



Primärvårdens styrning
– efter behov eller efterfrågan?

RIR 2014:22



Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska den verksamhet som bedrivs av staten. Vårt uppdrag är att genom oberoende revision skapa demokratisk insyn, medverka till god resursanvändning och effektiv förvaltning i staten.

Riksrevisionen bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Effektivitetsgranskningar rapporteras sedan 1 januari 2011 direkt till riksdagen.

RIKSREVISIONEN

ISBN 978 91 7086 358 5

RIR 2014:22

FORM: ÅKESSON & CURRY

FOTO: HENRIK SEGERPALM

TRYCK: RIKSDAGENS INTERNTRYCKERI, STOCKHOLM 2014

RiR 2014:22

Primärvårdens styrning

– efter behov eller efterfrågan?



PRIMÄRVÅRDENS STYRNING – EFTER BEHOV ELLER EFTERFRÅGAN?



TILL RIKSDAGEN

DATUM: 2014-10-28

DNR: 31-2013-0285

RIR 2014:22

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport över effektivitetsrevision:

Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?

Riksrevisionen har granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport.

Företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Konkurrensverket och Sveriges Kommuner och Landsting har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till slutrapport. Ett seminarium har också hållits där tre forskare lämnade synpunkter på utkast till slutrapport. Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som riktar sig till regeringen.

Riksrevisor *Jan Landahl* har beslutat i detta ärende. Revisionsledare *Henrik Segerpalm* har varit föredragande. Revisionsledare *Lasse Einarsson*, revisor *Lena Olsson*, revisionsdirektör *Bengt Sundgren*, revisor *Beata Svensson* och revisionsdirektör *Anders Rånlund* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Jan Landahl

Henrik Segerpalm

För kännedom:

Regeringen: Socialdepartementet, Näringsdepartementet

Konkurrensverket

Socialstyrelsen

Sveriges Kommuner och Landsting

PRIMÄRVÅRDENS STYRNING – EFTER BEHOV ELLER EFTERFRÅGAN?



Innehåll

Sammanfattning	9
1 Inledning	15
1.1 Motiv till granskningen	15
1.2 Granskningens syfte	16
1.3 Utgångspunkter	17
1.4 Metoder för datainsamling och analys	18
2 Organisering, prioriteringsgrunder och tillgänglighetsreformer	21
2.1 Primärvårdens uppgift	21
2.2 Utgångspunkter för prioritering i primärvården	24
2.3 Valfrihet och lagstadgad vårdgaranti	26
2.4 Staten och primärvården	29
3 Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?	31
3.1 Utvecklingen av väntetider i primärvården	31
3.2 Utvecklingen av antalet besök i primärvården	33
3.3 Besöksmätningars värde	37
4 Etableras vårdcentraler där vårdbehoven finns?	43
4.1 Den fria etableringen har bidragit till fler vårdcentraler i nästan alla landsting	44
4.2 Har befolkningens sammansättning betydelse för var vårdcentraler etableras?	47
5 Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?	51
5.1 Personalbrist och korta anställningar bidrar till sämre kontinuitet	52
5.2 Finns förutsättningar för läkarkontinuitet där behoven är störst?	57
5.3 Kan fast vårdkontakt vara ett komplement när läkarkontinuiteten är låg?	62
6 Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?	63
6.1 Undanträngning av vårdkrävande grupper	64
6.2 Besöksutveckling för olika patientgrupper	65
7 Har förutsättningarna för en likvärdig vård ökat genom landstingens vårdvalssystem?	73
7.1 Mot ökad likhet?	73
7.2 Maktförskjutning i önskad riktning?	83
7.3 Ökad öppenhet om primärvårdens resultat?	88

forts.

8	Påverkar tillgänglighetsreformerna kostnaderna i primärvården?	91
8.1	Vårdens och primärvårdens kostnader	92
8.2	Primärvårdens kostnader per invånare	96
9	Slutsatser	101
9.1	Efterfråge- eller behovsstyrd primärvård?	103
9.2	Skapar vårdvalsmarknader större mångfald?	104
9.3	Fungerar ersättningsystemen?	105
9.4	Baksidor med en generell tillgänglighetsökning	106
9.5	Otillräcklig uppföljning av vad tillgänglighetsreformerna leder till	107
10	Rekommendationer	111
	Källförteckning	113
Bilaga 1	Analys av närhet till vårdcentral	121
Bilaga 2	Analys av kontinuitet och bemanning	129
Bilaga 3	Analys av vårdutnyttjande	137
Bilaga 4	Intervjuer och fokusgrupper	159

Sammanfattning

Riksrevisionen har granskat hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkar primärvården.

Ett av primärvårdens stora problem har varit bristande tillgänglighet för patienterna. Problemen med tillgängligheten var en viktig orsak till införandet av både vårdvalet och vårdgarantin. Vårdvalsreformen innebär att patienter har rätt att välja vårdcentral och att vårdgivare får etablera vårdcentraler var de vill. Riksdag och regering har infört en relativt avreglerad marknadsmodell där ersättningen följer patienten. Detta innebär att vårdgivarna numera konkurrerar om patienterna. Vårdgarantin syftar till att öka tillgängligheten genom att ange maxgränser för väntetider i primärvården.

Granskningen utgår från målet för all hälso- och sjukvård, det vill säga en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, samt de tre principer som ska styra vården:

- *Människovärdesprincipen:* Vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- *Behovs- och solidaritetsprincipen:* Den som har störst behov av vård ska ges företräde i vården.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen:* Hälso- och sjukvård ska bedrivas kostnadseffektivt men kostnadsöverbäganden i det enskilda fallet bör först göras när de två ovanstående principerna använts.

Riksrevisionen har funnit att reformerna har gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter och fler vårdcentraler. Men Riksrevisionen har också funnit att tillgänglighetsreformerna har fått stark styreffekt i primärvården och det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer. Vårdkostnaderna tycks öka, skillnaderna mellan landstingen minskar inte och vårdkrävande patienter missgynnas. De önskade effekterna för innovation och utveckling i vården verkar i stort sett ha uteblivit. De positiva resultaten av reformerna i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser förefaller i högre utsträckning ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del.

Riksrevisionen har granskat hur de statliga tillgänglighetsreformerna påverkar primärvården utifrån sex frågeställningar och har funnit följande:

1. **Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?** Telefon- och besökstillgängligheten har blivit bättre över tid. Förbättringarna inträffade dock i huvudsak före införandet av vårdvalsreformen och den lagstadgade vårdgarantin.

Den lagstadgade vårdgarantins inverkan på tillgängligheten i primärvården förefaller vara begränsad.

2. **Har den fria etableringen lett till att vårdcentralerna finns där behoven finns?** Vårdcentralerna har blivit fler och närheten till vårdcentraler har förbättrats för många invånare. Nya vårdcentraler har i större utsträckning etablerats i befolkningstäta områden samt i områden där vårdbehoven är lägre och invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Nedläggning av vårdcentraler har främst drabbat områden där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kan antas vara större.
3. **Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?** Primärvårdens förutsättningar att leva upp till lagens krav på en kontinuerlig vård varierar mellan landets vårdcentraler och dessa skillnader hänger delvis samman med var vårdcentralen är lokaliserad. Behovet av hyrläkare är stort i hela landet och störst i glesbygden. I städer och tätorter är läkartätheten lägre på vårdcentraler i områden där det förväntade vårdbehovet är större. Detta innebär att ett förväntat högt vårdbehov hanteras av färre läkare. De nya vårdcentralerna har ofta fler fast anställda läkare men är främst etablerade i områden där behoven av kontinuitet kan antas vara mindre. Det är svårt att mäta utvecklingen men Riksrevisionen har funnit indikationer på att förutsättningarna för kontinuitet har försämrats sedan tillgänglighetsreformerna infördes.
4. **Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?** Riksrevisionens undersökning i två regioner visar märkbara förändringar i vårdkonsumtionen efter vårdvalsreformens införande. Vårdutnyttjandet verkar bli mer ojämnt i vården som helhet. Många besökare med lätta och lindriga symtom har tillkommit efter reformen. Denna grupp patienter gör också fler läkarbesök efter reformens införande. Det omvända förhållandet gäller för de sjukaste patienterna, som gör färre läkarbesök.
5. **Har landstingen utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård har ökat?** Landstingens vårdvalssystem har inte blivit mer lika varandra så som riksdag och regering ville. Det finns fortfarande skillnader mellan landstingen vad gäller både uppdrag och ersättningsvillkor. Det är dessutom svårt att se att skillnaderna är motiverade av regionala skillnader mellan landets olika delar. Fokus på tillgänglighet och ökad detaljstyrning riskerar att missgynna patienter med stora vårdbehov. Det är fortfarande svårt att jämföra primärvården mellan olika landsting. Ambitionen att förbättra öppnheten om primärvårdens resultat har inte infriats.
6. **Påverkar tillgänglighetsreformerna kostnaderna i primärvården?** Inget tyder på att reformerna har minskat kostnaderna för primärvården. Trenden med successivt ökande kostnader över tid har fortsatt även efter reformernas införande.

Riksrevisionen vill särskilt poängtera följande:

Efterfråge- eller behovsstyrning, en inbyggd målkonflikt

Vårdmarknaderna är inte traditionella marknader där säljare och köpare möts. De är marknader med tre parter – en producent (vårdgivaren) som säljer en tjänst, en kund (patienten) som konsumerar tjänsten och samhället (skattebetalarna) som betalar.

Vårdvalsreformen har inneburit att makt förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna som det var tänkt. Landstingen ska endast formulera vårdgivarnas villkor. Därefter är det medborgarnas efterfrågan som avgör vad resultatet blir. Samtidigt ska vården styras enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det har dock visat sig vara svårt att skapa ersättningssystem som utgår från hälso- och sjukvårdslagens etiska principer.

Enligt Riksrevisionen skapades en målkonflikt när vårdvalsreformen infördes. Före vårdvalet fattades i högre utsträckning prioriteringsbesluten, förvisso utifrån begränsade budgetramar, av vårdpersonalen utifrån de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov. I dag fattas beslut om resursprioriteringar i primärvården i större utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan.

Reformens syfte, att primärvården skulle utvecklas i en efterfrågestyrd kundvalsmodell, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbehov bygger på olika logiker. Efterfrågestyrt innebär att marknaden erbjuder de lösningar som flest kunder efterfrågar. När efterfrågan på vård fått styra har konsumtionen av primärvård blivit större för relativt friska patienter från gynnade samhällsgrupper. De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter en aktör med makt och mandat, det vill säga motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Än så länge tycks inget landsting ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Riksrevisionen kan konstatera att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad.

Det har inte blivit större mångfald

Ökningen av privata vårdgivare inom den offentligt finansierade primärvården verkar inte ha stimulerat utvecklingen av nytänkande så som det var tänkt. En förklaring är troligen att kraven från staten och landstingen är allt för styrande, vilket hämmar utvecklingen av nya arbetssätt. Landstingens och statens styrning påverkar i allt för hög grad hur olika åtgärder ska utföras och vem som ska utföra dem. Detta innebär att vårdgivarna hindras från att själva utforma verksamheten. Genom att mångfalden är begränsad blir det också svårare för patienten att välja vårdgivare.

Ersättningssystemen kan styra fel

Landstingen ska utforma ersättningssystem som styr beteenden hos vårdgivarna. Krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp. Det är dock svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrssystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten.

Diagnossättningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting. Detta faktum verkar ha påverkat diagnossättningen i dessa landsting, vilket kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser. Detta kan i sin tur påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskar journalernas värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Att patientens val kan få ekonomiska effekter och att detaljstyrningen ökar innebär att andra faktorer än de rent medicinska påverkar personalens möte med patienten. Ersättningssystemen kan således försvåra för vårdpersonalen att fokusera på patientens vårdbehov och det patienten vill förmedla vid sitt besök.

När skevheter i ersättningssystem uppdagas gör landstingen korrigeringar som ofta leder till nya detaljerade krav. Ju mer komplext ersättningssystemet är, desto mer tid krävs för återrapportering. Detta resulterar i ökad administration för vårdpersonalen på bekostnad av tid för patienten. Prismekanismerna ökar också risken att den vård som ges och registreras manipuleras i syfte att öka ersättningen.

En generell tillgänglighetsökning skapar nya problem

En generell tillgänglighetsökning tar inte hänsyn till olika patienters behov av vård. Åtminstone för patienter med mer komplexa vårdbehov är antalet besök en osäker tillgänglighetsindikator om man inte väger in faktorer som exempelvis besökens kvalitet. Med målsättningen att i första hand vara tillgänglig genom att producera besök kan resultatet i stället bli en kvalitativt försämrad vård för dessa patienter.

Otillräcklig uppföljning av vad tillgänglighetsreformerna leder till

Regeringen sjösatte reformerna utan att planera för en enhetlig uppföljning. Det är därför svårt att värdera primärvårdens utveckling utifrån tillgänglig information.

Riksrevisionen noterar att det produceras stora mängder kvantitativa data om vården på nationell nivå; vissa av de uppföljningar som gjorts av statliga myndigheter har varit fokuserade på kvantitativa data utan djupare analys. Riksrevisionen kan konstatera att det i stor utsträckning saknas kunskap om hur olika grupper i samhället utnyttjar primärvården. Viktiga aspekter av primärvården, till exempel utvecklingen och

förmågan att erbjuda kontinuitet, har inte följts upp. Mycket av de data som presenteras om primärvården samlas dessutom in med hjälp av enkäter, vilket belastar individer, vårdgivare och landsting.

Primärvård anses vara en jämförelsevis kostnadseffektiv vårdform, men ingen statlig myndighet har hittills analyserat hur reformerna har påverkat landstingens kostnader. De tillgängliga uppgifter som finns på nationell nivå visar att kostnaderna inte har minskat efter att vårdvalet infördes utan fortsätter att öka. Någon motsvarande minskning av den specialiserade vårdens kostnader går dock inte att utläsa.

Riksrevisionens bedömning är att inte heller regeringens rapportering till riksdagen ger en helt rättvisande bild av vårdvalsreformens resultat.

Rekommendationer

Riksrevisionen anser att det finns ett antal åtgärder som är värda att pröva innan mer ingripande systemförändringar övervägs. Riksrevisionen vill därför rikta följande rekommendationer till regeringen:

- Ensa utformningen av vårdvalssystemen för primärvården
 - Gör ersättningssystemet så enkelt som möjligt och styr mot vårdens etiska principer.
 - Formulera inte primärvårdsuppdragen för brett.
- Verka för att hälso- och sjukvårdslagens undantagsbestämmelse om särbehandling kommer till användning.
- Tydliggör myndigheternas uppföljningsuppdrag.

1 Inledning

Ett av sjukvårdens mest långdragna problem har varit bristen på tillgänglighet för patienterna. Socialstyrelsen och patientnämnderna rapporterade tidigare återkommande om klagomål och svårigheter att komma i kontakt med sjukvården. Socialstyrelsen menade 2006 att tillgängligheten var det ”absolut dominerande problemet” och Vårdbarometern bekräftade samma år att patienter upplevde väntetider som mest otillfredsställande i hälso- och sjukvården.¹ Problemen med tillgänglighet var en viktig orsak till införandet av vårdvalet och vårdgarantin.

Vårdvalet och vårdgarantin motiverades med behovet att öka effektiviteten och kvaliteten i primärvården. Vårdvalet och vårdgarantin har det gemensamt att de är inriktade mot att stärka den generella tillgängligheten inom primärvården. Vi använder därför begreppet tillgänglighetsreformer parallellt med vårdvalet och vårdgarantin. Vårdvalsreformen innebär att patienter har rätt att själva välja vårdcentral och att vårdgivare får etablera vårdcentraler var de vill. För att stärka patienternas makt har regeringen infört en relativt avreglerad marknadsmodell där ersättningen följer patienten vilket innebär att vårdgivarna numera konkurrerar om patienter. Vårdgarantin syftar till att stärka tillgänglighet genom att ange maxgränser för väntetider i primärvården och den specialiserade vården.

Införandet av det obligatoriska vårdvalet 2010 innebar en stor förändring för landstingen. Från att tidigare ha haft direkt inflytande över primärvården reglerar landstingen nu i stället primärvården indirekt genom att besluta om förutsättningarna på marknaden. Exempel på sådan mer indirekt reglering är kravställning av vad som ingår i primärvårdsuppdraget, vad som ska ersättas och till vilka nivåer. Däremot kan inte landstingen reglera vilka som är leverantörer eller var dessa väljer att etablera sig.

1.1 Motiv till granskningen

Det är lätt att förstå värdet av att sjukvården är och upplevs vara tillgänglig för dem som behöver den. Mer komplicerat är det att definiera vad tillgänglig vård egentligen innebär. Handlar det om de mer rätlinjiga faktorerna i form av fysiskt avstånd till vårdcentralen och väntetider i telefon eller väntrum? Eller

¹ SOU 2008:37. *Vårdval i Sverige*, s. 26; Socialstyrelsen (2006). *Hälso- och sjukvård, lägesrapporter 2006, primärvård*, s. 75; Sveriges Kommuner och Landsting (2006). *Vårdbarometern*.

betyder en tillgänglig vård även att vården ges vid rätt tillfälle och med gott resultat?

Riksrevisionen har tagit del av rapporteringen om hur tillgänglighetsreformerna har utvecklats. Det gäller såväl de uppföljningar och utvärderingar som publicerats av statliga myndigheter, sjukvårdshuvudmän och andra aktörer, som regeringens rapportering till riksdagen. Den övergripande bild som förmedlas är att reformerna har bidragit till att patienter har fått närmare till vårdcentraler och lättare att komma i kontakt med primärvården. Att individer har fått en möjlighet att själva bestämma vårdgivare, får räknas till framgångarna.

För att kunna göra en rättvisande bedömning av reformernas resultat krävs dock en analys av hur resultatet förhåller sig till hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.² Myndigheten för vårdanalys och Karolinska Institutet har gjort analyser med denna inriktning, men det är Riksrevisionens uppfattning att det fortfarande saknas kunskap. Riksrevisionen avser att med denna granskning ge en mer allsidig belysning av hur de statliga tillgänglighetsreformerna påverkar primärvården.³

1.2 Granskningens syfte

Primärvården har genomgått stora förändringar under det senaste decenniet. En verksamhet som ska vägledas av centrala etiska principer om likvärdig vård och prioritet till de mest behövande ska nu bedrivas av vårdgivare vilkas överlevnad avgörs i konkurrens om patienter på en vårdmarknad. Villkoren för denna konkurrens avgörs av respektive landsting som bestämmer premisserna för vårdgivarnas ekonomiska ersättning och andra faktorer som berör vårdens utförande. Det finns dock en begränsad kunskap om hur dessa förändringar har påverkat möjligheten för primärvården att leva upp till hälso- och sjukvårdens centrala etiska principer.

Syftet med denna granskning är att göra en bredare bedömning än vad som hittills har gjorts av hur primärvården fungerar efter tillgänglighetsreformernas genomförande.

Riksrevisionen har valt att fokusera granskningen på sex frågeställningar som alla relaterar till hur dagens primärvård lyckas leva upp till förväntningarna på en god vård i hälso- och sjukvårdslagens mening.

² 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

³ Riksrevisionen, beslut 31-2013-0285.

- Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?
- Har den fria etableringen lett till att vårdcentralerna finns där behoven finns?
- Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?
- Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?
- Har landstingen utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård ökat?
- Påverkar tillgänglighetsreformerna kostnaderna i primärvården?

1.3 Utgångspunkter

Målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.⁴ Hälso- och sjukvårdslagen bygger på en etisk plattform som utgör grunden för planering och prioritering inom hälso- och sjukvården. Den etiska plattformen vilar på riksdagens beslut från 1997, vilket innebär att prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:⁵

- *Människovärdesprincipen:* Vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.⁶
- *Behovs- och solidaritetsprincipen:* Den som har störst behov av vård ska ges företräde i vården.⁷
- *Kostnadseffektivitetsprincipen:* Hälso- och sjukvård ska bedrivas kostnadseffektivt men kostnadsöverbäganden i det enskilda fallet bör först göras när de två ovanstående principerna använts.⁸

Av formuleringarna framgår att principerna har olika vikt. Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får inte innebära att sjukvården nekar vård till, eller försämrar kvaliteten i vården av de mest behövande.

Riksdagens beslut omfattar också skrivningar om vad som faller utanför de angivna prioriteringarna och som därför inte ska bedrivas inom offentligt finansierad verksamhet. Fall där egenvård är tillräcklig ska inte prioriteras. Enligt riksdagens beslut strider det också mot behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen att vidta åtgärder som inte har någon nyttoeffekt eftersom sådana insatser kan innebära påfrestningar för patienten och leda till en felaktig användning av sjukvårdens resurser.⁹

⁴ 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

⁵ Prop. 1996/97:60; bet. 1996/97: SoU14; protokoll 1996/97:90.

⁶ 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

⁷ 2 § 2 st. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

⁸ 28 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL; 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

⁹ Prop. 1996/97:60; bet. 1996/97: SoU14.

Primärvården utgör den första linjens vård där patienten erbjuds en första medicinsk bedömning. Därför är tanken att primärvården ska vara lätt tillgänglig och erbjuda ett brett vårdutbud.

Primärvården har även i uppgift att samordna patientens vård och erbjuda patienten kontinuitet. Detta kommer bland annat till uttryck i bestämmelsen om fast läkarkontakt.¹⁰ Patientens rättigheter till kontinuitet och samordning uttrycks också i hälso- och sjukvårdslagen, bland annat genom bestämmelsen om fast vårdkontakt.¹¹ Den 1 januari 2015 träder den nya patientlagen (2014:821) i kraft vilket innebär att bestämmelserna kommer regleras i patientlagen.¹²

1.4 Metoder för datainsamling och analys

Granskningen använder i möjligaste mån resultaten från tidigare studier och kartläggningar. I granskningen har vi studerat uppföljningar av primärvården och tillgängliga registerdata. För att jämföra och förstå primärvårdens utveckling har data bearbetats från olika källor och intervjuer genomförts med vissa uppgiftssamlade organisationer – Konkurrensverket, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Statistiska Centralbyrån (SCB), Socialstyrelsen, samt fem landsting. Intervjuer har också genomförts med personer från vårdgivare, landsting, forskare och andra statliga myndigheter.

Effekterna av den fria etableringsrätten har studerats genom statistiska analyser. Beräkningarna utgår från uppgifter om vårdcentralers geografiska placering före och efter att rätten till fri etablering infördes. Uppgifter om vårdcentralers placering har samkörts med uppgifter från SCB om det förväntade vårdbehovet hos befolkningen samt befolkningens socioekonomiska förutsättningar.

Vi har även studerat vårdgivarnas förmåga att ge patienterna en kontinuerlig vård. Förutsättningarna för kontinuerlig vård har studerats med hjälp av data från en bemanningsenkät gjord av Läkarförbundet 2012. Enkätmaterialet har samkörts med uppgifter från SCB om det förväntade vårdbehovet hos befolkningen och befolkningens socioekonomiska status i det område där vårdcentralen är belägen. Bland annat har skillnader mellan olika typer av vårdcentraler studerats. Statistiska analyser har också gjorts på material från två landsting och på data från Socialstyrelsens uppföljning av bestämmelsen om fast vårdkontakt.¹³

¹⁰ 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

¹¹ 2 a, andra stycket, 29 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

¹² Prop. 2013/14:106; bet. 2013/14: SoU24; rskr. 2013/14:327.

¹³ 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

Reformernas effekter på läkarbesök i olika grupper i befolkningen i två av Sveriges största landstingsregioner (Skåne och Västra Götaland) har studerats. Analyserna bygger på regionernas egna data, där data från individuella läkarbesök använts för analyserna för åren 2007, 2008, 2010 och 2011. Regionernas data omfattar alla offentligt finansierade läkarbesök för sjukvård, oavsett driftform. Analyserna har genomfört av Anders Beckman, docent i allmänmedicin vid Lunds universitet, på Riksrevisionens uppdrag.

Analysen av statens och landstingens styrning av primärvården bygger på styrdokument på olika nivåer, intervjuer med personal inom staten och besök och intervjuer i Jämtlands läns landsting, Region Skåne, Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen.¹⁴ Fem fokusgrupper har hållits med vårdpersonal i primärvården: verksamhetschefer (1 grupp), läkare (2 grupper), sjuksköterskor och fysioterapeuter (1 grupp). Vi har också besökt ett antal vårdcentraler och träffat företrädare för Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Läkarförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, SKL och Vårdföretagarna.

En enkät har besvarats av landstingsrepresentanter i SKL:s vårdvalsnätverk. Enkäten berörde frågor om landstingens organisation och administration av primärvården.¹⁵

Den 25 september 2014 anordnade Riksrevisionen ett seminarium där tre forskare deltog och lämnade synpunkter på ett tidigare utkast av denna rapport. Medverkande forskare var Anders Anell, adjungerad professor i nationalekonomi vid Lunds universitet, Anders Beckman, distriktsläkare och docent i allmänmedicin vid Lunds universitet, samt Bo Burström, överläkare och professor i folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet.

Bilaga 1–3 innehåller en mer utförlig beskrivning av våra statistiska metoder. Bilaga 4 innehåller en förteckning över de intervjuer och fokusgrupper som gjorts inom ramen för granskningen.

¹⁴ Under granskningens förstudie besöktes även Jönköpings läns landsting.

¹⁵ Svar inkom från 19 svarande från 18 av landstingen.

2 Organisering, prioriteringsgrunder och tillgänglighetsreformer

I detta kapitel beskrivs primärvårdens uppgifter samt riksdagens och regeringens beslutade utgångspunkter för prioriteringar för primärvården. Här beskrivs också vårdvalsreformen och vårdgarantin.

2.1 Primärvårdens uppgift

Primärvårdens funktion inom hälso- och sjukvården är central. Primärvården ska arbeta förebyggande vara tillgänglig, erbjuda kontinuitet och ett brett vårdutbud, samt stå för en stor del av den samordning som patienterna behöver för att få en god vård. Här behandlas skador och sjukdomar som inte kräver sjukhusvård. I primärvården ska en första medicinsk bedömning göras; den är på så sätt en förutsättning för att patienten ska få rätt behandling i senare led.¹⁶ De beslut som fattas inom primärvården har därför stor betydelse för kvaliteten och effektiviteten i hela hälso- och sjukvården. I primärvården rehabiliteras också patienter som behandlats i slutenvården.

I hälso- och sjukvårdslagen definieras primärvård som en del av den öppna vården och i motsats till sjukhusvården.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.¹⁷

Det har gjorts försök att ta fram en mer enhetlig definition av primärvårdens uppdrag, senast i samband med vårdvalets införande.¹⁸ En förklaring till svårigheterna har varit att primärvårdens omfattning är beroende av det övriga vårdutbudet regionalt och lokalt. Primärvårdens verksamhet har genom åren

¹⁶ Prop. 1996/97:60; bet. 1996/97: SoU14; protokoll 1996/97:90.

¹⁷ 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

¹⁸ Prop. 2008/09:74, s. 29ff.

blivit mer omfattande. Idag utför primärvården mer avancerad vård än tidigare. Ambitionen har varit att bygga ut primärvården. En förklaring till denna ambition är att primärvården anses vara relativt kostnadseffektiv i förhållande till andra vårdformer.¹⁹

Att primärvården är första linjens vårdinstans innebär normalt inte att primärvården har en formell "grindvaktsfunktion".²⁰ I de allra flesta landsting är patienter fria att direkt ta kontakt med den specialiserade sjukvården och det finns ingen reglering av vilka vårdbehov som ska behandlas på respektive vårdnivå. Landstingen försöker dock på olika sätt att styra utbud och efterfrågan till önskvärd vårdnivå, till exempel genom ersättning för täckningsgrad och differentierade patientavgifter.²¹ Med dessa styrmedel försöker landstingen skapa incitament för vårdcentralerna att tillgodose en hög andel av vårdbehovet hos sina patienter.²²

2.1.1 *Organisering*

Primärvård bedrivs i huvudsak vid vårdcentraler.²³ Grundläggande inslag i vårdcentralers verksamhet är läkar- och distriktssköterskemottagning, jourverksamhet, hembesök, individprevention och samverkan med andra vårdgivare. Riksdag och regering har tidigt framhållits betydelsen av samarbete mellan olika professioner i primärvården och att samarbetet har fått ökad betydelse.²⁴ Särskild vikt har dock lagts vid allmänläkaren som ansvarig för patientsäkerheten, kvaliteten samt patientens kontinuerliga kontakter med primärvården.²⁵

För att hälso- och sjukvården ska kunna kontrolleras på ett effektivt sätt krävs det, enligt riksdagen och regeringen, att ledningsfunktionen är tydlig. Det ska finnas någon som ansvarar för verksamheten, en verksamhetschef.²⁶ Verksamhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten och för att det

¹⁹ Socialstyrelsen (1999). *Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården*; Socialstyrelsen (2010). *Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning*, s. 9f.; Läkarförbundet (2014). *Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval*.

²⁰ Prop. 2008/09:74, s. 9; <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Remiss/> [hämtat 2014-10-06].

²¹ Täckningsgraden innebär att vårdgivaren får ett avdrag om vårdcentralens listade patienter konsumerar vård hos andra vårdgivare.

²² Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?* s. 49.

²³ Med vårdcentral menas också det som i en del landsting kallas för till exempel hälsocentral, hälsovårdscentral, distriktsläkarmottagning, husläkarmottagning, familjeläkarmottagning, eller liknande.

²⁴ Prop. 1978/79:178, s. 8; bet. 1978/79: SoU47, s. 16; prop. 1979/80:116, s. 11; prop. 1999/2000:149; bet. 2000/01: SoU5; prop. 2009/10:67 bet. 2009/10: SoU7; rskr. 2009/10:212.

²⁵ Prop. 1979/80:116, s. 17; prop. 1992/93:160; bet. 1992/93: SoU22; prop. 1994/95:195, s. 41; bet. 1994/95: SoU24; protokoll 1994/95:114; prop. 2008/09:74; bet. 2008/09: SoU9; rskr. 2008/09:172.

²⁶ 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

medicinska omhändertagandet av patienten tillgodoser kravet på säker och god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen (2010:659).²⁷ Verksamhetschefen behöver inte nödvändigtvis ha medicinsk kompetens utan kan delegera uppgifter.²⁸

Staten styr primärvården genom lagstiftning, vägledning, tillsyn, uppföljning samt genom överenskommelser mellan stat och landsting. Överenskommelserna mellan stat och landsting tecknas mellan Socialdepartementet och SKL. Nyligen publicerade Riksrevisionen en granskning om överenskommelserna mellan regeringen och SKL.²⁹

Landstingen ansvarar för att alla som är bosatta inom landstinget har tillgång till primärvård. Samtidigt har vårdvalsreformen medfört att makt förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgare och vårdföretag. Individer ska genom sina val påverka var vårdgivarnas lokalisering, deras agerande, och hur de utvecklas.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.³⁰

Det finns både offentliga och privata leverantörer av primärvårdstjänster.³¹ Landstinget ska ge sina egna vårdgivare och privata vårdgivare likvärdiga villkor.³²

Den centrala delen i landstingens styrning och organisering av primärvården är regelböcker för vårdcentralernas verksamhet, så kallade förfrågningsunderlag. Förfrågningsunderlagen ska innehålla krav som måste uppfyllas av de vårdgivare som önskar etablera sig. De ska också innehålla regler om hur vårdgivare ska ersättas för sina prestationer. Samtliga vårdgivare inom landstingen ska få ersättning utifrån samma principer. Kraven på vårdgivarna och ersättningssystemens konstruktion varierar dock mellan landstingen.

²⁷ 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL; 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

²⁸ Prop. 1995/96:176, s. 57ff; bet. 1995/96: SoU18.

²⁹ Riksrevisionen 2014:20, *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*.

³⁰ 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

³¹ Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*, s. 23.

³² 1 kap 2 § lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

För att landstingen ska kunna styra vårdgivarna följer de också upp vårdgivarna utifrån olika parametrar. Landstingen ställer därmed krav på vårdgivarna att leverera vissa uppgifter till landstinget för att exempelvis kunna betala ut ersättning. Vad som följs upp styrs av landstingens förfrågningsunderlag och varierar således mellan landstingen. Förfrågningsunderlaget har med andra ord stor betydelse för hur vårdgivarna bedriver primärvården i det specifika landstinget samt för hur primärvården definieras, utförs och följs upp.

Primärvården finansieras till största delen genom landstingsskatten och till en mindre del av patientavgifter och statliga medel. Vårdgivarna inom primärvården får större delen av sin ersättning från landstingen baserad på medborgarnas val av vårdcentral.

2.2 Utgångspunkter för prioritering i primärvården

2.2.1 Den etiska plattformen

I hälso- och sjukvårdslagen anges att målen för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.³³ Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa.³⁴

I bestämmelsen lagfästs huvudprinciperna för hur resurserna i svensk hälso- och sjukvård ska fördelas mellan medborgarna liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Grunden för prioriteringarna vilar på riksdagens beslut från 1997 om prioritering i vården.³⁵ Beslutet innebär, som tidigare nämnts, att prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:

1. *Människovärdesprincipen*: Vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
2. *Behovs- och solidaritetsprincipen*: Den som har störst behov av vård ska ges företräde i vården.
3. *Kostnadseffektivitetsprincipen*: Hälso- och sjukvård ska bedrivas kostnadseffektivt, men kostnadsöverbäganden i det enskilda fallet bör först göras när de två ovanstående principerna använts.³⁶

Av formuleringen framgår att principerna har olika vikt. Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till, eller försämrar kvaliteten av vården av de mest behövande.

³³ 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

³⁴ 2 c § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

³⁵ Prop. 1996/97:60; bet. 1996/97: SoU14; protokoll 1996/97:90.

³⁶ 28 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL; 3 kap 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Riksdag och regering ansåg att principerna inte utgjorde en tillräcklig grund för prioriteringar i vården, därför gav de, i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen, exempel på vilka prioriteringar som bör göras mellan olika sjukdomstillstånd. I dessa exempel anges bland annat att akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högsta prioritet. Patienttillstånd där egenvård är tillräcklig ska däremot inte finansieras med offentliga medel. Onödiga undersökningar och icke verksamma behandlingar strider mot behovs-, solidaritets- och kostnadseffektivitetsprinciperna och ska därför inte heller finansieras med offentliga medel.³⁷

Den första medicinska bedömningen ingår inte i prioriteringsordningen eftersom den utgör en utgångspunkt för just prioritering. En adekvat diagnostisering är central i sammanhanget, dels för att kunna ge rätt behandling, god omvårdnad etc., dels för att kunna prioritera i hälso- och sjukvården.³⁸ Betydelsen av god tillgänglighet och rätt till en snar första bedömning av hälsotillstånd markerades ytterligare 2006 genom riksdagens beslut om utveckling av vård och omsorg om äldre.³⁹

Den etiska plattformen ligger till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilka utgör ett stöd vid prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.⁴⁰

Den etiska plattformen var för några år sedan föremål för utredning av bland annat Socialstyrelsen, Prioriteringscentrum och Statens medicinetiska råd (SMER).⁴¹ Efter att dessa tre instanser redovisat sina respektive utredningar meddelade regeringen 2009 att riksdagens etiska plattform ligger fast. Regeringen föreslog därför inga förändringar.⁴²

³⁷ Prop. 1996/97:60; bet. 1996/97: SoU14; protokoll 1996/97:90.

³⁸ Prop. 1996/97:60, s. 29; bet. 1996/97: SoU14; protokoll 1996/97:90.

³⁹ Prop. 2005/06:115; bet. 2005/06: SoU26; rskr. 2005/06:301.

⁴⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellriktlinjer/> [2014-07-01].

⁴¹ SMER (2009). *Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården*; Socialstyrelsen (2007). *Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?"*; Prioriteringscentrum (2007). *Vårdens alltför svåra val. Se även Riksrevisionen 2004:9, Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*; SOU 2001:8, *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare*.

⁴² <http://www.regeringen.se/sb/d/11537/a/120691> [hämtat 2014-07-01].

2.3 Valfrihet och lagstadgad vårdgaranti

Olika reformer har sedan slutet på 1980-talet genomförts för att stärka valfriheten, kontinuiteten och tillgängligheten i primärvården.⁴³ Vårdvals- och vårdgarantireformerna bygger på dessa tidigare reformer.

2.3.1 Vårdvalsreformen

Landstingen fick 2009 möjlighet⁴⁴ att organisera ett fritt vårdval i primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).⁴⁵ Det blev obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010.⁴⁶

Vårdvalsreformen bygger på idéer från den husläkarreform som trädde i kraft 1994, men som revs upp efter regeringsskiftet samma år. Husläkarreformen innebar en valfrihet för patienten att välja läkare. Det innebar också etableringsrätt för läkare och sjukgymnaster, vilka ersattes enligt en nationell taxa. Syftet var att stärka kontinuiteten och tillgängligheten genom att stärka patientens fria val av husläkare.⁴⁷ Rätten till val av läkare behölls efter det att husläkarreformen hade rivits upp. Detta genom att hälso- och sjukvårdslagen fick en ny bestämmelse om allas rätt att få välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.⁴⁸

Upphandling enligt LOV innebär, till skillnad från upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling att alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav på primärvård fritt får etablera sig.⁴⁹ Detta innebär i praktiken att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras.

Syftet med vårdvalsreformen var, enligt regeringen, att sätta individen i fokus, förskjuta makt från politiker och tjänstemän till medborgare, ökad valfrihet och ökat inflytande samt få fler utförare och större mångfald. Regeringen menade att reformen skulle skapa förutsättningar som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvaliteten och effektiviteten i vården, eftersom pengarna följer patienten och patienterna kommer att söka sig till de verksamheter som har

⁴³ Landstingsförbundets rekommendation om valfrihet som omfattade primärvård (1989); Husläkarreformen (1994); Överenskommelse om vårdgaranti i primärvården (1996); Nationell plan för utveckling av hälso- och sjukvården (2000); Överenskommelse om vårdgaranti i primärvården (2005).

⁴⁴ Tre landsting (Halland, Västmanland, Stockholm) införde vårdval i primärvården före 2009.

⁴⁵ Prop. 2008/09:29; bet. 2008/09: SoU5; rskr. 2008/09:61.

⁴⁶ Prop. 2008/09:74; bet. 2008/09: SoU9; rskr. 2008/09:172.

⁴⁷ Prop. 1992/93:160; bet. 1992/93: SoU22.

⁴⁸ 1994/95:195, s. 41; bet. 1994/95: SoU24; protokoll 1994/95:114.

⁴⁹ 5 kap. 1 § lag (2010:962) om valfrihetssystem, LOV; lag (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU.

bäst kvalitet.⁵⁰ Ytterligare ett syfte med vårdvalsreformen var att regelförenkla och underlätta för små företag att vara leverantörer till den offentliga sektorn.⁵¹

Enligt regeringen är en förutsättning för att ett vårdvalssystem ska få positiva effekter på kvalitet, patientinflytande och kostnadseffektivitet att det finns en reell möjlighet att välja utförare. För att kunna välja krävdes att befolkningen gavs möjlighet att göra rationella val utifrån egna behov och preferenser.⁵² Landstingen gavs därför ett ansvar att tillhandahålla information om utförarna som är saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig.⁵³

Den ursprungliga utredningen om vårdval innehöll förslag om ett nationellt grunduppdrag för primärvården. Landstingen skulle sedan få komplettera grunduppdraget utifrån sina lokala förutsättningar och på så sätt forma egna vårdvalssystem.⁵⁴ Utredaren menade att förslaget skulle ge en mer likartad primärvård över hela landet och ett tydligare offentligt åtagande. Utredaren pekade vidare på att nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav också gynnar kvalitetsutvecklingen. Patientens rätt skulle dessutom kunna tydliggöras nationellt samtidigt som vårdgivarna fick lika regler att verka inom.⁵⁵

Tanken var alltså att vårdvalssystemen skulle vara relativt lika i hela landet. Regeringen såg fördelar med att göra vårdvalssystemet enhetligt över landet, framförallt eftersom en enhetlig modell på ett bättre sätt kunde bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Många landsting var dock kritiska och såg det som en inskränkning av det kommunala självstyret. De gavs därför stor frihet att på egen hand utforma sina vårdvalssystem. Vad primärvården närmare omfattar definieras alltså av respektive landsting som beslutar om dels krav och villkor som ska ställas på utförare av primärvård, dels ersättningsens utformning. Landstingen har stor frihet att själva utforma vilka tjänster som ska ingå samt vilka krav och villkor som ställs på vårdgivarna. Landstingens krav får dock inte strida mot lagar eller föreskrifter som statliga myndigheter utfärdar.

Som beställare av primärvård är huvudprincipen att landstinget är skyldigt att behandla alla utförare lika, vilket innebär att landstinget inte får särbehandla vårdcentraler som landstinget själv driver om det inte finns skäl för det. Ett skäl kan vara att ingen vårdgivare vill tillhandahålla vård inom ett visst

⁵⁰ Prop. 2008/09:29, s. 54; prop. 2008/09:74, s. 29.

⁵¹ Prop. 2008/09:29, s. 83.

⁵² Prop. 2008/09:74, s. 33.

⁵³ 9 kap. 1 § lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

⁵⁴ SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, s. 103.

⁵⁵ Prop. 2008/09:74, bilaga 1.

geografiskt område med den ekonomiska ersättning som landstinget angett i förfrågningsunderlaget.⁵⁶ Undantagsmöjlighet har hittills inte åberopats och därmed inte heller prövats. Vad som däremot förekommit är att privata vårdgivare i några fall protesterat då de ansett att landstingens egen regiverksamheter har tillåtits gå med förlust eller fått otillåtna subventioner via landstingsbudgeten. Konkurrensverket som är tillsynsmyndighet för lagen om valfrihetssystem kan inte pröva bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen. I ett beslut rörande ett fall i Jämtland skriver dock Konkurrensverket att landstinget bör göra en översyn av vilka fria nyttigheter de landstingsdrivna enheterna har och anpassa ersättningsnivå och beskrivning i förfrågningsunderlaget därefter. Alternativt bör landstinget fördela kostnaderna för de fria nyttigheterna på de egna landstingsdrivna enheterna.⁵⁷

Mot bakgrund av behovet av en likvärdig behandling i hela landet skrev regeringen i propositionen att landstingen bör samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Riksdagen delade regeringens ståndpunkt. Regeringen avsåg att följa detta arbete noggrant och aktualisera frågan i de löpande kontakterna med SKL.⁵⁸

Regeringen har tillsatt en vårdvalssamordnare med uppdrag att se över hur vårdvalet kan utvecklas i specialistvården. Samordnaren ska också se över vårdvalet och framväxten av sammanhållna vårdkedjor mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

2.3.2 *Lagstadgad vårdgaranti*

Vårdgarantin i primärvården avser att säkerställa kontakt via telefon och ett första läkarbesök i primärvården samt att behandling inleds i den specialiserade vården. Alla andra åtgärder faller utanför vårdgarantin. Det innebär att vårdgarantin inte omfattar till exempel medicinska utredningar och diagnostik vid återbesök eller uppföljningar.

Enligt bestämmelserna har landstingen ansvar för att vårdgarantins tidsgränser uppnås. De angivna tidsgränserna innebär att en enskild person som söker kontakt med primärvården ska få kontakt samma dag, (tillgänglighetsgarantin) och ett läkarbesök inom 7 dagar från det att man har sökt kontakt med

⁵⁶ 2 § lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. I prop. 2008/09:74, s. 52, anges att skäl att särbehandla olika utförare kan föreligga exempelvis då ingen utförare är intresserad av att tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som angavs i förfrågningsunderlaget. Vidare kunde landstingets s.k. befolkningsansvar motivera förmånligare ekonomiska villkor än för de externa utförarna i den mån detta yttersta ansvar för patienterna medför högre kostnader.

⁵⁷ Konkurrensverket, *Påstått problem gällande brist på konkurrensneutralitet inom Hälsoval Jämtland*, beslut 2013-10-23, dnr 348/2013.

⁵⁸ Prop. 2008/09:74, s. 32; bet. 2008/09: SoU9, s. 15.

primärvården, förutsatt att vårdgivaren har bedömt att personen behöver besöka läkare (besöksgarantin).⁵⁹

Primärvården omfattades av den överenskommelse om vårdgaranti som fanns mellan regeringen och SKL mellan 1996 och 2010. Från den 1 juli 2010 regleras vårdgarantin i stället i hälso- och sjukvårdslagen. Nuvarande tidsgränser är de samma som beslutades om i regeringens och SKL:s överenskommelse 2005.⁶⁰ De skäl som regeringen angav för att lagstifta om vårdgarantin 2010 var att de tidigare överenskommelserna inte i tillräcklig grad lett till förbättringar av vårdens tillgänglighet. Regeringen hänvisade också till Socialstyrelsens utvärderingar som visade att det fanns brister hos huvudmännen när det gällde viljan att prioritera tillgänglighetsfrågor. Vidare pekade regeringen på fördelarna med en rättslig grund för vårdgarantin som tydliggör att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär.⁶¹

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp vårdgarantin för hela hälso- och sjukvården sedan flera år. Inom ramen för ett tilläggsuppdrag har myndigheten också gjort fördjupade analyser av eventuell undanträngning av vårdbehövande grupper.⁶² År 2014 fick Myndigheten för vårdanalys ta över uppdraget att följa upp effekterna av den nationella vårdgarantin.⁶³

2.4 Staten och primärvården

Staten har ett generellt ansvar för att skapa förutsättningar för att medborgarna får god vård enligt de etiska riktlinjerna. Statens starkaste styrmedel är lagstiftning och andra typer av regelstyrning. Vårdgarantin är ett exempel på ett sådant styrmedel. Landstingen ansvarar för att vårdgarantins tidsgränser uppnås, tidsgränserna är fastställda i lag och lika för alla landsting. Staten ger också riktade bidrag. Villkoren för dessa fastställs vanligtvis i överenskommelser mellan staten och SKL.⁶⁴ Den framtida tillgången på läkare, sjuksköterskor och andra personalkategorier påverkas i hög grad av statens anslag till högre utbildning och forskning.

⁵⁹ 2 § förordning om vårdgaranti (2010:349).

⁶⁰ 2b § och 3g–3h § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Lagreglerna kompletteras i förordningen (2010:349) om vårdgaranti, som bl.a. innehåller bestämmelser om vårdgarantins olika tidsfrister.

⁶¹ Prop. 2009/10:67, s. 37ff.

⁶² Regeringsbeslut S2009/4232/HS (delvis); Regeringsbeslut S2009/4232/HS (slutlig).

⁶³ Regeringsbeslut S2014/4440/FS, *Regeringsbrev för budgetåret 2014 avseende Myndigheten för vårdanalys*.

⁶⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en arbetsgivar- och intresseorganisation för alla kommuner, landsting och regioner.

Landstingen ansvarar för att primärvård bedrivs och upphandlas. Det kommunala självstyret innebär begränsningar för statens möjligheter att direkt styra landstingen, vilket gör att regeringen och dess myndigheter ofta arbetar med kunskapsstyrning genom tillsyn, uppföljning och utvärdering. Myndigheternas tillsyn, uppföljningar och utvärderingar är också medel för att regeringen ska kunna förse riksdagen med information och beslutsunderlag om hälso- och sjukvårdens resultat på nationell nivå.

Regeringen är ansvarig för vilka myndigheter som finns och vad dessa ska göra. Flera departement och myndigheter har funktioner att styra, stödja, kontrollera och utvärdera landstingens arbete med primärvård.

Konkurrensverket är utsedd tillsynsmyndighet över LOV. Tillväxtverket och Tillväxtanalys har också funktioner som berör primärvården, de sorterar under Näringsdepartementet. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för vårdanalys, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har alla uppdrag att följa upp och granska områden som rör primärvården och är organiserade under Socialdepartementet. Statistiska centralbyrån (SCB) svarar för hälsoräkenskaperna och är placerade under Finansdepartementet. Vid Linköpings Universitet finns Prioriteringscentrum som ska vara ett nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg. Regeringen har också inrättat statens medicinsk-etiska råd (SMER) som har till uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv.

3 Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?

Syftet med vårdgarantin och ett av syftena med vårdvalet har varit att stärka tillgängligheten i primärvården, det vill säga att patienten snabbt ska få kontakt med primärvården och få träffa en läkare. Det är förbättringarna på detta område som hittills har präglat mycket av diskussionen om reformernas resultat.

I följande kapitel redogörs för hur tillgängligheten har utvecklats sedan reformerna genomfördes.

Riksrevisionen konstaterar att effekterna av vårdgarantin i primärvården i huvudsak kom redan när den reglerades genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vårdgarantins införande i hälso- och sjukvårdslagen har haft marginella effekter. Vidare konstaterar Riksrevisionen att antalet besök i primärvården har ökat marginellt sedan tillgänglighetsreformerna infördes.

3.1 Utvecklingen av väntetider i primärvården

Väntetiderna i primärvården används av olika organisationer som indikatorer på tillgänglighet i primärvården.

3.1.1 Utvecklingen av väntetider 2005–2009

År 2005 beskriver Socialstyrelsen betydande problem med tillgängligheten till landets vårdcentraler. Bland annat konstaterade man att såväl telefon- som besökstillgängligheten var på en låg nivå. Dessutom rapporterade Patientnämnderna om klagomål vad gällde möjligheten att få kontakt per telefon, och boka tid för läkarbesök.⁶⁵ År 2008 konstaterade Socialstyrelsen att samtliga landsting hade genomfört insatser för att förbättra tillgängligheten och att telefontillgängligheten hade förbättrats.⁶⁶

I samband med att vårdgarantin blev en lagstadgad rättighet pekade regeringen på att väntetiderna i telefon successivt hade förbättrats sedan 2006 och att nära 90 procent av de inkomna samtalen besvarades samma dag. När det gällde

⁶⁵ Socialstyrelsen (2004). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport*, s. 7–8, 67f. (Beskrivs även i SOU 2008:37, s. 23f.)

⁶⁶ Socialstyrelsen (2008) *Uppföljning av den nationella vårdgarantin*, s. 8.

besök hos läkare i primärvården hade 91 procent av patienterna fått komma på besök inom 7 dagar. Regeringen konstaterade dock att skillnaderna mellan landstingen fortfarande var stora 2009.⁶⁷

3.1.2 *Utvecklingen av väntetider efter 2010*

Mycket tyder på att vårdgarantin har gett positiva effekter men att dessa var ett resultat av den överenskommelse som slöts 2005 och inte som ett resultat av att vårdgarantin lagreglerades. Landstingen mäter telefontillgängligheten och väntetiderna innan ett första läkarbesök i primärvården och rapporterar in detta till SKL. SKL redovisar resultaten i en databas som finns på webbplatsen *vantetider.se*.⁶⁸ Tiderna redovisas två gånger årligen sedan 2009, enligt databasen har telefontillgängligheten varit relativt stabil mellan 2009 och våren 2014, den har pendlat mellan 88 och 92 procent. Skillnaderna mellan landstingen har blivit marginellt mindre sedan 2009. Utvecklingen när det gäller att få tid hos en läkare i primärvården inom 7 dagar uppvisar en liknande bild. Frekvensen mellan 2009 och våren 2014 var stabil och pendlade mellan 91 och 93 procent. Skillnaderna mellan landstingen har ökat marginellt.

SKL undersöker även de patientupplevda väntetiderna inom hälso- och sjukvården i en återkommande nationell patientenkät och den visar i stället att de upplevda väntetiderna för att få komma på ett läkarbesök har blivit längre. I enkäten ställs frågan "Hur länge fick du vänta på ditt besök?" Andelen som svarande att de fick vänta mer än 7 dagar var som lägst (14 procent) 2010 och som högst (19 procent) 2013.

3.1.3 *Verkliga och registrerade väntetider*

Mätresultaten kan påverkas av hur viktigt det är för vårdgivare att få bra mätvärden. Många landsting betalar också ut extra ersättning till de vårdcentraler som lyckas pressa ner sina väntetider. Socialstyrelsen menar att andelen patienter som får komma inom 7 dagar är beroende av hur långt fram i tiden patienter kan bokas in för ett läkarbesök.⁶⁹ Vissa vårdcentraler har en mycket begränsad tidsbokning framåt i tiden. Är det omöjligt att boka tid senare kan mätvärdena alltså aldrig överskrida 7 dagar. Väljer vårdcentralen istället att registrera ett besök som "patientvald väntan" räknas inte besöket in

⁶⁷ Prop. 2009/10:67, s. 28.

⁶⁸ Uppgifterna är hämtade från *Väntetider.se* en webbplats som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting som kontinuerligt samlar in väntetidsuppgifter från landstingens/regionerna.

⁶⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojhs/lakarbesokinomsjudagariprimarv> [hämtat 2014-09-13].

i statistiken vilket kan innebära att vårdcentraler anpassar sin registrering efter uppföljningssystemen.⁷⁰

Enligt Socialstyrelsen kan telefontillgängligheten hos en vårdcentral också påverkas av att patienter endast kan boka tid samma dag.⁷¹ Om patienterna ombeds att ringa nästa dag, i de fall alla tider är upptagna den aktuella dagen, ger mätningen en falsk bild av tillgängligheten. Liknande exempel har beskrivits vid Riksrevisionens intervjuer med vårdpersonal.

3.2 Utvecklingen av antalet besök i primärvården

Olika typer av besöksmätningar används för att beskriva utvecklingen i primärvården. Nedan redovisas utvecklingen av olika produktivetsmått i vården.

3.2.1 Antalet vårdkontakter

Ett ökat antal vårdkontakter har i olika sammanhang framhållits som ett positivt resultat av vårdvalsreformen. I budgetpropositionen för 2014 beskriver regeringen att antalet besök i primärvården har ökat relativt kraftigt för samtliga grupper efter införandet av vårdval.⁷² Regeringens källa är en rapport från Vårdanalys som jämför antalet vårdkontakter för personer med olika sjukdomar i tre landsting.⁷³ Rapportens fokus är dock inte antalet besök i respektive landsting, eller situationen i landet.

Att mäta viktade vårdkontakter istället för att mäta antalet besök är ett försök att ta hänsyn till vårdens resursförbrukning vid olika typer av kontakter. Vad en viktad vårdkontakt innebär är dock något förvirrande, eftersom definitionen skiljer sig åt beroende på vilken aktör som använder måttet. Vårdanalys och SKL mäter viktade vårdkontakter på olika sätt.⁷⁴

⁷⁰ Albinsson, Gunnar, *Förbättrad tillgänglighet eller förändrad registrering?* i Allmänmedicin. Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin nummer 3 2013 årgång 34.

⁷¹ <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojhs/lakarbesokinomsjudagariprimarv> [hämtat 2014-09-13].

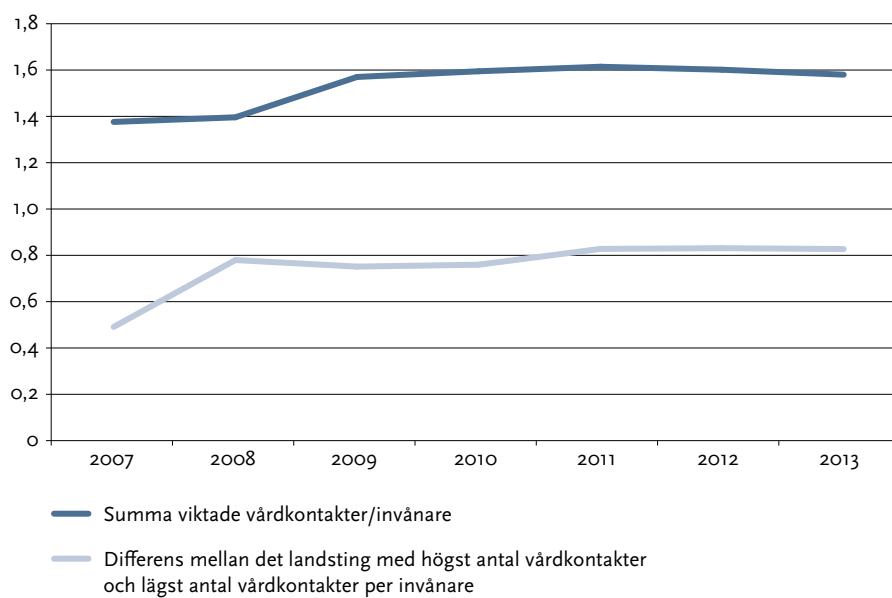
⁷² Prop. 2013/14:1 Utgiftsområde 9, s. 28.

⁷³ Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?*

⁷⁴ I Vårdanalys rapport anges att de använder ett index utifrån SKL:s uppskattning av den resursförbrukning som är knuten till de olika typerna av besök hos olika personalkategorier och refererar till SKLs verksamhetsstatistik för 2002. Enligt Vårdanalys ges ett besök i hemmet i relation till på mottagning dubbel vikt (2,0) och ett besök utfört av sjuksköterska viktas med 0,4 i relation till ett läkarbesök. SKLs definition av viktade vårdkontakter mäter också resursförbrukning men hänsyn tas också till telefonkontakter. Ett hembesök har beräknats motsvara två mottagningsbesök och en telefonkontakt en tredjedel av ett mottagningsbesök. SKLs verksamhetsstatistik mäter viktade vårdbesök för olika personalkategorier och gör ingen sammanvägning för läkare och sjuksköterskor. <http://www.skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html> [hämtat 2014-09-13].

Nedanstående diagram visar antalet viktade vårdkontakter (primärvård, allmänläkarvård) per invånare enligt SKL:s definition.

Diagram 3.1 Viktade vårdkontakter per invånare i primärvården, allmänläkarvård, 2007–2013



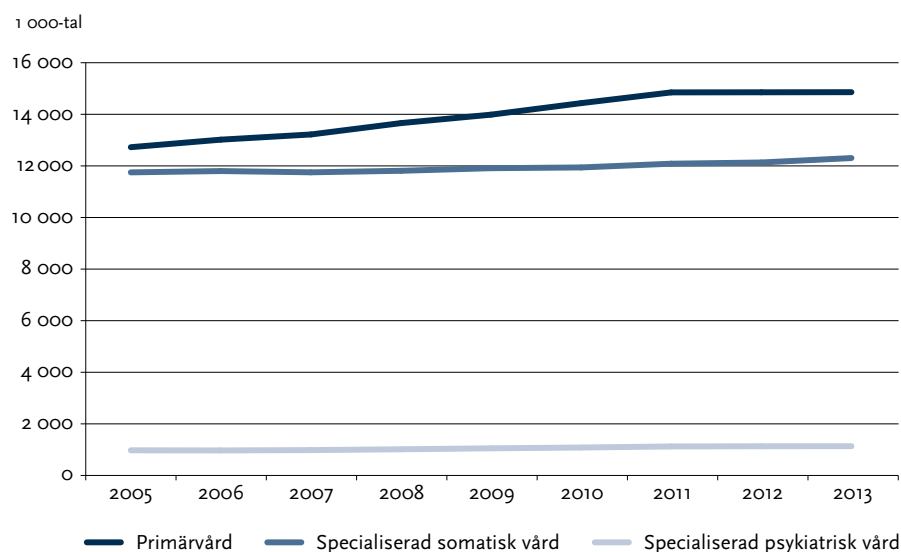
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Av diagrammet ovan framgår att antalet viktade vårdkontakter per invånare i primärvården, allmänläkarvård, ökade fram till 2011 för att därefter minska något. Detta ger en annan bild än den som presenterades av regeringen som beskrev att antalet besök i primärvården ökade relativt kraftigt för samtliga grupper efter införandet av vårdvalsreformen. Vidare visar diagrammet att skillnaden i antalet viktade vårdkontakter varit relativt stabil mellan landstingen sedan 2008.

3.2.2 Antal läkarbesök

Utvecklingen av antalet läkarbesök i primärvården är intressant med tanke på att vårdgarantins maxgränser för väntetider till besök kan tänkas påverka utvecklingen av antalet läkarbesök. I diagrammet nedan visas utvecklingen av antalet läkarbesök i sjukvården uppdelat i tre kategorier nedan.

Diagram 3.2 Utveckling av antalet läkarbesök totalt (1000-tal), 2005–2013



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

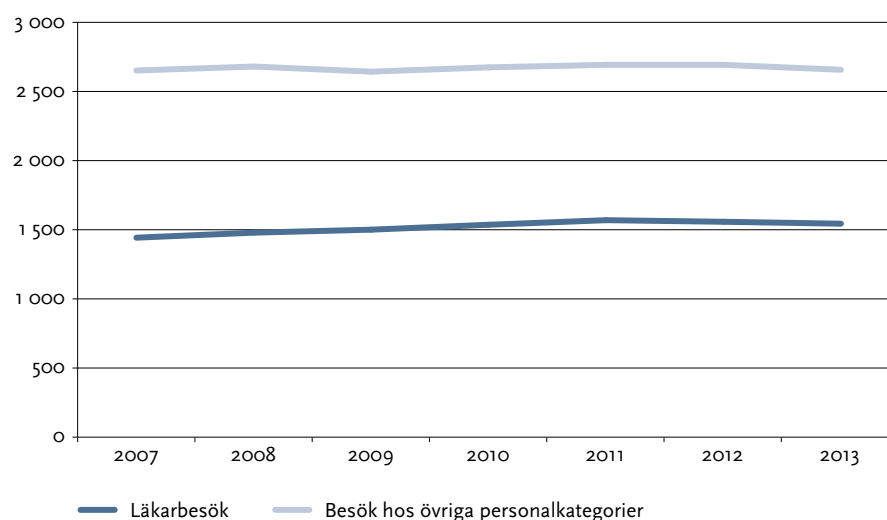
Av diagrammet framgår att antalet besök i primärvården är större än antalet besök i den specialiserade somatiska vården. Antalet primärvårdsbesök ökade snabbare än antalet besök i den specialiserade somatiska vården fram till 2011; därefter har antalet läkarbesök i primärvården varit relativt konstant. Detta ger en annan bild än den som presenterades av regeringen, nämligen att antalet besök i primärvården ökade relativt kraftigt efter införandet av vårdvalsreformen.

En ambition inom flera landsting är att primärvården ska avlasta den specialiserade vården. Både antalet primärvårdsläkarbesök och antalet besök i den specialiserade somatiska vården ökade mellan 2005 och 2013. Att antalet besök stiger för båda grupperna kan tolkas som att primärvården inte avlastar den specialiserade vården i någon större utsträckning.⁷⁵

⁷⁵ Det talas också ofta om att vården ska organiserats enligt principen "lägsta effektiva omhändertagandenivå" den så kallade LEON-principen.

Jämförs antalet läkarbesök i primärvården mellan olika landsting framkommer en mer varierad bild. Jämförs SKL:s uppgifter 2010 med 2013 har antalet besök minskat i 8 landsting och ökat i 13 landsting.

Diagram 3.3 Antal läkarbesök och besök hos andra personalkategorier per 1000 invånare i primärvården, 2007–2013



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Av diagrammet framgår att besök hos andra personalkategorier än läkare per 1 000 invånare varit relativt konstant. Landstingens olika konstruktion av ersättning påverkar troligtvis mängden vårdbesök. Beroende på hur landstingets ersättning påverkas av antal vårdbesök kan detta i sig påverka antalet vårdbesök.⁷⁶ I exempelvis Stockholms läns landsting har det funnits en ambition att öka tillgängligheten och därför utgörs en stor andel av den totala ersättningen av besöksersättning (se också kapitel 7). I Region Skåne ville man inte ha en stor del rörlig ersättning per besök och därför har man en stor andel så kallad kapitationsersättning.⁷⁷ Motivet var att besöksersättning ”gynnar korta snabba besök och det ska löna sig att ta hand om patientens alla bekymmer”.⁷⁸

För att få en bild av situationen har Riksrevisionen mätt antalet allmänläkarbesök per invånare före och efter vårdvalet (2007 respektive

⁷⁶ En jämförelse mellan antalet läkarbesök i primärvården i olika landsting visar att skillnaderna har ökat under perioden 2007–2013. Skillnaden mellan det landsting som hade flest antal läkarbesök (2014 läkarbesök/1000invånare) och det som hade minst antal läkarbesök (1111 läkarbesök/1000invånare) var 903 läkarbesök/1000 invånare år 2013.

⁷⁷ Kapitationsersättning är en ersättning som utgår per listad individ. Det vill säga en ersättning som utgår till vårdcentralen per individ som valt vårdcentralen oavsett hur många gånger denne besöker vårdcentralen. Kapitationsersättning kan variera beroende på olika variabler hos individen. Variablerna som används kan också variera mellan landstingen.

⁷⁸ Intervju: Region Skåne 2014-04-15.

2011) i tre landsting. Antalet besök ökade mer i landstinget med en hög besöksersättning och mindre i de två landstingen med hög kapitationsersättning. I Region Skåne ökade antalet besök med 7 procent, i Västra Götalandsregionen med 13 procent och i Stockholms läns landsting med 19 procent.⁷⁹ Vid intervjuer har det också framkommit att antalet besök har ökat i Stockholms läns landsting som en följd av att ersättningen per besök inte höjts märkbart sedan vårdvalet infördes. Vårdcentraler måste därför producera fler besök för att öka sina intäkter.⁸⁰

3.3 Besöksmätningars värde

Att jämföra besöksfrekvens över tid säger något om hur antalet vårdmöten har utvecklats. Sådana mätningar säger dock inget om vårdmötenas längd, innehåll och resultat. Vårdanalys menar att det inte är möjligt att mäta kvaliteten eller innehållet i primärvårdsinsatsen utifrån enbart information om antalet vårdkontakter.⁸¹ Patienter med mer komplexa vårdbehov kan behöva längre vårdbesök. Om besöksvolym sker på bekostnad av besökslängd kan vården i en kvalitativ bemärkelse ha blivit mindre tillgänglig. Om vissa patientgrupper har vårdbehov som tar längre tid för läkaren att utreda och behandla så att fler läkarbesök krävs kan dessa patientgrupper därmed uppleva att tillgängligheten har försämrats.

I en rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) sägs att det, beroende på vilka mål och indikatorer som väljs, alltid finns möjlighet för vårdgivare att manipulera systemen.⁸² Det kan ske genom att vårdgivare ändrar sitt sätt att registrera i verksamheten eller genom mer eller mindre uttalad manipulation av data som rapporteras in till finansären. Än värre exempel är om vårdgivare väljer bort patienter för vilka det bedöms som svårt att nå de definierade kvalitetsmålen. I så fall kan den dokumenterade kvaliteten framstå som förbättrad, trots att den verkliga kvaliteten för patienterna snarast försämrats. I en rapport om Vårdval Stockholm bedömde Karolinska Institutet att den ökade besöksproduktionen i primärvården inte lett till vare sig någon större besöksminskning i slutenvården eller till ökade kostnader. Karolinska Institutet bedömde således att reformen har bidragit till en betydande produktivitetökning.⁸³ Denna slutsats kan dock ifrågasättas eftersom det saknas

⁷⁹ Enligt data som inkommit till Riksrevisionen i samband med vårdjämförelser mellan Region Skåne och Västra Götalandsregionen samt uppgifter från Stockholms läns landsting.

⁸⁰ Fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28.

⁸¹ Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?* s. 22.

⁸² ESO rapport 2010:7, *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, Anders Anell, s. 30–31.

⁸³ Dahlgren, Cecilia – Brorson, Hilja – Sveréus, Sofia – Goude, Fanny – Rehnberg, Clas (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*.

information om huruvida de besök som produceras efter vårdvalets införande är kvalitativt annorlunda än de besök som producerades före reformen.

Vårdanalys genomförde 2013 en enkätundersökning som visade att en större andel patienter i Stockholms län (jämfört med Skåne och Östergötland), upplevde att det efter vårdvalsreformen krävs fler besök än tidigare för att tillgodose samma vårdbehov.⁸⁴ Att just patienter i Stockholms län utmärker sig i detta avseende kan bero på att deras ersättningssystem premierar hög besöksfrekvens i högre grad än ersättningssystemen i Skåne och Östergötland. Att Stockholms läns landstings patienter upplever att det krävs fler besök för att tillgodose samma vårdbehov efter vårdvalet kan tyda på att besöken har blivit kortare.

3.3.1 Att mäta primärvårdens kvalitet

Vårdgaranti- och vårdvalsreformerna syftar till att stärka tillgängligheten och därmed förbättra primärvården. Som ovan påpekats säger dock mätningar av besöksfrekvens inget om vårdmötenas resultat. Att mäta primärvårdens kvalitet eller effektivitet är således inte lätt. Vissa indirekta mått kan emellertid ge indikationer på primärvårdens effektivitet på en övergripande nivå.

Patientupplevd kvalitet är oförändrad

Patienters upplevelse av primärvården kan vara en indikation på effektiviteten i primärvården.

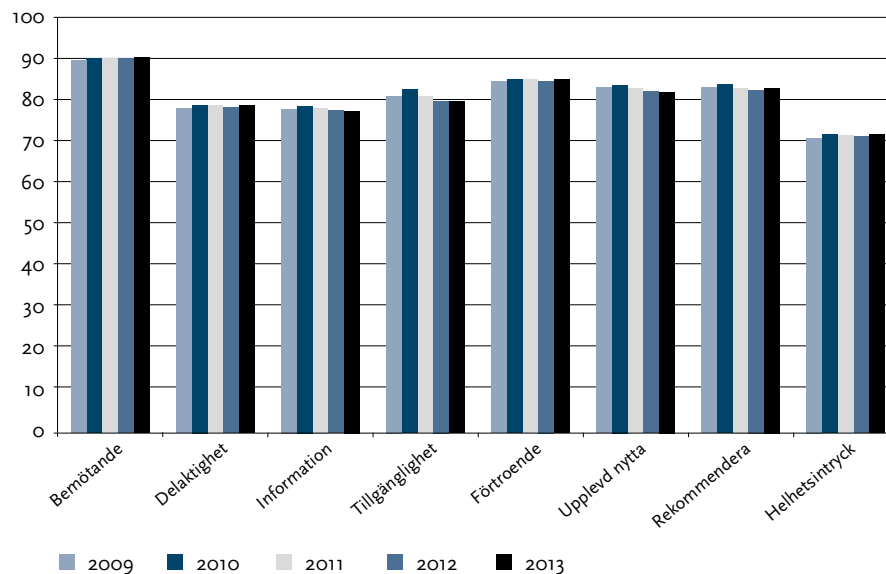
Patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården ska vara en grund för vårdens utvecklings- och förbättringsarbete.⁸⁵ Patientupplevd kvalitet ska vara ett underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för information till medborgare och patienter.

Som tidigare nämnts mäter SKL återkommande den patientupplevda kvaliteten inom hälso- och sjukvården. En av undersökningarna är den så kallade Nationella Patientenkäten.⁸⁶ I nedanstående diagram visas den patientupplevda kvaliteten mellan 2009 och 2013 för primärvården enligt den Nationella Patientenkäten.

⁸⁴ Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?* s. 147.

⁸⁵ <http://npe.skl.se/> [hämtat 2014-09-16].

⁸⁶ Nationell Patientenkäten är ett samarbetsprojekt mellan Sveriges landsting och regioner som koordineras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den första undersökningen genomfördes inom primärvården hösten 2009. Mätningar genomförs sedan dess vartannat år inom primärvården. Alla landsting och regioner deltar i arbetet som samordnas av SKL. Resultaten presenteras i form av ett viktat värde, patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ett PUK-värde ligger mellan 0 och 100 och ett högre värde innebär högre patientupplevd kvalitet.

Diagram 3.4 Patientupplevd kvaliteten i primärvården enligt den Nationella Patientenkäten mellan 2009 och 2013

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Av diagrammet framgår att den patientupplevda kvaliteten i primärvården utifrån de uppmätta faktorerna inte varierar mycket mellan åren. Några faktorer har marginellt ökat och några har marginellt minskat efter vårdsvalens införande. Det är värt att notera att patienterna upplever att tillgängligheten har minskat.

På SKL:s uppdrag genomförs också en undersökning, "Vårdbarometern", som mäter medborgarnas attityder till, kunskaper om och förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården.⁸⁷ Årligen intervjuas ungefär en halv procent av den vuxna befolkningen (totalt genomfördes 41 810 intervjuer 2013). Enligt Vårdbarometern har förtroendet för vårdcentraler eller motsvarande varit i stort sett oförändrad sedan vårdvalsreformen infördes 2010.⁸⁸ Den patientupplevda kvaliteten är alltså i stort oförändrad.

Hälsostatusen har inte blivit bättre

Som nämnts är en god hälsa ett av de övergripande målen för hälso- och sjukvården.⁸⁹ Befolkningens hälsa påverkas av många olika faktorer, inte bara vårdens kvalitet. Det kan dock noteras att befolkningens upplevelse av sin hälsostatus inte förbättrats och att sjukpenningtalet har ökat sedan vårdsvalen infördes.

⁸⁷ Vårdbarometern genomförs årligen i alla landsting och regioner.

⁸⁸ År 2010 hade 63 procent av de svarande mycket stort eller ganska stort förtroende för sin vårdcentral, 2013 var siffran 62 procent.

⁸⁹ Prop. 1981/82:97.

I Vårdbarometern ställs bland annat en fråga om de svarandes bedömning av sitt allmänna hälsotillstånd. De svarandes upplevelse av sin hälsostatus har inte påverkats nämnvärt de senaste åren; mellan 74 och 75 procent bedömde att den egna hälsostatusen har varit mycket bra eller bra åren 2010–2013. Det är dock procentuellt sett färre som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra; där har bedömningen minskat från 29 till 26 procent åren 2010–2013.

Folkhälsomyndigheten genomför årligen en nationell folkhälsoenkät tillsammans med Sveriges landsting/regioner.⁹⁰ Enligt denna steg andelen i befolkningen som bedömde sin hälsa som bra fram till 2008 för att därefter stabiliseras på cirka 72 procent.

Den korta sjukfrånvaron stiger

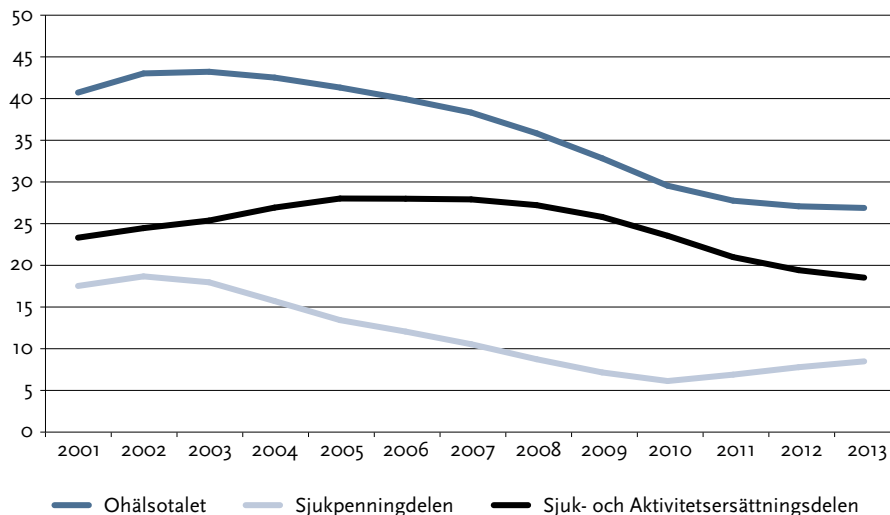
Försäkringskassan följer utvecklingen av befolkningens hälsa bland annat med hjälp av ohälsotalet per 1 000 registrerade försäkrade (se diagram 3,5 nedan).^{91 92}

⁹⁰ <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/> [hämtat 2014-09-16].

⁹¹ Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvarons utveckling – Delrapport 1, år 2014*, Socialförsäkringsrapport, s. 7.

⁹² Ohälsotalet är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension/sjukbidrag) från socialförsäkringen per registrerad försäkrad (befolkningen) 16–64 år. Sjukpenningtalet är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad (befolkningen) 16–64 år exklusive försäkrade med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning. Båda beräknas för 12-månadersperioder. Alla dagar är omräknade till nettodagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en dag.

Diagram 3.5 Befolkningens sjukfrånvaroutveckling enligt ohälsotoalet per 1 000 registrerade försäkrade 2001–2013



Källa: Försäkringskassan

Av diagrammet framgår att sjukpenningdelen har ökat sedan vårdvalet infördes medan antalet personer som får sjuk- och aktivitetsersättning har minskat. Enligt Försäkringskassan ökar både den kortare och den längre sjukfrånvaron.⁹³ För anställda sjukskrivna har utvecklingen framförallt drivits på av ett ökat inflöde. Denna ökning kan naturligtvis bero på flera olika faktorer som har med arbetslivet att göra. Men en bidragande faktor kan också vara att vårdvalsreformen förskjuter makten från politiker och tjänstemän till patienten som vårdgivarna konkurrerar om vilket kan påverka läkarnas bedömningar.

Resultaten av en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) talar för att så kan vara fallet.⁹⁴ Rapporten belyser vilka effekter vårdvalssystem haft på användningen av sjukförsäkringen. I rapporten framförs att vårdgivarens lönsamhet är knuten till individens val av vårdgivare. Detta kan ha förändrat maktförhållandet mellan patient och läkare så att läkarna blir mindre restriktiva med att utfärda läkarintyg. Resultaten som presenteras indikerar att vårdvalsreformens införande i Stockholm medförde fler sjukskrivningar och längre ersättningsperioder. ISF menade att Stockholms läns landsting i större utsträckning än andra landsting uppfyller de kriterier som gör att det ska uppstå ökad patientrörlighet och reell konkurrens mellan vårdgivarna. Stockholm är ett befolkningsmässigt stort landsting, men relativt litet geografiskt. Detta medför att det finns en tillräckligt stor befolkning på en liten

⁹³ Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvarons utveckling – Delrapport 1, år 2014*, Socialförsäkringsrapport, s. 49.

⁹⁴ Inspektionen för socialförsäkringen (2014). *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna*, rapport 2014:17.

yta för att göra det lönsamt för fler aktörer att etablera sig. En ytterligare faktor av betydelse sägs vara att det finns flera olika typer av vårdval i Stockholm och hur dessa vårdval utformats. I rapporten nämns också att i Stockholm fanns en omfattande etablering av privata aktörer redan före vårdvalet och detta förstärktes ytterligare under den period som vårdval infördes. ISF fann dock inget stöd för att antalet sjukskrivningar eller ersättningsperiodernas längd påverkades i övriga landsting som införde vårdval under åren 2007 till 2009.

4 Etableras vårdcentraler där vårdbehoven finns?

Ett skäl för att bygga ut primärvården under 1970- och 1980-talen var att skapa närhet och tillgänglighet till hälso- och sjukvården.⁹⁵ I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen påpekade regeringen att närheten till en mottagning ska vara jämnt fördelad men att närheten inte kan vara lika i hela landet. När det är ekonomiskt och geografiskt möjligt menade regeringen att mottagningar bör "[...] lokaliseras så att det är lätt för envar att ta sig dit eller omvänt för läkaren eller distriktssköterskan att besöka den som behöver vård eller tillsyn i sin bostad".⁹⁶

Införandet av vårdvalsreformen motiverades med bristfällig tillgänglighet. Med den fria etableringsrätten avsåg regeringen att stimulera fler privata vårdgivare att etablera nya vårdcentraler. Målet var att fler vårdcentraler skulle öka människors närhet till en vårdcentral men också skapa möjlighet för människor att kunna välja mellan flera närliggande vårdcentraler.⁹⁷

För att kunna bedöma om tillgängligheten har förbättrats räcker det inte att bara räkna hur många nya vårdcentraler som har etablerats och hur många som lagts ned. För att uppnå riksdagens etiska prioriteringar spelar det även roll på vilka platser förändringarna sker. Vårdbehoven ser olika ut i olika delar av landet, men det finns också skillnader inom landsting och till och med inom stadsdelar. Det saknas kunskap om hur etableringen av nya vårdcentraler förhåller sig till hur vårdbehoven ser ut i olika områden. De studier som har genomförts har i första hand utvärderat reformens utfall ur ett marknadsperspektiv.

I detta kapitel diskuteras och undersöks den fria etableringens betydelse för olika gruppers närhet till en vårdcentral. Till skillnad från tidigare gjorda analyser undersöker Riksrevisionen bland annat om tillgången till närmaste mottagning och mottagningsalternativ är beroende av individers socioekonomiska förutsättningar och förväntade vårdbehov. Det förväntade vårdbehovet beräknas enligt Care Need Index (CNI) – ett mått som flera

⁹⁵ Ex.vis prop. 1979/80:116.

⁹⁶ Prop. 1981/82:97, s. 57.

⁹⁷ Prop. 2008/09:74.

landsting använder för att uppskatta vårdbehov för dimensionering av primärvårdsresurser.⁹⁸

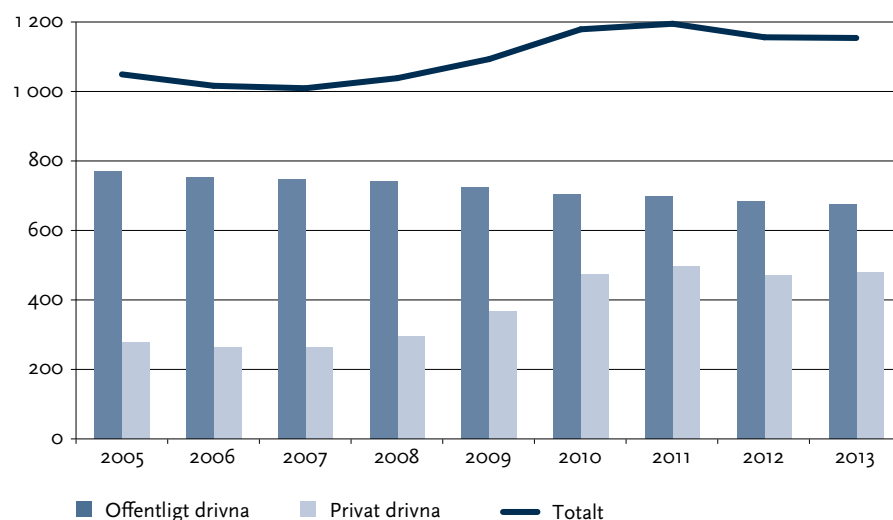
Vårdcentralerna har blivit fler. Närheten till vårdcentraler har förbättrats för många invånare. Riksrevisionens analys visar att nya vårdcentraler i större utsträckning har etablerats i befolkningstäta områden och i områden där vårdbehoven är lägre och där invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Nedläggning av vårdcentraler har främst drabbat områden där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kan antas vara större.

4.1 Den fria etableringen har bidragit till fler vårdcentraler i nästan alla landsting

Regeringen och myndigheter använder antalet vårdcentraler som ett mått på vårdvalsreformens resultat. Regeringen anger bland annat i 2014 års budgetproposition att ”antalet vårdcentraler ökat med 190 stycken, en ökning med 19 procent”.⁹⁹

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) mäter antalet vårdcentraler varje år; utvecklingen framgår av diagram 4.1 nedan.

Diagram 4.1 Antal privat och offentligt drivna vårdcentraler, 2005–2013



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

⁹⁸ Riksrevisionen använder sig av disponibel inkomst och *Care Need Index (CNI)* för att beräkna det förväntade vårdbehovet hos befolkningen i ett område. CNI är ett mått på socioekonomiska förhållanden och består av ett antal variabler så som ålder, utländsk bakgrund, sysselsättning och civilstånd. CNI beräknas och förvaltas av SCB som inhämtar uppgifter från olika register om listade individer i regioner eller vårdenheter. Se vidare bilaga 1.

⁹⁹ Prop. 2013/14:1, Utgiftsområde 9, s. 28.

Av diagrammet framgår att antalet vårdcentraler ökade åren före vårdvalsreformen. I samband med reformens införande fortsatte antalet vårdcentraler att öka för att återigen minska efter 2011. Det ökade antalet vårdcentraler efter 2007 förklaras helt av en ökning av antalet privata vårdcentraler. De offentligt drivna vårdcentralerna har samtidigt blivit något färre för varje år.

Konkurrensverket har med hjälp av Tillväxtanalys analyserat utvecklingen av antalet vårdcentraler.¹⁰⁰ Myndigheterna konstaterade 2012 att 79 procent av befolkningen har mindre än 5 minuters bilfärd till den näst närmaste vårdcentralen.¹⁰¹ Enligt Tillväxtanalys följer nyetableringarna i stort befolkningsstrukturen i landet. Myndigheten drar slutsatsen att 88 procent av de nya vårdcentralerna har etablerats i storstadsområden och i områden som av myndigheten bedöms ha hög tillgänglighet till service av olika slag. Enligt Tillväxtanalys har huvuddelen av befolkningen, 99 procent, mindre än 20 minuters bilfärd till en vårdcentral. Tillgängligheten ska enligt Tillväxtanalys i ett nationellt perspektiv ha förbättrats sedan vårdvalsreformens införande.¹⁰²

Enligt Tillväxtanalys varierar förändringarna stort mellan olika landsting. Den största ökningen sedan vårdvalsreformen har skett i Västra Götaland följt av Stockholms län och Skåne. Däremot har tillgängligheten inte förbättrats i områden som före reformen kännetecknades av att ha låg tillgänglighet. På Gotland var antalet vårdcentraler oförändrat och i flera landsting var förändringarna relativt små. Enligt Tillväxtanalys har dock inget landsting färre vårdcentraler än innan reformen infördes.¹⁰³

Riksrevisionen har använt samma källa som Tillväxtanalys men vi har haft tillgång till uppdaterade uppgifter fram till februari 2014.¹⁰⁴

¹⁰⁰ Konkurrensverket köper in uppgifter från ett företag, Sanocore AB. Tillskillnad från SKL:s statistik omfattar Sanocore AB:s databas uppgifter om tidpunkten för öppning och stängning av landets vårdcentraler.

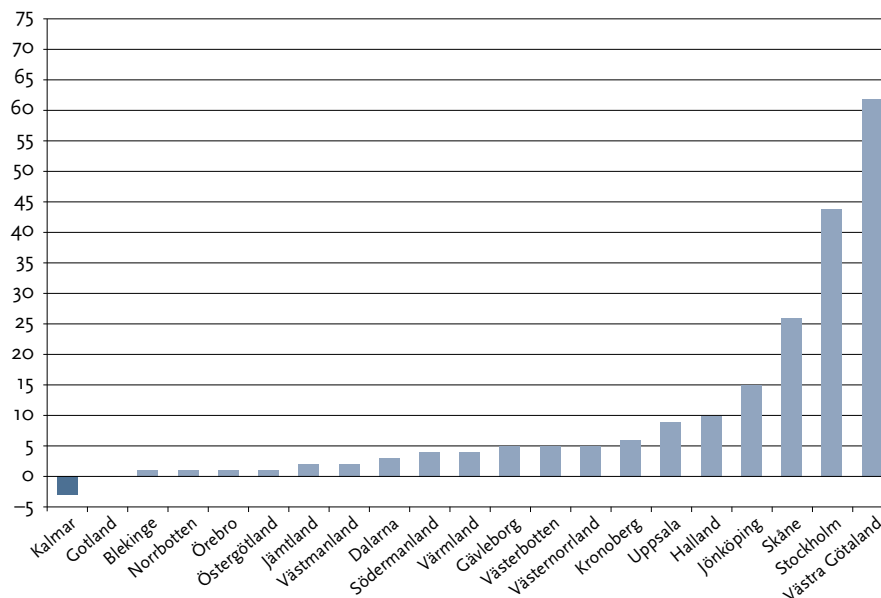
¹⁰¹ Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen.*

¹⁰² Tillväxtanalys, *Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service 2012*, Rapport 2013:14, s. 49f.

¹⁰³ Tillväxtanalys, *Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service 2012*, Rapport 2013:14, s. 49f.

¹⁰⁴ Sanocore AB 2014, se vidare bilaga 1.

Diagram 4.2 Nettoförändringen av antal vårdcentraler efter vårdvalets införande per landsting/region, antal



Källa: Sanocore AB 2014, Riksrevisionens bearbetning

Av diagrammet följer att de flesta nya vårdcentraler hade etablerats i de tre största landstingen, vilket stämmer med Tillväxtanalys resultat. Till skillnad från Tillväxtanalys uppgifter visar dock vår bearbetning att ett landsting, Kalmar, har färre vårdcentraler 2014 än före vårdvalet.¹⁰⁵

En förklaring till den relativt stora ökningen av antalet vårdcentraler i Västra Götaland kan vara att antalet vårdcentraler gick ner i början av det förra årtiondet och att antalet vårdcentraler nu återhämtat sig.¹⁰⁶ En annan förklaring är att en större andel av befolkningen i Västra Götaland inte hade listat sig på någon vårdenhet då vårdvalet infördes.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Se bilaga 1.

¹⁰⁶ Sveriges Kommuner och Landsting, Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Tabell V 19, 2001–2012.

¹⁰⁷ Anell, Anders (2010). *Vårdens utmaningar*, s. 195.

4.2 Har befolkningens sammansättning betydelse för var vårdcentraler etableras?

Tillväxtanalys har inte tagit hänsyn till socioekonomisk status och förväntad sjuklighet hos befolkningen i sina analyser av vårdcentralernas etablering. Utifrån riksdagens etiska plattform vore detta dock motiverat eftersom det är oklart om principen om vård på lika villkor uppfylls, det vill säga om det finns en likvärdig tillgänglighet till vårdcentraler och om tillgången på vårdalternativ är oberoende av befolkningens sammansättning.

Riksrevisionen har undersökt hur socioekonomi och vårdtyngd har påverkat utvecklingen av antalet vårdcentraler i olika geografiska områden. Riksrevisionen har analyserat hur utbildningsnivå, medelinkomst, andelen äldre i befolkningen samt befolkningstäthet har påverkat sannolikheten för att ett område ska få en nettoökning av antalet vårdcentraler, det vill säga att fler vårdcentraler har etablerats än lagts ned. Analysen tar sin utgångspunkt i frågeställningen: Vilka faktorer har bidragit till att ett område har fler vårdcentraler nu än före vårdvalsreformen?¹⁰⁸

Riksrevisionens analys visar att etableringen av vårdcentraler i större utsträckning har skett i befolkningstäta områden med hög medelinkomst, en stor andel högutbildade och/eller en låg andel individer över 70 år. Av de drygt 8 500 geografiska områden som undersökts har drygt 320 områden (med cirka 285 000 personer) gått från att inte ha någon vårdcentral alls i sin närhet till att ha minst en. Drygt 100 av dessa områden ligger i Göteborgs kommun, där det har skett en expansion av primärvården under det senaste decenniet.

Man kan förvänta sig en mer jämlig fördelning av vårdcentraler i landsting som ger en extra ersättning åt vårdcentraler med en stor andel vårdkrävande patienter. Riksrevisionens analys visar dock att den extra kompensation som erbjuds i vårdtyngda områden inte tycks ha påverkat vårdgivarnas etableringsmönster nämnvärt.

Av de drygt 8 500 geografiska områden som undersökts har knappt 200 områden (med drygt 260 000 personer) färre vårdcentraler i sin närhet¹⁰⁹ idag än före vårdvalsreformens genomförande. Av dessa saknar cirka 22 000 personer en vårdcentral i sitt närområde. I de här områdena har det lagts ned fler vårdcentraler än vad som har nyetablerats och de boende har därmed fått en försämrad närhet till en vårdcentral. Riksrevisionens analys visar att områden med högt förväntat vårdbehov och/eller låg medelinkomst har blivit särskilt drabbade av sämre närhet till en vårdcentral. Dessa områden tenderar också att

¹⁰⁸ Analysen har genomförts genom beräkning av en s.k. linjär sannolikhetsmodell. Mer information om metoden finns i bilaga 1.

¹⁰⁹ Hur Riksrevisionen definierar närhet finns beskrivet i bilaga 1.

vara tätbefolkade, så det tycks inte röra sig om ett glesbygdsproblem. Noteras bör att av de knappt 200 områden som fick försämrade närhet till vårdcentraler låg flera i landsting som samtidigt fick fler vårdcentraler, närmare 70 låg i Skåne, 30 i Stockholm. 36 av de områden som fick försämrade närhet fanns i Kalmar där antalet vårdcentraler minskade (se också diagram 4.2 ovan).

Riksrevisionen har också närmare studerat hur nedläggning av en vårdcentral i ett socialt utsatt område påverkar vårdkonsumtionen.¹¹⁰ Stadsdelen Lindängen i Malmö hade en offentligt driven vårdcentral fram till april 2011, då vårdcentralen lades ner. Det år som vårdcentralen lades ner sjönk antalet läkarbesök i primärvården i förhållande till den övriga befolkningen i Malmö. Den minskade vårdkonsumtionen gällde både kvinnor och män men männen ökade samtidigt, till skillnad från kvinnorna, sin konsumtion i den specialiserade vården. Det verkar således som om den nedlagda vårdcentralen haft en negativ effekt på framför allt kvinnors vårdkonsumtion i området, även om det inte går att helt utesluta andra förklaringsfaktorer. Det dröjde till december 2011 innan en privat vårdcentral etablerade sig i området.

Flera utländska studier bekräftar att individers vårdkonsumtion är större i läkartäta områden.¹¹¹ En svensk studie från 2005 visar också att kort restid är den faktor som bäst förklarar sannolikheten för ett vårdbesök hos specialistläkare i Stockholm.¹¹² Forskarna menar dock att restid är en komplicerad faktor som är beroende av faktorer såsom tillgång på till bil och kollektivtrafik. Andra forskare har pekat på att individer med sämre socioekonomiska förutsättningar tenderar att ha sämre tillgång till transportmedel, vilket innebär att tillgänglighet är beroende av socioekonomiska förhållanden.¹¹³

Flera undersökningar visar att många människor värderar närheten till bostaden högt när de väljer vid vilken vårdcentral de listar sig.¹¹⁴ Mycket talar

¹¹⁰ Studien har genomförts i samarbete med Anders Beckman, forskare vid Lunds universitet, se bilaga 3.

¹¹¹ Vårdanalys, *Vem har vårdvalet gynnat?* s. 48f.

¹¹² Chen, Peter – Burström, Bo (2005). *Betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare i Stockholms läns landsting.*

¹¹³ Gulliford, Martin – Morgan, Myfanwy (2003). *Access to health care*; Chomber, Alexis J – Brunsdon, Chris – Radburn, Robert (2011). *A spatial analysis of variation in health access: linking geography, socio-economic status and perception.*

¹¹⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Befolkningsundersökning 2010. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård*, s. 25; Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Befolkningsundersökning 2011. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård*, s. 21; Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Befolkningsundersökning 2012. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*, s. 15; Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Befolkningsundersökning 2013. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*, s. 21; Västra Götalandsregionen (2013), *Uppföljning vårdval VG primärvård 2012*, s. 15; Vårdanalys (2013). *Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*, s. 24, 60.

också för att personer med stora vårdbehov i särskilt stor utsträckning listar sig och konsumerar vård i området där man bor.¹¹⁵

4.2.1 *Vårdgivarens val av lokalisering*

Som framgick ovan tycks den socioekonomiska statusen i ett område ha betydelse för vårdgivares val av etablering. Detta stöds av att vårdpersonal och verksamhetschefer beskriver hur arbetsbelastningen påverkas av de listade patienternas sjuklighet och socioekonomiska förutsättningar. I intervjuer med Riksrevisionen beskriver läkare skillnaden mellan att möta relativt friska patienter jämfört med att möta patienter med stort vårdbehov som ofta har större svårigheter att artikulera sina behov.¹¹⁶ Av intervjuerna framgår att skillnaden kan vara stor mellan vårdcentraler vad gäller den arbetsinsats som krävs per genomsnittligt läkarbesök och att detta till stor del beror på vårdcentralens lokalisering.

En vårdföretagare säger i en intervju att hen helst undviker att etablera sig i områden med en åldrande befolkning där vårdbehoven kan förväntas vara stora. Detta trots att patientens vårdtyngd räknat i hög ålder har betydelse för storleken på ersättningen i den vidtalade entreprenörens landsting.¹¹⁷ I Region Skåne kompenseras vårdgivarna för vårdtyngd utifrån socioekonomiska faktorer. En studie av etableringen i Skåne visar att få av de nyetablerade vårdcentralerna har etablerats i socioekonomiskt svaga områden. Forskarna drar slutsatsen att den ekonomiska compensationen i Skåne har haft begränsad effekt på vårdgivarens vilja att etablera sig i socioekonomiskt svaga områden.¹¹⁸

Av Riksrevisionens intervjuer framgår också att privata etableringar ofta sker i tillväxtområden i städerna och i nya bostadsområden med många barnfamiljer och där det inte förut funnits en vårdcentral.¹¹⁹

Både i Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen har nyetableringarna koncentrerats till storstäderna. Drygt hälften av den nya mottagningarna i Västra Götaland etablerades i Göteborgsområdet.¹²⁰ I Stockholm

¹¹⁵ Jmf. Rehnberg, Clas – Sveréus, Sofia (2012). *Nyetablering och listning inom Vårdval husläkarverksamhet i Stockholms län*, s. 25f.

¹¹⁶ Jmf. fokusgrupp: verksamhetschefer 2014-03-28; fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; fokusgrupp: sjuksköterskor och fysioterapeuter 2014-03-21; gruppintervju: åtta läkare Västra Götaland 2014-05-16.

¹¹⁷ Intervju: verksamhetschef Halland, mars 2014.

¹¹⁸ Beckman, Anders – Anell, Anders (2013). *Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits*.

¹¹⁹ Intervju: Vårdföretagarna 2014-01-22.

¹²⁰ Västra Götalandsregionen (2014). *Uppföljning vårdval primärvård VG primärvård 2013*, s. 6.

finns en viss koncentration av nyetableringar i Stockholms innerstad men nyetableringar har också skett i flera andra områden som till exempel Södertälje.¹²¹

Socioekonomisk kompensation kan spela roll. Riksrevisionen har exempelvis noterat nyetableringar i socioekonomiskt svaga områden, bland annat i olika stadsdelar i Göteborg. Vidtalade verksamhetschefer i dessa områden uppfattar den extra ersättningen som skälig.¹²²

¹²¹ Dahlgren, Cecilia – Brorson, Hilja – Sveréus, Sofia – Goude, Fanny – Rehnberg, Clas (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom vårdval Stockholm*.

¹²² Intervju: verksamhetschef Västra Götaland, maj 2014; Intervju: verksamhetschef Västra Götaland 2014-05-13.

5 Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?

I förra kapitlet konstaterades att etableringen av vårdcentraler efter vårdvalets införande främst har skett i tätorter och i socioekonomiskt starka områden. I detta kapitel undersöks om bemanningsstrukturen följer ett liknande mönster som etableringsstrukturen, det vill säga om läkarbemanningen är mer instabil i glesbygd och i socioekonomiskt svagare områden med mer vårdkrävande patienter.

Om läkare söker sig till områden med många vårdcentraler och mindre vårdkrävande patienter kan detta innebära att läkarresursen rör sig bort från glesbygden och socioekonomiskt svagare områden. Vårdcentraler i dessa områden kan då få problem att rekrytera läkare och riskerar därför att hamna i en situation där varje läkare ansvarar för ett stort antal listade patienter. Om vårdcentralen är belägen i ett område där patienterna är vårdkrävande kan den stora arbetsbelastningen därtill utgöra en risk för patienten och en arbetsmiljörisk för personalen. Verksamhetschefer kan då försöka avlasta de ordinarie läkarna genom att anlita så kallade hyrläkare som arbetar tillfälligt vid vårdcentralen. Hyrläkare kostar mer än anställda läkare och de har dessutom sämre förutsättningar att etablera långsiktiga relationer till sina patienter. Därför eftersträvar verksamhetschefer ofta en så stor andel fast anställda läkare som möjligt på sina vårdcentraler.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet.¹²³ I primärvården ska kontinuiteten säkerställas genom att patienterna får tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt.¹²⁴ Vidare är det verksamhetschefens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet genom att utse en fast vårdkontakt till de patienter som behöver eller själva begär att få en sådan.¹²⁵

¹²³ 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

¹²⁴ 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

¹²⁵ 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

Av detta kapitel framgår att primärvårdens förutsättningar att leva upp till lagens krav på en kontinuerlig vård varierar starkt mellan landets vårdcentraler och att dessa skillnader delvis hänger samman med områdets socioekonomiska status. Vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks ha sämre förutsättningar att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård.

Behovet av hyrläkare är stort i hela landet och störst i glesbygden. I städer och tätorter är läkartätheten lägre på vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden och i områden där det förväntade vårdbehovet är större. Detta innebär att ett förväntat högt vårdbehov inte vägs upp av fler läkare. De nya vårdcentralerna har ofta fler fast anställda läkare men är främst etablerade i områden där behoven av kontinuitet kan antas vara mindre.

Det är svårt att mäta utvecklingen men Riksrevisionen har funnit indikationer på att förutsättningarna för kontinuitet har försämrats sedan tillgänglighetsreformerna infördes.

5.1 Personalbrist och korta anställningar bidrar till sämre kontinuitet

5.1.1 Tillgången på läkare i primärvården

Riksdag och regering har särskilt betonat läkarens roll för att skapa kontinuitet i primärvården. Bristen på allmänläkare har länge varit ett problem och år 2000 beslutade riksdagen att antalet allmänspecialister skulle öka i syfte att förbättra personaltätheten och därmed kontinuiteten.¹²⁶ Beslutet innebar ett mål på 1 660 fler allmänspecialister till 2008, vilket innebär i genomsnitt 1 500 invånare per allmänspecialist.¹²⁷

Genom satsningar på fler utbildningsplatser på läkarutbildningen och migration från utlandet har flera nya allmänspecialister tillkommit. Enligt Socialstyrelsen var genomsnittet i landet 1 563 invånare per allmänspecialist 2012, vilket ligger nära riksdagens målsättning. Tillgången mellan landstingen varierar dock; 2011 var differensen mellan landstingen som mest 780 invånare per läkare.¹²⁸

Samtidigt som allt fler nya legitimationer utfärdas går många allmänspecialister i pension de närmaste åren. Det leder till att tillgången på allmänspecialister beräknas minska med 11 procent till 2025, betydligt mer om migrationen av läkare minskar.¹²⁹ Denna utveckling kommer att ske parallellt med att vårdbehoven väntas öka i takt med att en större del av befolkningen når pensionsåldern.

¹²⁶ Bet. 2000/01: SoU5, s. 23.

¹²⁷ Prop. 1999/2000:149; bet. 2000/01: SoU5; protokoll 2000-11-29.

¹²⁸ Nationellt planeringsstöd (NPS), specialister i allmänmedicin 2000–2011.

¹²⁹ Socialstyrelsen (2014). *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2012–2025 Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare*, s. 34.

Det är dock svårt att dra några slutsatser om den exakta bemanningen i primärvården utifrån Socialstyrelsens statistik, eftersom statistiken inte finns nedbruten på hälso- och sjukvårdens olika instanser.¹³⁰ Läkarförbundet har studerat läkarbemanningen genom att de 2012 skickade ut en enkät till verksamhetschefer vid landets samtliga vårdcentraler. Till skillnad från Socialstyrelsens statistik bygger Läkarförbundets undersökning på den faktiska bemanningen i primärvården. Med en svarsfrekvens på 98,5 procent utgör enkätmaterialen en tillförlitlig källa till information om primärvårdens bemanning. Läkarförbundets enkät visar att det hösten 2012 fanns 4 784 specialistläkare omräknat till heltider, vilket innebär drygt 1 900 invånare per specialistläkare i primärvården.

År 2009 infördes en ändring i bestämmelsen om fast läkarkontakt som innebär att även andra specialistläkare än specialister i allmänmedicin kan utgöra en fast läkarkontakt i primärvården. Effekterna av denna förändring har ännu inte utvärderats av någon myndighet men Läkarförbundet har funnit att vårdcentralerna i begränsad omfattning har anställt andra specialister än specialister i allmänmedicin.¹³¹ En förklaring till att ändringen i bestämmelsen inte gett större effekt kan vara att landstingen lagt stor vikt vid den allmänmedicinska kompetensen när de utformat sina vårdvalssystem.

En indikation på den framtida tillgången till specialistläkare i primärvården är antalet läkare som utbildar sig till allmänläkare och gör sin specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin. Enligt Läkarförbundet bedömde 19 av 21 landsting 2014 att antalet ST-läkare var otillräckligt för att nå det framtida behovet av allmänläkare.¹³²

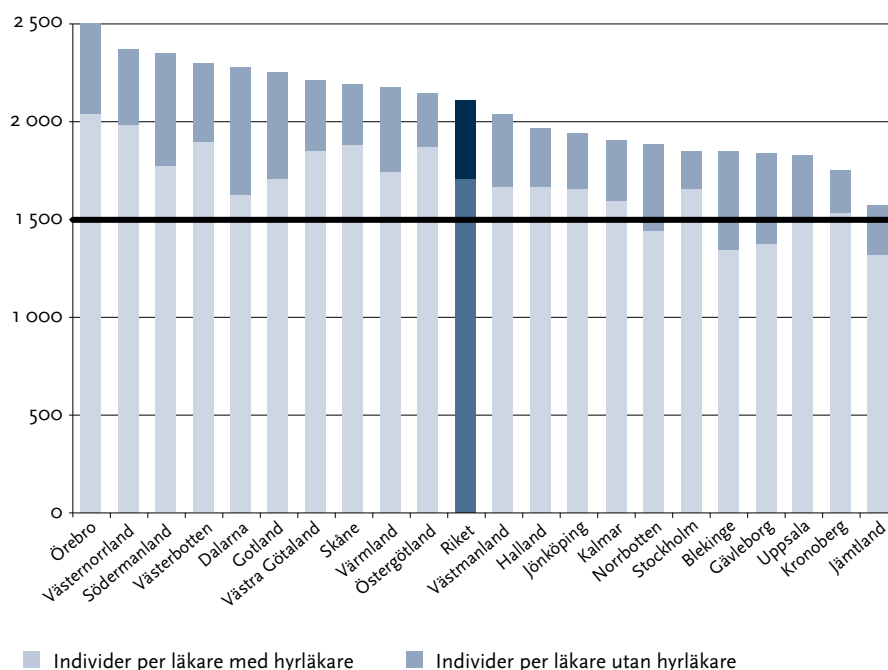
Riksdagens målsättning som innebär att en genomsnittlig specialistläkare ska ansvara för 1 500 individer bör ses i relation till respektive landstings övriga vårdutbud, där vissa landsting har ett större behov av läkartäthet än andra landsting. Riksrevisionen har bearbetat Läkarförbundets enkätmaterial från 2012 och beräknat antalet listade individer per läkare (se diagram 5.1).

¹³⁰ Socialstyrelsen framställer officiella statistik över utbud och efterfrågan över olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. När det gäller primärvård är det främst statistik om allmänläkare och distriktsköterskor som är intressant här. Uppgifterna hämtas från legitimationsregistret (HOSP) om antalet personer med legitimation inom yrket. Dessa uppgifter samkörs med uppgifter från SCB och på så sätt sammanställs uppgifter om antalet personer med legitimation som arbetar inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att uppgifterna inte kan ge svar på om det är inom primärvården individerna är verksamma, utan endast om personerna är verksamma inom hälso- och sjukvården. Vidare saknas uppgifter om tjänstgöringsgraden. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjukvardspersonal> [hämtat 2014-10-22].

¹³¹ Cirka fem procent av läkarna i primärvården utgjordes av andra specialister än allmänspecialister. Läkarförbundet (2013). *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012*, s. 25.

¹³² Under 2013 har andelen ST-läkare i allmänmedicin ökat med 12 procent eller 227 personer i jämfört med 2012. Läkarförbundet (2014). *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin. Kunskapsunderlag om hur vi kan nå balans i primärvårdens läkarförsörjning*.

Diagram 5.1 Antalet individer per läkare och landsting 2012¹³³



Källa: Läkarförbundet 2012, Riksrevisionens bearbetning

Av diagrammet ovan framgår att antalet listade personer per läkare är större än vad riksdagens genomsnittliga målsättning anger. Samtliga landsting är beroende av hyrläkare; utifrån ordinarie bemanning¹³⁴ klarar inget landsting målet att en genomsnittlig läkare ska ha färre än 1 500 listade individer (staplarna inklusive det mörkblå). Av diagrammet framgår också att antal individer per läkare varierar mycket mellan landstingen.

Läkarförbundets enkät visar hur många hyrläkare respektive landsting anlidade en viss tisdag i november 2012.¹³⁵ Riksrevisionen har sedan beräknat hur dessa hyrläkare påverkade antalet individer per läkare samma tisdag. Av diagrammet ovan framgår att samtliga landsting minskade antalet individer per läkare genom att anlita hyrläkare denna dag (de ljusblåa staplarna). För några landsting har förstärkningen inneburit att antalet individer per läkare understiger taket (det svarta strecket). Detta ger en illustration av hur beroende landstingen är av hyrläkare en viss dag. Det är dock högst oklart hur representativ denna bild är.

¹³³ Bemanningen med hyrläkare utgör summan av fast anställda, längre vikariat samt hyrläkare. Bemanningen utan hyrläkare utgör summan av fast anställda och längre vikariat.

¹³⁴ Fast anställda läkare och längre vikariat betraktas här som ordinarie bemanning.

¹³⁵ Enkätfrågan lyder: "Hur många stafettläkare tjänstgjorde på vårdcentralen den senaste tisdagen bakåt i tiden?". Enkätsvaren ger således ingen information om huruvida hyrläkarna har arbetat heltid eller deltid.

Skillnaderna inom landstingen kan också vara stora, särskilt mellan tätort och landsbygd. Problem med läkarbrist på landsbygden har funnits länge. Utvecklingen kan dock innebära att skillnaderna mellan stad och landsbygd ökar. I Västra Götaland ökade antalet ST-läkare i allmänmedicin från 220 till 364 mellan 2009 och 2013.¹³⁶ Ökningen är dock mest koncentrerad till Göteborgsområdet. Utbildningsansvariga läkare i olika delar av regionen säger till Riksrevisionen att det till och med blivit svårare att attrahera ST-läkare till vissa delar av regionen och även att behålla dem på sikt. Med en åldrande befolkning och en allt äldre läkarkår uppges läget vara kritiskt i vissa delar av Västra Götalandsregionen.¹³⁷ En bidragande orsak uppges vara att vårdvalet medfört en omfördelning av resurserna från till exempel Skaraborg till förmån för Göteborg.¹³⁸

5.1.2 Tillgången på andra yrkesgrupper i primärvården

I primärvården arbetar en rad yrkesgrupper, bland annat sjuksköterskor med och utan olika typer av specialistutbildningar (exempelvis distriktssköterskor samt diabetes- och astma/KOL-sköterskor), fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, psykologer och kuratorer. I samband med vårdvalets införande påpekade regeringen att det tycks ha skett en förskjutning från betydelsen av en fast läkarkontakt i primärvården till en ökad kontakt med andra personalkategorier.¹³⁹ Trots att både regeringen och Socialstyrelsen dragit denna slutsats har Socialstyrelsens statistik inte utvecklats till att också omfatta andra yrkesgrupper än allmänläkare och distriktssköterskor. Det är vidare svårt att utifrån Socialstyrelsens statistik dra några slutsatser om primärvårdens bemanning eftersom uppgifterna inte finns nedbrutna på hälso- och sjukvårdens olika instanser. Detta bidrar till att det är svårt att jämföra primärvårdens förutsättningar mellan landstingen.

Socialstyrelsens statistik från 2012 visar att det fanns 685 invånare per distriktssköterska i genomsnitt i riket. Antalet invånare per distriktssköterska har ökat sedan 2003. Under samma period har även skillnaderna i antalet invånare per distriktssköterska mellan olika landsting ökat.¹⁴⁰ Socialstyrelsen har inte publicerat några egna prognoser som rör distriktssköterskor men av statistiken framgår att 47 procent av alla distriktssköterskor i landet 2012 var 55 år eller äldre och att endast 13 procent var under 40 år.¹⁴¹

¹³⁶ Västra Götalandsregionen (2014). *Uppföljning vårdval VG primärvård 2013*, s. 20.

¹³⁷ Utbildningsansvarig läkare/studierektor uppger att 100 000 personer i regionen är listade på vårdcentraler som helt saknar ST-läkare samtidigt som vårdcentralerna har en underbemanning av specialitläkare. Intervju: läkare/studierektor Västra Götalandsregionen 2014-05-16.

¹³⁸ Intervju: åtta läkare från Västra Götalandsregionen 2014-05-16; Intervju: representanter Västra Götalandsregionen 2014-05-15.

¹³⁹ Prop. 2008/09:74, s. 20.

¹⁴⁰ NPS, distriktssköterskor 2000–2012.

¹⁴¹ Beräkningen omfattar inte dem som är över 69 år. NPS, distriktssköterskor 2000–2012.

Tillgången på specialistsjuksköterskor minskar totalt sett, vilket riksdagen uppmärksammade i ett tillkännagivande till regeringen 2014.¹⁴²

I vårpropositionen 2014 avsatte regeringen extra resurser för att öka antalet platser på specialistsjuksköterskeutbildningen.¹⁴³

5.1.3 *Tillfälligt inhyrd personal*

Inhyrda läkare och sjuksköterskor används ofta i primärvården för att täcka upp bristen på fast anställd personal. Det finns dock inga nationella uppgifter om utvecklingen av andelen inhyrd personal i primärvården. Läkarförbundet ställde frågor i sin enkät om tillfälligt inhyrda läkare en viss angiven dag hösten 2012. Det visade sig att drygt 40 procent av vårdcentralerna hade en eller flera hyrläkare i verksamheten; totalt 949 hyrläkare var i tjänst den dagen.¹⁴⁴

Även om det saknas uppgifter om utvecklingen är det mycket som talar för att inhyrd personal blir allt vanligare i primärvården. Siffror från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att kostnaderna för inhyrd personal inom offentligt driven primärvård ökat med 18 procent mellan 2011 och 2013.¹⁴⁵ ¹⁴⁶ SKL uppger att en förklaring till de ökade kostnaderna är att flera landsting beslutat att öka tillgängligheten utöver vad som är möjligt med den ordinarie personal som finns.¹⁴⁷

En annan förklaring till en ökad användning av hyrläkare kan vara en ökad andel deltidsarbete bland läkare i primärvården. Läkarförbundet uppger att den genomsnittliga tjänstgöringsgraden för läkare i primärvården är cirka 80 procent.¹⁴⁸ En undersökning från SKL visar att motsvarande siffra är 86 procent.¹⁴⁹ I Riksrevisionens intervjuer bekräftas att deltidsarbete är vanligt bland allmänläkare och att antalet som arbetar deltid stiger främst bland yngre

¹⁴² Rskr. 2013/14: SoU10.

¹⁴³ Omfattningen är 19 MSEK 2015, 59 MSEK 2016 och 77 MSEK per år från och med 2017, prop. 2013/14:100, s. 28.

¹⁴⁴ Av de 949 hyrläkarna var 750 färdiga specialister. Det saknas information om hyrläkarnas tjänstgöringsgrad men ett rimligt antagande är att de allra flesta arbetade hela den arbetsdag som vårdcentralerna redovisade uppgifter för.

¹⁴⁵ År 2013 var kostnaden för primärvården 1,1 miljard kronor varav läarkostnader stod för 85 procent.

¹⁴⁶ Uppgifterna omfattar inte kostnader hos privata vårdgivare, men Läkarförbundets enkätundersökning 2012 visar att de privata vårdgivarna i nästan lika stor utsträckning använder sig av hyrläkare. Var tredje hyrläkare arbetade vid en privat vårdcentral. Läkarförbundet (2013). *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012.*

¹⁴⁷ http://www.skl.se/press/nyheter_2/nyheter-2013/inhyrd-personal-okar-inom-varlden [hämtat 2014-06-23]; intervju: SKL 2014-06-23; Dagens Nyheter (2014). *Hyrläkarna tar alltmer av vårbudgeten*, 2014-07-13.

¹⁴⁸ Läkarförbundet (2014). *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin. Kunskapsunderlag om hur vi kan nå balans i primärvårdens läkarförsörjning*, s. 4.

¹⁴⁹ Sveriges kommuner och landsting (2013). *Allmänläkares sysselsättningsgrad. En jämförelse av Josepha Lindblom*, 2013-04-29.

allmänläkare. Andelen deltidsarbetande allmänläkare kan också skilja sig åt mellan landsting och vårdcentraler.¹⁵⁰

Användningen av hyrläkare innebär att kontinuiteten försvagas, vilket i sin tur går ut över kvaliteten i vården. Hyrläkare har sämre förutsättningar att lära känna sina patienter jämfört med fast anställda primärvårdsläkare. Hyrläkare har också visat sig vara mindre benägna att följa Socialstyrelsens riktlinjer i vården, och patienter tycks dessutom vara mindre benägna att följa hyrläkares ordinationer.¹⁵¹

5.2 Finns förutsättningar för läkarkontinuitet där behoven är störst?

Riksrevisionen har inte funnit några studier om hur tillgänglighetsreformerna påverkat kontinuiteten inom primärvården. Utifrån riksdagens etiska plattform är det motiverat att undersöka hur förutsättningarna för en kontinuerlig vård ser ut i olika områden. Detta är viktigt eftersom skillnader i bemanning mellan olika områden kan antas påverka förutsättningarna för att en vårdcentral ska kunna ge dem med störst behov tillgång till kontinuerlig läkarkontakt.

Riksrevisionen har undersökt om medelinkomst och förväntat vårdbehov (CNI) hos befolkningen har betydelse för bemanningsstrukturen hos vårdcentraler i olika geografiska områden.¹⁵² Analysens frågeställningar är:

- Vilken betydelse har socioekonomi för läkartätheten vid vårdcentraler i olika områden?
- Vilken betydelse har socioekonomi för andelen fast anställda läkare vid vårdcentraler?
- Har förutsättningarna för kontinuerlig vård påverkats sedan tillgänglighetsreformerna infördes?

I Riksrevisionens analys ingår merparten av landets vårdcentraler. Vårdcentralernas socioekonomiska profil bestäms utifrån den befolkning som är bosatt i området där vårdcentralerna är lokaliserade – inte utifrån de som har

¹⁵⁰ I Stockholm förefaller andelen deltidsarbetande allmänläkare påfallande stort. Intervjupersoner från olika yrkesgrupper har uppgivit att allmänläkare som arbetar heltid är i minoritet på deras respektive vårdcentraler. Andelen deltidsarbetande allmänläkare förefaller öka också på mindre orter och bidrar till läkarbrist och försämrade kontinuitet. Jmf. fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; fokusgrupp: läkare flera landsting 2014-03-28; fokusgrupp: sjuksköterskor och fysioterapeuter 2014-03-21; fokusgrupp: verksamhetschefer 2014-03-28; gruppintervju: åtta läkare Västra Götalandsregionen 2014-05-16.

¹⁵¹ Läkartidningen, *Hyrläkare och äldre läkare skriver ut mer antibiotika*, 2013;110: CISF; Tron, Josette (2008). *Om läkarkontinuitet – en litteraturstudie och en studie av läkarkontinuitet på vårdcentralerna i Jönköpings län 2008*, Primärvårdens forskningsenhet.

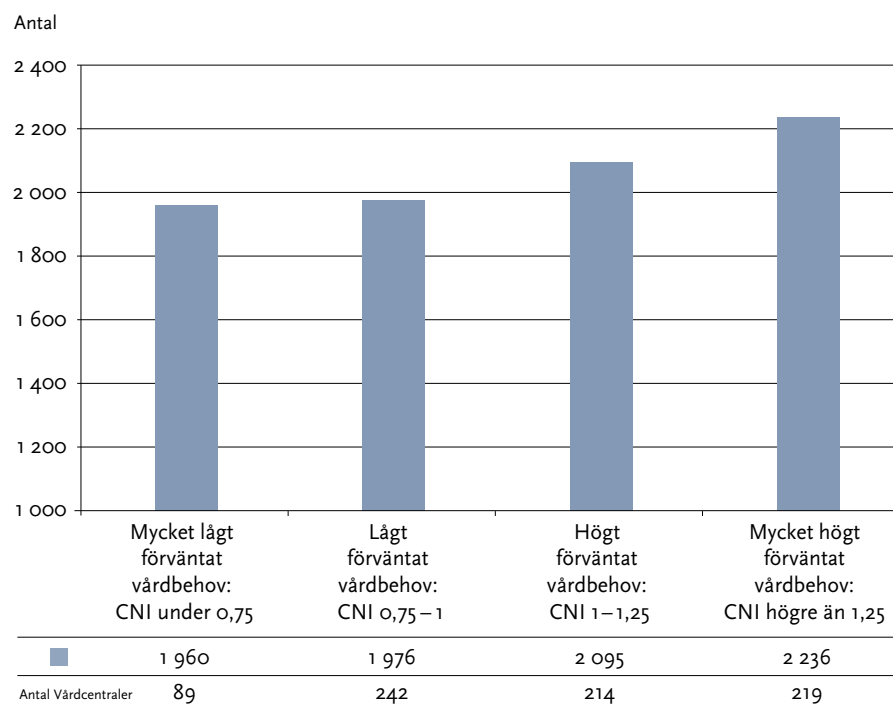
¹⁵² Riksrevisionen använder sig av disponibel inkomst och Care Need Index (CNI) för att beräkna det förväntade vårdbehovet hos befolkningen i ett område. CNI är ett mått på socioekonomiska förhållanden och består av ett antal variabler såsom ålder, utländsk bakgrund, sysselsättning och civilstånd. CNI beräknas och förvaltas av SCB. Mer information finns i bilaga 2.

listat sig vid respektive vårdcentral. Detta innebär att det finns en viss osäkerhet i resultaten från analysen.¹⁵³

5.2.1 Antal listade individer per läkare

Riksrevisionens analys visar att det finns ett positivt samband mellan hög medelinkomst i området och hög läkartäthet på vårdcentralen. Ett omvänt och något svagare samband finns för vårdcentraler som ligger i ett område där det förväntade vårdbehovet är högt. Av diagram 5.2 nedan framgår att antalet listade individer per läkare är mindre om det förväntade vårdbehovet är mindre.

Diagram 5.2 Antal listade individer per läkare i genomsnitt för vårdcentraler i städer och tätortsområden med olika grad av förväntat vårdbehov, Care Need Index (CNI)*



* Notera att skalan på den vertikala axeln börjar på 1 000 listade individer.

Källa: Läkarförbundet, SCB, Sanocore AB, Riksrevisionens bearbetning

¹⁵³ Analysen har genomförts genom beräkning av en så kallad linjär sannolikhetsmodell. Mer information om metoden finns i bilaga 2.

Sambandet mellan lägre grad av läkartäthet och högt förväntat vårdbehov i området förstärktes när endast vårdcentraler belägna i tätorter togs med i analysen. De områden som har minst förväntat vårdbehov har tolv procent större läkartäthet. Detta innebär att ett större förväntat vårdbehov i svagare områden inte vägs upp med en större läkartäthet.

En förklaring till de samband som illustreras i diagrammet kan vara att fler privata vårdcentraler finns etablerade i områden där medelinkomsten är högre än genomsnittet och där vårdbehoven förväntas vara lägre. De privata vårdcentralerna har i genomsnitt färre listade individer per läkare än offentliga vårdcentraler. Vårdcentraler i områden med högre förväntat vårdbehov har färre läkare. Det kan innebära att arbetsbelastningen blir högre, vilket i sin tur kan innebära att det är jämförelsevis svårt att rekrytera och behålla läkare på vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden.

5.2.2 *Andel fast anställda läkare*

Vid knappt hälften av de undersökta vårdcentralerna är minst tio procent av läkarna tillfälligt inhyrda/anlitade. Av Riksrevisionens analys framgår att behovet att anlita hyrläkare är större i glesbygden än i befolkningstäta områden. I intervjuer uppges att det är svårt att få läkare att vilja bosätta sig på landsbygden eftersom det inte självklart innebär en högre lön eller att medföljande partner kan hitta sysselsättning. Om vårdcentralen dessutom är underbemannad kan det påverka arbetsbelastningen, vilket ytterligare kan försvåra nyrekryteringen och kan leda till att vårdcentralen tvingas anlita hyrläkare.¹⁵⁴

Behovet av att anlita hyrläkare och vikarier i tätorter och städer är mer jämnt fördelat mellan områden. Här finns det andra förklaringar till varför en vårdcentral har större behov av att anlita hyrläkare och vikarier. I flera av Riksrevisionens intervjuer uppges ledningens förmåga spela roll för att skapa en stabil bemanning på vårdcentralen.¹⁵⁵ När en vårdcentral är underbemannad ökar arbetsbördan för de enskilda läkarna och de kan till slut välja att byta arbetsplats. Förutsättningarna för att driva vårdcentral kan dock se olika ut. Arbetsbördan är oftast större i socioekonomiskt svaga områden eftersom vårdbehovet hos befolkningen är större, vilket i sin tur kan ge upphov till att man anlitar hyrläkare i större utsträckning.

Riksrevisionens analys visar att det finns ett svagt men signifikant samband mellan vårdcentraler med stor användning av hyrläkare och huruvida vårdcentralen är belägen i ett område med låg medelinkomst. Våra beräkningar

¹⁵⁴ Jmf. fokusgrupp: läkare flera landsting 2014-03-28; gruppintervju: åtta läkare Västra Götalandsregionen 2014-05-16; möte Läkarförbundet 2014-10-03.

¹⁵⁵ Fokusgrupp: läkare flera landsting 2014-03-28; intervju: Stockholms läns landsting 2014-05-06; intervju: vårdcentraler Stockholm 2014-03-12; intervju: vårdcentral Stockholm 2013-09-17; intervju: bemanningsföretag 2014-09-24.

visar att landstingens ersättningssystem kan spela roll. I de landsting som betalar ut kompensation för listade patienter med låg socioekonomisk status använder vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden i mindre utsträckning hyrläkare än i de landsting där ingen sådan kompensation betalas ut.

Som beskrivits ovan finns det metodologiska svagheter i Riksrevisionens statistiska analys. Vårdcentralens socioekonomiska profil bestäms utifrån befolkningen i de fördefinierade områden där vårdcentraler är lokaliserade, inte utifrån de listade individer som finns på vårdcentralen. Med anledning av detta har Riksrevisionen gjort en kompletterande analys av samma frågeställning utifrån en annan metodansats.

I Stockholms läns landsting utbetalas ingen kompensation till vårdcentraler som listar socioekonomiskt svaga individer.¹⁵⁶ Företrädare för landstinget uppger att en vårdcentral med stabil läkarbemanning i första hand listar sina patienter på en enskild namngiven läkare. Vårdcentraler med hög personalomsättning eller många hyrläkare listar däremot sina patienter på vårdcentralen som sådan.¹⁵⁷ Riksrevisionen har studerat sambandet mellan principen för listning på vårdcentraler i Stockholm och områdets socioekonomiska status.¹⁵⁸ Analysen visar att vårdcentraler i vårdkrävande områden i något högre utsträckning listar sina patienter på vårdcentralen som sådan, jämfört med vårdcentraler i mindre vårdkrävande områden. Sambandet är starkare för de offentligt drivna vårdcentralerna. Resultatet bekräftar således bilden av att bemanningen är mer instabil på vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden i Stockholms län och att användningen av hyrläkare kan vara vanligare där.

5.2.3 *Har förutsättningarna för läkarkontinuitet påverkats av tillgänglighetsreformerna?*

Riksrevisionen har inte kunnat studera vårdcentralernas bemanning över tid. Av kapitel 4 framgick att fler vårdcentraler har etablerats och att denna ökning helt kan förklaras av ett ökat antal privata vårdcentraler. De offentligt drivna vårdcentralerna har samtidigt blivit något färre för varje år och vårdcentraler har lagts ner i socioekonomiskt svaga områden. Vår analys visar att privata vårdcentraler i genomsnitt har färre listade individer per läkare än offentliga vårdcentraler.¹⁵⁹ Som framgår av kapitel 4 så är de privata vårdgivarna främst etablerade i städer, i socioekonomiskt starka områden och i områden där

¹⁵⁶ I intervjuer och fokusgrupper uppger vårdpersonal i Stockholms läns landsting att det finns resursbrist på vårdcentraler i socioekonomiskt svagare områden och att arbetsbördan är stor för enskilda läkare. Många läkare uppges därför byta arbetsplats eller gå ner i arbetstid. Fokusgrupp: sjuksköterskor och fysioterapeuter 2014-03-21; fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; intervju: vårdcentraler Stockholm 2014-03-12; intervju: vårdcentral Stockholm 2013-09-17.

¹⁵⁷ Intervju: Stockholms läns landsting 2014-05-06.

¹⁵⁸ Mer information om metoden och resultaten finns i bilaga 2.

¹⁵⁹ Mer information om metoden och resultaten finns i bilaga 2.

vårdbehovet är lågt. En slutsats som kan dras är att de nyetablerade privata vårdcentralernas stabilare bemanning i mindre utsträckning kommer mer behövande områden till del.

Det är svårt att undersöka om kontinuiteten har förändrats eftersom data saknas. Det är också svårt att undersöka hur förändrad kontinuitet påverkar vårdcentralerna och deras patienter. I Riksrevisionens intervjuer beskrivs hur senare års förändrade arbetssätt och ekonomiska förutsättningar hotar kontinuiteten på vissa vårdcentraler. I avsnitt 5.1 beskrivs utvecklingen i olika delar av Västra Götalandsregionen. En läkare i Värmland beskrev en liknande utveckling på sin vårdcentral. Enligt denna läkare har andelen patienter med fast läkarkontakt sjunkit från 70 procent sedan vårdvalet infördes till i dag cirka 20 procent. Det huvudsakliga skälet uppgavs vara senare års förändringar och fokus på besökstillgänglighet, vilket resulterat i hög arbetsbelastning och att läkare sagt upp sig. Vårdcentralen får i dag i större utsträckning förlita sig på utbildningsläkare och hyrläkare.¹⁶⁰ Liknande förändringar beskrevs av personal från andra landsting.¹⁶¹

Verksamhetschefer och läkare menar att man trots hög arbetsbelastning och hyrläkare oftast lyckas prioritera på ett sådant sätt att man kan upprätthålla kontinuiteten för patienter med stora behov.¹⁶² En inspektionsrapport från 2010 ger dock delvis en annan bild. Där menade Socialstyrelsen att användningen av hyrläkare var omfattande och gav upphov till bristande kontinuitet, vilket till exempel innebar att vissa vårdcentraler helt saknade läkarkompetens i sitt utvecklingsarbete. Samtliga vårdcentraler uppgav dessutom att hyrläkare inte bara användes för akuta fall utan också vid vård av patienter med kroniska sjukdomar.¹⁶³

Riksrevisionen har studerat¹⁶⁴ hur kontinuiteten¹⁶⁵ utvecklats för en grupp vårdbehövande patienter (diabetespatienter) i Malmö två år före och två år efter vårdvalets införande. Resultatet visar dels att antalet läkarbesök i primärvården minskat något för dessa diabetespatienter, dels att kontinuiteten minskat med cirka 30 procent efter vårdvalsreformens införande. Kontinuiteten minskade både hos offentliga och privata vårdgivare men minskade mest hos privata

¹⁶⁰ Fokusgrupp: läkare flera landsting 2014-03-28.

¹⁶¹ Fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; fokusgrupp: sjuksköterskor och fysioterapeuter 2014-03-21; gruppintervju: åtta läkare Västra Götalandsregionen 2014-05-16; fokusgrupp: verksamhetschefer 2014-03-28.

¹⁶² Jmf. fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; intervju: vårdcentral Stockholm 2013-09-17.

¹⁶³ Socialstyrelsen (2010). *Hyrläkare i primärvården. En studie ur patientsäkerhetsperspektiv i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.*

¹⁶⁴ Studien har genomförts i samarbete med Anders Beckman, forskare vid Lunds universitet, se bilaga 3.

¹⁶⁵ Kontinuitet definierades som patienter som besökt en allmänläkare minst tre gånger, där minst 50 procent av besöken skett hos samma läkare. Mer information om metoden finns i bilaga 3.

vårdgivare. Orsakerna till minskningen av kontinuiteten för dessa patienter kan vara flera¹⁶⁶ och det är oklart om den förändrade kontinuiteten är varaktig. Att en vårdbehövande patient vid olika besök måste träffa flera läkare i sina kontakter med primärvården måste dock ses som bekymmersamt.

5.3 Kan fast vårdkontakt vara ett komplement när läkarkontinuiteten är låg?

Bestämmelsen om fast vårdkontakt infördes 2010 i hälso- och sjukvårdslagen.¹⁶⁷ Enligt bestämmelsen är det verksamhetschefens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska dessutom utse en fast vårdkontakt för patienten om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov eller om patienten begär det.¹⁶⁸

Socialstyrelsen följde, på regeringens uppdrag, upp tillämpningen av bestämmelsen om fast vårdkontakt 2012. Socialstyrelsen konstaterade då att genomslaget för reformen var mycket begränsat såväl i landstingens styrdokument som bland vårdcentralerna.¹⁶⁹ Hos majoriteten av vårdcentralerna hade inga patienter tilldelats en fast vårdkontakt. Enligt Socialstyrelsen fanns det ingen större skillnad mellan privata och offentliga vårdcentraler i det här avseendet.

Utifrån Socialstyrelsens enkätmaterial har Riksrevisionen undersökt om en fast vårdkontakt kan utgöra ett komplement som bidrar till att stärka kontinuiteten i svagare områden.¹⁷⁰ Resultaten visar att privata vårdcentraler som erbjuder fast vårdkontakt visserligen tenderar att vara etablerade i områden med större förväntat vårdbehov men att skillnaderna är små. Bland de offentliga vårdcentralerna finns inte någon sådan tendens. Det som bäst förklarar om en vårdcentral erbjuder fast vårdkontakt är i stället om de listade patienterna själva begärt att få en sådan.¹⁷¹

¹⁶⁶ Vårdvalet har inneburit att antalet vårdgivare har ökat. Detta har underlättat för patienter att byta vårdgivare, vilket i sig kan minska kontinuiteten. Den minskade kontinuiteten kan också bero på organisationsförändringar hos vårdgivarna.

¹⁶⁷ SFS 2010:243.

¹⁶⁸ 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

¹⁶⁹ Socialstyrelsen (2012). *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.*

¹⁷⁰ Resultatet bör dock tolkas med stor försiktighet. Beräkningarna bygger endast på 70 vårdcentraler.

¹⁷¹ Mer information om analysen finns i bilaga 2.

6 Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?

Tidigare kapitel har visat att nya vårdcentraler tenderar att etableras i områden där befolkningen inte förväntas vara så vårdkrävande. Det har också framkommit att de vårdcentraler som har etablerats i sådana områden tenderar att ha en mer stabil läkarbemanning. Om vårdkrävande grupper har sämre tillgång till primärvårdens läkarresurser borde detta kunna få konsekvenser för deras vårdkonsumtion. I detta kapitel diskuteras och undersöks hur olika grupper har använt hälso- och sjukvården före och efter vårdvalets införande.

Folkhälsomyndigheten konstaterade i sin årsrapport 2014 att låg inkomst och andra sociala omständigheter gör individen mer sårbar och utsatt för hälsorisker.¹⁷² Enligt myndigheten är den sociala positionen betydande för ohälsans fördelning, och skillnaderna har i vissa avseenden accentuerats under senare år. Socialstyrelsen drar samma slutsats, i sin senaste lägesrapport där man konstaterar att skillnaderna i ohälsa på många områden har blivit större.¹⁷³

Riksrevisionen konstaterar att det delvis saknas kunskap om tillgänglighetsreformernas effekter på hur vårdutnyttjandet förhåller sig till skillnader i ohälsa. Befintliga studier visar att vårdutnyttjandet har ökat för alla grupper och mest för de patienter som förväntas vara mindre vårdkrävande. Detta kan tolkas som en indikation på relativ undanträngning av vårdkrävande grupper men det är svårt att värdera resultaten på grund av studiernas metodologiska upplägg.

Riksrevisionen har låtit genomföra en studie av hur förhållandet mellan sjuklighet och vårdutnyttjande har förändrats efter vårdvalsreformen i två regioner. Resultaten visar att många besökare med lätta och lindriga symptom har tillkommit efter reformen. Dessa individer gör också fler läkarbesök efter reformens införande. Det omvända förhållandet gäller för de sjukaste patienterna som gör färre besök. Reformen kan därmed ha bidragit till en omprioritering av patienter i primärvården som går emot vårdens etiska plattform.

¹⁷² Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*, s. 75f.

¹⁷³ Socialstyrelsen (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014*, s. 47–55.

6.1 Undanträngning av vårdkrävande grupper

Vårdanalys studerade 2013 antalet primärvårdsbesök för fyra vårdkrävande patientgrupper med diagnoserna diabetes, astma, KOL och demens. Vårdbesöken för dessa jämfördes med den övriga befolkningen i tre landsting. Vårdanalys kom fram till att antalet besök har ökat i samtliga fyra grupper men att besöksökningen i flera fall gynnat de mer vårdkrävande. När mätningarna isolerar just läkarbesöken går resultaten dock i motsatt riktning – besöksökningen har generellt sett varit större för befolkningen i stort än för de vårdkrävande grupperna.¹⁷⁴

En av de vårdkrävande grupperna, demenssjuka, har minskat sin besöksfrekvens i två av landstingen efter vårdvalet. Vårdanalys förklarar minskningen med att patienternas höga ålder i kombination med sjukdomens förlopp gör att många behandlas på demensboende och därför gör färre besök i primärvården. Denna hypotes undersöktes dock inte närmare och myndigheten konstaterade att det inte gick att se tydliga tecken på absoluta undanträngningseffekter.¹⁷⁵

Vårdanalys konstaterade också att patienter med lättare diagnoser, som till exempel snuva och halsfluss, hade haft en större besöksökning per person än patienter med mer vårdkrävande diagnoser.¹⁷⁶

Forskare vid Karolinska Institutet har genomfört flera uppföljningar av Vårdval Stockholm.¹⁷⁷ Resultaten visar att vårdvalsreformen har bidragit till en stor besöksökning i Stockholm men också till att individer med högre inkomst har ökat sitt vårdutnyttjande mer än individer med lägre inkomst. Dessa resultat står sig även då när hänsyn tas till skillnader i ålder, kön, utbildning och födelseland. Forskare vid Lunds universitet kom fram till liknande resultat i en studie av vårdutnyttjande i Region Skåne.¹⁷⁸ De argumenterar för att höginkomsttagares högre vårdutnyttjande kan förklaras av att de troligtvis är mer "hälsolitterata", det vill säga har bättre förmåga att ta till sig information och agera i en förändrad vårdstruktur.

¹⁷⁴ Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?* s. 93–99.

¹⁷⁵ Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?* s. 93–99.

¹⁷⁶ Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?* s. 103–110.

¹⁷⁷ Dahlgren, Cecilia – Brorsson, Hilja – Sveréus, Sofia – Goude, Fanny – Rehnberg, Clas (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm, del 4: Jämlikhet.*

¹⁷⁸ Beckman, Anders – Annell, Anders (2013). *Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits*, BMC Health Services Research 2013, 13:452.

Behovet av ny kunskap avseende vårdutnyttjande

Som framgår ovan är det främst två statliga aktörer som på statistisk väg har undersökt effekter av vårdvalsreformen – Vårdanalys samt en forskargrupp vid Karolinska Institutet. Vårdanalys har jämfört reformens effekter i Stockholms län, Skåne och Östergötland, medan forskare vid Karolinska Institutet på Stockholms läns landstings uppdrag har utvärderat olika effekter av Vårdval Stockholm. Båda aktörerna har studerat antalet vårdbesök hos olika patientgrupper.

Både Vårdanalys och forskarna vid Karolinska Institutet har sett indikationer på att besöksökningen efter vårdvalet främst har gynnat förhållandevis friska och välbeställda patienter. Ett problem med besöksmätningar av det slag som Karolinska institutet och Vårdanalys presenterar är dock att resultaten är svåra att värdera. Detta beror på att studierna har genomförts utifrån antagandet att fler besök speglar ett större vårdutnyttjande, vilket i sin tur skapar mervärde för patienten. Mot detta kan invändas att antalet besök är ett bristfälligt mått på såväl vårdutnyttjande som vårdkvalitet eftersom det saknas uppgifter om vårdmötets längd och innehåll. Det är alltså oklart vad patienterna egentligen får mer av när antalet besök ökar, och det är svårt att säga vilket besöksantal som är lämpligt för en viss patientgrupp. Om det krävs fler besök för att tillgodose samma vårdbehov så kan vården i mer kvalitativ bemärkelse ha blivit mindre tillgänglig. Studierna svarar inte heller på om det finns sjuka patienter som efter vårdvalet inte gör något läkarbesök alls.

6.2 Besöksutveckling för olika patientgrupper

Riksrevisionen har undersökt hur vårdvalet har påverkat sannolikheten för att patienter med olika grad av sjuklighet gör minst ett läkarbesök.¹⁷⁹ Studien har genomförts med hjälp av besöksdata för Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Dessa två landsting har en uttalad ambition att ekonomiskt kompensera de vårdcentraler som tar emot patienter med stora vårdbehov. Ambitionen kommer till uttryck i deras ersättningssystem, vilket har konstruerats så att en viss del av ersättningen beräknas utifrån patienternas förväntade vårdbehov.

Analyserna har gjorts genom att vi har följt läkarbesök för den del av befolkningen som varit mantalsskriven i respektive region både 2007 och

¹⁷⁹ I Riksrevisionen studie mäts graden av sjuklighet i huvudsak utifrån patienternas diagnoser. Diagnoserna hämtas från primärvård, organspecialister och slutenvård i både offentlig och privat regi. Patientens sjuklighet beräknas enligt s.k. Resource Utilization Bands (RUB) som omfattar sex klasser (0–5) där den högsta klassen anger (förväntat) maximalt resursutnyttjande och allvarlig sjuklighet. RUB klass 0 är definitionsmässigt ekvivalent med avsaknad av sjukdom. Förutom diagnos har också individens ålder och kön betydelse för den klass som patienten placeras i. Studien har genomförts i samarbete med docent Anders Beckman, forskare vid Lunds universitet. Mer information om analysen finns i bilaga 3.

2011.¹⁸⁰ Totalt rör det sig om 1 069 062 personer som bodde i Skåne vid de båda mättillfällena, motsvarande siffra för Västra Götalandsregionen är 1 404 405 personer. De redovisade resultaten nedan bygger på statistiskt uppskattade effekter på sannolikheten för ett läkarbesök, givet effekten av ålder, kön, födelseland och sjuklighet. Se bilaga 3 för en mer utförlig metod- och resultatbeskrivning.

6.2.1 *Besöksökning efter vårdvalets införande*

Införandet av vårdval har lett till att antalet läkarbesök i primärvården ökat samtidigt som besöksfrekvensen i specialistsjukvården varit relativt konstant. Antalet besökare i primärvården har ökat med drygt 3 procent i Skåne och drygt 5 procent i Västra Götaland.

6.2.2 *Ingen avlastning för specialistsjukvården*

Det har tillkommit få helt ”nya vårdbesökare”, det vill säga personer som tidigare varken besökt primärvård eller specialistsjukvård. Det har alltså inte skett något betydande tillflöde av patienter till primärvården som inte tidigare har fått vård i någon instans. Antalet besökare i specialistsjukvården har minskat något, men en majoritet av nybesökarna i primärvården hade besökt både allmänläkare och andra specialistläkare tidigare. Reformen tycks därför inte ha avlastat specialistvården i någon större utsträckning.

6.2.3 *Vårdutnyttjandet är ojämlikt*

Besöksmönstren 2010–2011 överensstämmer väl med hur vårdbehoven kan förväntas variera utifrån ålder, kön och sjuklighet. Antal besökare är generellt sett större bland kvinnor än bland män och antalet ökar med ålder och sjuklighet. Dessa mönster är gemensamma för primärvård och specialistvård.

Besöksmönstren följer dock inte det förväntade vårdbehovet utifrån familjeinkomst och födelseland. I båda regionerna är antalet besökare hos primärvårdsläkare större bland personer med hög familjeinkomst och personer födda i ett höginkomstland.¹⁸¹ Detta resultat bekräftar således det ojämlika vårdutnyttjande som framkommit i tidigare studier (se avsnitt 6.1).

¹⁸⁰ Analysen har genomförts i två steg. I det första steget analyserades hur sjuklighet, födelseland och inkomst påverkade benägenheten att göra ett läkarbesök i primärvård respektive specialistvård. Denna del av analysen gav en statisk bild som inte fångade effekten av vårdvalsreformen. I nästa steg analyserades hur vårdvalets införande påverkat dessa faktors effekt på besöksbenägenheten. Analyserna gjordes genom att följa läkarbesöken för den del av befolkningen som varit mantalsskriven i respektive region såväl 2007 som 2011, s.k. befolkningskohorter. Detta innebär att analysen inte påverkas av födsel och dödsfall, inflyttning och utflyttning. Med hjälp av regressionsanalys mäts effekten av varje faktor, givet effekten av övriga faktorer. Samtliga analyser har kontrollerats för kön och ålder.

¹⁸¹ Födelseland har definierats utifrån Världsbankens indelning av länders ekonomiska standard. Utifrån denna indelning har två grupper av länder skapats: höginkomstländer (huvudsakligen Sverige) och låginkomstländer.

Riksrevisionens undersökning bekräftar resultat från tidigare studier som visar att vårdvalsreformen har förstärkt socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande (se avsnitt 6.1). I såväl Skåne som Västra Götaland har antalet besökare ökat mer bland personer som har en hög familjeinkomst (över medianen) och/eller som är födda i ett höginkomstland.

Det finns skillnader i vårdbehov mellan de patienter som besöker offentliga vårdcentraler och de patienter som besöker privata vårdcentraler. Ju sjukligare en patient är desto mer sannolikt är det att denna besöker en offentligt driven vårdcentral. Patienter med lägre familjeinkomster är också mer benägna att besöka en offentlig vårdcentral. Offentliga och privata vårdgivare möter således patientgrupper med olika vårdbehov.

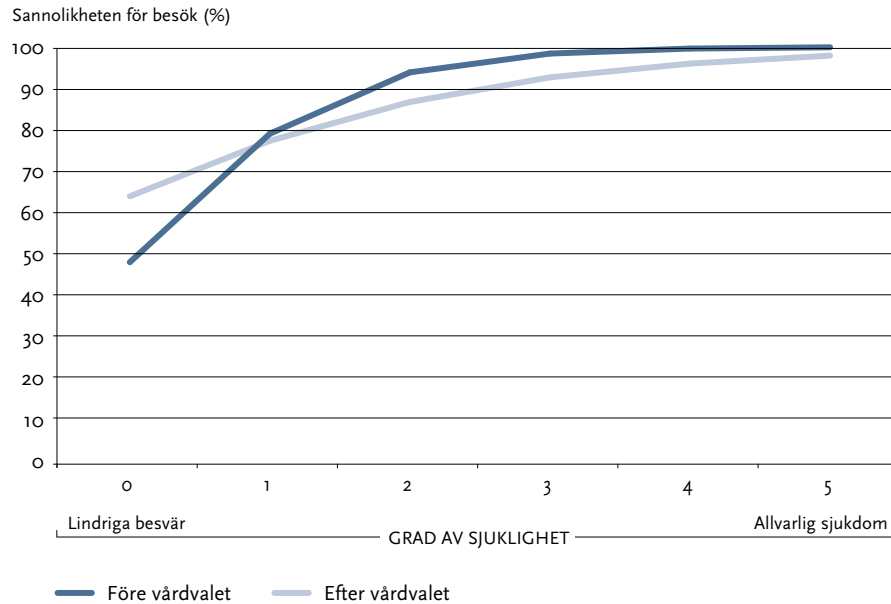
6.2.4 *Ökat antal läkarbesökare i den "friska" patientgruppen*

Det är som förväntat fler besökare inom de mer sjukliga patientgrupperna än inom de relativt friska patientgrupperna, men vårdvalsreformen tycks ha försvagat detta mönster. Sjukligheten har således fått minskad betydelse som förklaring till vilka personer som besöker läkare i primärvård eller specialistvård.

I diagram 6.1 nedan framgår sannolikheten för att göra ett läkarbesök (oavsett om det gäller primär- eller specialistvård) bland patienter med olika grad av sjuklighet i Region Skåne. Ju högre siffra på den horisontella axeln, desto mer sjuka och resurskrävande patienter. Den mörkblå kurvan återger sannolikheten för ett besök inom respektive grupp före reformen.

Den ljusblå kurvan återger motsvarande sannolikhet efter reformen. Skalan på den vertikala axeln anger procentuell sannolikhet för en besökare med minst ett vårdbesök. Samtliga förändringar i diagrammen som redovisas nedan är statistiskt signifikanta.

Diagram 6.1 Sannolikheten för läkarbesök (primär- eller specialistvård) i Region Skåne före respektive efter vårdvalsreformen



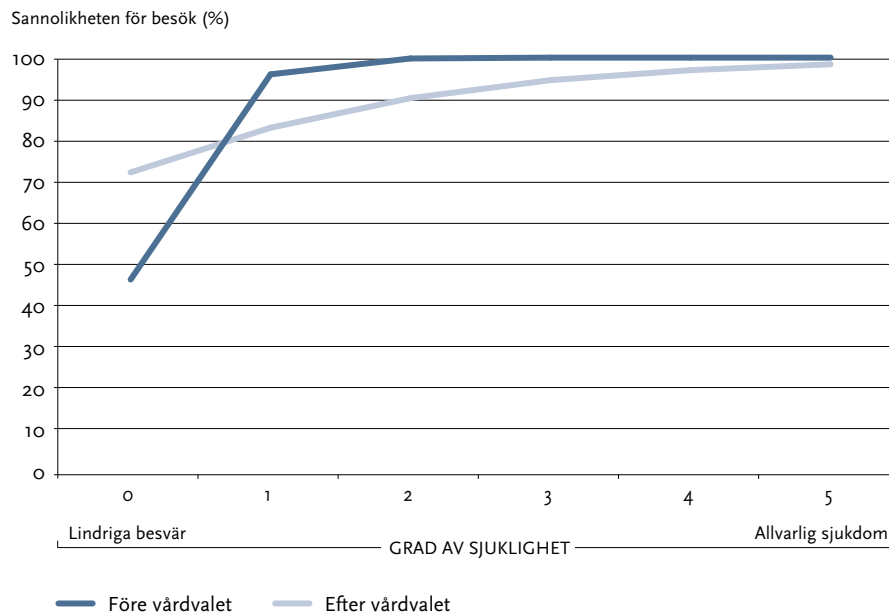
Källa: Region Skåne, bearbetning Anders Beckman

Av diagrammet framgår att sjukligheten har minskat i betydelse för läkarbesök. Sannolikheten för läkarbesök i Skåne har ökat med cirka 15 procentenheter bland "friska" patienter med lindriga besvär (grupp 0) medan den har minskat i övriga grupper. Sannolikheten har minskat tydligast i grupp 2 och 3, där många patienter med kroniska sjukdomar återfinns. I den allra sjukligaste gruppen (grupp 5) är förändringen mer begränsad.

Mönstret för enbart primärvårdsbesök i Skåne är likartat. En skillnad är dock att antalet besökare har ökat även i grupp 1, om än i mindre utsträckning än i den allra friskaste gruppen (grupp 0). Det minskade antalet besökare är också mer markerat för de allra sjukligaste patienterna (grupp 4 och 5). Sammantaget kan vi konstatera att antalet besökare har ökat bland mindre sjuka och minskat bland mer sjuka personer i Region Skåne.

I diagram 6.2 nedan framgår motsvarande sannolikheter för att göra ett läkarbesök (oavsett om det gäller primär- eller specialistvård) bland patienter med olika grad av sjuklighet i Västra Götaland. Av diagrammet framgår ett liknande mönster som för Region Skåne.

Diagram 6.2 Sannolikhet för läkarbesök (primär- eller specialistvård) i Västra Götaland före respektive efter vårdvalsreformen



Källa: Västra Götalandsregionen, bearbetning Anders Beckman

För den friskaste patientgruppen har sannolikheten för ett läkarbesök ökat med över 25 procentenheter medan sannolikheten för ett besök har minskat i övriga grupper. Minskningen är mest markerad i grupp 1 och avtar sedan i takt med att sjukligheten stiger. För de allra sjukligaste är minskningen begränsad.

Före vårdvalets införande i Västra Götaland gjorde i princip samtliga patienter i grupp 2 ett sjukvårdsbesök under den studerade tvåårsperioden (2007–2008). Efter vårdvalsreformen (2010–2011) har sannolikheten för att en patient i denna grupp gör ett besök minskat till cirka 90 procent. Samma tendens gäller, men i avtagande grad, för grupperna 3–5. Detta innebär att det finns sjukliga individer som tidigare gjorde minst ett läkarbesök som inte besökte någon läkare under tvåårsperioden 2010–2011.

Mönstret för primärvårdsbesök i Västra Götaland följer samma mönster som för primärvården i Skåne, det vill säga de relativt friska patienterna i grupperna 0 och 1 har ökat sin besöksbenägenhet. Riksrevisionen kan således konstatera att antal läkarbesökare i båda regionerna har ökat bland mindre sjukliga och minskat bland mer sjukliga patienter.

Riksrevisionen har undersökt hur dessa uppskattade effekter översätts i siffror över antalet faktiska besökare i Region Skåne. Sedan vårdvalet infördes i Region Skåne har det tillkommit 47 000 besökare med lindriga eller självläkande symptom som inte är särskilt resurskrävande för hälso- och sjukvården. Detta

utgör en ökning på närmare 35 procent. Samtliga av dessa individer har besökt en läkare i primär- eller specialistsjukvården. Under samma tvåårsperiod har 1 700 personer med svåra och resurskrävande sjukdomar inte gjort ett enda läkarbesök.¹⁸² Dessa personer har således inte träffat en läkare som kunnat bedöma deras sjukdomstillstånd.

Hur kan man tolka det minskade antalet besökare i de allra sjukligaste grupperna? Eftersom analysen endast omfattar läkarbesökare kan man inte dra slutsatsen att dessa personer står helt utan vård efter reformen. Det är möjligt att patienterna får omhändertagande av annan vårdpersonal, som till exempel sjuksköterskor. Det är också möjligt att de är i telefonkontakt med läkare för till exempel förnyelse av recept. Det kan inte uteslutas att vissa äldre patienter har placerats i särskilt boende där de får besök av läkare men att dessa besök inte blir registrerade som läkarbesök. Det är dock osannolikt att ett större antal patienter skulle ha tillfrisknat under perioden, eftersom de allra flesta vid det första mättillfället hade en eller flera kroniska sjukdomar som snarare förvärras av att tiden går. Det minskade antalet besökare kan heller inte förklaras av dödsfall, eftersom analysen gjorts på den del av befolkningen som varit mantalsskriven i regionen såväl före som efter vårdvalets införande.

Riksrevisionen bedömer inte att de ovan nämnda faktorerna fullt ut kan förklara minskningen i antal besökare efter vårdvalsreformen. Man kan således inte utesluta att vårdvalet har bidragit till en prioritering av mindre resurskrävande patienter och att detta har skett på bekostnad av de mer resurskrävande. Det är givetvis inte möjligt för en vårdmottagning att neka en svårt sjuk person vård men om de sjukligaste upplever att tillgänglighet och vårdkvalitet har försämrats kan dessa grupper ha blivit mindre benägna att uppsöka läkare.¹⁸³

Det finns indikationer att primärvården har blivit mindre tillgänglig för mer vårdkrävande patienter. Av föregående kapitel framgick att de områden som har fått färre vårdcentraler efter reformen tenderar att vara socioekonomiskt svaga och ha en mer vårdkrävande befolkning. Det framgick också att närheten till en vårdcentral är särskilt viktig för vårdkrävande grupper. Det har i Riksrevisionens intervjuer och fokusgrupper framförts att vårdcentralerna blivit mer inriktade mot mottagningsverksamhet vilket missgynnar de patienter som tidigare fångats upp i uppsökande verksamhet. Vårdvalsreformen uppges ha medfört att vårdcentralernas distriktsansvar brutits upp samtidigt som

¹⁸² Här åsyftas besökare i RUB-grupperna 4 och 5. Det kan vara värt att notera att dessa siffror inte är påverkade av den befolkningsökning som skett under samma period.

¹⁸³ Se resonemang om health literacy i t.ex. Beckman, Anders – Annell, Anders (2013). *Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits*, BMC Health Services Research 2013, 13:452.

antalet distriktssköterskor blivit allt färre och i allt högre grad arbetar inne på mottagningarna.¹⁸⁴

6.2.5 *Ökat antal besök per patient i den "friska" patientgruppen*

Ovan framgick att antalet besökare i den "friska patientgruppen" har ökat med närmare 35 procent i Region Skåne sedan vårdvalet infördes. Under samma period har antalet besök för denna grupp ökat med närmare 88 procent. Detta innebär att varje besökare gör betydligt fler läkarbesök efter reformens införande. Det omvända förhållandet gäller för den sjukligaste och mest resurskrävande gruppen av patienter. Här har antalet läkarbesökare minskat med 1,7 procent men antalet besök har minskat med 10 procent. Det innebär att varje person i denna grupp gör färre besök efter vårdvalet.¹⁸⁵

¹⁸⁴ Intervju: Sjuksköterskeföreningen 2013-12-10; fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; jmf. fokusgrupp: verksamhetschefer 2014-03-28.

¹⁸⁵ I tabell 15 i bilaga 3 framgår hur besöksvolymerna har förändrats för olika patientgrupper i Region Skåne sedan vårdvalet infördes.

7 Har förutsättningarna för en likvärdig vård ökat genom landstingens vårdvalssystem?

Ett av syftena med vårdvalsreformen är att sätta patienten i centrum. I följande kapitel diskuteras hur landstingens vårdvalssystem påverkar patientens möjligheter att få tillgång till vård på lika villkor.

Riksrevisionens slutsatser är dels att landstingens primärvårdsuppdrag, som vårdcentralerna arbetar utifrån, fortfarande skiljer sig åt, dels att det finns stora skillnader mellan landstingens ersättningssystem. Detta innebär att primärvård inte bedrivs på samma sätt i landet. Riksrevisionen noterar också att allt mer komplexa ersättningsmodeller utvecklas men att denna utveckling i låg grad präglas av ett gemensamt lärande bland landstingen. På patient- och vårdpersonalnivå innebär landstingens styrning ofta att patienter med enklare besvär premieras framför patienter med stora vårdbehov.

Regering och riksdag har pekat på att "en effektiv och ändamålsenlig informationsförsörjning inom hälso- och sjukvården är en förutsättning för att kunna garantera patientsäkerhet, tillgänglighet och kvalitet".¹⁸⁷ Av detta kapitel framgår dock att det fortfarande är svårt att värdera primärvårdens resultat och effektivitet.

7.1 Mot ökad likhet?

Riksdag och regering har beslutat om regionala vårdvalssystem, det vill säga att landstingen själva utformar sina system. Vid beslutstillfället såg regeringen fördelar med att göra vårdvalssystemet enhetligt över landet, framförallt eftersom en enhetlig modell på ett bättre sätt kan bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Regionala modeller riskerade olikheter i vården menade regeringen, eftersom vården skulle bli beroende av bostadsort och regelverk.

Ett ytterligare alternativ diskuterades där tydligare krav på primärvårdens innehåll skulle formuleras på nationell nivå med möjlighet för anpassning efter lokala förutsättningar. En sådan modell hade, likt en nationell vårdvalsmodell, dock påverkat ansvarsförhållandena mellan stat och landsting. En förhoppning var i stället att landstingens olika vårdvalssystem på sikt skulle

¹⁸⁶ Prop. 2008/09:29, s. 38.

närma sig varandra.¹⁸⁷ I syfte att bevaka huruvida olikheter skulle påverka förutsättningarna att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens krav på en vård på lika villkor för hela befolkningen, skulle utvecklingen av vårdvalssystemen följas.

Riksrevisionen kan konstatera att ingen statlig myndighet systematiskt har granskat huruvida landstingens olika vårdvalssystem närmar sig varandra eller bedömt förutsättningarna för att uppnå målet om en vård på lika villkor. Överlag konstateras på en övergripande nivå att vårdvalssystemen skiljer sig åt.¹⁸⁸

Med anledning av riksdagens och regeringens intentioner att systemen skulle närma sig varandra har vi undersökt om olikheterna minskar, består eller ökar mellan landstingen samt hur detta kan påverka förutsättningarna för en vård på lika villkor för hela befolkningen.

7.1.1 *Landstingens primärvårdsuppdrag skiljer sig åt*

Vårdvalsreformen innebär att landstingen inte får styra enskilda vårdgivare utan endast kan påverka vårdgivarna som kollektiv genom att precisera vad primärvårdsuppdraget innefattar.

Eftersom olika landsting har olika förutsättningar och politiska mål skiljer sig vårdvalssystemen åt. Vad som ingår i primärvårdsuppdragen i olika valfrihetssystem ser därför olika ut från landsting till landsting. Idag finns alltså inte ett enhetligt vårdvalssystem, utan 21 olika.¹⁸⁹ I ett landsting kan en tjänst ingå i primärvårdsuppdraget medan samma tjänst i andra landsting ingår i andra hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras utanför primärvården.

Vid införandet av det obligatoriska vårdvalet fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att följa upp hur vårdvalet hade införts i primärvården. Socialstyrelsen undersökte bland annat hur primärvårdens uppdrag hade formulerats och kom fram till att det fanns flera likheter även om landstingen valt olika ordval, formuleringar och disposition i sina förfrågningsunderlag. Man identifierade även vissa skillnader, vilka främst bestod av huruvida landstingens uppdrag omfattade barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering och medicinsk fotvård.

Två år senare genomförde Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en liknande undersökning av primärvårdsuppdragen och drog slutsatsen

¹⁸⁷ Prop. 2008:09:74 s. 19ff; bet. 2008/09: SoU9; protokoll 2008/09:77.

¹⁸⁸ Socialstyrelsen (2010). *Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning*; Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*.

¹⁸⁹ Inom Stockholms läns landsting upphandlas vård i Norrtälje genom Sjukvårds- och omsorgsnämnden i Norrtälje vilket är ett projekt där landstinget och kommunen samarbetar. Detta innebär att det finns fler än 21 olika vårdvalssystem för primärvården.

att ”uppdragens utformning i huvudsak är stabila över tiden”.¹⁹⁰ SKL:s kartläggning visade att vissa landsting hade breda uppdrag medan andra landsting hade smalare uppdrag där delar av den verksamhet som ingick i andra landstings primärvårdsuppdrag istället ingick i landstingens egen verksamhet eller upphandlades separat. SKL undersökte också likheter och olikheter i andra verksamheter, till exempel samverkan, jour och beredskap och läkemedelsgenomgångar. Även i dessa avseenden fanns det olika sätt att organisera uppdragen på.¹⁹¹

Riksrevisionen har gjort en liknande genomgång och sett att få förändringar i uppdragen har genomförts sedan 2010.

7.1.2 *Landstingens ersättningssystem skiljer sig åt*

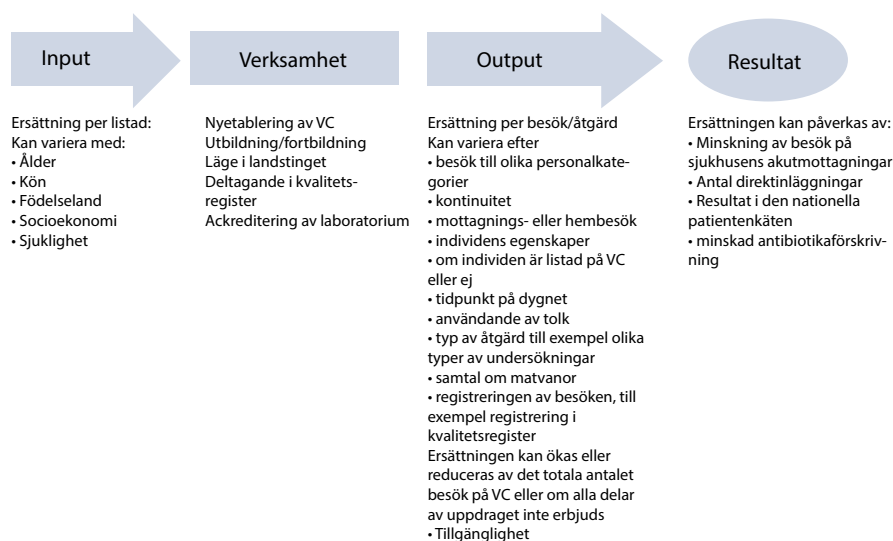
Forskning visar att den ekonomiska styrningen påverkar hur sjukvården organiseras och vad som levereras.¹⁹² Detta gäller oavsett vilken ersättningsmodell som används och oberoende av om alla i vårdpersonalen förstår de ekonomiska incitamenten. Vid Riksrevisionens intervjuer uppges att utformningen av ersättningssystemen också har betydelse för hur personalen agerar vid till exempel patientkontakter och registrering av patientkontakterna. Det går därför inte att bortse från ersättningssystemen när man ska bedöma förutsättningarna för en likvärdig vård i landet.

¹⁹⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. s. 26.

¹⁹¹ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. s. 26f.

¹⁹² Lindgren, Peter (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*.

Bilden nedan ger en inblick i vilka styrmedel landstingen kan använda för att ersätta vårdcentralerna för deras arbete.



Vid en kategorisering av ersättningssystemens komponenter används vanligtvis begreppen kapitation/fast, rörlig och målrelaterad ersättning. Den fasta ersättningen är dock egentligen en rörlig ersättning som varierar efter antalet listade individer på vårdcentralen; ofta beräknas denna ersättning ut per månad. Anledning till att ersättningen ofta kallas fast ersättning är att den inte är besöksrelaterad.

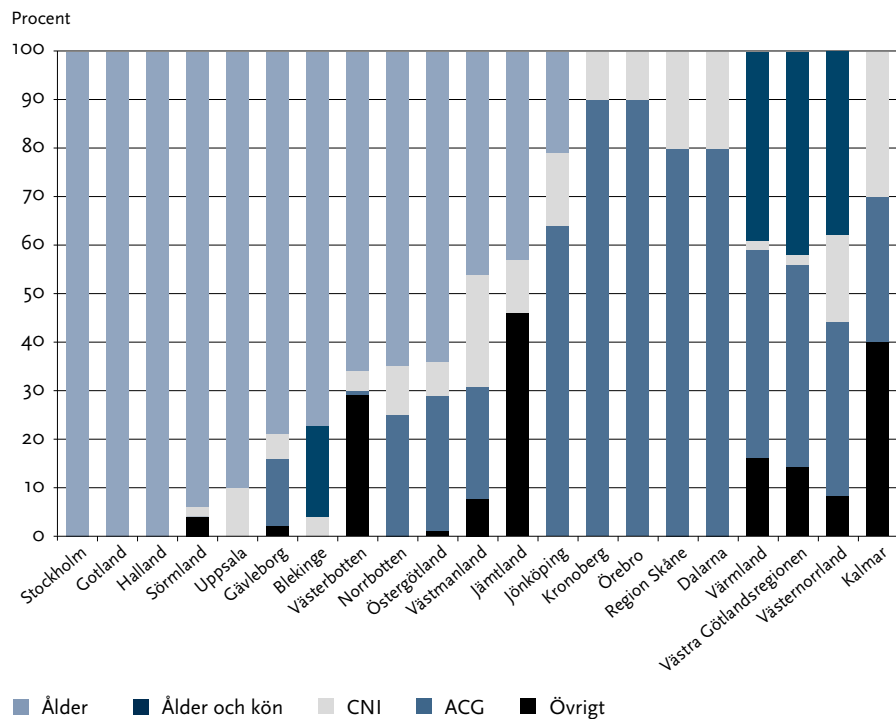
Den målrelaterade ersättningen kan variera beroende på resultatmått, men det kan också vara ett mått baserat på den output vårdgivaren presterar i form av utförda åtgärder och hur åtgärderna utförts. Alla styrmedel används inte av alla landsting – även styrmedlens definitioner, vikt och nivåerna på ersättningarna varierar.

Kapitationsersättning

I många landsting utgör en större del av ersättningen kapitationsersättning eller ersättning per listad individ, så kallad fast ersättning. Enligt SKL:s kartläggning 2012 hade de flesta landstings ersättningssystem med i genomsnitt 80 procent kapitation, medan Stockholms läns landsting hade 40 procent. Riksrevisionen kan konstatera att dessa nivåer i huvudsak är oförändrade.

Diagrammet nedan ger en bild av vilka variabler som påverkar kapitationsersättning en i landstingens ersättningssystem.

Diagram 7.1 Översiktlig bild av sammansättningen av kapitationsersättningen i landstingens ersättningssystem¹⁹³



Källa: Landstingen

De landsting som först introducerade vårdvalsmodeller – Halland, Stockholms län och Västmanland – hade fram till 2012 använt förhållandevis enkla principer för att fördela ersättning per listad person. Stockholms läns landsting och Västmanland har på senare år förändrat sina system medan Halland har kvar det system som infördes 2007.¹⁹⁴

I Halland varierar kapitationsersättningen med de listades ålder.¹⁹⁵ I Stockholms län, som har en mindre andel ersättning per listad individ, varierar också ersättningen efter den listades ålder. Stockholm har vid sidan av ålder också infört en extra ersättning för listade personer som är födda utanför EU och Nordamerika.¹⁹⁶ Västmanland har vid sidan av ålder infört ett mått på individens vårdtyngd.¹⁹⁷

¹⁹³ Landstingen har själva besvarat hur stora andelarna i den fasta ersättningen är utifrån ett tillsänt excelark. Andelarna ska ses som ungefärliga och i vissa fall har avrundning skett. I posten "övrigt" återfinns bland annat geografisk ersättning. Stockholms läns landsting har också listningsersättning per listad utlandsfödd på 326 kr per år som inte redovisas i diagrammet.

¹⁹⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. s.29.

¹⁹⁵ Region Halland (2014). *Modellbeskrivning och förfrågningsunderlag för vårdval i närsjukvården*, s. 27.

¹⁹⁶ Stockholms läns landsting (2014). *Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*, s. 40f.

¹⁹⁷ Västmanlands läns landsting (2013). *Förfrågningsunderlag. Program för primärvården i Västmanland*, kapitel 6.1.

De landsting som införde vårdval 2009 och 2010 har ofta ersättningar per listad person som varierar med socioekonomisk status och sjuklighet. Totalt 16 landsting använder Care Need Index (CNI) för 10–25 procent av ersättningen per listad person för att ta hänsyn till befolkningens socioekonomiska sammansättning¹⁹⁸ medan 14 landsting använder Adjusted Clinical Groups (ACG) för att fastställa 2–80 procent av kapitationsersättningen.¹⁹⁹ ACG är ett sätt att beräkna vårdtyngd utifrån registrerade diagnoser, där underlaget för att beräkna ersättning enligt ACG är de diagnoser som patienten fått under en tidigare tidsperiod.

Som exempel kan nämnas att för ersättning per listad person i Skåne avgörs till 80 procent av patientens vårdbehov via ACG och till 20 procent av socioekonomiska faktorer enligt CNI.²⁰⁰ I Västra Götalandsregionen används ACG för att fastställa 50 procent av ersättningen per listad person; ålder och kön används för resterande del. Västra Götalandsregionen fördelar också ut en ersättning baserad på socioekonomi enligt CNI men man har valt ett högt tröskelvärde för denna komponent, vilket gör att denna ersättning endast betalas ut till ett mindre antal vårdcentraler i särskilt utsatta områden.²⁰¹

Det är inte bara sammansättning och fördelning mellan ersättningsprinciper som skiljer sig åt mellan landstingens ersättning per listad person. Även tillämpningen av en och samma beräkningsmodell varierar. Som framgår ovan finns det skillnader i tillämpning av CNI och även beräkningen av ACG skiljer sig åt mellan landstingen. I Region Skåne inhämtas till exempel individens tidigare diagnoser för att fastställa ACG från samtliga nivåer inom hälso- och sjukvården där diagnoser sätts. I Västra Götaland beräknas ACG-ersättningen däremot endast utifrån diagnoser från primärvården.²⁰² Vidare skiljer det sig åt vad gäller vilka yrkesgrupper som får sätta diagnoser som räknas in i patientens ACG-poäng.

¹⁹⁸ CNI är ett sätt att beräkna risk för ohälsa baserad på individens socioekonomiska bakgrund.

¹⁹⁹ Region Skåne (2014). *Förutsättningar för ackreditering och avtal för Vårdcentral i Hälsöval Skåne*, s. 44; Västerbotten (2013). *Uppdrag och regler för hälsoval Västerbotten 2014*, s. 20

²⁰⁰ Region Skåne (2014). *Förutsättningar för ackreditering och avtal för Vårdcentral i Hälsöval Skåne*, s. 44.

²⁰¹ Västra Götalandsregionen (2014). *Krav och kvalitetsbok*, s. 41.

²⁰² Västra Götalandsregionen (2014). *Krav och kvalitetsbok*, s. 38.

Rörlig ersättning

Samtliga landsting har också någon form av ersättning kopplats till olika åtgärder, till exempel olika typer av besöksersättningar. Dessa ersättningar styr mot en ökad tillgänglighet i form av flera besök. Uppsala län, Kalmar län och särskilt Stockholm utmärker sig i förhållande till övriga landsting med en större andel besöksersättning. I Stockholms läns landsting, där besöksstillgänglighet och valfrihet genom en mångfald av vårdgivare är tydligt uttalande ambitioner, utgör besöksersättningen totalt 60 procent medan landstinget i Kalmar län och landstinget i Uppsala län har 30 procent rörlig ersättning.

I Skåne fanns, liksom i Stockholms län, brister i tillgängligheten men Region Skåne såg inte ersättning per besök som en lösning.²⁰³ Där är det uttalade syftet snarare är att patientmötet ska vara anpassat efter de enskilda individernas behov vilket ”innebär att vårdgivarna får ersättning för prestationer i form av resultat i måluppfyllelse och kvalitet och inte i form av antal besök”.²⁰⁴

Skåne lägger istället större vikt vid ersättning för vårdcentralernas täckningsgrad för att styra tillgängligheten och efterfrågan på vård till rätt nivå. Täckningsgraden beräknas genom att vårdcentralen får ett avdrag om listade patienter besöker andra vårdgivare. Detta påverkar även vårdgivaren, så att denne är tillgänglig för sina listade patienter som därmed inte vänder sig till andra vårdgivare. Flera landsting har ersättningssystem som tar hänsyn till täckningsgrad men beräkningsgrunderna varierar.

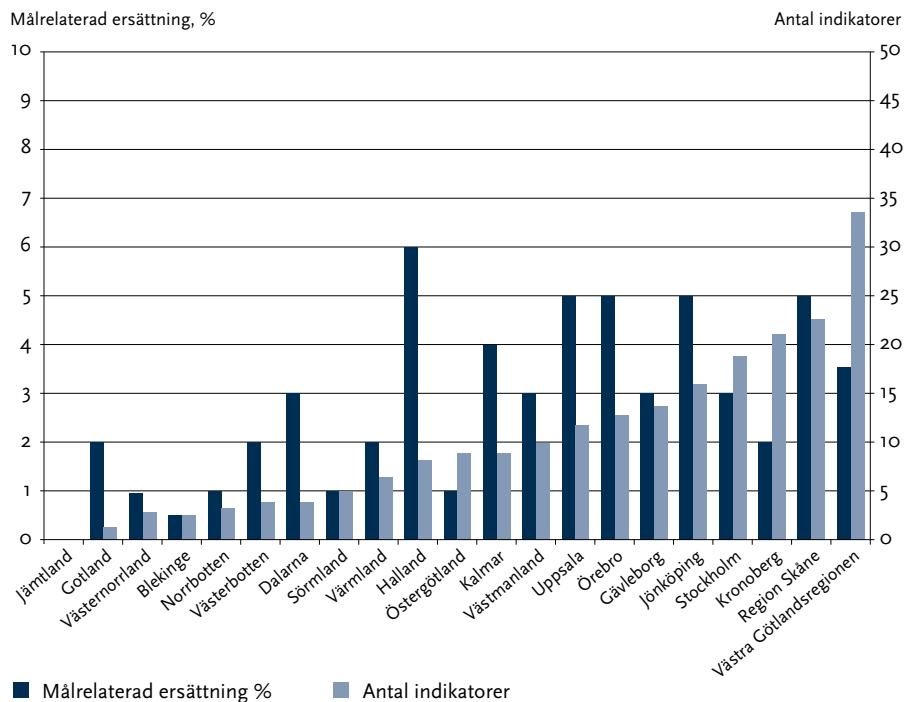
Målrelaterad ersättning

Andelen målrelaterad ersättning varierar mellan 0 och 6 procent av den totala ersättningen. I Riksrevisionens intervjuer framkommer att målrelaterad ersättning har en stark styreffekt, trots att den utgör en liten andel av den totala ersättningen. Målrelaterad ersättning innebär att vårdcentralerna kan få extra ersättning om de når på förhand bestämda mål. Oftast inkluderas också ersättning för utförda åtgärder och ersättning för hur åtgärder utförs i vad som kallas målrelaterad ersättning. På så sätt kan ersättningssystemens konstruktion också hämma vårdgivarna möjligheten att vara innovativa. Även här finns dock stora skillnader mellan landstingen vad gäller vad man ersätter, omfattning, antal mål som ersätts samt principer för utbetalning. Diagram 7.2 nedan visar hur antalet indikatorer och andelen målrelaterad ersättning förhåller sig till varandra.

²⁰³ Intervju: Region Skåne 2014-04-15.

²⁰⁴ Region Skåne (2014). *Ackreditering och avtal för vårdcentral i Hälsöval Skåne*, s. 5f.

Diagram 7.2 Antal indikatorer och andel ersättning av den totala ersättningen



Källa: Landstingen

Av diagrammet framgår bland annat att Västra Götalandsregionen ersätter flest indikatorer (34 stycken). Ersättningen utgör en relativt liten andel (tre procent) av den totala ersättningen. Dessutom har Västra Götalandsregionen flera indikatorer som mäts men inte ersätts. Halland har sex indikatorer och den målrelaterade ersättningen utgör sex procent av den totala ersättningen. Jämtland har helt avskaffat målrelaterad ersättning, eftersom de har bedömt att administrationen av ersättningsformen är för kostsam.

Den målrelaterade ersättningen har kritiserats, eftersom det finns lite evidens för att den medför förbättringar för patienterna.²⁰⁵ I stället tyder forskningen snarare på att det riskerar att uppstå strategiska beteenden när målrelaterade ersättningar byggs in i incitamentsstrukturerna.²⁰⁶ Exempel på detta är att registrerade förbättringar till stor del kan vara ett resultat av ett ändrat sätt att registrera efterfrågade uppgifter, snarare än ett förbättrat arbetssätt (se

²⁰⁵ ESO (2010). *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. s. 10.

²⁰⁶ Se t.ex. De Bruijn, Hans (2007). *Managing performance in the public sector*.

kapitel 3).²⁰⁷ ²⁰⁸ Kritik har också riktats mot att de resurser som används för målrelaterad ersättning inte kan räknas in i verksamheternas planering och budgetramar, vilket skapar kortsiktighet och utarmar ett långsiktigt kvalitetsarbete.²⁰⁹ Riksrevisionen kan konstatera att de landstingsföreträdare vi har intervjuat har olika syn på nyttan med målrelaterad ersättning.

Kostnadsansvar

Vårdgivarna kan också ha kostnadsansvar för olika typer av åtgärder de föreskriver vid besöken vilket påverkar vårdcentralernas ekonomi. Det kan till exempel gälla kostnader för olika undersökningar, laboratorieprover, behandling av sjukgymnast eller förskrivning av läkemedel. Vårdgivarnas kostnadsansvar varierar också mellan landstingen.²¹⁰

7.1.3 Ersättningssystemen blir inte mer lika

Som tidigare beskrivits skiljer sig primärvårdsuppdragen åt och få förändringar har skett över tid. När det gäller ersättningssystemen finns också stora skillnader mellan landstingen – inte bara vad gäller sammansättning och fördelning mellan olika ersättningskomponenter. Komplexiteten ökar i systemen, vilket i sin tur resulterar i parallella utvecklingsprocesser genom att nya komponenter av styrning och kontroll tillförs. Att landstingens ersättningssystem inte närmast sig varandra så som riksdag och regering avsåg, framkommer bland annat av att landstingen har olika typer av ersättningskomponenter och beräknar ersättningen för dessa komponenter på olika sätt.

Exemplet ACG

Ett exempel på att gemensamma lösningar inte präglar landstingens arbete är utvecklingen av ACG (se avsnitt 7.1.2) vilket är en vanlig komponent i ersättningen per listad individ. År 2012 ersatte nio landsting någon del av

²⁰⁷ De Bruijn, Hans (2007). *Managing performance in the public sector*, s.17ff.; ESO (2010). *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, s.10; Engström, Sven. *Målrelaterade ersättningar – vägen till eller vägen från målet bättre vård?* s. 32–33 i *Allmänmedicin*. Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin. Nummer 3, 2013, årgång 34.

²⁰⁸ Vårdvalsenheten Västra Götalandsregionen (2012). *Uppföljning Vårdval VG Primärvård 2012*, s.22. I uppföljningen beskrivs hur andelen vårdcentraler som uppnår målen för blodsockerkontroll är det högsta i landet och för blodtryckskontroll de näst bästa värdena. Man ställer sig tvekan till dessa siffror: "Kan det vara så att ersättning för blodtrycksmål påverkar hur blodtryck mäts och registreras? Leder ökad rapportering av olika mätvärden att resultatmått spåds ut med resultat från friskare patienter och därmed skenbara förbättringar?" Se även Albinsson, Gunnar, *Förbättrad tillgänglighet eller förändrad registrering?* i *Allmänmedicin*. Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin nummer 3 2013 årgång 34.

²⁰⁹ Dagens medicin, *Så skulle ersättningarna i primärvården fungera bättre*, 2014-03-14.

²¹⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. s.36f.

ersättningen per listad individ enligt ACG; 2014 är samma siffra 14 landsting och ytterligare landsting planerar att införa ACG i någon form.

Debatten om ACG-systemet har under 2013–2014 handlat om att diagnoser manipuleras och att läkare sätter fler diagnoser än motiverat, vilket gör att systemet inte ger en verklig bild av vårdtyngden. I en skrift från SKL diskuteras en validering av systemet för att öka kunskapen, och där konstaterar SKL att riskerna måste synliggöras och eventuellt kvantifieras. Detta, tillsammans med ytterligare uppföljning, diagnoskolor, medicinska revisioner och kompletterande ekonomiska incitament kan minimera riskerna, menar SKL, och man föreslår en vidareutveckling och utbyggnad av systemet med kompletterande styrning.²¹¹

Det är svårt att utläsa av SKL:s skrift om detta utvecklingsarbete hittills har präglats av en gemensam utvecklingsprocess och lärande mellan landstingen. Detta märks inte minst av att SKL drar slutsatsen att användningen av ACG skiljer sig åt och att en gemensam validering av systemen inte kan göras utan att landstingens ACG-system måste bedömas från fall till fall.²¹² En rimlig tolkning av SKL:s slutsats är att bristen på likhet mellan landstingens olika ersättningsmodeller är ett problem för hälso- och sjukvården när det gäller att få en mer enhetlig primärvård.

Vilka är bieffekterna av olika ersättningssystem?

Utvecklingen av psykiska diagnoser kan tjäna som exempel. Antalet psykiska diagnoser, till exempel depression och ångest, har ökat, vilket kan ha olika förklaringar. Det kan handla om förändringar i samhället som gör att fler personer blir sjuka, och om sjukligheten ökar bör det också få effekter på vårdens utförande. Noteras bör dock att antalet läkarbesök i den specialiserade psykiska sjukvården har varit tämligen konstant (se avsnitt 3.2, diagram 3.2). Andra förklaringar kan vara att det är mindre skambelagt i dag att söka vård för exempelvis depression än det har varit tidigare²¹³ eller en tidigare underdiagnostisering genom att läkarna inte varit vana att registrera dessa diagnoser.²¹⁴ Men även införandet av ACG kan ha påverkat diagnossättningen i flera landsting. Andelen psykiska diagnoser ökar nämligen mer i landsting med ACG-system och mindre i landsting utan detta system.

Riksrevisionen har mätt antalet psykiska diagnoser och syndrom samt beteendestörningar före och efter vårdvalet – 2007 respektive 2011. I Skåne och

²¹¹ Sveriges Kommuner och Landsting, *ACG – förutsättningar för en nationell insats*, Dnr:14/3321, 2014-06-04.

²¹² Sveriges Kommuner och Landsting, *ACG – förutsättningar för en nationell insats*, Dnr:14/3321, 2014-06-04.

²¹³ Intervju: FoU-enheten Jönköping 2013-10-18.

²¹⁴ Intervju: representanter Jönköpings läns landsting. 2013-10-18. Intervju: Västra Götalandsregionen 2014-05-15; Nordström Träff, Karin. *Nej, ACG kan inte manipuleras!* s. 30 i *Allmänmedicin*. Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin nummer 3 2013 årgång 34.

Västra Götaland, som båda använder ACG, har antalet psykiska diagnoser ökat med 60 procent respektive 84 procent. I Stockholm, som inte använder ACG, har psykiska diagnoser ökat med 34 procent.²¹⁵

Det har gjorts några studier om ACG-systemets påverkan på vårdcentralernas verksamhet i olika landsting, och man har där sett en diagnosökning vid införandet av ACG.²¹⁶ En av studierna visar att vissa vårdcentraler i Jönköping län hade höga ACG-poäng utan att det fanns någon relation till andra faktorer som förskrivningar, provtagningar eller patienternas ålder.²¹⁷ För att undersöka hur läkarna upplevde ACG-systemet skickades en enkät ut till läkarna, majoriteten uppgav att deras beteende påverkades av ersättningssystemet. Bland de svarande läkarna uppgav 58 procent att de i hög grad eller till viss del känner sig tvingade att sätta fler diagnoser än vad som är motiverat.²¹⁸ Av våra intervjuer med läkare framkommer en liknande bild. De beskriver en diagnosinflation som kan förklaras av både medveten och omedveten överdiagnostisering.²¹⁹

Påverkar ersättningssystemen antalet satta diagnoser innebär det också att diagnoser har blivit ett sämre mått på sjuklighet. Det betyder att journalernas värde som informationsbärare till framtida vårdgivare minskar. Beroende på vilken förklaringsmodell till diagnosökningar som väljs inom olika landsting finns det olika lösningar. Ett landsting som tror att diagnosökningen beror på förändringar i samhället försöker parera dessa medan ett landsting som tror att diagnosökningarna beror på ersättningssystemets konstruktion förändrar systemet.

7.2 Maktförskjutning i önskad riktning?

Ett av syftena med vårdvalsreformen var att makten skulle flyttas från politiker och tjänstemän till patienterna genom att patienten sätts i centrum. Detta skulle ske genom att patienten fritt kunde välja och byta vårdcentral, vilket enligt regeringen skulle resultera i ökad tillgänglighet och en kvalitetsutveckling i primärvården. Konkurrensverkets menar i sin uppföljning av vårdvalet 2012 att förutsättningarna för konkurrens och kvalitetsutveckling finns. Möjlighetens att välja vårdcentral är väl känd bland invånarna i samtliga landsting och två av tre anser sig ha fått tillräckligt med information för

²¹⁵ Enligt data som inkommit till Riksrevisionen för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (ICD-10 kod Foo-F99).

²¹⁶ Se t.ex. Lindström, Kjell. *Kan ACG manipuleras?* s. 28f. i *Allmänmedicin. Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin nummer 3 2013 årgång 34*.

²¹⁷ Läkartidningen, *ACG-systemet tvingar fram onödiga diagnoser*, 2013; 110: CH3W.

²¹⁸ Läkartidningen, *ACG-systemet tvingar fram onödiga diagnoser*, 2013; 110: CH3W.

²¹⁹ Intervju: FoU-enheten Jönköping 2013-10-18, intervju: läkare 2013-09-05; fokusgrupp: läkare flera landsting 2014-03-28; gruppintervju: åtta läkare Västra Götaland 2014-05-16.

att kunna göra ett aktivt val. En majoritet av de svarande på myndighetens enkätundersökning anser sig också ha gjort ett aktivt val trots att de inte gjort något aktivt byte.²²⁰ Resultatet bekräftas också i en rapport från Vårdanalys som visar att en majoritet i deras undersökning (76 procent) anser det viktigt att få välja vårdcentral men många (64 procent) har inte har bytt eller funderat på att byta vårdcentral. Bland de som bytt vårdcentral (24 procent) var det viktigaste skälet att man bytt bostadsort.²²¹

I våra intervjuer framgår det att vårdvalet bidragit till att många mottagningar blivit mer patienttillvända och till att göra valfrihet i primärvården känd. Patientens inflytande har på så sätt stärkts. Vår granskning visar samtidigt att den ökade tillgängligheten inte självklart fördelats efter behov. Dessutom ställer landstingens ersättningssystem allt högre krav på personalen att registrera vad den gör, vilket riskerar att flytta fokus från patientens verkliga problem. På samma sätt kan ersättningssystemens konstruktion hämma möjligheten för vårdgivarna att vara innovativa. Det finns därför en risk att ersättningssystemet och inte patientens problem hamnar i centrum.

7.2.1 *Prioritering av vårdbehov*

Av våra intervjuer med vårdpersonal framkommer att många upplever att kraven på att producera besök har ökat och att personalen upplever ett tryck på att göra mer och ta emot fler patienter.²²² Tiden per patient har minskat till följd av ökade krav på att ta emot fler patienter, oavsett patientens besvär. Korta patientmöten kan vara lämpligt i vissa fall, men personalen menar att kraven gäller för alla patienter. Vissa vårdcentraler, främst i Stockholms läns landsting där ersättningen per läkarbesök är relativt hög, har infört snabbmottagningar för läkarbesök. De patienter som besöker dessa mottagningar behöver kanske inte läkarvård men personalen upplever ofta att det är svårt att säga nej till att ta emot dem – dels på grund av risken att patienten byter vårdcentral, dels på grund av att intäkterna från snabbmottagningarna kan finansiera vård av patienter med större vårdbehov.²²³

Även i landsting som inte ersätter vårdcentraler per läkarbesök eller som har en hög besöksersättning finns krav på hög tillgänglighet på bekostnad av vård till patienter med större behov. Detta beror på att risken att intäkter försvinner

²²⁰ Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*, s. 25ff.

²²¹ Vårdanalys (2013). *Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*.

²²² Fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; fokusgrupp: läkare flera landsting 2014-03-28; gruppintervju: åtta läkare Västra Götaland 2014-05-16.

²²³ Bland annat fokusgrupp: läkare Stockholm 2014-03-28; intervju: verksamhetschef vårdcentral Stockholm läns landsting 2013-09-17; intervju: Läkarförbundet Stockholm 2014-02-27; gruppintervju: åtta läkare Västra Götaland 2014-05-16.

patienten byter vårdcentral genom att ersättningen för den listade patienten därmed försvinner. Andra styrmedel i ersättningssystemen kan också påverka viljan att ta emot alla, till exempel om vårdcentraler får ekonomiskt avdrag om en patient listad på vårdcentralen besöker en annan vårdgivare (ersättning efter så kallad täckningsgrad). Detta gör det svårt att säga nej till patienter som personalen inte anser vara i behov av vård enligt de etiska principerna.

Samtidigt kan vårdkrävande patienter bli en belastning om det innebär att man inte kan ge tillräckligt snabb hjälp till personer som är benägna att byta vårdcentral. Nyligen uppmärksammandes ett fall där en verksamhetschef bett sina anställda att undvika listning av patienter med besvärliga åkommor som kräver utredningar. Till dessa skulle vårdpersonalen meddela att de hade långa väntetider och att de skulle prioritera sina egna patienter. Däremot fick patienter som sökte för någon enklare åkomma, till exempel halsfluss, lista sig på vårdcentralen.²²⁴ Fallet är inte unikt; vissa intervjuade vårdanställda har beskrivit motsvarande uppmaningar.²²⁵ Det förefaller därför som att det kan vara svårt att prioritera ner patienter med lättare besvär, och detta verkar gälla oberoende av ersättningssystemets konstruktion.

Våra iakttagelser stöds av en enkät som genomfördes på uppdrag av SKL 2012. Enkäten besvarades av 360 verksamhetschefer från samtliga landsting.²²⁶ Cirka 70 procent av verksamhetscheferna instämde i påståendet att nuvarande ersättningsprinciper i hög eller mycket hög utsträckning riskerar undanträngning av patientgrupper.²²⁷ Endast 20 procent av verksamhetscheferna instämde i påståendet att nuvarande ersättningsprinciper stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov.²²⁸ Stockholms län och Västra Götaland utmärker sig särskilt. Där svarade en jämförelsevis stor andel svarat att ersättningssystemen inte stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov.

Knappt 60 procent av de svarande instämde i påståendet att nuvarande ersättningsprinciperna premierar korta besök. Svaren varierade dock mellan landstingen.²²⁹ Intressant att notera är att respondenter i Skåne och Västra Götaland i lika hög utsträckning som respondenter i Stockholms län svarade att de instämmer i påståendet att ersättningen till vårdenheter i högre grad bör justeras utifrån individens förväntade vårdbehov.²³⁰ Det faktum att ersättningen

²²⁴ Dagens medicin, *Vårdcentralschef ville inte ha besvärliga fall*, 2014-01-31.

²²⁵ Jmf. fokusgrupp: sjuksköterskor och fysioterapeuter 2014-03-21.

²²⁶ Svarsfrekvensen är 53,1% men svarsfrekvensen varierar mellan landstingen. Privata vårdgivare är underrepresenterade då endast 27 besvarade enkäten. Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Vårdval i primärvården*, s. 43ff.

²²⁷ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). figur 3.17.

²²⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). figur 3.16.

²²⁹ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). figur 3.15.

²³⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (2012). figur 3.10.

per individ i Skåne och Västra Götaland i högre grad baseras på vårdtyngd (ACG) och socioekonomi (CNI), och inte bara på ålder och födelseland som i Stockholms läns landsting, tycks inte ha haft någon betydelse.

7.2.2 *Personalens handlingsutrymme begränsas*

På senare tid har sjukvårdprofessionen reagerat på en ökande ekonomisk detaljstyrning. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har till exempel listat de sju mest onödiga åtgärder som förekommer inom allmänmedicin. Exempel är fysisk aktivitet på recept, hälsoundersökning av friska och journalföring av levnadsvanor.²³¹ Vårdpersonal upplever att landstingens krav på uppföljning och registrering av olika aktiviteter tränger undan förutsättningarna att se till patientens individuella behov. I samband med att patientmöten förkortats blir utrymmet för det medicinska arbetet mindre. Som tidigare nämnts kan korta möten vara motiverade i vissa fall, men vårdpersonal uttrycker en oro över de patienter som kräver mer vård ges mindre tid.

Läkare har i intervjuer och fokusgrupper framfört att styrningen tenderar att standardisera mötet med patienten, speciellt i kombination med att möten med patienter med större vårdbehov tenderar att vara lika långa som möten med patienter med enklare behov. Standardiserade detaljstyrda ersättningsystem försvårar också för vårdgivare att nischa sig. På så sätt hämmar ersättningsystemens konstruktion möjligheten för vårdgivarna att vara innovativa. Snarare kan ersättningsystemen standardisera utbudet av vård, eftersom alla vårdcentraler i landstinget måste uppfylla samma krav. En läkare berättar:

Valfrihetsreformen ger förvisso förutsättningar så att du kan välja vårdcentral men eftersom detaljstyrningen är så omfattande om vad vårdcentralen ska erbjuda så har du bara möjlighet att välja adress, färg på väggarna och klädsel på stolarna, allt annat är lika. Jag kan inte som patient välja en vårdgivare som kan tillgodose mina medicinska behov på ett visst sätt.²³²

Ersättningsystemen har fått till följd att det blir svårare att sätta patienten i centrum vid besöket. I en rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) beskrivs detta som att läkare bedömde att den egna agendan vid mötet med patienten hade förändrats.²³³ En viktig del av mötet var att tillfredsställa de krav på åtgärder som målen och indikatorerna i den målbaserade ersättningen angav medan patientens eget syfte med läkarbesöket

²³¹ <http://www.sfam.se/wp-content/uploads/2014/06/On%C3%B6diga-eller-skadliga-%C3%A5tg%C3%A4rder.pdf> [hämtat 2014-09-18].

²³² Intervju: läkare 2014-05-16.

²³³ ESO rapport (2010), *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, s. 89–90

trycktes undan till en del. En del läkare menade att detta även kunde skapa konflikter med patienten, när patienten ville prata om sina problem medan läkarna ville registrera de uppgifter som krävdes för att få målbaserad ersättning. I Riksrevisionens intervjuer pekar flera läkare på detta problem och menar att det finns en risk för ”checklistebeteende”.²³⁴

I avsnitt 7.1.3 beskrevs ökad diagnosättning efter införandet av ersättning efter vårdtyngd (ACG). För att komma till rätta med misstänkt manipulering menar SKL att systemen kräver uppföljning, diagnoskolor, medicinska revisioner och kompletterande ekonomiska incitament för att man ska komma till rätta med misstänkt manipulering.²³⁵ Med andra ord föreslår en ökning av kontrollen i de ersättningssystem som redan från början upplevs ha ökat detaljstyrningen och administrationen. Dessa kompensatoriska åtgärder resulterar dock oftast i en ännu större detaljstyrning av mötet mellan vårdpersonal och patient samt en ökande administrativ börda. I en enkät som Riksrevisionen genomfört uppger även majoriteten av landstingens representanter i SKL:s vårdvalsnätverk att administrationen för vårdgivarna och administrationen inom landstingsförvaltningen har ökat.²³⁶

En allt mer ökande detaljstyrning gör det dessutom problematiskt för privata vårdkoncerner som vill etablera sig i flera landsting, eftersom de har olika ersättnings- och kontrollsystem att förhålla sig till.²³⁷ Denna upplevelse förstärks av statens styrning genom överenskommelser. Kännedom om överenskommelserna uppges nå landstingen sent, ändras och/eller ha en osäker tidsplan, vilket i sin tur påverkar landstingens förutsättningarna att styra vårdcentralerna.²³⁸ Detaljstyrningen och förändringarna i ersättningssystemen påverkar också vårdcentralernas möjlighet till långsiktig planering. Vid våra intervjuer har ryckigheten i förutsättningarna att planera tagits upp.²³⁹

Myndigheten för vårdanalys har uppmärksammat de allt högre kraven på dokumentation och redovisning från både nationell och regional nivå.²⁴⁰ Omfattningen av det administrativa arbetet utgör en betydande del av läkarnas

²³⁴ Gruppintervju: åtta läkare Västra Götaland 2014-05-16.

²³⁵ Sveriges Kommuner och Landsting, ACG – *förutsättningar för en nationell insats*, Dnr:14/3321, 2014-06-04.

²³⁶ Av landstingsrepresentanterna ansåg 11 att administrationen för vårdgivarna hade ökat, 2 att den inte förändrats och 6 visste inte. 16 ansåg att administrationen inom landstingsförvaltningen hade ökat och 3 ansåg att den var oförändrad.

²³⁷ Intervju: Vårdföretagarna 2014-01-22.

²³⁸ Riksrevisionen (2014). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, Riksrevisionen 2014, RiR 2014:20.

²³⁹ T.ex. fokusgrupp: läkare flera landsting 2014-03-28.

²⁴⁰ Myndigheten för vårdanalys, 2013:9. *Ur led är tiden – fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*.

arbetstid och att läkarna upplever att tid stjäls från patienterna. Tidigare studier visar att administrationen i många fall utgör en tredjedel av arbetstiden. Myndigheten ifrågasätter delar av det administrativa arbetet, och regeringen har 2013 tillsatt en nationell samordnare som ska utreda och ge förslag till åtgärder för ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård.²⁴¹

7.3 Ökad öppenhet om primärvårdens resultat?

Regeringen har gett uttryck för att den ska arbeta för att öka öppenheten kring hälso- och sjukvårdens resultat och effektivitet.²⁴²

För att regeringen och dess myndigheter ska kunna påverka vården med kunskapsstyrning och förse riksdagen med information och beslutsunderlag om hälso- och sjukvårdens resultat på nationell nivå krävs ett tillförlitligt beslutsunderlag. Flera faktorer påverkar kvaliteten i beslutsunderlagen.

7.3.1 Statistik om primärvården är svårt att värdera

Vad som ingår i primärvården varierar mellan landstingen. Det är därför svårt att jämföra data från olika landsting. Även förändringar i primärvårdsuppdrag eller ersättningssystem kan påverka kvantitativa data om primärvården liksom jämförelser inom och mellan olika landsting. När data om hälso- och sjukvården presenteras används olika källor och olika begrepp. Detta gör det också svårt att jämföra olika källors data om primärvården.

Flera myndigheter och organ samlar in uppgifter

Flera olika myndigheter och organ har roller gentemot primärvården. Många av dessa samlar in eller sprider information om hälso- och sjukvården regelbundet, dels i rapporter, dels i tillgängliga databaser, till exempel SCB:s hälsoräkenskaper, SKL:s årliga statistikinsamling om hälso- och sjukvård, Nationella Patientenkäten, Vårdbarometern och Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät. Data som berör primärvården samlas också in, sammanställs eller presenteras av andra, till exempel Konkurrensverket, Socialstyrelsen och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

Myndigheter använder sig ibland av data från de generella systemen för sina analyser, men ofta saknas uppgifter. Till exempel använde sig Vårdanalys i sin rapport *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* dels av data från den Nationella patientenkäten från år 2010, dels av data hämtade från register i tre regionerna Halland, Skåne och Västra Götaland. I studien *Vem har vårdvalet*

²⁴¹ Dir. 2013:104. *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.*

²⁴² Ramböll (2012). *IHP international survey of sicker adults.* Resultat för Sverige, 2012-01-19.

gynnat? jämför Vårdanalys Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland och Region Skåne med hjälp av enkäter och bearbetning av registerdata.

En del av de data som presenteras om sjukvården samlas på så sätt in genom att belasta patienter, vårdgivare och/eller landsting. Förutom statliga myndigheter samlar dessutom andra centrala och regionala organisationer in data med hjälp av enkäter som belastar patienter, vårdgivare och/eller landsting.

7.3.2 *Uppföljning av vårdkvalitet i primärvården på nationell nivå är fortfarande outvecklad*

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa utvecklingen i hälso- och sjukvården. Det finns dock begränsningar i möjligheterna att följa upp primärvården när det gäller god och jämlik vård. Indikatorer för primärvården är jämförelsevis outvecklade. Primärvården omfattas inte heller av rapporteringsskyldigheten till patientregistret. I nuläget saknas lagmässiga förutsättningar för att samla in personnummerbaserade uppgifter från primärvården på nationell nivå.²⁴³ Detta gör att det inte är möjligt att studera olika gruppers utnyttjande av primärvård, undanträngning eller väg genom vården, vilket är möjligt inom den övriga hälso- och sjukvården i och med att den omfattas av patientregistret. Socialstyrelsen överlämnade i mars 2012 ett förslag till regeringen om att ändra förordningen om patientregister till att omfatta även primärvård. Regeringen bereder fortfarande förslaget.²⁴⁴

²⁴³ Socialstyrelsen (2012). *Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret.*

²⁴⁴ E-post: Socialdepartementet 2014-08-20.

8 Påverkar tillgänglighetsreformerna kostnaderna i primärvården?

I tidigare kapitel konstateras att utvecklingen av primärvård inte alltid skett enligt hälso- och sjukvårdens mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen vad gäller etablering och närhet till vårdcentraler, vårdutnyttjande och undanträngning av behövande grupper samt tillgång till kontinuerlig vård i olika typer av områden. Vidare har vi konstaterat att landstingens primärvårdsuppdrag och ersättningssystem skiljer sig åt och att förutsättningarna för att de skulle bli mer lika är små.

Ett av syftena med vårdvalsreformen var att en mångfald av vårdgivare skulle stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar. För att bedöma vårdvalsreformens resultat är det därför viktigt att ta hänsyn till kostnadsutvecklingen. Att studera kostnadsutvecklingen i primärvården ger ytterligare en bild av vad som hänt i primärvården.

Ingen statlig myndighet har analyserat reformernas påverkan på landstingens kostnader. Statskontoret har på regeringens uppdrag studerat utvecklingen av kostnader i kommunernas verksamheter vid lagen om valfrihetssystem (LOV) införande.²⁴⁵ Statskontoret drar slutsatser om de incitament som LOV skapar. Myndigheten säger att LOV inte skapar någon priskonkurrens mellan utförarna, vilket skulle kunna pressa priserna. Statskontorets analyser ger inte heller några belegg för att kostnaderna skulle ha dämpas av LOV. Det fanns däremot tecken på att kostnaderna ökar något mer i kommuner som infört valfrihetssystem. Enligt Statskontoret är en möjlig förklaring de nya arbetsuppgifter och den ökade administration som LOV gett upphov till, bland annat i form av ökad uppföljning och kontroll. Statskontoret menar dock att LOV har ökat förutsättningarna för kommunerna att få bättre kontroll över kostnadsutvecklingen.

Av kapitlet följer att flera olika kostnadsmått används för att bedöma hälso- och sjukvårdens och primärvårdens utveckling. Flera av dessa tyder på att kostnaderna för primärvården inte minskar vid vårdvalets införande. Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader verkar vara relativt stabil. Kostnadsutvecklingen varierar dock mellan landstingen. Primärvårdens kostnad per invånare varierar också mellan olika landsting. Vi har tidigare berört kvaliteten i olika kvantitativa mått, även för kostnadsmåten är det svårt att bedöma kvaliteten.

²⁴⁵ Statskontoret (2012). *Lagen om valfrihetssystem. Hur påverkar den kostnader och effektivitet i kommunerna?* rapport 2012:15.

8.1 Vårdens och primärvårdens kostnader

Enligt hälsoräkenskaperna ökade hälso- och sjukvårdens andel av BNP med 0,6 procentenheter mellan 2001 och 2011. För 2011 var andelen 9,5 procent eller 331 307 miljarder kronor.²⁴⁶ I budgetpropositionen för 2014 använder regeringen hälsoräkenskapernas uppgifter för 2011 för att beskriva hälso- och sjukvårdsutgifterna.²⁴⁷

I budgetpropositionen för 2014 sägs också att landstingens kostnader för hälso- och sjukvård uppgick till cirka 240 miljarder kronor 2012, av dessa utgjorde primärvårdens kostnader cirka 18 procent.²⁴⁸

Landsting organiserar vården och dess uppföljningssystem efter lokala förutsättningar. Statistiska centralbyrån (SCB) samlar årligen in statistik från landstingen. Statistiken måste vara enhetlig för att passa nationella och internationella jämförelser. Det gör att varje landsting måste översätta uppgifter från de egna uppföljnings- och ekonomisystem till en enhetlig verksamhetsindelning.²⁴⁹ Den statistik som SCB samlar in om hälso- och sjukvård publiceras årligen av SCB och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) på deras hemsidor.²⁵⁰ Enligt SKL är det den enda primärkälla som finns när det gäller landstingens kostnader och intäkter för hälso- och sjukvården.²⁵¹ SKL redovisar kostnaderna dels som driftskostnader dels som nettokostnader. SCB redovisar utöver detta också kostnadsmåttet landstingens kostnader för egen konsumtion.²⁵²

²⁴⁶ Dessa uppgifter tas fram av Statistiska centralbyrån. Siffrorna baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna. Hälsoräkenskaperna beräknas enligt ett internationellt samordnat system som visar hälso- och sjukvårdens totala utgifter oavsett var och av vem vården produceras och finansieras.

²⁴⁷ Prop. 2013/14:1 Utgiftsområde 9, s. 24.

²⁴⁸ Prop. 2013/14:1 Utgiftsområde 9, s. 23.

²⁴⁹ *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Verksamhetsindelning VI 2000, med exempelsamling och verksamhetsbegrepp*, SKL 2012.

²⁵⁰ Målet är att förse landsting med analys- och jämförelsematerial på såväl aggregerad nivå som för delar av verksamheten. Kostnadsutvecklingen skall kunna relateras till produktionsutvecklingen. Materialet ska också kunna ligga till grund för uppföljning och analyser på nationell och internationell nivå. På SKL:s hemsida presenteras uppgifterna i form av excel- eller pdf-filer för åren 2001 till 2013 med uppgifter om ekonomi och verksamhet. Den största delen av verksamhetsstatistiken som ingår tas in genom enkäter till landstingen. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/ekonomi_o_verksamhetsstatistik/statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling [hämtat 2014-10-23] SCB publicerar också statistik på aggregerad nivå i Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting som finns publicerad på <http://www.scb.se/OE0107> [hämtat 2014-10-23].

²⁵¹ E-post: SKL 2014-10-20.

²⁵² <http://www.scb.se/OE0107> [hämtat 2014-10-23].

8.1.1 *Att jämföra driftskostnader ger inte en rättvisande bild av vårdens kostnader*

Enligt SKL:s statistik var landstingens driftskostnader för hälso- och sjukvård 308 miljarder kronor 2013. Primärvårdens driftskostnader var 67 miljarder kronor samma år, vilket utgjorde cirka 22 procent av hälso- och sjukvårdens driftskostnader.²⁵³ Driftskostnaderna har stigit sedan mitten av 2000-talet och driftskostnaderna steg mycket vid vårdvalsreformens införande.

Driftskostnaderna är samtliga kostnader för den löpande verksamheten. Driftskostnadsbegreppet har dock nackdelar som jämförelsemått. Driftskostnader är en blandning av externa och interna kostnader vilket gör att driftskostnaderna är organisationsberoende, om till exempel ett landsting skapar en köp sälj organisation kan det göra att de interna kostnaderna ökar (liksom de interna intäkterna). Driftskostnaderna innehåller även kostnader för köp av vård i andra landsting.

Enligt SKL:s statistik bestod en stor del av kostnadsökningen vid vårdvalsreformens införande mellan åren 2009 och 2010 av en ökning av "interndeberade kostnader". Vid införandet steg dessa kostnader från 13,8 till 20,7 miljarder kronor, vilket motsvarade en ökning från 32 till 40 procent av primärvårdens totala kostnader.

8.1.2 *Att jämföra nettokostnader ger inte heller en rättvisande bild av vårdens kostnader*

Det andra kostnads måttet som redovisas av SCB och SKL är nettokostnader. Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård utgjorde 221 miljarder kronor 2013 och primärvårdens andel av nettokostnaderna var 39 miljarder eller cirka 17 procent. Primärvårdens andel av nettokostnaderna för hela hälso- och sjukvården sjönk i början av 2000-talet för att därefter stiga svagt.

Nettokostnaderna för primärvården har stigit relativt jämt sedan 2001.²⁵⁴ Enligt Socialstyrelsen är, sedan 2008, primärvårdens kostnadsökning större än kostnadsökningen för hela hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen ökade primärvårdens nettokostnader med 6 procent medan kostnaderna för landstingens hela sjukvårdsåtagande ökade med 3 procent.²⁵⁵

²⁵³ Kostnaderna redovisas i underkategorierna; Löner, exkl. skattefri ersättning, Övriga kostnader personal, Köp av verksamhet, Lämnade bidrag, Material, Tjänster, Nedskrivning, förlust och avskrivning samt Interna kostnader. Gemensamma kostnader som redovisats under till exempel fastighetsförvaltning, medicinsk service skall fördelas på verksamheten genom till exempel interndebering eller fördelningsnycklar.

²⁵⁴ Beräkningarna är gjorda utifrån den statistik som SKL presenterar varje år landsting och regioners verksamhet och ekonomi, beräkningarna har inte justerats för inflationspåverkan.

²⁵⁵ Socialstyrelsen (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014*, s.196

Nettokostnader är det kostnadsbegrepp som vanligen används vid jämförelser mellan landsting. Nettokostnad definieras som externa och interna kostnader (driftskostnader) minus externa och interna intäkter (driftsintäkter). Nettokostnader avser alltså endast de kostnader som landstingen finansierar med landstingsskatter, generella statsbidrag och finansnetto. Det innebär att kostnader för verksamhet som landstinget har producerat till andra än den egna befolkningen samt vissa intäkter som patientavgifter, riktade statsbidrag, hyresintäkter samt andra försäljningsintäkter räknats av. Nettokostnadsbegreppet innefattar således inte samhällets samtliga kostnader för vården. Det innebär också att om vissa intäkter ökar genom exempelvis riktade statsbidrag minskar nettokostnaderna. Landstingens kostnader för läkemedelsförmånen inräknas inte heller i nettokostnadsbegreppet för primärvård. För 2013 var kostnaderna för läkemedelsförmånen i primärvården nästan 7 miljarder.

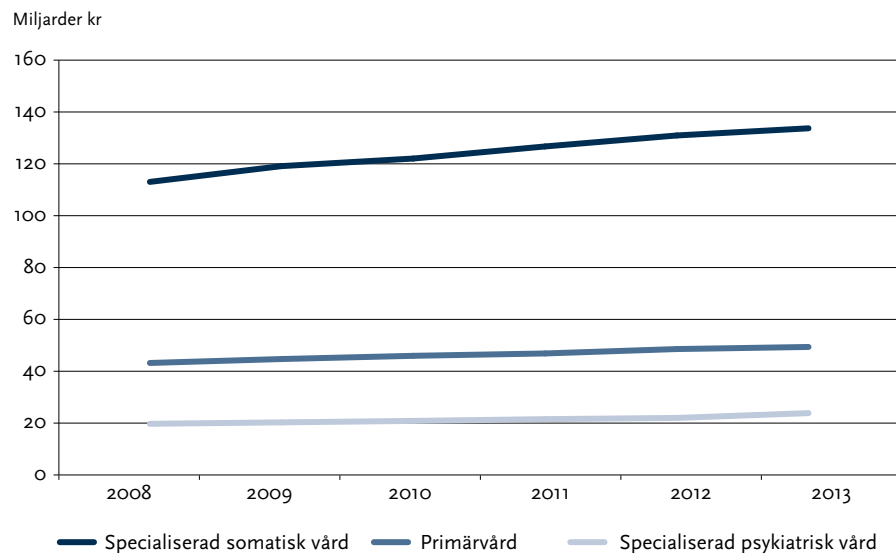
8.1.3 *Kostnader för landstingens egen konsumtion*

Det tredje måttet som används för att värdera primärvårdens kostnadsutveckling är kostnaderna för landstingens egen konsumtion (eller kostnader för landstingens eget åtagande).²⁵⁶ Detta är det mått som bäst ska spegla de samlade kostnaderna för vården. SCB redovisar uppgifter om kostnaderna för landstingens egen konsumtion sedan 2008.²⁵⁷ I diagrammet nedan presenteras kostnadsutvecklingen för olika typer av vård mellan 2008 och 2013 avseende landstingens egen konsumtion.

²⁵⁶ Kostnaden för landstingens egen konsumtion beräknas som landstingets bruttokostnad enligt driftredovisningen med avdrag för dels interna intäkter, dels försäljning av verksamhet till andra landsting samt kommuner.

²⁵⁷ http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0107__OE0107D/KostHsjukv/?rxid=f1e7b69c-7e1d-45ff-9a7a-5f354aee3709 [hämtat 2014-10-25].

Diagram 8.1 Primärvårdens kostnader för landstingens egen konsumtion för olika typer av vård under perioden 2008–2013

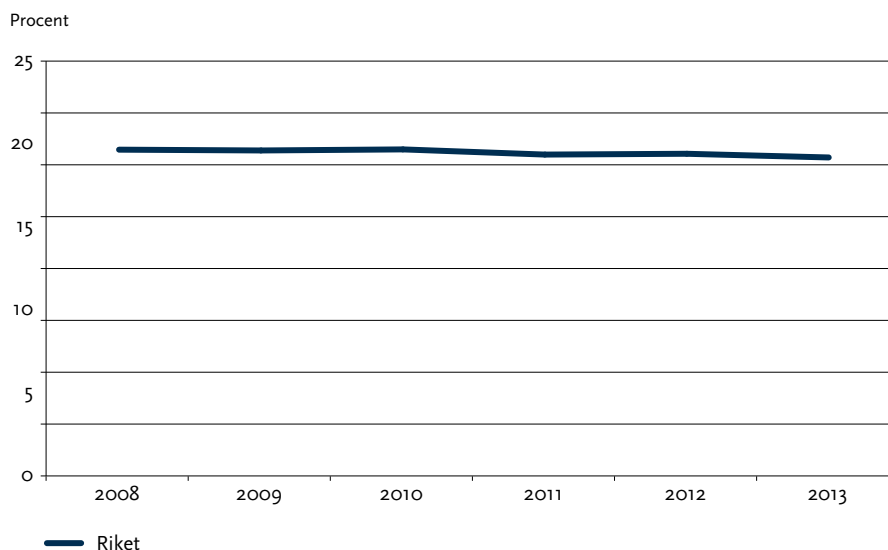


Källa: SCB

Av diagrammet kan utläsas att primärvårdens kostnader för landstingens egen konsumtion har stigit relativt jämnt sedan 2008. Vårdvalsreformen verkar alltså inte ha påverkat primärvårdens kostnadsutveckling. Primärvårdens kostnadsutveckling förefaller inte heller ha avlastat kostnadsutvecklingen för den specialiserade vården.

Nedan presenteras primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader sedan 2008 för måttet landstingens egen konsumtion.

Diagram 8.2 Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader för egen konsumtion under perioden 2008–2013

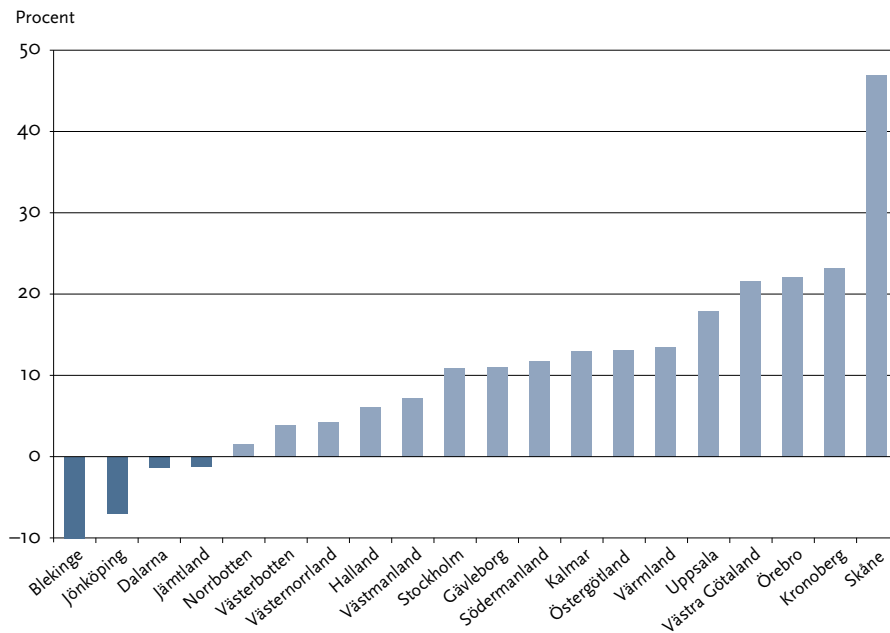


Källa: SCB

Av diagrammet framgår att andelen primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader för egen konsumtion under perioden 2008–2013 varit strax över 20 procent. Över tid tenderar primärvårdens andel av sjukvårdens totala kostnader att minska något i förhållande till hela sjukvårdens kostnader för egen konsumtion.

SCB redovisar kostnaderna för landstingens egen konsumtion även på landstingsnivå. Nedanstående diagram visar den procentuella förändringen av landstingens kostnader för primärvård i löpande priser.

Diagram 8.3 Kostnadsutvecklingen för olika landsting mellan 2008–2013 i löpande priser, procentuell förändring 2008–2013



Källa: SCB

Av diagrammet framgår att kostnadsutvecklingen för landstingens egen konsumtion mellan olika landsting under perioden 2008–2013 varit mycket varierande, från att ha minskat med 10 procent (Blekinge) till att som mest öka med 47 procent (Skåne). Region Skånes ökade kostnader kan förklaras av en utveckling av primärvården som tidigare varit svagt utvecklad i de befolkningsrika delarna av regionen.²⁵⁸

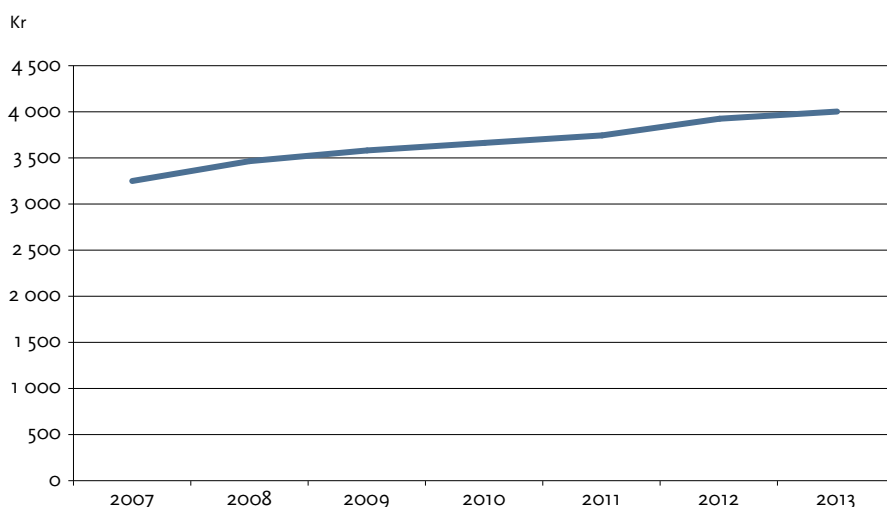
²⁵⁸ Läkarförbundet (2014). *Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval*, 32.

8.2 Primärvårdens kostnader per invånare

Ett mått på utvecklingen av primärvårdens kostnader som tar hänsyn till befolkningsutvecklingen är att mäta kostnadsutvecklingen per invånare.

Jämförs primärvårdens nettokostnader per invånare framkommer följande utveckling mellan åren 2007 och 2013.²⁵⁹

Diagram 8.4 Nettokostnad för primärvård per invånare, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen (kr/inv)



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

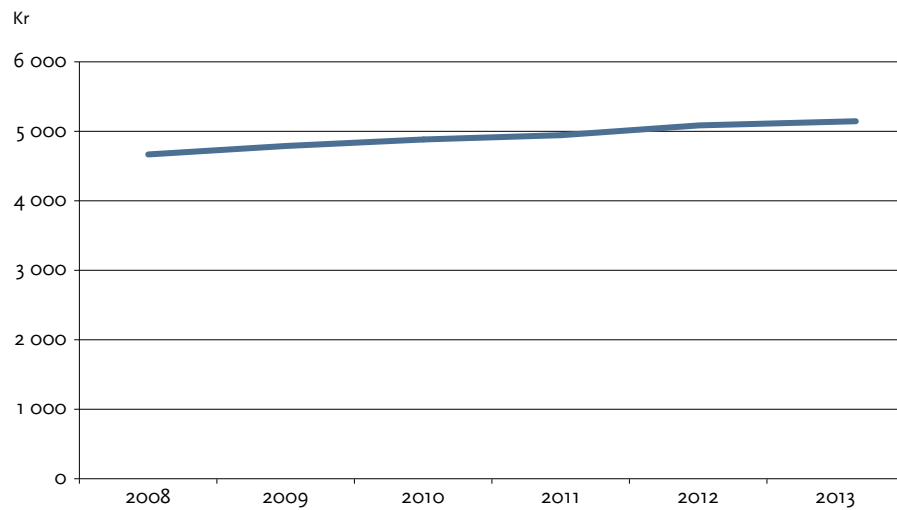
Av diagrammet framgår att primärvårdens nettokostnader per invånare har stigit relativt jämt under perioden oberoende av vårdvalets införande, i genomsnitt 4 procent. Vårdvalsreformen verkar alltså inte ha påverkat nettokostnadsutvecklingen.

Primärvårdens nettokostnader per person varierar också mycket mellan olika landsting. För år 2013 var variationen mellan 3 300 till 5 000 kronor per invånare.

Jämförs primärvårdens kostnader för landstingens egen konsumtion per invånare framkommer följande utveckling mellan åren 2008 och 2013.²⁶⁰

²⁵⁹ Nettokostnader är samtliga kostnader med avdrag för samtliga intäkter. Med detta avses de kostnader som landstingen ska finansiera med skatter, generella statsbidrag och finansnetto. Det innebär att kostnader för verksamhet som landstinget har producerat till andra än den egna befolkningen samt patientavgifter räknats av.

²⁶⁰ Begreppet kostnad avser landstingens kostnader för egen konsumtion och definieras enligt följande: Från landstingets bruttokostnad enligt driftredovisningen görs avdrag för dels interna intäkter, dels försäljning av verksamhet till andra landsting samt kommuner.

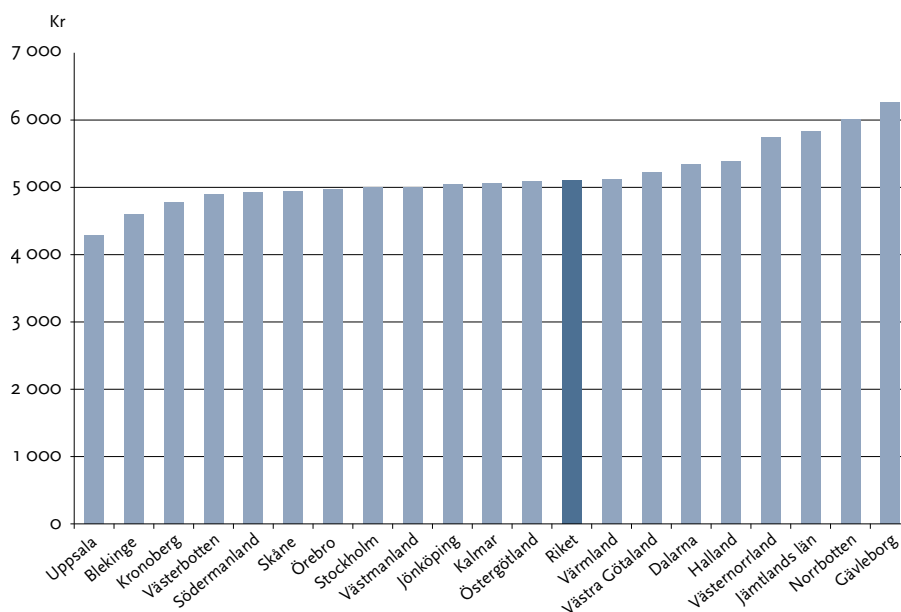
Diagram 8.5 Primärvårdens kostnader för egen konsumtion per invånare

Källa: SCB

Av diagrammet framgår att kostnader för primärvårdens egen konsumtion per invånare har stigit relativt jämt under perioden 2008–2013, i genomsnitt 2 procent. Vårdvalsreformen verkar alltså inte ha påverkat utvecklingen av primärvårdens kostnader för egen konsumtion per invånare.

Riksrevisionen har tidigare visat att vad som ingår i primärvårdsuppdragen ser olika ut från landsting till landsting. Det kan vara en förklaring till variationer i landstingens kostnader för primärvård. Nedanstående diagram visar de olika landstingens kostnader för primärvårdens egen konsumtion per person.

Diagram 8.6 Olika landstings kostnader för primärvårdens egen konsumtion per invånare 2013

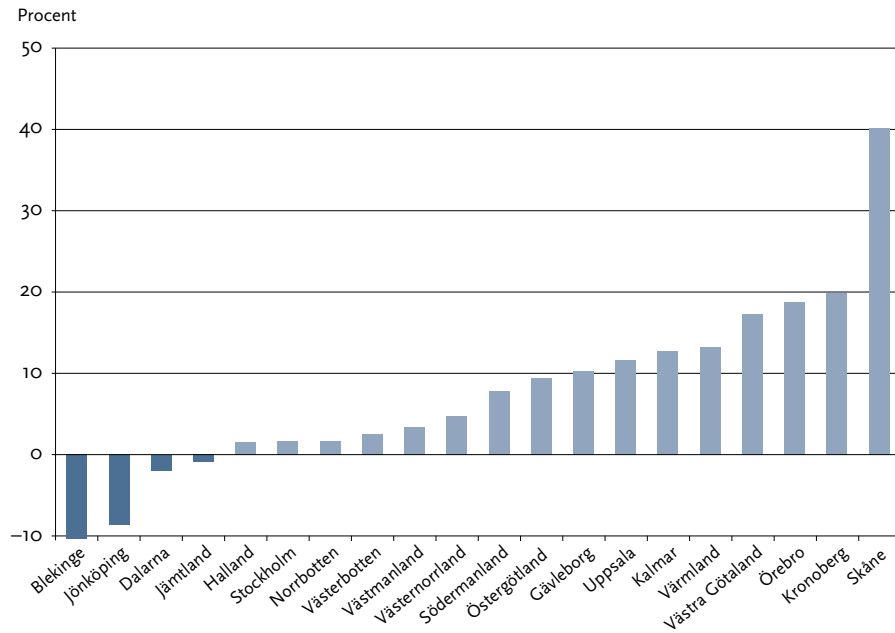


Källa: SCB

Av diagrammet framgår att kostnader för primärvårdens egen konsumtion per invånare varierar mellan olika landsting. För år 2013 var variationen mellan 4 300 och 6 300 kronor per invånare.

Nedanstående diagram visar den procentuella kostnadsförändringen för primärvårdens egen konsumtion per invånare mellan 2008–2013.

Diagram 8.7 Den procentuella kostnadsförändringen för primärvårdens egen konsumtion per invånare mellan 2008–2013



Källa: SCB

Av diagrammet framgår att kostnadsutvecklingen per innevånare mellan olika landsting under perioden 2008–2013 varit varierande, från att ha minskat med 10 procent (Blekinge) till att som mest öka med 40 procent (Skåne).

9 Slutsatser

I denna granskning undersöker Riksrevisionen om de statliga ambitionerna, att sätta gränser för väntetider och skapa en primärvårdsmarknad med fritt val av vårdgivare för patienterna och fri etableringsrätt för vårdcentraler, har lett till en vård där patienter behandlas lika och de svårast sjuka ges företräde till vård, det vill säga en väl fungerande primärvård i hälso- och sjukvårdslagens mening. För att försöka besvara denna frågeställning har vi i granskningen undersökt sex olika delfrågor: Vi kan nu summera svaren på delfrågorna:

1. **Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?** Telefon- och besökstillgängligheten har blivit bättre över tid. Förbättringarna inträffade dock i huvudsak före införandet av vårdvalsreformen och den lagstadgade vårdgarantin. Den lagstadgade vårdgarantins inverkan på tillgängligheten i primärvården förefaller vara begränsad.
2. **Har den fria etableringen lett till att vårdcentralerna finns där behoven finns?** Vårdcentralerna har blivit fler. Närheten till vårdcentraler har förbättrats för många invånare men reformens bidrag ur behovs- och fördelningssynpunkt är begränsad. Nya vårdcentraler har företrädesvis etablerats i befolkningstäta områden där vårdbehoven är lägre och där invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Det är vanligare att vårdcentraler lagts ner i svagare områden, där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet ofta är större.
3. **Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?** Primärvårdens förutsättningar att leva upp till lagens krav på en kontinuerlig vård varierar mellan landets vårdcentraler, dessa skillnader hänger delvis samman med var vårdcentralen är lokaliserad. Behovet av hyrläkare är stort i hela landet och störst i glesbygden. I städer och tätorter är läkartätheten lägre på vårdcentraler i områden där det förväntade vårdbehovet är större. Detta innebär att ett förväntat högt vårdbehov hanteras av färre läkare. De nya vårdcentralerna har ofta fler fast anställda läkare men är främst etablerade i områden där behoven av kontinuitet kan antas vara mindre. Det är svårt att mäta utvecklingen men Riksrevisionen har funnit indikationer på att förutsättningarna för kontinuitet kan ha försämrats sedan tillgänglighetsreformerna infördes.

4. **Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?** Riksrevisionens undersökningar i två regioner visar märkbara förändringar efter vårdvalsreformens införande. Skillnaderna i ohälsa ökar i samhället och vårdutnyttjandet i vården som helhet verkar bli mer ojämnt. Många besökare med lätta och lindriga symptom har tillkommit efter reformen. Dessa individer gör också fler läkarbesök efter reformens införande. Det omvända förhållandet gäller för de sjukaste patienterna som gör färre besök.
5. **Har landstingen utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård har ökat?** Landstingens vårdvalssystem har inte blivit mer lika varandra så som riksdag och regering förutsåg. Det finns fortfarande skillnader mellan landstingen vad gäller både uppdrag och ersättningsvillkor. Det är dessutom svårt att se att skillnaderna är motiverade av regionala skillnader mellan landets olika delar. Fokus på tillgänglighet och ökad detaljstyrning riskerar att missgynna patienter med stora vårdbehov. Det är fortfarande svårt att jämföra primärvården mellan olika landsting. Ambitionen att förbättra öppenheten om primärvårdens resultat har inte infriats.
6. **Påverkar tillgänglighetsreformerna kostnaderna i primärvården?**
Inget tyder på att reformerna har minskat kostnaderna för primärvården. Trenden med successivt ökande kostnader över tid har fortsatt även efter reformernas införande.

Svaren på delfrågorna pekar på en sämre uppfyllelse av hälso- och sjukvårdslagens grundläggande principer om likvärdig vård för alla och prioritering av de svårast sjuka. De positiva resultaten av reformerna, i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och möjligen även ökade besöksfrekvenser, har i stor utsträckning kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del. Primärvårdens kostnader fortsätter att öka, utan att kostnaderna för den specialiserade vården verkar minska.

Dessa negativa resultat av tillgänglighetsreformerna är dock inte så förvånande. Enligt Riksrevisionen skapade riksdag och regering en målkonflikt när vårdvalsreformen infördes. Reformens syfte, att primärvården ska styras av kundernas efterfrågan, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbehov bygger på olika logiker. Kundernas efterfrågan innebär att utbudet av primärvård styrs till de lösningar som flest kunder efterfrågar. När efterfrågan på vård fått styra har relativt friska individer från gynnade samhällsgrupper ökat sin andel av vårdkonsumtionen. De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter en aktör med mandat och förmåga att avgöra vems besvär och behov som ska behandlas, det vill säga motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Vårdgarantin

å andra sidan innebär att tidsgränser ska styra vården oavsett vårdbehov. Landstingen ansvarar för att vårdgarantins tidsgränser uppnås. Tidsgränserna är fastställda i lag och lika för alla landsting. När det gäller vårdgarantin är det alltså varken kunderna (patienterna), vårdgivarna eller landstingen som bestämmer de maximala väntetiderna i vården, utan staten.

I granskningen har Riksrevisionen funnit att tillgänglighetsreformerna har fått stark styreffekt på primärvården, men att resultaten i flera avseenden riskerar att styra i fel riktning. Det har blivit svårare att upprätthålla hälso- och sjukvårdslagens etiska principer, vårdkostnaderna ökar, skillnaderna mellan landstingen tycks inte minska och de önskade effekterna för innovation och utveckling i vården verkar i stor utsträckning ha uteblivit. Utifrån denna samlade bedömning vill Riksrevisionen fördjupa diskussionen på några områden.

9.1 Efterfråge- eller behovsstyrd primärvård?

Än så länge verkar inget landsting ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot hälso- och sjukvårdslagens etiska principer. Vårdmarknaderna är heller inte traditionella marknader där säljare och köpare möts. Detta är marknader med tre parter. En producent, vårdgivaren, som säljer en tjänst, en kund, patienten, som konsumerar tjänsten och samhället, skattebetalarna, som betalar. Före vårdvalet gjordes i högre utsträckning prioriteringsbesluten, förvisso utifrån begränsade budgetramar, av vårdpersonalen efter de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov. Idag sker resursprioriteringarna i primärvården i större utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan.

Vårdvalsreformens införande innebar att det var nödvändigt att skapa vårdmarknader. Det är viktigt att komma ihåg att friheten att välja vårdcentral och läkare inte har med vårdmarknaderna att göra. Valfrihet för patienten fanns redan innan vårdvalsreformen. Det var den fria etableringsrätten som nödvändiggjorde ett system med villkor och ersättningar som gällde lika för alla aktörer. Vårdvalsreformen har inneburit att makt i det här avseendet har förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna som det var tänkt. De förra ska endast formulera vårdgivarnas villkor. Därefter är det medborgarnas efterfrågan som avgör vad resultatet blir. Samtidigt ska vården styras enligt hälso- och sjukvårdslagen. Att skapa ersättningssystem som utgår från hälso- och sjukvårdslagens etiska principer har visat sig vara svårt.

Frågan är om det är möjligt att konstruera ersättningssystem som ökar förutsättningarna för att vård ges på lika villkor och att de sjukaste patienterna prioriteras först. Man skulle kunna hävda att detta är en prissättningsfråga. Om bara ersättningen för patienter med högre sjuklighet och sämre förutsättningar

att på olika sätt tillgodogöra sig vården var tillräckligt hög så borde den goda spiralen med etablering av nya vårdcentraler och lättare att anställa och behålla personal, uppstå i socioekonomiskt svaga områden med högre sjuklighet istället för i starka. Vad Riksrevisionen kan se är att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräcklig grad. Många lätta patienter och korta besök tycks än så länge ge störst lönsamhet för vårdcentralerna.

9.2 Skapar vårdvalsmarknader större mångfald?

Regeringens ambition med vårdvalsreformen var också att skapa en större mångfald. Konstruktionen med likalydande uppdrag för samtliga vårdgivare innebär dock en likriktning inom respektive landsting. På så sätt har vårdvalsreformen kommit att motverka en ökad mångfald. Ökningen av privata vårdgivare inom den offentligt finansierade primärvården har inte stimulerat utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar. En förklaring är troligen att kraven från landstingen är så styrande att de hämmar utvecklingen av nya arbetssätt. En annan förklaring kan vara att landstingens styrning i allt för hög grad påverkar hur olika åtgärder ska utföras och vem som ska göra det. Detta innebär att vårdgivarna hindras från att själva utforma verksamheten för att patienten ska kunna få en god och samtidigt kostnadseffektiv vård. Genom att mångfalden är begränsad blir det också svårare för patienten att välja vårdgivare.

Riksdagens och regeringens ambition att regelförenkla och underlätta för små företag att vara leverantörer till offentlig sektor har motverkats genom konstruktionen med standardiserade förfrågningsunderlag som också tenderar att växa i komplexitet.

Privata vårdgivare i vårdvalssystem etablerar sig naturligen i områden där de bedömer att de har förutsättningar att få en stabil ekonomi och de väljer att avstå från vissa områden om de bedömer att det inte blir lönsamt att etablera sig där. Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på god och likvärdig vård i hela landet. Varje landsting ansvarar för att säkerställa tillgången på primärvård. Samtidigt opererar landstingens vårdcentraler på samma villkor som de privata vårdcentralerna. Den undantagsmöjlighet som hälso- och sjukvårdslagen medger, att landstingen får särbehandla vårdgivare om det finns skäl för det, t.ex. att ingen vårdgivare vill etablera en vårdcentral inom ett visst geografiskt område, har hittills inte åberopats och därmed inte heller prövats. Vad som däremot förekommit i några fall är att privata vårdgivare protesterat mot att landstingens egen-regiverksamheter har tillåtits gå med förlust eller fått subventioner via landstingsbudgeten.

För att ett vårdvalssystem ska fungera ändamålsenligt ska den enskilde medborgaren kontinuerligt utvärdera sin leverantör utifrån sina egna preferenser. Inom ett landsting finns dock ingen pris- och kvalitetskonkurrens. Kraven på vad en vårdcentral ska tillhandahålla är lika inom landstinget. Vårdcentralerna har inte många redskap för att locka till sig patienter. Som en följd av detta kommer patienterna inte att finna några starka skäl för att byta leverantör. Och därmed inte se några stora skäl att göra aktiva val. För att vårdvalssystemet ska fungera som en marknad och stimulera till kvalitetsutveckling och mångfald ska patienterna aktivt välja utförare. Om få val görs och om få byten sker, skapas ingen konkurrens och möjligheten för nya vårdgivare att etablera sig försvåras. Patienternas agerande och val är därför en central del i förverkligandet av vårdvalsreformen.

9.3 Fungerar ersättningssystemen?

Landstingen ålades att skapa regionala vårdmarknader vid vårdvalets införande. Samtidigt talade regeringen om att skillnader mellan olika landsting inte fick bli för stora. Efter fyra års utveckling tyder Riksrevisionens granskning på att skillnaderna fortfarande är stora och inte tenderar att minska. Det har dessutom visat sig att de olika ersättningssystemen innebär ett antal andra baksidor när det gäller möjligheterna till en effektiv vård.

Diagnossättningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting. Detta verkar ha påverkat diagnossättningen i dessa landsting vilket kan innebära att patienter får fler irrelevanta diagnoser. Detta kan i sin tur påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskas deras värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Landstingen ska utforma ersättningssystem som styr beteenden hos vårdgivarna. Krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp. Det är svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrsystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten. Dokumentationen vid patientbesöken utgår därmed inte bara från patienternas behov. En misslyckad formulering av villkoren kan leda till att den verkliga kvaliteten för patienterna försämras samtidigt som den dokumenterade kvaliteten visar på förbättringar. Vården belönas i tron att den blivit bättre, trots att utvecklingen i praktiken kan gå åt fel håll.

Vårdgivarnas anpassning till prismekanismer innebär också en risk att enskilda vårdgivare försöker undvika olönsamma kunder. Att patientens val får ekonomiska effekter och att detaljstyrningen ökar innebär att andra faktorer än

medicinska påverkar personalens möte med patienten. Ersättningssystemen kan således försvåra för vårdpersonalen att fokusera på patientens vårdbehov och det som patienten vill förmedla vid sitt besök.

När skevheter i ersättningssystem uppdagas gör landstingen korrigeringar som ofta leder till nya detaljerade krav. Prismekanismerna ökar också risken att den vård som ges och registreras manipuleras i syfte att öka ersättningen. När sådant uppmärksammas av landstingen försöker de ofta införa mer kontroll och korrigerande åtgärder för att komma till rätta med beteendet. Ju mer detaljerade krav som ställs på vårdgivare desto enklare blir det dock att manipulera ersättningssystemen och ju mer komplext ersättningssystemet är desto mer tid krävs också för återrapporteringen. Detta resulterar i ökad administration för vårdpersonal på bekostnad av tid för patienten.

9.4 Baksidor med en generell tillgänglighetsökning

Det sätt på vilket såväl regeringen som statliga myndigheter tolkat att tillgängligheten ökat bygger på mätningar av ett ökat vårdutnyttjande. Resonemanget utgår från antagandet att fler besök speglar ett bättre vårdutnyttjande som i sin tur indikerar större tillgänglighet. Ett sådant resonemang tar dock inte hänsyn till den stora variationen mellan olika patienters behov av vård. Åtminstone för patienter med mer komplexa vårdbehov är antalet besök en osäker tillgänglighetsindikator om man inte har möjlighet att väga in faktorer som besökens kvalitet. Med målsättningen att i första hand vara tillgänglig genom att producera besök kan resultatet mycket väl bli en kvalitativt försämrade vård för dessa patienter.

En baksida av att prioritera snabb tillgänglighet på vårdcentralerna är att det resulterar i en hög arbetsbelastning för personalen. Detta kan i längden påverka stabiliteten i vårdcentralernas bemanning. Granskningen visar att vårdcentraler i socioekonomiskt starka områden har färre listade patienter per läkare. Detta innebär att arbetsbelastningen blir lägre på dessa vårdcentraler och att det i sin tur blir lättare att rekrytera läkare. Med mindre behov att behöva förlita sig på hyrläkare och vikarier kan vårdcentralerna i socioekonomiskt starka områden erbjuda sina patienter bättre kontinuitet än vårdcentraler i svagare områden och i glesbygden.

9.5 Otillräcklig uppföljning av vad tillgänglighetsreformerna leder till

Ambitionerna att följa upp resultaten av reformerna har varit stora. Trots detta är den bild som hittills framkommit tämligen begränsad. Riksrevisionen kan konstatera att det i stor utsträckning saknas kunskap om hur olika grupper i samhället utnyttjar primärvården. Riksrevisionen noterar också att det produceras stora mängder av kvantitativa data om vården på nationell nivå. Vissa av de uppföljningar som gjorts av statliga myndigheter har varit fokuserade på kvantitativa data utan djupare analys. Viktiga aspekter av primärvården, som till exempel utvecklingen och förmågan att erbjuda kontinuitet, har inte följts upp.

Regeringen sjösatte vårdvalsreformen utan att planera för en enhetlig uppföljning. Det är därför svårt att med tillgänglig information värdera primärvårdens utveckling. Det används olika begrepp och resultatmått, vilket gör att data är svåra att jämföra mellan landsting och över tid. Uppgifter saknas eller kan inte automatiskt räknas fram ur olika system. Många av de data som presenteras om primärvården samlas därför in med hjälp av enkäter, vilket belastar individer, vårdgivare och landsting. Ett förslag som möjliggör analyser av individers väg genom vårdkedjan bereds av regeringen sedan ett par år. Det är dock oklart om regeringen avser att införa det.

Enligt hälso- och sjukvårdslagens etiska principer ska hälso- och sjukvården organiseras kostnadseffektivt. Primärvård anses också vara en jämförelsevis kostnadseffektiv vårdform. Ingen statlig myndighet har hittills analyserat hur reformerna påverkat landstingens kostnader. Riksrevisionens bedömning är att regeringens rapportering till riksdagen inte ger en helt rättvisande bild av vårdvalsreformens resultat. De tillgängliga uppgifter som finns på nationell nivå visar att kostnaderna inte har minskat efter vårdvalets införande utan fortsatt att öka. Någon motsvarande minskning av specialistvårdens kostnader går heller inte att utläsa.

10 Rekommendationer

Riksrevisionen konstaterar att ambitionerna med tillgänglighetsreformerna till viss del har uppnåtts, men att detta har skett till priset av att primärvårdens möjlighet att erbjuda likvärdig vård och prioritering av patienter med störst behov förefaller ha minskat. En viktig orsak till detta är den målkonflikt som skapats när det gäller prioriteringarna i primärvården, det vill säga om vården ska styras efter individens efterfrågan eller behov. Här står hälso- och sjukvårdslagen i motsättning till lagen om valfrihetssystem.

Det finns olika vägar att gå för att hantera denna målkonflikt. Oavsett vad statsmakterna väljer att göra ser Riksrevisionen det som grundläggande att landstingen i framtiden ges mer lika förutsättningar att bedriva primärvård. Innan mer ingripande systemförändringar övervägs anser Riksrevisionen också att det finns ett antal åtgärder som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar. Riksrevisionen vill därför rikta följande rekommendationer till regeringen:

Ensa utformningen av vårdvalssystemen för primärvården. Statsmakterna uttryckte vid reformens införande att de förväntade sig att landstingen skulle inspireras av varandra och att variationen i modellerna skulle minska med tiden. Fyra år senare är det svårt att se några sådana tendenser. Riksrevisionen kan inte heller se att skillnaderna mellan olika landsting har speciellt mycket med lokala förutsättningar att göra. Regeringen bör därför ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika. I detta arbete bör regeringen sträva efter att:

- **Ersättningsprinciperna blir så enkla som möjligt och att de styr mot hälso- och sjukvårdslagens etiska principer.** Ett nytt mer enhetligt ersättningsystem bör vara så enkelt som möjligt, i syfte att minska risker för manipulation och kostsam administration, men med ett tydligt inslag av ersättning efter patienternas behov.
- **Inte formulera primärvårdsuppdragen för brett.** Landstingen har valt olika modeller för att definiera vad primärvårdsuppdragen ska omfatta. Alltifrån mycket breda till smala uppdrag. Riksrevisionen kan se för- och nackdelar med bägge varianterna. I syfte att underlätta etablering förordar vi att ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag formuleras i olika delar så att det blir enklare för nya vårdgivare att etablera sig.

Verka för att hälso- och sjukvårdslagens undantagsbestämmelse om särbehandling kommer till användning. Om landstingen använde denna bestämmelse för att särskilt stödja etablering i områden med högre sjuklighet och lägre socioekonomisk standard skulle primärvården bättre kunna anpassas till de etiska principerna. Eftersom inget landsting ännu prövat att använda bestämmelsen bör någon form av åtgärd vidtas för att uppmuntra detta.

Tydliggör myndigheternas uppföljningsuppdrag. Regeringen bör formulera tydligare uppdrag till ansvariga statliga myndigheter för att säkerställa att det finns ett kvalitativt underlag för kommande beslut och för resultatrapporteringen till riksdagen. En väg att gå kan vara att bygga vidare på inriktningen i de undersökningar som Riksrevisionen har genomfört i denna granskning.

Källförteckning

Lagar och förordningar

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Lag (2008: 962) om valfrihetssystem.

Lag (2007: 1091) om offentlig upphandling.

Patientlag (2014: 821).

Patientsäkerhetslag (2010: 659).

Förordning om vårdgaranti (2010: 349).

Beslut

Riksdagsskrivelse 2013/14: SOU10 om hälso- och sjukvårdsfrågor.

Regeringsbeslut S2014/4440/FS, *Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Myndigheten för vårdanalys.*

Regeringsbeslut S2009/4232/HS (delvis), *Uppdrag att följa upp den nationella vårdgarantin och den s.k. kömiljarden.*

Regeringsbeslut S2009/4232/HS (slutlig), *Uppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.*

Konkurrensverket, *Påstått problem gällande brist på konkurrensneutralitet inom Hälsoval Jämtland*, beslut 2013-10-23, dnr 348/2013.

Socialdepartementet, dir. 2013:104. *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.*

Riksrevisionen, beslut 31-2013-0285, *Beslut om att inleda en huvudstudie – vårdbehov, tillgänglighet och marknad i primärvården.*

Betänkanden

Bet. 1978/79: SoU47 *med anledning av propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m.m. jämte motioner.*

Bet. 1992/93: SoU22 *Husläkare m.m.*

Bet. 1994/95: SoU24 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
Bet. 1995/96: SoU18 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
Bet. 1996/97: SoU14 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
Bet. 2000/01: SoU5 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
Bet. 2005/06: SoU26 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*
Bet. 2008/09: SoU5 *Valfrihetssystem.*
Bet. 2008/09: SoU9 *Vårdval i primärvården.*
Bet. 2009/10: SoU7 *Stärkt ställning för patienten.*
Bet. 2013/14: SoU24 *Patientlag.*

Propositioner

Prop. 1979/80:116 *Om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m.m.*
Prop. 1978/79:178 *Om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m.m.*
Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
Prop. 1992/93:160 *Om husläkare m.m.*
Prop. 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
Prop. 1999/00:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
Prop. 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*
Prop. 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem.*
Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården.*
Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning.*
Prop. 2013/14:100 *Förslag till statens budget för 2014. Utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*
Prop. 2013/14:106 *Patientlag.*

Statens offentliga utredningar

SOU 2001:8. *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare*, slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen.

SOU 2008:15, *LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem*, betänkande av Frittvalutredningen.

SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, delbetänkande av Utredningen om patientens rätt.

Departementspromemorior

Ds 2012:20, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny effektiv tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, Socialdepartementet 2012.

Myndighetsrapporter

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2010). *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, Anders Anell, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7 (Finansdepartementet 2010).

Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*.

Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvarons utveckling – Delrapport 1, år 2014*, Socialförsäkringsrapport 2014:12,

Inspektionen för socialförsäkringen (2014). *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna*, rapport 2014:17.

Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*, rapport 2012:2.

Myndigheten för vårdanalys (2012). *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* rapport 2012:1.

Myndigheten för vårdanalys (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget*, rapport 2012:2.

Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat? – En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården*, rapport 2013:1.

Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*, rapport 2013:4.

Myndigheten för vårdanalys (2013). *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, rapport 2013:9.

Myndigheten för vårdanalys (2014). *Låt den rätte komma in*, rapport 2014:3.

Prioriteringscentrum (2007). *Vårdens alltför svåra val*.

- Riksrevisionen (2004). *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, RiR 2004:9.
- Riksrevisionen (2014). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RiR 2014:20.
- Socialstyrelsen (1999). *Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården – En litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder*, artikelnr. 1999-03-019.
- Socialstyrelsen (2004). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport*, artikelnr. 2004-103-11.
- Socialstyrelsen (2006). *Hälso- och sjukvård – lägesrapporter 2006 – primärvård*, artikelnr. 2007-131-13.
- Socialstyrelsen (2007). *Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?"*, artikelnr. 2007-103-4.
- Socialstyrelsen (2008). *Uppföljning av den nationella vårdgarantin*, artikelnr. 2008-103-1.
- Socialstyrelsen (2010). *Hyrläkare i primärvården En studie ur ett patientsäkerhetsperspektiv i Uppsala–Örebro sjukvårdsregion*, artikelnr. 2010-5-8.
- Socialstyrelsen (2010). *Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning*, artikelnr. 2010-02-10.
- Socialstyrelsen (2012). *Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret*, artikelnr. 2012-3-36.
- Socialstyrelsen (2012). *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, artikelnr. 2012-5-16.
- Socialstyrelsen (2012). *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. – Slutrapport 2012*, artikelnr. 2012-8-7.
- Socialstyrelsen (2013). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013*, artikelnr. 2013-2-2.
- Socialstyrelsen (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014*, artikelnr. 2014-2-3.
- Socialstyrelsen (2014). *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2012–2025 Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare*, artikelnr. 2014-3-12.
- Socialstyrelsen (2014). *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal. Officiell statistik om antal legitimerade (2013) och arbetsmarknadsstatus, Sveriges officiella statistik*, Socialstyrelsen 2014.

Statens medicin-etiska råd, SMER (2009). *Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården*, S 1985:A, dnr. 03/09.

Statskontoret (2013). *Lagen om valfrihetssystem – Hur påverkar den kostnader och effektivitet i kommunerna?* rapport 2012:15.

Tillväxtanalys (2013). *Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service 2012*, rapport 2013:14.

Sveriges Kommuner och Landsting

Allmänläkares sysselsättningsgrad. En jämförelse av Josepha Lindblom, 2013-04-29.

Befolkningsundersökning 2006. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvård.

Befolkningsundersökning 2010. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård.

Befolkningsundersökning 2011. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård.

Befolkningsundersökning 2012. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvård.

Befolkningsundersökning 2013. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvård.

Vårdval i primärvården – Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar, Sveriges Kommuner och Landsting 2012.

ACG – förutsättningar för en nationell insats, Sveriges Kommuner och Landsting 2014, Dnr:14/3321.

Landstingsförbundet (2000). Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården, A 00:56.

Landstingen

Dahlgren, Cecilia – Brorson, Hilja – Sveréus, Sofia – Goude, Fanny – Rehnberg, Clas (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom vårdval Stockholm*.

Dahlgren, Cecilia – Brorsson, Hilja – Sveréus, Sofia – Goude, Fanny – Rehnberg, Clas (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm, del 4: Jämlikhet*.

Rehnberg, Clas – Sveréus, Sofia (2012). *Nyetablering och listning inom Vårdval husläkarverksamhet i Stockholms län*.

Västra Götalandsregionen (2013). *Uppföljning vårdval VG primärvård 2012*.

Västra Götalandsregionen (2014). *Uppföljning vårdval VG primärvård 2013*.

Sveriges Läkarförbund

Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemannning – Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012, Sveriges Läkarförbund 2013.

Varför kan inte doktorn komma? – Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård, Sveriges Läkarförbund 2013.

System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin – Kunskapsunderlag om hur vi kan nå balans i primärvårdens läkarförsörjning, Sveriges Läkarförbund 2014.

Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval – uppföljning av vårdvalets primärvård som en del av den samlade hälso- och sjukvården, Sveriges Läkarförbund 2014.

Böcker och artiklar

Anell, Anders (2010). *Vårdens utmaningar*, SNS-förlag.

Albinsson, Gunnar (2013). *Förbättrad tillgänglighet eller förändrad registrering?* Tidskrift för Svensk förening för allmänmedicin, nummer 3 2013, sid 18–20.

Arvidsson, Eva (2013). *Priority Setting and Rationing in Primary Health Care*, Linköpings universitet.

Beckman, Anders – Anell, Anders (2013). *Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits*, BMC Health Services Research 2013

Burström, Bo – Chen, Peter (2005). *Betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare i Stockholms läns landsting*, Karolinska Institutet, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin 2005:2.

- Chomber, Alexis J – Brunsdon, Chris – Radburn, Robert (2011). *A spatial analysis of variation in health access: linking geography, socio-economic status and perception*, Department of Geography, University of Leicester, Leicester, UK.
- Dagens medicin (2014). *Vårdcentralchef ville inte ha besvärliga fall*, 2014-01-31.
- Dagens medicin (2014). *Så skulle ersättningarna i primärvården fungera bättre*, 2014-03-14.
- Dagens Nyheter (2014). *Hyrläkarna tar alltmer av vårbudgeten*, 2014-07-13.
- De Bruijn, Hans (2007). *Managing performance in the public sector*, Routledge.
- Engström, Sven (2013). *Målrelaterade ersättningar – vägen till eller vägen från målet bättre vård?* Tidskrift för Svensk förening för allmänmedicin, nummer 3 2013, sid 32–33.
- Gulliford, Martin – Morgan, Myfanwy (2003). *Access to health care*, Routledge.
- Lindgren, Peter (2014). *Ersättning I sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*, SNS.
- Lindström, Kjell (2013). *Kan ACG manipuleras?* Tidskrift för Svensk förening för allmänmedicin, nummer 3 2013, sid 28–29.
- Läkartidningen (2013). *Hyrläkare och äldre läkare skriver ut mer antibiotika*, 2013; 110: CISF.
- Läkartidningen (2013). *ACG-systemet tvingar fram onödiga diagnoser*, 2013; 110: CH3W.
- Ramböll (2012). *IHP international survey of sicker adults*. Resultat för Sverige, 2012-01-19, Karin Johansson Statssekreterare Socialdepartementet.
- Tron, Josette (2008). *Om läkarkontinuitet – en litteraturstudie och en studie av läkarkontinuitet på vårdcentralerna i Jönköpings län 2008*, Primärvårdens forskningsenhet.
- Träff Nordström, Karin (2013). *Ersättningsystem i vården – En komplex fråga som kräver komplexa lösningar*, Tidskrift för Svensk förening för allmänmedicin, nummer 3 2013, sid 3.

Elektroniska källor

- Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/> [hämtat 2014-09-16].
- Landstingens förfrågningsunderlag för 2014 finns tillgängliga på Valfrihetswebben: <https://www.valfrihetswebben.se/startsidan.aspx>
- Nationella Patientenkäten, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013: <http://npe.skl.se/>
- 1177 om remissgång: <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Remiss/> [hämtat 2014-10-06].

Socialstyrelsen, Nationellt planeringsstöd (NPS): <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjukvardspersonal> [hämtat 2014-10-22].

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/>

Socialstyrelsens indikatorbibliotek: <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojhs/lakarbeoekonomisjudagariprimarv> [hämtat 2014-09-13].

Regeringen om riksdagens etiska plattform: <http://www.regeringen.se/sb/d/11537/a/120691> [hämtat 2014-07-01].

Sveriges Kommuner och Landsting, ekonomi och verksamhetsstatistik: <http://www.skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>

Sveriges Kommuner och Landsting, inhyrd personal: http://www.skl.se/press/nyheter_2/nyheter-2013/inhyrd-personal-okar-inom-varden [hämtat 2014-06-23].

Statistiska centralbyrån, Räkenskapssammandraget: <http://www.scb.se/OE0107>

Statistiska centralbyrån, Kostnader för hälso- o sjukvård: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0107__OE0107D/KostHsjukv/?rxid=fie7b69c-7e1d-45ff-9a7a-5f354aee3709

Statistiska centralbyrån, Samsatlas: http://www.scb.se/Grupp/Produkter_Tjanster/Skraddarsydd/Regionala_produkter/Marknadsprofiler/SamsAtlas/index.html#

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), *Onödiga eller skadliga åtgärder i svensk allmänmedicin – ett diskussionsunderlag*: <http://www.sfam.se/wp-content/uploads/2014/06/On%C3%B6diga-eller-skadliga-%C3%A5tg%C3%A4rder.pdf> [hämtat 2014-09-18].

Bilaga 1 – Analys av närhet till vårdcentral

Riksrevisionen har genomfört två analyser för att undersöka hur socioekonomiskt skilda förutsättningar påverkar närheten till vårdcentraler efter vårdvalsreformens införande:

- en analys där vi undersökt om något gemensamt mönster kan urskiljas för områden som fått en nettoökning av vårdcentraler, det vill säga områden där fler vårdcentraler etablerats än lagts ner.
- en analys av områden som fått en nettominskning av antal vårdcentraler, det vill säga områden som fått färre vårdcentraler.

Metod och data

Områdesindelning

Riksrevisionen har undersökt om den socioekonomiska profilen för ett område har betydelse för i vilken omfattning vårdcentraler etableras. För att kunna göra denna analys har vi använt oss av en indelning av Sverige i ett antal geografiska områden. För respektive område hämtade vi in uppgifter om socioekonomisk status.

Vi har använt uppgifter för samtliga vårdcentraler i Sverige,²⁶¹ och utifrån uppgifter om datum för öppning och stängning har analyser bakåt i tiden möjliggjorts. Vi har sedan utgått från vårdcentralernas koordinater för att lokalisera dem utifrån Statistiska centralbyråns områdesindelning av Sverige – Small Areas for Market Statistics (SAMS). I de större kommunerna bygger SAMS på kommunernas delområden enligt nyckelkodsystemet (NYKO) och i mindre kommuner bygger SAMS på valdistrikt. Totalt finns det cirka 9 200 SAMS-områden i Sverige.²⁶²

Vårdcentralernas upptagningsområden överensstämmer inte nödvändigtvis med de SAMS-områden där de är lokaliserade. En vårdcentral kan till exempel vara lokaliserad vid gränsen till ett annat SAMS-område. För att få ett mer rättvisande mått på befolkningens tillgång till en vårdcentral har vi därför beräknat en geografisk radie från varje vårdcentralens koordinater. Sedan beräknades för hur många vårdcentraler radien vidrörde eller överlappade ett annat SAMS-områdes gränser. Vårdcentraler i angränsande SAMS-områden antogs finnas på ett avstånd inom nära räckhåll för

²⁶¹ Sanocore AB som driver hemsidan omvård.se sammanställer och uppdaterar information om alla vårdcentraler och har gjort detta sedan slutet av 2007.

²⁶² http://www.scb.se/sv_/Vara-tjanster/Regionala-statistikprodukter/Marknadsprofiler-/Postnummer--och-SAMS-atlasen/http://www.scb.se/sv_/Vara-tjanster/Regionala-statistikprodukter/Marknadsprofiler-/Postnummer--och-SAMS-atlasen/ [hämtat 2014-03-23].

patienterna. Begreppet "närhet till vårdcentral" inkluderar således både vårdcentraler placerade i det aktuella SAMS-området och vårdcentraler vars radier vidrör eller överlappar SAMS-området.

Det är inte rimligt att förvänta sig samma närhet till offentlig service i glesbygd som i storstad. Därför har storleken på radien bestämts utifrån den områdestyp där vårdcentralen är lokaliserad. Vårdcentraler i tätort får därmed en mindre radie än vårdcentraler i glesbygd. Indelningen framgår av tabell 1 nedan.

Tabell 1 Radiens storlek beroende på områdestyp

Områdestyp	Beskrivning	Kilometerradie
Storstad	Tätorter > 200 000 invånare	1 kilometer
Större stad	Tätorter 50 000–199 999 invånare	1 kilometer
Medelstor stad	Tätorter 20 000–49 999 invånare	2 kilometer
Mindre stad	Tätorter 5 000–19 999 invånare	3 kilometer
Litet Samhälle	Tätorter 200–4 999 invånare	3 kilometer
Glesbygd	Övriga SAMS-områden	5 kilometer

Utfallsmått

Riksrevisionen har beräknat differensen för varje områdes vårdcentralsnärhet mellan tiden precis före landstingens införande av vårdval och fram till februari 2014. Både i analysen av nettoökning och i analysen av nettominskning används en linjär sannolikhetsmodell för att undersöka hur socioekonomi påverkar vårdcentralsnärheten. Utfallsmåttet i etableringsanalysen är konstruerat så att det antar värdet 1 om området fått en ökad närhet till vårdcentral och värdet 0 om området fått en oförändrad eller minskad närhet. I analysen av områden som fått en nettominskning av antalet vårdcentraler är utfallsmåttet konstruerat så att det antar värdet 1 om området fått en minskad närhet till en vårdcentral och värdet 0 om området fått en oförändrad eller ökad närhet. Se tabell 2 nedan för en lista över vilket datum respektive landsting införde vårdvalsreformen.

Tabell 2 Landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården

Landsting	Vårdvalet började gälla
Halland	2007-01-01
Västmanland	2008-01-01
Stockholms län	2008-01-01
Uppsala län	2009-01-01
Kronoberg	2009-03-01
Skåne	2009-05-01
Östergötland	2009-09-01
Västra Götaland	2009-10-01
Sörmland	2010-01-01
Gävleborg	2010-01-01
Blekinge	2010-01-01
Dalarna	2010-01-01
Kalmar län	2010-01-01
Norrbottnen	2010-01-01
Västernorrland	2010-01-01
Jämtland	2010-01-01
Örebro län	2010-01-01
Västerbotten	2010-01-01
Gotland	2010-03-23
Värmland	2010-05-03
Jönköpings län	2010-06-01

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Förklaringsvariabler

Riksrevisionen har undersökt huruvida socioekonomiska skillnader mellan områden påverkat var det har etablerats respektive lagts ner vårdcentraler.²⁶³ Olika socioekonomiska variabler har testats. De socioekonomiska variablerna har sedan beräknats utifrån respektive områdes socioekonomiska profil. Variablerna bygger på uppgifter framtagna för år 2013. Nedan följer en kort beskrivning av respektive variabel.

²⁶³ http://www.scb.se/Grupp/Produkter_Tjanster/Skraddarsydd/Regionala_produkter/Marknadsprofiler/CNI-blad.pdf [hämtat 2014-10-08].

Care Need Index (CNI)

Care Need Index (CNI) är ett sammanvägt mått som Statistiska centralbyrån (SCB) tar fram genom olika register för att mäta förväntat vårdbehov. Variablerna som ingår i måttet är:

- ålder över 65 år och ensamboende
- utlandsfödd i Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika
- arbetslös eller i åtgärd, ålder 16–64 år
- ensamstående förälder med barn, 17 år eller yngre
- person som flyttat in i området, 1 år eller äldre
- lågutbildad 25–64 år
- ålder yngre än 5 år.

Ett högt CNI-värde (> 1) tolkas som ett högt förväntat vårdbehov medan ett lågt CNI-värde (< 1) tolkas som ett lågt förväntat vårdbehov. Måttet används också av 16 landsting som en av fördelningsgrunderna i ersättningssystemen till vårdcentraler.

Disponibel medelinkomst

Denna variabel uttrycker av den genomsnittliga disponibla årsinkomsten för befolkningen i området.

Ålder > 70 år

Denna variabel uttrycker andelen av områdets befolkning som är 70 år eller äldre.

Andel lågutbildade

Denna variabel uttrycker andelen av områdets befolkning i åldrarna 25–64 år som har högst 3 års gymnasieutbildning.

Befolkningstäthet

Denna variabel uttrycker antalet personer per kvadratkilometer inom området. Områden med låg respektive hög befolkningstäthet används i analysen medan områden med medelbefolkningstäthet används som referensgrupp.

Ersättning för socioekonomisk belastning eller glesbygd

De flesta landsting (16 av 21) ger någon form av extra kompensation i ersättningssystemet för socioekonomisk tyngd i form av CNI och/eller Adjusted Clinical Groups (ACG). Något färre landsting (14 av 21) ger extra ersättning åt vårdcentraler i glesbygd i varierande grad. Varje ersättningstyp ingår som en egen variabel i analysen.

Metodval

För att undersöka frågeställningarna har vi använt en regressionsanalys baserad på en linjär sannolikhetsmodell (Ordinary Least Square, med en binär beroende variabel).²⁶⁴ Under förarbetet till analyserna framkom att det finns en förhållandevis stark negativ korrelation mellan förväntat vårdbehov, CNI och disponibel medelinkomst (-0,58), vilket indikerar att dessa variabler i stor utsträckning förklarar samma effekter. Som konsekvens av detta kan inte variablerna användas i samma regression; effekterna analyseras därför i separata regressioner.

Vidare ingår både utbildningsnivå och ålder som del av, CNI vilket innebär att analysen med CNI inkluderar dessa variabler. Resultaten presenteras i tabell 3a, 3b, 4a och 4b nedan.²⁶⁵

Resultat

De redovisade skattningarna i tabell 3a, 3b, 4a och 4b är marginaeffekter vilka mäter hur en specifik faktor påverkar sannolikheten att antalet vårdcentraler i närområdet ökar eller minskar. Exempelvis ska en marginaeffekt på 0,237 tolkas som att sannolikheten för ett positivt utfall ökar med 23,7 procent om den oberoende variabeln stiger med 1 enhet. För en variabel som är logaritmerad ska en marginaeffekt på 0,023 tolkas som att sannolikheten för ett positivt utfall ökar med 2,3 procent om den oberoende variabeln stiger med 1 procent. Att en oberoende variabel blir signifikant betyder att den har en självständig effekt efter kontroll för påverkan från de andra variablerna.

I tabellerna anger antalet stjärnor de olika signifikansnivåerna; ju fler stjärnor, desto starkare signifikans. Om stjärna saknas betyder det att inget statistiskt samband går att påvisa.

Förklaringsgraden (R^2) anger hur stor del av variationen i den beroende variabeln som kan förklaras av variationer i de oberoende variablerna. De relativt låga förklaringsgraderna i samtliga analyser signalerar att det finns fler faktorer som påverkar etablering och nedläggning av vårdcentraler.

²⁶⁴ Analysen har också genomförts med hjälp av binär logistisk regression vilket gett liknande resultat.

²⁶⁵ Tester för att säkerställa att resultaten är tillförlitliga har genomförts. Kontroll görs för heteroskedasticitet och multikollinearitet. Materialet är rensat från områden med färre än 30 individer samt extremvärden vad gäller kontrollvariablerna för att få ett så robust datamaterial som möjligt.

Tabell 3a Resultat av linjär sannolikhetsanalys, marginaleffekter på sannolikheten för ökad närhet till vårdcentral. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Marginaleffekter
Förväntat vårdbehov, CNI, logaritmerad	0,023 (0,015)
Låg befolkningstäthet	-0,028 (0,012)**
Hög befolkningstäthet	0,237 (0,013)***
Ersättning socioekonomi	-0,098 (0,016)***
Ersättning glesbygd	0,048 (0,026)*
Interaktion socioekonomi och glesbygd	0,025 (0,029)

Antal observationer: 8 539

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 9,3 %

Tabell 3b Resultat linjär sannolikhetsanalys, marginaleffekter av sannolikheten för ökad närhet till vårdcentral. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Marginaleffekter
Medelinkomst, logaritmerad	0,088 (0,033)***
Andel > 70 år	-0,199 (0,064)***
Andel lågutbildade	-0,520 (0,052)***
Låg befolkningstäthet	-0,004 (0,011)
Hög befolkningstäthet	0,199 (0,013)***
Ersättning socioekonomi	-0,072 (0,015)***
Ersättning glesbygd	0,027 (0,025)
Interaktion socioekonomi och glesbygd	0,058 (0,027)**

Antal observationer: 8 539

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 12,6%

Tabell 4a Resultat linjär sannolikhetsanalys, margineffekter på sannolikheten för minskad närhet till vårdcentral. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Margineffekter
Förväntat vårdbehov, CNI, logaritmerad	0,012 (0,005)**
Låg befolkningstäthet	-0,0003 (0,004)
Hög befolkningstäthet	0,008 (0,013)*
Ersättning socioekonomi	0,041 (0,007)***
Ersättning glesbygd	-0,019 (0,004)***
Interaktion socioekonomi och glesbygd	-0,030 (0,007)***

Antal observationer: 8 539

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 2,0%

Tabell 4b Resultat linjär sannolikhetsanalys, margineffekter på sannolikheten för minskad närhet till vårdcentral. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Margineffekter
Medelinkomst, logaritmerad	-0,016 (0,009)*
Låg befolkningstäthet	-0,003 (0,004)
Hög befolkningstäthet	0,010 (0,004)**
Ersättning socioekonomi	0,040 (0,007)***
Ersättning glesbygd	-0,019 (0,004)***
Interaktion socioekonomi och glesbygd	-0,029 (0,007)***

Antal observationer: 8 539

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 2,0%

Resultattolkningar

Det finns skäl att tolka resultaten med viss försiktighet på grund av skevheter i datamaterialet, vilka bland annat kan förklaras av områdesindelningen. Socioekonomin är framtagen för fördefinierade områden som endast utgör en uppskattning av vårdcentralernas upptagningsområde, vilket gör att de inte nödvändigtvis överensstämmer med respektive vårdcentralers listade patienter. En signifikant oberoende variabel betyder att den har en självständig effekt under kontroll av de andra variablerna. Med detta i beaktande kan följande resultattolkningar göras.

Ökad närhet till vårdcentral

Av tabell 3a framgår det att förväntat vårdbehov (CNI) inte har en statistiskt säkerställd effekt på sannolikheten för ökad närhet till vårdcentral. Detta skulle möjligtvis kunna förklaras av att aggregeringsnivån (SAMS) inte är tillräckligt rättvisande för att kunna identifiera betydelsen av CNI på ökad närhet.

Tabell 3b visar att sannolikheten för ökad närhet till vårdcentral är större i områden med hög medelinkomst. Motsatt samband går att se för områden med hög andel äldre (> 70 år). En liknande effekt går att påvisa för områden med hög andel lågutbildade, eftersom även dessa områden har en betydligt lägre sannolikhet för etablering.

I analysen kontrolleras även för befolkningstäthet eftersom områdenas befolkningsstruktur i form av antalet personer i förhållande till yta skiljer sig åt. Det negativa sambandet för låg befolkningstäthet och det positiva sambandet för hög befolkningstäthet samt sannolikheten för ökad närhet talar för att etablering framför allt skett i befolkningstäta områden. Vad gäller ersättning för socioekonomisk belastning pekar resultaten på att den extra kompensation som erbjuds i vårdtunga områden inte ger någon tydlig effekt på etableringsmönster. Vad gäller glesbygdsersättning pekar det positiva sambandet på att en sådan ersättning kan bidra till en ökad närhet.

Minskad närhet till vårdcentral

Enbart 196 av de 8 539 områdena har fått en minskad närhet till vårdcentral efter vårdvalets införande. Det låga antalet medför en viss svaghet i analysen, och som framgår i tabellerna 4a och 4b är marginaleffekterna små (dock signifikanta) i termer av påverkan.

Resultaten visar att det finns en högre sannolikhet för nedläggning och därmed minskad närhet i områden med stort förväntat vårdbehov (CNI) respektive låg medelinkomst. Av tabellerna framgår det även att minskad närhet framför allt drabbat områden med hög befolkningstäthet. Områden i landsting som ger ersättning för socioekonomi har en något större sannolikhet för minskad närhet. Områden i landsting som ger ersättning för glesbygd har en något lägre sannolikhet för minskad närhet.

Bilaga 2 – Analys av kontinuitet och bemanning

Riksrevisionen har genomfört två analyser för att undersöka hur socioekonomiska förutsättningar och förväntat vårdbehov påverkar bemanningsstrukturen hos vårdcentraler i olika geografiska områden. Vi har undersökt dels vilka faktorer som påverkar vårdcentralers läkartäthet, och dels vilka faktorer som påverkar stabiliteten i vårdcentralens läkarbemanning i form av andel hyrläkare. Syftet var att undersöka huruvida förutsättningarna att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård skiljer sig åt mellan vårdgivare och driftsformer.

Metod och data

Data

Läkarförbundet skickade hösten 2012 ut en enkät till vårdcentraler i Sverige (drygt 1 160). Syftet var att få en bild av vårdcentralernas läkarbemanning. Svarsfrekvensen var 98,5 procent. Riksrevisionen har fått och kopplat samman svaren med socioekonomiska variabler på områdesnivå. Områdesnivån har beräknats på samma sätt som vid tillgänglighetsanalyserna (se bilaga 1).

Utfallsmått

För att få ett mått på läkarresursens omfattning beräknades antalet listade individer per läkare för varje vårdcentral.

$$\text{Listade individer per läkare} = \frac{(\text{Listade individer})}{(\text{Fast anställda} + \text{längre vikariat})}$$

Fler listade individer per läkare tolkar vi som en sämre förutsättning att upprätthålla kontinuitet. Fast anställda läkare tillsammans med läkare på längre vikariat används som mått på hur stor andel av läkarresursen som kan antas vara stabil; dessa läkare bör ha relativt goda förutsättningar att etablera kontinuerlig kontakt med sina patienter. Hyrläkare betraktas vara som en mer tillfällig bemanningslösning.

Vidare beräknade vi hur stor andel av arbetskraften som förväntas vara instabil i form av andel hyrläkare.

$$\text{Andel hyrläkare} = \frac{(\text{Hyrläkare})}{(\text{Fast anställda} + \text{längre vikariat} + \text{hyrläkare})}$$

En hög andel hyrläkare tolkar vi som att vårdcentralen kan ha problem att rekrytera fast personal samt erbjuda en kontinuerlig vård.

När Läkarförbundet konstruerade enkäten formulerades frågan om vårdcentralernas hyrläkare som "antalet hyrläkare som ingick i bemanningen föregående tisdag i november". Detta ger alltså en ögonblicksbild av antalet hyrläkare och behöver inte betyda att dessa används i samma utsträckning övriga dagar. Vidare är antalet hyrläkare räknade som antal personer oberoende av om de arbetat heltid eller deltid, till skillnad från de fast anställda och längre vikariaten som är angivna i heltider.

Vi har kontaktat några av de större bemanningsföretag som hyr ut läkare för att undersöka tjänstgöringsgraden bland hyrläkare. Hyrfirmorna uppgav att det var högst ovanligt att en hyrläkare arbetar deltid (mindre än 8 timmar) de dagar de hyrs ut. Detta styrker jämförbarheten i materialet, trots förutsättningarna.

Förklaringsvariabler

De socioekonomiska variabler på områdesnivå som presenterades i tillgänglighetsanalyserna (bilaga 1) används även här. I denna analys har vi även lagt till ett antal kontrollvariabler på vårdcentralsnivå enligt nedan.

Privat/offentlig

Variabeln anger om vårdcentralen bedrivs i privat eller offentlig regi.

Antal listade individer på vårdcentralen

I analysen av andel hyrläkare används antal listade individer på vårdcentralen som ett mått på vårdcentralens storlek och kapacitet.

Metodval

I analysen av antal listade individer per läkare används en linjär regressionsmodell. I analysen av andel hyrläkare konstrueras en binär utfallsvariabel som antar värdet 1 när andel hyrläkare uppgår till mer än eller lika med 10 procent av den totala bemanningen och värdet 0 när andel hyrläkare är lägre än 10 procent av bemanningen. Riksrevisionen har genomfört en känslighetsanalys som visar att resultaten är stabila även när gränsen för stabilitet justeras i någon riktning. Resultaten presenteras i tabell 5a, 5b, 6a och 6b nedan.²⁶⁶

²⁶⁶ En rad tester har genomförts för att säkerställa att resultaten är tillförlitliga. Kontroll görs för heteroskedasticitet, multikollinearitet samt Ramsey's reset test för utelämnade variabler. Återigen är korrelationen mellan förväntat vårdbehov (CNI) och medelinkomsten hög, vilket kräver att dessa variabler hanteras i separata analyser. Datamaterialet har rensats från vårdcentraler som är belägna i områden med en befolkning på färre än 30 individer för att säkerställa robusta oberoende variabler.

Resultat

I tabell 5a och 5b används en linjär regressionsmodell. En marginaleffekt på 126,4 ska tolkas som att antalet listade personer per läkare i genomsnitt ökar med 127 individer om värdet på den logaritmerade oberoende variabeln stiger med en procent, under förutsättning att övriga kontrollerade variabler hålls konstanta.

Tabell 5a Resultat linjär regressionsanalys, marginaleffekter för antal listade individer per läkare. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Marginaleffekter
Förväntat vårdbehov, CNI, logaritmerad	126,4 (75,5)*
Befolkningstäthet, logaritmerad	48,0 (11,7)***
Privat vårdcentral	-210,0 (43,1)***
Ersättning socioekonomi	190,2 (69,4)***
Ersättning glesbygd	-30,4 (107,6)
Interaktion socioekonomi och glesbygd	65,4 (123,9)

Antal observationer: 1 113

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 5,2%

Tabell 5b Resultat linjär regressionsanalys, marginaleffekter för antal listade individer per läkare. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Marginaleffekter
Medelinkomst, logaritmerad	-454,5 (106,1)***
Andel > 70 år	-338,4 (238,5)
Befolkningstäthet, logaritmerad	55,7 (11,9)***
Privat vårdcentral	-179,2 (41,9)***
Ersättning socioekonomi	144,2 (70,7)**
Ersättning glesbygd	-41,2 (106,1)
Interaktion socioekonomi och glesbygd	89,3 (122,2)

Antal observationer: 1 113

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 6,9%

Se resultatavsnittet i tillgänglighetsanalysen i bilaga 1 för en generell beskrivning av hur tabell 6a och 6b nedan tolkas.

Tabell 6a Resultat linjär sannolikhetsanalys, marginaleffekter på sannolikheten för hyrläkare i bemanningen. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Marginaleffekter
Förväntat vårdbehov, CNI, logaritmerad	0,138 (0,049)***
Befolkningstäthet, logaritmerad	-0,033 (0,008)***
Antal listade	0,00001 (4,02e-06)*** ²⁶⁹
Privat vårdcentral	-0,087 (0,033)***
Ersättning socioekonomi	-0,087 (0,044)***
Ersättning glesbygd	0,128 (0,087)
Interaktion socioekonomi och glesbygd	-0,032 (0,095)

Antal observationer: 1 113

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 4,5%

Tabell 6b Resultat linjär sannolikhetsanalys, marginaleffekter på sannolikheten för hyrläkare i bemanningen. Robusta standardfel inom parentes

Oberoende variabler	Marginaleffekter
Medelinkomst, logaritmerad	-0,227 (0,064)***
Andel > 70 år	0,386 (0,206)*
Befolkningstäthet, logaritmerad	-0,023 (0,008)***
Antal listade	0,00001 (4,02e-06)*** ²⁶⁹
Privat vårdcentral	-0,072 (0,033)**
Ersättning socioekonomi	-0,108 (0,046)**
Ersättning glesbygd	0,112 (0,087)
Interaktion socioekonomi och glesbygd	-0,012 (0,095)

Antal observationer: 1 113

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 5,0%

²⁶⁷ Standardfelet är 0,000000402.

²⁶⁸ Standardfelet är 0,000000402.

Resultattolkningar

Marginaleffekternas storlek bör tolkas försiktigt på grund av skevheter i datamaterialet. Som nämndes i bilaga 1 är socioekonomin framtagen för de fördefinierade områdena enligt SAMS. Dessa områden utgör dock endast en uppskattning av vårdcentralernas upptagningsområde och övrensstämmer inte nödvändigtvis med de personer som listat sig vid respektive vårdcentral.

Listade per läkare

Av tabell 5a kan utläsas att områden med högt förväntat vårdbehov (CNI) generellt sett har fler listade individer per läkare. Av tabell 5b framgår att områden med låg medelinkomst likaså har fler listade individer per läkare.

I analyserna kontrolleras även för befolkningstäthet och där framkommer att befolkningstäta områden har fler listade individer per läkare. Detta talar för att fler listade individer per läkare inte enbart är ett glesbygdsfenomen; även vårdcentraler belägna i socioekonomiskt svaga områden i städer har fler listade individer per läkare. Vidare har privata vårdcentraler i genomsnitt färre listade individer per läkare än de offentliga vårdcentralerna. Detta kan delvis förklaras av att privata vårdcentraler oftast är mindre än offentliga. Samtidigt har etablering främst skett i socioekonomiskt starka områden med lågt förväntat vårdbehov, där det är lättare att rekrytera läkare.

Andel hyrläkare

I Läkarförbundets enkät uppgav vårdcentralerna antal hyrläkare som arbetade ”föregående tisdag”, vilket man bör ta hänsyn till när resultaten tolkas. Knappt hälften av vårdcentralerna uppgav att de använt sig av hyrläkare just denna dag. Som presenteras i tabell 6a och 6b var sannolikheten att använda sig av hyrläkare högre i områden med högt förväntat vårdbehov (CNI), låg medelinkomst och hög andel äldre (> 70 år). Resultaten visar även att denna sannolikhet minskar i områden med hög befolkningstäthet, det vill säga att detta framför allt berör vårdcentraler i glesbygden.

Vidare kontrolleras för antal listade personer på vårdcentralen, vilket ger ett mått på hur stor vårdcentralen är. Om en vårdcentral har många listade personer, det vill säga är stora vårdcentraler, är sannolikheten högre att de använder sig av hyrläkare. Sannolikheten att privata vårdcentraler ska använda sig av hyrläkare är lägre än för offentliga, vilket återigen kan förklaras av att privata vårdcentraler är etablerade i mindre vårdkrävande områden. Sannolikhet för att ha hyrläkare är därtill lägre för vårdcentraler i landsting som erbjuder socioekonomisk ersättning.

Listningsprincip vid vårdcentraler i Stockholms läns landsting

En vårdcentral med stabil läkarbemanning uppges av Stockholms läns landsting i högre utsträckning lista sina patienter på namngivna läkare medan vårdcentraler med hög personalomsättning eller många hyrläkare listar sina patienter på vårdcentralen som sådan. Riksrevisionen har studerat sambanden mellan områdets förväntade vårdbehov (CNI) och landstingets uppgivna indikator för kontinuitet.

Tabell 7 Resultat linjär regression, margineffekter på andelen patienter listade på namngiven läkare i Stockholms läns landsting

Oberoende variabler	Margineffekter
Antal listade	1,72*** (0,000)
Driftsform	-0,08* (0,048)
CNI	-0,093** (0,046)

Antal observationer: 206

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 10,9%

Analysen visar att vårdcentraler i vårdkrävande områden (høgt CNI) i större utsträckning listar sina patienter på vårdcentralen som sådan, jämfört med vårdcentraler i mindre vårdkrävande områden (lågt CNI). Sambandet är betydligt starkare för de offentligt drivna vårdcentralerna. En regression på endast offentliga vårdcentraler ger en starkt signifikant ($P=0,003$) effektskattning på listningsmönstret, med en förklaringsgrad på 19 procent. Resultatet drar åt samma håll för de privata vårdcentralerna men socioekonomins skattade effekt är här betydligt svagare och inte statistiskt signifikant.

Fast vårdkontakt

Riksrevisionen har gjort beräkningar för att undersöka huruvida en fast vårdkontakt utgör ett komplement som bidrar till att stärka kontinuiteten. Statistiken bygger på Socialstyrelsens enkätundersökning om fast vårdkontakt, vilken publicerades 2012.²⁶⁹ Enkäten skickades ut 2011 till 300 vårdcentraler (180 offentliga och 120 privata). Svarefrekvensen var 34 procent (37 procent för offentliga och 30 procent för privata); det finns ett internt bortfall på sex vårdcentraler i utfallsvariabeln.

Totalt ingår 96 vårdcentraler i undersökningen. Av dessa har 77 kunnat matchas mot socioekonomiska data. Den statistik som bygger på matchning bygger således på 77 vårdcentraler (49 offentliga och 28 privata). På grund av den låga svarefrekvensen bör resultatet tolkas med försiktighet.

²⁶⁹ Socialstyrelsen (2012). *Uppföljning av ändring av i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.*

Utfallsvariabeln i analysen utgår från enkätfråga 5 i enkäten: "Har er vårdcentral (motsv.) haft några patienter som tilldelats en fast vårdkontakt sedan lagändringen?" Svartalternativen var ja eller nej.

Tabell 8 Genomsnittlig disponibel inkomst och CNI i SAMS-områden, fördelat på ägandeform samt vårdcentraler som har patienter med fast vårdkontakt respektive vårdcentraler som inte har patienter med fast vårdkontakt

Ägandeform	Disponibel inkomst			CNI		
	Fast vårdkontakt			Fast vårdkontakt		
	Nej	Ja	Total	Nej	Ja	Total
Offentlig vårdcentral						
Medel	166 019	152 943	160 415	1,08	1,18	1,12
Antal	28	21	49	28	21	49
Privat vårdcentral						
Medel	169 760	167 118	168 722	0,84	1,02	0,91
Antal	17	11	28	17	11	28
Total						
Medel	167 432	157 815	163 436	1	1	1
Antal	45	32	77	45	32	77

Av tabell 8 framgår att privata vårdcentraler som erbjuder fast vårdkontakt tenderar att finnas i svagare områden; för offentliga drivna vårdcentraler finns ingen sådan tendens.

Tabell 9 Patienter med respektive utan fast vårdkontakt

Patienter begärt vårdkontakt?	Patienter fått vårdkontakt?		Totalsumma
	Nej	Ja	
Nej	96 %	33 %	69 %
Ja	4 %	68 %	31 %
Totalsumma	100 %	100 %	100 %

En linjär regressionsanalys visar att socioekonomin är av underordnad betydelse som förklaringsfaktor. Det som avgör hur stor andel av patienterna som får en fast vårdkontakt eller inte är i stället huruvida patienten har begärt att få en sådan eller inte.

Tabell 10 Resultat linjär regression, marginaleffekter, fast vårdkontakt

Oberoende variabler	Marginaleffekter
Disponibel inkomst	-8,165E-007
Förväntat vårdbehov, CNI	0,115
<i>Begärt vårdkontakt</i>	0,732***
Privat vårdcentral	0,129

Antal observationer: 77

*** = 1 % ** = 5 % * = 10 %. Förklaringsgrad (R^2) = 40,6%

Bilaga 3 – Analys av vårdutnyttjande

Metoder

Bakgrund

Riksrevisionen har anlitat *Anders Beckman*, docent i allmänmedicin vid Lunds universitet, för att beskriva och analysera effekterna av vårdval i primärvården avseende läkarbesök i Region Skåne (RS) och Västra Götalandsregionen (VGR). Beskrivningen omfattar inte effekter på sjukvårdskonsumtion hos andra yrkeskategorier än läkare.

Material

Respektive regions egna administrativa data har använts för analyserna. Analysdata omfattat läkarbesök från åren 2007, 2008, 2010 och 2011; eftersom vårdvalen i respektive region infördes 2009 har data från det året inte använts i analyserna. Samtliga offentligt finansierade läkarbesök i de två regionerna ingår i analyserna, oavsett driftform (offentlig eller privat). Individuella läkarbesök från respektive landsting har sammanförts med individuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB). För varje år har en fil skapats som innehåller individuppgifter och variabeluppgifter kategoriserade, summerade och dikotomiserade enligt nedan.

Analyserna har skett med hjälp av två materialbearbetningar. Vid den deskriptiva analysen har huvudsakligen mantalsskrivna individers läkarbesök i respektive region använts, där respektive års befolkning och besök har analyserats var för sig.

I och med att hela befolkningen använts som underlag påverkas resultatet av befolkningsförändringar (in- och utflyttning, födelse och död). I en stabil vårdstruktur är den påverkan troligen inte speciellt stor men när strukturella förändringar införs (här vårdval), vet vi inte vilken den sammantagna effekten blir. För detaljerade analyser med statistiska beräkningar av påverkan av olika faktorer har därför kohorter skapats, det vill säga definierade population som inte förändras i sammansättning och som går att följa de aktuella åren. Kohorterna består av den del av befolkningen som var mantalsskriven såväl 2007 som 2011 i respektive region. För Region Skånes del bestod kohorten av 1 069 062 individer och för Västra Götalandsregionen bestod den av 1 404 405 individer. För dessa har läkarbesök för åren 2007 + 2008 samt 2010 + 2011 summerats och använts i analyserna.

Processen att skapa kohorter minimerar effekterna av befolkningsförändringar. Därmed blir analysen av konsumtionsmönster i förhållande till organisationsförändringen mer

renodlad. Nackdelen med förfarandet är att ålders- och sjukdomseffekterna i kohorten kan påverka resultaten. Därför finns till exempel per definition inga barn ≤ 6 år med i materialet från 2011.

Variabler

Befolkningsuppgifterna från SCB innehåller uppgifter om kön, födelseår och mantalsskrivningsort. För de flesta individer finns också en familjetillhörighet där den disponibla inkomsten finns med. Uppgifterna från respektive regions vårddata innehåller kodad individidentitet, besöksdatum, diagnos (ej 100 procent) och vårdgivaridentifikation.

Identitet

Samtliga individer har ett unikt kodat löpnummer.

Kön

Man respektive kvinna.

Ålder

Födelseår har använts för att beräkna ålder. Individerna har sedan indelats i åldersgrupperna 0–6, 7–17, 18–44, 45–64, 65–79, 80–89 samt 90 år och äldre. För kohortberäkningar (se ovan) har ålder 2011 använts och åldersgruppen 0–6 år uteslutits.

Familjetillhörighet

Från SCB finns en gruppering av individer på familjenivå, som bland annat utnyttjats för indelning utifrån inkomst.

Disponibel familjeinkomst

På familjenivå finns uppgifter om disponibel inkomst i form av summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster minus skatt och övriga negativa transfereringar. Utifrån den disponibla inkomsten har en rangordning gjorts från lägsta till högsta inkomst och medianvärdet har beräknats. Därefter har familjerna dikotomiserats till två grupper: disponibel familjeinkomst under median respektive disponibel familjeinkomst över median. För Västra Götalandsregionen användes inkomstuppgifter från 2009 och för Region Skåne användes inkomstuppgifter från 2008.

World Bank Economy (WBE)

För varje individ finns uppgifter om födelseland kategoriserat enligt Världsbankens indelning i fyra grupper (0–3=low-income economies, lower-middle-income economies, upper-middle-income economies, high-income economies). Dessa fyra grupper har sedan dikotomiserats till två grupper – låg respektive hög inkomst.

Läkarbesök

För analyser har individuella läkarbesök för sjukvård inom offentligt finansierad vård använts. Uppgifterna har kategoriserats dels utifrån specialitet (allmänmedicin respektive organspecialister), dels utifrån driftform (offentlig respektive privat). Läkarbesöken har summerats totalt och uppdelat utifrån de olika kategoriseringarna. Slutligen har en dikotomisering skett av läkarbesök så att en variabel erhållits för varje kategori, vilken anger om individen gjort något läkarbesök eller inte.

Deskriptiva tabeller

Följande redovisning baseras på hela den mantalsskrivna befolkningen i respektive region och de läkarbesök dessa individer gjort inom regionen.

Tabell 8 Totala antalet läkarbesök och antalet besökare i Region Skåne 2007–2011

	2007	2008	2010	2011
Besök				
Män	1 447 148	1 440 040	1 505 229	1 550 390
Kvinnor	1 948 818	1 946 408	2 020 899	2 070 677
Besökare				
Män	377 146	379 340	391 121	396 446
Kvinnor	451 113	453 575	463 537	469 078

Tabell 9 Allmänläkarkonsumtion: antalet läkarbesök och antalet besökare i Region Skåne 2007–2011

	2007	2008	2010	2011
Besök				
Män	640 329	643 822	698 353	717 901
Kvinnor	890 355	894 921	967 462	999 297
Besökare				
Män	290 802	292 887	312 966	320 221
Kvinnor	358 238	360 274	381 130	389 820

Tabell 10 Totala antalet läkarbesök och antalet besökare i Västra Götalandsregionen 2007–2011

	2007	2008	2010	2011
Besök				
Män	1 649 712	1 678 319	1 794 482	1 843 213
Kvinnor	2 241 493	2 268 781	2 402 936	2 459 885
Besökare				
Män	483 767	487 877	509 778	519 259
Kvinnor	568 482	572 252	591 774	599 027

Tabell 11 Allmänläkarkonsumtion: antalet läkarbesök och antalet besökare i Västra Götalandsregionen 2007–2011

	2007	2008	2010	2011
Besök				
Män	886 292	904 864	1 019 972	1 049 316
Kvinnor	1 214 791	1 232 439	1 369 101	1 401 259
Besökare				
Män	391 438	397 840	434 346	445 118
Kvinnor	470 572	476 832	512 099	521 796

Tabell 12 Allmänläkarkonsumtion: antalet läkarbesök, åldersstratifierat, Region Skåne 2007–2011

	Ålder	2007	2008	2010	2011
Män	0–6	68 635	73 604	82 816	73 508
	7–17	61 438	57 633	60 111	61 392
	18–44	157 358	158 864	170 836	174 163
	45–64	174 817	174 136	183 892	187 900
	65–79	119 004	123 605	139 661	150 876
	80–89	50 835	49 001	51 987	57 987
	90–120	8 242	6 979	9 050	12 075
	Kvinnor	0–6	60 819	64 963	73 506
7–17		68 826	65 606	68 791	67 969
18–44		248 739	252 624	276 226	284 299
45–64		239 033	240 248	254 979	263 035
65–79		161 354	166 304	181 702	193 757
80–89		88 735	86 669	90 133	96 152
90–120		22 844	18 507	22 125	28 929

Tabell 13 Allmänläkarkonsumtion: antalet läkarbesök, åldersstratifierat, Västra Götalandsregionen 2007–2011

	Ålder	2007	2008	2010	2011
Män	0–6	96 652	97 804	138 178	135 825
	7–17	82 856	80 288	83 731	88 530
	18–44	239 696	242 090	265 804	275 954
	45–64	239 133	244 230	265 846	271 128
	65–79	154 919	164 370	186 158	197 072
	80–89	64 556	67 075	69 672	69 785
	90–120	8 480	9 007	10 583	11 022
Kvinnor	0–6	86 528	86 984	122 001	120 404
	7–17	91 615	91 450	95 674	98 500
	18–44	359 412	364 301	410 426	426 169
	45–64	335 826	336 243	363 698	372 075
	65–79	210 934	218 152	238 838	246 481
	80–89	108 947	112 590	113 849	113 222
	90–120	21 529	22 719	24 615	24 408

Tabell 14 Allmänläkarkonsumtion: antalet läkarbesök utifrån driftform, Region Skåne 2007–2011

	Driftform	2007	2008	2010	2011
Män	Offentliga	402 796	402 932	405 258	411 369
	Privata	237 533	240 890	293 095	306 532
Kvinnor	Offentliga	565 853	562 132	558 286	566 682
	Privata	324 502	332 789	409 176	432 615

Tabell 15 Allmänläkarkonsumtion: antalet läkarbesök utifrån driftform, Västra Götalandsregionen 2007–2011

	Driftform	2007	2008	2010	2011
Män	Offentliga	598 444	617 328	627 912	628 914
	Privata	287 848	287 536	392 060	420 402
Kvinnor	Offentliga	826 772	847 481	840 247	835 474
	Privata	388 019	384 958	528 854	565 785

Sett till de definierade kohortgrupperna har antalet besökare ökat till allmänläkare och minskat något till organspecialister. Eftersom samma individ kan göra besök till såväl allmänläkare som till organspecialist (dubbelbesökare) är totala antalet besökare väsentligen oförändrat i kohortgruppen för Region Skåne, medan den stigit lite i Västra Götalandsregionen, se tabell 16 och 17.

Tabell 16 Antal besökare i kohort 2 år före respektive 2 år efter vårdval i Region Skåne

	Allmänmedicin		Organspecialist		Totalt	
	Besökare 2 år före	Besökare 2 år efter	Besökare 2 år före	Besökare 2 år efter	Besökare 2 år före	Besökare 2 år efter
Antal	764 713	790 103	663 132	659 096	894 417	896 614
Förändring, antal och (%)		25 390 (3,3)		-4 036 (-0,6)		2 197 (0,2)

Besöksökningen inom allmänmedicin i Region Skåne kan till stora delar förklaras med överflyttning/dubbelbesök av personer som även gjort besök hos organspecialister (före och/eller efter vårdval) (19 157 individer, 75 procent av ökningen besökare).

För Västra Götalandsregionen ses också en besöksökning till allmänläkare och minskning till organspecialister men det är aningen mer accentuerat än i Region Skåne.

Tabell 17 Antal besökare i kohort 2 år före respektive 2 år efter vårdval i Västra Götalandsregionen

	Allmänmedicin		Organspecialist		Totalt	
	Besökare 2 år före	Besökare 2 år efter	Besökare 2 år före	Besökare 2 år efter	Besökare 2 år före	Besökare 2 år efter
Antal	1 027 598	1 080 575	784 979	783 960	1 160 016	1 181 004
Förändring, antal och (%)		52 977 (5,2)		-1 019 (-0,1)		20 988 (1,8)

I Västra Götalandsregionen kan besöksökningen inom allmänmedicin inte till lika stor del förklaras med överflyttning/dubbelbesök av personer som även gjort besök hos organspecialister men den är inte oväsentlig (30 970, 58 procent av ökningen av besökare).

Diagnoser, ACG och RUB

För varje läkarbesök kan en eller flera diagnoser vara registrerade. Tillgången på data om diagnoser på individ- och organisationsnivå varierar dock mellan landsting och år. Diagnossättning ska vidare följa klassificeringssystemen ICD-10 eller KHS-97 men i varierande omfattning sker registrering utifrån ett antal varianter av dessa. Detta innebär att frekvensberäkningar på enskilda diagnoser kan bli missvisande. Av analysmässiga skäl har därför i huvudsak gruppering utifrån diagnosgrupper använts (1–21); på grund av tillgänglighet på individnivå har enbart uppgifter från offentligt driven primärvård utnyttjats. Eftersom besöksökningen inom offentlig primärvård är liten kan diagnosförändringar tolkas utifrån vårdvalets införande och dess effekter på efterfrågan och diagnossättning.

Adjusted Clinical Groups (ACG) är en del i ersättningsberäkningen i både Västra Götalandsregionen och Region Skåne och ersättningen grundas på diagnoser i relation till ålder och kön (grovt förenklat). ACG-beräkning sker utifrån föregående 18 månaders diagnoser. I båda landstingen är ACG framräknat med hjälp av diagnoser från såväl primärvård, organspecialister som slutenvård i både offentlig som privat driven vård.

ACG kan i sin tur aggregeras i s.k. Resource Utilization Bands (RUB) i sex klasser (0–5) där den högsta klassen anger (förväntat) maximalt resursutnyttjande. Förväntat resursanvändning appliceras på hela sjukvården, inte bara på besök hos allmänläkare. RUB klass 0 är definitionsmässigt ekvivalent med avsaknad av sjukdom men förutsätter att diagnossättning sker till 100 procent och är exakt. Så är inte fallet i det material som lämnats från respektive landsting utan diagnoser kan saknas och/eller inte följa klassificeringssystemet exakt. Således finns alltså läkarbesök i det här materialet även i grupp RUB = 0. RUB-gruppering i de högre klasserna grundar sig på en sammanvägning av flera diagnoser, inte bara en diagnos, och med hänsyn tagen till ålder och kön.

För analyserna har RUB-beräkningar grundat sig på diagnoser i samtliga offentligt finansierade verksamheter i båda regionerna under 1,5 år (mellan 2007 och 2008).

Diagnoser i primärvården

Inom primärvården i Region Skåne dominerar antal diagnoser inom diagnosgrupperna hjärta-kärl, andningsvägar, led-muskel samt rena symtomdiagnoser. De största relativa förändringarna jämfört med före vårdvalet ses dock inom andra diagnosgrupper (bland annat tumör, blod, nerver och medfödda missbildningar).

Tabell 18 Diagnospanorama i offentligt driven primärvård, Region Skåne 2007 och 2011, antal

Diagnosgrupp	Diagnos	2007	2011
01	A00-B99 Vissa infektions- och parasitsjukdomar	57 156	63 153
02	C00-D48 Tumörer	14 663	25 684
03	D50-D89 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	5 763	9 917
04	E00-E90 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar	57 515	93 015
05	F00-F99 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	58 269	96 621
06	G00-G99 Sjukdomar i nervsystemet	15 027	26 494
07	H00-H59 Sjukdomar i ögat och närliggande organ	3 103	4 333
08	H60-H95 Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	96 170	100 871
09	I00-I99 Cirkulationsorganens sjukdomar	121 034	176 209
10	J00-J99 Andningsorganens sjukdomar	196 133	212 110
11	K00-K93 Matsmältningsorganens sjukdomar	33 931	50 480
12	L00-L99 Hudens och underhudens sjukdomar	65 221	81 730
13	M00-M99 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	132 266	172 043
14	N00-N99 Sjukdomar i urin- och könsorganen	53 833	68 079
15	O00-O99P Gravitet, förlossning och barnsängstid	431	1 174
16	P01P-P96P Vissa perinatale tillstånd	70	79
17	Q00-Q99 Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	878	1 594
18	R00-R99 Symtom, sjukdomstecken och onormala fynd som ej klassificeras annorstädes	127 761	189 381
19	S00-T98 Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	69 648	66 739
20-21	V01-Z99 Övrigt	107 018	66 259

Tabell 19 Diagnospanorama i offentligt driven primärvård, Västra Götaland 2007 och 2011, antal

Diagnosgrupp	Diagnos	2007	2011
01	A00–B99 Vissa infektions- och parasitsjukdomar	69 512	131 125
02	C00–D48 Tumörer	19 609	61 916
03	D50–D89 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	9 203	31 441
04	E00–E90 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar	86 207	244 128
05	F00–F99 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	120 382	307 065
06	G00–G99 Sjukdomar i nervsystemet	25 665	80 845
07	H00–H59 Sjukdomar i ögat och närliggande organ	28 543	66 112
08	H60–H95 Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	89 689	141 518
09	I00–I99 Cirkulationsorganens sjukdomar	186 715	433 487
10	J00–J99 Andningsorganens sjukdomar	260 996	445 463
11	K00–K93 Matsmältningsorganens sjukdomar	51 213	135 012
12	L00–L99 Hudens och underhudens sjukdomar	99 848	200 551
13	M00–M99 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	230 902	473 906
14	N00–N99 Sjukdomar i urin- och könsorganen	76 177	146 127
15	O00–O99–P Graviditet, förlossning och barnsängstid	1 570	2 980
16	P01–P96–P Vissa perinatale tillstånd	71	271
17	Q00–Q99 Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	1 592	5 041
18	R00–R99 Symtom, sjukdomstecken och onormala fynd som ej klassificeras annorstädes	196 717	404 211
19	S00–T98 Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	87 949	165 944
20–21	V01–Z99 Yttre orsaker till sjukdom och död; faktorer av betydelse för kontakter med hälso- och sjukvården	130 787	144 626

RUB

Utifrån RUB-klassificering 2008 har de enskilda RUB-gruppernas läkarbesök och diagnosfördelning undersökts i Region Skåne. Fördelning på de olika RUB-grupperna är ojämn. Detta stämmer med syftet för indelningen, det vill säga att de högsta grupperna ska innehålla dem med störst förväntat resursutnyttjande och därmed

innehålla färre personer. Andelen män är också större i den lägsta gruppen och lägre i grupp 3–4; i övrigt är könsfördelning jämn.

Tabell 20 Absolut och relativ fördelning i RUB-grupper 2008 i Region Skåne

RUB 2008	Antal personer per grupp, antal och (%)	Varav män (%)
0	271 940 (25,4)	60,1
1	149 732 (14,0)	49,0
2	260 583 (24,4)	50,0
3	307 230 (28,7)	42,6
4	60 317 (5,6)	32,4
5	12 756 (1,2)	50,2
Oklassade	6 504 (0,6)	53,4
Totalt	106 906 2 (100)	60,1

Åldersfördelningen i de olika grupperna följer att förväntad sjuklighet (resursutnyttjande) ökar med stigande ålder.

Tabell 21 Åldersfördelning inom RUB-grupper 2008 i Region Skåne, procent

Åldersgrupp	Fördelning						
	Alla	RUB 0	RUB 1	RUB 2	RUB 3	RUB 4	RUB 5
0–6	3,6	1,8	6,1	6,3	2,4	0,8	0,3
7–17	12,9	14,5	19,5	19,5	5,4	2,1	0,6
18–44	35,4	41,0	41,9	35,8	26,6	39,4	4,2
45–64	27,6	30,6	23,9	25,4	31,1	17,3	21,9
65–79	14,6	9,8	6,9	10,4	23,8	23,0	37,0
80–89	4,9	1,9	1,4	2,2	9,0	13,9	28,7
90–120	1,0	0,4	0,3	0,4	1,8	3,4	7,2
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Världsbankens gruppering av länder baserad på ekonomi i fyra klasser (WBE 0–3) kan användas för att gruppera individer utifrån födelseland i förhållande till RUB. Använder man denna är fördelningen relativt jämn för alla individer i kohorten.

Gruppering utifrån disponibel familjeinkomst visar att fler med familjeinkomst under median finns i de högre RUB-grupperna jämfört med antalet som har familjeinkomst

över median. Medelvärde för RUB är 2,0 respektive 1,7 för individer med inkomst under respektive över median.

Besöks- och besökarförändring i förhållande till RUB

Totalt har det skett en besöksökning mellan de två åren före vårdvalets införande (2007–2008) och de två åren efter (2010–2011) med drygt 5 procent i Region Skåne. Fördelat på de olika RUB-grupperna är dock förändringarna ojämna, där de lägsta grupperna (0–2) har ökat antalet besök, medan de högre grupperna (3–5) har minskat antalet besök.

Tabell 22 Förändring i totalt antal läkarbesök i Region Skåne före och efter vårdvalet, fördelat på RUB-grupper

RUB 2008	Antal personer per grupp, antal och (%)	Antal besök		Förändring antal och (%)
		2007–2008	2010–2011	
0	271 940 (25,4)	418 345	785 222	366 877 (87,7)
1	149 732 (14,0)	475 455	574 511	99 056 (20,8)
2	260 583 (24,4)	1 239 141	1 272 021	32 880 (2,7)
3	307 230 (28,7)	2 765 795	2 694 040	-71 755 (-2,6)
4	60 317 (5,6)	789 443	701 139	-88 304 (-11,2)
5	12 756 (1,2)	266 648	239 886	-26 762 (-10,0)
Oklassade	6 504 (0,6)	20 115	26 201	6 086 (30,3)
Totalt	1 069 062 (100)	5 974 942	6 293 020	318 078 (5,3)

Antalet personer som gjort läkarbesök har också förändrats men här syns minskningen i alla RUB-klasser utom den lägsta.

Tabell 23 Förändring i antal besökare i Region Skåne före och efter vårdval, fördelat på RUB-grupper

RUB 2008	Antal besökare		Förändring antal och (%)
	2007–2008	2010–2011	
0	136 797	184 012	47 215 (34,5)
1	131 168	120 509	-10 659 (-8,1)
2	247 421	224 859	-22 562 (-9,1)
3	303 049	292 434	-10 615 (-3,5)
4	59 221	57 720	-1 501 (-2,5)
5	12 735	12 513	-222 (-1,7)
Oklassade	4 026	4 567	541 (13,4)
Totalt	890 391	892 047	1 656 (0,2)

En separat analys har skett för RUB-grupperna 4 och 5, eftersom de största relativa besöksminskningarna skett i dessa grupper. Dessutom finns en absolut undanträngning på över 100 000 besök och 1 700 besökare.

RUB-grupp 4

RUB-grupp 4 har relativt sett många individer i åldersgruppen 18–44 år och huvuddelen är kvinnor (90 procent av åldersgruppen). Diagnosgruppsfördelningen är sådan att 8 procent av primärvårdsdiagnoserna för kvinnor i RUB-grupp 4 är graviditetsrelaterade, vilket motsvarar 6,5 procent av antalet unika besökare av alla kvinnor i RUB-grupp 4.

Om gruppen med graviditetsdiagnoser undantas är fördelningen mellan diagnosgrupperna relativt jämn mellan män och kvinnor, med en viss övervikt för män i diagnosgrupperna 2, 3, 9 och 16 och för kvinnor i diagnosgrupp 14. Totalt sett är diagnosfördelningen lik helheten, med några procentenheter fler i diagnosgrupp 21.

RUB-grupp 5

RUB-grupp 5 är mindre till antalet men per definition mest resurskrävande. Här är könsfördelningen jämn och fler än hälften är över 65 år (tabell 21 och 23).

I den här gruppen är det framför allt diagnosgrupperna 9 och 21 som dominerar och är något högre än för hela befolkningen. Det finns däremot inga större skillnader mellan män och kvinnor.

Drygt 200 personer i RUB-grupp 5 har inte gjort något besök de två åren efter vårdvalets införande. Å andra sidan är det de som förmodas ha störst resursbehov, vilket i de flesta sammanhang är ekvivalent med persisterande och ej övergående sjuklighet.

Regressionsanalyser

Regressionsanalysen avser att försöka fånga faktorer som kan ha betydelse för huruvida man har gjort något läkarbesök eller inte efter vårdvalet. Därför har huvudsakligen metoden logistisk regression använts på materialet. I de här analyserna har vårdval införts som oberoende variabel. Resultaten av de logistiska regressionerna redovisas som oddskvoter (OR) med 95-procentiga konfidensintervall (95% CI), så kallade p-värden (sannolikhet att slumpen gett resultatet) och sannolikheter för besök.

Oddskvot innebär att man jämför odds för olika oberoende variabler, till exempel att män jämförs med kvinnor, och resultatet tolkas utifrån storleken på OR. En kvot på 1 betyder att det inte finns någon skillnad mellan grupperna. En kvot < 1 anger att den ena gruppen har mindre benägenhet för resultatet. En kvot > 1 anger att den ena gruppen har större benägenhet för resultatet. Oddskvoter kan räknas om till sannolikheter (i procent).

Konfidensintervallet för 95 procent av värdena belyser osäkerhet/säkerhet i resultatet av beräkningarna. Konfidensintervallet redovisas som två värden: ett värde högre än det framräknade OR-värdet och ett värde lägre än OR. Ett konfidensintervall som innefattar 1 anger att det inte finns någon skillnad mellan de jämförda grupperna. Bredden på konfidensintervallet anger säkerheten i resultatet, där en smal bredd är likvärdigt med hög säkerhet och ett brett värde anger större osäkerhet. Det senare kan bero på för lite data och/eller att den oberoende variabeln saknar betydelse i den modell som ställts upp.

Eftersom vårdkonsumtion är avhängigt ålder och kön har de logistiska regressionsberäkningarna skett dels för totala kohortmaterialet, dels (när betydelsefulla skillnader föreligger) uppdelat på åldersgrupper och kön. Vid uppdelning på åldersgrupper har analyserna skett i åldersspannet 18–79 år av numerära skäl (80 år och äldre är en liten grupp) samt kohortorsaker (yngsta individen är 7 år).

Tabell 24 Oddskvoter (OR) för benägenhet att göra läkarbesök hos allmänläkare, hela kohorter

	Region Skåne			Västra Götaland		
	OR	95 % CI		OR	95 % CI	
Vårdvalseffekt	1,20	1,19	1,21	1,33	1,32	1,33
Kön (män/kvinnor)	0,74	0,74	0,75	0,75	0,74	0,75
Familjeinkomst (hög/låg)	1,08	1,08	1,09	1,02	1,01	1,03
WBE	1,07	1,05	1,09	1,01	0,99	1,03
RUB	1,79	1,79	1,80	2,08	2,07	2,08
7–17 år (referens)	1,00			1,00		
18–44 år	1,01	0,99	1,02	1,15	1,14	1,15
45–64 år	1,33	1,31	1,35	1,63	1,62	1,65
65–79 år	2,56	2,52	2,61	2,30	2,25	2,35
80–89 år	3,69	3,58	3,80	2,26	2,16	2,36
> 90 år	2,52	2,38	2,68	1,33	1,32	1,33

Totalt sett har ålder, kön och sjuklighet i form av RUB störst betydelse för benägenheten att göra läkarbesök men också födelseland och disponibel familjeinkomst. För benägenheten totalt har vårdalet liten betydelse i Region Skåne men större i Västra Götalandsregionen med en så kallad marginaleffekt motsvarande knappt 5 procent.

Påverkan på sannolikheten för läkarbesök kan uttryckas som marginaleffekt, det vill säga antal procentenheters skillnad mellan förekomst och icke förekomst av enskild variabel, allt annat lika.

Tabell 25 Marginaleffekt av enskilda dikotomiserade variabler för läkarbesök

	Region Skåne			Västra Götalandsregionen		
	Totalt	Allmän-läkare	Organ-specialist	Totalt	Allmän-läkare	Organ-specialist
Hälsovalseffekt	1,5	4,6	0,4	4,8	6,9	1,0
Kön (män vs kvinnor)	-11,3	-7,2	-8,3	-10,2	-7,8	-7,1
Familjeinkomst (hög vs låg)	1,8	2,0	-0,8	1,4	-1,3	-2,6
WBE	7,6	1,7	5,5	1,9	3,0	1,9

För att undersöka om det finns en samverkan mellan vårdval och de andra oberoende variablerna det vill säga om vårdvalet modifierar effekten av en variabels inverkan, har beräkningar gjorts med så kallad interaktion.

Tabell 26 Oddsquoter (OR) för benägenheten att göra läkarbesök hos allmänläkare, interaktioner. Hela kohorter

	Region Skåne			Västra Götalandsregionen		
	OR	95 % CI		OR	95 % CI	
Vårdvalseffekt	1,11	1,09	1,14	1,31	1,30	1,32
Familjeinkomst (hög vs låg)	0,99	0,98	1,00	0,941	0,93	0,95
Interaktion vårdval – familjeinkomst	1,05	1,04	1,07	1,02	1,00	1,03
Vårdvalseffekt	1,08	1,03	1,12	1,3	1,26	1,35
WBE	1,14	1,11	1,18	1,12	1,09	1,14
Interaktion vårdval – födelseland (WBE)	1,12	1,08	1,17	1,02	0,98	1,05
Vårdvalseffekt	1,87	1,85	1,89	2,50	2,48	2,52
RUB	2,18	2,17	2,19	2,95	2,94	2,96
Interaktion vårdval – sjuklighet (RUB)	0,72	0,72	0,73	0,55	0,54	0,55

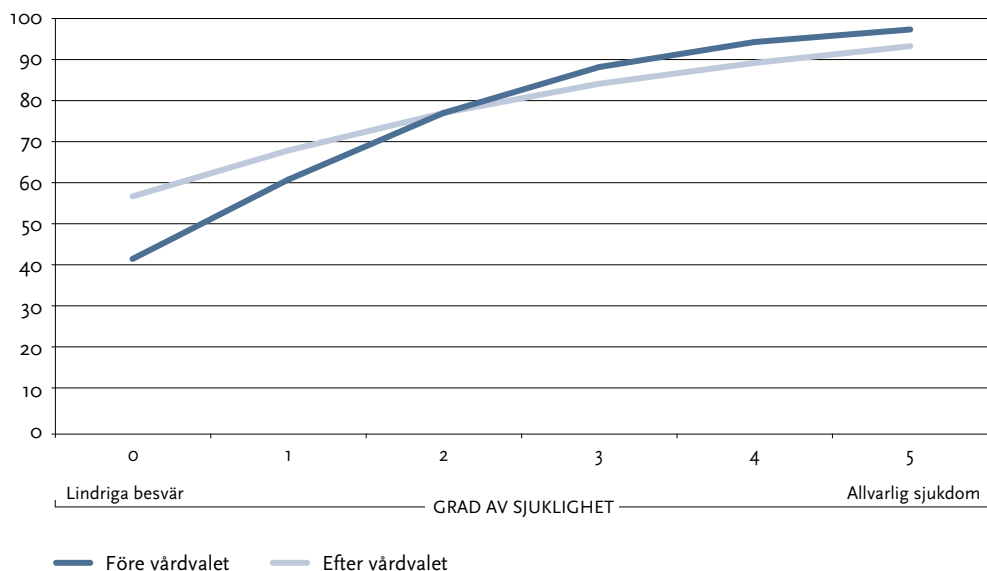
Det finns en påtaglig samverkan/interaktion mellan vårdval och framför allt sjuklighet, där sjuklighet får mindre betydelse för läkarbesök med sannolikhet under enprocentsnivån. Den minskade betydelsen av sjuklighet efter vårdval belyses med margineffekterna i tabell 27.

Tabell 27 Margineffekt av interaktion mellan vårdval och sjuklighet i form av RUB 2008 för läkarbesök totalt och till allmänläkare, Region Skåne

RUB-nivå 2008	Totalt	Allmänläkare
0	15,8	15,5
1	-1,7	6,9
2	-7,1	-0,4
3	-5,7	-4,1
4	-3,6	-4,9
5	-2,0	-4,3

Diagram 1 Sannolikhet för läkarbesök i primärvård före och efter vårdvalet, Region Skåne

Sannolikheten för besök (%)



För kommentar om diagram 1, se avsnitt 6.2 i rapporttexten.

Förändringen ses dels som besöksförändring (tabell 28), dels som besökarförändring (tabell 29).

Tabell 28 Förändring i besök till allmänläkare utifrån RUB-grupp, Region Skåne

RUB 2008	Besök före	Besök efter	Skillnad antal	Skillnad (%)
0	106 328	166 696	60 368	56,8
1	125 770	115 043	-10 727	-8,5
2	237 263	216 267	-20 996	-8,8
3	308 389	292 923	-15 466	-5,0
4	59 109	57 698	-1 411	-2,4
5	13 504	12 303	-1 201	-8,9
oklassade	3 382	4 199	817	24,2
Totalt	853 745	865 129	11 384	1,3

Tabell 29 Förändring i antal besökare till allmänläkare utifrån RUB-grupp, Region Skåne

RUB 2008	Antal personer i gruppen	Antal besökare 2008	Antal besökare 2010	Förändring antal	Förändring %
0	271 940	136 797	184 012	47 215	34,5
1	149 732	131 168	120 509	-10 659	-8,1
2	260 583	247 421	224 859	-22 562	-9,1
3	307 230	303 049	292 434	-10 615	-3,5
4	60 317	59 221	57 720	-1 501	-2,5
5	12 756	12 735	12 513	-222	-1,7

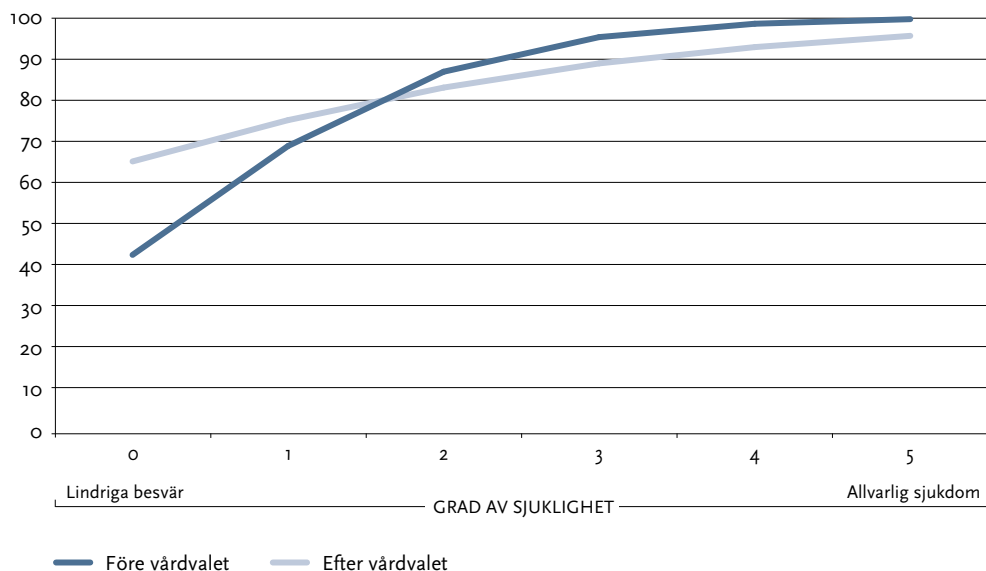
Samverkansseffekten i Västra Götalandsregionen liknar till stora delar Region Skåne vad gäller sjuklighetens minskade betydelse, margineffekt (se tabell 30).

Tabell 30 Margineffekt av interaktion mellan vårdval och sjuklighet i form av RUB 2008 för läkarbesök totalt och till allmänläkare, Västra Götalandsregionen

RUB-nivå 2008	Totalt	Allmänläkare
0	25,7	22,4
1	-12,8	6,3
2	-9,6	-3,7
3	-5,4	-6,3
4	-3,0	-5,6
5	-1,6	-4,0

Diagram 2 Sannolikhet för läkarbesök i primärvård före och efter vårdvalet, Västra Götalandsregionen

Sannolikheten för besök (%)



För kommentar av diagram 2, se avsnitt 6.2 i rapporttexten.

Kontinuitet

Från kohortmaterialet har 7 121 personer med diagnosen diabetes mellitus (sockersjuka) identifierats i Malmö kommun. För dessa har kontinuitet i form av besök till samma allmänläkare före och efter införande av vårdval studerats. Kontinuitet har definierats som personer med minst tre besök hos allmänläkare, där minst 50 procent av besöken skett hos samma läkare. Beräkningar har gjorts för de två åren före och de två åren efter införandet av vårdval.

Resultat

Antalet besök för den här gruppen har minskat med knappt 4 procent efter vårdvalet. Kontinuiteten enligt definition ovan har minskat påtagligt (se tabell 31).

Tabell 31 Kontinuitet för besök till allmänläkare, diabetiker i Malmö kommun, procent

	2007–2008	2010–2011
Män	71,4	53,4
Kvinnor	66,2	48,3

Andelen med kontinuitet före vårdvalet var högre för bägge könen för patienter med huvudsaklig läkarkontakt i privat primärvård. Efter vårdvalet hade både offentligt och privat drivna vårdcentraler en lägre andel patienter med kontinuitet, oavsett kön. Minskning i kontinuitet gäller såväl män som kvinnor (störst minskning), jämnt fördelat mellan undersökta åldersgrupper (20–98 år).

Den minskade kontinuiteten rör de två första åren efter införandet av vårdval och rör en begränsad population, och skälen till minskningen kan vara flera. Kontinuitet i patient-läkarrelationen kan förekomma i andra former än genom ett visst antal läkarbesök, till exempel genom telefonkontakt. Minskad kontinuitet och minskat antal läkarbesök efter vårdvalet skulle även kunna bero på att diabetessköterskorna delvis tagit över läkarens roll vad gäller kontroller av diabetiker. En annan möjlighet är att patienternas egenkontroll ökat eller att de valt att byta vårdenhet eller söker vård på flera olika enheter parallellt.

Den minskande kontinuiteten kan dock även vara ett tecken på undanträngning, där mer resursstarka grupper får ökat tillträde.

Lindängen

I stadsdelen Lindängen i Malmö med cirka 10 000 invånare fanns fram till 1 april 2011 en offentligt driven vårdcentral. Genom ett politiskt beslut lades vårdcentralen ner och befolkningen hänvisades till andra vårdcentraler. I december 2011 öppnade en ny vårdcentral i området i privat regi.

Besöksmönster samt antal och andel besökare har undersökts för invånarna i området genom en analys av en undergrupp till hela kohorten för Region Skåne.

Efter vårdvalet har det skett en besöksökning för både män och kvinnor boende i Lindängen. Andelen besökare är dock väsentligen oförändrad hos männen medan den ökat hos kvinnorna. Här finns en skillnad mot resten av Malmö, där andelen besökare är relativt konstant. En minskning av antalet besök hos allmänläkare ses 2011 i Lindängen; minskningen är minst hos män med familjeinkomst över median.

Parallellt med besöksökningen hos allmänläkare har det även skett en besöksökning hos organspecialister för män, speciellt 2011 för män med familjeinkomst under median i Lindängen. Det senare kompenserar för besöksminskningen hos allmänläkare. Man kan se en liten ökning av besöken till organspecialister för kvinnor med familjeinkomst över median och det motsatta för kvinnor med familjeinkomst under median. I resten av Malmö har det skett en besöksökning till organspecialister.

Relativt sett (besök per invånare) följer inkomstgrupperna för män den generella ökningen av besöksfrekvensen utan en "förlust" 2011 som en effekt av ökade besök hos organspecialister. För kvinnor ses också en ökning men den sjunker 2011 (låginkomst)

eller ökar inte (höginkomst) som en effekt av ett lägre antal besök hos allmänläkare vilket inte kompenseras med en besöksökning hos organspecialister alls eller inte fullt ut.

Man kan alltså ana ett mönster som inträder vid den offentliga vårdcentralens avveckling 2011 – att antalet läkarbesök i offentlig primärvård sjunker samtidigt som männen ökar antalet besök hos organspecialister. Totalt fortsätter då besök per invånare för män att stiga, det vill säga det har skett en överskjutning i de kommunicerande kärlen, kanske med en viss ”rekyt”-effekt.

För kvinnor är det enbart individer med familjeinkomst över median som lyckas behålla antal besök per invånare.

Bilaga 4 – Intervjuer och fokusgrupper

Intervjuer

Riksrevisionen har genomfört intervjuer med representanter från olika myndigheter, landsting, intresseorganisationer. Riksrevisionen har också intervjuat olika forskare och vårdpersonal i samband med besök på vårdcentraler.

Jönköpings läns landstings FoU-enhet 2013-08-28 och 2013-09-05

Läkare Jönköpings läns landsting 2013-09-05

Verksamhetschef vårdcentral i Stockholms läns landsting 2013-09-17

Stockholms läns landsting beställarorganisation 2013-09-26

Statistiska centralbyrån om kostnadsstatistik 2013-09-27

Psykolog vårdcentral Stockholms läns landsting 2013-09-30

Sveriges Kommuner och Landsting, avd. för vård och omsorg 2013-10-04

Västra Götalandsregionen beställarorganisation 2013-10-17

Verksamhetschef vårdcentral Västra Götaland 2013-10-17

Jönköpings läns landstings FoU-enhet 2013-10-18

Jönköpings läns landsting beställarorganisation 2013-10-17

Svensk sjuksköterskeförening 2013-12-10

Läkarförbundet 2013-12-11

Sveriges Kommuner och Landsting 2014-01-14

Vårdföretagarna 2014-01-22

Primärvårdsforskare och läkare 2014-02-07

Myndigheten för vårdanalys 2014-02-14

Läkarförbundet Stockholm 2014-02-27

Socialdepartementet 2014-03-07

Verksamhetschef Region Halland mars 2014

Verksamhetschefer två vårdcentraler i Stockholms län 2014-03-12

Fysioterapeuterna 2014-03-12

Distriktsläkarna 2014-03-17

Socialstyrelsen bemanning i primärvården 2014-03-31

Hyrläkare med erfarenheter från flera landsting 2014-04-01

Jämtlands läns landsting beställarenhet 2014-04-08

Region Skåne beställarenhet 2014-04-15

Primärvårdsforskare och läkare 2014-04-15

Verksamhetschef vårdcentral Region Skåne 2014-04-15

Socialstyrelsen ekonomiska analyser 2014-04-25

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter 2014-04-28

Stockholms läns landsting beställarenheten 2014-05-06

Socialstyrelsen landstingens styrning och ersättningssystem 2014-05-12

Verksamhetschef vårdcentral Västra Götalandsregionen (vidtalad) maj 2014

Verksamhetschef vårdcentral Västra Götalandsregionen 2014-05-13

Västra Götalandsregionen beställarenheten 2014-05-15

Verksamhetschef vårdcentral Västra Götalandsregionen 2014-05-15

Grupppintervju: åtta läkare Västra Götalandsregionen 2014-05-16

Socialstyrelsen som statistikansvarig myndighet 2014-05-20

Stockholms läns landsting beställarenheten 2014-06-05

Socialstyrelsen om undanträngning i primärvården 2014-06-16

Konkurrensverket 2014-06-24

Bemanningsföretag 2014-09-24

Blekinge läns landsting, Hälsovalsenheten 2014-10-27

Konkurrensverket 2014-10-27.

Fokusgrupper

För att få en bild av hur vårdpersonal upplever hur vårdgaranti- och vårdvalsreformerna påverkar deras arbete genomförde Riksrevisionen fyra stycken fokusgrupper.

Riksrevisionen annonserade efter deltagare med hjälp av medlemsorganisationer (Fysioterapeuterna, Sveriges Läkareförbund och Sjuksköterskeföreningen) och de medverkande svarade genom en intresseanmälan till Riksrevisionen.

I varje fokusgrupp deltog mellan 7-8 personer. I den första av fokusgrupperna deltog sjuksköterskor och fysioterapeuter från 2 olika landsting. I den andra deltog verksamhetschefer från två landsting. I de två andra fokusgrupperna deltog läkare från sammanlagt åtta landsting.

Fokusgrupp 1 sjuksköterskor och fysioterapeuter, 2014-03-21.

1. Region Skåne, verksamhetschef, fysioterapeut
2. Region Skåne, sjukgymnast
3. Stockholm läns landsting, sjukgymnast
4. Stockholms läns landsting, distriktssköterska
5. Stockholms läns landsting, distriktssköterska
6. Stockholms läns landsting, distriktssköterska
7. Region Skåne, distriktssköterska
8. Region Skåne, distriktssköterska

Fokusgrupp 2 verksamhetschefer, 2014-03-28.

1. Västra Götalandsregionen, sjuksköterska, bitr. verksamhetschef, privatdriven
2. Stockholms läns landsting, verksamhetschef för två vårdcentraler, landstingsdrivna
3. Västra Götalandsregionen, sjuksköterska privatdriven
4. Stockholms läns landsting, läkare, privatdriven
5. Stockholms läns landsting, privatdriven
6. Stockholms läns landsting, verksamhetschef och bitr. verksamhetschef, landstingsdriven
7. Stockholms läns landsting, specialist allmänmedicin, privatdriven
8. Stockholms läns landsting, specialist allmänmedicin, landstingsdriven

Fokusgrupp 3 läkare flera landsting, 2014-03-28.

1. Landstinget i Uppsala, privatdriven
2. Västerbotten läns landsting, landstingsdriven
3. Landstinget i Värmland, landstingsdriven
4. Landstinget i Sörmland, landstingsdriven
5. Landstinget i Östergötland, landstingsdriven
6. Stockholms läns landsting, landstingsdriven
7. Landstinget i Uppsala, pensionerad distriktsläkare

Fokusgrupp 4 läkare Stockholms läns landsting, 2014-03-28.

1. Privatdriven
2. Landstingsdriven
3. Landstingsdriven och privatdriven
4. Landstingsdriven
5. Privatdriven
6. Landstingsdriven
7. Privatdriven
8. Nyligen slutat inom primärvården

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

Alla Riksrevisionens tidigare utgivna rapporter finns tillgängliga på www.riksrevisionen.se

2013	2013:1	Svensk rymdverksamhet – en strategisk tillgång?
	2013:2	Statliga myndigheters skydd mot korruption
	2013:3	Staten på elmarknaden – insatser för en fungerande elöverföring
	2013:4	Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?
	2013:5	Staten på telekommarknaden
	2013:6	Ungdomars väg till arbete – individuellt stöd och matchning mot arbetsgivare
	2013:7	Bostadstillägget och äldreförsörjningsstödet till pensionärer – når förmånerna fram?
	2013:8	Energieffektivisering inom industrin – effekter av statens insatser
	2013:9	Sverige i Arktiska rådet – effektivt utbyte av medlemskapet
	2013:10	På väg ut i världen – statens främjandeinsatser för export
	2013:11	Statens kunskapsspridning till skolan
	2013:12	Skattekontroll – en fråga om förtroendet för offentlig förvaltning
	2013:13	Landsbygdsprogrammet – från jordbruksstöd till landsbygdsstöd?
	2013:14	Sjunde AP-fonden – svarar förvaltningen av premiepensionen mot spararnas krav?
	2013:15	Kränkta eller diskriminerade i skolan – är det någon skillnad?
	2013:16	Statens tillsyn över skolan – bidrar den till förbättrade kunskapsresultat?
	2013:17	Ett steg in och en ny start – hur fungerar subventionerade anställningar för nyanlända?
	2013:18	Tågförseningar – orsaker, ansvar och åtgärder
	2013:19	Klimat för pengarna? Granskningar inom klimatområdet 2009–2013
	2013:20	Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?
	2013:21	Statens hantering av riksintressen – ett hinder för bostadsbyggande
	2013:22	Försvarsmaktens förmåga till uthålliga insatser
	2013:23	Transparensen i budgetpropositionen för 2014 – tillämpningen av det finanspolitiska ramverket

2014	2014:1	Statens insatser för riskkapitalförsörjning – i senaste laget
	2014:2	Bostäder för äldre i avfolkningsorter
	2014:3	Staten och det civila samhället i integrationsarbetet
	2014:4	Försvarets omställning
	2014:5	Effekter av förändrade regler för deltidsarbetslösa
	2014:6	Att överklaga till förvaltningsrätten – Handläggningstider och information till enskilda
	2014:7	Ekonomiska förutsättningar för en fortsatt omställning av försvaret
	2014:8	Försvaret – en utmaning för staten. Granskningar inom försvarsområdet 2010–2014
	2014:9	Stödet till anhöriga omsorgsgivare
	2014:10	Förvaltningen av regionala projektmedel – delat ansvar, minskad tydlighet?
	2014:11	Att tillvarata och utveckla nyanländas kompetens – rätt insats i rätt tid?
	2014:12	Livsmedelskontrollen – tar staten sitt ansvar?
	2014:13	Att gå i pension – varför så krångligt?
	2014:14	Etableringslotsar – fungerar länken mellan individen och arbetsmarknaden?
	2014:15	Nyanländ i Sverige – effektiva insatser för ett snabbt mottagande?
	2014:16	Swedfund International AB – Är finansieringen av bolaget effektiv för staten?
	2014:17	Det allmänna pensionssystemet – en granskning av granskningen
	2014:18	Statens dimensionering av lärarutbildningen – utbildas rätt antal lärare?
	2014:19	Valuta för biståndspengarna? – valutahantering i det internationella utvecklingssamarbetet
	2014:20	Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej
	2014:21	Exportkreditnämnden – effektivitet i exportgarantisystemet?

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se

Riksrevisionen har granskat hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Riksrevisionen har funnit att speciellt vårdvalsreformen fått stark styreffekt, det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer om likvärdig vård och prioritering av de mest behövande. Granskningen visar att vårdcentraler företrädesvis har etablerats i befolkningstäta områden och i områden där vårdbehoven är lägre. Samtidigt har nedläggningar i större utsträckning drabbat socioekonomiskt svagare områden. Läkartätheten på en vårdcentral är beroende av områdets socioekonomiska status vilket innebär att ett högt förväntat vårdbehov inte vägs upp av fler läkare. Riksrevisionen har undersökt vårdutnyttjandet i två regioner och resultatet tyder på att ojämlikheten har ökat sedan reformernas införande. Granskningen visar också att det varit svårt för landstingen att skapa vårdvalsmodeller och ersättningsystem som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer.

En viktig orsak till denna utveckling bedömer Riksrevisionen vara den målkonflikt som skapades i samband med införandet av vårdvalsreformen. Hälsa- och sjukvårdslagets etiska principer om vård efter behov ställdes då mot vårdvalets prioriteringar i enlighet med patienternas efterfrågan. Att patientens val får ekonomiska effekter innebär att andra faktorer än medicinska påverkar personalens möte med patienten. Detta kan försvåra för vårdpersonalen att fokusera på patientens vårdbehov.

ISSN 1652-6597

ISBN 978 91 7086 358 5,

Beställning:

www.riksrevisionen.se

publikationsservice@riksrevisionen.se

Riksrevisionens publikationsservice

114 90 Stockholm

