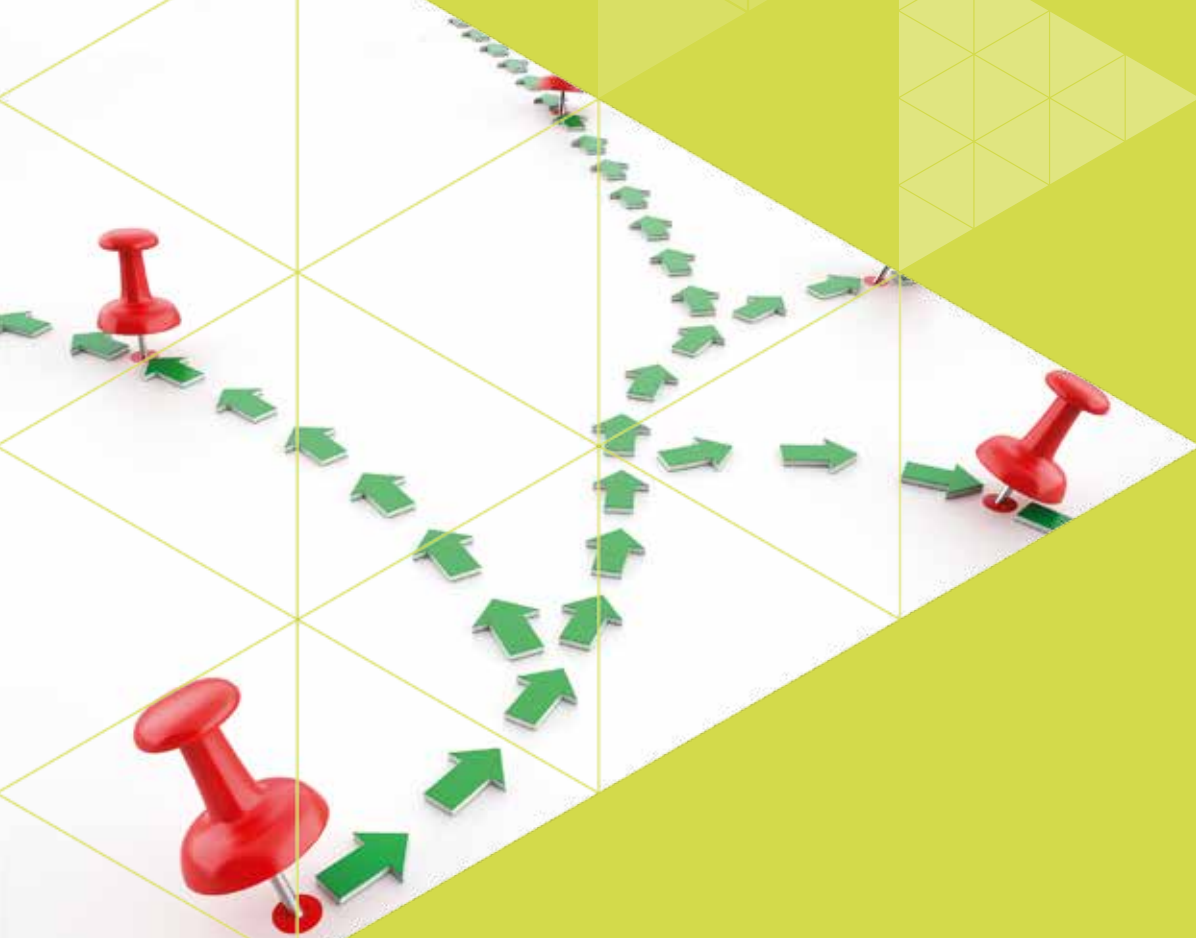


# Vårdval och jämlik vård inom primärvården

En jämförande studie mellan tre landsting  
före och efter vårdvalets införande



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm  
**Omslagsbild:** istock/Getty Images  
**Tryck:** TMG Sthlm, Stockholm 2015  
ISBN 978-91-87213-46-5

# Vårdval och jämlik vård inom primärvården

En jämförande studie mellan tre landsting  
före och efter vårdvalets införande



# Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Projektdirektör Nils Janlöv har varit föredragande.

Stockholm 2015-10-05

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Karin Tengvald  
*Vice styrelseordförande*

Mef Nilbert  
*Styrelseledamot*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Kerstin Wigzell  
*Styrelseledamot*

Elisabeth Rynning  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Myndighetschef*

Nils Janlöv  
*Föredragande*



## Förord

Införandet av vårdval i primärvården är en genomgripande reform inom svensk hälso- och sjukvård. En central målsättning med vårdvalsreformerna har varit att öka tillgängligheten och vårdutnyttjandet samt att stärka patientens roll som aktör inom primärvården. Tidigare studier visar att tillgängligheten ökat efter införandet av vårdvalssystem, men det är mindre belyst hur denna ökning är fördelad mellan socioekonomiska grupper och om skillnader i detta avseende kan observeras mellan landsting med olika vårdvalsmodeller.

I den här rapporten har de fördelningsmässiga konsekvenserna av vårdvalet i primärvården utvärderats genom en undersökning av hur vårdutnyttjandet utvecklats före och efter vårdvalets införande i tre landsting. Det har funnits farhågor om att införandet av valfrihet för patienterna, fri etablering och konkurrens mellan vårdgivare riskerar att gynna individer med hög inkomst och hög utbildning. Detta skulle främst ske genom att socioekonomiskt starka grupper har bättre kunskap om skillnader i utbud och kvalitet, samt att vårdgivarna kan välja att inrikta sig på patienter med god hälsa och lindrig sjukdomshistoria. En sådan utveckling skulle motverka den politiska ambitionen om en jämlik vård på lika villkor oavsett socioekonomiska förutsättningar. Det har därför varit angeläget att göra en fördjupad analys av frågan.

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 hälsoekonomerna Sofia Sveréus och Fanny Goude samt professor Clas Rehnberg. Även Rickard Lunnerdal, Vårdanalys, har ingått i projektgruppen.

Vi vill rikta ett stort tack till ett antal representanter från de tre landstingen/regionerna som på ett väsentligt sätt bidragit med hjälp kring både datauttag och kvalitetssäkring av rapporten. För Östergötlands del vill vi rikta vårt tack till Susanne Spångberg och Martin Magnusson, för Stockholms del till Peter Lundqvist och Tomas Forslund, och för Västra Götalands del till Anneth Lundahl och Stefan Bengtsson.

Denna rapport är en av flera som Vårdanalys publicerat om konsekvenserna av vårdvalets införande. Min förhoppning är att analysen som tillägg till det tidigare arbetet ska tillföra värdefull kunskap kring vårdvalsreformernas effekter och att rapporten kan användas som ett underlag i arbetet med att skapa en bättre primärvård för alla patienter och brukare.

Stockholm i oktober 2015

Fredrik Lennartsson  
Myndighetschef



## Sammanfattning

Med införandet av vårdvalsmodeller under perioden 2007 till 2010 har principerna för fördelning av resurser inom primärvården förändrats. Den tidigare principen var att landstingen som huvudmän uppskattade behovet av vård inom geografiska områden och fördelade resurser till mottagningar. Med vårdvalsreformer har invånarnas preferenser och val getts ökat utrymme för hur resurser fördelas och ersättningen knyts istället till varje listad individ på mottagningar. Även en friare etablering av vårdcentraler har införts, vilket kan påverka resursernas fördelning i befolkningen.

Även om grundläggande villkor och förutsättningar för en jämlik vård kvarstår, såsom en offentlig finansiering och reglerade patientavgifter, finns farhågor om att valfriheten och den friare etableringen kan gynna grupper med hög utbildning och hög inkomst. Dessa grupper gör i större utsträckning aktiva val baserade på skillnader i vårdutbud och kvalitet. På utbudssidan kan utformningen av ersättningssystemen ge ekonomiska incitament för vårdgivare att påverka sin patientsammansättning mot patienter med relativt god hälsa och lindrigare sjukdomshistoria. För att fördjupa analysen av vård efter behov är det därför viktigt att undersöka om vårdvalet påverkat fördelningen av vårdtjänster mellan olika grupper i befolkningen.

Det huvudsakliga syftet med rapporten är att analysera de fördelningsmässiga konsekvenserna av vårdvalsreformer inom primärvården. Fokus ligger på hur antalet vårdkontakter utvecklats med avseende på volym och fördelning före och efter vårdvalets införande. I studien beskrivs utvecklingen av antalet läkarbesök på mottagning samt hur dessa fördelas utifrån bakgrundsfaktorer som ålder, kön och sjuklighet (förekomst av allvarliga diagnoser). Därefter analyseras den socioekonomiska fördelningen baserat på utbildningsnivå och familjeinkomst, givet en justering för bakgrundsfaktorerna ålder, kön och sjuklighet. Därmed studeras vårdens horisontella rättvisa över

tid, det vill säga att individer med lika sjukvårdsbehov ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård, oavsett socioekonomiska förhållanden. Rapporten utgår från tre huvudsakliga frågeställningar:

1. Hur har fördelningen av antalet vårdkontakter i primärvården på olika socioekonomiska grupper utvecklats före och efter vårdvalsreformen (besöksmönster)?
2. Hur har fördelningen av antalet individer med minst en kontakt med primärvården per år utvecklats mellan olika socioekonomiska grupper före och efter vårdvalsreformen (kontaktmönster)?
3. Finns det skillnader mellan privat och offentlig verksamhet när det gäller vilka socioekonomiska grupper som använder vården?

## METOD OCH GENOMFÖRANDE

Studien är begränsad till vårdvalen inom primärvården i tre landsting/regioner: Stockholm, Västra Götaland och Östergötland. Samtliga landsting som bedömts ha förutsättningar att delta har tillfrågats, men av dessa har endast tre visat intresse och samtidigt haft kapacitet att medverka. Studien utgår från en landstingspecifik definition av det vårdutbud som är knutet till vårdvalen för traditionell mottagningsverksamhet – det vill säga allmänläkarvård. Denna definition skiljer sig till viss del mellan landstingen.

Jämförelsen av vårdkontakternas volym och fördelning avser läkarbesök på mottagning och inkluderar samtliga folkbokförda individer över 20 år i de tre landstingen under tidsperioden 2005–2012. Uppgifter om vårdkonsumtion har hämtats ur landstingens egna administrativa patientregister. På patientnivå har vårdutnyttjandet länkats till socioekonomiska indikatorer som utbildningsnivå och familjeinkomst. Ett så kallat koncentrationsindex för jämlikt vårdutnyttjande beräknas sedan utifrån två etablerade metoder; dels baserat på det totala antalet besök per individ (besöksmönster), dels sannolikheten för minst ett årligt besök per individ (kontaktmönster). Studien är unik i det avseendet att det är första gången den internationellt etablerade metoden med koncentrationsindex tillämpas på registerdata för primärvården för fler än ett landsting i Sverige.

Studiens avgränsning till läkarbesök på mottagning motiveras av att dessa är relativt enhetligt definierade varigenom statistiken för läkarbesök bedöms som mest tillförlitlig. Läkarbesök på mottagning utgör också en central resursinsats och andelen läkarbesök samvarierar enligt tidigare studier med den patientupplevda kvaliteten.

Studiens avgränsningar beror till stor del på tillgången på tillgänglig och jämförbar data. Vårdkontakter med annan vårdpersonal har inte inkluderats. En annan begränsning är att mått på läkarbesökens innehåll, längd och andra kvalitetsaspekter inte kunnat beaktas. Det är också viktigt att påpeka att resultaten kan påverkas av att reformen införts under olika tidpunkter i landstingen. Det finns också viss osäkerhet på grund av skillnader i registreringar mellan landstingen och förändringar i registreringar över tid. Justeringen för sjuklighet har begränsats till den information som finns att tillgå genom diagnosregistreringen i administrativa patientregister.

## RESULTAT

### Frågeställning 1: Besöksmönster

► *Under perioden med vårdvalsreformerna har låginkomsttagare ökat antalet läkarbesök i primärvården i relation till vad som kan förväntas utifrån ålder, kön och sjuklighet.*

- I samtliga tre landsting uppvisar gruppen med lägst inkomstnivå (de 20 procent med lägst inkomster) en ökning av vårdutnyttjandet (antal läkarbesök) i relation till vad som kan förväntas utifrån ålder, kön och sjuklighet. Efter vårdvalets införande minskar istället gruppen med högst inkomst (de 20 procent med högst inkomster) sitt vårdutnyttjande något i relation till vad som förväntas utifrån gruppens ålder, kön och sjuklighet. Ses till samtliga inkomstgrupper noteras sammantaget ett ökat vårdutnyttjande för dem med lägre inkomster i Stockholm och Västra Götaland, mot att nivån är relativt oförändrad i Östergötland.

► *Under perioden med vårdvalsreformerna har patienter med grundskoleutbildning ökat antalet läkarbesök i primärvården i relation till vad som kan förväntas utifrån ålder, kön och sjuklighet. I Västra Götaland och Östergötland är dock motsvarande ökning relativt sett större för dem med högskoleutbildning.*

- I samtliga tre landsting har gruppen med lägst utbildning (grundskola) efter vårdvalsreformen ökat sitt vårdutnyttjande (antal läkarbesök) i förhållande till vad som kan förväntas utifrån ålder, kön och sjuklighet. I Västra Götaland och Östergötland är dock motsvarande ökning relativt sett större för dem med högskoloutbildning. I samtliga tre landsting har de med grundskoleutbildning ett högre vårdutnyttjande än övriga grupper både före och efter införandet av vårdval, i synnerhet i jämförelse med högskoleutbildade.



- ▶ *Trots olikheter i landstingens vårdvalsmodeller är fördelningen av antal läkarbesök mellan socioekonomiska grupper relativt likartad mellan landstingen.*
  - Trots vissa skilda utvecklingslinjer i besöksutveckling med avseende på utbildningsbakgrund ses på samlad nivå inga större skillnader mellan landstingen när det gäller den socioekonomiska fördelningen av vårdutnyttjandet (totalt antal läkarbesök) under perioden med vårdval. Landstingen uppvisar exempelvis ett likartat mönster vad gäller att de med lägre inkomster och utbildning genomför fler besök än vad som kan förväntas givet ålder, kön och sjuklighet. Denna fördelningsprofil är också relativt likartad såväl före som efter vårdval.
  
- ▶ *Stockholm uppvisar en markant ökning av antalet läkarbesök, som är störst för de äldre invånarna.*
  - Det är tydligt att vårdvalet i Stockholm inneburit en kraftig ökning av vårdutnyttjandet (antalet läkarbesök) för flertalet grupper. Ökningen i Stockholm gäller främst de över 75 år. I Västra Götaland ses en mindre ökning av vårdutnyttjandet och relativt sett är denna istället störst bland dem mellan 20–44 år. Även i Östergötland ses en mindre ökning av vårdutnyttjandet.
  
- ▶ *Skillnaderna i vårdutnyttjandet mellan könen är relativt stabil med ett mönster där kvinnor gör fler läkarbesök än män.*
  - I Stockholm och Östergötland har vårdutnyttjandet ökat något mer bland män än kvinnor, medan utvecklingen är jämnare i Västra Götaland. I samtliga landsting besöker kvinnor läkare på mottagning ca 0,5 fler gånger än män per år.
  
- ▶ *Patienter med allvarligare sjuklighet har efter vårdvalet **absolut sett** ökat antalet läkarbesök mer än övrig befolkning i samtliga landsting. I Västra Götaland och Östergötland har patienter med allvarlig sjukdom även **relativt sett** ökat sitt vårdutnyttjande mer än övrig befolkning. I Stockholm har däremot övrig befolkning relativt sett ökat antalet läkarbesök något mer än de med allvarligare sjuklighet.*
  - Beträffande sjuklighetsgrad ses en ökning av vårdutnyttjandet för alla grupper. I absoluta termer är ökningen i alla tre landsting störst i grupperna med störst sjuklighet, men relativt sett ses vissa skillnader. Jämför vi bara utvecklingen mellan övrig befolkning och dem med minst en allvarlig diagnos så ses i Stockholm en något större besöks-

ökning bland övrig befolkning. I Östergötland och Västra Götaland ökar istället det relativa vårdutnyttjandet mest hos dem med en minst en allvarlig diagnos. I Östergötland ökar exempelvis de med minst en allvarlig diagnos sitt vårdutnyttjande med drygt 2 procentenheter mer än övrig befolkning.

## Frågeställning 2: Kontaktmönster

► *I Stockholm och Östergötland ses tecken på ökat kontaktmönster (minst ett årligt läkarbesök) för personer med högre inkomster, men de med lägre inkomster genomför både före och efter vårdvalet i större utsträckning minst ett årligt läkarbesök.*

- Beträffande måttet för minst ett årligt läkarbesök uppvisar Västra Götaland genomgående högst kontaktmönster under perioden; ca 55 procent av befolkningen genomför minst ett årligt läkarbesök under perioden, en andel som ökar något över tid. I Stockholm ses en större ökning, dock från en lägre nivå. Andelen som genomför minst ett årligt läkarbesök ökar från ca 47 procent 2005 till 55 procent 2012. Ökningen är störst 2008 då vårdvalet infördes. I Östergötland är kontaktmönstret relativt stabilt på ca 47 procent under perioden. Kontaktmönstret ökar med stigande ålder upp till ca 85 år i samtliga landsting för att sedan minska något bland de allra äldsta. Generellt är andelen kvinnor som genomför minst ett årligt läkarbesök ca 12 procentenheter högre än för män. Kontaktmönstret är också genomgående högre bland dem med lägre utbildning och inkomst.
- I Stockholm tenderar kontaktmönstret framförallt ha ökat bland dem mellan 70-84 år, samt ha ökat något mer för kvinnor än män. Därtill har kontaktmönstret bland dem med relativt sett högre inkomster ökat efter vårdvalet samt minskat något bland dem med lägst inkomster. I Stockholm uppvisar dock de med lägst utbildning, i relation till vad som kan förväntas utifrån kön, ålder och sjuklighet, däremot ett visst ökat kontaktmönster under perioden. I Västra Götaland tenderar det ökade kontaktmönstret istället att vara störst bland dem mellan 20-25 år samt något högre bland dem med minst en allvarligare sjukdomsdiagnos. Därtill har det ökat något mer bland högskoleutbildade. Förändringarna avseende inkomst är små. Utvecklingen i Östergötland är i linje med den i Västra Götaland dock med något större ökat kontaktmönster bland dem med högre inkomster.

### Frågeställning 3: Fördelning privat och offentlig regi

- ▶ *Patienter med högre utbildning och inkomst respektive mindre sjukdomsburda anlitar i större utsträckning privata vårdgivare.*
  - Sammantaget är det tydliga skillnader i patientsammansättning bland dem som besöker mottagningar i privat respektive offentlig regi. Generellt har skillnaderna förstärks med avseende på sjuklighet, där en ökad andel av dem med allvarliga sjukdomar besöker mottagningar i offentlig regi efter vårdvalet. Som nämnts visar utvecklingen avseende socioekonomi ingen tydlig trend i de tre landstingen, men generellt gör de med högre inkomster och utbildning en större andel av sina besök på mottagningar i privat regi i alla tre landstingen. Besöksmönstren med avseende på åldersfördelning skiljer sig dock mellan landstingen då äldre i Stockholm och Östergötland har en högre besöksandel på mottagningar i privat regi än snittet mot att det omvända gäller i Västra Götaland.

### SLUTSATSER

- ▶ *Primärvården visar ett mönster där individer med låg utbildning/inkomst, korrigerat för ålder, kön och sjuklighet, har ett relativt högre vårdutnyttjande, vilket är i linje med resultaten av tidigare internationella studier.*
  - Beträffande fördelningseffekter mellan individer med olika utbildning och inkomst kan vi konstatera att fördelningen av läkarbesök i primärvården generellt sett har en profil med ett relativt högre utnyttjande hos lågutbildade och låginkomsttagare.
  - Detta överensstämmer med det internationella mönstret där analyser av öppenvårdskonsumtion visar att nyttjandet av specialiserad öppenvård ofta är högre för högutbildade och höginkomsttagare, medan primärvården ofta har ett högre utnyttjande av individer med lägre utbildning och låga inkomster.
  - Det finns små tendenser till att låginkomsttagare efter införande av vårdval i större utsträckning ökat sitt besöksmönster hos läkare i primärvården i jämförelse med dem med högre inkomst. Det ökade kontaktmönstret är istället något starkare för dem med högre inkomster. Sammantaget uppvisar dock besöks- och kontaktmönstret hos läkare i primärvården i de tre landstingen även efter vårdvalets införande en profil som är till förmån för lägre inkomstgrupper. Mot bakgrund av att justeringar för behov har begränsats till tillgänglig registerdata bör resultaten tolkas med försiktighet.

- Primärvårdens omfördelade egenskap är särskilt viktig om det är så att högutbildade och höginkomsttagare i större utsträckning tenderar att besöka den specialiserade öppenvården, vilket påvisats i internationella studier.
- ▶ *Besöksmönstrens utveckling är i linje med landstingens ersättningsmodeller.*
- Den högre besöksrelaterade ersättningen som tillämpas i Stockholm och som ökat i samband med vårdvalet är i linje med det kraftigt ökade besöksmönstret som ses efter vårdvalet. Stockholms huvudsakliga åldersbaserade kapitering är därtill i linje med ett tydligt ökat vårdutnyttjande bland äldre. På motsvarande sätt är den lägre besöksutvecklingen i Västra Götaland och Östergötland i linje med en högre andel ersättning per listad individ (kapitering) i dessa landsting. Sammantaget verkar dock inte skillnaderna i ersättningsprinciper ha påverkat den relativa fördelningen i totalt besöksmönster mellan utbildnings- och inkomstgrupper i någon större utsträckning, utan snarare haft betydelse för den totala besöksnivån. Det ökade inslaget av justering för socioekonomi och vårdtyngd som ses i Västra Götaland och Östergötland är dock i linje med något större relativ besöksutveckling för dem med allvarligare sjuklighet i relation till övrig befolkning. Det är dock svårt att bedöma hur ersättningssystemens utformning påverkar det årliga kontaktmönstret respektive total besöksvolym. Kunskapsläget om ersättningsprinciper och fördelningseffekter är i den vetenskapliga litteraturen snarare indikativt än precist varför det är svårt att sammantaget bedöma dessa effekter. Det är därtill viktigt att framhålla att en rad olika faktorer, som bland annat utbudsförändringar, har påverkat utvecklingen.
- ▶ *Eftersom de grupper som är överrepresenterade på privata mottagningar i regel har bättre hälsa finns det risk för en orättvis resursfördelning.*
- Socioekonomiska och behovsmässiga skillnader i patientsammansättning mellan privata och offentliga vårdgivare behöver inte nödvändigtvis vara ett problem för patienterna om kvaliteten är densamma oavsett typ av utförare. Men eftersom unga och friska respektive de med bättre socioekonomiska förutsättningar generellt tar mindre resurser i anspråk kan mottagningar med sådan sammansättning beroende på ersättningssystem erbjuda bättre tillgänglighet och service, vilket riskerar att leda till ökad ojämlikhet.



- ▶ *Förutsättningar för en nationell uppföljning av primärvården saknas såväl på central nivå som bland landstingen.*
  - Diagnosbaserade och andra mer djuplodande jämförelser av vårdkontaktens utformning (bland annat innehåll och tidslängd) och fördelning på patientnivå är avgörande för möjligheten att bedöma om vården infriar målen om en jämlik hälso- och sjukvård. Utvecklingen bör därför följas upp över tid och jämföras mellan huvudmän. Behovet av enhetlig och jämförbar information mellan huvudmännen är följaktligen centralt. Vi bedömer dock att en uppföljningsstudie likt den som genomförts i denna rapport endast skulle ha varit möjlig att genomföra i cirka hälften av landstingen, och av dessa har endast tre haft kapacitet att medverka. Sammantaget försämrar detta förutsättningarna för ömsesidigt lärande mellan landsting och regioner.
  
- ▶ *Förutsättningar att följa upp privat och offentligt utförd vård på ett likvärdigt sätt saknas.*
  - Med nuvarande avtalsformer har många landsting valt att inte ställa juridiskt bindande krav på att privata vårdgivare ska medverka i informationsinsamling med registerdata inom primärvården. Det innebär att förutsättningarna för uppföljning och jämförelser mellan ägandeformer med avseende på jämlik vård saknas.

## REKOMMENDATIONER

- ▶ *Regeringen bör säkerställa att det finns förutsättningar för en ändamålsenlig uppföljning av primärvården där såväl privata som offentliga vårdgivare ingår.*
  - Det är väsentligt att insatser i primärvården kan följas upp och jämföras, såväl nationellt som regionalt och lokalt. Erfarenheter från den genomförda studien och tidigare kartläggningar av förhållandena i landstingen pekar på vikten av att påskynda tillkomsten av ett hälsodataregister som skapar möjligheter att beskriva och analysera utvecklingen inom primärvården på samma nivå som inom specialistvården.
  - Det är viktigt att hela den offentligt finansierade vården kan följas upp av landstingen, det vill säga även den verksamhet som bedrivs i privat regi. Erfarenheterna från den genomförda studien visar att det inte varit möjligt i samtliga landsting. I dag saknas exempelvis information om hur antalet praktiserande allmänläkare utvecklats över tid. Alla producenter



med offentlig finansiering bör kunna bidra till jämförbar information om såväl vårdens struktur (till exempel materiella och personella resurser), processer (till exempel vårdkontakter och diagnoser), som resultat (till exempel klinisk kvalitet och patienttillfredsställelse). Det är sammantaget angeläget att det skapas bättre förutsättningar för att följa utvecklingen över tid, inte bara nationellt utan även regionalt.

► *Landstingen bör utveckla en behovsviktad ersättning som premierar både ett jämlikt vårdutnyttjande och en god tillgänglighet.*

- Ersättningsystemen har en viktig roll för både vårdkonsumtionens nivå och fördelning i befolkningen. För att understödja utvecklingen mot en jämlik såväl som tillgänglig vård ser vi att det är angeläget att säkerställa att 1) ersättning i tillräcklig utsträckning är justerad för vårdbehov och 2) att behovsjustering har möjlighet att premiera både god tillgänglighet och ett jämlikt vårdutnyttjande. Det är därför viktigt att kontinuerligt se över graden av vårdtyngdsjustering i såväl den mer fasta (kapiteringen) som rörliga besöks-/prestationsersättningen, men också viktigt att se över balansen dem emellan. Sammantaget är det väsentligt att vårdtyngdsjusteringen baseras på fler behovsfaktorer än kön och ålder.
- En möjlighet är att tillföra mer resurser till utsatta individer eller områden genom att i kapiteringen tillämpa behovsindikatorer som ålder, sjukdomsgrad, förvärvsstatus, utbildning, inkomst med mera, vilket också görs i flera landsting idag. Problemet med kapitering rent generellt, oavsett val av justering för olika behov, är dock att den inte utgör någon garanti för en god faktisk tillgänglighet för utsatta grupper eller mer förebyggande vård.
- Ett annat alternativ är att revidera den rörliga prestationsersättningen för att ge ytterligare incitament att behandla individer med krävande och komplexa sjukdomar och behov. En möjlighet är att justera besöksersättningen för individer med allvarliga och komplexa sjukdomar. Inkomst- och utbildningsindikatorer lämpar sig dock mindre väl för justering av prestationsbaserade delar på grund av eftersläpning i rapportering samt av integritetsskäl.

► *Landstingen bör genom utformningen av styr- och ersättningsystem motverka att vårdgivare inriktar sin verksamhet mot "lätta" och relativt friska patientgrupper.*

- Regleringarna inom vårdvalet föreskriver att vårdgivare inte har någon rätt att neka en patient listning eller behandling. Detta minskar



möjligheterna för vårdgivare att styra sin patientsammansättning mot lönsammare grupper med bättre hälsa och hög socioekonomisk status.

- Resultaten i studien tyder på att det finns en viss skevhet i fördelningen mellan privata och offentliga vårdgivare gällande patienternas sjuklighet, inkomst och utbildning. Skillnaderna kan bero på mönster i patienters val av vårdgivare snarare än att vårdgivare medvetet försöker uppnå viss sammansättning av patienter.
- Ersättningssystemens konstruktion spelar en viktig roll för att skapa likvärdiga förutsättningar för olika vårdgivare. Det är därför väsentligt att styr- och ersättningssystemets utformning understödjer en jämlik och kvalitativt likvärdig vård oavsett patientens val av vårdgivare.

► *Ur ett jämlikhetsperspektiv bör primärvården sammantaget söka främja ett fördelningsmässigt neutralt och tillgängligt öppenvårdsutnyttjande.*

- Vi finner att besöksmönstret i primärvården generellt är av en utjämnade och omfördelade karaktär till förmån för individer med lägre inkomst och utbildning. Denna omfördelade egenskap är särskilt viktig om det är så att högutbildade och höginkomsttagare i större utsträckning tenderar att besöka den specialiserade öppenvården, vilket påvisats i internationella studier. Samtidigt påverkar även primärvårdens organisering vårdens fördelning i den öppna specialistvården, där exempelvis förekomsten av remisskrav för besök hos annan specialistvård visat sig ha betydelse. I internationella jämförelser har formella remisskrav till specialistvården visat sig minska den observerade överrepresentationen av individer med hög inkomst och utbildning inom denna vårdform. Ur ett jämlikhetsperspektiv bör därför primärvårdens organisering ta fasta på de egenskaper som främjar ett sammantaget jämlikt och tillgängligt öppenvårdsutnyttjande, det vill säga att öppenvården är fördelningsmässigt neutral avseende både primär- och specialiserad vård. De strukturer som särskilt understödjer en god och jämlik tillgång till primärvårdstjänster i befolkningen samtidigt som primärvården fungerar som en samordnande och jämlik lots till övrig öppenvård bör därför främjas. Låga trösklar in i primärvården, det vill säga låga patientavgifter, har visat sig ha betydelse för en bred och god tillgänglighet. En stärkt och utbyggd primärvård kan också spela en väsentlig roll, men organiseringen bör även se till primärvårdens samlade roll i att åstadkomma ett jämlikt vårdutnyttjande i hela vården. Formerna för primärvårdens organisering bör därför utredas vidare och även se till primärvårdens samlade funktion i vårdssystemet.

# Innehåll

<b>1 Inledning .....</b>	<b>21</b>
1.1. Vi studerar fördelningen av läkarbesök före och efter vårdval i tre landsting .....	22
1.2. Avgränsning till läkarbesök på mottagning .....	23
1.3. Rapportens upplägg .....	24
<b>2 Att studera vårdens jämlikhet via vårdkonsumtion .....</b>	<b>27</b>
2.1 Komlicerat att definiera och mäta vårdbehov .....	28
2.2 Vårdkonsumtion ofta mått på vårdens tillgänglighet och fördelning .....	28
2.3 Olika sätt att studera jämlikhet i vårdkonsumtion .....	30
2.4 Vilka faktorer påverkar vårdkonsumtionen? .....	30
<b>3 Vårdens nivå och fördelning i Sverige i ett internationellt perspektiv ....</b>	<b>37</b>
3.1 Sverige uppvisar bristande tillgänglighet och låg öppenvårdskonsumtion...	37
3.2 Skilda fördelningsprofiler i specialist- och primärvård .....	39
<b>4 Vårdens nivå och fördelning efter vårdval i primärvården .....</b>	<b>45</b>
4.1 Utbuds- och resursförändringar i samband med vårdvalsreformen.....	45
4.1.1 Oförändrad relativ resursram men tecken på ökad läkartäthet.....	47
4.2 Läkarbesöken i primärvården har ökat något .....	49
4.2.1 Ökningen har varit störst i mer tätbefolkade landsting och regioner....	50
4.2.2 Fortfarande en mindre andel primärvård i Sverige än i många andra jämförbara länder .....	51
4.3. Vårdkonsumtionens fördelning .....	51

<b>5. Landstingens vårdvalsmodeller .....</b>	<b>55</b>
5.1 Vårdvalet i primärvården infördes vid olika tidpunkter .....	55
5.2 Utformning av modell och ersättningssystem .....	56
5.2.1 Stockholm har det mest avgränsade uppdraget.....	56
5.2.2 Etableringsförfarandet är liknande i landstingen .....	57
5.2.3 Ersättningen baseras vanligen på en stor andel fast kapitering.....	57
5.2.4 Stor ökning av antalet vårdcentraler, framför allt i Västra Götaland ....	61
5.3 Vad vet vi om vårdens fördelning i de undersökta landstingen? .....	61
5.4 Ersättningssystemens möjliga effekter .....	63
<b>6. Jämförelse av besöksfördelning före och efter vårdval.....</b>	<b>69</b>
6.1 Landstingsspecifika definitioner av respektive vårdvalsuppdrag .....	69
6.2 Hur ska jämförelserna tolkas – viktiga metoduspekter.....	70
6.3 Antalet läkarbesök har ökat i samtliga tre landsting .....	73
<b>7. Sannolikheten för minst ett årligt läkarbesök på mottagning.....</b>	<b>87</b>
7.1 Tecken på ökat kontaktmönster för dem med högre inkomster efter vårdval .....	90
<b>8. Jämförelse mellan privat och offentlig produktion.....</b>	<b>95</b>
8.1 Förutsättningar för aktiva val och ekonomiska incitament kan påverka patientsammansättningen.....	95
8.2 Tidigare studier visar att nyetablerade privata mottagningar har yngre och friskare patienter.....	96
8.3 Ökad andel privat produktion i samtliga tre landsting.....	97
8.4 Tydliga skillnader i patientunderlag mellan regiformer .....	98
<b>9. Diskussion och slutsatser .....</b>	<b>103</b>
<b>10. Referenser.....</b>	<b>111</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>117</b>
Bilaga 1 – Metodspekificationer .....	117
Bilaga 2 – Kompletterande resultat .....	128





## Inledning

Med införandet av vårdvalsmodeller inom primärvården har principerna för fördelning av resurser inom sektorn till viss del förändrats. Den tidigare principen var att landstingen som huvudmän uppskattade behov av vård inom geografiska områden och fördelade resurser utifrån dessa uppskattningar. Principen innebar att alla individer inom ett geografiskt upptagningsområde erhöll vård från vårdcentraler inom området och att valfrihet saknades eller begränsades. Resursfördelningen påverkades inte av patienternas önskemål om val och utrymmet för invånarnas egna preferenser var begränsat. Med vårdvalsreformerna har marknadsmekanismer införts såtillvida att invånarnas preferenser getts ett visst utrymme för hur resurser fördelas och genom en friare, dock fortsatt reglerad, etablering av vårdcentraler.

Detta är dock långt från en renodlad marknadsstyrning av flera skäl. De svenska vårdvalsmodellerna inom såväl primärvård som olika specialistområden bygger exempelvis på förutsättningar som bibehållen offentlig finansiering, reglerade patientavgifter, krav på ackreditering av vårdgivare och att vårdgivare inte har rätt att neka patient listning eller behandling. Med valfriheten finns dock ett stort utrymme för patienten att inom dessa ramar via sina val uttrycka sina preferenser. Som nämnts, har vårdvalsreformerna även inneburit förändringar på utbudssidan genom införandet av en relativt fri etablering. Tidigare utgjordes utbudet inom primärvården av antingen offentliga (lokala och regionala) monopol, eller så kombinerades dessa med offentlig upphandling av privata vårdcentraler där landstingen bestämde etablering. Ersättningen kunde i sin tur variera mellan enheter. Med införandet av vårdval och medföljande ackreditering har kraven på personal, utrustning och finansiell ställning tydliggjorts. Någon etableringskontroll i form av begränsat tillträde till geografiska



områden har dock inte tillämpats, bl.a. beroende av lagstiftningen. Därtill är ersättningsvillkoren lika för alla vårdgivare som väljer att etablera sig inom vårdvalet. Landstingen har dock möjlighet att indirekt styra lokaliseringen genom att kompensera för lokala ekonomiska förutsättningar, till exempel genom geografitillägg eller genom ersättning som baseras på ett områdes socioekonomiska status.

Även om grundläggande villkor och förutsättningar för en jämlik vård bibehållits, såsom offentlig finansiering och reglerade patientavgifter, finns farhågor om att valfriheten och den friare etableringen kan gynna grupper med hög utbildning och hög inkomst. Bakgrunden är att högutbildade och höginkomsttagare i större utsträckning gör aktiva val baserade på skillnader i vårdutbud och kvalitet. De kan därigenom erhålla en större andel av vårdutbudet och även kvalitativt bättre vård. Det finns även risker på utbudssidan såtillvida att vårdgivarna i första hand prioriterar patienter med relativt god hälsa och lindrig sjukdomshistoria.

## 1.1. VI STUDERAR FÖRDELNINGEN AV LÄKARBESÖK FÖRE OCH EFTER VÅRDVAL I TRE LANDSTING

Syftet med denna rapport är att analysera de fördelningsmässiga konsekvenserna som kan ses i samband med vårdvalsreformerna inom primärvården. I analysen ingår tre landsting eller regioner: Stockholms läns landsting (SLL), Västra Götalandsregionen (VGR) och Landstinget i Östergötland (LiÖ)<sup>1</sup>. Landstinget i Stockholm införde modellen med Vårdval Stockholm år 2008, medan VGR och LiÖ startade sina vårdvalssystem inom primärvården år 2009. Eftersom vårdvalsmodellerna skiljer sig när det gäller uppdragets innehåll och bredd samt vad gäller ersättningsprinciper är ett syfte att studera om skillnader mellan landstingen kan kopplas till alternativa utformningar av vårdvalsreformerna.

I studien beskrivs den totala utvecklingen av vårdutnyttjandet samt hur det fördelas på ålder, kön samt mått på allvarigare sjuklighet. Därefter analyseras den socioekonomiska fördelningen baserat på utbildning och familjeinkomst för samtliga vuxna individer i de ingående landstingen. Vid denna analys kontrolleras det samtidigt för skillnader i ålder, kön och sjuklighet. Studien avser tidsperioden 2005 till 2012. Redovisningen är huvudsakligen uppdelad på perioderna före och efter

---

<sup>1</sup>) Under studieperioden för rapporten hade Östergötland status som landsting vilket fr.o.m. 2015 övergick till Region Östergötland. I rapporten behandlas Östergötland som landsting (LiÖ).



införandet av vårdvalsreformerna för respektive landsting. Vid sidan av huvudfrågeställningen redovisas även den socioekonomiska fördelningen av vårdutnyttjandet mellan privat och offentlig primärvård.

## 1.2. AVGRÄNSNING TILL LÄKARBESÖK PÅ MOTTAGNING

Studien är begränsad till primärvården och fokuserar på vårdutnyttjandet av läkarbesök på mottagning. Avgränsningen har gjorts ur jämförelsesynpunkt, då läkarbesök på mottagning är relativt enhetligt definierat bland landstingen och statistiken bedömts som mer tillförlitlig än för andra besökskategorier. Samtidigt utgör läkarbesök på mottagning en central komponent i vårdvalsmodellerna. Andelen läkarbesök har exempelvis funnits vara en viktig komponent för den patientupplevda kvaliteten (Vårdanalys 2012). Avgränsningen innebär samtidigt andra jämförelseproblem. Skillnader i landstingens ersättningsystem kan exempelvis medföra att besök hos läkare respektive sjuksköterskor är mer eller mindre ekonomiskt fördelaktigt för vårdgivarna inom olika modeller. Optimalt vore därför att jämföra utvecklingen av både kostnads- som kvalitetsviktade besök hos olika personalkategorier.

Det är dessutom inte möjligt att mäta kvaliteten eller innehållet i primärvårdsinsatsen utifrån enbart information om antalet vårdkontakter. Idag saknas exempelvis information om besökens längd, vilket är en del av volymutvecklingen. En norsk respektive kanadensisk studie har exempelvis visat att besökens längd och innehåll kan variera utifrån patientens socioekonomiska bakgrund samt beroende på utformningen av ersättningsystemen (Brekke m.fl. 2015, Dahrouge m.fl. 2013). Det är också viktigt att påpeka att resultaten kan påverkas av att reformen införts under olika tidpunkter, och att den i Stockholm varit i bruk under längre tid än hos övriga landsting. Det är i sammanhanget också väsentligt att påpeka att en rad faktorer vid sidan av utformningen av vårdvalsmodellerna kan ha betydelse för utvecklingen. Ett exempel utgörs av registreringskillnader, dels mellan landstingen, dels att registreringen generellt sett kan ha förändrats över tid och även förbättrats i samband med introduktionen av valfrihetssystem. Vi fångar därtill inte vilka effekter vårdvalen haft på den övriga konsumtionen av öppenvård.

I studien ingår de tre landstingen och regionerna Stockholm, Västra Götaland och Östergötland, vilket totalt utgör ca 3,8 miljoner invånare. Urvalet av landsting har till stor del avgjorts av datatillgång. Flertalet landsting saknar idag databaser där invånarnas vårdutnyttjande inom primärvården kan kopplas till inkomst och utbildning. Det finns emellertid



fler landsting än de som ingår i studien som har denna möjlighet. Av de landsting som vi bedömt haft denna möjlighet har samtliga tillfrågats att delta i studien. Flertalet av dessa har valt att inte delta och de har själva angett bristande kapacitet som huvudsaklig motivering till beslutet.

Studien har genomförts i samarbete mellan Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Karolinska Institutet (KI). Datahanteringen har genomförts som ett forskningsprojekt vid KI och projektet har genomgått sedvanlig etikprövning och erhållit godkännande från Etikprövningsnämnden i Stockholm (2013/271-31/5).

### 1.3. RAPPORTENS UPPLÄGG

Rapporten inleds med en kort översikt i kapitel 2 av den hälsoekonomiska litteraturen om jämlikt vårdutnyttjande där även problemet att ta hänsyn till vårdbehov beaktas. Därefter redovisas i kapitel 3 en sammanställning av huvudresultat av internationella studier om fördelning av vårdutnyttjandet med fokus på primärvård och öppenvård. I kapitel 4 redovisas utvecklingen av resurser och vårdutnyttjande inom den svenska primärvården under den period vårdvalsreformerna införts. I kapitel 5 beskrivs landstingens utformning av vårdvalssystemen där skillnader i uppdragen och ersättningsprinciperna inom landstingen redovisas. Kapitel 6 och 7 utgör resultatredovisningen i rapporten där skillnaderna i vårdutnyttjandet mellan socioekonomiska grupper redovisas för de tre landstingen. I kapitel 8 redovisas fördelningen av vårdutnyttjandet mellan privata och offentliga vårdgivare för socioekonomiska grupper. Slutligen diskuteras resultaten och slutsatser redovisas i kapitel 9.





## Att studera vårdens jämlikhet via vårdkonsumtion

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården sträva efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor, och prioritera dem som har störst behov (1982:736). Härmed avses att bemötandet, vården och behandlingen ska vara jämlik och erbjudas alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. I lagen regleras även att vården ska ge företräde till patienter med störst behov. Dessa formuleringar omfattar vad som i litteratur om jämlik vård benämns horisontell och vertikal rättvisa.

- Med horisontell rättvisa avses att *individer med lika sjukvårdsbehov* ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård, och den ska inte skilja sig åt beroende på bland annat kön, ålder eller individernas socioekonomiska förhållanden, exempelvis inkomst eller utbildning. Att vården är jämlik i denna bemärkelse innebär dock inte att individer nödvändigtvis ska behandlas exakt lika. Det relevanta är istället att alla individer behandlas likvärdigt utifrån varje individs unika förutsättningar.
- Med vertikal rättvisa avses att *individer med större behov av hälso- och sjukvård* ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård. Det betyder att de sjukaste ska få vård först.

Vid empiriska studier är det dock svårt att särskilja mellan dessa båda rättvidedimensioner. För att det på ett meningsfullt sätt ska vara möjligt att i praktiken studera hur väl hälso- och sjukvården tillgodoser horisontell och vertikal rättvisa behöver både sjukvårdsbehov och tillgången till hälso- och sjukvård definieras och mätas. Förutom att diskutera dessa begrepp tar



det här kapitlet även närmare upp hur jämlikhet i vårdkonsumtion tidigare studerats samt vilka faktorer som kan tänkas påverka vårdkonsumtionens nivå och fördelning.

## 2.1 KOMPLICERAT ATT DEFINIERA OCH MÄTA VÅRDBEHOV

Svårigheten att separera horisontell och vertikal rättvisa bottnar i att det helt enkelt är svårt att avgöra vilka faktorer som (enbart) fångar medicinska behov och vilka som beskriver patientens andra bakomliggande förutsättningar (Fleurbaey och Schokkaert 2012). Ett tydligt exempel utgörs av ålder. Generellt vet vi att sjukdomsburden ökar med stigande ålder, men innebär detta att äldre generellt bör prioriteras före yngre vid tilldelningen av vård? Det skulle leda alltför långt, då många äldre även kan ha god hälsa. Detta illustrerar att det är svårt att avgöra vilka faktorer som är relaterade till sjukdomsbehov – vertikal rättvisa – och vilka som speglar bakomliggande förutsättningar – horisontell rättvisa.

Sammantaget är det därför inte enkelt att på förhand definiera medicinska behov och i den vetenskapliga litteraturen nås ingen konsensus kring begreppets definition. Den skiljer sig mellan olika traditioner och bottnar i alternativa normativa ståndpunkter (Allin m.fl. 2009, Wagstaff och van Doorslaer 2000). Det föreligger också svårigheter kring hur vårdbehov ska mätas. Ofta används olika tekniker för att skatta individernas egenupplevda hälsa (även kallad självskattad eller subjektiv hälsa), då indikatorn funnits vara en god bestämningsfaktor för framtida hälso- och sjukvårdsbehov i olika sammanhang. Men metodiken präglas av en rad olika överväganden och det finns bland annat risker för att olika socioekonomiska grupper systematiskt över- respektive underskattar sin hälsa i relation till andra grupper. Ett annat angreppssätt utgörs av att använda individbaserade uppgifter över registrerade diagnoser inom vården, vilka sedermera viktas samman till olika vårdbehovsindex. Svårigheterna består här i att bestämma hur olika diagnoser ska viktas vid summeringen och att uppgifterna kan påverkas av skillnader i registreringsbeteende inom vården. Sammanfattningsvis finns det därmed heller inget entydigt sätt att mäta vårdbehov på.

## 2.2 VÅRDKONSUMTION OFTA MÅTT PÅ VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET OCH FÖRDELNING

Definitionen av begreppet tillgång till hälso- och sjukvård är också oklar och vid. Till att börja med kan det avse ett flertal olika aspekter. Generellt

syftar begreppet på individens möjligheter att erhålla en specificerad mängd hälso- och sjukvårdstjänster till en viss kvalitetsnivå givet en personlig kostnad i form av exempelvis obehag, tid, pengar och informationssökande (Goodart och Smith 2001). Även Levesque med flera (2013), utifrån sin genomgång av den internationella forskningen på området, landar i en bred definition. De finner att vårdens tillgänglighet kan variera i fem huvudsakliga dimensioner: kunskap och information, förtroende och legitimitet, fysisk tillgänglighet (häribland besöksmekanismer/vårdkonsumtion), kostnader och ändamålsändlighet. En central skiljelinje går här mellan att det är möjligt att få tillgång till vård om man behöver detta – motsvaras av engelskans uttryck: *access* – och att få tillgång till vård, dvs. att faktiskt använda sig av en vårdtjänst – motsvaras av engelskans uttryck: *utilisation*.

I praktiken är det dock svårt att översätta så här breda definitioner av tillgång till vård i mätbara termer, och särskilt att följa upp dessa aspekter på individnivå. Vid studier av vårdens tillgänglighet och fördelning baseras de därför oftast på vårdutnyttjande, dels då det är detta som kan observeras på individnivå och dels då information kan kopplas samman med individuell bakgrundsinformation. Denna typ av studier kan därmed sägas fånga en aspekt av den fysiska tillgängligheten, samt i vilken utsträckning som en potentiell tillgång till vård (*access*) utmynnar i en faktisk tillgång (*utilisation*).

Att mäta vårdutnyttjande eller vårdkonsumtion är dock inte oproblematiskt. Antalet läkarbesök inom primärvården behöver exempelvis inte vara ett bra mått på vårdens kvalitet eller avspegla om ett fysiskt möte är det mest effektiva sättet att tillhandahålla vård. Dessutom kan omfånget, tidslängden och innehållet i besöket skilja sig åt (Goddard och Smith 2001) och det finns osäkerheter kring hur olika typer av vårdkontakter ska värderas. Därtill fångar möjligheten till den första kontakten i en vårdepisod och de efterföljande vårdkontaktarna delvis olika aspekter av vårdens tillgänglighet, och de påverkas också av delvis skilda faktorer (van Dijk 2012). En hög vårdkonsumtion har således inte något egenvärde i sig om besöken inte tillför nytta. Huruvida det sker beror på många andra faktorer som är nära kopplade till kvalitet i primärvården. Samtidigt är en förutsättning för att uppnå en primärvård av hög kvalitet att patienter vid behov faktiskt interagerar med den. Om vårdkonsumtionen ligger på en för låg nivå blir det svårt att leverera en vård av hög kvalitet oavsett hur bra vården är på andra kvalitetsaspekter.

Att det görs få läkarbesök per invånare i Sverige jämfört med andra länder (se kapitel 3) är en anledning till att särskilt uppmärksamma vårdkonsumtionens roll för kvaliteten i primärvården. Det finns en risk för att vårdutnyttjandet i Sverige, med tanke på det låga antalet besök i ett internationellt perspektiv, är



lägre än optimalt ur kvalitetssynpunkt och att den relativa kvalitetseffekten av att öka vårdkonsumtionen därför potentiellt är stor. Om så är fallet är utvecklingen av vårdkonsumtionen inte bara intressant att studera ur fördelningssynpunkt, men också ur kvalitetssynpunkt.

### 2.3 OLIKA SÄTT ATT STUDERA JÄMLIKHET I VÅRDKONSUMTION

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

Analys av vårdens vertikala rättvisa – att de med större behov prioriteras i tillgången av vård – är dock väsentligen mindre frekventa, eftersom dessa innehåller svåra etiska och metodologiska avvägningar. Vertikal orättvisa kan sägas äga rum när individer med olika hälso- och sjukvårdsbehov inte åtnjuter lämpliga skillnader i sjukvårdskonsumtion (Sutton 2002). Bedömningar av vertikal rättvisa kräver därför starka värdebaserade antaganden om koppling mellan vårdbehov och ändamålsenliga nivåer på vårdkonsumtionen. I Sverige är det riksdagens beslut om prioriteringar och den etiska plattformen, människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnads-effektiviteten som utgör kärnan för de vertikala prioriteringarna. Som nämndes ovan är det dock i praktiken svårt att till fullo skatta antingen horisontell eller vertikal rättvisa, men det är viktigt att konceptuellt försöka hålla isär dessa dimensioner.

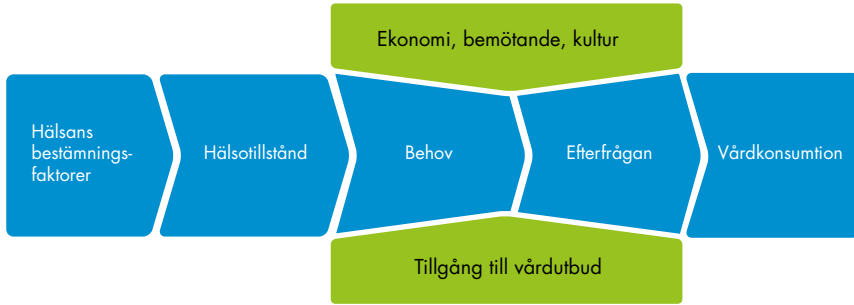
### 2.4 VILKA FAKTORER PÅVERKAR VÅRDKONSUMTIONEN?

För att förstå varför ojämlighet i vårdkonsumtion kan uppstå är det viktigt att undersöka vad som påverkar användandet av hälso- och sjukvård. Svaret är att den faktiska vårdkonsumtionen som slutligen äger rum, inom exempelvis primärvården, bestäms av en rad samverkande faktorer. De olika stegen



som föregår vårdkonsumtionen kan beskrivas enligt följande enkla modell (Burström 2008).

**Figur 1.** Modell över faktorer som påverkar vårdutnyttjandet.



Hälsans bestämningfaktorer (bl.a. sociala relationer, arbets- och livsvillkor, levnadsvanor, kön och ålder) påverkar individens hälsotillstånd och bestäms till stor del utanför hälso- och sjukvården. Uppfattningen och upplevelsen av hälsotillståndet påverkar sedan om individen upplever ett sjukvårdsbehov eller ej. I slutändan bestäms den faktiska vårdkonsumtionen av både efterfrågan på och utbudet av hälso- och sjukvård. För personer med samma sjukvårdsbehov kan det därmed finnas en rad faktorer som påverkar individens efterfrågan på hälso- och sjukvård. Nedan pekas på en rad ekonomiska, kulturella och kvalitetsmässiga faktorer som påverkar individernas efterfrågan av hälso- och sjukvård (Goddard och Smith 2001). Flera av dessa faktorer kan även kopplas till tillgänglighetsramverket från Levesque med flera (2013) som presenterats ovan, vilket visar på att efterfrågan och tillgänglighet är nära sammanlänkade.

- *Nyttan av behandling* – Beroende på sociala och ekonomiska omständigheter kan individer uppfatta att nyttan från behandling skiljer sig åt. Även individens uppfattningar av risk och i vilken utsträckning de påverkas av hälso- och sjukvårdspersonalens råd kan variera.
- *Kostnaden för behandling* – Resekostnader och förlorad arbetsinkomst till följd av läkarbesök varierar mellan individer. Även patientavgifter påverkar hur olika grupper söker vård.
- *Kvaliteten av behandlingen* – Attityderna till att behöva vänta på vård och behandling samt vilken vikt individen lägger till kvalitetsvariabler gör att det finns skillnader i var och hur man uppsöker vård.

- *Kostnaderna för alternativ till behandling inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård* – Kostnaderna för att finansiera sin vård privat och använda alternativ till den offentligt finansierade vården skiljer sig mellan olika grupper.
- *Skillnader i information om och möjlighet att tillgodogöra sig behandling* – Olika grupper kan ha mer eller mindre lätt att tillgodogöra sig olika typer av information om behov och tillgång på vård. De kan också behöva olika tid för att en resursinsats ska få positiv effekt.

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

Det finns också en rad faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdens agerande och därmed den vård som erbjuds. Medicinsk etik och kliniska riktlinjer är, tillsammans med läkarens inkomst och fritid, faktorer som traditionellt lyfts fram inom hälsoekonomisk forskning (Rice 2006). Vårdgivarnas (t.ex. en läkarmottagning) intäkter styrs till stor del av om ersättningssystemet baseras på lön, kapitering (fast ersättning per listad individ) eller någon form av rörlig ersättning per besök eller utförd åtgärd. Medicinsk etik och kliniska riktlinjer antas därtill generellt minska de olika effekterna av olika ersättningssystem. Men ersättningssystemets utformning kan påverka i vilken utsträckning vårdgivarna stimulerar efterfrågan på vård (van Dijk 2012, Jacobsson 2007).

För att studera utbudets påverkan på vårdkonsumtionen undersöks ofta hur vårdkonsumtionen varierar med antalet invånare per läkare i olika geografiska områden. Det generella sambandet pekar på att antalet besök per individ är större i läkartäta områden. En förklaring kan vara att det ökade utbudet leder till kortare väntetider, lägre resekostnader och större valfrihet vad avser specialisering och kvalitet. Den ökade konsumtionen avspeglar således patienternas preferenser och att utbudet inte är lika ransonerat. En annan förklaring är att en högre läkartäthet leder till att läkarna genererar

sitt eget utbud. En pressad ekonomisk budget kan exempelvis medföra att läkarna erbjuder för mycket behandlingar. Så länge intäkterna överstiger kostnaderna för ett besök kan läkarna därmed ha incitament att generera ett överutbud på tjänster. En rad tekniker kan sedan användas för att söka skilja mellan dessa båda effekter. Det existerar dock ingen konsensus kring vilken effekt som dominerar (Carlsen och Grytten 1998).







## Vårdens nivå och fördelning i Sverige i ett internationellt perspektiv

Denna rapport fokuserar på hur primärvårdens fysiska tillgänglighet, särskilt vad gäller vårdkonsumtionens nivå och fördelning, utvecklats före och efter vårdvalets införande. För att placera primärvården i sitt sammanhang görs dock först några jämförande nedslag avseende vårdutnyttjandet i den samlade öppenvården i Sverige.

### 3.1 SVERIGE UPPVISAR BRISTANDE TILLGÄNGLIGHET OCH LÅG ÖPPENVÅRDSKONSUMTION

På flera sätt står sig svensk sjukvård stark i ett internationellt perspektiv. Svensk vård presterar exempelvis väl i olika internationella jämförelser över sjukdomsorienterade indikatorer av vårdkvalitet, såsom överlevnad efter bland annat hjärtinfarkt, stroke, bröst- och ändtarmscancer samt spädbarnsdödlighet. Däremot framstår vårdens tillgänglighet som mer bristfällig, och i förekommande internationella jämförelser av väntetider presterar Sverige väsentligt sämre än vid jämförelser av olika behandlingsresultat (SKL 2015).

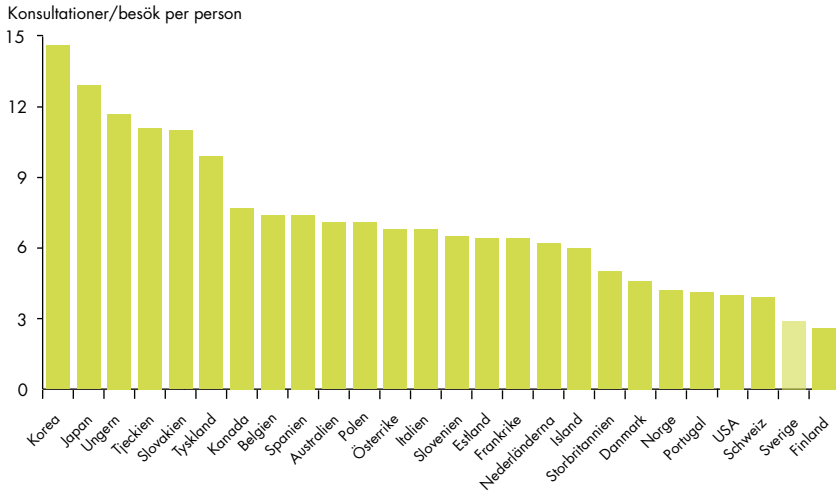
Exempelvis visade en jämförande internationell enkätundersökning på att den svenska befolkningen uppfattar tillgängligheten till hälso- och sjukvård som dålig jämfört med de allra flesta EU-länder, både avseende tillgång till sjukhus/specialister samt avseende primärvårdsläkare (EU-kommissionen 2007). I en återkommande befolkningsundersökning mellan 11 jämförbara länder angav 48 procent av de tillfrågade i Sverige att de fick träffa en läkare eller sjuksköterska samma eller efterföljande dag som de

sökt kontakt med vården, vilket är lågt i jämförelse med övriga länder i studien (The Commonwealth Fund 2013). Det är dock viktigt att påpeka att alla former av internationella jämförelser är behäftade med metodproblem, och särskilt jämförelser av väntetider då dessa definieras på en rad olika sätt. Enkätundersökningar kan därför vara att föredra inom detta område även om de i sin tur kan påverkas av att förväntningarna på vården skiljer sig mellan befolkningen i olika länder.

I ett internationellt perspektiv framkommer också att Sverige har jämförelsevis få läkarbesök per invånare (avseende både primär- och specialiserad vård), trots att den svenska sjukvården uppvisar ett stort antal läkare per invånare i förhållande till andra länder (OECD 2015). Det totala antalet öppenvårdsbesök hos läkare för varje svensk är i snitt färre än vad som gäller för befolkningen i en rad andra jämförbara länder (se figur 2). Även på detta område finns jämförelsebrister, såsom att nivåerna kan avspegla skillnader i arbetsätt och registrering. En anledning till de låga svenska siffrorna kan också vara att en större andel av besöken, särskilt i primärvården, utförs av andra personalkategorier än läkare, såsom sjuksköterskor, barnmorskor etc. En annan förklaring är att antalet allmänläkare per invånare, vilka huvudsakligen arbetar inom den besöksorienterade primärvården, bland annat är lägre än genomsnittet per invånare i OECD (OECD 2010) och lägst i jämförelse med andra nordiska länder samt Storbritannien och Nederländerna (Anell 2015). Det kan delvis ha att göra med att hälso- och sjukvården är mer koncentrerad till sjukhus i Sverige och att kopplingen mellan läkare och patient inom primärvården därmed är svagare (Anell 2015).



**Figur 2.** Antal öppenvårdsbesök hos läkare per invånare i en rad länder år 2013 (eller senaste uppgiftsår).



Källa: OECD (2015)

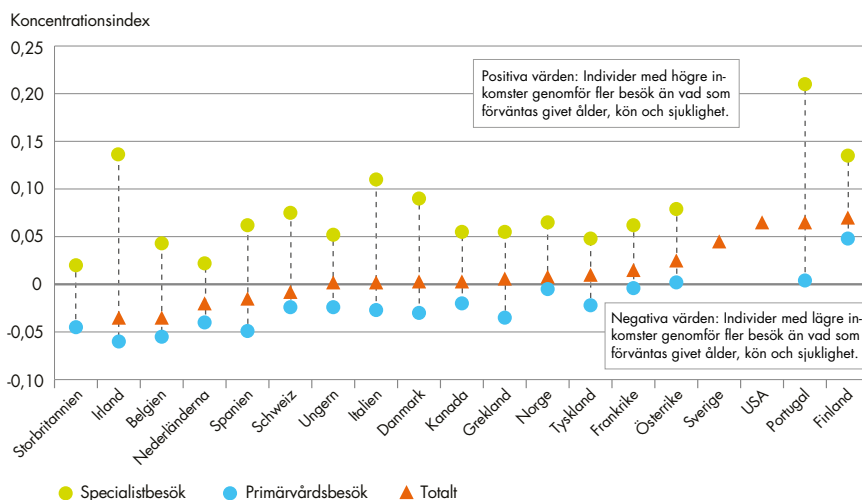
### 3.2 SKILDA FÖRDELNINGSPROFILER I SPECIALIST- OCH PRIMÄRVÅRD

Vid sidan av vårdkonsumtionens nivå i befolkningen är det även intressant att studera hur den fördelar sig på olika grupper i befolkningen. Vad gäller studier av vårdutnyttjandets fördelning – dess horisontella rättvisa – så tar de främst fasta på skillnader i vårdkonsumtion kopplat till patienternas inkomstnivå, givet att skillnader i vårdbehov beaktats. Resultaten visar generellt på att tillgången till primärvård respektive annan specialistvård varierar mellan olika socioekonomiska grupper. Specialistvården är vanligtvis skevt fördelad till förmån för individer med högre inkomster medan det motsatta gäller för primärvård. Primärvården har därför en väsentlig roll för att åstadkomma ett jämnare vårdutbud (Anell 2015).

En europeisk jämförelse av 19 länder konfirmerar den ovan nämnda bilden och visar bl.a. att besök hos allmänläkare inom primärvården tenderar att vara relativt sett högre för individer med lägre inkomst, medan besök hos specialister tenderar att vara fler hos dem med högre inkomster än snittet. För svensk del var det inte möjligt att särskilja mellan besök hos allmänläkare och specialister utan det samlade besöksmönstret i öppenvården påvisade att vårdkonsumtionen var högre vid högre inkomstnivåer (van Doorslaer m.fl. 2006). En uppdaterad studie av 18 OECD-länder, där Sverige dock

inte är med, bekräftar även mönstret att specialiserad öppenvård i större utsträckning än primärvården besöks av patienter med relativt sett högre inkomster (Deveaux 2015).

**Figur 3.** Horisontell jämlighet för årligt medel av olika typer av öppenvårdsbesök hos läkare i 19 OECD-länder.



Källa: van Doorslaer m.fl. (2006).

Undersökningen av van Doorslaer m.fl. (2006) är gjord genom befolkningsenkäter där de svarande själva får skatta hur många läkarbesök de varit på under de senaste tolv månaderna. Den svenska statistiken baseras på Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) genomförd av SCB år 2001. I skattningarna justeras för flera faktorer, inklusive ålder, kön och hälsomått såsom självskattad hälsa, förekomst av kronisk sjukdom och eventuella funktionshinder.

Liksom diskuterats ovan, sammanfattar Anell (2015) utifrån en genomgång av internationell litteratur på området att primärvården spelar en viktig roll för att uppnå en jämlik fördelning av vårdens resurser. Samtidigt konstateras att primärvårdens utjämnande roll mellan befolkningsgrupper påverkas av hur verksamheten organiseras. Ett sätt att öka användningen av primärvården bland individer med sämre socioekonomi kan vara att hålla patientavgifterna låga, eftersom denna grupp generellt har en låg betalningsförmåga. Primärvårdens organisation kan därutöver även spela en roll för fördelningen av besöken i specialiserad öppenvård. Om primärvården ges en formell grindvaktsfunktion kan den genom sin

kontroll över remissflödet till specialistvården minska den observerade överrepresentationen av individer med hög inkomst och utbildning. Som Anell (2015) påpekar bekräftar studien av Deveaux (2015) detta mönster, då länder med höga patientavgifter uppvisar sämre jämlikhet i primärvården och länder med grindvaktsfunktion i primärvården uppvisar bättre jämlikhet i den öppna specialistvården. Ifall det här mönstret även gäller för Sverige innebär det att de låga patientavgifterna gör primärvården tillgänglig för låginkomsttagare och lågutbildade, medan avsaknaden av grindvaktsfunktion gör den öppna specialiserade vården mindre jämlik till förmån för höginkomsttagare och högutbildade. Anell (2015) pekar även på en rad övriga effekter, vid sidan av jämlikhet, som måste tas ställning till vid bedömningen av ändamålsenligheten i en grindvaktsfunktion, såsom bland annat dess effekter på kostnader och vårdens kontinuitet respektive dess effekter för patienternas hälsa, nöjdhet och förtroende. Primärvårdens funktion avgörs därmed av övergripande beslut kring primärvårdens roll i hela hälso- och sjukvårdssystemet.







## Vårdens nivå och fördelning efter vårdval i primärvården

Vid sidan av behovs- och efterfrågefaktorer relaterar en väsentlig del i vårdkonsumtionens utveckling till hur det samlade utbudet av primärvårdstjänster förändrats över tid, vilket kan manifesteras i antal vårdcentraler eller ännu bredare i termer av ekonomiska och personella resurser. Innevarande kapitel fokuserar på de nationella utvecklingsdrag som kan ses på utbudssidan mot att vi i kommande kapitel mer specifikt redogör för utvecklingen i de tre studerade landstingen/regionerna.

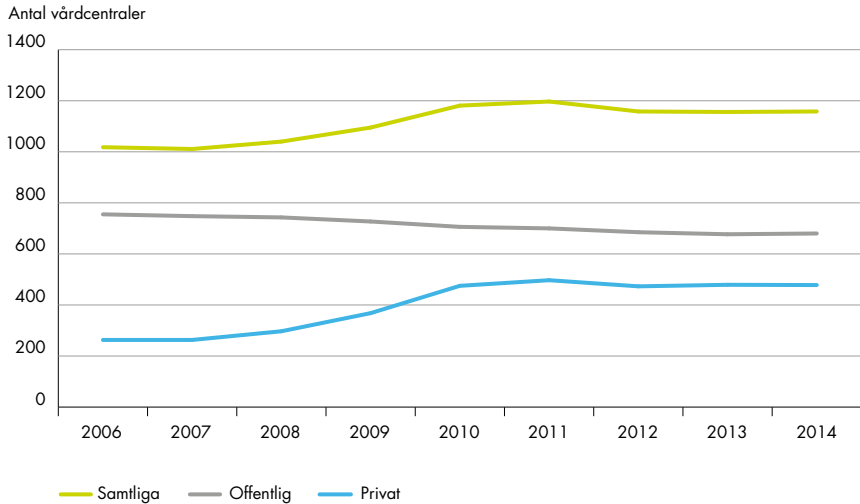
### 4.1 UTBUDS- OCH RESURSFÖRÄNDRINGAR I SAMBAND MED VÅRDVALSREFORMEN

En central del i vårdvalsreformen bestod i införandet av en reglerad etableringsfrihet för vårdcentraler, givet att mottagningarna uppfyller landstingens auktorisationskrav. Vårdcentralernas antalsmässiga utveckling har därför kartlagts av en rad myndigheter och organisationer. Utvecklingen har också studerats per regiform samt med avseende på geografisk lokalisering. Denna har särskilt studerats i förhållande till både generella tillgänglighetsaspekter i området samt till områdenas befolkningsunderlag respektive socioekonomiska profil.

Från och med introduktionen av vårdval fram till 2014 har det skett en relativt kraftig ökning av antalet vårdcentraler. Sedan införandet (tidpunkten varierar mellan landstingen) uppgår ökningen till ca 20 procent, vilket motsvarar 205 fler vårdcentraler. De största förändringarna ägde rum under de inledande åren efter vårdvalsreformen. Sammantaget utgörs nytillskottet nästintill uteslutande av privata enheter.



**Figur 4.** Utvecklingen av antal vårdcentraler i riket före och efter vårdval. Utvecklingen visas både totalt och per regiform.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling, SKL 2006-2014.

De regionala skillnaderna i etableringsmönster är dock stora. Konkurrensverkets (2010, 2012) olika kartläggningar visar att nyetableringarna främst skett i storstäder och i områden med hög tillgänglighet. Det är således främst de stora landstingen och regionerna, samt landsting i södra Sverige, som noterar påtagliga ökningar och exempelvis har endast en vårdcentral etablerats i ett glesbygdsmråde. I slutet av 2014 är det dock endast Norrbotten som uppvisar en minskning av antalet vårdcentraler, då en mottagning försvunnit (Glenngård 2015).

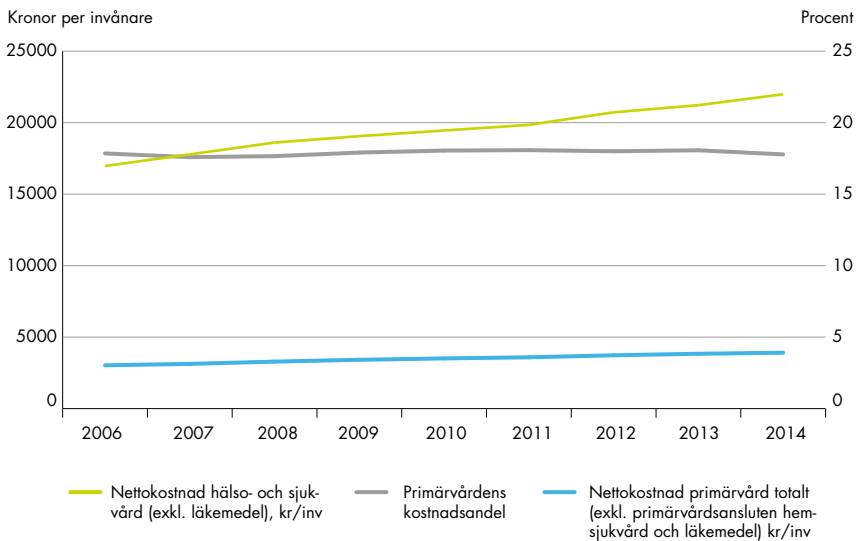
Framförallt verkar nyetableringarna ha styrts av förändringar i befolkningsstruktur (Glenngård 2015) och sammantaget motsvarar fördelningen relativt väl den som ges av befolkningsfördelningen. Men enligt Tillväxtanalys beräkning utifrån bredare behovsaspekter skulle det behövas fler vårdcentraler i glesbygd för att upprätthålla en god tillgänglighet (Konkurrensverket 2010). Riksrevisionen (2014) har också kartlagt etableringsmönstren i samband med vårdvalsreformen. De finner att nyetableringar samvarierar positivt med lokaliseringsområdets befolkningstäthet, medelinkomst, utbildningsnivå och en lägre andel individer över 70 år. Nedläggningar har istället i större utsträckning ägt rum i områden med svårare socioekonomiska förutsättningar och/eller lägre medelinkomst. Sammantaget pekar det på att nyetableringarna främst ägt rum i områden med god tillgänglighet sedan tidigare och i områden med fördelaktig socioekonomisk profil.



### 4.1.1 Oförändrad relativ resursram men tecken på ökad läkartäthet

Mellan 2006 till 2014 uppgår den genomsnittliga kostnadsökningen per invånare i primärvården till ca 3,7 procent per år, vilket ungefär motsvarar uppräknigen av löner och priser inom hälso- och sjukvården (SKL 2014a). Kostnadsutvecklingen är också i linje med den som gäller för den samlade hälso- och sjukvården (exkl. läkemedel) varpå primärvårdens andel av de samlade kostnaderna för all hälso- och sjukvård (exkl. läkemedel) varit relativt konstant under perioden (se figur 5 nedan). Primärvårdens kostnadsandel uppgår till 17,8 procent både 2006 och 2014.

**Figur 5.** Primärvårdens faktiska och relativa kostnadsutveckling per invånare mellan 2006–2014.



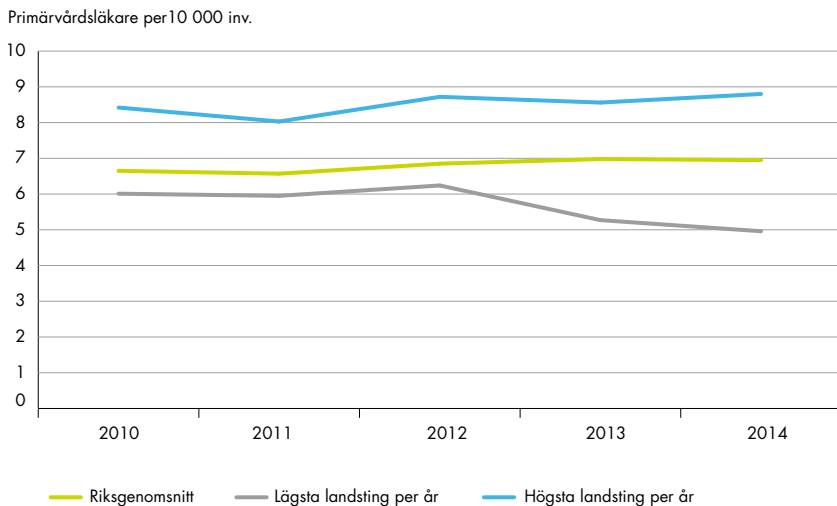
Källa: SKL/Kolada, [www.kolada.se](http://www.kolada.se) 2015-04-16.

Bakom detta rikssnitt finns stora skillnader i primärvårdens kostnadsutveckling mellan landsting. I tidigare undersökningar av kostnadsutvecklingen har dock Vårdanalys (2014a) inte funnit några skilda trender bland landstingen som antingen kan spåras till utformningen av ersättningssystemet eller till när i tiden vårdvalsreformen infördes. Kostnadsutvecklingen kan inte heller förklaras av primärvårdens historiska omfång eller besöksmönster hos läkare respektive sjuksköterskor.

Det är dessvärre svårt att studera primärvårdens bemanning då det både saknas officiell statistik över antalet läkare (såväl allmän- som specialistläkare) som arbetar i primärvården och över deras tjänstgöringsgrad. SKL har dock

sedan 2010 (Personaltäthetsmodellen) sökt uppskatta antalet årsarbetande allmänläkare i primärvården utifrån statistik om antalet legitimerade landstingsanställda allmänläkare per landsting. För att beakta skillnader i andelen offentlig respektive privat produktion korrigeras antalet läkare utifrån uppgifter om köp och försäljning av verksamhet. Beräkningen baseras även på antagandet om att det råder samma personaltäthet i privat respektive offentlig regi (SKL 2014). Dessa siffror pekar på att antalet årsarbetande läkare i primärvården ökat med ca 4 procent sedan 2010 (Kolada 2015). Det finns dock stor osäkerhet i uppgifterna och exempelvis stora antalsmässiga skillnader med Läkarförbundets enkät (SLF 2013) där antalet heltidsanställda primärvårdsläkare under 2012 uppgick till 4 540 mot att SKL:s uppskattning ligger på 6 452 årsarbetande allmänläkare.

**Figur 6.** Antal årsarbetande legitimerade läkare i primärvården per 10 000 invånare enligt SKL:s personaltäthetsmodell (exklusive Gotland).

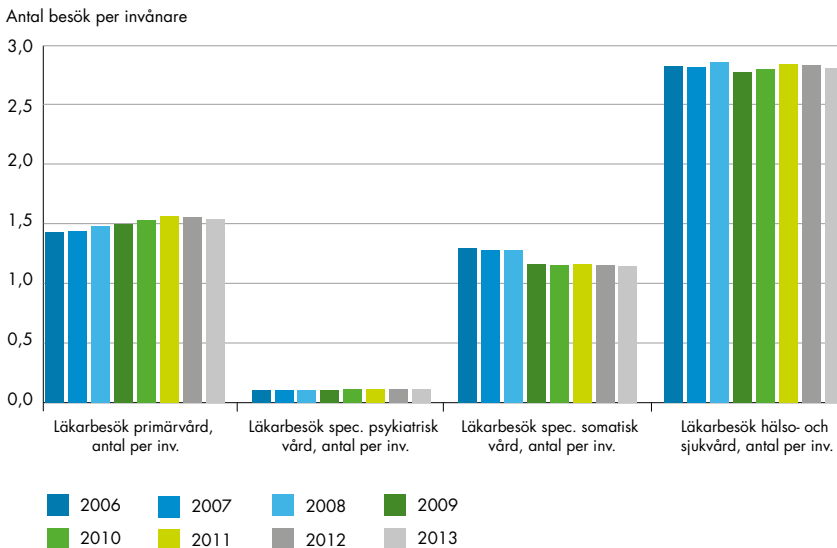


Även om det är svårt att bedöma den antalsmässiga utvecklingen så har det under lång tid pekats på att det är brist på allmänläkare och det finns tecken på att beroendet av inhyrd personal ökar. Sammantaget finns det dock stora skillnader i bemanning mellan olika landsting och det finns tecken på större bemanningsproblem i glesbygd samt i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. Det är dock svårt att bedöma hur vårdvalet påverkat rekryteringsförutsättningarna (Vårdanalys 2014a).

## 4.2 LÄKARBESÖKEN I PRIMÄRVÅRDEN HAR ÖKAT NÅGOT

Enligt tidigare har vi pekat på att den samlade konsumtionen av läkarbesök i öppenvården i Sverige internationellt sett är på en låg nivå och att antalet läkarbesök per invånare legat relativt konstant 2006 till 2013. Utvecklingen skiljer sig dock mellan vårdgrenarna. Under 2006-2013 har antalet läkarbesök i primärvården ökat med knappt åtta procent. Efter en stadig uppgång fram till och med 2011 har det sedan skett en viss minskning. För de övriga vårdgrenarna kan vi notera en blandad utveckling. Inom psykiatrin ses en uppgång med drygt tio procent över hela perioden. Inom den specialiserade somatiska vården har det istället skett en minskning med mer än elva procent, där den största förändringen skedde mellan år 2008 och 2009. Sammantaget ger detta för hela hälso- och sjukvården en minskning av antalet läkarbesök med knappt en procent under perioden (se figur 7 nedan). Det är här värt att notera att dagsjukvårdsbesök inte inkluderas i sammanställningen. Inkluderas dagsjukvårdsbesöken blir minskningen mindre i den specialiserade somatiska vården (Vårdanalys 2013).

**Figur 7.** Antal läkarbesök per 1000 invånare i olika vårdgrenar 2006–2013.



Not: Mottagningsbesök, hembesök samt hemsjukvårdsbesök är inkluderade, dagsjukvårdsbesök exkluderade.

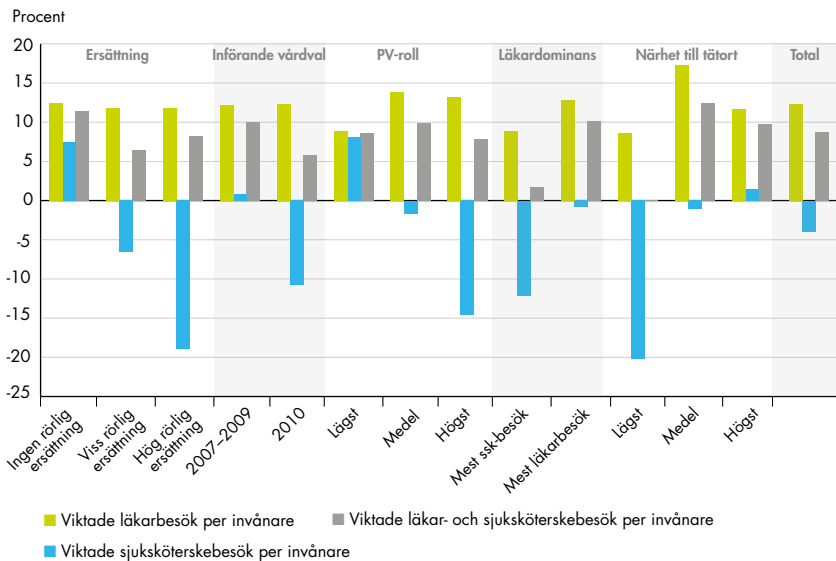
Källa: SKL/Kolada, [www.kolada.se](http://www.kolada.se) 2015-04-16.

## 4.2.1 Ökningen har varit störst i mer tätbefolkade landsting och regioner

Enligt tidigare har vi pekat på en generell besöksökning hos läkare inom primärvården på ca 8 procent under 2006-2013. Samtidigt är vårdvalsreformerna olika utformade med avseende på ersättningssystem och incitamenten för att presteras besök är av olika slag. Det finns även skillnader i vårdutnyttjandet före reformernas införande som kan förklara skillnader i utvecklingen. Det är därför intressant att studera om det finns några generella mönster i besöksutvecklingen som kan spåras till skillnader i landstingens olika vårdvalsmodeller.

I en tidigare publikation av Vårdanalys (2014a) undersöktes hur läkar- och sjuksköterskebesök utvecklats beroende på en rad skilda egenskaper i landstingens primärvårdsmodeller. Vid jämförelsen undersöktes tidsperioden 2010-2012 med perioden 2007-2009. Resultaten visar att läkarbesöken var 12 procent fler och sjuksköterskebesöken 4 procent färre under den senare perioden. Vid en resursbaserad sammanviktning av både läkar- och sjuksköterskebesöken så är dessa 9 procent fler per person för hela riket 2010-2012. Skillnaderna mellan olika kategorier av landsting framgår av figur 8.

**Figur 8.** Procentuell förändring av viktade läkar- och sjuksköterskebesök per invånare inom primärvården för perioden 2010-2012 jämfört med 2007-2009.



Källa: Vårdanalys (2014a).

Den mest påtagliga skillnaden som kan observeras är att landsting med en större andel av befolkningen boende i områden med låg närhet till tätort inte haft någon nämnvärd ökning av vårdutnyttjandet. Det styrker hypotesen att tillgängligheten främst tillfallit invånare med god eller medelgod närhet till tätort. Vi ser inga märkbara skillnader beroende på om landstingen har en läkardominerad primärvård eller beroende på primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Valet mellan rörlig (besöksrelaterad) och fast ersättning (kapitering) påvisar mindre skillnader på förändringen av de viktade läkarbesöken. Däremot minskar sjuksköterskebesöken i de landsting som i större utsträckning har rörlig ersättning (Vårdanalys 2014a). En högre andel rörlig ersättning tycks därför ha förskjutit vårdproduktionen mot fler besök för allmänläkarna (Anell 2015).

#### **4.2.2 Fortfarande en mindre andel primärvård i Sverige än i många andra jämförbara länder**

Trots en viss ökning av antalet läkarbesök i primärvården så karaktäriseras den svenska hälso- och sjukvården av en relativt svag primärvård. Den ökning som har skett sedan 2006 är inte tillräcklig för att nå nivåerna i exempelvis de övriga nordiska länderna, och tycks dessutom ha avstannat och vänt under de senaste redovisade åren. Historiskt har det också funnits flera satsningar för att stärka primärvården, både regionalt och nationellt. Det var dock inte den uttalade målsättningen med den nationella vårdvalsreformen 2010, även om det i samband med reformen förekom uttalade satsningar i flera landsting, till exempel Halland. Satsningar på primärvården i Sverige hämmas dock ofta av en brist på allmänläkare, vilket alltså sammantaget har gjort det svårt att expandera primärvården (Vårdanalys 2014a).

### **4.3. VÅRDKONSUMTIONENS FÖRDELNING**

Det har gjorts en rad studier med syfte att undersöka hur besöksmönstren utvecklats för olika grupper i samband med vårdvalsreformen. Dessa har bl.a. studerats utifrån ålder, kön och socioekonomiska förutsättningar samt utifrån olika former av diagnosbaserade sjukvårdsindex eller förekomst av enskilda diagnoser. Flertalet uppföljningar avser dock enskilda landsting och endast ett fåtal undersökningar har använt en gemensam metodik för flera landsting. Därtill är det främst utvecklingen i de större landstingen som kartlagts. Det är därför svårt att ge en entydig bild av utvecklingen,



men det generella mönstret pekar på att vårdkonsumtionen ökat mer bland befolkningen i allmänhet och relativt sett mindre bland grupper med stora behov (Vårdanalys 2013, Glenngård 2015, Anell 2015). Fördelningsfrågan berörs därför främst i nästa kapitel då vi mer specifikt beskriver tidigare resultat för de landsting som ingår i vår studie.







## Landstingens vårdvalsmodeller

### 5.1 VÅRDVALET I PRIMÄRVÅRDEN INFÖRDES VID OLIKA TIDPUNKTER

De första vårdvalsreformerna infördes på eget initiativ av landstingen. Först ut var Region Halland som införde vårdval i primärvården den 1 januari 2007, vilket blev startskottet för en nationell förändring av primärvården. Efterföljande år infördes vårdval också i Västmanland (1/1) och Stockholm (1/1). Under 2009 skulle ytterligare fem landsting införa vårdval i primärvården. Två av dessa berörs i denna rapport, Östergötland (1/9) och Västra Götaland (1/10). Från och med den första januari 2010 blev det sedermera obligatoriskt att införa vårdval i primärvården, genom att det i hälso- och sjukvårdslagen infördes krav på att tillämpa lagen om valfrihetssystem (2008:962). Resterande landsting införde också vårdval under året.

Införandet av vårdval i primärvården har således skett vid delvis olika tidpunkter. Det som huvudsakligen regleras i den nationella lagstiftningen är att patienterna ges rätt att välja vårdcentral i primärvården, vilket understöds av att ersättningen följer dennes val, samtidigt som det råder fri etablering för vårdgivare, givet att de uppfyller landstingens auktorisationskrav (etablerings-/inträdeskrav). Lagen ger dock utrymme för huvudmännen att i stora delar själva utforma vårdvalet. Landstingen ansvarar för att utforma ersättningsystem, listningsregler, åtaganden och kvalitetskrav m.m. Därmed varierar vårdvalssystemen mellan landstingen, och de har exempelvis själva stor möjlighet att påverka förutsättningarna för olika vårdgivare att etablera sig inom systemet. Utformningen av landstingens olika vårdvalsmodeller är därför långt ifrån enhetlig, men det var samtidigt inte primärvårdens utformning före vårdvalet. Vid studier av vårdvalets effekter på vårdkonsumtionens fördelning finns det således anledning att för respektive landsting undersöka och beskriva både hur primärvården organiserades och bedrevs före respektive efter införandet av vårdval.



## 5.2 UTFORMNING AV MODELL OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM

Primärvården utgör vårdens första instans. Uppdraget är att förse befolkningen med den vård som de flesta har behov av någon gång under livet och som inte kräver sjukhusens resurser. Det gäller t.ex. medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande arbete. Primärvården har därför en central roll i förebyggande sjukvård och diagnostisering, samt en uppgift att lotsa patienten vidare i vården. Svensk primärvård karakteriseras även av att den inte har någon nationellt reglerad grindvaktsfunktion (motsvarande engelskans uttryck gate-keeping), utan patienterna är fria att direkt ta kontakt med en specialist. Vissa landsting har dock generella remisskrav (med undantag av vissa specialiteter). Det finns inte heller någon detaljreglering av vilka vårdbehov som ska behandlas på respektive vårdnivå och de vårdtjänster som ingår varierar mellan olika landsting. Detta medför att de olika vårdnivåerna måste betraktas som kommunicerande kärl. Detta understryks av att primärvårdens uppdrag så tydligt definieras i relation till andra vårdnivåer, det vill säga utifrån sin organisatoriska roll i hälso- och sjukvårdssystemet (Anell 2015).

### 5.2.1 Stockholm har det mest avgränsade uppdraget

Det är alltså inte exakt reglerat vad som är primärvård och vilka uppdrag som därmed ska omfattas av vårdvalen i primärvården, även om basen utgörs av en bred mottagningsverksamhet för patienter hos läkare och sjuksköterskor, ibland även kallad allmänläkarvård eller husläkarverksamhet. Det går således att beskriva hur brett vårdvalet gjorts med avseende på vilka uppdrag som inkluderas. I en tidigare kartläggning av SKL undersöktes huruvida barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering och medicinsk fotvård, i tillägg till traditionell mottagningsverksamhet, också ingick i grunduppdraget (Anell m.fl. 2012). Baserat på den tidigare kartläggningen kan vi konstatera att av de undersökta landstingen har Stockholm det smalaste, eller det mest avgränsade, grunduppdraget för vårdgivarna. I Stockholm bedrivs samtliga av de fyra nämnda specifika uppdragen som separata vårdval.

Både Västra Götaland och Östergötland har bredare grunduppdrag i vårdvalet för primärvården, men med skillnader sinsemellan. Samtliga fyra uppdrag omfattas alltså inte av grunduppdraget i något av de tre studielandstingen, men ingick år 2012 i grunduppdraget i fem av de övriga landstingen; Dalarna, Jämtland, Norrbotten, Västernorrland och Västerbotten.

**Tabell 1.** Verksamheter som vid sidan av traditionell mottagningsverksamhet ingår i vård-enhetens grunduppdrag i olika landsting.

Landsting/region	BHV	MHV	Rehabilitering	Medicinsk fotvård
Stockholm	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)
Västra Götaland	Ja	Nej	Nej (separat vårdval fr.o.m. 2014)	Ja
Östergötland	Ja	Nej	Delvis (sjukgymnastisk bedömning ingår, psykosocial rehabilitering ingår helt)	Ja

Källa: Baserat på Anell m.fl. (2012).

### 5.2.2 Etableringsförfarandet är liknande i landstingen

Genom vårdvalsreformen har landstingen gått från att upphandla privat utförd vård till fri etablering för vårdgivare som auktoriserats inom vårdvalen. Det tidigare upphandlingsförfarandet innebar huvudsakligen att lokaliseringen planerades och bestämdes vid upphandlingen och att specifikationer och ersättning kunde variera mellan de olika upphandlingarna, även inom ett landsting samt mellan privata och offentliga utförare (Vårdanalys 2013).

Förfarandet med auktorisation av vårdgivare inom vårdvalet har gjort att kraven för att få bedriva vård gjorts enhetliga inom respektive landsting för både privata och offentliga utförare. Även om kraven varierar något mellan landstingen rör de oftast ett antal områden såsom ekonomisk stabilitet, omfattning av uppdraget, kompetens och lokaler.

Vårdgivarens geografiska lokalisering har i stort sett blivit fri i och med vårdvalet, men för att garantera vård till invånarna har vissa landsting uttalat ett ansvar för kommuner utan etablering. I stort är också likheterna mellan landstingen kring etablering i dag större än skillnaderna, och samtliga landsting har ett förfarande med fri etablering och lokalisering efter auktorisation. Flera delar är också reglerade i lag vilket ligger till grund för samstämmigheten (Vårdanalys 2013).

### 5.2.3 Ersättningen baseras vanligen på en stor andel fast kapitering

De undersökta landstingen hade redan innan vårdvalets införande ersättningssystem som baserades på kapitering (ersättning per listad patient)



utifrån listning tillsammans med en besöksrelaterad ersättningskomponent. Detta gäller också efter införandet. Men andelen fast kapitering per listad patient och den rörliga, besöksrelaterade, ersättningen är varierande. Framför allt utmärker sig Stockholm med en klart större andel rörlig ersättning efter vårdval, omkring 60 procent. Även före vårdval tillämpade Stockholm en högre rörlig ersättning (ca 40 procent) än de övriga landstingen. I både Västra Götaland och Östergötland utgörs numera den dominerande ersättningen av kapitering och uppgår till mer än 85 procent. I VGR har den rörliga ersättningen därmed minskat väsentligt och också metoden för att beräkna besöksersättningen har förändrats i samband med vårdvalet. Tidigare var ersättningen direkt relaterad till besöket, mot att den efter vårdval beräknas indirekt via "täckningsgrad", det vill säga utifrån andelen besök som alla listade på vårdcentralen gör på vårdcentralen i förhållande till alla besök de gör inom sjukvården. I Östergötland utgörs den direkt besöksrelaterade ersättningen av att vårdgivarna erhåller patientavgiften (Anell m.fl. 2012).

Stockholms ersättningssystem utmärker sig också för att det vid sidan av åldersjustering (baserad på tre åldersintervall där ersättning är markant högre för dem över 65 år), inte görs någon vårdtyngdsjustering med Adjusted Clinical Groups (ACG)<sup>2</sup>, vilket de övriga landstingen idag applicerar. Dessa landsting justerar också för en rad socioekonomiska aspekter som är förknippade med ohälsa med hjälp av Care Need Index (CNI)<sup>3</sup>. Dessa förändringar infördes dock först under 2014 i Östergötland och omfattar därmed inte den tidsperiod vi studerar. Dessförinnan justerades kapiteringen i Östergötland främst avseende området inkomstsituation samt utifrån ålder och geografi. Stockholm differentierar istället kapiteringsersättningen beroende på patientens födelseland.

Landstingen har också en målrelaterad ersättning, vars utformning även den varierar mellan landstingen. Omfattningen är som mest cirka fem procent av den totala ersättningen, vilket i sammanhanget kan uppfattas som lite. Studier har dock visat att storleken på den målrelaterade ersättningen inte tydligt påverkat utfallet (Conrad och Perry 2009, Anell 2010).

---

2) ACG används för att beskriva förväntat primärvårdsbehov utifrån de diagnoser som en person har fått under viss tidsperiod justerat för ålder och kön.

3) CNI används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning.

Tabell 2. Sammanställning av övergripande aspekter i landstingens ersättningsystem före och efter världval fram till 2012.

	Stockholm	Östergötland	Västra Götaland
	Före	Före	Före
	Efter	Efter	Efter
<b>Typ av ersättning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budget för offentliga vårdgivare</li> <li>Avtal för privata vårdgivare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budget för offentliga vårdgivare</li> <li>Avtal för privata vårdgivare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budget för offentliga vårdgivare</li> <li>Avtal för privata vårdgivare</li> </ul>
<b>Andel fast ersättning per individ (kapitering) kontra rörlig besöksrelaterad ersättning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mellan 2003-07 huvudsakligen områdesbaserad kapitering om ca 60 %</li> <li>Direkt besöksrelaterad ersättning om ca 40 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Områdesbaserad kapitering om ca 80 %</li> <li>Direkt besöksrelaterad ersättning inkl. uppnådda mål, men exkl. täckningsgrad, mindre än 14 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kapitering baserad på listning och områdesansvar om ca 70 %</li> <li>Direkt besöksrelaterad ersättning om ca 30 %</li> </ul>
<b>Indikatorer fast ersättning per individ (kapitering)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kapitering baserad på socioek. status, ålder, etnicitet m.m.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kapitering baserad på ålder, socioekonomi och storlek på geografiskt område</li> <li>Justeras beroende på täckningsgrad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Huvudsakligen åldersbaserad kapitering</li> <li>Kapitering baserad på ålder, kön och sjuklighet (ACG)</li> <li>Justeras beroende på täckningsgrad, geografisk och socioekonomi</li> </ul>
<b>Indikatorer direkt rörlig besöksrelaterad ersättning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Differentierad för olika typer av besök och mellan läkare och sjuksköterska</li> <li>Patientavgift behålls av vårdgivare.</li> <li>Kompensation för 'högstnads skydd'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientavgift behålls av vårdgivare.</li> <li>Kompensation för 'högstnads skydd'</li> <li>Besöksersättning för alistade individer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Differentierad mellan läkar-, sjuksköterskebesök och vissa andra vårdkon-takter</li> <li>Tolkersättning. Patient-avgift som värdenutralen tar in avräknas mot de ersättningar som utgår.</li> </ul>

Tabell 2, forts.

	Stockholm	Östergötland	Västra Götaland
	Före	Före	Före
	Efter	Efter	Efter
<b>Kostnadstak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tak bygger på relationen antal listade och antal besök</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maxersättning uppnås då VC träffat 60 % av befolkningen inom ansvarsområdet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inga avtalsregler om kostnadstak</li> </ul>
<b>Indirekt besöksrelaterad ersättning (räkningsgrad)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inget ansvar för övrig öppenvårdskonsumtion (besök)</li> <li>Antal besök per listad hos läkare i annan vård än den egna mottagningen. Ett av 14 kvalitetsmål. Bonus/vite om antalet avviker från 2,6 besök. (Infört 2012)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olika avdrag för besök hos annan vårdgivare</li> <li>Olika avdrag för besök hos annan vårdgivare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inget ansvar för övrig öppenvårdskonsumtion (besök)</li> <li>Andel vårdensbesök i förhållande till alla öppenvårdsbesök. Tillägg om andelen överstiger 50 % upp till maximalt 80 %</li> </ul>
<b>Bot/viten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inga avtalsregler om bot/vite</li> <li>1,4 mål, vite om inte lägsta kvalitetsnivå uppnås</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inga avtalsregler om bot/vite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inga avtalsregler om bot/vite</li> </ul>
<b>Bonus/målsrelaterad ersättning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Läkemedelförs. enl. "Kloka listan"</li> <li>Diagnosregistrering</li> <li>14 mål, bonus om lägsta kvalitetsnivå överträffas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 områden (Mål och mät), ca 1 % av ersättningen</li> <li>4 områden (Mål och mät)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 olika kvalitetsområden, mindre än ca 5 % av ersättningen</li> <li>1 snitt ca 1,5 % av ersättningen</li> </ul>

I tidigare kapitel visades att antalet vårdcentraler i riket har ökat sedan vårdvalets införande. Detta gäller också de tre studerade landstingen. Störst har ökningen varit i Västra Götaland med drygt 40 nya vårdcentraler (se tabell 3). I Östergötland är nettoökningen en vårdcentral sedan vårdvalets införande. Eftersom antalet offentliga vårdcentraler samtidigt har minskat i de tre landstingen är också andelen offentligt drivna vårdcentraler lägre efter vårdvalets införande. I Östergötland är andelen privata vårdcentraler lägst, mot att andelen är högst i Stockholm, ett förhållande som gällde även innan vårdvalets införande.

**Tabell 3.** Antal vårdcentraler per landsting 2006–2013.

		Offentlig		Privat		Totalt	
		Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	%-förändring
Stockholm	2006	94	55	78	45	172	0
	2008	83	44	107	56	190	10
	2010	76	38	124	62	200	16
	2013	68	33	140	67	208	21
Västra Götaland	2006	121	77	37	23	158	0
	2008	117	75	40	25	157	-1
	2010	116	53	102	47	218	38
	2013	114	57	87	43	201	27
Östergötland	2006	36	86	6	14	42	0
	2008	36	86	6	14	42	0
	2010	36	82	8	18	44	5
	2013	34	79	9	21	43	2

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling, SKL 2006–2013.

### 5.3 VAD VET VI OM VÅRDENS FÖRDELNING I DE UNDERSÖKTA LANDSTINGEN?

I en tidigare rapport av Vårdanalys (2013), analyserades skillnaderna i besöksutveckling mellan olika behovsgrupper, dvs. mellan grupper med ett förväntat mindre respektive större behov av primärvårdstjänster. I den senare gruppen ingick patienter med astma, demens, diabetes och KOL, vilka jämfördes med snittpopulationen i tre landsting. I studien ingick Skåne, Stockholm och Östergötland. Resultaten visar att för flertalet jämförelser hade personer med förväntat stora vårdbehov inte trängts undan i termer av

absolut antal besök efter införandet av vårdvalsreformen. Generellt sett ökade det sammantagna vårdutnyttjandet i primärvården för både patienter med stora vårdbehov och för befolkningen som helhet. Men i flertalet fall noteras en något större ökning hos genomsnittsbefolkningen. Den större ökningen bland befolkningen var entydig vad gäller läkarbesök på mottagning.

För Stockholms vidkommande framkommer att besöksnivåerna för samtliga grupper generellt är högre än i de övriga landstingen. Likt det generella mönstret påvisas besöksökningar för flertalet grupper, däremot ses en minskning av vårdkonsumtionen för dem över 65 år med demensdiagnos. Noterbart är även att det skett en ökning av antalet läkarbesök med ospecifika diagnoser. Östergötland uppvisar en lägre nivå på vårdkonsumtionen tillsammans med att en större andel av besöken sker hos sjuksköterskor. För Östergötlands del ökade det sammantagna vårdutnyttjandet i flertalet fall i större utsträckning bland dem med större förväntat vårdbehov. Men om vi enbart ser till läkarbesök på mottagning var även här ökningen störst bland befolkningen som helhet (Vårdanalys 2013).

I studien redovisas också små skillnader för olika behovsgruppers vårdutnyttjande och listningsmönster mellan privata och offentliga vårdgivare, bortsett från nyetablerade privata vårdgivare som har en lägre andel listade personer med stora vårdbehov. Fler patienter var också mer positiva än negativa till hur tillgängligheten har förändrats efter vårdvalets införande. I studien gjordes även en kartläggning av olika gruppers tillfredsställelse med tillgängligheten där det framgick att personer med högre inkomster var mer nöjda med utvecklingen än individer med lägre inkomster (Vårdanalys 2013).

Även Riksrevisionen (2014) har låtit studera besöksutvecklingen hos läkare i primär- och specialistvården i Skåne och Västra Götaland före och efter vårdvalets införande. Fokus är på att studera hur besöksmönstren avseende att besöka läkare har förändrats för sex olika grupper beroende på sjuklighetsgrad, där sjukligheten definieras före vårdvalets införande (s.k. kohortmetodik). Vid studien tas även hänsyn till kön, ålder och inkomstförhållanden. Studien visar att sannolikheten för att genomföra åtminstone ett läkarbesök har ökat hos relativt sett mer friska individer och minskat hos dem med större sjuklighet samt att besöksfrekvensen också ökat relativt sett mer för relativt sett mer friska individer.

Utöver de landstingsövergripande studierna finns också ett flertal studier som fokuserar på jämlikhetsaspekter i ett enskilt landsting. Utvecklingen i Stockholm har i detta avseende följts i ett flertal rapporter av Karolinska Institutets Folkhälsoakademi. Studierna visar att läkarbesöken i Stockholm ökat för alla grupper. Framför allt har de äldre ökat sin konsumtion mer än



yngre. De inledande studierna visade också att besöken ökat mer i områden med lägre medelinkomst än med högre. Uppföljande studier, där individdata användes, visade istället att personer med högre inkomst ökat besöken mer än personer med lägre inkomster. Men om utvecklingen istället analyseras utifrån individers utbildningsnivå, så tycks individer med lägre utbildning ha ökat besöken mer än de med högre utbildning. I studierna kontrolleras för en rad faktorer, dock inte sjuklighet (Dahlgren m.fl. 2013, Rehnberg m.fl. 2010).

Även för Västra Götaland finns studier som visar på olika resultat för besöksfördelningen. Som nämnts tidigare visar Riksrevisionens granskning på att besöken har ökat bland friskare patienter, men minskat bland de allra sjukaste (Riksrevisionen 2014). I en efterföljande rapport från Västra Götalandsregionen visade resultaten dock att läkarbesöken i primärvården bland de allra sjukaste inte minskat (Västra Götalandsregionen 2014). Vid denna studie definierades de olika sjukdomsgrupperna för varje år (s.k. tvärsnittsmetodik) och inte under perioden före vårdval som i Riksrevisionens studie. De skillnader som finns i resultaten kan därför delvis förklaras av olika metodologiska vägval (Riksrevisionen 2015, Dnr 3.1.1-2015-0155).

Sammantaget är det svårt att jämföra resultat mellan olika studier, dels då de baseras på olika landsting och dels på grund av inverkan från skilda metodologiska vägval och indelningsgrunder. Studier över flera år som baseras på sjuklighet utifrån diagnoser som är satta i primärvården är också svåra ur jämförelsesynpunkt då diagnosregistreringen i primärvården (särskilt i samband med införande av ACG) ökat väsentligt över tid (Vårdanalys 2013). Föregående studier av vårdutnyttjandet har också främst berört fördelningen mellan olika behovsgrupper, dvs. främst den vertikala dimensionen snarare än den horisontella.

## 5.4 ERSÄTTNINGSSYSTEMENS MÖJLIGA EFFEKTER

Det finns en rad olika faktorer som ur ett teoretiskt perspektiv kan tänkas påverka besöksutvecklingen och dess fördelning i befolkningen. Eftersom hälso- och sjukvårdstjänster präglas av stor osäkerhet och läkaren/sjukvårdspersonalen ofta har ett informationsövertag gentemot patienten avseende val av behandling och insats kan denne påverka mängden tillhandahållen vård, antingen genom att ransonera denna eller genom att bjuda ut för mycket hälso- och sjukvårdstjänster. Å andra sidan har patienten mer kunskap om sin egen sjukdom än finansären (i vårt fall landstinget), samtidigt som denne inte själv är till fullo finansiellt ansvarig för vården, mer än för patientavgiften: faktorer som tenderar att öka efterfrågan på



vård. Sammantaget har därför hälso- och sjukvårdspersonalen en central roll i att åstadkomma en ändamålsenlig nivå och fördelning av hälso- och sjukvårdskonsumtionen, och här är ersättningsystemens utformning gentemot vårdgivarna av avgörande betydelse.

Som beskrivits tidigare kan beståndsdelarna i samtliga landstings ersättningsmodeller inom primärvården sägas bestå av tre delar. Den huvudsakliga ersättningen utgår per listad patient, s.k. kapitering. Ersättningen utgörs här av en i förväg fastställd nivå per individ, som i sin tur kan korrigeras för olika faktorer, t.ex. ålder, diagnos, socioekonomiska förhållanden etc. Ibland benämns denna ersättning som fast, men den varierar i själva verket beroende på antalet listade. Det som avses med fast ersättning i denna bemärkelse är istället att den inte är kopplad till antalet besök eller till andra former av genomförda prestationer. Den besöksrelaterade ersättningen (alternativt åtgärdsrelaterade) baseras istället på ett i förväg fastställt belopp för varje genomfört besök eller åtgärd, eller indirekt via besöksfördelningen hos listad population på egen mottagning (s.k. täckningsgrad). Ersättningen kan sedan variera mellan olika typer av besök, mellan personalkategorier eller beroende på innehåll och besökslängd. Slutligen används ofta en målrelaterad ersättning. Den utgår oftast med ett fast belopp (eller som andel av total ersättning) och baseras på att vårdgivaren infriar vissa förutbestämda kvalitetsmål, exempelvis olika former av tillgänglighetsmål.

De generella erfarenheterna från forskningen pekar på att kapiteringsersättning ger vårdgivarna ekonomisk grund för nödvändiga investeringar, samt incitament att attrahera och ta emot nya patienter. Ersättningsformen kan också ligga till grund för att de utvecklar bättre behandlingsalternativ eller lägger mer resurser på förebyggande arbete. Men då ersättning inte är kopplad till antalet besök eller prestationer ger den svaga incitament att öka antalet insatser eller förbättra tillgängligheten. Dessutom finns risk för selektionseffekter eller att kostnader övervältras på andra aktörer genom att patienter vidareremitteras till mer specialiserade vårdenheter. Sammantaget har man bedömt att ersättningsformen riskerar att leda till en underproduktion av vårdkontakter (van Dijk 2012, McGuire 2011).

Vid besöks- eller åtgärdsbaserad ersättning existerar ett tydligt förhållande mellan antalet utförda prestationer och verksamhetens intäkter, vilket förväntas ge incitament till hög produktivitet och god tillgänglighet, samt resultera i att vårdgivarna delegerar färre arbetsuppgifter, dvs. leder till en lägre andel remisser. Svårigheter att i förväg sätta rätt relativpriser på olika åtgärder medför dock risk för att vårdgivarna fokuserar på lönsamma åtgärder eller patienter. Sätts ersättningen fel kan den exempelvis leda till

”onödiga” besök. Samtidigt sätter inte en rörlig ersättning (utan kostnadstak) lika tydliga kostnadsbegränsningar som kapitering vilket borde gynna dem med stora vårdbehov. Sammantaget har man bedömt att ersättningsformen riskerar att leda till en överproduktion av vårdkontakter (McGuire 2011).

En genomgång av empiriska studier av Anell (2015) bekräftar att kapitering tenderar att leda till underproduktion och besöksbaserad ersättning till överproduktion. Dock förefaller graden av ersättningssystemens påverkan bero på patientens hälsotillstånd och ersättningsformen verkar ha mindre betydelse när det gäller livsavgörande insatser för patienterna. Samtidigt är det svårt för läkare att i praktiken prioritera mellan patienters behov givet de resurser som finns tillgängliga. Sannolikt är det också så att läkare påverkas i olika utsträckning av ersättningssystemens utformning och att det varierar huruvida de i sitt agerande främst ser till patientnytta eller till ekonomisk vinning (Anell 2015).

Därför är det också svårt att bedöma hur olika ersättningssystem kan tänkas påverka risken för olika urvalsbeteenden. Sett utifrån incitamenten som uppstår kan en högre besöksrelaterad ersättning motverka att svårare patientgrupper erhåller färre besök då vårdgivaren ersätts för varje besök. Det är dock viktigt att ersättningen är tillräckligt differentierad mellan olika patientgrupper. Där ersättningssystemen huvudsakligen baseras på kapitering, är risken för negativa urval större i denna bemärkelse, dvs. det är inte givet att ersättningen gynnar utsatta grupper (Anell 2015). Samtidigt så ger kapiteringsersättningen enklare möjligheter till att beakta förväntat vårdbehov och socioekonomiska förhållanden, vilket kan leda till ökad lokalisering i mer vårdtunga områden. Det är därför möjligt att konkurrensen om att få patienterna att lista sig på mottagningen medför att utförarna i ökad utsträckning även försöker tillfredsställa efterfrågan från patientgrupper med svårare/tyngre diagnoser.

Ersättningssystemens tänkbara effekter på vårdkvaliteten har också diskuterats flitigt. Det har hävdats att vårdgivare som ersätts enligt kapitering har små incitament för att förbättra kvaliteten på tjänsterna eftersom deras betalning redan är garanterad i förväg. Men vid kapitering beror samtidigt ersättningen på antalet listade patienter, och dessa har möjlighet att byta vårdgivare om de inte är nöjda med vården, vilket bör stimulera till kvalitetsarbete. Antalet reella valmöjligheter för patienterna är här självklart av betydelse. Vid besöksrelaterad ersättning (FFS-system) har vårdgivarna incitament att förbättra kvaliteten på de tjänster som erbjuds då prestationerna ännu tydligare ligger till grund för att attrahera patienter. Detta gäller dock främst den vårdkvalitet som är synlig för patienten, såsom



tjänstens serviceaspekter (van Dijk 2012). Emellertid har det också pekats på att incitamenten för att erbjuda tjänster i ett besöksrelaterat ersättningssystem kan vara alltför starka, och att det kan ske på bekostnad av vårdkvaliteten (McGuire 2011).

Enligt McGuire (2011) finns såväl teoretiska som empiriska argument som talar mot renodlade ersättningssystem i primärvårdssektorn, oavsett om dessa är baserade på besöksrelaterad ersättning eller kapitering. Istället framhålls en blandad ersättningsform med en kombination av styckersättning (ger tendens till överproduktion) och kapitering (ger tendens till underproduktion), som ett alternativ som ger balans i incitamentsstrukturen mellan olika mål. Inom forskningen råder dock ingen konsensus kring vad som utgör den optimala mixen mellan dessa former.

Utvecklingen påverkas dock inte enbart av ersättningssystemens utformning och att dessa ändrats i samband med reformen. En minst lika central del av reformen är inslaget av ökad konkurrens bland vårdgivarna om att attrahera patienter till följd av införandet av patientdriven konkurrens (ersättningen följer patienten). Tidigare erfarenheter från liknande modeller pekar dock på att detta kan föranleda såväl ökade egenproducerade aktiviteter från vårdgivarna som ökad remittering till andra vårdgivare, för att i större utsträckning tillfredsställa patienternas önskemål (Carlsen och Norheim 2003, Kann m.fl. 2010). Det är därför inte möjligt att entydigt bedöma hur införandet av patientdriven konkurrens påverkar besöksutvecklingen. Det är möjligt att den stimulerar till både ett ökat antal egenproducerade besök och ett ökat antal kontakter hos andra vårdgivare.





## Jämförelse av besöksfördelning före och efter vårdval

I detta kapitel jämförs vårdkonsumtionen, såväl totalt som för olika indelningar av befolkningen i de tre ingående landstingen. Jämförelsen görs dels utifrån ålder, kön och förekomst av allvarligare sjuklighet och dels utifrån socioekonomisk status, givet att vi samtidigt beaktar de tidigare nämnda behovsfaktorerna; ålder, kön och förekomst av allvarligare sjuklighet. I presentationen redovisas utvecklingen i respektive landsting före och efter införandet av vårdvalsreformen.

### 6.1 LANDSTINGSSPECIFIKA DEFINITIONER AV RESPEKTIVE VÅRDVALSUPPDRAG

Vid jämförelsen av vårdkonsumtionens fördelning på olika grupper utgår vi från en landstingsspecifik definition av det vårdutbud som är knutet till vårdvalen för traditionell mottagningsverksamhet – även kallad allmänläkarvård. Denna definition skiljer sig mellan landstingen då vårdvalen, vid sidan om allmänläkarvård, i VGR och Östergötland även omfattar fler verksamheter inom primärvården (se kap 5). Detta har betydelse vid jämförelser av vårdkonsumtionens nivå. Eftersom Stockholm tillämpar särskilda vårdval för barn- och mödrahälsovård respektive medicinsk fotvård ses därför endast till det specifika uppdraget för husläkarverksamhet med fokus på allmänläkarvård. För Östergötlands del ingår i tillägg till allmänläkarvård även barnhälsovård, medicinsk fotvård och bl.a. psykosocial rehabilitering i ett gemensamt vårdvalsuppdrag. Vid sidan av allmänläkarvård ingår i VGR även barnhälsovård, medicinsk fotvård och psykosocial rehabilitering.



## 6.2 HUR SKA JÄMFÖRELSENA TOLKAS – VIKTIGA METODASPEKTER

Ett skäl till att vi utgår från landstingsspecifika definitioner av vårdvalen är att söka renodla vårdvalets effekter. Ytterligare en anledning består i svårigheter med att nå en rättvisande definition av det vårdutbud som ska anses representera primärvården. Idag saknas en gemensam definition av primärvårdens uppdrag, vilket innebär att man vid jämförelser tvingas välja någon modell med specificerade verksamheter. Utmaningen har här varit att definiera det vårdutbud som motsvarar vårdvalen i respektive landsting innan reformen, då dessa strukturer kan ha ändrats i samband med reformen, eller genom andra organisationsförändringar under perioden. Att vi endast studerar läkarbesök på mottagning bör dock mildra jämförelseproblematiken (för mer information om studiens urval se bilaga 1).<sup>4</sup>

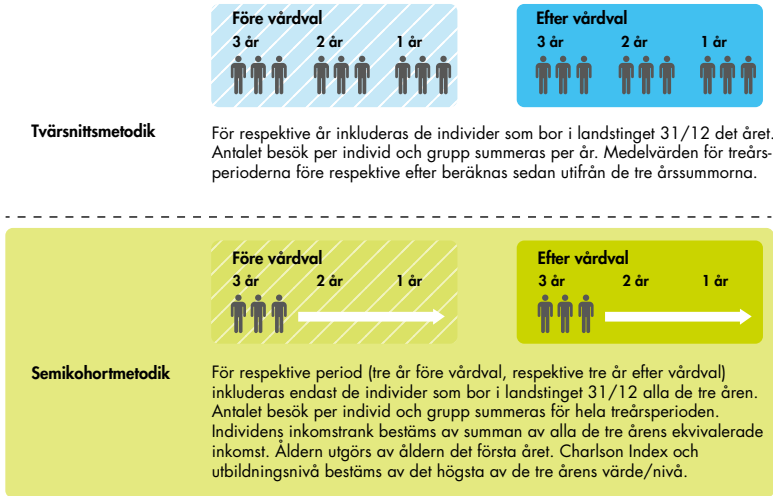
Jämförelserna baseras på samtliga individer över 20 år som varit folkbokförda i respektive landsting mellan 2005–2012. I ett riksperspektiv omfattar studien därmed ca 37–38 procent av den vuxna befolkningen, dock främst avseende storstadsområden. Uppgifter om vårdkonsumtion har hämtats ur landstingens egna administrativa register. Vårdutnyttjandet på patientnivå länkas sedan till socioekonomiska indikatorer som utbildningsnivå och familjeinkomst. Dessa uppgifter har för respektive år hämtats från SCB. Utbildningsnivåerna utgörs av genomförd grundskola, gymnasium och högskola. Inkomstuppgifterna per individ baseras på familjeinkomst, där vi utgår från hushållets gemensamma disponibla inkomst efter skatt och bidrag, samtidigt som vi korrigerar för familjens försörjningsbörda; huvudsakligen hur många individer som ingår i hushållet (för mer information om metod se bilaga 1).

Resultaten redovisas som utvecklingen över tid med två metoder. Utveckling per år redovisas med s.k. tvärsnittsmetodik, där respektive års data avser de individer som var folkbokförda den sista december. I en andra typ av analys ser vi till utvecklingen för två treårsperioder, en period före införandet av vårdval och en period efter vårdval. Denna metodik kan beskrivas som en ”semikohort-metodik” och i dessa fall inkluderas de som varit folkbokförda i respektive landsting under respektive treårsperiod.

4) I Östergötland ingår inte de privat drivna vårdcentralerna Johannelunds Vårdcentral respektive Trädgårdstorgets Vårdcentral då dessa avböjt från att medverka i studien.

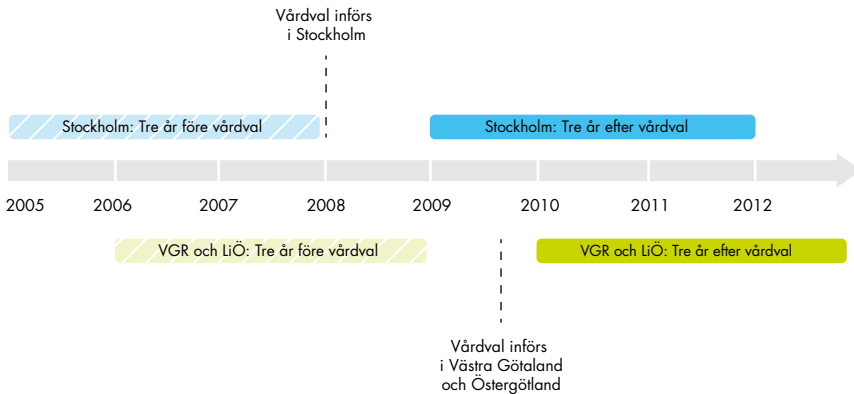


**Figur 9.** Översikt över tvärsnitts- och "semikohort"-metodik.



Då vårdvalsreformen infördes vid olika tidpunkter bland de studerade landstingen omfattar vår jämförelse av treårsperioder före och efter vårdvalet olika år för landstingen. Årsindelningen redovisas i nedanstående figur.

**Figur 10.** Jämförelseperioder vid analysen.



Analysen av vårdutnyttjandet avser antalet läkarbesök på mottagning inom primärvården, antingen per år (tvärsnitt) eller treårsperiod (antingen genomsnitt av årliga tvärsnitt eller semikohort-metodik). Vi har tidigare pekat på såväl brister som förtjänster som är kopplade till denna avgränsning till läkarbesök (se stycke 1.1). Vårdutnyttjandet presenteras genomgående per individ.

Vid analys av fördelning av vårdutnyttjande bör en jämförelse mellan socioekonomiska grupper justeras för skillnader i sjuklighet. För att fånga dessa skillnader har vi använt oss av Charlson Index, ett etablerat internationellt mått som tar hänsyn till patienternas antal, och allvarlighetsgrad, för samtida sjukdomar (Li m.fl. 2008). Exempelvis ges hjärtsvikt, KOL och magsår vikten 1 mot att njursjukdom respektive leversjukdom ges 2 respektive 3. Om en individ har flera allvarliga sjukdomstillstånd summeras sedan vikten för varje enskilt tillstånd. Inför valet att använda oss av diagnoser från olika vårdformer, valde vi att använda de diagnoser som satts i den specialiserade vården. Detta då diagnosregistreringen i primärvården varit av varierande kvalitet över tid (Vårdanalys 2013) och att den förbättrats markant, särskilt i samband med införande av nya journalsystem eller ACG (Adjusted Clinical Groups – ett vårdtyngdsmått som baseras på diagnoser som sätts i primärvården). Det finns även en risk för så kallad endogenitet att använda diagnoser satta i primärvården. Det hade emellertid inte varit möjligt att använda ACG då uppgifter för ACG endast finns i Västra Götaland (för mer information om metod se bilaga 1).

I studien beräknas index för jämlikt vårdutnyttjande med två etablerade metoder. Det är dels baserat på det totala antalet besök per individ (redogörs för i kapitel 6 och benämns även besöksmönster), dels sannolikheten för minst ett årligt besök per individ (redogörs för i kapitel 7 och benämns även kontaktmönster). I den sistnämnda analysen delas populationen upp i två grupper: dels individer med inget besök under ett år, dels individer med minst ett besök under ett år. I flertalet studier över jämlik vård är det brukligt att presentera resultat från båda metoderna (se mer i kap 7).

I analysen kombineras såväl deskriptiv statistik som olika analytiska metoder. I de mer deskriptiva delarna beskrivs exempelvis vårdutnyttjandets fördelning på olika åldersgrupper eller sjukdomsnivå. I de analytiska delarna söker vi isolera fördelningen med avseende på skillnader i utbildnings- och inkomstnivåer genom att vi samtidigt korrigerar för ålder, kön och sjuklighet. Detta sker huvudsakligen genom statistisk regressionsanalys. Förenklat innebär det att vi beräknar det faktiska vårdutnyttjandet per utbildnings- eller inkomstgrupp, detta jämförs sedan med det förväntade vårdbehovet per grupp, givet att vi tar hänsyn till ålders-, köns- och sjukdomsfördelningen i gruppen. Skillnaden mellan faktisk och förväntad vårdkonsumtion används sedan vid bedömningen av utbildningens eller inkomstens enskilda samband med vårdkonsumtionen. Resultaten presenteras antingen som jämförelser på grupp-nivå eller som ett sammanvägt index – ett så

kallat koncentrationsindex. Koncentrationsindex utgör ett sammantaget mått på vårdutnyttjandets fördelning för individer med olika inkomst. Utgångspunkten är att alla individer rankas utifrån inkomst. Därefter adderas successivt (kumulativt) antalet besök från den fattigaste till den rikaste individen. Denna ackumulation jämförs därefter med en förväntad ackumulation – det vill säga förväntat antal besök givet ålder, kön och sjuklighet (Charlson Index). Om koncentrationsindexet är mindre än noll innebär det att individer med lägre inkomster genomfört fler besök än vad som förväntas utifrån ålder, kön och Charlson Index, och tvärtom om indexet är större än noll. Om indexet är noll ses inga systematiska skillnader i konsumtion utifrån individens inkomstförhållanden (för ytterligare information om metod se bilaga 1).

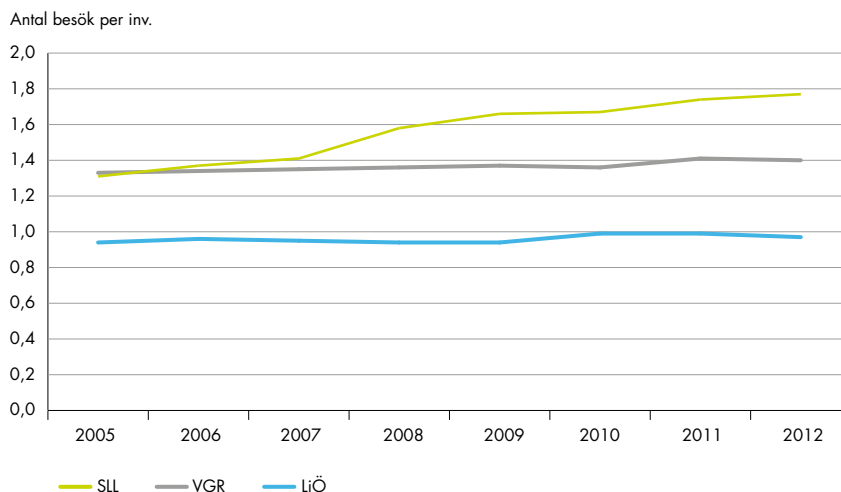
### 6.3 ANTALET LÄKARBESÖK HAR ÖKAT I SAMTLIGA TRE LANDSTING

Den reglerade etableringsfrihet som infördes inom primärvården i samband med vårdvalet har medfört en relativt kraftig ökning av antalet vårdcentraler. Ökningen har varit störst i Stockholm och Västra Götaland, och merparten nya vårdcentraler är privat drivna. Tidigare studier har också pekat på ett ökat besöksmönster i primärvården efter vårdvalsreformen, och att detta var starkast under den inledande fasen (Vårdanalys 2014a). I vår undersökning ses för Stockholms del en total besöksökning på över 50 procent mellan 2005–2012. I Östergötland och VGR är motsvarande utveckling på 8 respektive 12 procent. För Stockholms del utgör vårdvalens andel av samtliga läkarbesök i primärvården mellan 60-65 procent, en andel som ökar under perioden. I VGR är andelen ca 70 procent och relativt stabil under perioden mot att i LiÖ uppgår andelen till ca 65 procent över tid. Som nämnts tidigare fångar därmed de studerade vårdvalen varierande delar av det som enligt SKL klassificeras som primärvård.

För att bedöma besöksutvecklingen bör den också ställas i relation till förändringen i antalet invånare. Under 2005-2012 ökade den vuxna befolkningen i riket med 7,1 procent. Det föreligger emellertid stora skillnader över landet. Stockholm har under perioden upplevt en kraftig befolkningstillväxt på 13 procent för dem över 20 år. Motsvarande siffra i VGR och Östergötland är ca 6 procent.



**Figur 11.** Antal läkarbesök på mottagning per invånare, landsting och år.



Även med hänsyn till befolkningstillväxten ser vi en kraftig besöksökning i Stockholm. Antalet besök per vuxen person är 35 procent högre 2012 gentemot 2005. Utvecklingen i VGR och Östergötland är mer modest och ökningen uppgår till ca 5 respektive 3 procent under perioden. Utvecklingen i Stockholm och VGR påvisar i detta avseende tydliga skillnader, särskilt med tanke på att besöksnivåerna var likartade under inledningen av perioden. Den kraftiga ökningen i Stockholm kan kopplas till vårdvalsreformen, då ökningen under införandeåret 2008 uppgick till 13 procent, även om ökningen inleddes åren innan. I VGR eller Östergötland ses ingen tydlig vårdvalseffekt.

För att bedöma besöksutvecklingen bör den också ställas i relation till ytterligare efterfrågefaktorer, som t.ex. förändringar i sjuklighet och köns- och ålderssammansättning. Även vidare socioekonomiska faktorer som utbildnings- och inkomstsituation är viktiga i sammanhanget. Det är exempelvis väl etablerat i forskningen (t.ex. Folkhälsomyndigheten 2014) att socioekonomiska aspekter som utbildning, inkomst och yrke är en typ av faktorer som spelar en viktig roll för hälsan och därmed också för behovet av hälso- och sjukvård. Generellt har exempelvis individer med låg inkomst en kortare livslängd, vilket är ett mönster som återfinns i större delen av världen. Samtidigt är sambandet mellan inkomst och hälsa komplext. Dels fångar en hög inkomst i vuxen ålder delvis upp många andra faktorer såsom social position under uppväxten, utbildning och yrkesstatus, och dels finns ett omvänt orsakssamband där en försämring av hälsan ofta leder till lägre inkomst. Men även när hänsyn tas till dessa faktorer visar studier att inkomstnivå också har en direkt effekt på hälsan, vilket i sin tur kan påverka behovet av hälso- och sjukvård (Folkhälsomyndigheten 2014).

**Tabell 4.** Den vuxna befolkningens fördelning per åldersgrupp, kön, utbildningsnivå samt genomsnittlig disponibel hushållsinkomst (löpande priser). Tabellen visar genomsnitt av årliga värden för två treårsperioder.

		Stockholm		Västra Götaland		Östergötland	
		Genomsnitt tre år före vårdval (%)	Genomsnitt tre år efter vårdval (%)	Genomsnitt tre år före vårdval (%)	Genomsnitt tre år efter vårdval (%)	Genomsnitt tre år före vårdval (%)	Genomsnitt tre år efter vårdval (%)
<b>Åldersgrupp</b>	<b>20–44</b>	49	48	44	43	43	42
	<b>45–64</b>	33	32	34	33	34	33
	<b>65–74</b>	9	11	11	13	12	14
	<b>75–84</b>	6	6	8	8	8	8
	<b>85+</b>	3	3	3	3	4	4
<b>Kön</b>	<b>Man</b>	48	49	49	49	50	50
	<b>Kvinna</b>	52	51	51	51	50	50
<b>Utbildningsnivå</b>	<b>Högskola</b>	39	42	30	33	29	32
	<b>Max gymnasium</b>	41	40	44	44	45	45
	<b>Max grundskola</b>	17	16	24	21	24	22
	<b>Info saknas</b>	3	3	2	2	1	1
<b>Genomsnittlig disponibel hushållsinkomst per konsumtionsenhet (tkr)*</b>		235	274	210	236	201	228

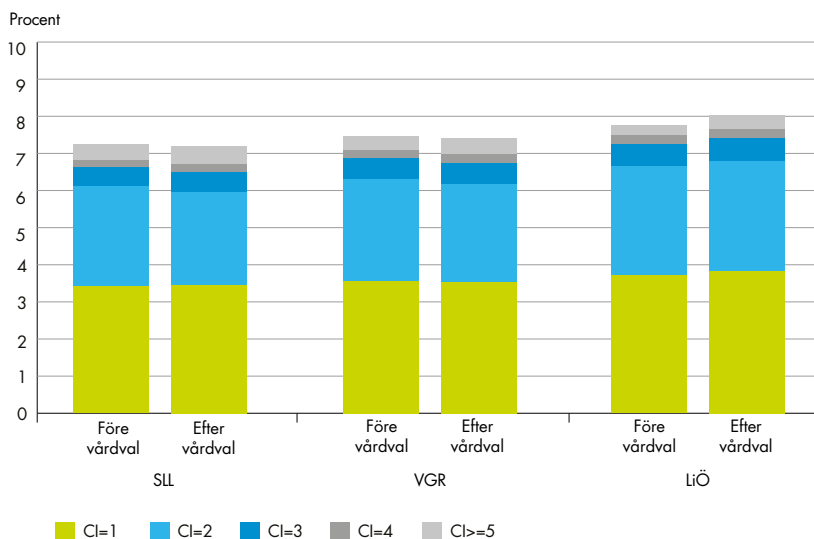
\* Genomsnittlig disponibel hushållsinkomst viktat med hushållsstorlek (tkr) för individer 20 år och äldre bosatta i länet i slutet av året.

Stockholm uppvisar en medelålder på ca 39 år under perioden mot att den i Östergötland och VGR istället uppgår till ca 41 år, och här kan vi också se en viss ökning. Av dem över 20 år noteras en generell ökning av andelen 65–74 år i samtliga landsting. Den könsmissiga fördelningen är däremot (som förväntat) stabil under perioden. Här ses dock att Stockholm har en något högre andel kvinnor i befolkningen. Det finns även tydliga skillnader avseende utbildnings- och inkomstnivåer mellan landsting. En högre andel av den vuxna befolkningen i Stockholm innehar högskoleutbildning. Den genomsnittliga familjeinkomsten är också högre i Stockholm.

Förekomsten av allvarigare sjuklighet, baserat på Charlson Index, ger dock en likartad bild bland landstingen. Enligt de diagnoser som fångas av indexet har ca 7 till 8 procent av befolkningen över 20 år minst en allvarlig sjukdom. Den sammanlagda sjukdomsördan, som ges av de summerade vikterna, pekar också på en relativt likartad fördelning mellan landstingen. I Östergötland ses dock en något större andel av befolkningen i gruppen med indexvärde 1 och 2. Här kan även skillnader i registreringspraxis mellan landstingen spela roll.



**Figur 12.** Andel av befolkningen med minst en allvarlig diagnos enligt Charlson Index tre år före respektive efter vårdvalsreformen. Tabellen visar genomsnitt av årliga värden för två treårsperioder.



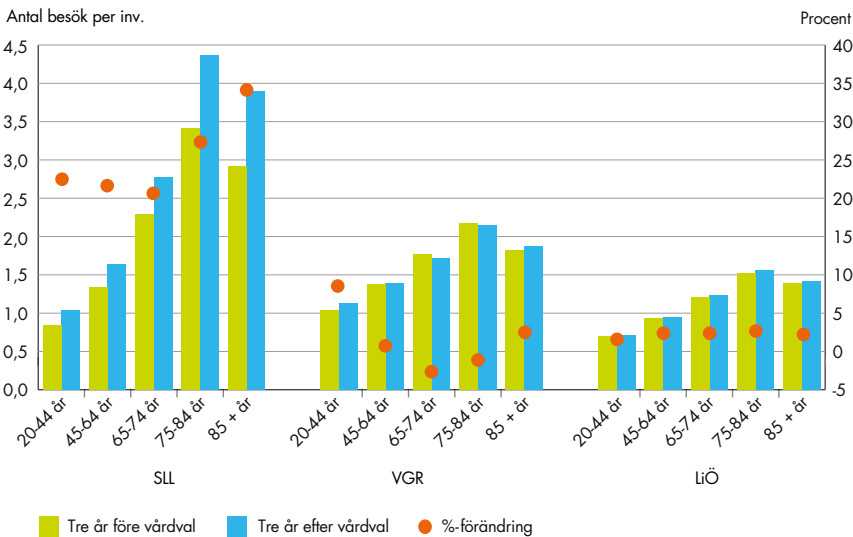
Sammantaget pekar en högre medelålder och relativt sett något svårare socioekonomiska förutsättningar mot ett högre sjukvårdsbehov i VGR och Östergötland i förhållande till Stockholm. Måtten är dock väldigt grova och säger exempelvis inget om variationen inom befolkningen. Därtill kan åldersfaktorn ha olika betydelse för exempelvis behov av somatisk respektive psykiatrisk sjukvård. Vi finner dock inte att det är sannolikt att de nämnda skillnaderna i befolkning, i så stora målgrupper som landstingsnivå, har en betydande påverkan på konsumtionsnivåerna under den studerade tidsperioden. Därtill är nivåerna relativt stabila över tid. Det är här troligare att utbudsfaktorer har betydelse. Läkarförbundets kartläggning av antalet heltidsarbetande läkare i primärvården under 2012 pekar härpå att läkartätheten per invånare över 20 år är 9 procent högre i Stockholm gentemot i VGR och att den i Östergötland är 4 procent högre än i VGR (SLF 2013).

Enligt syftet med studien är vi dock inte primärt intresserade av att jämföra konsumtionsnivåer mellan landsting, delvis då uppdragen skiljer sig åt. Jämförelserna mellan landstingen är därför, vid sidan av antalet individer över 20 år, inte standardiserade för övriga behovs- eller efterfrågefaktorer som kan påverka konsumtionsnivåerna. Optimalt sett bör dock alla jämförelser av vårdnivåer mellan landsting standardiseras för bakomliggande faktorer.

## 6.4 FÖRDELNING UTFRÅN ÅLDER, KÖN OCH SJUKDOMSINDEX

Ett ökat vårdutnyttjande behöver även analyseras utifrån ett fördelningsperspektiv. Om ökningen tillfaller yngre individer och patientgrupper med låtta åkommor kan en ökning vara tveksam. I detta avsnitt har besöksutvecklingen kartlagts för olika åldersgrupper, respektive kön samt för individer med olika sjukdomsgrad (mätt med Charlson Index). I figur 13 presenteras resultaten för olika åldersgrupper i respektive landsting (baserat på medelvärden av årliga tvärsnitt tre år före respektive efter införandet av vårdval).

**Figur 13.** Antal läkarbesök på mottagning per invånare och åldersgrupp tre år före respektive efter vårdvalsreformen. Tabellen visar genomsnitt av årliga värden för två treårsperioder.

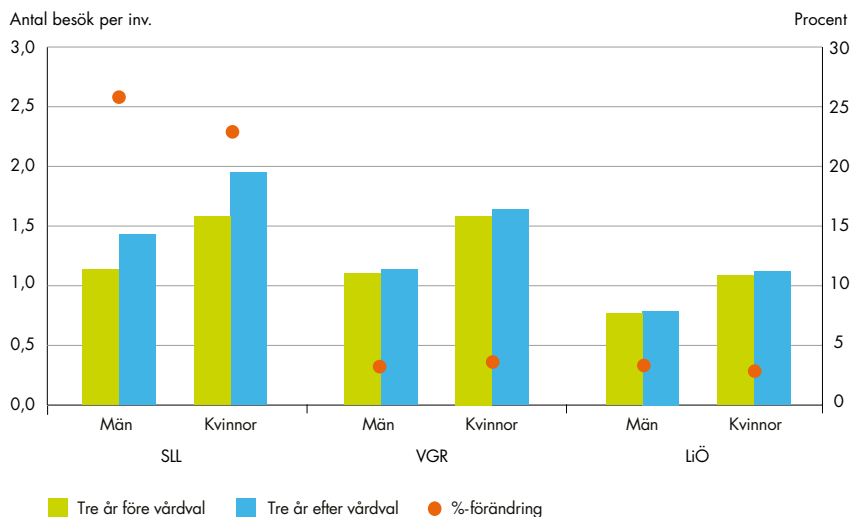


Även här ser vi tydligt den kraftiga besöksökningen i Stockholm. Ökningen tillfaller alla grupper men det är emellertid främst de äldre åldersgrupperna (75–84 år och 85+) som uppvisar störst ökning. I VGR ses ett annat mönster. Besöksmönstren är här väsentligt mer stabila och det är främst i den yngre åldersgruppen (20–44 år) som vi noterar en ökning. För dem mellan 65–84 år ses istället en viss minskning. Även i Östergötland är utvecklingen väsentligt mer stabil mellan åldersgrupperna. Ökningen för dem mellan 75–84 år dock ca 1 procentenhet högre än för dem mellan 20–44 år. I samtliga landsting finns dock helt naturligt, och i enligt med tidigare studier, ett mönster där de äldre åldersgrupperna har ett högre vårdutnyttjande än de yngre. För SLL är

besöksmönstren för äldre (75–84 år) i relation till yngre (20–44 år) ca fyra gånger så stort mot att i LiÖ är relationen på drygt 2 och i VGR runt 2.

Fördelningen mellan kön är en annan dimension av intresse för att analysera vårdutnyttjandets fördelning. Det är välkänt sen tidigare att kvinnor har ett högre vårdutnyttjande än män.

**Figur 14.** Antal läkarbesök på mottagning per invånare och kön tre år före respektive efter vårdvalsreformen. Tabellen visar genomsnitt av årliga värden för två treårsperioder.

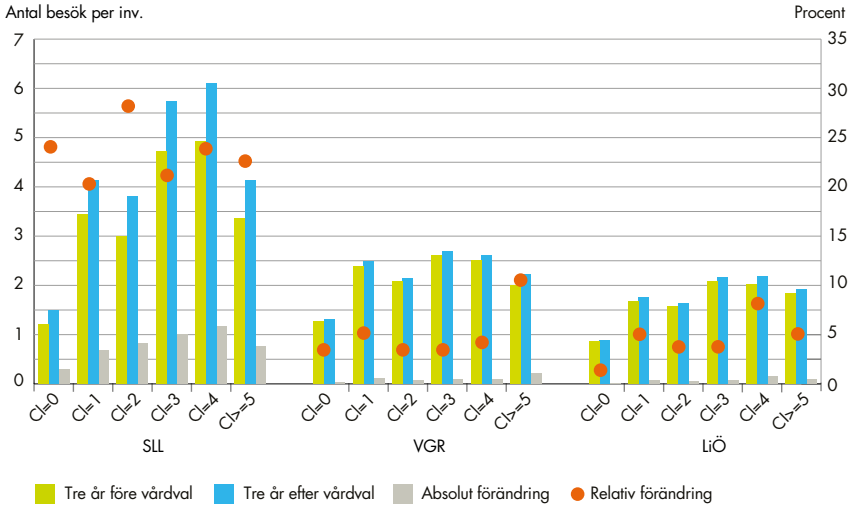


Även för kön framgår ökningen i Stockholm i relation till VGR och LiÖ. I VGR är dock utvecklingen mellan könen mer jämn, medan män i Stockholm, och till viss del Östergötland, har ökat sin konsumtion något mer än kvinnor. Kvinnor har dock genomgående ett högre vårdutnyttjande än män.

En av de viktigare aspekterna är att studera fördelningen mellan patienter med olika sjukdomsgrad (den vertikala rättvisedimensionen). Tidigare analyser pekar i delvis olika riktning när det gäller hur vårdvalsreformerna påverkat vårdutnyttjandet för relativt friska patienter och de med allvarlig eller kronisk sjukdom (se kap 5). I denna studie har vi använt oss av Charlson Index för att analysera fördelningen mellan patienter med olika sjukdomsgrad (se stycke 6.2 och bilaga 1). I figur 15 redovisas utvecklingen för de 7-8 procent av befolkning med så allvarliga diagnoser så att de fångas av Charlson Index ( $CI \geq 1$ ), i relation till övrig befolkning ( $CI = 0$ ). Redovisningen består av genomsnitt av årliga tvärsnitt tre år före respektive efter införandet av vårdval.



**Figur 15.** Antal läkarbesök på mottagning per invånare och Charlson Index tre år före respektive efter vårdvalsreformen. Tabellen visar genomsnitt av årliga värden för två treårsperioder.



Vid vår tillämpning går Charlson Index från 0 (ingen allvarlig sjukdom som fångas av indexet) till 5 (en särskilt allvarlig eller flera samtida allvarliga sjukdomar). Vi kan konstatera att för samtliga landsting har individer med låg sjukdomsgrad (CI=0) ett klart lägre vårdutnyttjande. I övrigt följer nivåerna uppmätt sjukdomsgrad, dock med två undantag. Dessa gäller den översta gruppen (CI>=5) som har ett något lägre vårdutnyttjande än den näst högsta gruppen (CI=4) och den näst lägsta gruppen (CI=2) som också har ett lägre vårdutnyttjande än den lägsta gruppen (CI=1). Detta mönster ses i samtliga landsting. Det kan dock bero på att de svårast sjuka i större utsträckning är i behov av annan specialistvård och att de diagnoser som klassas med vikt 2 också i större utsträckning nyttjar specialistvården.

I jämförelsen sker en ökning av vårdkonsumtionen för alla grupper. Absolut sett är ökningen i både LiÖ och SLL störst i gruppen CI=4 mot att i VGR är ökningen störst i gruppen CI>=5. Relativt sett ses dock vissa skillnader mellan landstingen. I Östergötland ökar även det relativa vårdutnyttjandet mest hos dem med en minst en allvarlig diagnos (CI>=1). I VGR är utvecklingen istället mer jämn men störst för gruppen CI>=5. I Stockholm ökar generellt sett gruppen CI=0 sin andel av vårdkonsumtionen något mer än de med minst en allvarlig diagnos (CI>=1). Jämför vi bara utvecklingen mellan övrig befolkning och dem med minst en svår diagnos så ses i Stockholm en något större besöksökning bland övrig befolkning snarare än hos dem med minst en allvarlig diagnos. Det omvända gäller i VGR även om skillnaderna är



relativt små. I Östergötland ökar dock de med minst en allvarlig diagnos sitt vårdutnyttjande med drygt 2 procentenheter mer än övrig befolkning.

### **Sammantagen analys av ålder, kön och sjuklighetsgrad**

I den ovanstående genomgången har vi studerat utvecklingen av vårdutnyttjandet för ålder, kön och sjuklighet var för sig. I själva verket samverkar alla dessa behovsfaktorer till skillnader i vårdkonsumtion. Via regressionsanalys, både för tvärsnitt och semikohort, har vi därför analyserat dessa faktorer gemensamt, vilket innebär att vi kan isolera effekten för olika åldersgrupper givet att vi tagit hänsyn till att sjukligheten kan följa olika mönster per respektive grupp. Denna sammantagna analys pekar på att besöksutvecklingen i Stockholm generellt varit *relativt störst* för åldersgruppen mellan 75–84 år, givet köns- och sjuklighetsförändringen (se bilaga 2). Därtill har ökningen varit större bland män och hos befolkningen utan någon allvarlig diagnos. I VGR är det istället de yngre (20–29 år) samt de med minst en allvarlig diagnos som *relativt sett* uppvisar ett ökat besöksmönster. För Östergötlands del ses ett relativt jämnt åldersmönster. Mest utmärkande är en större ökning för dem med minst en allvarlig diagnos enligt Charlson Index. Då vi inte studerat resultaten för alla år simultant är det viktigt att påpeka att dessa resultat är indikativa och att vi här inte fångar kausala samband.

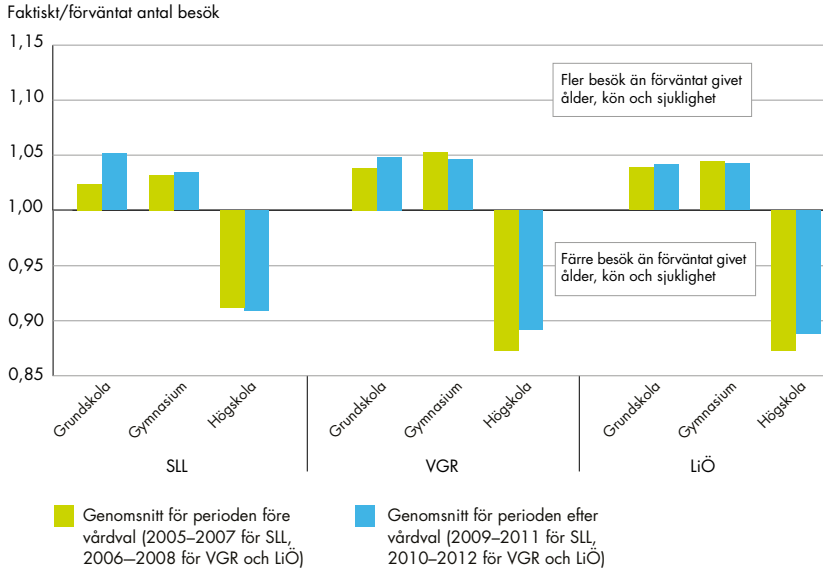
### **6.5 NÅGOT ÖKAT VÅRDUTNYTTJANDE BLAND DE MED LÄGRE UTBILDNING OCH INKOMST**

Vid sidan av ålder, kön och sjukdomsgrad är den socioekonomiska fördelningen av vårdutnyttjandet väsentlig att studera. Sen tidigare vet vi att låg utbildning och låg inkomst samvarierar med sämre hälsa och större behov av vård. Den socioekonomiska fördelningen har ofta använts som ett betyg på en jämlik vård – och givet att man lyckas kontrollera för behovsfaktorer avspeglas oftast vårdens horisontella rättvisa via dessa dimensioner.

För att jämföra utvecklingen under perioder utan och med vårdval har ett genomsnittligt besöksvärde räknats fram för två treårsperioder före respektive efter införandet av vårdval. Detta värde för antalet besök har sedan ställts i relation till ett förväntat värde för besök baserat på gruppens ålders- och könsfördelning respektive nivå på Charlson Index (figur 16). Analysen presenteras som ett index där 1 innebär att det observerade antalet besök är

samma som det förväntade antalet under perioden. Värderna över 1 innebär fler besök än förväntat och värden under 1 innebär färre besök än förväntat.

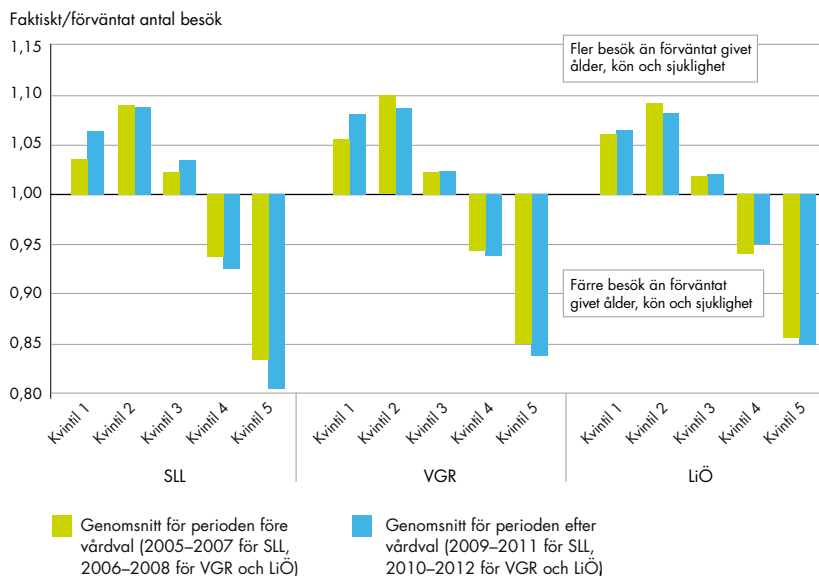
**Figur 16.** Antal mottagningsbesök hos läkare per utbildningsgrupp i relation till förväntat utifrån gruppens ålders- och könsfördelning samt nivå på Charlson Index (semikohort).



I samtliga landsting har gruppen med lägst utbildning ökat sitt vårdutnyttjande i förhållande till ett förväntat värde. De med lägst utbildning har även ett högre vårdutnyttjande än övriga grupper, i synnerhet i jämförelse med högskoleutbildade. I Stockholm gör de med grundskoleutbildning i relation till dem med högskoleutbildning i snitt 0,7 fler besök per individ under 2012. Motsvarande skillnad i LiÖ uppgår till 0,55 fler besök och för VGR:s del är skillnaden 0,46 (se bilaga 2). I Stockholm har grupperna med gymnasie- respektive högskoleutbildning en relativt oförändrad konsumtion i förhållande till förväntat, mot att högskoleutbildade har ökat sin konsumtion i relation till förväntat i VGR och Östergötland.

Fördelningen mellan olika inkomstgrupper är ytterligare en sätt att analysera fördelningseffekterna. I figur 17 presenteras standardiserade medelvärden, dvs. givet att vi kontrollerar för ålder, kön och Charlson Index för fem antalsmässigt lika stora inkomstgrupper, från kvintil 1 (lägst inkomst) till kvintil 5 (högst inkomst).

**Figur 17.** Antal läkarbesök på mottagning per inkomstgrupp i relation till förväntat värde utifrån gruppens ålders- och könsfördelning samt nivå på Charlson Index (semikohort).



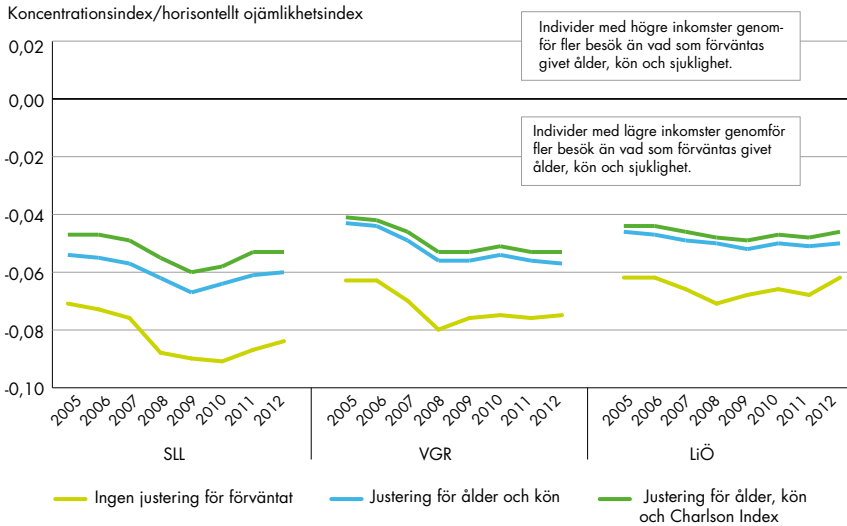
Som framgår av figuren uppvisar kvintil 1 i samtliga landsting en ökning av vårdutnyttjandet i relation till förväntat, medan kvintilgrupp 5 med högst inkomst minskar sitt vårdutnyttjande något i relation till förväntat. För kvintil 2 ses även en viss minskning i samtliga landsting. Utvecklingen för kvintilgrupp 3 och 4 skiljer sig istället mellan landstingen.

Absolut sett görs flest besök i samtliga landsting i kvintilgrupp 2. Rent konkret beror det på att en relativt stor andel av pensionärskollektivet tillhör denna inkomstgrupp. Gällande konsumtionsnivåer kommer sedan kvintilgrupp 1 följt av 3, 4 och 5 (se bilaga 2).

Ett sätt att ge en sammantagen bild av fördelning utifrån inkomst, samtidigt som vi justerar för ålder, kön och Charlson Index ges via beräkningen av koncentrationsindex/horisontellt ojämlikhetsindex (se bilaga 1 för ytterligare metodbeskrivning). I figur 18 visas att den faktiska konsumtionen i relation till den förväntade är generellt sett högre för dem med lägre inkomster (nivåerna är under 0). En helt jämn fördelning utifrån inkomst, och givet att man lyckas kompensera för alla behovsfaktorer skulle innebära ett koncentrationsindex med värde 0. I figuren ser vi dock att korrigeringen av ålder och kön gör att inkomsteffektens gradient minskar, det vill säga att ju mer vi korregerar för olika behovsfaktorer, desto mindre koncentrerade är besöken till individer

med lägre inkomster. Sammantaget är utvecklingen relativt stabil över tid och mellan landsting. Vi kan se en viss konsumtionsökning för grupper med lägre inkomster både via tvärsnitts- (se figur 18) och semi-kohortmetodik (se bilaga 2) perioden efter vårdval i Stockholm och VGR, mot att nivån är i princip oförändrad i Östergötland.

**Figur 18.** Koncentrationsindex för läkarbesök på mottagning i primärvården per år (tvärsnitt) med och utan justering för ålder, kön och Charlson Index.



Sammanfattningsvis finns flera utvecklingsmönster att notera. Det är tydligt att Vårdval Stockholm inneburit en kraftig ökning av vårdutnyttjandet för flertalet grupper. Medan flertalet grupper i VGR uppvisar oförändrad eller en mindre ökning av vårdutnyttjandet. Ökningen i Stockholm har främst tillfallit de äldre, men det finns även tendens till att lågutbildade samt individer med låg inkomst ökat sitt vårdutnyttjande mer än högutbildade och höginkomsttagare. Utvecklingen i de övriga landstingen är inte lika tydlig även om nivågruppering är densamma som i Stockholm, dvs. att äldre, lågutbildade och låginkomsttagare konsumerar mer vård än övriga grupper. Skillnaderna mellan könen är relativt stabil med ett mönster där kvinnor konsumerar mer vård än män. Ser vi till jämförelsen mellan övrig befolkning och de med allvarliga diagnoser som fångas av Charlson Index uppvisar Östergötland ett ökat besöksmönster för dem med allvarliga sjukdomar. Utvecklingen i VGR och Stockholm är väsentligt mer jämn mellan grupperna.







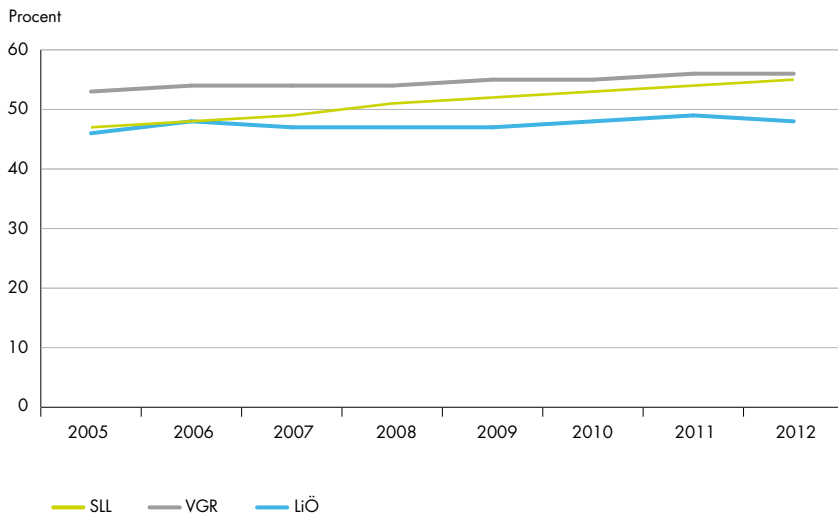


## Sannolikheten för minst ett årligt läkarbesök på mottagning

Ett skäl till att även studera sannolikheten för ett besök är att fördelningen av besök inom sjukvården är skev, då en stor andel av besöken tillfaller en mindre andel av befolkningen. Exempelvis svarar 7–8 procent av befolkningen med minst en allvarigare diagnos för ca 15 procent av totalt antal läkarbesök på mottagning inom vårdvalen. Information om den andel i befolkningen som genomför minst ett årligt läkarbesök kan därför, i tillägg till information om den totala besöksfördelningen, tillföra kunskap om vårdens tillgänglighet, och ligga närmare det vi avser med access (se kap 2). I flera tidigare studier påpekas också hur dessa olika mått kan påverkas av agerande från patienten respektive läkaren. Den initiala kontakten som främst speglas av måttet sannolikheten för minst ett besök antas främst påverkas av patienten, medan beslut om återkommande besök främst antas påverkas av läkaren. Ersättningssystemets roll antas därför ha störst betydelse för antalet återkommande besök (van Dijk 2012). Dessa teoretiska antaganden kan givetvis ifrågasättas, men i flertalet studier redovisas båda dessa mått.



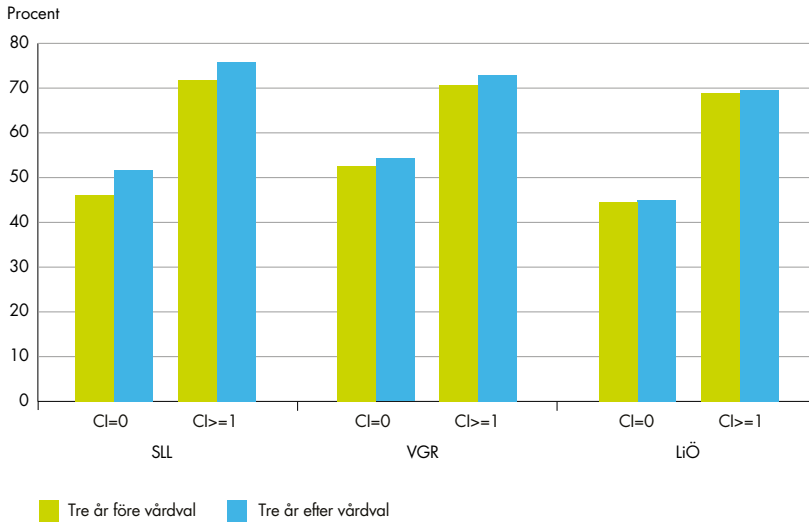
**Figur 19.** Andel individer som gjort minst ett läkarbesök, per landsting och år.



Från figur 19 framkommer att för befolkningen 20 år och äldre uppvisar Västra Götaland högst kontaktmönster i form av minst ett genomfört läkarbesök bland befolkningen under perioden. Mellan 53 till 56 procent av den vuxna befolkningen genomför här minst ett besök per år. Andelen ökar något över tid. I Stockholm ökar andelen av befolkningen med minst en läkarkontakt kontinuerligt under perioden, från 47 procent 2005 till 55 procent 2012. Även i Östergötland sker en viss ökning under perioden, från 46 till 48 procent.

När den ovanstående utvecklingen bryts på dem med minst en allvarligare diagnos enligt Charlson Index och övrig befolkning ses tydliga skillnader. Utifrån genomsnitt av årliga tvärsnitt tre år före respektive efter vårdvalsreformen ses högre kontaktmönster hos samtliga landsting för dem med minst en allvarligare diagnos (se figur 20). Samtliga landsting uppvisar ett ökat kontaktmönster för båda grupperna, men i Stockholm ökar det både absolut och relativt sett mer bland den övriga befolkningen efter vårdval. I Västra Götaland och Östergötland är utvecklingen väldigt likartad mellan grupperna.

**Figur 20.** Andel individer som gjort minst ett läkarbesök på mottagning inom vårddvalet för övrig befolkning (CI=0) samt de med minst en allvarlig diagnos enligt Charlson Index (CI>=1), tre år före respektive efter vårddvalsreformen.



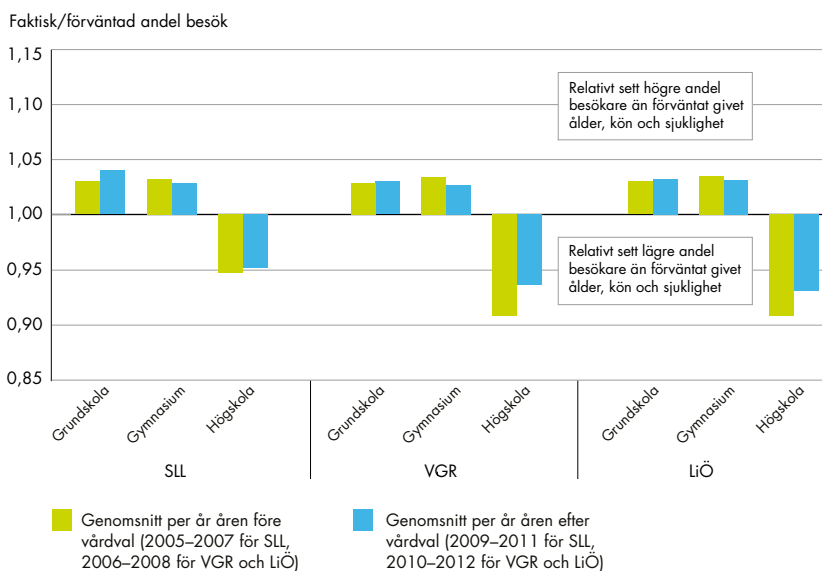
## Samman tagen analys

Via regressionsanalys, både för tvärsnitt och semikohort, har vi även analyserat den simultana utvecklingen för ålder, kön och sjuklighet gemensamt. Denna sammantagna analys pekar på att det ökade kontaktmönstret i Stockholm framförallt drivits av dem mellan 70–84 år, samt att det ökat något mer för kvinnor än män (se bilaga 2). I Västra Götaland framstår det istället främst som det ökade kontaktmönstret drivits av dem mellan 20–24 år samt för dem med minst en allvarligare sjukdom. Östergötland uppvisar här en likartad utveckling som Västra Götaland. Då vi inte studerat resultaten för alla år simultant är det viktigt att påpeka att ovanstående iakttagelser endast ska ses som indikativa snarare än kausala effekter.

## 7.1 TECKEN PÅ ÖKAT KONTAKTMÖNSTER FÖR DEM MED HÖGRE INKOMSTER EFTER VÅRDVAL

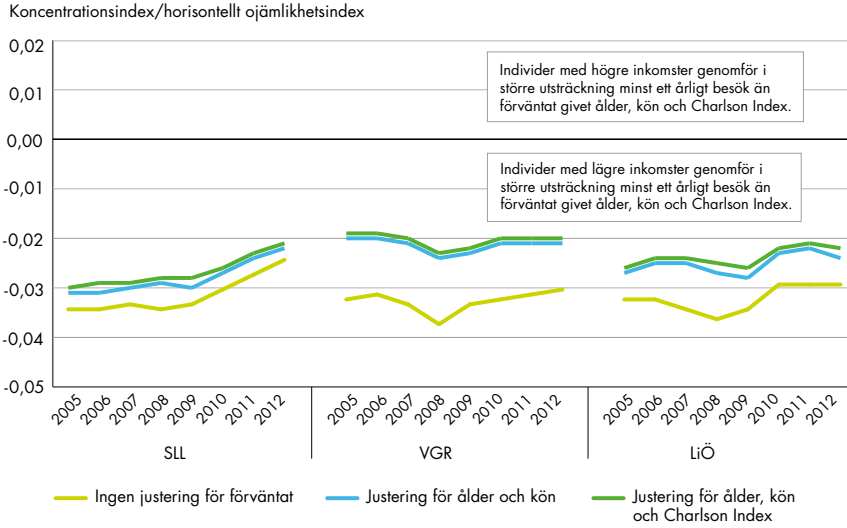
Vid en uppdelning baserad på utbildningsnivå, givet att vi samtidigt beaktat ålders-, köns- och sjuklighetsskillnader mellan grupperna, så ses ett visst mönster där de med högskoleutbildning närmar sig förväntat kontaktmönster perioden efter vårdval i samtliga landsting. I Stockholm noteras också ett visst ökat kontaktmönster för dem med grundskoleutbildning. Fördelningen är dock likartad mellan landstingen och uppvisar generellt ett högre kontaktmönster, i relation till förväntat, för dem med kortare utbildning.

**Figur 21.** Andel individer som gjort minst ett läkarbesök på mottagning, per utbildningsgrupp i relation till förväntat utifrån gruppens ålders- och könsfördelning samt nivå på Charlson Index.

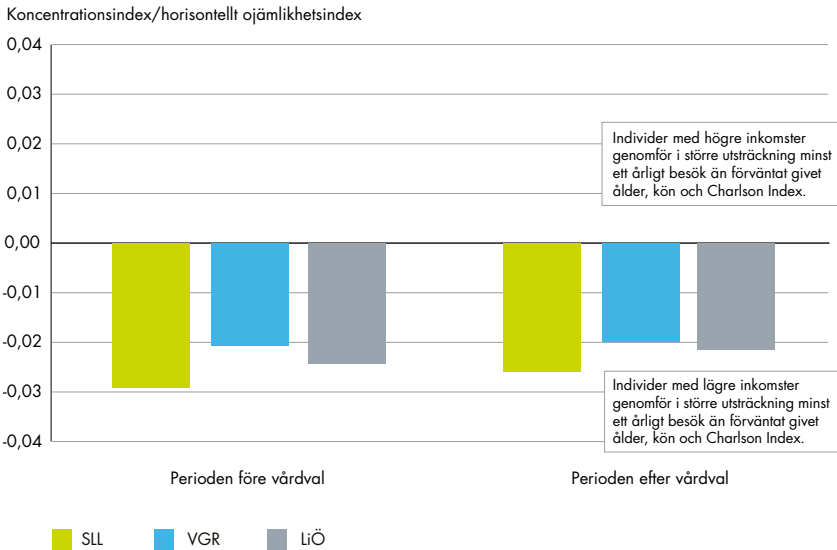


Även motsvarande skärning utifrån familjeinkomst (se figur 22 och 23) uppvisar en likartad bild bland landstingen, där det generella mönstret under perioden är att de med lägre inkomst har ett något högre kontaktmönster än vad som förväntas efter korrigeringen för ålder, kön och sjuklighet. Utmärkande är dock att i Stockholm ses ett jämnare besöksmönster i förhållande till inkomstsituation under senare delen av perioden, vilket kan tolkas som att höginkomsttagare ökat sannolikheten för minst ett besök hos läkare på mottagning inom vårdvalet samtidigt som de med lägre inkomster minskat sitt kontaktmönster. En liknande trend ses även i Östergötland.

**Figur 22.** Koncentrationsindex för minst ett årligt läkarbesök på mottagning i primärvården per år (tvärsnitt) med och utan justering för ålder, kön och Charlson Index.



**Figur 23.** Koncentrationsindex för minst ett årligt läkarbesök på mottagning i primärvården per treårsperiod (genomsnitt av årliga tvärsnitt) givet justering för ålder, kön och Charlson Index.\*



\* Ett negativt värde på koncentrationsindex/horisontellt ojämlikhetsindex innebär att individer med lägre inkomster har gjort fler besök än vad som förväntas givet ålder, kön och Charlson Index. Det omvända gäller vid positiva värden.









## Jämförelse mellan privat och offentlig produktion

I tidigare studier har fördelningen mellan privat och offentlig produktion studerats. Avsikten här är att belysa om det föreligger skillnader i vårdutnyttjandet mellan socioekonomiska grupper när det gäller var vårdutnyttjandet äger rum.

### 8.1 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR AKTIVA VAL OCH EKONOMISKA INCITAMENT KAN PÅVERKA PATIENTSAMMANSÄTTNINGEN

Införandet av vårdval medför en större frihet för patienter att välja vårdgivare och ökar konkurrensen. Men på grund av att olika befolkningsgrupper kan vara mer eller mindre benägna att göra ett aktivt val, och kan ha olika preferenser, finns det en risk för att friheten att välja också resulterar i skillnader i patientsammansättning mellan vårdgivare. Exempelvis kan vissa grupper vara mer benägna än andra att välja en privat vårdgivare. När det gäller patienters benägenhet att aktivt välja vårdgivare är information som gör det enkelt att välja och jämföra vårdgivare en viktig aspekt för att minska skillnader mellan grupper som i hög grad gör egna val och grupper som tenderar att vara passiva.

Risken för skillnader i patientsammansättning mellan privata och offentliga vårdgivare kan också förstärkas av ersättningssystem som gör det mer lönsamt för vårdgivare att fokusera på patienter med lågt vårdbehov (s.k. cream-skimming). Med ett ersättningssystem som i stor utsträckning baseras på kapitering är det mer lönsamt att ha friska patienter listade, eftersom dessa kräver mindre resurser. Samtidigt går det teoretiskt att kompensera för dessa skillnader genom viktningar som tar hänsyn till patientsammansättning.



Även rörlig ersättning baserad på antal besök och åtgärder kan, på grund av svårigheter att sätta lämpligt pris på insatser, göra det mer gynnsamt med vissa patientgrupper. För att få en lönsam patientsammansättning kan vårdgivare exempelvis välja att i högre utsträckning etablera sig i områden med en befolkning som är ung och har hög socioekonomisk status.

Skillnader i patientsammansättning mellan privata och offentliga vårdgivare behöver inte nödvändigtvis vara ett problem för patienterna om kvaliteten är densamma oavsett typ av utförare. Dock kan det bli problematiskt om unga och friska patienter samlas hos samma vårdgivare, medan mer vårdtunga patienter är listade på andra mottagningar. Eftersom unga och friska generellt tar mindre resurser i anspråk kan mottagningar med sådan sammansättning erbjuda bättre tillgänglighet och service, vilket riskerar att leda till ökad ojämlikhet.

## **8.2 TIDIGARE STUDIER VISAR ATT NYETABLERADE PRIVATA MOTTAGNINGAR HAR YNGRE OCH FRISKARE PATIENTER**

I de empiriska studier som genomförts i Sverige finns vissa tecken på skillnader i patientsammansättning mellan privata och offentliga vårdgivare efter införandet av vårdval. Framförallt verkar det som att nyetablerade privata mottagningar tenderar att ha en yngre och mindre vårdtung patientsammansättning.

En studie av Vårdanalys (2013) har undersökt effekterna av vårdvalet på skillnader i vårdbehov mellan patienter som besöker offentliga respektive privata vårdgivare i Stockholm och Skåne. Under de första åren med vårdval i Stockholm fanns det en tendens att patienter med ett högre förväntat vårdbehov i större utsträckning fick vård vid offentliga enheter, men efterhand har dessa skillnader försvunnit. Även i Skåne är skillnaderna små mellan privat och offentlig vård för patientgrupper med högt förväntat vårdbehov jämfört med befolkningen i stort. När det gäller listning i Stockholm finns dock en tendens att patientgrupper med stora vårdbehov i lägre utsträckning är listade vid nyetablerade privata mottagningar.

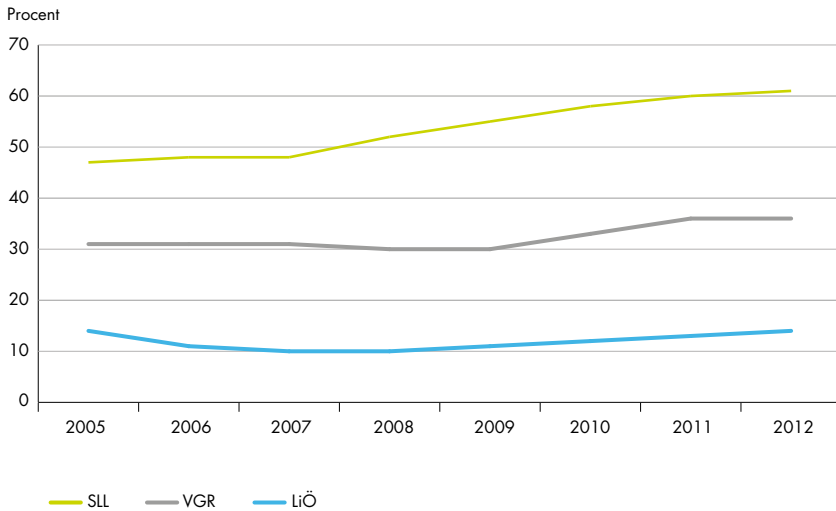
En utvärdering av vårdvalet i Jönköping (Lindström 2012) visar att patienter vid nyetablerade privata vårdcentraler är friskare och nöjdare. Dessutom har de nya vårdcentralerna också bättre tillgänglighet och fler besök per listad patient. Enligt författaren beror skillnader i patienters hälsa mellan nya och äldre vårdcentraler på den passiva listning som genomfördes vid införandet av vårdvalet. Mindre friska patienter tenderade då att i större utsträckning byta tillbaka till sin tidigare vårdcentral eftersom de hade en etablerad relation där.

Liknande resultat gav en studie från Blekinge (Zielinski m.fl. 2011) där listningen jämförs mellan en nyöppnad privat mottagning och en offentlig mottagning som tidigare var den enda i orten. Sannolikheten för att stanna kvar vid den offentliga mottagningen ökade med förekomsten av samsjuklighet och högre ålder. Resultatet blev därmed att den nyöppnade mottagningen hade en yngre och mindre vårdtunga patientsammansättning än den offentliga.

### 8.3 ÖKAD ANDEL PRIVAT PRODUKTION I SAMTLIGA TRE LANDSTING

Inledningsvis presenteras fördelningen totalt sett mellan privata och offentliga vårdgivare. I figur 24 presenteras den andel av läkarbesöken som sker vid privata mottagningar.

**Figur 24.** Andel av läkarbesöken på mottagning som sker hos privata vårdgivare.



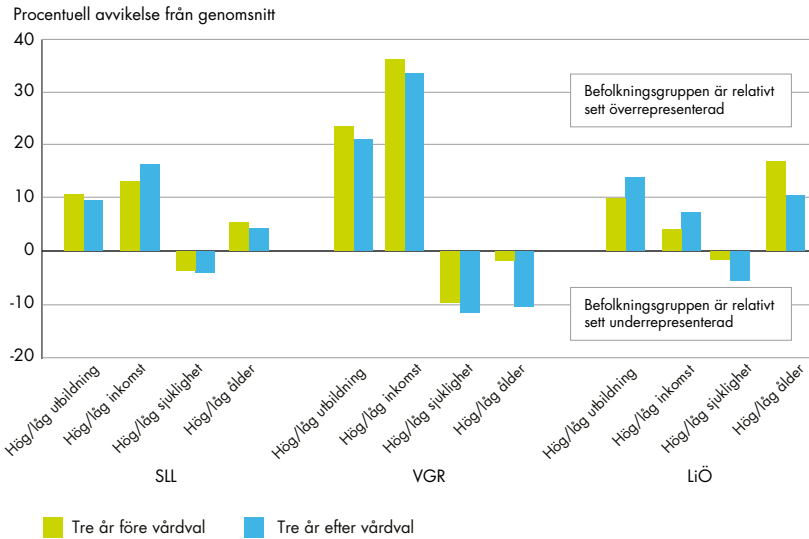
Stockholm hade redan innan vårdvalsreformen en hög andel privat primärvård. Efter vårdvalets införande har den privata andelen vuxit och utgör idag ca 60 procent av vårdutnyttjandet inom den del som utgörs av allmänläkarvård. Även i övriga landsting ökar den privata andelen, om än från en lägre nivå, samt med en lägre ökningstakt än i Stockholm. Oavsett vilken andel den privata vården utgör är det intressant att studera om vårdutnyttjandet för socioekonomiska grupper skiljer sig åt mellan ägandeformer.

## 8.4 TYDLIGA SKILLNADER I PATIENTUNDERLAG MELLAN REGIFORMER

Nedan studeras hur besöksandelarna för olika bakgrundsfaktorer i befolkningen skiljer sig mellan privat och offentligt producerad vård. I underlaget relateras besöksandelarna för dem med relativt sett hög kontra låg utbildning (högskola gentemot grundskola), hög kontra låg inkomst (kvartil 5 och 4 gentemot kvartil 1 och 2), mer kontra mindre allvarlig sjukdom (Charlson Index  $\geq 1$  gentemot Charlson Index = 0) samt äldre kontra yngre (65+ gentemot dem 20–44 år). Skillnaderna i besöksfördelning avseende privat vård mellan grupperna sätts sedan i relation till den genomsnittliga fördelningen som gäller för hela befolkningen. Detta görs sedan för en treårsperiod före respektive efter vårdvalsreformen. För Stockholms del gör exempelvis de med högskoleutbildning före vårdval ca 50 procent av besöken i privat regi mot att de med grundskoleutbildning gör 45 procent av besöken i privat regi. Denna skillnad om 5 procentenheter sätts sedan i relation till den genomsnittliga besöksandelen i privat regi som uppgår till 47,5 procent. Högutbildade i relation till lågutbildade är således relativt sett överrepresenterade i sin besöksandel hos privat regi om ca 11 procent ( $5/47,5$ ). Beräkningarna genomförs sedan för samtliga faktorer och för båda tidsperioderna.

Som framgår av figur 25 finns ett tydligt mönster såväl före som efter införandet av vårdvalsreformerna där högutbildade i större utsträckning går till privata vårdgivare. Detta gäller såväl i Stockholm som i VGR och LiÖ. Detta verkar vara oberoende av de förändringar som sker i hur marknaden utvecklas med en högre andel privat vård, dock bortsett från LiÖ där detta mönster förstärks efter vårdval. Mönstret för inkomstgrupper är ungefär detsamma som för utbildningsgrupper, där individer med högre inkomster i större utsträckning nyttjar privata vårdgivare. Detta mönster fanns före vårdvalets införande och det är även för inkomstgrupper svårt att koppla detta till vårdvalets införande, möjligtvis i LiÖ där det förstärks.

**Figur 25.** Över/underrepresentation i privat regi per bakgrundsdimension.



Sammantaget är det tydliga skillnader i patientsammansättning bland de som besöker privat respektive offentlig regi. Generellt har skillnaderna förstärks med avseende på sjuklighet, där en allt större andel av de med kroniska sjukdomar besöker offentlig regi efter vårdvalet. Som nämnts visar utvecklingen avseende socioekonomi ingen tydlig trend i de tre landstingen, men generellt gör de med högre inkomster och utbildning en större andel av sina besök i privat regi. Besöksmönstren med avseende på åldersfördelning skiljer sig mellan landstingen då äldre i Stockholm och Östergötland har en högre besöksandel i privat regi än snittet mot att det omvända gäller i Västra Götaland. Noterbart är också att såväl de sjukdomsorienterade som socioekonomiska skillnaderna i patientsammansättning har förstärkts i Östergötland perioden efter vårdvalet. Olikheterna i patientsammansättning behöver inte vara något problem om det totala vårdutnyttjandet är jämlikt och resurserna fördelas efter någon behovsprincip. Det kan dock innebära problem om ersättningen är lika för varje individ då högutbildade och höginkomsttagare generellt sett har bättre hälsa och mindre behov/efterfrågan av vård.











## Diskussion och slutsatser

Med vårdvalsmodellerna i primärvården har individernas egna preferenser fått ett utrymme för hur resurserna fördelas inom sektorn. Vårdvalsreformerna har dock utvecklats som en reglerad marknad där flera förutsättningar är gemensamma mellan landstingen. Det gäller en bibehållen offentlig finansiering och reglering av relativt låga patientavgifter med högkostnadsskydd. Flera landsting har likartade ackrediteringsförfaranden och regler om listning vid primärvårdsmottagningar. Det som skiljer landstingen åt är främst ersättningssystemen och uppdragets art och bredd. Beträffande ersättningen är det andelen mellan fast och rörlig ersättning som varierar mellan landstingen. Det gäller även hur den fasta ersättningen utformats för att ta hänsyn till vårdbehov. Uppdraget inom primärvården kan även vara relativt smalt och endast omfatta husläkarverksamhet eller även inkludera till exempel barn- och mödravård.

Även om vårdvalet inom primärvården bör betraktas som en reglerad marknad finns farhågor för att valfriheten och den fria etableringen ska gynna grupper med hög utbildning och inkomst. Dessa grupper har i regel bättre kunskap om vilka valmöjligheter som utbudet erbjuder och konsekvenserna i form av vårdkvalitet. Det finns även en risk att vårdgivarna bidrar till en ojämlig vård genom att etablera sig i vissa områden och rikta utbudet mot patienter med relativt god hälsa och lindrig sjukdomshistoria.

I denna studie analyseras förändringarna av vårdutnyttjandet mellan socioekonomiska grupper under tidsperioden före och efter vårdvalsreformernas införande. Studien ger även en unik bild av fördelningen av läkarbesök inom primärvården som tidigare saknats. Inledningsvis redovisades utvecklingen för åldersgrupper och skillnader mellan könen. Den stora förändringen är att de äldsta åldersgrupperna i Stockholm kraftigt ökat sitt vårdutnyttjande i såväl absoluta som relativa termer. Den stora ökningen av läkarbesök inom



husläkarverksamheten i Stockholm har således till största del tillfallit de äldre. Motsvarande absoluta som relativa förändringar finns inte i VGR eller LiÖ. I VGR har de yngre ökat sin konsumtion mer än de äldre. Beträffande fördelningen mellan kön kvarstår mönstret med att kvinnor konsumerar fler besök än män och inga större relativa förändringar har ägt rum i något av de tre landstingen.

Beträffande fördelningseffekter mellan individer med olika utbildning och inkomst kan vi först konstatera att fördelningen av läkarbesök i primärvården generellt har en profil som gynnar lågutbildade och låginkomsttagare. Detta stämmer med det internationella mönstret för analyser av öppenvårds-konsumtion där den specialiserade öppenvården ofta gynnar högutbildade och höginkomsttagare, medan primärvården ofta har ett högre relativt utnyttjande av individer med lägre utbildning och låga inkomster.

Ser vi till de förändringar som ägt rum av vårdutnyttjandet i primärvården sedan vårdvalsreformernas införande är dessa av mindre grad. Det finns emellertid små tendenser till att lågutbildade och låginkomsttagare i större utsträckning ökat sin sammantagna konsumtion i jämförelse med de med högre utbildning och inkomst. Mot bakgrund att justeringar för behov har begränsats av tillgänglig registerdata bör resultaten tolkas med försiktighet. Primärvårdsutnyttjandet i de tre landstingen uppvisar dock även efter reformens införande en profil som gynnar lägre inkomstgrupper.

Vid analysen av vårdutnyttjandet har två metoder använts baserat på tidigare hälsoekonomiska analyser av jämlikt vårdutnyttjande. Det är dels en analys av hur det totala antalet läkarbesök på mottagning fördelas mellan socioekonomiska grupper, dels en analys av hur sannolikheten för att göra minst ett årligt läkarbesök på mottagning fördelas mellan socioekonomiska grupper. Båda måtten ska regelmässigt standardiseras för skillnader i behov, vilket oftast görs med justering av ålder, kön samt något mått på skillnader i sjuklighet.

Först kan vi konstatera att båda måtten visar att fördelningen av primärvård gynnar låginkomsttagare. Samtidigt framgår att måttet baserat på det totala antalet besök har en profil som mer gynnar låginkomsttagare än måttet sannolikhet för minst ett besök. Måttet sannolikhet för minst ett besök visar även en trend för de senaste åren där de med högre inkomster ökat sannolikheten för minst ett besök. De två måtten tolkas ofta i termer av hur utbuds- eller efterfrågesidan påverkar vårdutnyttjandet och därmed fördelningen av detta. Med måttet för det totala vårdutnyttjande antas att läkaren eller vårdprofessionen har ett stort inflytande. Utvecklingen enligt måttet skulle då vara utbudsstyrt – läkaren/vårdgivaren kan utifrån

professionell bedömning, incitamentsstruktur m.m. påverka hur många besök som är nödvändiga. Våra resultat kan tolkas som att i vården får efterfrågan en ökad betydelse och att efterfrågan har breddats mot fler höginkomsttagare för minst en vårdkontakt, främst i Stockholm och till viss del även i Östergötland. Samtidigt kan måttet som omfattar det totala antalet besök tolkas som att professionen tillgodoser behov hos kroniker och andra grupper med återkommande vårdkontakter. En norsk respektive kanadensisk studie har dock visat att även besökens längd och innehåll kan variera utifrån patientens socioekonomiska bakgrund samt beroende på utformningen av ersättningssystemen (Brekke m.fl. 2015, Dahrouge m.fl. 2013). Detta bör också beaktas vid jämlikhetsstudier.

I studien framkommer inga större skillnader mellan landstingen vad gäller fördelningsprofiler utifrån inkomst och utbildning. Däremot uppvisar Stockholm en klart högre ökning av det totala vårdutnyttjandet än VGR och LiÖ. De mycket små skillnaderna mellan Stockholm och övriga landsting rörande fördelningseffekterna tyder på att skillnaderna i ersättningsprinciper inte påverkat den relativa fördelningen, men att det totala vårdutnyttjandet ökar mer i Stockholm. Ett undantag är emellertid de relativa förändringarna mellan åldersgrupper i Stockholm där den rörliga ersättningen, tillsammans med kapitering huvudsakligen baserad på ålder, kan ha bidragit till utvecklingen med en ökad andel vård för de äldre. Det har i debatten å ena sidan diskuterats om en stor andel besöksersättning skulle gynna lätta patientgrupper, men även att fast kapitering teoretiskt skulle kunna missgynna patienter med stora sjukvårdsbehov genom bristande tillgänglighet och ett lågt vårdutnyttjande. Kunskapsläget om ersättningsprinciper och fördelningseffekter är dock oklart i den vetenskapliga litteraturen. Vi kan endast konstatera att de inledande åren med vårdvalsreformerna i primärvården inte verkar påverka fördelningen av vårdutnyttjandet nämnvärt. Utvecklingen för de äldre i Stockholm kan även förklaras med att tidskostnaden för pensionärer är lägre än för yrkesverksamma.

Med införandet av vårdvalsreformerna har en marknad öppnats för privata vårdgivare. I flertalet landsting har den privata andelen vårdgivare inom primärvården ökat kraftigt. I Stockholm utgör de privata vårdgivarna inom primärvården drygt hälften av utbudet. I VGR utgör den privata primärvården ca 30 procent av utbudet. I denna studie konstateras att högutbildade och höginkomsttagare i högre utsträckning anlitar privata vårdgivare. Detta behöver inte vara ett problem om det totala vårdutnyttjande är jämlikt. Resultatet kan dock vara relevant för en rättvis resursfördelning och utformning av ersättningsprinciper, då dessa individer i regel har bättre



hälsa. Ett annat problem med ett högre vårdutnyttjande vid privata vårdgivare är om det föreligger kvalitetsskillnader kopplat till ägandeform. Tidigare studier har här visat att information om vem mottagningarna listar är en viktig förutsättning för att kunna göra rättvisande jämförelser (Vårdanalys 2012).

I en tidigare analys av fördelningsaspekter för vårdvalsreformen för knä- och höftoperationer fanns också en tendens att höginkomsttagare i större utsträckning fick sin vård hos privata vårdgivare. Samtidigt visade ojusterade mått en högre kvalitet hos privata vårdgivare. Efter justering för ålder, kön, biddiagnoser och tidigare sjukdomshistoria visade emellertid resultaten tvärtom sämre kvalitet för privata vårdgivare (Vårdanalys 2014b). En tolkning är således att skillnader i patientsammansättning är viktigt vid alla typer av kvalitetsjämförelser av såväl objektiv som subjektiv art. Om det finns systematiska skillnader för olika kvalitetsaspekter kan detta bero på skillnader i patientsammansättningen.

Vad gäller hur ersättningsprinciper påverkar en jämlik vård är kunskapsläget oklart. Om utgångspunkten är att öka vårdutnyttjandet för socioekonomiskt utsatta grupper så finns flera alternativ till förändring av ersättningssystemet. En central fråga är vilka delar av ersättningen som bör korrigeras. De två avgörande ersättningsformerna är den fasta ersättningen, kapiteringen, ofta kombinerad med behovsindikatorer, samt den rörliga prestationsersättningen för olika typer av besök, vårdkontakter eller åtgärder.

En möjlighet är att tillföra mer resurser till utsatta individer eller områden genom att med en fast kapitering införa behovsindikatorer som ålder, sjukdomsgrad, förvärvstatus, utbildning, inkomst m.m. Problemet med kapitering rent generellt, oavsett val av behovsindikatorer (bl.a. ACG), är att det ger små incitament att ge en tillgänglig vård och utgör ingen garanti för att kapiteringen leder till mer vård för utsatta grupper. Ett annat alternativ är att revidera prestationsersättningen för att ge ytterligare incitament att behandla individer med krävande och komplexa sjukdomar och behov. En möjlighet är att justera besöksersättning för individer med allvarliga och komplexa sjukdomar. Ett exempel vore att använda ACG för att justera upp den rörliga ersättningen för besök och andra prestationer för utsatta individer. Inkomst- och utbildningsindikatorer lämpar sig dock mindre väl på grund av eftersläpning i rapportering samt av integritetsskäl. En fördel med rörliga system ur jämlikhetssynpunkt är att kostnadsbegränsningar inte är lika tydliga som för kapitering, vilket dock även är en nackdel ur kostnadskontrollsynpunkt. Samtidigt visar erfarenheterna från Vårdval

Stockholm att kostnadskontroll inte varit ett problem trots en stor andel rörlig ersättning.

Primärvården har en viktig funktion i att säkerställa att alla individer har likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård och därmed för att uppnå en jämlik fördelning av vårdens resurser. Vi finner att besöksmönstret i primärvården generellt är mer utjämnande och omfördelande till förmån för individer med lägre inkomst och utbildning. Denna omfördelande egenskap är särskilt viktig om det är så att högutbildade och höginkomsttagare i större utsträckning tenderar att besöka den specialiserade öppenvården, vilket påvisas i internationella studier. Samtidigt påverkar även primärvårdens organisering vårdens fördelning i den öppna specialistvården, där exempelvis förekomsten av remisskrav för besök hos annan specialistvård visat sig ha betydelse. I internationella jämförelser har formella remisskrav till specialistvården visat sig minska den observerade överrepresentationen av individer med hög inkomst och utbildning inom denna vårdform. Ur ett jämlikhetsperspektiv bör därför primärvårdens organisering ta fasta på de egenskaper som främjar ett sammantaget jämlikt och tillgängligt öppenvårdsutnyttjande (dvs. både avseende primär- och specialiserad vård). De strukturer som särskilt understödjer en god och jämlik tillgång till primärvårdstjänster i befolkningen samtidigt som primärvården fungerar som en samordnande och jämlik lots till övrig öppenvård bör därför främjas. Låga trösklar in i primärvården, det vill säga låga (eller obefintliga) patientavgifter, har här visat sig ha betydelse för en bred och god tillgänglighet. En stärkt och utbyggd primärvård kan också spela en väsentlig roll, men organiseringen bör även se till primärvårdens samlade roll i att åstadkomma ett jämlikt vårdutnyttjande i hela vården. Formerna för primärvårdens organisering bör därför utredas vidare och även se till primärvårdens samlade funktion i vårdsystemet. Fortsatta studier där skillnader i vårdvalets utformning mellan landstingen analyseras i detalj kan ge värdefull kunskap om effekter för såväl ändamålsenlighet, effektivitet som för fördelningsaspekter.

Sammanfattningsvis finns ett antal gemensamma mönster mellan de tre landstingen, men även vissa skillnader. Besöksmönstret, det vill säga fördelningen av det totala antalet läkarbesök, visar en utveckling med en större ökning för låginkomsttagare och lågutbildade i framförallt Stockholm. I Västra Götaland har låginkomsttagare en relativ ökning av besöksmönstret, medan motsvarande utveckling för utbildningsgrupper är oförändrad. I Östergötland är förändringarna för både inkomst- och utbildningsgrupper i stort oförändrad. När det gäller kontaktmönster, dvs. sannolikheten för minst ett årligt läkarbesök, är mönstret lite annorlunda där främst



Stockholm och Östergötland visar en utveckling med en större ökning för höginkomsttagare, medan utvecklingen för Västra Götaland är oförändrad mellan inkomstgrupper. Kontaktmönstret för utbildningsgrupper ser olika ut där lågutbildade i Stockholm har en relativt större ökning än högutbildade, medan utvecklingen är den motsatta i Västra Götaland och Östergötland. Skillnaderna mellan landstingen ska inte överdrivas då förändringarna är små och till följd av att det föreligger viss osäkerhet med definitioner och avgränsningar av vårdvalet i primärvården. En slutsats från studien är emellertid att utvecklingen visar att primärvårdens profil med ett högre vårdutnyttjande för låginkomsttagare och lågutbildade är relativt oförändrad under perioden med vårdvalsreformerna.







## Referenser

- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt*. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4).
- Anell, A. Nylinder, P. och Glenngård, A. (2012). *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Anell, A. (2010). *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7. Stockholm: Fritzes.
- Allin, S. Hernández-Quevedo, C. och Masseriena, C. (2009). Measuring equity of access to health care. I *Performance measurement for health system improvement*, (red.) Smith. P. m.fl. European Observatory on health Systems and Policies, Cambridge University Press 2009.
- Brekke, KR. m.fl. (2015). *Socioeconomic status and physicians' treatment decisions*. Department of Economics, Norwegian School of Economics, Discussion Paper June 2015.
- Burström, B. (2008). Vårdval – evidens och effekter för vård på lika villkor? *Läkartidningen*, 2008:105;43.
- Carlsen, F. och Grytten, J. (1998). More physicians: improved availability or induced demand? *Health Economics*, 7: 495–508.
- Carlsen, B. och Norheim, OF. (2003). Introduction of the patient-list system in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21: 209–213.
- Conrad, D. A. och Perry, L. (2009). Quality-based financial incentives in health care: Can we improve quality by paying for it? *The Annual Review of Public Health*; 30: 357–71.

- Dahlgren, C. Brorsson, H. Sveréus, S. Goude, F. och Rehnberg, C. (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*. Stockholm: Karolinska Institutet/Stockholms läns landsting.
- Dahrouge, S. m.fl. (2013). Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter? *BMC Health Services Research*; 13: 517.
- Devaux, M. (2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilization in 18 selected OECD countries. *European Journal of Health Economics*, 16: 21–33.
- Etikprövningsnämnden i Stockholm (2013/271-31/5).
- EU-kommissionen (2007). *Health and long-term care in the European Union*. Special Eurobarometer 283.
- Fleurbaey, M. och Schokkaert, E. (2012). Equity in health and health care. I *Handbook of Health Economics*, vol. 2, 1003–1092, (red.) Pauly, M.V., McGuire, T.G. och Barros, P.P. Elsevier 2012.
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Glenngård, A. (2015). *Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS Förlag 2015.
- Goddard, M. och Smith, P. (2001). Equity and access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53;1149–1162.
- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763.
- Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. CMT Rapport 2007:2, Linköping: Linköpings Universitet.
- Kann, I.C. Biørn, E. och Lurås, H. (2010). Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics*, 29: 751–764.
- Konkurrensverket (2012). *Val av mottagning*. Konkurrensverkets rapportserie 2012:2, Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (2010). *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar*. Slutrapport, Konkurrensverkets rapportserie 2010:3. Stockholm: Konkurrensverket.
- Levesque, J.F. Harris, M.F. och Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Li, B. Evans, D. Faris, P. Dean, S. och Quan, H. (2008). Risk adjustment performance of Charlson and Elixhauser comorbidities in ICD-9 and ICD-10 administrative databases. *BMC Health Services Research*, 2008;8:12.

- Lindström, K. (2012). *Vad utmärker nya vårdcentraler jämfört med äldre? Utvärdering av vårdvalsreformen i landstinget i Jönköpings län*. Jönköping: Primärvårdens FoU-enhet 2012:1.
- McGuire, T. (2011). Physician Agency and Payment for Primary Medical Care. I *The Oxford Handbook of Health Economics*, (red.) Smith, P. och Glied S. Oxford University Press 2011.
- OECD (2015). OECD health statistics – health care utilisation. Tillgänglig på: <http://www.oecd-ilibrary.org/> [2015-09-03].
- Rehnberg, C. Janlöv, N. Khan, J. och Lundgren, J. (2010). *Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter*. Rapport nr. 2010:12. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Rice, T. (2006). The physician as the patient's agent. I *The Elgar companion to Health Economics*, (red) Jones A.M. Elsevier
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* Stockholm: RiR 2014:22.
- Riksrevisionen (2015). Dnr 3.1.1-2015-0155. Stockholm: RiR.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Personaltäthetsmodellen*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014a). *Landstingsprisindex*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2006-2014). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SLF – Sveriges läkarförbund (2013). *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning – Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Sutton, M. (2002). Vertical and horizontal aspects of socioeconomic inequity in general practitioner contacts in Scotland. *Health Economics*, 2002;11;537– 549.
- The Commonwealth Fund (2013). *International Health Policy Survey*.
- van Dijk, CE. (2012). *Changing the GP payment system. Do financial incentives matter?* Tilburg University, The Netherlands; 2012.
- van Doorslaer, E. Masserina, C. Koolman, X. m.fl. (2006). Inequalities in access to medical care by income in develop countries. *CMAJ*, January 17, vol. 174 no. 2.

- van Doorslaer, E. m.fl. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19, 2000. 553–583
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014a). *Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* (Rapport 2014:3). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014b). *Vårdval och vårdutnyttjande. Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper efter vårdval i specialistvården?* (PM 2014:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården* (Rapport 2013:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012). *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* (Rapport 2012:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Västra Götalandsregionen (2014). *VG primärvård i förhållande till Riksrevisionens rapport "Primärvårdens styrning – behov eller efterfrågan?"* Hälso- och sjukvårdsavdelningen: Vårdvalsenheten/Område Uppföljning och Analys: December 2014
- Wagstaff, A. och van Doorslaer, E. (2000). Equity in health and health care finance delivery. I *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Chapter 34, (red.) Culyer, A.J. Newhouse, J.P. Elsevier 2000.
- Zielinski, A. Håkansson, A. Beckman, A. och Halling, A. (2011). Impact of comorbidity on the individual's choice of primary health care provider. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Jun;29(2):104–9.





## BILAGA 1 – METODSPECIFIKATIONER

### Alla vuxna individer som bott i de tre landstingen är med i studien

Utgångspunkten för studien är de individer som bott i Stockholm, Västra Götaland eller Östergötland någon gång under åren 2005–2012. En individ räknas till ett visst landsting ett visst år om hen varit folkbokförd där den 31 december det året<sup>5</sup>. Barn och ungdomar under 20 år exkluderas, eftersom vi saknar uppgifter om deras (föräldrars) utbildning och inkomst. Totalt omfattar studien således mellan 2,8 och 3,1 miljoner individer per år (tabell 1.1).

För dessa individer har vi hämtat uppgifter om antal läkarbesök i primärvård från respektive landstings egna administrativa register, samt uppgifter om olika socioekonomiska variabler, som utbildning och inkomst, från Statistiska Centralbyrån (SCB), och länkat alla dessa data på individnivå.

---

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

**Tabell 1.1.** Antal individer som bor i Stockholm, Västra Götaland eller Östergötland den 31 december, per år och åldersgrupp.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Stockholm</b>	<b>20–44 år</b>	667 494	677 917	689 672	700 889	712 877	725 365	739 345	752 724
	<b>45–64 år</b>	454 925	459 877	464 362	468 845	475 578	480 921	487 671	494 056
	<b>65–74 år</b>	124 466	128 593	134 996	143 645	153 903	163 490	172 111	180 170
	<b>75–84 år</b>	90 002	88 268	87 267	85 970	85 306	85 147	85 964	87 475
	<b>85+</b>	39 316	40 830	41 341	42 165	42 999	43 434	43 498	43 195
	<b>Totalt</b>	1 376 203	1 395 485	1 417 638	1 441 514	1 470 663	1 498 357	1 528 589	1 557 620
<b>Västra Götaland</b>	<b>20–44 år</b>	507 091	510 430	513 347	517 393	520 244	523 972	527 248	529 400
	<b>45–64 år</b>	387 851	391 302	392 852	394 678	397 011	398 401	400 349	401 836
	<b>65–74 år</b>	125 444	127 149	130 934	136 844	143 358	150 295	156 823	162 880
	<b>75–84 år</b>	95 474	94 114	93 441	92 174	91 521	91 124	91 151	92 035
	<b>85+</b>	38 441	39 740	40 280	40 935	41 520	41 791	42 282	42 036
	<b>Totalt</b>	1 154 301	1 162 735	1 170 854	1 182 024	1 193 654	1 205 583	1 217 853	1 228 187
<b>Östergötland</b>	<b>20–44 år</b>	134 260	134 746	135 991	136 876	138 438	139 292	139 456	140 414
	<b>45–64 år</b>	106 940	107 247	107 307	107 360	107 537	107 754	107 672	107 804
	<b>65–74 år</b>	35 466	36 252	37 563	39 189	41 246	43 135	45 153	46 714
	<b>75–84 år</b>	27 240	26 757	26 525	26 170	25 843	25 847	25 904	26 080
	<b>85+</b>	10 780	11 279	11 475	11 624	11 764	11 930	12 122	12 211
	<b>Totalt</b>	314 686	316 281	318 861	321 219	324 828	327 958	330 307	333 223
<b>Totalsumma</b>	2 845 190	2 874 501	2 907 353	2 944 757	2 989 145	3 031 898	3 076 749	3 119 030	

## Definitionen av vilka primärvårdsbesök som ingår är olika för olika landsting och beror på landstingens utformning av vårdvalen

I samarbete med kontaktpersoner i respektive landsting har vi definierat vilka besök som omfattas av vårdvalet i just det landstinget (samt motsvarande verksamheter för åren innan vårdval infördes). Avgränsningen för vilka verksamheter som ingår är alltså olika för olika landsting. Detta innebär t.ex. att data för Stockholm endast har med besök inom husläkarverksamhet och basal hemsjukvård, medan data för Västra Götaland och Östergötland också inkluderar andra typer av primärvård. I tabell 1.2 framkommer hur urvalet av besök gjorts för respektive landsting<sup>6</sup>. Vi har begränsat analysen till läkarbesök på mottagning.

6) Antalet valda värden för kontakttyp är omfattande för Östergötland. 97-99 procent av de besök som väljs ut är dock inom "Mottagning" eller "Mottagningsbesök enskilt".



Tabell 1.2. Urvalskriterier.

Landsfing	År	Urvalsenhet	Urval verksamhet		Urval typ av besök (mottagningsbesök)		Urval vårdgivare (läkare)	
			Variabel	Valda värden	Variabel	Valda värden	Variabel	Valda värden
<b>Stockholm*</b>	2005–2007		Klring	'Basal hemsjukvård', 'Hemsjukvård, basal', 'Husläkarverksamhet', 'Husläkarverksamhet, övrig'	Blyp	'0', '1', '8', 'A', 'B'	Vdgr1 (\$vägfmnt)	'Läkare'
<b>Stockholm*</b>	2008–2012		Uppdrags	'Hemsjukvård basal - Auktoriserad', 'Hemsjukvård, basal', 'Husläkarverksamhet, Auktoriserad', 'Husläkarverksamhet, basistående'	Blyp	'0', '1', '8', 'A', 'B'	Vdgr1 (\$vägfmnt)	'Läkare'
<b>Västra Götaland</b>	2005–30 sep. 2009	Alla enheter inkluderades	Mvonnamn	'Allmän vård', 'Allmänläkarvård', 'Barnhälsovård (BVC)', 'Distriktsläkarvård', 'Jouiräkarverksamhet', 'Intagnings-/Akutivård', 'Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)', 'Sjukköterskevård', 'Övrig primärvård'	Kontakttypnamn	'Besök', 'Besök på mottagning', 'Dagkirurgi enligt prislista'	Hspnamn	'Läkare'
<b>Västra Götaland</b>	1 okt 2009–2012	Endast enheterna med enhetskod 600000–674500 inkluderades	Mvonnamn	'Allmän vård', 'Allmänläkarvård', 'Barnhälsovård (BVC)', 'Distriktsläkarvård', 'Jouiräkarverksamhet', 'Intagnings-/Akutivård', 'Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)', 'Sjukköterskevård', 'Övrig primärvård'	Kontakttypnamn	'Besök', 'Besök på mottagning', 'Dagkirurgi enligt prislista'	Hspnamn	'Läkare'

Forts. **Tabell 1.2.** Urvalskriterier.

Landslag	År	Urval enhet	Urval verksamhet		Urval typ av besök (mottagningsbesök)		Urval vårdgivare (läkare)	
			Variabel	Valda värden	Variabel	Valda värden	Variabel	Valda värden
<b>Östergötland</b>	2005– 31 aug 2009	Endast enheter som ingår i vårdval primärvård inkluderas	Hispnamn	All verksamhet som är kvar efter urvaler på enheter ingår	Kontakttyp <sup>**</sup>	'Jourcentralbesök', 'Mottagningsbesök', 'Mottagningsbesök enskilt', 'Mottagningsbesök familj', 'Mottagningsbesök familj team', 'Mottagningsbesök grupp', 'Mottagningsbesök grupp och team', 'Mottagningsbesök läkemedelsadministrering', 'Mottagningsbesök team', 'Webbitabok'	Vergivkalttext	Läkare'
<b>Östergötland</b>	1 sep 2009– 2012	Endast enheter som ingår i vårdval primärvård inkluderas		All verksamhet som är kvar efter urvaler på enheter ingår	Kontakttyp <sup>**</sup>	'Jourcentralbesök', 'Mottagningsbesök enskilt', 'Mottagningsbesök familj', 'Mottagningsbesök familj team', 'Mottagningsbesök grupp', 'Mottagningsbesök grupp och team', 'Mottagningsbesök läkemedelsadministrering', 'Mottagningsbesök team', 'Webbitabok'	Vergivkalttext	'Läkare'

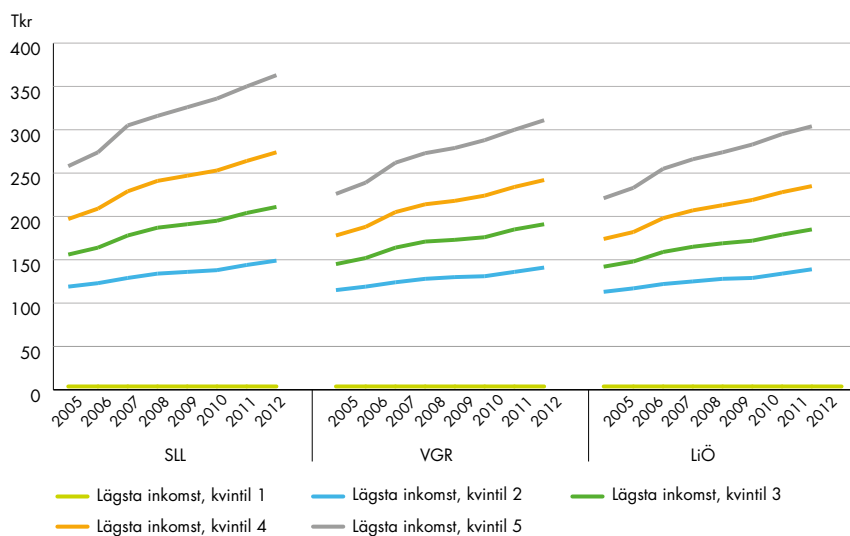
\* Variablerna kringr och uppåttypi är grupperingar av kliniker respektive uppdragstyper enligt Hälso- och sjukvårdsförvaltingens praxis. Utöver dessa specifikationer har vi också valt bort mottagningar i Norrtälje kommun, samt alla invånare i Norrtälje kommun, då kommunen inte ingår i Vårdval Stockholm.

\*\* Endast direkta besök väljs ut med hjälp av variabeln nybesok\_indirekt.

## 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 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 inkomst<sup>7</sup>. Med utgångspunkt från detta modifierade (eller ekvivalerade) inkomstmått har vi skapat inkomstgrupper, så kallade kvintiler, per landsting<sup>8</sup>. 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. Gränserna för hur hög inkomst en individ måste ha för att falla inom respektive inkomstgrupp är alltså olika i de olika landstingen, och förändras över tid med skattesänkningar och ökande medelinkomst. Detta framgår av figur 1.1.

**Figur 1.1.** Lägsta inkomst per landsting, kvintil och år.



7) 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.

8) 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.

## Individernas sjuklighet uppskattas med Charlson Index

När vi analyserar skillnader i vårdutnyttjande mellan individer med t.ex. olika inkomst vill vi samtidigt ta hänsyn till skillnader i sjuklighet mellan låg- och höginkomsttagare. Det är dock svårt att till fullo beskriva sjuklighet med de data vi har tillgängliga. Sjuklighet i primärvården beskrivs ofta med hjälp av så kallade Adjusted Clinical Groups (ACG), men denna information fanns tyvärr inte tillgänglig i våra data (annat än för Västra Götalandsregionen). Därför har vi använt ett annat etablerat index – Charlson Index – som tar hänsyn till patienternas antal och allvarlighetsgrad för samtida sjukdomar. Se tabell 1.3 för vilka sjukdomar som inkluderas i indexet samt hur dessa viktas.

**Tabell 1.3.** Diagnosgrupper som ingår i Charlson Index, samt hur de viktas.

Diagnosgrupper*	Vikt
Hjärtinfarkt	1
Hjärtsvikt	1
Kärlsjukdom	1
Cerebrovaskulär sjukdom	1
Demens	1
Lungsjukdom	1
Bindvävssjukdom/reumatisk sjukdom	1
Magsår	1
Mild leversjukdom	1
Diabetes utan komplikationer	1
Diabetes med komplikationer	2
Paraplegi eller hemiplegi	2
Njursjukdom	2
Cancer	2
Måttlig eller svår leversjukdom	3
Metastaserande tumörsjukdom	6
AIDS/HIV	6

\* Följande komorbiditeter är ömsesidigt uteslutande: diabetes utan komplikationer och diabetes med komplikationer; mild leversjukdom och måttlig eller svår leversjukdom; cancer och metastaserande tumörsjukdom.

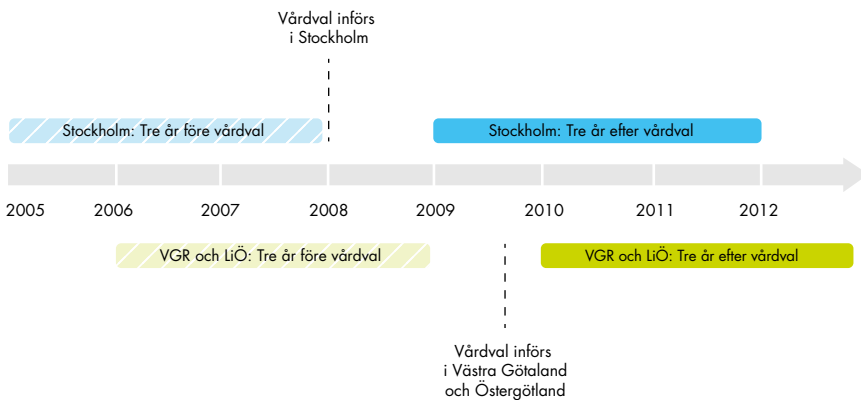
För varje individ har vi sökt igenom registren efter dessa diagnoser för respektive år, och beräknat ett årligt individuellt värde på Charlson Index. För att undvika problem med skiftande diagnosregistrering över tid i primärvården samt s.k. endogenitet har vi uteslutit diagnoser som satts i just primärvården.

## Vi analyserar både fördelningen av antalet besök per individ, samt sannolikheten för minst ett besök

Vi presenterar resultat både för det totala antalet besök per individ, och sannolikheten för minst ett besök per individ – alltså om en individ gjort minst ett besök eller inget besök. Ett skäl till att studera sannolikheten för ett besök är att fördelningen av besök inom sjukvården är skev där en stor andel av besöken tillfaller en mindre andel av befolkningen. Metoden med sannolikhet för ett besök ger också andra möjligheter till statistiska beräkningar. I flera studier påpekas även hur måtten påverkas av agerande från patienten eller läkaren. Den initiala kontakten som främst speglas av måttet sannolikheten för ett besök antas främst påverkas av patienten, medan beslut om återkommande besök främst antas påverkas av läkaren. Dessa teoretiska antaganden kan givetvis ifrågasättas, men i flertalet studier redovisas båda måtten.

## Vi beräknar medelvärden för två treårsperioder före respektive efter vårdval

Figur 1.2. Treårsperioder före respektive efter vårdvalens införande.

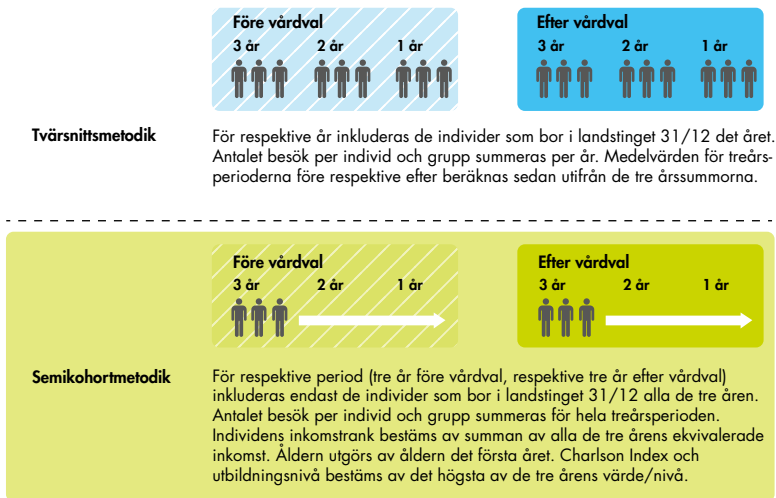


## Vi använder både en tvärsnitts- och en "semikohort"-metodik för att analysera data

Resultaten redovisas som utvecklingen över tid med två metoder. Dels använder vi oss av en s.k. tvärsnittsmetodik, där respektive års data avser de individer som var folkbokförda den sista december det året. Vid denna metodik ingår därför alla individer som är 20 år och äldre respektive år.

Fördelen med denna ansats är att vi kan inkludera så många individer som möjligt varje år. En nackdel med tvärsnittsmetodiken är dock att inkomsten för ett enda år inte alltid beskriver individens långsiktiga ekonomiska ställning på ett bra sätt. Därför har vi förutom tvärsnittsanalyserna kompletterat med något som vi kallar en "semikohort"-ansats. Med denna metod inkluderas de individer som varit folkbokförda i respektive landsting under hela respektive treårsperiod, och inkomsten beräknas utifrån alla tre årens inkomster (se figur 1.3). I semikohortmetodiken ingår därför endast de individer som är 20 år och äldre vid det första av de tre åren.

**Figur 1.3.** Översikt över tvärsnitts- och "semikohort"-metodikerna.



Med "semikohort"-metodikerna inkluderas alltså färre individer än med tvärsnittsmetodikerna, då individen med "semikohort"-metodikerna måste överleva och bo kvar i landstinget under hela treårsperioden. Skillnaden i antal inkluderade individer mellan de två olika angreppssätten presenteras i tabell 1.4. Det är främst äldre individer som faller bort när vi tillämpar "semikohort"-metodikerna, då de i större utsträckning avlider under respektive treårsperiod.

**Tabell 1.4.** Med "semikohort"-metodiken inkluderas ca 85 % av de vuxna individer som bott i landstinget något av åren.

Landsting	Aldersgrupp (ålder beräknad för periodens första år)	Perioden före värdval*			Perioden efter värdval**		
		Antal individer som bott i länet hela perioden	Antal individer som bott i länet endast något år under perioden	Andel av dem som bott i länet någon gång under perioden som bott där hela perioden	Antal individer som bott i länet hela perioden	Antal individer som bott i länet endast något år under perioden	Andel av dem som bott i länet någon gång under perioden som bott där hela perioden
SLL	20–44 år	622 438	45 056	93%	669 003	43 874	94%
	45–64 år	438 223	16 702	96%	460 442	15 136	97%
	65–74 år	117 650	6 816	95%	146 553	7 350	95%
	75–84 år	79 681	10 321	89%	76 387	8 919	90%
	85 år+	28 070	11 246	71%	30 973	12 026	72%
	Nyinflyttade eller "nya vuxna" under perioden		134 259		0%	148 305	
<b>Totalt</b>		<b>1 286 062</b>	<b>224 400</b>	<b>85%</b>	<b>1 383 358</b>	<b>235 610</b>	<b>85%</b>
VGR	20–44 år	477 227	33 203	93%	488 642	35 330	93%
	45–64 år	382 192	9 110	98%	389 373	9 028	98%
	65–74 år	121 641	5 508	96%	144 280	6 015	96%
	75–84 år	83 768	10 346	89%	81 778	9 346	90%
	85 år+	27 768	11 972	70%	29 459	12 332	70%
	Nyinflyttade eller "nya vuxna" under perioden		91 718		0%	97 005	
<b>Totalt</b>		<b>1 092 596</b>	<b>161 857</b>	<b>87%</b>	<b>1 133 532</b>	<b>169 056</b>	<b>87%</b>
Liö	20–44 år	122 298	12 448	91%	125 890	13 402	90%
	45–64 år	104 537	2 710	97%	104 940	2 814	97%
	65–74 år	34 665	1 587	96%	41 379	1 756	96%
	75–84 år	23 759	2 998	89%	23 213	2 634	90%
	85 år+	7 886	3 393	70%	8 402	3 528	70%
	Nyinflyttade eller "nya vuxna" under perioden		29 361		0%	30 503	
<b>Totalt</b>		<b>293 145</b>	<b>52 497</b>	<b>85%</b>	<b>303 824</b>	<b>54 637</b>	<b>85%</b>

\* Avser 2005–007 för SLL samt 2006–2008 för VGR.

\*\* Avser 2009–2011 för SLL samt 2010–2012 för VGR.

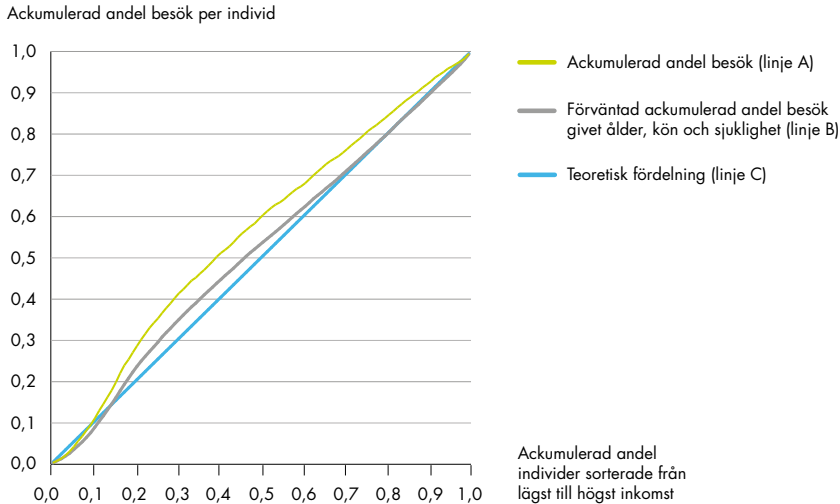
### **Antalet besök och sannolikheten för minst ett besök jämförs med förväntat antal utifrån ålder, kön och Charlson Index**

För att följa fördelningen av besök över individer med olika utbildnings- och inkomstnivå har vi använt oss av en metod där vi relaterar antalet besök, eller sannolikheten för minst ett besök, för individer i en viss utbildnings- eller inkomstgrupp till det förväntade antalet besök givet gruppens ålders- och könsfördelning samt Charlson Index (se ovan). Det förväntade antalet anger således hur många besök individer i utbildnings- eller inkomstgruppen "borde" ha gjort om vi utgår från genomsnittet utifrån ålder, kön och Charlson Index i hela länet det året, samt ålders-, köns- och sjuklighetsfördelningen i den aktuella utbildnings- eller inkomstgruppen. Vi beräknar dessa förväntade antal respektive förväntade sannolikheter med regressionsanalyser. Vi presenterar därefter det observerade antalet (respektive den observerade sannolikheten för) besök som ett index, där 1 innebär att det observerade antalet är samma som det förväntade antalet ett visst år. Värden över 1 innebär fler besök än förväntat och värden under 1 innebär färre besök än förväntat.

### **Inkomstfördelningen av besök beskrivs med koncentrationsindex**

Koncentrationsindex är ett sammantaget mått på fördelning över individer med olika inkomst. Utgångspunkten för koncentrationsindex är att alla individer rankas utifrån inkomst (i vårt fall ekvivalerad disponibel familjeinkomst, se ovan). Därefter adderas successivt (kumulativt) antalet besök från den fattigaste till den rikaste individen. Denna ackumulation jämförs därefter med en förväntad ackumulation – i vårt fall på samma sätt som ovan med förväntat antal besök givet ålder, kön och Charlson Index. Detta skapar två koncentrationskurvor (figur 1.4).



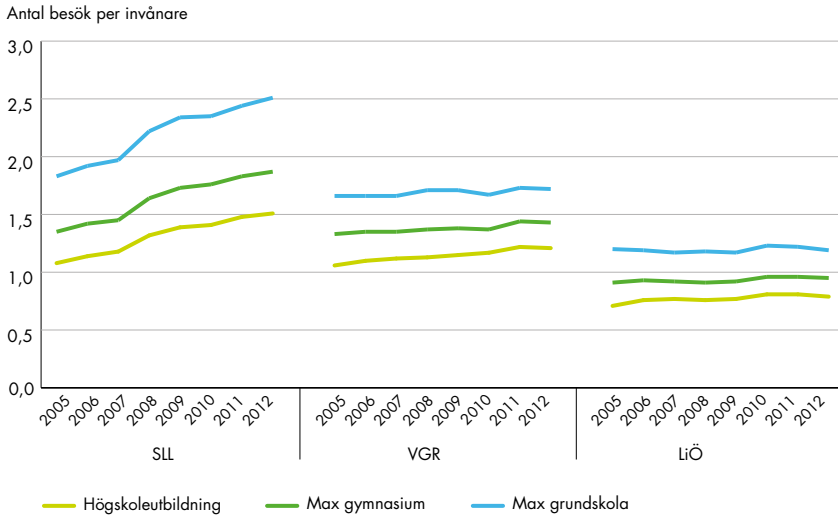
**Figur 1.4.** Exempel på koncentrationskurvor.

Koncentrationsindexet (eller mer precist ett horisontellt ojämlikhetsindex, se van Doorslaer m.fl. 2000) är ett mått på avståndet mellan dessa kurvor, det vill säga hur mycket spridningen av faktiska besök för individer med olika inkomst skiljer sig från den förväntade spridningen givet ålder, kön och sjukdomsförekomst. Vi tillämpar därmed en metod där vi indirekt standardiserar för förväntat vårdbehov. Vi beräkningen av koncentrationsindex (i det här fallet ett horisontellt ojämlikhetsindex) jämförs den faktiska ackumulerade konsumtionen (linje A) med den förväntade ackumulerade konsumtionen (linje B), som i sin tur antingen skattas via ålder och kön, eller via ålder, kön och Charlson Index. Utan korrigering jämförs istället den faktiska ackumulerade konsumtionen (linje A) med en teoretisk jämlik fördelning (linje C), dvs. ett klassiskt koncentrationsindex. Om indexet är mindre än noll befinner sig kurvan för förväntat antal besök under kurvan för observerat antal besök, vilket innebär att individer med lägre inkomster haft fler besök än vad som förväntas utifrån ålder, kön och Charlson Index, och tvärtom om indexet är större än noll.

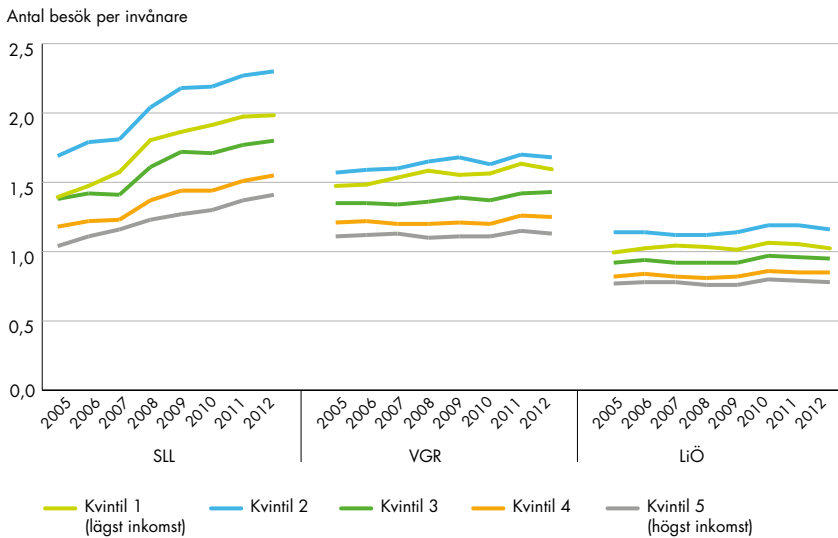
Dessa enkla koncentrationskurvor och -index är en attraktiv metod för att beskriva fördelning över individer med olika inkomst, då de tillhåller både en grafisk representation och ett summerat index. Den nationalekonomiska litteraturen har på senare år dock pekat på flera problem med denna enklaste form av koncentrationsindex, bland annat eftersom de kan påverkas av medelvärdet på den studerade variabeln.

## BILAGA 2 – KOMPLETTERANDE RESULTAT

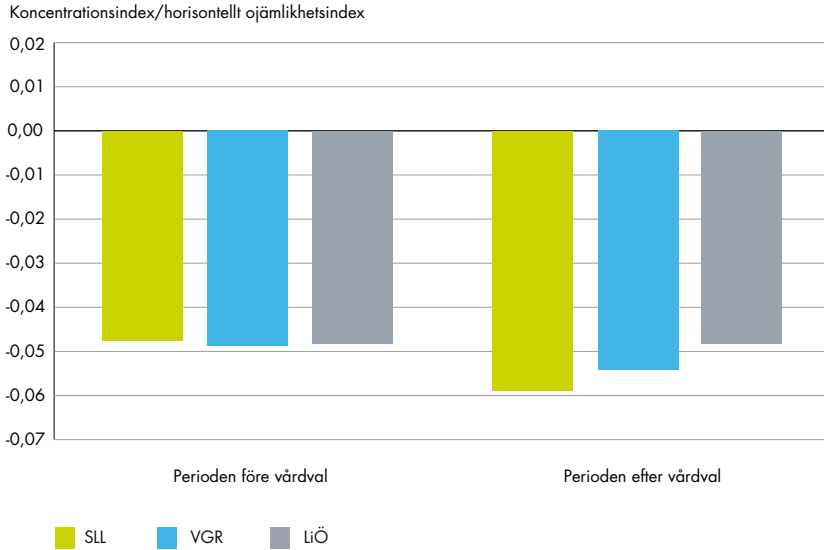
**Figur 2.1.** Antal läkarbesök på mottagning per invånare och utbildningsgrupp.



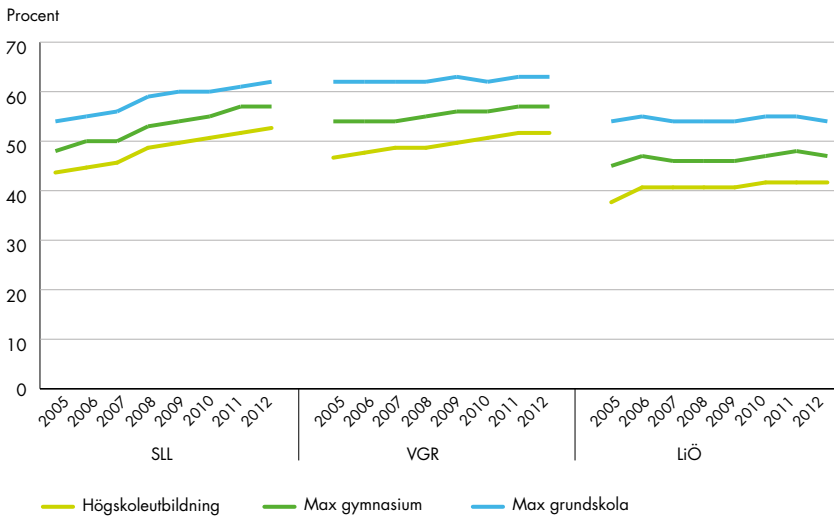
**Figur 2.2.** Antal läkarbesök på mottagning per invånare och inkomstgrupp.



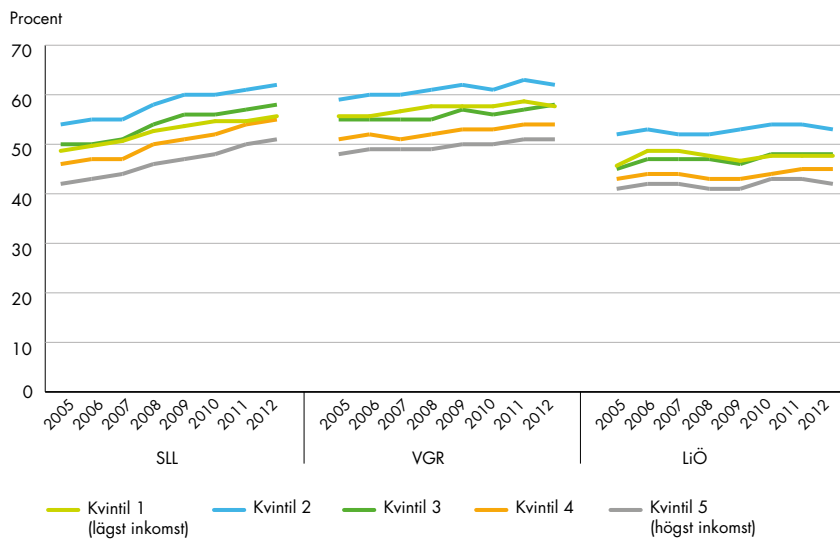
**Figur 2.3.** Koncentrationsindex för läkarbesök på mottagning i primärvården per treårsperiod (semikohort) givet justering för ålder, kön och Charlson Index.



**Figur 2.4.** Andel individer som gjort minst ett årligt läkarbesök på mottagning per utbildningsgrupp.



**Figur 2.5.** Andel individer som gjort minst ett årligt läkarbesök på mottagning per inkomstgrupp.



Bilaga Tabell 2.1. Incidence Rate Ratio (IRR) för antal läkarbesök på mottagning

IRR (1) = IRR från regression med endast kön och ålder  
 IRR (2) = IRR från regression med kön, ålder och Charlson Index

	SLL						VGR						LiÖ					
	IRR (1)		IRR (2)		IRR (1)		IRR (2)		IRR (1)		IRR (2)		IRR (1)		IRR (2)			
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter		
<b>Kön</b>																		
Man (ref)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Kvinnor	1,43 **	1,41 **	1,48 **	1,44 **	1,43 **	1,44 **	1,45 **	1,46 **	1,42 **	1,41 **	1,42 **	1,41 **	1,42 **	1,41 **	1,44 **	1,44 **		
<b>Ålder</b>																		
20-24 (ref)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
25-29	1,07 **	1,05 **	1,06 **	1,05 **	1,03 **	1,03 **	1,02 **	1,03 **	1,11 **	1,10 **	1,11 **	1,10 **	1,11 **	1,10 **	1,11 **	1,09 **		
30-34	1,17 **	1,16 **	1,16 **	1,15 **	1,12 **	1,10 **	1,11 **	1,09 **	1,21 **	1,22 **	1,21 **	1,22 **	1,21 **	1,22 **	1,21 **	1,21 **		
35-39	1,30 **	1,24 **	1,28 **	1,22 **	1,17 **	1,13 **	1,16 **	1,12 **	1,23 **	1,28 **	1,23 **	1,28 **	1,21 **	1,28 **	1,21 **	1,26 **		
40-44	1,40 **	1,33 **	1,37 **	1,30 **	1,20 **	1,13 **	1,19 **	1,11 **	1,24 **	1,29 **	1,24 **	1,29 **	1,21 **	1,29 **	1,21 **	1,26 **		
45-49	1,55 **	1,47 **	1,47 **	1,41 **	1,27 **	1,18 **	1,24 **	1,15 **	1,33 **	1,34 **	1,33 **	1,34 **	1,28 **	1,34 **	1,28 **	1,29 **		
50-54	1,73 **	1,69 **	1,60 **	1,58 **	1,38 **	1,28 **	1,33 **	1,23 **	1,42 **	1,48 **	1,42 **	1,48 **	1,36 **	1,48 **	1,36 **	1,41 **		
55-59	1,98 **	1,94 **	1,77 **	1,76 **	1,50 **	1,36 **	1,42 **	1,28 **	1,55 **	1,58 **	1,55 **	1,58 **	1,46 **	1,58 **	1,46 **	1,48 **		
60-64	2,37 **	2,27 **	2,03 **	1,99 **	1,63 **	1,45 **	1,52 **	1,34 **	1,71 **	1,74 **	1,71 **	1,74 **	1,56 **	1,74 **	1,56 **	1,59 **		
65-69	3,00 **	2,84 **	2,47 **	2,40 **	1,79 **	1,55 **	1,63 **	1,40 **	1,89 **	1,90 **	1,89 **	1,90 **	1,67 **	1,90 **	1,67 **	1,68 **		
70-74	3,81 **	3,69 **	3,00 **	2,98 **	2,02 **	1,78 **	1,79 **	1,57 **	2,13 **	2,19 **	2,13 **	2,19 **	1,83 **	2,19 **	1,83 **	1,88 **		
75-79	4,60 **	4,59 **	3,52 **	3,53 **	2,24 **	1,98 **	1,94 **	1,70 **	2,38 **	2,44 **	2,38 **	2,44 **	2,00 **	2,44 **	2,00 **	2,03 **		
80-84	4,99 **	5,06 **	3,73 **	3,80 **	2,26 **	2,05 **	1,92 **	1,72 **	2,48 **	2,55 **	2,48 **	2,55 **	2,04 **	2,55 **	2,04 **	2,08 **		
85-89	4,39 **	4,60 **	3,23 **	3,41 **	2,01 **	1,87 **	1,70 **	1,56 **	2,29 **	2,36 **	2,29 **	2,36 **	1,87 **	2,36 **	1,87 **	1,90 **		
90-94	2,79 **	3,15 **	2,05 **	2,33 **	1,49 **	1,44 **	1,26 **	1,20 **	1,87 **	1,85 **	1,87 **	1,85 **	1,56 **	1,85 **	1,56 **	1,52 **		
95-99	1,73	1,58 **	1,20	1,20 **	1,25 **	0,86 **	1,04 **	0,73	1,62 **	1,15	1,62 **	1,15	1,40 **	1,15	1,40 **	0,94		
100+	0,77	0,00	0,78	0,00	1,60		1,62		0,45	1,83	0,45	1,83	0,46	1,83	0,46	1,87		
<b>Charlson Index</b>																		
0 (ref)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
1	1,99 **	1,89 **	1,99 **	1,89 **	1,57 **	1,57 **	1,62 **	1,62 **	1,61 **	1,61 **	1,61 **	1,62 **	1,61 **	1,61 **	1,61 **	1,65 **		
2	1,73 **	1,72 **	1,73 **	1,72 **	1,39 **	1,39 **	1,43 **	1,43 **	1,51 **	1,51 **	1,51 **	1,51 **	1,51 **	1,51 **	1,51 **	1,53 **		
3	2,42 **	2,30 **	2,42 **	2,30 **	1,66 **	1,66 **	1,70 **	1,70 **	1,84 **	1,84 **	1,84 **	1,84 **	1,84 **	1,84 **	1,84 **	1,88 **		
4	2,63 **	2,49 **	2,63 **	2,49 **	1,65 **	1,65 **	1,73 **	1,73 **	1,92 **	1,92 **	1,92 **	1,92 **	1,92 **	1,92 **	1,92 **	1,96 **		
5	1,90 **	1,81 **	1,90 **	1,81 **	1,33 **	1,33 **	1,46 **	1,46 **	1,70 **	1,70 **	1,70 **	1,70 **	1,70 **	1,70 **	1,70 **	1,75 **		

\*\* = till 99 % signifikant skild från referensgruppen.

\* = till 95 % signifikant skild från referensgruppen.

= ej signifikant skild från referensgruppen.

**Bilaga Tabell 2.2.** Oddskvot (OR) för minst ett läkarbesök på mottagning

OR (1) = OR från regression med endast kön och ålder  
OR (2) = OR från regression med kön, ålder och Charlson Index

	SLL						VGR						LJÖ					
	OR (1)		OR (2)		OR (1)		OR (2)		OR (1)		OR (2)		OR (1)		OR (2)			
	2005	2012	2005	2012	2005	2012	2005	2012	2005	2012	2005	2012	2005	2012	2005	2012		
<b>Kön</b>																		
Man (ref)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Kvinna	1,68 **	1,71 **	1,70 **	1,72 **	1,55 **	1,58 **	1,58 **	1,55 **	1,55 **	1,59 **	1,59 **	1,52 **	1,48 **	1,53 **	1,50 **	1,50 **		
<b>Ålder</b>																		
20-24 (ref)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
25-29	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	0,99	1,00	0,99	1,00	0,99	1,00	1,10 **	1,08 **	1,10 **	1,08 **	1,08 **		
30-34	1,11 **	1,11 **	1,11 **	1,10 **	1,12 **	1,06 **	1,11 **	1,06 **	1,11 **	1,06 **	1,06 **	1,33 **	1,28 **	1,33 **	1,33 **	1,27 **		
35-39	1,21 **	1,22 **	1,20 **	1,21 **	1,17 **	1,15 **	1,17 **	1,14 **	1,17 **	1,14 **	1,14 **	1,41 **	1,36 **	1,40 **	1,40 **	1,35 **		
40-44	1,26 **	1,24 **	1,24 **	1,23 **	1,18 **	1,11 **	1,18 **	1,10 **	1,18 **	1,10 **	1,10 **	1,45 **	1,37 **	1,43 **	1,43 **	1,35 **		
45-49	1,31 **	1,28 **	1,29 **	1,26 **	1,23 **	1,12 **	1,22 **	1,10 **	1,22 **	1,10 **	1,10 **	1,50 **	1,37 **	1,48 **	1,48 **	1,35 **		
50-54	1,42 **	1,45 **	1,38 **	1,42 **	1,37 **	1,24 **	1,35 **	1,21 **	1,37 **	1,21 **	1,21 **	1,70 **	1,58 **	1,66 **	1,66 **	1,53 **		
55-59	1,59 **	1,69 **	1,53 **	1,63 **	1,59 **	1,41 **	1,55 **	1,37 **	1,59 **	1,41 **	1,37 **	1,99 **	1,76 **	1,92 **	1,92 **	1,70 **		
60-64	1,94 **	2,07 **	1,83 **	1,96 **	1,90 **	1,68 **	1,84 **	1,62 **	1,90 **	1,68 **	1,62 **	2,38 **	2,07 **	2,25 **	2,25 **	1,97 **		
65-69	3,00 **	2,81 **	2,44 **	2,61 **	2,31 **	1,99 **	2,20 **	1,88 **	2,31 **	1,99 **	1,88 **	2,76 **	2,47 **	2,57 **	2,57 **	2,29 **		
70-74	3,81 **	3,73 **	2,99 **	3,38 **	2,89 **	2,47 **	2,72 **	2,29 **	2,89 **	2,47 **	2,29 **	3,29 **	2,98 **	3,00 **	3,00 **	2,70 **		
75-79	3,91 **	4,79 **	3,50 **	4,22 **	3,43 **	2,91 **	3,20 **	2,65 **	3,43 **	2,91 **	2,65 **	3,92 **	3,52 **	3,56 **	3,56 **	3,14 **		
80-84	4,10 **	4,49 **	3,61 **	3,84 **	3,49 **	3,05 **	3,23 **	2,74 **	3,49 **	3,05 **	2,74 **	4,13 **	3,68 **	3,70 **	3,70 **	3,21 **		
85-89	3,20 **	3,52 **	2,78 **	2,95 **	2,84 **	2,54 **	2,61 **	2,26 **	2,84 **	2,54 **	2,61 **	3,74 **	3,19 **	3,33 **	3,33 **	2,76 **		
90-94	1,73 **	1,98 **	1,49 **	1,64 **	1,70 **	1,59 **	1,57 **	1,41 **	1,70 **	1,59 **	1,57 **	2,72 **	2,31 **	2,46 **	2,46 **	2,01 **		
95-99	1,07	0,86 **	0,90	0,72 **	0,33	0,82 **	0,30	0,74 **	0,33	0,82 **	0,30	1,54	1,10	1,55	1,55	1,00		
100+	234	0,49 **	235	0,42 **	1,04	0,43 **	0,88	0,39 **	1,04	0,43 **	0,88	905,8	0,57	909,3	0,57	0,48		
<b>Charlson Index</b>																		
0 (ref)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
1	2,25 **	2,08 **	2,08 **	2,08 **	1,67 **	1,67 **	1,99 **	1,99 **	1,67 **	1,67 **	1,99 **	1,83 **	1,83 **	1,83 **	1,83 **	1,95 **		
2	1,61 **	1,81 **	1,81 **	1,81 **	1,40 **	1,40 **	1,52 **	1,52 **	1,40 **	1,40 **	1,52 **	1,62 **	1,62 **	1,62 **	1,62 **	1,74 **		
3	2,36 **	2,22 **	2,22 **	2,22 **	1,58 **	1,58 **	1,87 **	1,87 **	1,58 **	1,58 **	1,87 **	2,16 **	2,16 **	2,16 **	2,16 **	2,19 **		
4	2,06 **	2,33 **	2,33 **	2,33 **	1,47 **	1,47 **	1,72 **	1,72 **	1,47 **	1,47 **	1,72 **	1,84 **	1,84 **	1,84 **	1,84 **	2,33 **		
5	1,37 **	1,49 **	1,49 **	1,49 **	1,11 **	1,11 **	1,40 **	1,40 **	1,11 **	1,11 **	1,40 **	1,58 **	1,58 **	1,58 **	1,58 **	1,76 **		

\*\* = till 99 % signifikant skild från referensgruppen.  
\* = till 95 % signifikant skild från referensgruppen.  
= ej signifikant skild från referensgruppen.



# Vårdval och jämlik vård inom primärvården

## En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande

En central målsättning med vårdvalsreformerna har varit att öka tillgängligheten och vårdutnyttjandet samt att stärka patientens roll som aktör inom primärvården. Tidigare studier visar att tillgängligheten ökat efter införandet av vårdvalssystem, men det är mindre belyst hur denna ökning är fördelad mellan socioekonomiska grupper och om skillnader kan observeras mellan landsting med olika vårdvalsmodeller. I den här rapporten studeras de fördelningsmässiga konsekvenserna av vårdvalet i primärvården i tre landsting. Fokus ligger på vårdkontakternas volym och fördelning före och efter vårdvalets införande. Syftet är att studera hur vårdens horisontella rättvisa utvecklats över tid, det vill säga att individer med lika sjukvårdsbehov ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård, oavsett socioekonomiska förhållanden.

---

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