifrån ålder och kön, per utbildningsnivå.



4.2.4 Konsumtionens fördelning utifrån inkomst

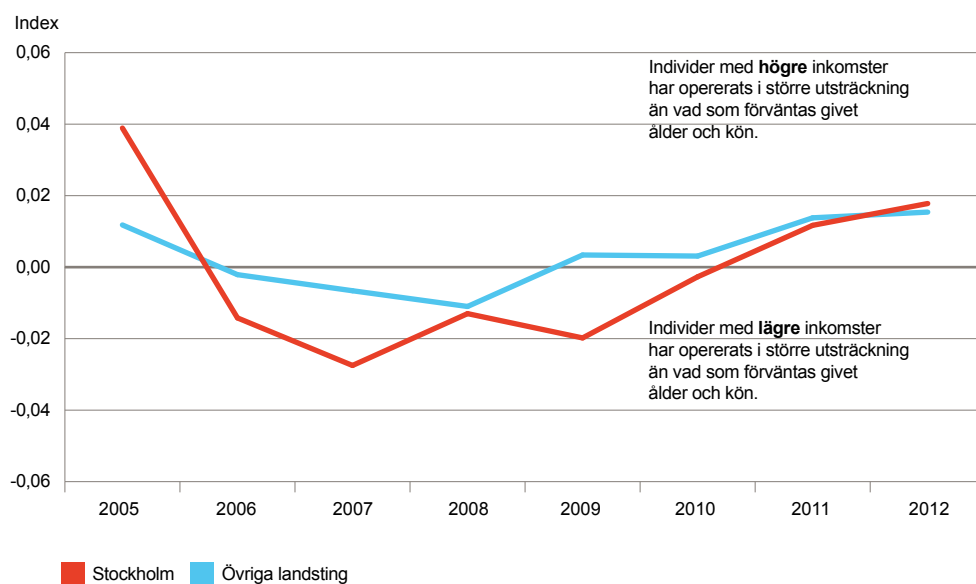
De individer som hör till gruppen (kvintilen) med lägst inkomst har såväl före som efter vårdval färre opererade än vad som förväntas utifrån deras ålder och kön. I Stockholm försvagas dock denna trend något under den tid som vårdval har existerat, samtidigt som den stärks något i övriga landsting. Tydligast är annars minskningen i antal opererade i relation till det förväntade bland medelinkomst- och lägre medelinkomsttagare i Stockholm, liksom ökningen för höginkomsttagare i såväl Stockholm som övriga landsting.

Figur 12. Antal opererade individer per år i relation till det förväntade utifrån ålder och kön, per inkomstnivå.



Det sammantagna vårdutnyttjandet fördelat efter inkomstförhållanden bland dem som opererats påvisar inget tydligt mönster över tid. En viss ökning av att individer med högre inkomster har opererats i större utsträckning än vad som förväntas utifrån ålder och kön, kan dock noteras under de sista två åren i båda grupperna, men samtidigt påminner nivåerna om situationen 2005. I övrigt är mönstren väldigt lika mellan Stockholm och övriga landsting.

Figur 13. Koncentrationsindex för knäoperation.



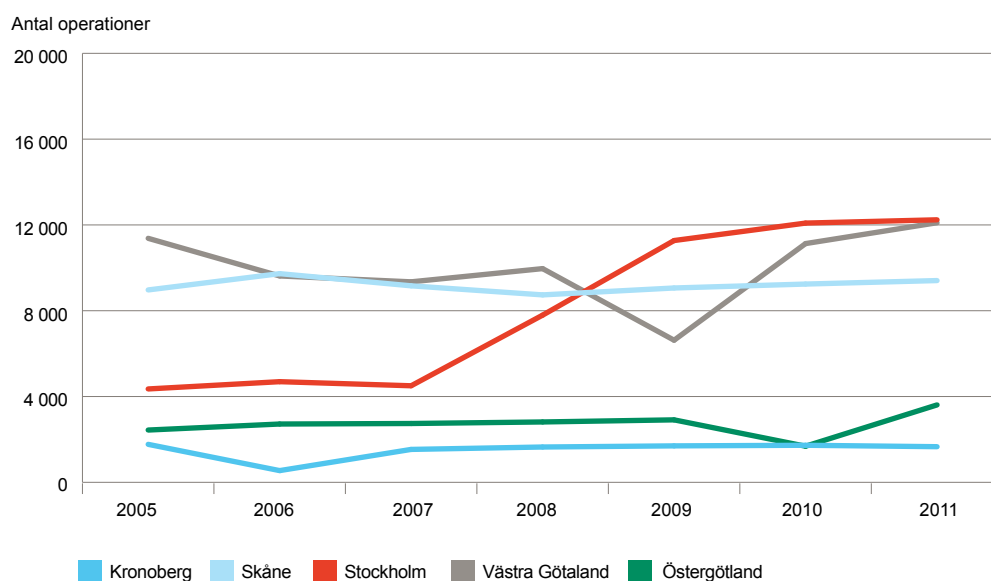
4.3 GRÅSTARROPERATION

I det följande beskrivs vårdutnyttjandet vid gråstarroperation för åren 2005–2011. Jämförelsen sker huvudsakligen mellan Stockholms läns landsting och övriga fyra landsting/regioner (benämns övriga landsting), och avser tidsperioden utan vårdvalsinförande i Stockholm, det vill säga 2005–2008, gentemot tidsperioden med vårdval, det vill säga 2009–2011.

4.3.1 Total volymutveckling

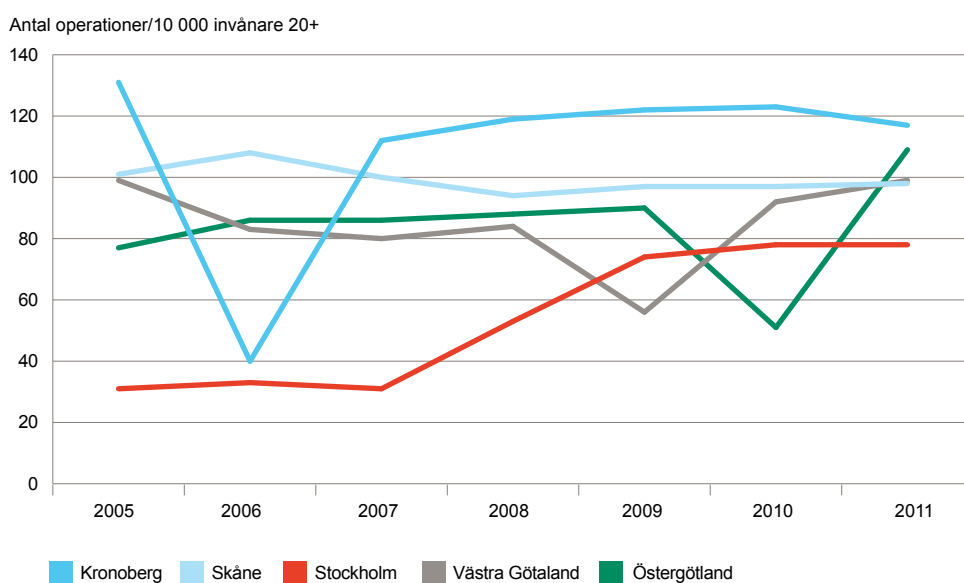
I Stockholm sker en kraftig ökning av vårdutnyttjandet från och med 2008 och framåt. Antalet gråstarroperationer mer än fördubblas – med en ökning på 222 procent – under perioden efter vårdval (2009–2011) gentemot perioden innan. I övriga landsting är nivåerna, om än med vissa årliga avvikelser, relativt stabila.

Figur 14. Totalt antal gråstaroperationer per landsting 2005–2011.



Även i relation till befolkningen över 20 år uppvisas en kraftig ökning av antalet operationer i Stockholm. Trots detta har Stockholm lägst vårdutnyttjande bland ingående landsting/regioner under 2011. Utvecklingen i övriga landsting är i linje med, eller något lägre än, befolkningstillväxten.

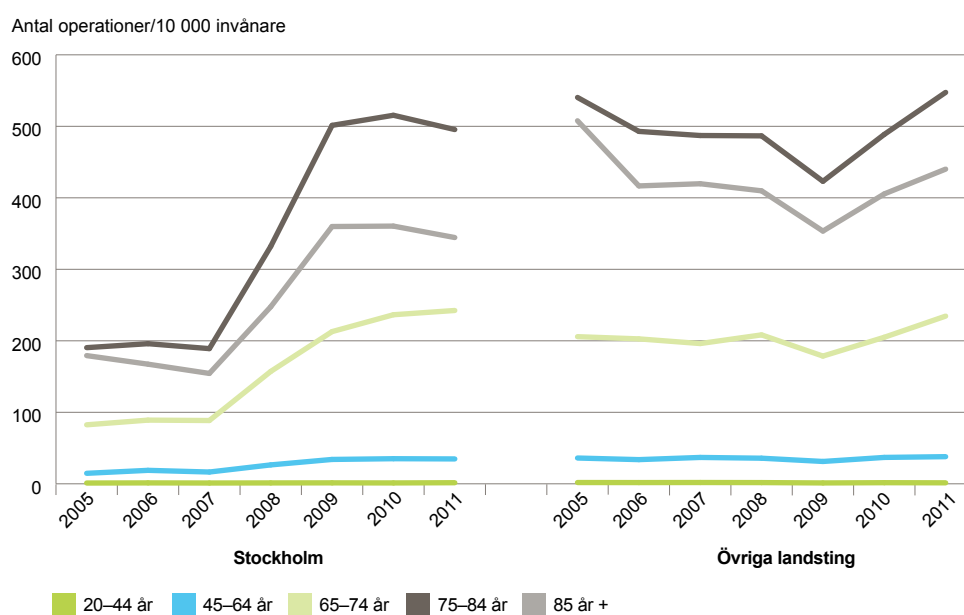
Figur 15. Antal gråstaroperationer per 10 000 invånare som är 20 år och äldre.



4.3.2 Konsumtionens fördelning utifrån kön och ålder

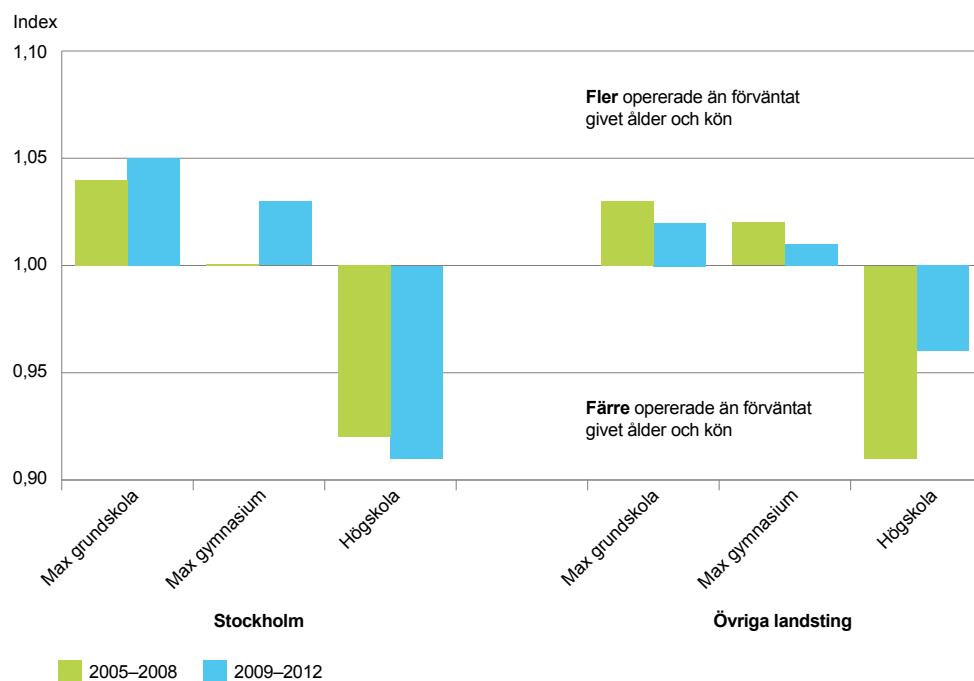
Andelen kvinnor som opereras är cirka 60 procent. Denna nivå är jämn över tid och mellan landsting. Det är bland äldre i åldersgrupperna 65 till 85 år som vårdutnyttjandet i Stockholm mer än fördubblas efter 2009 i relation till före 2008. Motsvarande ökning för dem som är 85 år och mellan 45–64 år på cirka 180–190 procent. Det är dock tydligt att det är först från och med 2009 och framåt som nivåerna i Stockholm är i linje med dem i övriga landsting. Inom övriga landsting sker en viss minskning av vårdutnyttjandet bortsett från dem mellan 65–74 år.

Figur 16. Antal gråstaroperationer per 10 000 invånare, per åldersgrupp.



4.3.3 Konsumtionens fördelning utifrån utbildning

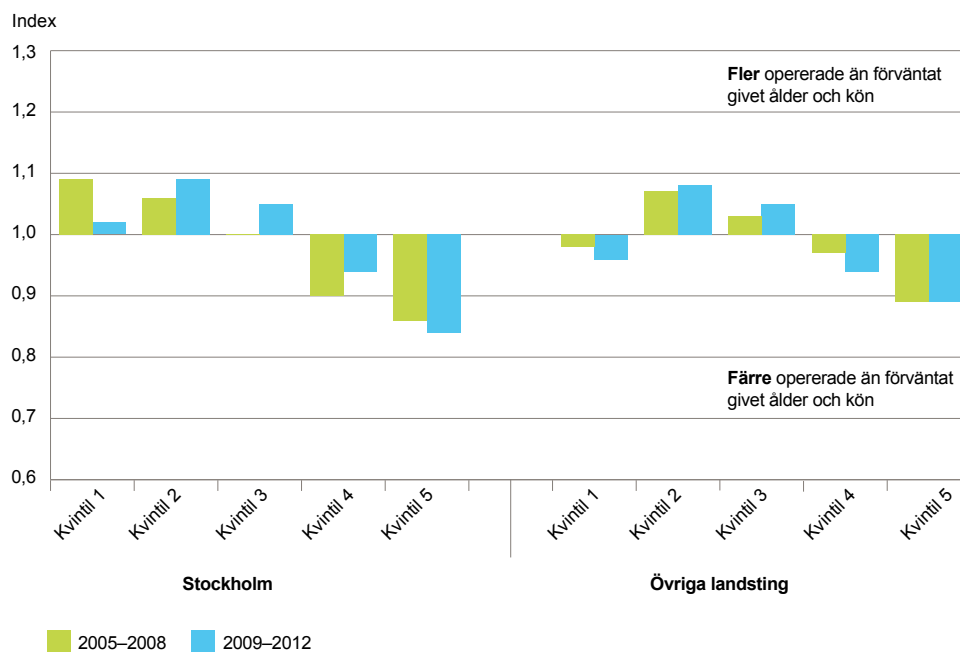
Vårdutnyttjandets fördelning per utbildningsgrupp uppvisar vissa systematiska skillnader, det vill säga i bemärkelsen att antalet operationer är fler än förväntat ju lägre utbildningsnivån är. Detta mönster är likartat över tid och för de båda grupperna. I övriga landsting närmar sig dock det faktiska vårdutnyttjandet även det förväntade per utbildningsgrupp under perioden 2009 till 2011.

Figur 17. Antal opererade individer per år i relation till det förväntade utifrån ålder och kön per utbildningsnivå.

4.3.4 Konsumtionens fördelning utifrån inkomst

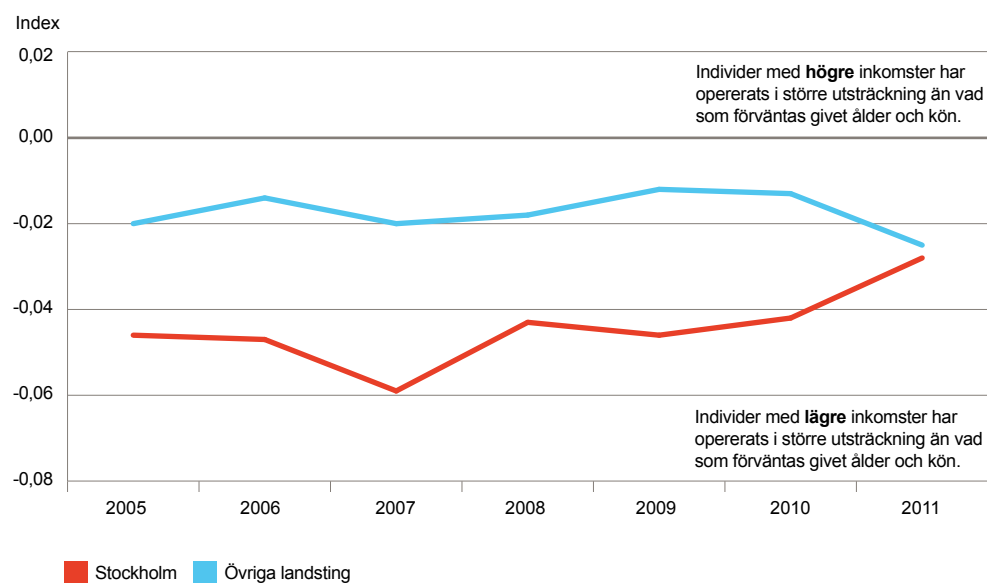
En viss skillnad kan även ses vad gäller hur de patienter som genomgått gråstaroperation fördelar sig på olika inkomstskikt. Antalet operationer är i allmänhet fler än förväntat vid lägre inkomstskikt och färre än förväntat vid högre inkomstskikt. Detta gäller för båda tidsperioderna och för både Stockholm och övriga landsting. Den lägsta inkomstgruppen (kvintilen) skiljer sig dock delvis från detta mönster i övriga landsting (gäller även för Stockholm under 2009–2011) då konsumtionen ligger närmre det som kan förväntas utifrån ålder och kön.

Figur 18. Antal opererade individer per år i relation till det förväntade utifrån ålder och kön per inkomstnivå.



Det sammantagna vårdutnyttjandet fördelat efter inkomstförhållanden bland dem som opererats påvisar att individer med lägre inkomster har opererats i större utsträckning än vad som förväntas utifrån ålder och kön. Detta gäller för såväl Stockholm som övriga landsting.

Figur 19. Koncentrationsindex för gråstaroperation.



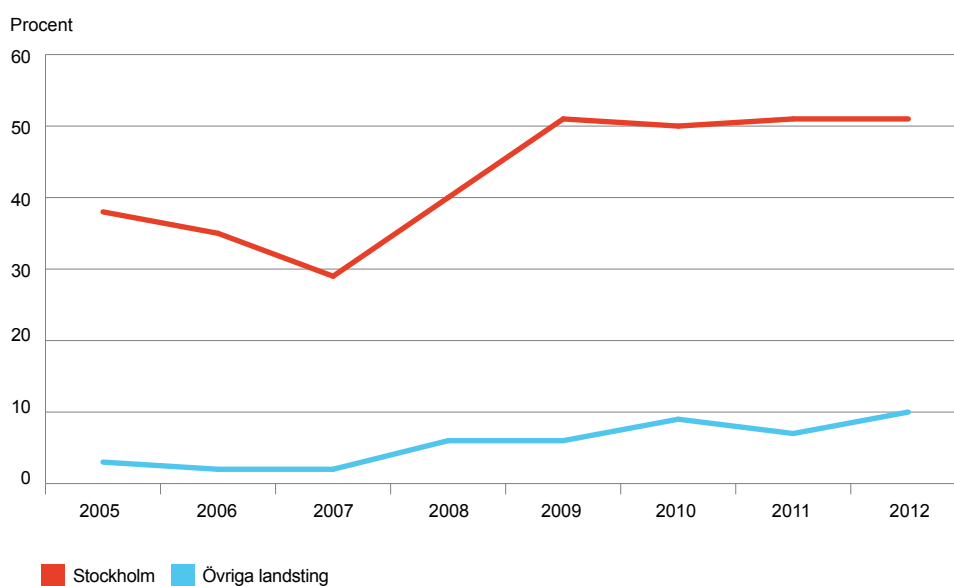


5 Jämförelse mellan privat och offentlig produktion

5.1 ANDEL PRIVAT PRODUKTION VID HÖFTOPERATION

Inom gruppen höftoperationer skiljer sig Stockholm markant mot övriga landsting med en väsentligt högre andel privat vård (det är endast Västra Götalandsregionen som också har en viss andel privat vård). Mellan 2007 och 2009 ökar andelen privat vård i Stockholm med cirka 20 procentenheter.

Figur 20. Andel av höftoperationerna som utförts av privatägd vårdgivare.



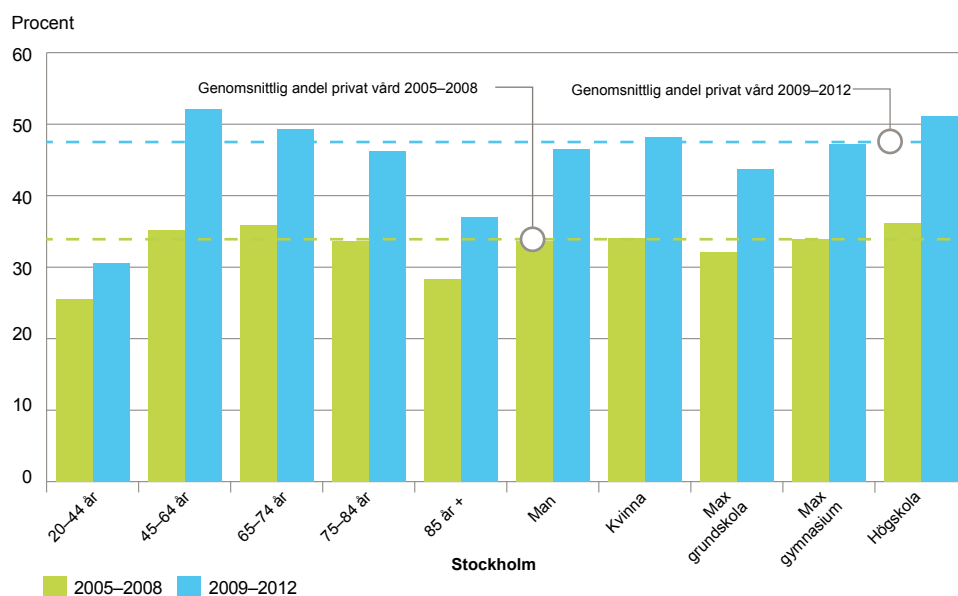
5.2 SKILLNAD I PATIENTSAMMANSÄTTNING MELLAN PRIVAT OCH OFFENTLIG VÅRD VID HÖFTOPERATION

Stockholm

Det finns skillnader i vilka grupper som opereras inom privat respektive offentlig vård. Under 2005–2008 utfördes i genomsnitt 34 procent av operationerna i privat vård, en

andel som steg till 48 procent under 2009–2012. Om denna andel är lika för samtliga individer, det vill säga oavsett individuella bakgrundsfaktorer, så väljer samtliga grupper i lika stor utsträckning privat vård. Nedanstående figur visar dock att åldersgruppen 45–74 år är överrepresenterade bland de som väljer privat vård. Detsamma gäller för dem med högre utbildning. Mönstren är dock relativt stabila över tid, även om andelen privat vård ökat väsentligt under den senare tidsperioden.

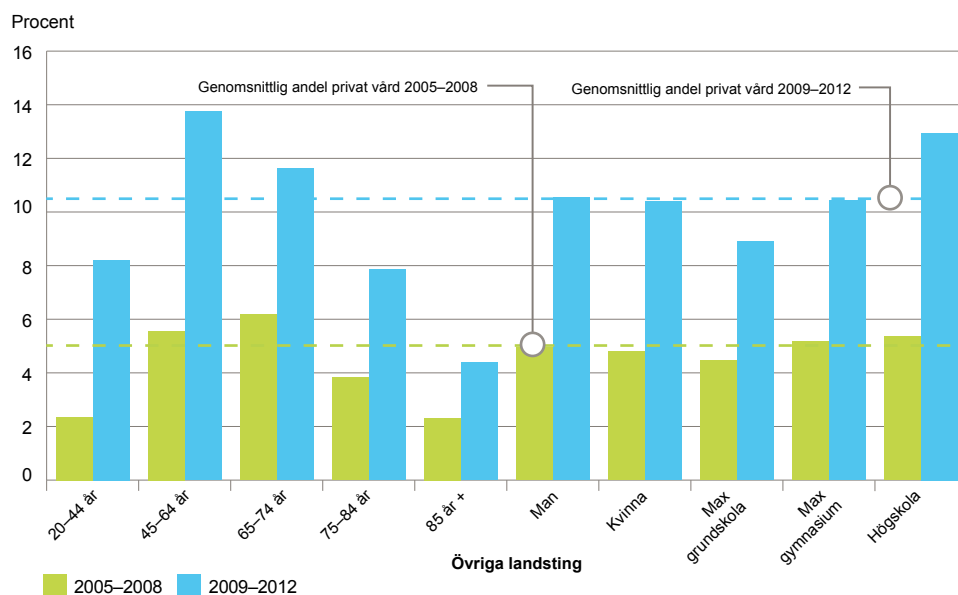
Figur 21. Avvikelse från genomsnittlig andel privat vård per åldersgrupp, kön och utbildningsnivå under perioden 2005–2008 respektive 2009–2012, Stockholm.



Övriga landsting

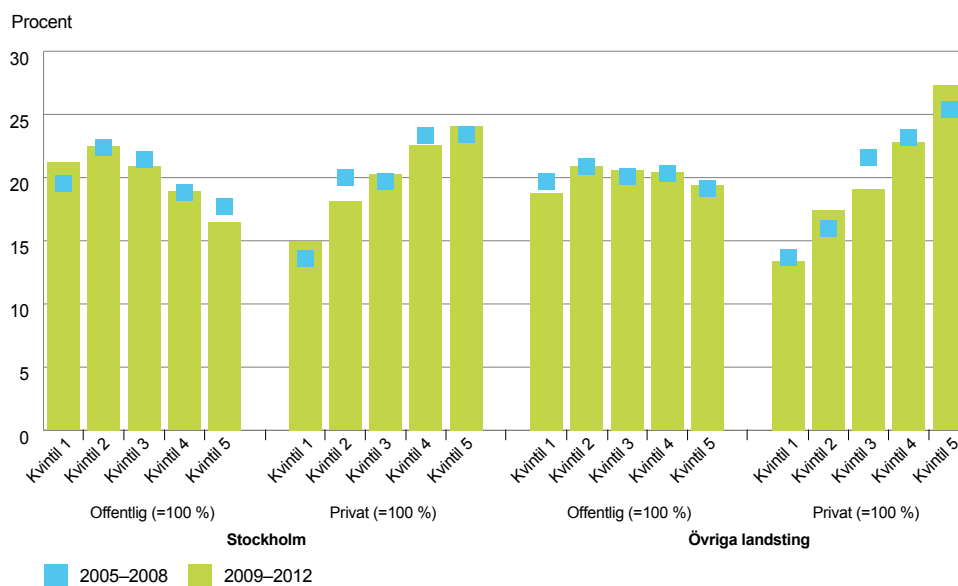
Motsvarande konsumtionsmönster som observerats för Stockholm gäller även för övriga landsting, men här är tendenserna ännu tydligare, det vill säga åldersgruppen 45–74 år och de med högre utbildning är ännu relativt sett mer överrepresenterade bland dem som väljer privat vård. I jämförelse med Stockholm är dock andelen operationer inom privat vård väsentligt lägre under båda perioderna.

Figur 22. Avvikelse från genomsnittlig andel privat vård per åldersgrupp, kön och utbildningsnivå under perioden 2005–2008 respektive 2009–2012, övriga landsting.



Även vad gäller fördelningen av privat och offentlig vård på individer i olika inkomstgrupper (kvintiler) påvisas skillnader mellan grupper. Såväl i Stockholm som i övriga landsting finns ett tydligt mönster, där en större andel som opereras inom privat vård har högre inkomster (kvintil 4 och 5). (Om det inte fanns några skillnader i valet av offentlig kontra privat vård skulle samtliga kvintilgrupper ligga på 20 procent vid båda ägandeformerna i figuren nedan.)

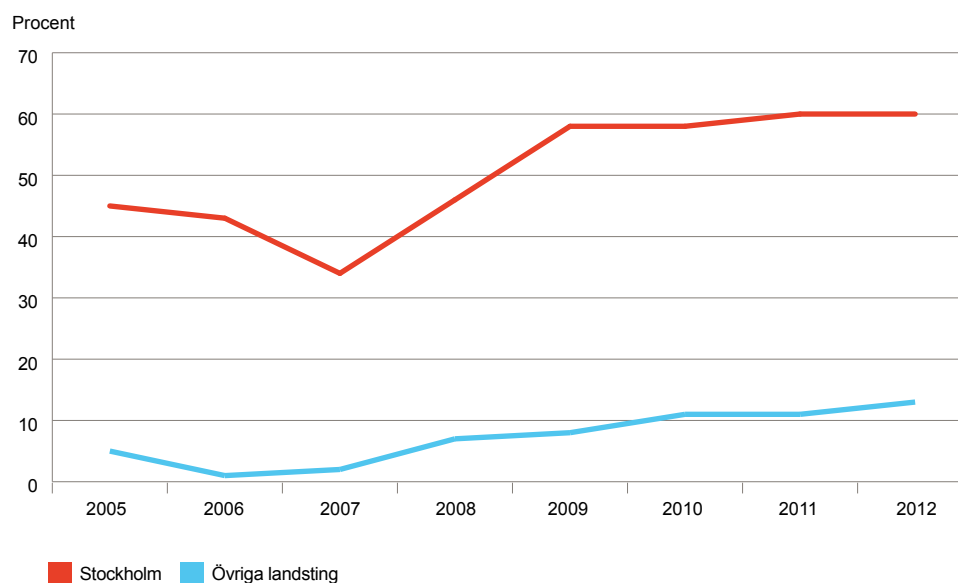
Figur 23. Inkomstgrupp för de som opererats på offentlig respektive privatägd vårdgivare.



5.3 ANDEL PRIVAT PRODUKTION VID KNÄOPERATION

Stockholm skiljer sig även markant mot övriga landsting vad gäller en väsentligt högre andel privat vård vid knäoperation. Mellan 2007 och 2009 ökar andelen privat vård med cirka 25 procentenheter i Stockholm. För de övriga landstingen är det främst i Västra Götaland som det utförs viss privat vård.

Figur 24. Andel av knäoperationerna som utförts av privatägd vårdgivare.



5.4 SKILLNAD I PATIENTSAMMANSÄTTNING MELLAN PRIVAT OCH OFFENTLIG VÅRD VID KNÄOPERATION

Stockholm

Generellt ses ett mönster där personer mellan 45 och 74 år är överrepresenterade bland de som opereras inom privat vård. Detsamma gäller för dem med högre utbildning. Detta gäller under båda tidsperioderna. Skillnaderna mellan olika grupper är dock inte lika stora som vid höftoperation.

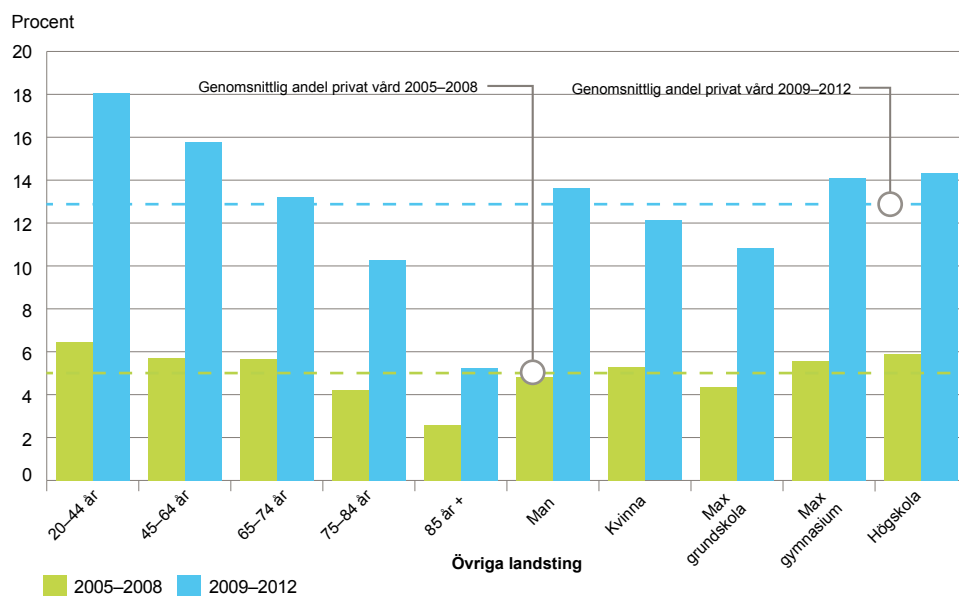
Figur 25. Avvikelse från genomsnittlig andel privat vård per åldersgrupp, kön och utbildningsnivå perioden 2005–2008, respektive 2009–2012, Stockholm.



Övriga landsting

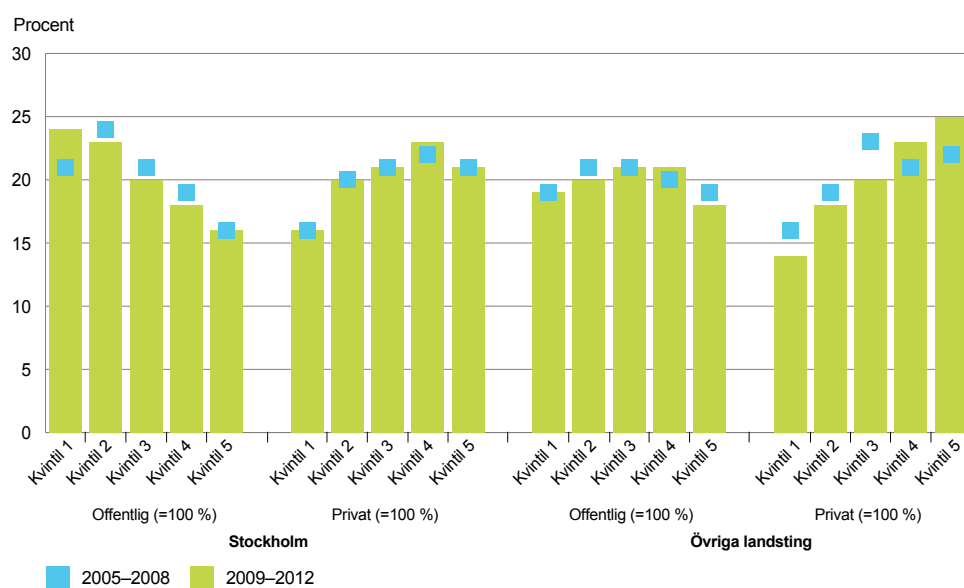
Fördelningen på olika grupper i övriga landsting uppvisar en likartad bild som den som gäller för Stockholm, om än med skillnaden att andelen privat vård är på en väsentligt lägre nivå. En skillnad är dock att även de yngre åldersgrupperna i övriga landsting i större utstäckning opereras i privat vård. Bland dem som opereras privat finns således en tydlig systematisk skillnad (gradient) då yngre åldersgrupper oftare väljer privata vårdgivare.

Figur 26. Avvikelse från genomsnittlig andel privat vård per åldersgrupp, kön och utbildningsnivå under perioden 2005–2008 respektive 2009–2012, övriga landsting.



Det finns även tydliga skillnader gällande hur de som opereras inom privat respektive offentlig vård fördelar sig på olika inkomstgrupper. Inom privat vård är de med högre inkomster överrepresenterade och detta gäller för båda tidsperioderna samt för både Stockholm och övriga landsting.

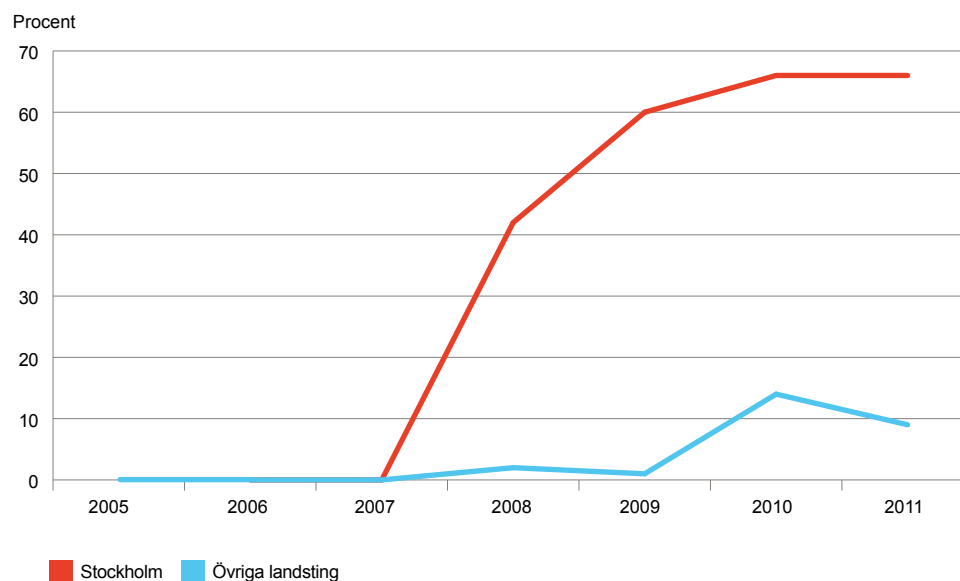
Figur 27. Inkomstgrupp för de som opererats på offentlig respektive privatägd vårdgivare.



5.5 ANDEL PRIVAT PRODUKTION VID GRÅSTARROPERATION

Vid operation mot gråstarr har det skett en ännu större förändring av ägandeformerna än för höft- och knäoperation. Både i Stockholm och i övriga landsting skedde i princip all produktion i offentlig regi fram till 2008. Därefter har det skett en radikal förändring av produktionen i Stockholm, där andelen privat vård uppgår till 68 procent under 2011.

Figur 28. Andel av gråstarroperationerna som utförts av privatägdd vårdgivare.



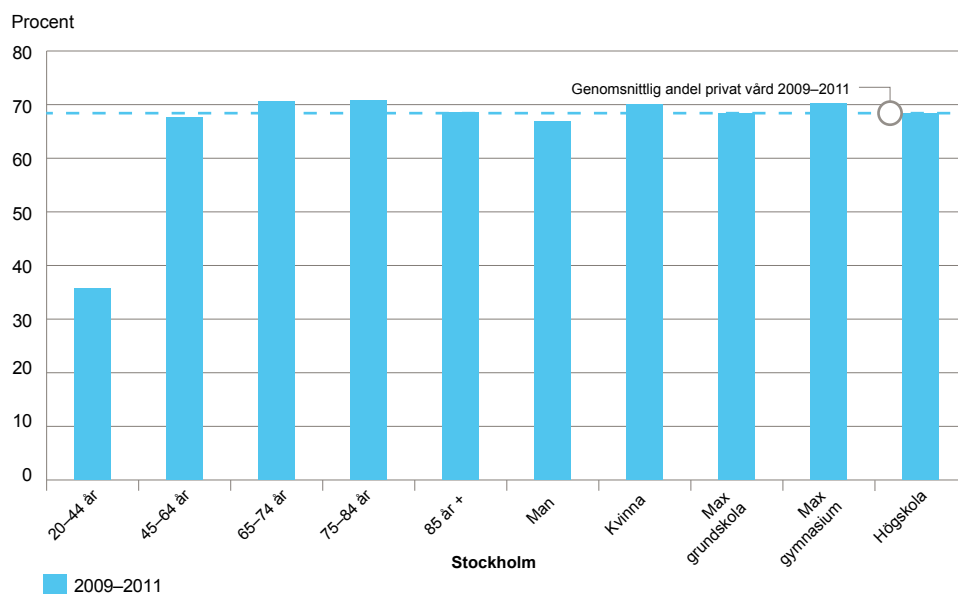
Den dramatiska förändringen av privat vård i Stockholm kan sannolikt delvis förklaras av att ett privat utbud av privat finansierad vård, det vill säga via privata försäkringar, existerade före vårdvalets införande. Med vårdvalet kom dessa att omfattas av den offentliga finansieringen via landstingen.

5.6 SKILLNAD I PATIENTSAMMANSÄTTNING MELLAN PRIVAT OCH OFFENTLIG VÅRD VID GRÅSTARROPERATION

Stockholm

Under den tidsperiod som en andel av produktionen har utförts av privata vårdgivare (med offentlig finansiering) i Stockholm identifieras relativt små skillnader mellan grupper i den andel som väljer privat utförd vård. Den enda noterbara avvikelser är för åldersgruppen 20–44 år, där en lägre andel än övriga grupper väljer privat vård. Noteras bör även att antalet operationer inom denna grupp är förhållandevis få jämfört med övriga grupper.

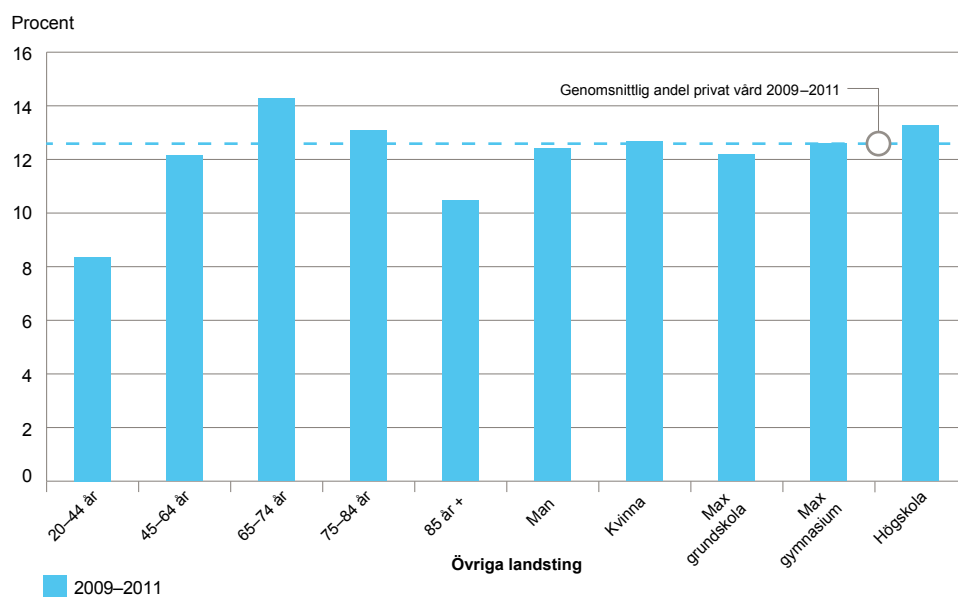
Figur 29. Avvikelse från genomsnittlig andel privat vård per åldersgrupp, kön och utbildningsnivå under perioden 2005–2008 respektive 2009–2012, Stockholm.



Övriga landsting

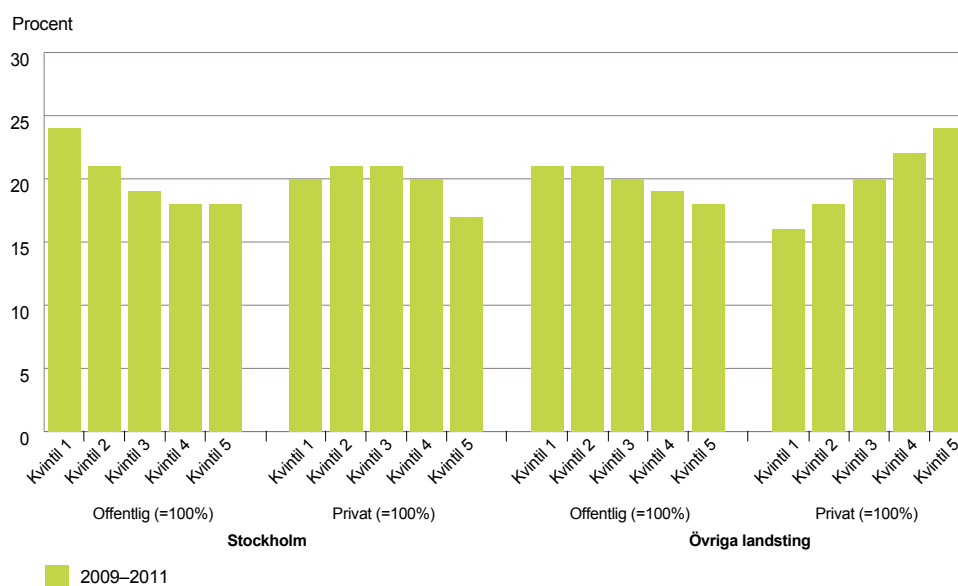
Även i övriga landsting är fördelningen av andelen privat vård mellan grupper mer jämn än vid höft- och knäoperation. Vissa skillnader finns dock vad gäller åldersgrupper.

Figur 30. Avvikelse från genomsnittlig andel privat vård per åldersgrupp, kön och utbildningsnivå under perioden 2005–2008 respektive 2009–2012, övriga landsting.



Sett till fördelningen av privat respektive offentligt utförd vård för olika inkomstgrupper så är mönstren även här jämnare än vid höft- och knäoperation. En förklaring för Stockholms del är att ju högre andelen privat utförd vård är desto mer närmar sig fördelningen mellan olika grupper den fördelning som finns för det totala vårdutbudet. För övriga landsting noteras dock en viss övervikt av de högre inkomstgrupperna inom privat utförd vård.

Figur 31. Inkomstgrupp för de som opererats på offentlig respektive privatägd vårdgivare.





6 Kvalitet vid privat och offentlig produktion

De tidigare presenterade resultaten som visar att höginkomsttagare och högutbildade i större utsträckning väljer privata vårdgivare, är ett skäl att närmare undersöka om det föreligger skillnader i kvalitet beroende på ägarformer. I detta avsnitt presenterar vi sammanställningar av utvecklingen för privat och offentlig vård för de tre vårdområdena avseende tillgänglighet och kvalitet. I redovisningen anges den genomsnittliga kvalitetsnivån, uppdelat mellan offentliga och privata vårdgivare för ett antal kvalitetsindikatorer som ingår i Öppna jämförelser. Dessa siffror presenteras inledningsvis utan justeringar av förväntad risk och patientsammansättning och bör därför tolkas med stor försiktighet. Det är välkänt att riskjusteringar som tar hänsyn till patientsammansättningen påverkar dessa kvalitetsindikatorer. Detta åskådliggörs i slutet av avsnittet med en riskjustering av kvalitet baserad på data från Svenska Höftprotesregistret.

6.1 RESULTAT FRÅN KVALITETSREGISTER

De svenska kvalitetsregistren har sedan år 2006 bidragit med underlag för årliga jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, baserade på ett antal indikatorer. I detta avsnitt presenteras utvecklingen för de kvalitetsindikatorer som avser höftprotes- och knäprotesoperation samt gråstaroperationer. Syftet är att redovisa kvalitetsutvecklingen inom dessa tre specialiserade vårdområden samt påvisa eventuella skillnader mellan landstingen. Mot bakgrund av att individer med olika socioekonomisk bakgrund i varierande utsträckning väljer privata eller offentliga vårdgivare ges även en redogörelse av skillnader i kvalitet utifrån ägandeform.

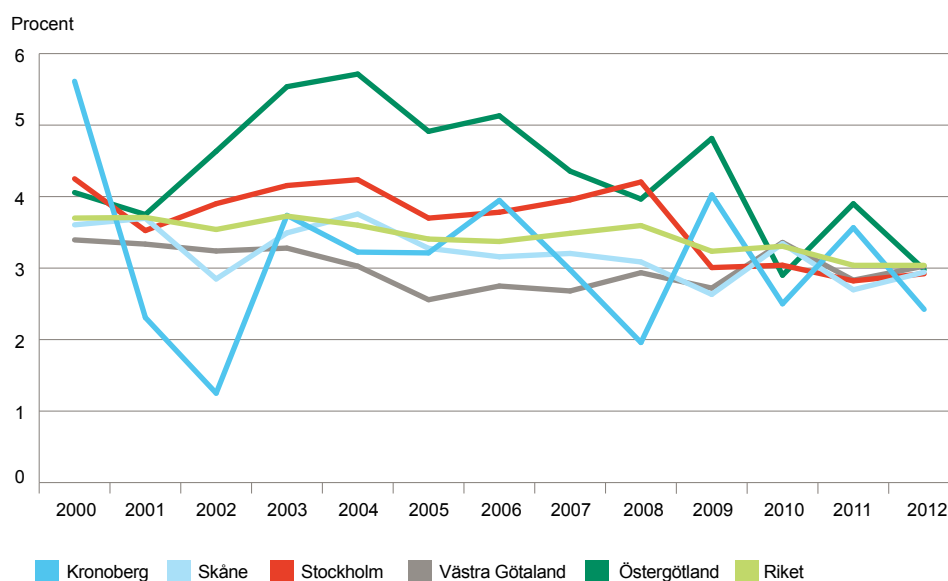
I rapportserien Öppna jämförelser redovisas årligen kvalitetsindikatorer med jämförelser mellan landsting och sjukhus med avseende på medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Öppna jämförelser baseras på nationell och allmänt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är gemensamt ansvariga för arbetet. Huvudsyftet är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Genom att belysa goda resultat och mindre goda resultat är syftet att sporra landstingen till ett ökat lärande som bidrar till fördjupade analyser och uppföljningar för att uppnå bättre resultat (Socialstyrelsen och SKL 2013).

Nedanstående sammanställning baseras på redovisning från tre kvalitetsregister: Svenska Höftprotesregistret, Svenska Knäprotesregistret och Nationella Kataraktregistret.

6.2 KVALITETSUTVECKLING INOM HÖFT-, KNÄ- OCH GRÅSTARRBEHANDLING

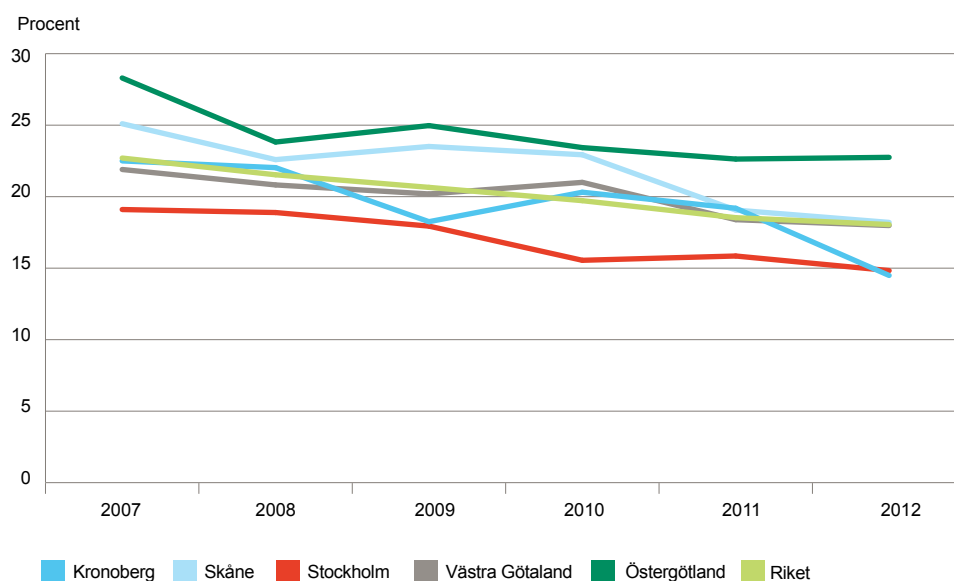
Det finns ett antal kvalitetsindikatorer att välja mellan från rapportserien Öppna jämförelser. För höft- och knäprotesoperationer finns ett flertal indikatorer för såväl process- som resultatmått. För vissa indikatorer är dock tidsserierna begränsade till ett fåtal år. Nedan redovisas kvalitetsindikatorn oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- och höftprotesoperation. Detta värde är åldersstandardiserat och framgår i figur 32.

Figur 32. Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotesoperation. Åldersstandardiserade värden.



Indikatorn visar andelen patienter som återinlades på sjukhus eller avled inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Orsaker till återinläggning är bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering. Detta mått bör vara så lågt som möjligt och för riket ses en nedåtgående trend över tid. Ser vi till Stockholms läns landsting i jämförelse med övriga landsting är trenden likartad och det går inte att urskilja några tydliga effekter av vårdval.

En kvalitetsindikator inom gråstarrkirurgin är andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid operationen. Detta mått fångar främst vårdens tillgänglighet och värdet bör vara lågt.

Figur 33. Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid gråstarroperation.

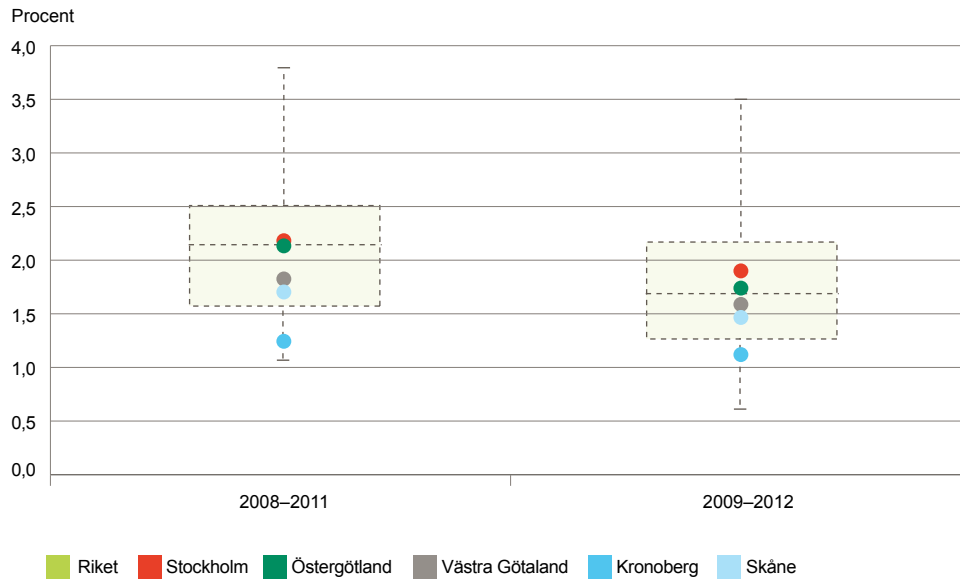
Indikatorn visar andelen patienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 på det bästa ögat, av alla patienter som opererades för grå starr. En låg andel innebär att patienterna hade bättre syn vid operationstillfället och vice versa. Uppgifterna per landsting är baserade på patienternas hemort, oavsett var operationen utfördes. Nationellt finns en stadigt sjunkande trend där det är en allt lägre andel patienter som opereras med synskärpa sämre än 0,5 på bästa ögat. Stockholm följer trenden och skiljer sig inte från övriga landsting. Den långsiktiga utvecklingen för riket som helhet visar att patienterna ser allt bättre vid tidpunkten för operation.

Vi kan konstatera att utvecklingen för flertalet kvalitetsindikatorer uppvisar en positiv trend. Denna utveckling gäller generellt för flertalet landsting och kan knappast kopplas till införandet av värddvalsmodeller. Som framgått av resultatsammanställningen är utvecklingen likartad för Stockholm och de övriga jämförda landstingen.

6.3 SKILLNADER I KVALITETSUTVECKLING MELLAN LANDSTINGEN

I detta avsnitt presenterar vi variationerna mellan landstingen. Med så kallade låddiagram redovisas medianvärdet, undre och övre kvartilen samt minimum och maximumvärdena mellan landstingen i hela riket. Dessutom är de fem landsting som ingår i studien markerade i diagrammen. I figur 34 redovisas antal omoperationer inom 2 år för höftprotesoperationer. Lådans översta värde är således den övre kvartilen (värdet på 75 %) och lådans nedersta värde är den nedre kvartilen (värdet på 25 %). Medianen är lådans mittersta markering och streckens ändrar representerar maximum- och minimumvärden.

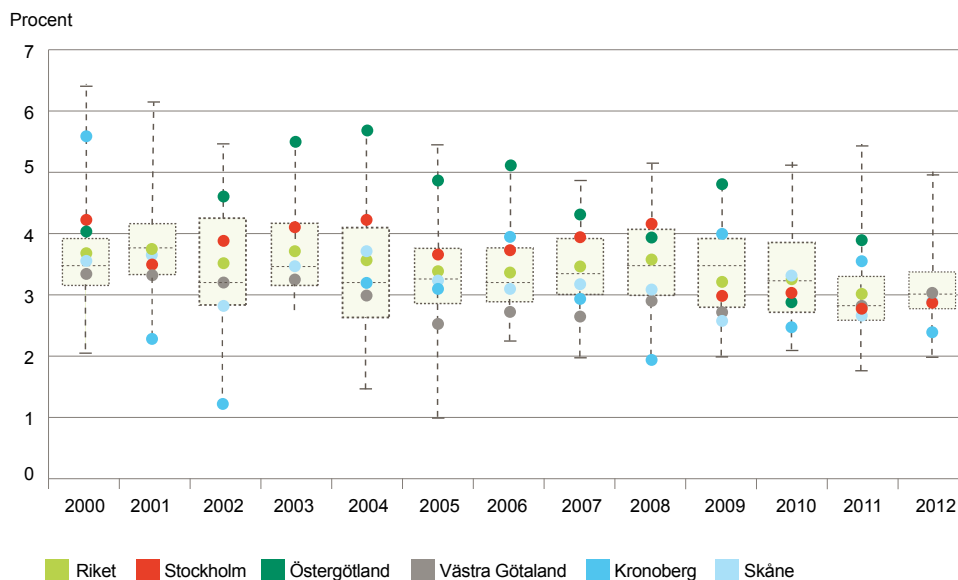
Figur 34. Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation. Samtliga landsting inkluderas i figuren, men de fem som ingår i studien är markerade.



Detta mått bör vara så lågt som möjligt. Som framgår av figuren ligger alla landstingen utom Kronoberg inom "lådan", det vill säga inom den första och tredje kvartilen. Kronoberg har en klart lägre andel omoperationer. Stockholm ligger högst, men nära medianen för riket under dessa mätperioder. Båda mätperioderna täcker in införandet av vårdval i Stockholm (år 2009-2012).

I figur 35 redovisas det gemensamma måttet oönskade händelser inom 30 dagar för knä- eller höftprotosoperationer för perioden år 2000-2012.

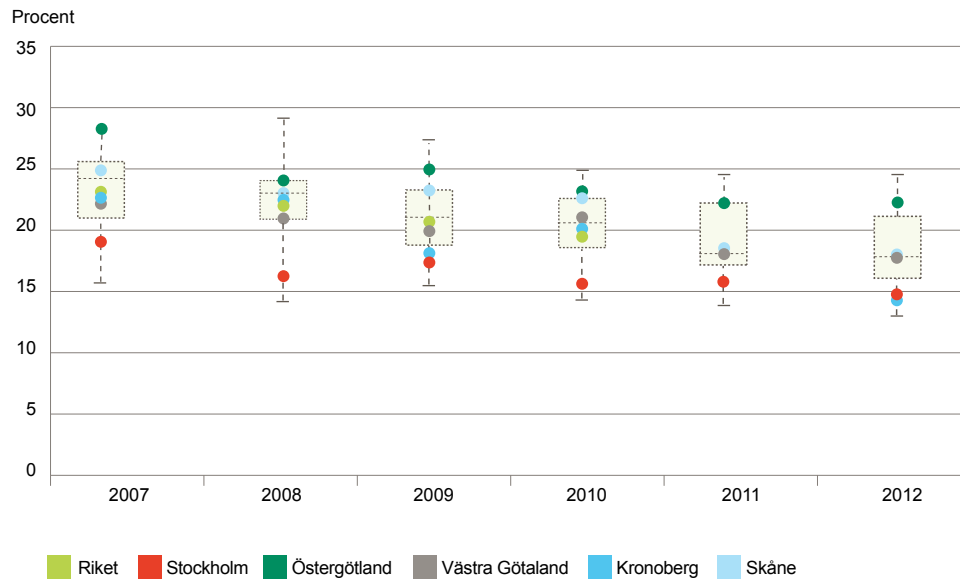
Figur 35. Önskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotesoperation. Åldersstandardiserade värden. Samtliga landsting inkluderas i figuren, men de fem som ingår i studien är markerade.



För måttet önskade händelser inom 30 dagar efter operation av höft och knä finns en nedåtgående trend för riket, där Stockholm före införandet av vårdval hade värden som låg utanför låddiagrammet, det vill säga över den tredje kvartilen (målet bör vara så lågt som möjligt). Efter vårdvalets införande har emellertid Stockholm förbättrat sina resultat. Stockholm ligger 2012 fortfarande relativt nära riksgenomsnittet, efter att tidigare ha legat på en hög nivå.

För gråstaroperationer redovisas i figur 36 resultaten för synskärpa före gråstarr-operation. Som tidigare angetts speglar måttet tillgänglighet för behandlingen och värdet bör vara så lågt som möjligt.

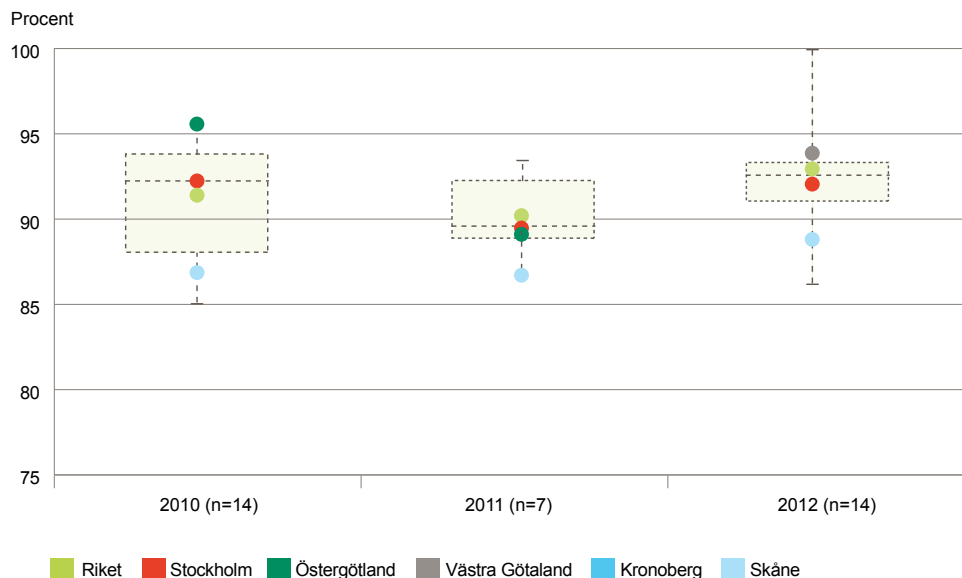
Figur 36. Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid gråstarroperation. Samtliga landsting inkluderas i figuren, men de fem som ingår i studien är markerade.



Som framgår av figuren finns en nedåtgående trend för riket, vilket är positivt då måttet bör vara lågt. Här ligger Stockholm på en lägre nivå än övriga landsting såväl före som efter införandet av vårdval. Detta stämmer dock inte med tidigare konstaterande om ett lågt vårdutnyttjande i Stockholm. Det kan dock delvis förklaras om den privat finansierade vården tidigare stod för en större andel i Stockholm.

Förbättringen av synförmågan redovisas i figur 37. Tyvärr finns dessa siffror endast för åren 2010 till 2012, det vill säga efter införande av vårdval för gråstarroperationer.

Figur 37. Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter gråstarr-operation. Samtliga landsting med tillgänglig data inkluderas i figuren, men de fem som ingår i studien är markerade.



Indikatorn visar andelen patienter som tre månader efter operationen upplever mindre hinder att utföra dagliga aktiviteter än innan. Denna indikator speglar hur väl man lyckats med att förbättra patientens självskattade synfunktion i det dagliga livet. Indikatorn har använts i Nationella Kataraktregistret fullt ut sedan 2009 och 2010. Deltagandet av sjukhusen är frivilligt och som framgår av figuren är det endast drygt hälften av landstingen som ingår. Som framgår av figuren ligger Stockholm nära riksgenomsnittet utan drastiska förändringar mellan de tre åren.

6.4 SKILJER SIG KVALITETSUTVECKLINGEN ÅT MELLAN PRIVAT OCH OFFENTLIG PRODUKTION?

Tidigare avsnitt visar att den totala fördelningen av såväl höft- och knäoperationer som gråstarroperationer är relativt jämt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper. I Stockholm fördelas dock dessa olika mellan vårdgivare beroende på ägandeformer. Höginkomsttagare och högutbildade väljer i större utsträckning vård hos privata vårdgivare medan individer med lägre inkomst väljer offentliga vårdgivare. Denna skillnad behöver inte vara något problem ur ett fördelningsperspektiv om vårdens innehåll, kvalitet och väntetider är likvärdiga mellan alternativen. I detta avsnitt studeras om det finns skillnader i kvalitet och utfall av behandlingar mellan ägandeformerna.

I tabell 3 redovisas andelen omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation för privata och offentliga vårdgivare under åren 2005–2012. Dessa värden är genomsnitt för de kliniker som ingår i Öppna jämförelser.

Tabell 3. Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation.

Medelvärde	2005–2008	2006–2009	2007–2010	2008–2011	2009–2012
Riket – Offentliga sjukhus	1,80	1,81	1,88	1,75	1,83
Riket – Privata sjukhus	1,25	2,32	1,26	1,37	1,37
Stockholm – Offentliga sjukhus	1,95	2,25	2,14	2,15	2,17
Stockholm – Privata sjukhus	1,88	1,92	1,60	1,41	1,44
Antal offentliga sjukhus	56	47	59	55	51
Antal privata sjukhus	12	12	12	10	10
Antal offentliga sjukhus Stockholm	6	6	6	9	6
Antal privata sjukhus Stockholm	5	5	6	6	5

Här ser vi att de offentliga vårdgivarna genomgående uppvisar sämre kvalitet än de privata, såväl nationellt som i Stockholm. Ovanstående sammanställningar är helt ojusterade och tar inte hänsyn till skillnader i patientsammansättningen. Inom Svenska Höftprotesregistret har analyser baserade på vad man kallar den ”vanlige” patienten genomförts för år 2012. Definitionen av den ”vanlige” patienten är en kvinna eller man i åldern 55–84,9 år med primär artros, BMI 18,5–29 samt ASA I eller II. I analysen har sällsynta fall som unga och mycket gamla patienter exkluderats. Även patienter med extremt BMI och sämre fysisk status enligt ASA-klassificeringen har exkluderats. Det innebär att jämförelserna mellan olika sjukhus blir mer rättvisa. Som framgår av tabell 3 nedan opereras den ”vanlige” patienten huvudsakligen på läns-, länsdels- och privatsjukhus. Störst andel av denna patientkategori återfinns på privatsjukhusen (62,3 procent) följt av länsdelsjukhusen (53,5 procent). I tabell 4 redovisas även risken att drabbas av omoperation inom 2 år för protesoperationer 2008–2012 där länsdelsjukhus är referensgrupp. Sjukhustypernas olika andel av den ”vanlige” patienten påverkar utfallet.

Tabell 4. Risk för omoperation inom 2 år efter höftoperation för olika patientgrupper.

	Antal	RR (95% K.I.)	p-värde	Den "vanlige" patientens andel
Alla höftoperationer				
Länsdelssjukhus	26 547	1,00	<0,0005	53,5
Länsjukhus	23 882	1,57 (1,30–1,89)	<0,0005	44,0
Universitetssjukhus	6 978	1,59 (1,40–1,82)	0,004	26,5
Privatsjukhus	12 184	1,28 (1,08–1,51)		62,3
Endast den "vanlige" patienten (ajusterat*)				
Länsdelssjukhus	14 305	1,00		
Länsjukhus	10 483	1,34 (1,05–1,70)	0,02	
Universitetssjukhus	1 850	1,28 (0,92–1,98)	0,28	
Privatsjukhus	7 588	1,47 (1,14–1,90)	0,003	
Endast den "vanlige" patienten (justerat**)				
Länsdelssjukhus	14 305	1,00		
Länsjukhus	10 483	1,35 (1,07–1,72)	0,01	
Universitetssjukhus	1 850	1,28 (0,83–2,01)	0,26	
Privatsjukhus	7 588	1,53 (1,30–1,95)	<0,0005	

RR = Relativ risk

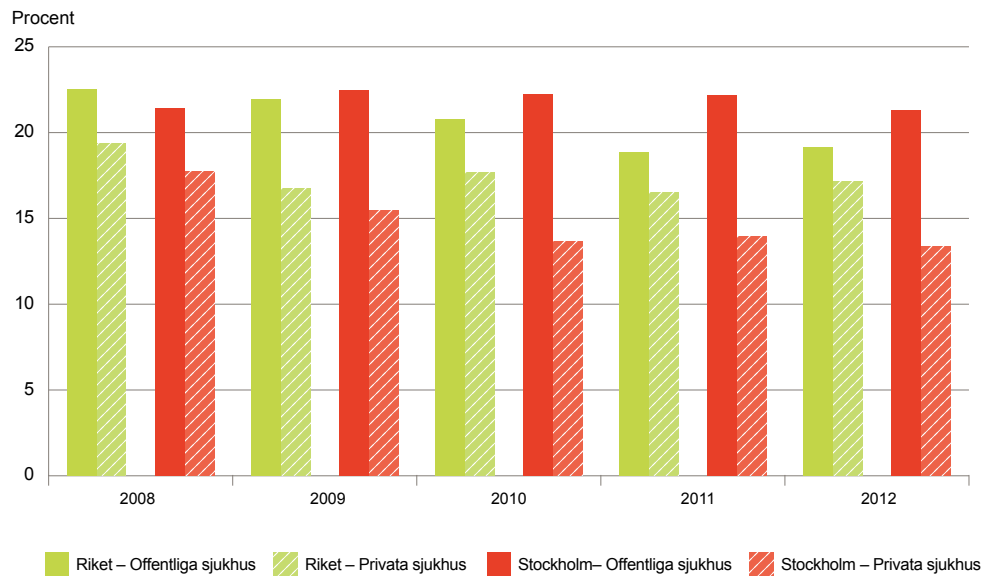
* ej justerat för riskfaktorer

** justerat för variation av kön, ålder, BMI och ASA-grad inom gruppen

Källa: Svenska Höftprotesregistret (2013).

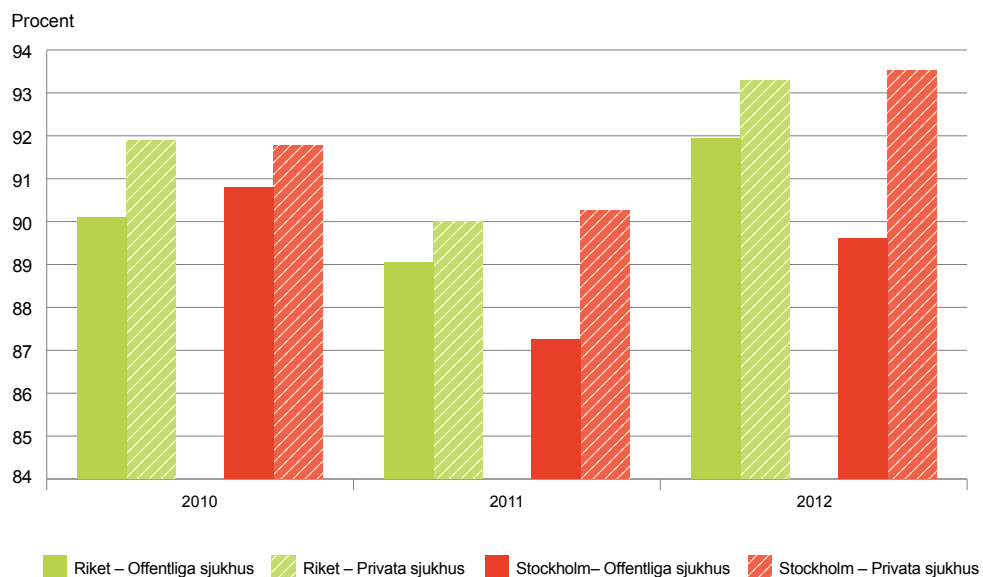
Omoperation inom 2 år är en relativt kort tid beträffande utvärdering av resultat efter höftprotesoperation. För att illustrera effekterna av den så kallade "case-mix"-faktorn redovisas en jämförelse mellan de olika huvudgrupperna av sjukhus i höftregistret. Om analysen inkluderar alla patienter är risken att drabbas av omoperation lägst för patienter som opereras på länsdelssjukhus, följt av patienter som opereras på privatsjukhus (tabell 4, överst). Om analysen begränsas till den "vanlige" patienten är risken fortfarande lägst för patienter opererade på länsdelssjukhus, medan risken är störst för patienter opererade på privatsjukhus. Om man dessutom justerar för de riskfaktorer som vi identifierat i gruppen av den "vanlige" patienten blir skillnaden ännu tydligare. Dessa resultat indikerar att den högre andelen höginkomsttagare vid privatsjukhus inte betyder att dessa får en högre vårdkvalitet. Det kan även vara så att den högre andelen höginkomsttagare bidrar till en högre ojusterad vårdkvalitet genom att dessa individer i regel är lågriskpatienter (eller i högre utsträckning den "vanlige" patienten enligt definitionen).

För gråstaroperationer redovisas nedan endast ojusterade siffror för förbättrad synskärpa vid privata och offentliga kliniker. Även inom detta område bör man dock beakta att patientsammansättning kan variera. I figur 38 redovisas måttet andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vilket är ett mått på tillgänglighet för gråstaroperationer.

Figur 38. Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid gråstarroperation.

*Exklusive Capio medicular i Sundsvall 2011 och Rubes ögonklinik i Trollhättan.

Måttet visar genomgående bättre resultat för de privata klinikerna, vilket till följd av avsaknaden av riskjustering kan tolkas både som att dessa enheter levererar en bättre kvalitet och/eller har en lättare patientsammansättning, det vill säga i detta fall patienter som har väntat en kortare tid. I figur 39 redovisas synförmågan efter genomförd gråstarroperation.

Figur 39. Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter gråstarr-operation.

Även med detta mått kan vi se en högre kvalitet vid privata vårdgivare. Även inom detta område är det sannolikt så att de mer avancerade offentliga klinikerna har en högre andel högriskpatienter.

Resultaten ovan, om skillnader i kvalitet mellan privata och offentliga vårdgivare, måste tolkas med försiktighet. Det är välbekant att utfallet i stor utsträckning påverkas av patientsammansättningen vid sidan av egenskaper hos vårdgivarna. Den analys som genomförts vid Svenska Höftprotesregistret visar att resultaten kan ändras när hänsyn tas till patienternas bakgrund och riskfaktorer. I uppföljningar baserade på kvalitetsregistren pågår också ett omfattande analysarbete där faktorer som påverkar utfallet identifieras. Det är välkänt att exempelvis tidigare sjukdomshistoria, förekomst av bidiagnoser och socioekonomisk status påverkar utfallet. Det finns även studier som visar att privata enheter i vissa fall har en enklare patientsammansättning än offentliga sjukhus, i synnerhet universitetssjukhus (Rehnberg och Medin 2012).

Mot bakgrund av resultaten som visar att höginkomsttagare och högutbildade i större utsträckning väljer privata vårdgivare, är slutsatsen inte att dessa individer erhåller vård av högre kvalitet. Det är snarare så att dessa individers goda hälsotillstånd och lägre risk för komplikationer bidrar till högre redovisad kvalitet.



7 Diskussion och slutsatser

Införandet av vårdvalsmodeller innebär att efterfrågan av vård påverkas av individernas egna preferenser och agerande inom en reglerad marknad för vårdtjänster. Även om marknadsmekanismer har införts inom hälso- och sjukvården är marknaden relativt hårt reglerad, samtidigt som den offentliga finansieringen har bibehållits med skatteuttag och låga patientavgifter. Det har emellertid funnits farhågor för att valfriheten och den fria etableringen ska gynna grupper med hög inkomst och utbildning, vilka i regel har bättre kunskap om skillnader i utbud och kvalitet. Det finns även en risk att vårdgivarna på utbudssidan i första hand tar sig an patienter med relativt god hälsa och tidigare sjukdomshistoria.

I denna promemoria har de fördelningspolitiska konsekvenserna följts upp för tre vårdvalsmodeller: höft-, knä- och gråstaroperationer. För samtliga dessa tre vårdområden infördes i Stockholms läns landsting under år 2009 vårdvalsmodeller där patienter erbjöds ett fritt val av vårdgivare samtidigt som vårdgivarna, efter ett ackrediteringsgodkännande, fritt kunde etablera sin verksamhet. I promemorian har utvecklingen av vårdutnyttjandet för socioekonomiska grupper i Stockholm jämförts med fyra andra landsting/regioner: Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt landstingen i Kronoberg och Östergötland. Inget av dessa landsting har infört vårdvalsmodeller inom de tre specialiteterna, med undantag för Region Skåne som startade vårdval för gråstaroperationer år 2012.

Det finns en del problem med data och metoder i studien som innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet. En begränsning är att vårdvalen varit i bruk en relativt kort tidsperiod och att det är för tidigt att se trender rörande fördelningseffekter. De tre vårdvalsområdena i studien är därtill relativt välvägränsade samt utgör endast en mindre andel av det totala specialiserade vårdutbudet, vilket innebär att generaliserbarheten är begränsad. Flera vårdvalsområden i dag avser tjänster med helt andra egenskaper inom primärvård, mödravård och rehabilitering.

Vidare är ett problem inom höft- och knäoperationer att jämförelsen mellan landstingen även inkluderar opererade med patienter med sämre initial hälsostatus, vilka inte ingår i vårdvalet. Detta innebär en osäkerhet i resultaten om dessa patienter utgör olika andelar mellan landstingen samt om andelarna förändras över tiden.

Utvecklingen visar att de behandlingar som ingår i vårdval har ökat i volym totalt och per invånare i Stockholm. Den största ökningen återfinns inom gråstaroperationer. Denna utveckling är inte anmärkningsvärd då vårdutnyttjandet i Stockholm tidigare varit lågt inom samtliga tre vårdvalsområden.

Beträffande den socioekonomiska fördelningen visar olika beräkningar av det totala vårdutnyttjandet att inga större förskjutningar mellan inkomst- eller utbildningsgrupper ägt rum för de tre behandlingarna. Den relativa utvecklingen mellan socioekonomiska grupper skiljer sig inte åt mellan Stockholm och de landsting som inte infört vårdvalsmodeller. För höftoperationer finns dock en mindre trend de senaste åren mot

ett högre vårdutnyttjande hos höginkomsttagare och högutbildade i Stockholm, en trend som även kan ses för högutbildade i övriga landsting. Men den samlade bilden, för samtliga studerade vårdval under hela perioden 2005–2012, visar på en likartad socioekonomisk fördelning bland opererade patienter, oavsett om dessa ägt rum i Stockholm eller i övriga landsting. I vissa fall finns motstridiga resultat mellan variablerna inkomst och utbildning som bör analyseras vidare.

Vad gäller utvecklingen för olika åldersgrupper så ses för höft- och knäoperation liknande trender i Stockholm som i övriga landsting. För höftoperation ökar vårdutnyttjandet mest i åldersgruppen 75–84 år medan det vid knäoperation ökar mest för dem mellan 45–64 år. För gråstaroperation sker i Stockholm en kraftig ökning av vårdutnyttjandet i samtliga åldersgrupper medan utvecklingen i övriga landsting är relativt stabil. Mönstret mellan kvinnor och män är stabilt och relativt oförändrat både i Stockholm och i övriga landsting.

Den största förändringen som ägt rum med vårdvalen i Stockholm är den ökade etableringen av privata vårdgivare. Inom alla de tre studerade vårdvalsområdena har en kraftig ökning ägt rum i Stockholms läns landsting. Utvecklingen i de övriga landstingen, där privata vårdgivare främst upphandlas, visar på en mindre ökning av privat vård. I Stockholm är det också uppenbart att höginkomsttagare och högutbildade i större utsträckning väljer privata vårdgivare, vilket även gäller för övriga landsting om än på en lägre nivå. Detta mönster är tydligast för höft- och knäoperationer. Inom gråstaroperationer är den socioekonomiska fördelningen mellan vårdgivare med olika ägandeformer mer jämn. Det kan förklaras med att marknaden för gråstaroperationer domineras av privata vårdgivare, som alltså utgör det huvudsakliga vårdutbudet.

Att höginkomsttagare och högutbildade i större utsträckning väljer privata vårdgivare behöver inte vara något problem om den totala fördelningen mellan socioekonomiska grupper är jämn eller reflekterar skillnader i behov. Vi kan dock konstatera att kvalitetsindikatorerna varierar mellan olika vårdgivare. I flera fall finns tendenser att vården har högre kvalitet hos privata vårdgivare. Dessa indikatorer redovisas emellertid utan justering för risk mellan patientgrupperna, det vill säga en hög kvalitet kan uppnås genom att relativt friska patientgrupper behandlas. I en analys av höftprotespatienter framgår att de privata klinikerna snarare har en lägre kvalitet efter justering av patientsammansättning. Slutsatsen är att den högre andelen höginkomsttagare och högutbildade vid privata enheter bidrar till den högre redovisade kvalitetsnivån för dessa kliniker, genom att dessa individer har ett bättre hälsotillstånd och lägre risk för komplikationer.

I arbetet med analys av data från kvalitetsregistren finns ett omfattande arbete som bland annat visar att den lägre ojusterade kvaliteten vid universitetssjukhus beror på en tyngre patientsammansättning. Skillnaderna kan även tolkas som att de privata vårdgivarna riktar sig till lättare patientgrupper. Detta kan delvis bero på att vårdvalen inte omfattar högriskpatienter, vilket särskilt avgränsar patientunderlaget för privata vårdgivare. Sammantaget är detta därför ett område som behöver belysas ytterligare med riskjusterade jämförelser mellan vårdgivare.



8 Referenser

- Konkurrensverket (2014). *Valfrihetswebben*. Tillgänglig: <https://www.valfrihetswebben.se> 2014-03-01
- Region Skåne (2012). *Akrediteringsvillkor och avtal avseende verksamhet för operation av grå starr inom vårdval Skåne*. Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetsystem 2008:962. Region Skåne, 2012.
- Rehnberg, C. och Medin, E. (2012). *Using health outcomes measures for analyzing cost and quality in healthcare*. MMC-report, Karolinska Institutet, Stockholm.
- SLL (2011a). *Regelbok för höft- och knäprotesoperationer 2011*. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.
- SLL (2011b). *Regelbok för kataraktoperationer 2011*. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Öppna Jämförelser 2013*.
- Svenska Höftprotesregistret (2013). *Årsrapport 2012 för verksamhetsåret 2012*. Registercentrum Västra Götaland, Göteborg.



Bilagor

BILAGA 1

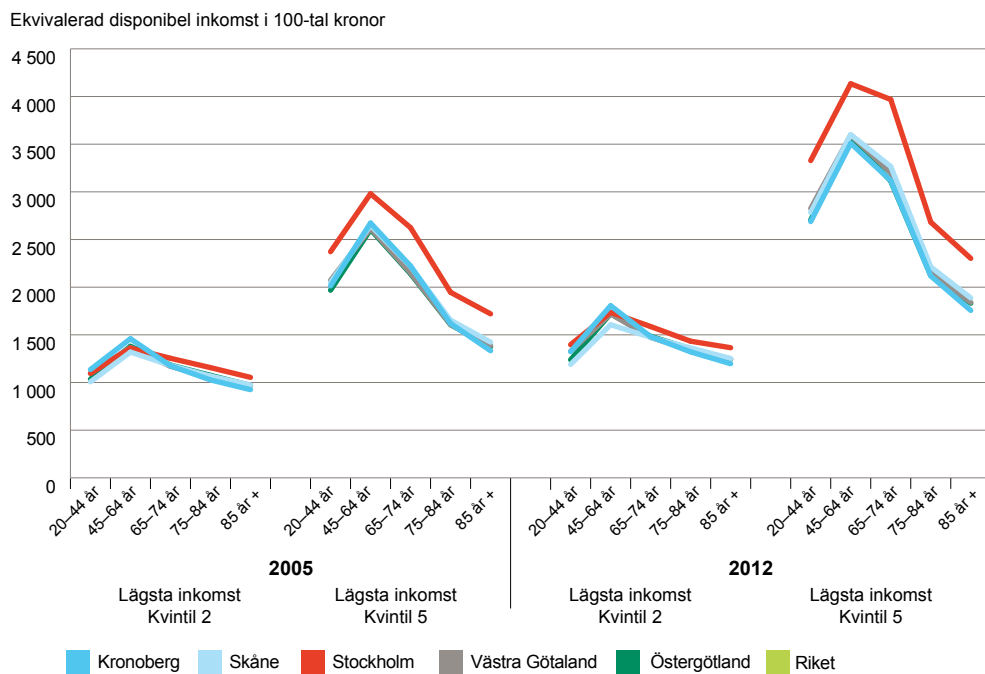
Gränserna för hur hög inkomst en individ måste ha för att falla inom respektive inkomstgrupp skiljer sig mellan län och år. I tabell 5 presenteras de lägsta inkomsterna för respektive inkomstgrupp, så kallade inkomstkventiler, för 2005 respektive 2012. Lägsta inkomst i kvintil 1 är alltid strax över 0 kronor och inkluderas därför inte i presentationen. De individer som ingår i till exempel inkomstkventil 2 i Kronobergs län år 2005 har alltså ekvivalerade disponibla inkomster i spannet 116 000 kronor (lägsta inkomst kvintil 2) till strax under 147 100 kronor (lägsta inkomst kvintil 3). Inkomstspannet är bredast i gruppen med högst inkomst, kvintil 5, där enstaka personer har mångmiljoninkomster (syns dock ej i tabell 5).

Tabell 5. Lägsta inkomst i respektive inkomstkventil per landsting och år, 100-tals kronor (löpande priser). Kvintil 1 ingår inte, eftersom lägst inkomst i denna grupp är strax över 0 kronor.

	Kronoberg		Skåne		Stockholm		Västra Götaland		Östergötland	
	2005	2012	2005	2012	2005	2012	2005	2012	2005	2012
Lägsta inkomst kvintil 2	1 160	1 414	1 160	1 110	1 360	1 185	1 492	1 148	1 411	1 388
Lägsta inkomst kvintil 3	1 471	1 890	1 416	1 840	1 562	1 114	1 450	1 907	1 417	1 851
Lägsta inkomst kvintil 4	1 797	2 372	1 760	2 368	1 973	2 735	1 781	2 417	1 736	2 353
Lägsta inkomst kvintil 5	2 278	3 017	2 273	3 097	2 575	3 626	2 257	3 112	2 211	3 035

När vi utöver län tar hänsyn till vilken åldersgrupp en individ befinner sig i förändras gränserna för vilken inkomst som faller inom respektive inkomstgrupp. I figur 40 framkommer tydligt att inkomsterna är högst i åldersgruppen 45–64 år och att den rikaste femtedelen inom respektive åldersgrupp i Stockholms län har betydligt högre inkomster än den rikaste femtedelen inom respektive åldersgrupp i de övriga länen. Vi ser också att avståndet mellan grupperna med lägre inkomster och gruppen med högst inkomster har ökat över tid.

Figur 40. Lägsta inkomst i inkomstkvintil 2 och 5 per landsting, åldersgrupp och år, 100-tals kronor (löpande priser). Ekvivalerad disponibel inkomst i 100-tal kronor (löpande priser).



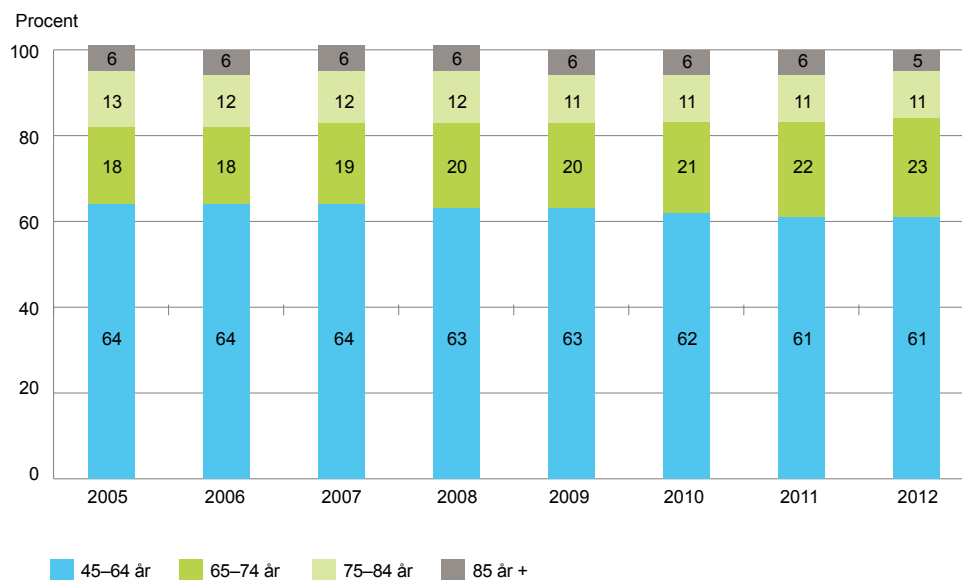
BILAGA 2

Tabell 6. Definition av vilka individer som opererats.

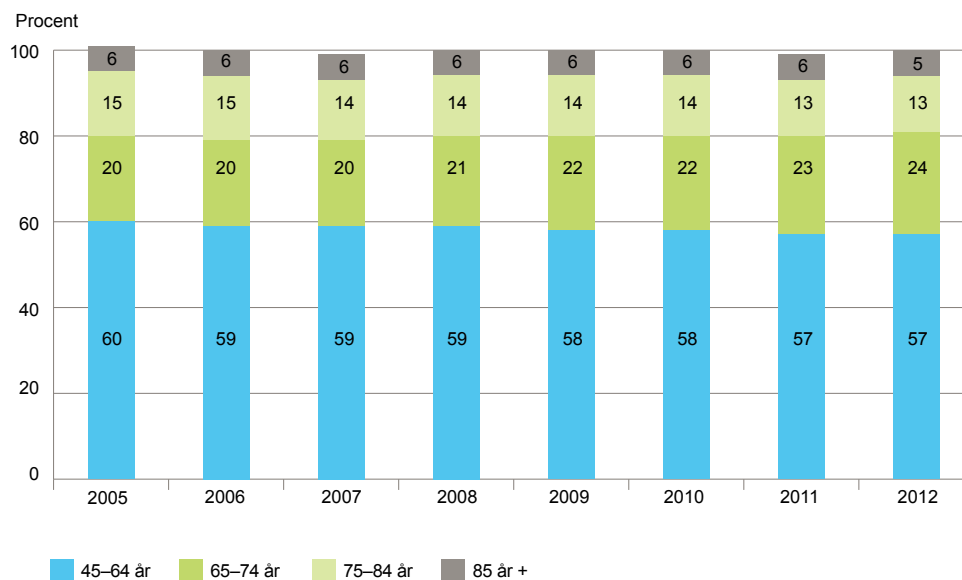
	Höftprotesoperation	Knäprotesoperation	Grästarroperation
Urvalet begränsas till följande vårdnivå	Slutenvård	Slutenvård	Öppenvård
Urval med hjälp av följande åtgärds-koder (KVA)	NFB29, NFB39, NFB49	NGB29, NGB39, NGB49	CJC10, CJC15, CJC20, CJC25, CJD10, CJD15, CJD20, CJD25, CJE10, CJE15, CJE20, CJE25, CJC00, CJC05, CJC99, CJD00, CJD05, CJD99, CJE00, CJE05, CJE99
Utöver ovanstående åtgärds-kod krävs någon av följande diagnos-koder (ICD-10)	Inget krav på specificerad diagnos	Inget krav på specificerad diagnos	H25.9, H25.1, H25.0, H25.2, H25.8, H26.0, H26.2, H26.4, H26.1, H26.9, H26.3, H26.8, H27.0, H27.1, H27.8, H27.9, H28.0, H28.1, H28.2, H28.8

BILAGA 3

Figur 41. Andel av individerna som är 45 år och äldre, Stockholm.



Figur 42. Andel av individerna som är 45 år och äldre, övriga landsting.



BILAGA 4

Oddsquoter (höftoperation = 1) Stockholm.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	3,71**	3,69**	4,13**	3,94**	3,72**	4,20**	3,63**	3,91**
	75-84 år	4,73**	4,67**	5,63**	5,02**	5,37**	5,27**	5,01**	5,83**
	85+ år	3,27**	2,84**	3,11**	2,61**	2,64**	2,83**	2,29**	2,45**
Kön (ref = man)	Kvinna	1,48**	1,44**	1,69**	1,63**	1,49**	1,61**	1,48**	1,39**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	1,03	1,11	0,99	1,11	1,05	0,93	0,92	0,97
	Max gymnasium	1,03	1,14**	1,02	1,09	1,03	1,06	0,99	0,99
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,79**	0,79**	0,90	0,81**	0,82**	0,96	0,84**	0,78**
	Kvintil 2	0,90	1,04	1,10	1,14	1,03	1,11	1,01	0,89
	Kvintil 3	1,07	1,03	1,32**	1,12	1,00	0,99	0,91	0,95
	Kvintil 4	0,91	0,96	1,07	1,07	1,00	1,12	1,01	1,00

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Oddsquoter (höftoperation = 1) övriga landsting.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	3,56**	3,50**	3,55**	3,66**	3,43**	3,41**	3,69**	3,46**
	75-84 år	4,18**	3,95**	4,24**	4,27**	4,24**	4,52**	4,59**	4,55**
	85+ år	1,97**	2,05**	2,07**	1,87**	1,91**	1,97**	2,15**	1,94**
Kön (ref = man)	Kvinna	1,24**	1,24**	1,25**	1,24**	1,22**	1,38**	1,32**	1,28**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	1,09	1,18**	1,12**	1,07	1,05	1,04	0,98	1,07
	Max gymnasium	1,00	1,03	1,05	1,06	0,97	1,04	0,97	1,00
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,92	0,98	0,94	0,96	0,81**	0,83**	0,91	0,88**
	Kvintil 2	1,02	1,03	1,11**	1,15**	0,98	0,97	1,08	1,01
	Kvintil 3	1,03	1,06	1,06	1,10	1,03	0,93	1,07	1,01
	Kvintil 4	1,12**	1,12**	1,03	1,07	0,96	0,97	1,03	1,07

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Bilaga 4, fortsättning

Oddsquoter (privat = 1) Stockholm, höftoperation.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	0,93	0,98	1,07	1,07	1,03	1,23	0,81**	0,79**
	75-84 år	0,79	0,73**	1,00	1,02	0,85	0,93	0,61**	0,79**
	85+ år	0,66**	0,58**	0,95	0,86	0,71	0,49**	0,49**	0,60**
Kön (ref = man)	Kvinna	1,22**	1,15	1,18	1,18	1,18	1,31**	1,18	1,21
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	0,88	0,81	0,85	0,77**	0,74**	0,83	0,67**	0,69**
	Max gymnasium	0,92	0,89	0,89	0,85	0,84	0,87	0,79**	0,89
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,44**	0,44**	0,59**	0,51**	0,65**	0,57**	0,59**	0,35**
	Kvintil 2	0,59**	0,70**	0,79	0,64**	0,64**	0,50**	0,71**	0,43**
	Kvintil 3	0,77	0,63**	0,84	0,81	0,68**	0,78	0,86	0,57**
	Kvintil 4	0,72**	0,73**	1,00	1,20	0,94	0,81	1,27	0,73**

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Oddsquoter (privat = 1) övriga landsting, höftoperation.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	1,61**	0,86	1,05	1,24	1,00	0,86	0,67**	0,73**
	75-84 år	0,98	0,49	1,21	0,70	0,63**	0,59**	0,57**	0,42**
	85+ år	1,27	0,23	0,32	0,66	0,74	0,36**	0,33**	0,31**
Kön (ref = man)	Kvinna	0,77	0,97	0,77	1,12	0,96	1,15	1,01	0,94
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	0,93	0,66	0,69	0,92	0,55**	0,74**	0,83	0,81
	Max gymnasium	1,09	0,67	0,92	1,01	0,60**	0,79	0,93	0,81
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,44**	0,43	0,72	0,44**	0,44**	0,64**	0,54**	0,89
	Kvintil 2	0,59**	0,53	0,72	0,64**	0,50**	0,65**	0,52**	0,75
	Kvintil 3	0,57**	0,80	1,13	0,71	0,58**	0,83	0,63**	0,78
	Kvintil 4	0,60	0,56	1,34	0,81	0,68**	0,94	0,71	1,31

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Bilaga 4, fortsättning

Oddsquoter (knäoperation = 1) Stockholm.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	4,64**	3,53**	3,43**	3,54**	3,67**	3,28**	3,15**	3,15**
	75-84 år	4,83**	4,29**	3,87**	4,63**	4,01**	3,96**	3,77**	4,30**
	85+ år	1,95**	1,99**	0,89	1,81**	1,52**	0,96	1,00	0,93
Kön (ref = man)	Kvinna	1,52**	1,55**	1,54**	1,53**	1,39**	1,43**	1,41**	1,59**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	1,29**	1,46**	1,41**	1,47**	1,23**	1,26**	1,36**	1,35**
	Max gymnasium	1,14	1,36**	1,33**	1,54**	1,29**	1,24**	1,20**	1,24**
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,72**	0,86	0,89	0,91	0,97	0,86	0,81**	0,75**
	Kvintil 2	0,88	1,20**	1,26**	1,10	1,14	1,07	0,97	0,96
	Kvintil 3	1,08	1,18	1,28**	1,18	1,29**	1,04	1,04	0,96
	Kvintil 4	1,11	1,02	1,09	1,12	1,10	1,13	1,05	0,99

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Oddsquoter (knäoperation = 1) övriga landsting.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	4,10**	4,02**	4,09**	3,91**	3,21**	3,47**	3,12**	3,13**
	75-84 år	4,49**	4,53**	4,83**	4,10**	3,77**	4,09**	3,65**	3,58**
	85+ år	1,27**	1,35**	1,61**	0,91	1,16	1,23**	1,10	0,94
Kön (ref = man)	Kvinna	1,35**	1,34**	1,44**	1,34**	1,31**	1,27**	1,27**	1,21**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	1,57**	1,42**	1,37**	1,33**	1,44**	1,34**	1,28**	1,36**
	Max gymnasium	1,37**	1,38**	1,34**	1,28**	1,37**	1,30**	1,29**	1,26**
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,81**	0,89	0,93	0,92	0,81**	0,88**	0,84**	0,80**
	Kvintil 2	0,91	1,11	1,20**	1,11	1,00	1,11	0,97	0,96
	Kvintil 3	0,99	1,15**	1,19**	1,04	1,01	1,20**	1,02	0,97
	Kvintil 4	1,02	1,07	1,21**	1,04	0,97	1,15**	1,00	1,00

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Bilaga 4, fortsättning

Oddsquoter (privat = 1) Stockholm, knäoperation.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	0,94	1,31	0,91	0,86	0,91	1,04	1,17	1,17
	75-84 år	0,80	1,06	0,78	0,84	0,98	0,72**	0,94	0,97
	85+ år	0,49**	1,25	0,60	0,71	0,65	0,52**	0,46**	0,46**
Kön (ref = man)	Kvinna	1,30**	1,25	1,00	1,11	1,14	1,19	1,13	1,27**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	0,58**	0,71**	0,56**	0,99	0,87	0,75**	0,77	0,57**
	Max gymnasium	0,80	1,15	0,78	1,26	0,93	0,74**	0,88	0,89
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,74	0,76	0,63**	0,52**	0,55**	0,54**	0,42**	0,56**
	Kvintil 2	0,68	0,82	0,65**	0,56**	0,61**	0,78	0,59**	0,62**
	Kvintil 3	0,97	0,83	0,86	0,78	0,70**	0,82	0,78	0,77
	Kvintil 4	0,81	1,04	0,88	0,95	1,12	1,01	1,25	1,07

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Oddsquoter (privat = 1) övriga landsting, knäoperation.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	1,08	0,54	1,08	1,02	0,60**	0,74**	0,69**	0,82
	75-84 år	1,04	0,13**	0,82	0,86	0,52**	0,62**	0,58**	0,71**
	85+ år	0,97	0,00	2,04	0,44	0,46	0,21**	0,10**	0,50
Kön (ref = man)	Kvinna	0,96	0,59	1,12	1,07	0,84	0,86	1,04	0,78**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	1,53	0,32**	0,66	0,65**	1,20	0,64**	0,60**	0,72**
	Max gymnasium	2,30	0,61	0,72	0,81	1,25	0,81	0,86	0,87
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	0,62	0,77	1,17	0,98	0,61**	0,52**	0,82	0,65**
	Kvintil 2	0,79	1,20	0,60	1,10	0,68**	0,57**	1,23	0,70**
	Kvintil 3	0,88	1,46	0,96	0,97	0,78	0,63**	1,20	0,67**
	Kvintil 4	0,92	1,34	1,44	1,25	0,92	0,67**	0,93	0,68**

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Bilaga 4, fortsättning

Oddsquoter (kataraktoperation = 1) Stockholm.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	5,15**	4,34**	4,82**	5,41**	5,65**	6,15**	6,40**
	75-84 år	11,37**	8,87**	9,70**	10,86**	12,51**	12,65**	12,55**
	85+ år	11,25**	7,85**	8,12**	8,15**	8,99**	8,93**	8,92**
Kön (ref = man)	Kvinna	1,15**	1,14**	1,09**	1,12**	1,09**	1,17**	1,19**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	1,06	1,17**	0,97	1,09**	1,17**	1,08**	1,07**
	Max gymnasium	0,99	1,13**	0,99	1,08**	1,11**	1,12**	1,03
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	1,14	1,23**	1,31**	1,25**	1,24**	1,18**	1,11**
	Kvintil 2	1,19**	1,25**	1,27**	1,27**	1,34**	1,29**	1,25**
	Kvintil 3	1,10	1,18**	1,20**	1,19**	1,31**	1,23**	1,22**
	Kvintil 4	0,90	1,10	1,05	1,12**	1,18**	1,08	1,09**

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Oddsquoter (kataraktoperation = 1) övriga landsting.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år	5,50**	5,59**	4,93**	5,34**	5,36**	5,20**	5,78**
	75-84 år	14,06**	13,63**	11,84**	12,27**	12,29**	12,02**	12,79**
	85+ år	13,75**	11,88**	10,51**	10,58**	10,61**	10,26**	10,56**
Kön (ref = man)	Kvinna	1,35**	1,32**	1,29**	1,23**	1,22**	1,27**	1,23**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola	1,13**	1,09**	1,08**	1,10**	1,04	1,02	1,02
	Max gymnasium	1,10**	1,13**	1,07**	1,09**	0,99	1,04	1,02
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1	1,13**	1,06	1,10**	1,11**	1,05	1,05	1,17**
	Kvintil 2	1,21**	1,15**	1,20**	1,25**	1,22**	1,17**	1,28**
	Kvintil 3	1,14**	1,14**	1,14**	1,20**	1,19**	1,13**	1,24**
	Kvintil 4	1,08**	1,04	1,06	1,14**	1,10**	0,98	1,09**

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Bilaga 4, fortsättning

Oddsquoter (privat = 1) Stockholm, gråstaroperation.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år				1,36**	1,43**	1,38**	1,56**	1,17
	75-84 år				1,51**	1,53**	1,66**	1,72**	0,97
	85+ år				1,26**	1,10	1,30**	1,48**	0,46**
Kön (ref = man)	Kvinna				1,08	1,08	1,20**	1,11**	1,27**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola				1,22**	1,33**	1,14**	1,15**	0,57**
	Max gymnasium				1,15	1,28**	1,19**	1,13**	0,89
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1				0,86	0,86	0,74**	0,73**	0,56**
	Kvintil 2				0,98	0,97	0,94	0,90	0,62**
	Kvintil 3				0,94	1,04	1,03	0,95	0,77
	Kvintil 4				0,98	1,01	1,10	0,97	1,07

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Oddsquoter (privat = 1) övriga landsting, gråstaroperation.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Åldersgrupp (ref = 45-64 år)	65-74 år				0,95	1,47	1,04	1,02	0,82
	75-84 år				0,40**	1,07	1,04	0,98	0,71**
	85+ år				0,31**	0,79	0,91	1,01	0,50
Kön (ref = man)	Kvinna				0,83	0,89	1,08	0,97	0,78**
Utbildning (ref = högskola)	Max grundskola				0,63**	0,59**	0,70**	0,74**	0,72**
	Max gymnasium				0,75**	0,73	0,81**	0,86**	0,87
Inkomst (ref = kvintil 5)	Kvintil 1				0,56**	0,32**	0,63**	0,77**	0,65**
	Kvintil 2				0,70**	0,62	0,72**	0,82**	0,70**
	Kvintil 3				0,71	0,68	0,81**	1,02	0,67**
	Kvintil 4				0,84	0,99	0,85	1,13	0,68**

** Oddsquoten signifikant skild från referensvärdet 1 på 5 % signifikansnivå.
Kvoterna för respektive år är skattade i separata modeller.

Vårdval och vårdutnyttjande

Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården?

I denna promemoria studeras hur vårdval inom den specialiserade vården har påverkat vårdutnyttjandet för olika grupper. Mer specifikt redovisas utvecklingen efter tre vårdvalsmodeller som infördes i Stockholms läns landsting under 2009. De tre vårdvalen avser höft-, knä- och gråstarr-operation. Studien jämför utvecklingen i Stockholm med utvecklingen i några landsting som inte har infört dessa vårdvalsmodeller. Resultaten visar bland annat på ett generellt ökat vårdutnyttjande i Stockholm och att vårdens fördelning mellan olika socioekonomiska grupper är likartad, oavsett vårdval eller inte. I en kommande slutrapport kommer fördjupade och bredare analyser att presenteras, bland annat om hur vårdval inom primärvården påverkat vårdens socioekonomiska fördelning mellan olika grupper.

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.

