



Uppföljning av husläkarverksamheten i Vårdval Stockholm – 2013 års resultat

Rapporten är framtagen av Cecilia Dahlgren, Sofi Bergfors, Matilda Hagman, Philip Wehtje och Clas Rehnberg



**Karolinska
Institutet**


**Stockholms läns
landsting**

Sammanfattning

Denna rapport utgår från tidigare presenterade resultat från femårsuppföljningen av Vårdval Stockholm och har kompletterats med utvecklingen under år 2013. Rapporten har fokuserat på frågeställningar om konsumtionsutveckling, produktivitet, patientnöjdhet, marknadsstruktur och listningsmönster. De huvudsakliga resultaten från rapporten är följande:

Färre läkarbesök totalt, men fortsatt ökning för de äldre

Från och med införandet av vårdval inom husläkarverksamheten till och med år 2012 ökade antalet läkarbesök per invånare inom husläkarverksamheten varje år. Ökningen tycks dock ha stannat av och 2013 är det första året sedan vårdvalets införande som antalet läkarbesök per invånare har minskat jämfört med föregående år. De äldre fortsatte emellertid att under år 2013 gå allt oftare till husläkaren medan de under 40 år minskat antalet besök per invånare. Sedan 2007 har de över 85 år ökat antalet besök per person med 48 procent jämfört med 23 procent för befolkningen i genomsnitt.

Bibehållen kostnadskontroll, men något minskad produktivitet

Kostnaderna för husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård har, i fasta priser, minskat något 2013 i jämförelse med 2012. Uppdraget är dock delvis förändrat, hemsjukvård på dagtid på helger har flyttats från den basala hemsjukvården, och kostnadsjämförelser bör därför göras med viss försiktighet. Bedömningen är dock att kostnadskontrollen är bibehållen.

Produktiviteten inom husläkarverksamheten har minskat något under år 2013 i jämförelse med år 2012. I likhet med tidigare resultat samvarierar produktiviteten med ett högt antal besök per listad och en hög andel återbesök. Ett nytt resultat för 2013 är däremot att ett högt vårdbehov samvarierar med högre produktivitet.

Oförändrad patientnöjdhet

Patientnöjdheten är något högre år 2013 än år 2012 men ökningen är inte statistiskt signifikant. Placering av mottagning i innerstaden och en högre andel återbesök har 2013 ett positivt samband med patientnöjdheten. Antal listade och ett högt vårdbehov skattat med CNI har däremot ett negativt samband med patientnöjdheten.

Små förändringar på husläkarmarknaden

Sju nya husläkarmottagningar öppnade under 2013, men flera mottagningar avslutade också sin verksamhet under samma år. De offentliga mottagningarna och de olika privata ägargrupperna håller ungefär lika stora marknadsandelar som 2012. Konkurrensen fortsätter att öka i de allra flesta kommunerna och stadsdelarna.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	4
2. MATERIAL OCH METOD	5
3. KONSUMTIONSUTVECKLINGEN	7
3.1 ÖKNINGEN AV ANTALET LÄKARBESÖK HAR STANNAT AV	7
3.2 FÖRHÅLLET MELLAN LÄKARBESÖK OCH SKÖTERSKEBESÖK	9
3.3 BESÖKSUTVECKLING AV LÄKARBESÖK FÖR KVINNOR OCH MÄN SAMT OLIKA ÅLDERSGRUPPER	10
3.4 ÅTERBESÖK.....	11
3.5 ÖPPENVÅRDSKONSUMTION I OLIKA ÖPPNA VÅRDFORMER - FÖRDELNING AV LÄKARBESÖK	17
4. KOSTNADER OCH PRODUKTIVITET	21
4.1 KOSTNADSUTVECKLINGEN.....	21
4.2 PRODUKTIVITETEN ÖKAR INTE 2013	22
4.3 VAD PÅVERKAR PRODUKTIVITETEN?.....	23
4.4 TOLKNING AV PRODUKTIVITETEN	28
5. PATIENTNÖJDHET	29
5.1 VAD PÅVERKAR PATIENTNÖJDHETEN 2013?.....	31
5.2 PATIENTNÖJDHET HOS PRIVATA OCH OFFENTLIGA MOTTAGNINGAR.....	35
6. MARKNAD, KONKURRENS OCH LISTNING	37
6.1 ANTAL HUSLÄKARMOTTAGNINGAR.....	37
6.2 ENDAST MARGINELLA FÖRÄNDRINGAR AV OLIKA AKTÖRERS MARKANDSANDELAR	39
6.3 KONKURRENSEN FORTSÄTTER ATT ÖKA I HUSLÄKARVERKSAMHETEN	40
6.4 LISTNINGSMÖNSTER FÖR OLIKA GRUPPER I BEFOLKNINGEN	41
6.5 LISTNING I OLIKA OMRÅDEN	43
7. AVSLUTANDE SYNPUNKTER	46
8. REFERENSER	47
BILAGA 1 DATA ENVELOPMENT ANALYSIS (DEA)	48
BILAGA 2 TABELLER	49

1. Inledning

Husläkarmottagningarna är för de flesta invånare i Stockholm den primära vårdkontakten. Under 2013 gjorde Stockholms invånare sammanlagt 5,6 miljoner besök på husläkarmottagningarna inom Vårdval Stockholm. Detta till en kostnad av 4,1 miljarder kronor eller 1 939 kronor utslaget per invånare. Husläkarverksamheten har genomgått stora förändringar under de senaste åren. År 2008 genomfördes reformen Vårdval Stockholm vilket dels inneburit att medborgarna fått rätt att fritt välja mellan olika vårdgivare, dels att vårdgivarna fått en frihet att etablera sig med en offentlig ersättning givet de krav landstingen satt upp.

Den hälsoekonomiska enheten vid Karolinska Institutet och Stockholms Läns Landsting har under ett antal år följt utvecklingen för Vårdval Stockholm – husläkarverksamheten. Under förra året gavs ett antal rapporter ut där resultaten från femårsuppföljningen av Vårdval Stockholm redovisades. Denna rapport utgår från tidigare metoder och redogör främst för utvecklingen under år 2013. Rapporten har fokuserat på frågeställningar om konsumtionsutveckling, produktivitet, patientnöjdhet, marknadsstruktur och listningsmönster.

Rapporten behandlar fyra stycken huvudområden. Inledningsvis redogörs för utvecklingen av vårdkonsumtionen uppdelat på olika åldersgrupper, kön samt andelen återbesök. Därefter redovisas utvecklingen för kostnader och, produktivitet tillsammans med en förklaringsmodell. Den tredje delen i rapporten redovisar resultat för patientupplevd kvalitet och vilka faktorer som påverkar denna. Slutligen undersöks hur marknadsstrukturen inom husläkarverksamheten utvecklats med avseende på antal mottagningar, konkurrens och listning¹.

¹ I rapporten ingår inte analyser av fördelningsaspekter, vilket presenterats i tidigare rapporter. Orsaken är problem med tillgång till individdata, men frågeställningar om fördelning- och undanträngningseffekter kommer att tas upp i kommande rapporter.

2. Material och metod

I rapporten analyseras utvecklingen av husläkarverksamheten 2013 i Stockholms län med hjälp av registerdata. Dataunderlaget som rapporten baseras på är hämtat från flera källor. Uppgifter om vårdutnyttjande har hämtats från landstingets VAL-databas och uppgifter om patientupplevd kvalitet på mottagningsnivå har hämtats från Institutet för kvalitetsindikatorer. Indikatorns databas över resultat från patientenkäten. Uppgifter om beställarens kostnader per område och husläkarmottagningar kommer ifrån landstingets redovisningssystem "Raindance".

För redovisningen av antalet husläkarmottagningar och antalet nyetableringar totalt och för olika ägargrupper har avtalslistor från Stockholms läns landsting varit den huvudsakliga källan. Medborgarnas listning och omflyttningar inom länet baseras på databasen ListON. Även befolkningsstatistiken som används har hämtats ifrån ListON. Befolkningsstatistiken som redovisas består av alla personer som var folkbokförda i Stockholms län (exklusive Norrtälje) den 31 december respektive år².

Tabell 1. Variabler och datakällor

Variabler	Datakällor
Vårdutnyttjande	VAL-databasen, SLL
Patientnöjdhet	Indikator
Listning och befolkningsstatistik	ListON, SLL
Kostnader	Ekonomisystem – "Raindance", SLL

Redovisningarna och analyserna fokuserar framför allt på förändringarna mellan 2012 och 2013, men i vissa avsnitt redovisas även data för längre tidsperioder.

Metoderna som används för att redovisa utvecklingen av vårdutnyttjande, kostnader och patientnöjdhet är i huvudsak deskriptiva mått. Produktiviteten undersöks dels med hjälp av måttet kostnad per viktad vårdkontakt och dels med hjälp av benchmarking-metoden Data Envelopment Analysis (DEA). Se Bilaga 1 för en närmare beskrivning av DEA.

För att undersöka vilka av mottagningarnas egenskaper som påverkar utfallet i produktivitet och patientnöjdhet har multipla linjära regressionsanalyser använts. Metoden lämpar sig väl för den här typen av analyser då den möjliggör att enskilda effekter hos modellens variabler kan särskiljas, samtidigt som övriga variabelers effekter på modellen hålls konstanta. Standardiserade koefficienter är oberoende av variabelernas enheter och kan därför användas för att jämföra variabelernas effekter direkt mot varandra. För att utifrån de relevanta variabelerna kunna skapa den regressionsmodell som bäst beskriver datamaterialet används

² Observera att förra årets rapport använde befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån som redovisar befolkningsstatistik på områdesnivå per den 30 november och till följd av det är inte alla siffror jämförbara med den tidigare rapporten.

stegvis regressionsanalys, vilket är en metod som inkluderar och exkluderar variabler utifrån deras signifikans i modellen. Signifikansnivån 0,05 används i samtliga regressionsanalyser.

För att redovisa utvecklingen av utbudet av husläkarmottagningar i olika områden och fördelningen av markandsandelar hos olika ägargrupper används deskriptiva sammanställningar. Utvecklingen av konkurrensförhållandet på marknaden undersöks med hjälp av Herfindahls index som är ett mått på koncentrationen av aktörer på en marknad.

Egenskaper för olika ägargruppers mottagningar redovisas deskriptivt och envägs variansanalyser (ANOVA) med Tukey-test på signifikansnivå 0,05 används för att undersöka om skillnaderna mellan de olika ägargrupperna är signifikanta. Tukey-test kontrollerar för TYP-I fel, som betyder sannolikheten att förkasta en sann nollhypotes, vilket kan vara viktigt vid multipla jämförelser mellan grupper.

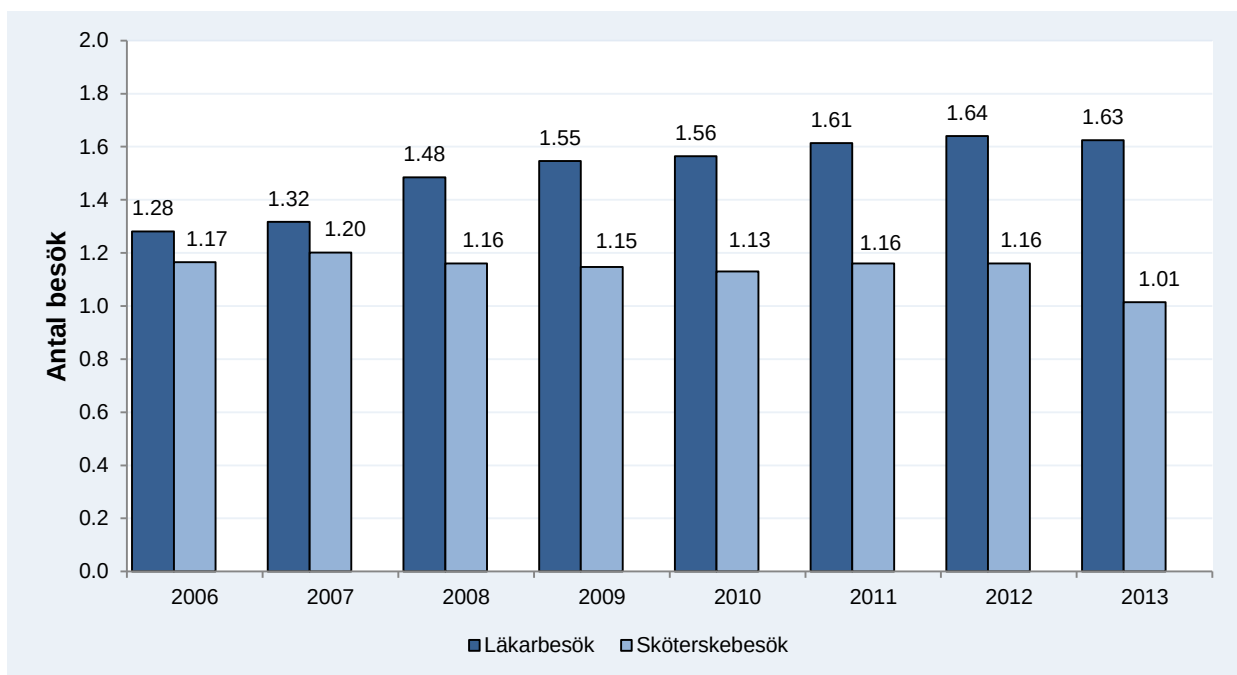
Listningsdata från 31 december 2012 respektive 31 december 2013 har använts för att undersöka hur stor andel av invånarna som har bytt mottagning sedan föregående år. Individer listade vid en husläkarmottagning 31 december följs ett år tillbaka i tiden. Personer som inte var listade vid en mottagning i Stockholm året innan räknas som nylistade. För de invånare som var listade vid en mottagning vid båda mättillfällena undersöker vi om mottagningen är densamma vid båda tillfällena, om så inte är fallet räknas de till gruppen som har bytt mottagning.

Större delen av datahanteringen samt analyser har utförts med hjälp av statistikverktyget SAS 9.3. DEA-analyserna har skapats med programvaran Frisch-DEA software package.

3. Konsumtionsutvecklingen

3.1 Ökningen av antalet läkarbesök har stannat av

Från och med införandet av Vårdval Stockholm inom husläkarverksamheten till och med år 2012 ökade antalet läkarbesök per invånare inom husläkarverksamheten varje år. Ökningen tycks dock ha stannat av och 2013 är det första året sedan vårdvalets införande som antalet läkarbesök per invånare har minskat jämfört med föregående år. Med vårdvalsreformen infördes flera mekanismer som skapade förutsättningar för en ökad vårdkonsumtion inom husläkarverksamheten. Den fria etableringen skapade möjligheter för nya aktörer att inträda på marknaden och den ökade andelen prestationsbaserad ersättning stärkte incitamenten till att producera besök. Dessa mekanismer hade stor effekt när det gäller produktionen av läkarbesök, men som Figur 1 visar så tycks ökningen ha stannat av. Figuren visar antal läkarbesök och sköterskebesök per invånare från år 2006 till 2013. I definitionen av besök inkluderar vi fysiska besök på mottagning och i hemmet. I kategorin sköterskebesök ingår distriktssköterska, sjuksköterska och undersköterska.



Källa: VAL-databasen

Figur 1. Antal läkarbesök och sköterskebesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare i Stockholms län³

Utvecklingen av antalet sköterskebesök har inte ökat efter införandet av vårdval i husläkarverksamheten och mellan år 2012 och 2013 ser vi en tydlig minskning av antalet sköterskebesök inom husläkarverksamheten. Den stora minskningen i sköterskebesök mellan åren 2012-2013 kan dock förklaras av förändringar i uppdragsavtalet. Från och med 2013 överfördes hemsjukvården på dagtid på helger till de vårdgivare som har ansvar för hemsjukvården på kvällar och nätter.

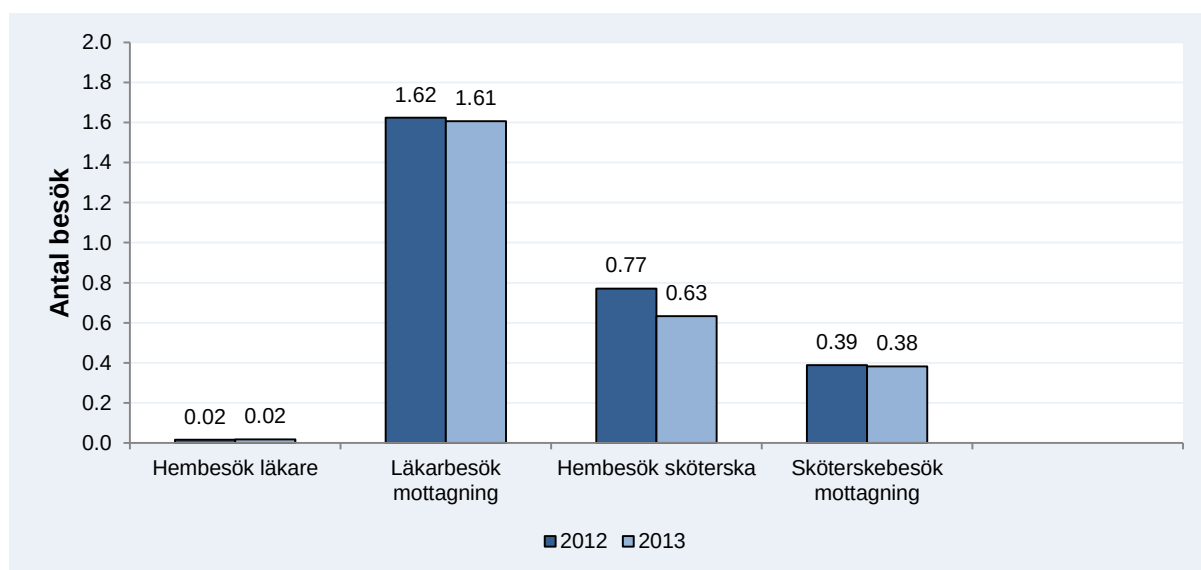
³Genomgående för rapporten är att Norrtäljebor och invånare utanför Stockholms län exkluderas.

I Tabell 2 redovisar vi utvecklingen av antalet besök i absoluta tal från 2006 till 2013. I absoluta tal har läkarbesöken ökat från 2012 till 2013 medan sköterskebesöken minskat (vilket förklaras av förändringen av uppdraget för basal hemsjukvård på helger).

Tabell 2. Antal läkarbesök och sköterskebesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård i Stockholms län samt befolkningsutveckling.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Läkarbesök	2 388 018	2 496 016	2 860 506	3 038 109	3 127 915	3 287 759	3 394 683	3 443 667
Sköterskebesök	2 172 116	2 277 002	2 236 275	2 254 228	2 261 626	2 364 843	2 401 352	2 150 565
Befolkning	1 863 849	1 895 061	1 927 386	1 965 013	2 000 066	2 037 475	2 069 549	2 118 994

I Figur 2 delar vi upp besöken på mottagningsbesök och hembesök och redovisar antal besök per invånare för år 2012 och 2013. Minskningen i antalet läkarbesök per invånare som har skett mellan 2012 och 2013 förklaras av en minskning av mottagningsbesöken. Antalet hembesök per invånare som utförs av läkare inom husläkarverksamheten har ökat 2013 i jämförelse med 2012. De flesta läkarbesöken äger emellertid rum på en mottagning, endast cirka en procent av alla läkarbesök utförs i hemmet. För sköterskebesöken utgör hembesöken däremot en majoritet, år 2013 uppgick hembesöken till 62 procent av det totala antalet sköterskebesök. Att antalet sköterskebesöken minskar så kraftigt mellan 2012 och 2013 beror, som vi ser i figuren, på en minskning av hembesöken. Även när det gäller sköterskebesök på mottagning ser vi en liten minskning, men den är inte alls i samma storleksordning.



Källa: VAL-databasen

Figur 2. Antal hembesök och mottagningsbesök per invånare uppdelat på läkare respektive sköterska inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård i Stockholms län

Att antalet läkarbesök på mottagning per invånare minskar förklaras inte av att de individer som kommer i kontakt med vården i genomsnitt gör färre besök. Förklaringen ligger istället i att det är en mindre andel av befolkningen 2013 i jämförelse med 2012 som kommer i kontakt med husläkarverksamheten. Tabell 3 visar andel av befolkningen som har gjort minst ett besök, antal besök per person och genomsnittligt antal besök för de individer som har gjort minst ett besök inom husläkarverksamheten för åren 2012 och 2013.

Tabell 3. Andel som har gjort minst ett besök samt antal besök per invånare och per person som har gjort minst ett besök 2012 och 2013

		Andel av befolkningen som har gjort minst ett besök			Antal besök per invånare			Antal besök per individ som har gjort minst ett besök		
		2012	2013	Utv.	2012	2013	Utv.	2012	2013	Utv.
Mottagningsbesök	Läkare	0,55	0,54	-2%	1,62	1,61	-1%	2,97	2,99	1%
	Sköterska	0,14	0,14	-2%	0,39	0,38	-2%	2,74	2,75	0%
Hembesök	Läkare	0,01	0,01	8%	0,02	0,02	8%	2,29	2,28	0%
	Sköterska	0,02	0,02	-5%	0,77	0,63	-22%	37,62	32,42	-16%

Källa: VAL-databasen

Som Tabell 3 visar minskar andelen av befolkningen som gör minst ett besök på en husläkarmottagning med 2 procent för både läkarbesök och sköterskebesök mellan 2012 och 2013. För samma period ökar det genomsnittliga antalet besök för de individer som kommer till en husläkarmottagning.

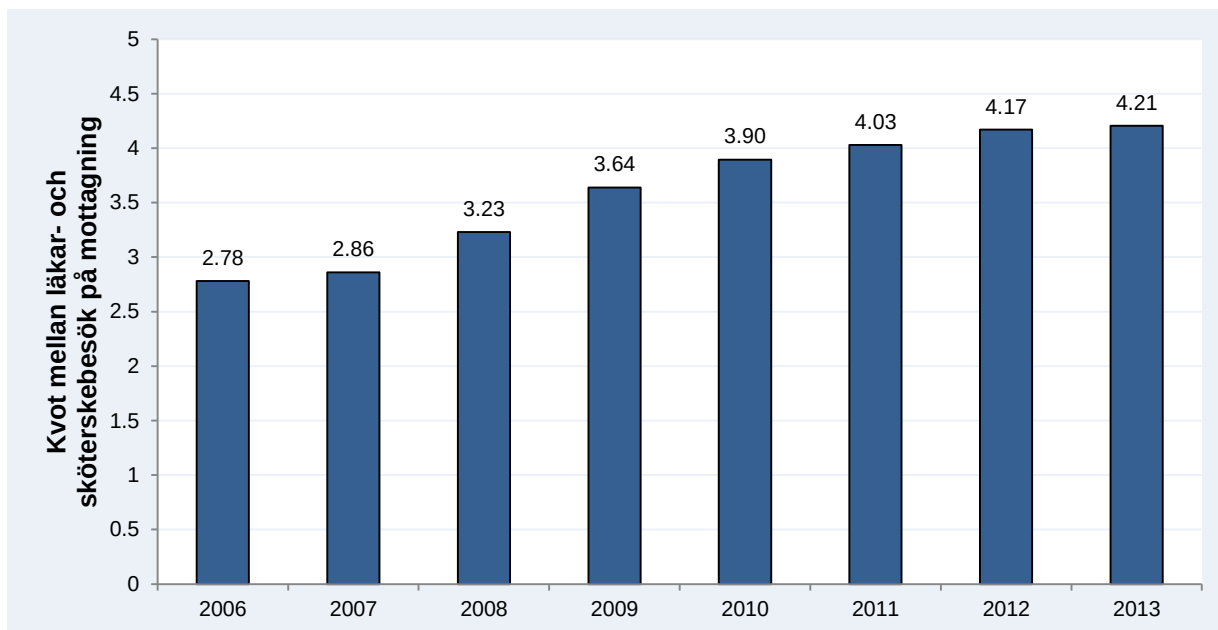
Att det är en mindre andel av befolkningen 2013 i jämförelse med 2012 som gör minst ett besök inom husläkarverksamheten kan bero på att det var ett gynnsamt infektionsläge 2013. En annan förklaring kan att det under 2013 introducerades vårdval inom specialiteter som ligger nära husläkarverksamheten vilket sannolikt förbättrade tillgängligheten inom dessa områden och därmed avlastade husläkarverksamheten.

3.2 Förhållandet mellan läkarbesök och sköterskebesök

Sedan vårdvalet inom husläkarverksamheten infördes har det skett en tydlig förskjutning av resurser från sköterskebesök till läkarbesök. Figur 3 visar kvoten mellan mottagningsbesök som utförs av läkare och mottagningsbesök som utförs av sköterska under perioden 2006 till 2013. År 2007, året innan vårdvalet infördes, gick det 2,86 läkarbesök på ett sköterskebesök. År 2013 hade denna siffra ökat till 4,21⁴.

Inför 2013 justerades ersättningsmodellen till husläkarmottaningarna för att styra om besök från läkare till sköterska. Grundersättningen för ett läkarbesök minskades från 495 kr till 484 kr och grundersättningen för ett sköterskebesök ökades från 207 kr till 210 kr. Det är svårt att avgöra hur stor effekt detta har haft. Som vi ser i Figur 3 är kvoten mellan läkarbesök och sköterskebesök högre 2013 än 2012, samtidigt är ökningen mellan 2013 och 2012 den minsta årliga ökningen av kvoten sedan vårdvalet infördes.

⁴ Eftersom det har skett en förändring av uppdraget för basal hemsjukvård jämför vi inte både hembesök och mottagningsbesök utan nöjer oss med mottagningsbesök. I tidigare rapporter har vi redovisat kvoten mellan det totala antalet besök för läkare och sköterskor.



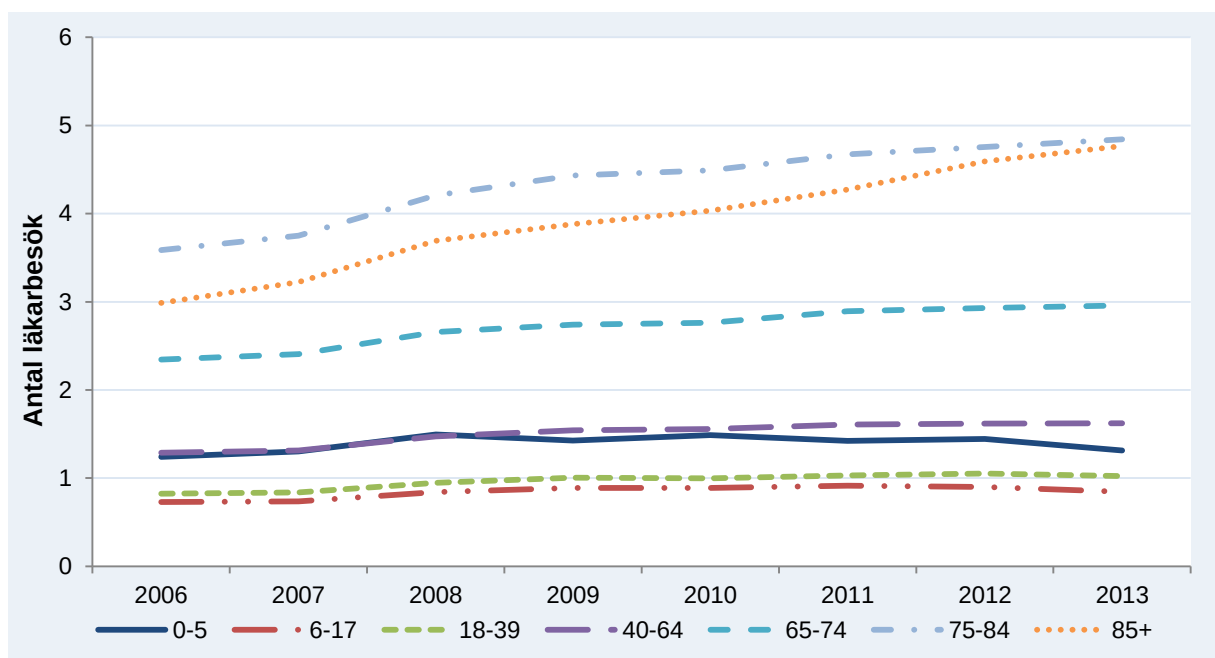
Källa: VAL-databasen

Figur 3. Kvot mellan läkarbesök och sköterskebesök på mottagning 2006-2013

3.3 Besöksutveckling av läkarbesök för kvinnor och män samt olika åldersgrupper

En central fråga vid uppföljning av husläkarverksamheten är hur vårdutnyttjandet fördelar sig på olika grupper. Som vi har nämnt i inledningen så kommer vi inte att gå in i detalj kring fördelningsaspekterna i denna rapport. Vi tittar däremot på fördelningen av läkarbesök för olika åldersgrupper och för män respektive kvinnor. Sedan vårdvalet infördes är det framför allt de äldsta åldersgrupperna, över 75 år, som har ökat sin konsumtion mest. Denna trend fortsätter även 2013.

Figur 4 visar antalet läkarbesök per invånare i länet uppdelat på åldersgrupper från 2006 till 2013. Jämfört med 2006 har alla åldersgrupper ökat sitt vårdutnyttjande 2013. Det senaste årets utveckling skiljer sig dock något åt mellan olika åldersgrupper. Mellan 2012 och 2013 minskade de tre åldersgrupperna 0-5 år, 6-17 år och 18-39 år antalet läkarbesök per invånare medan antalet besök per person ökade i åldersgrupperna 40 år och uppåt. Kraftigast var ökningen för de allra äldsta, 85 år och äldre.



Källa: VAL-databasen

Figur 4. Antal läkarbesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare 2006-2013, uppdelat på åldersgrupper

Tabell 4 visar utvecklingen av läkarbesök för män och kvinnor mellan 2012 och 2013. Hos både män och kvinnor har läkarbesöken per individ minskat. Kvinnor konsumerar dock fortfarande fler läkarbesök i husläkarverksamheten än män.

Tabell 4. Antal läkarbesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare 2012 och 2013 uppdelat på kön

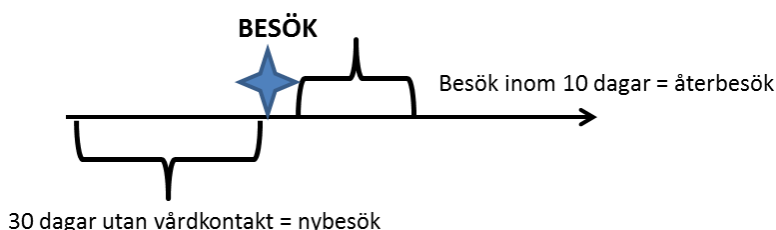
	Läkarbesök per invånare	
	2012	2013
Män	1,41	1,40
Kvinnor	1,87	1,85
Totalt	1,64	1,63

Källa: VAL-databasen

3.4 Återbesök

Utvecklingen av besöksfrekvensen kan tolkas som att tillgängligheten ökat och att det har blivit lättare att kunna träffa sin husläkare. Eftersom ersättningssystemet premierar många besök kan det även ge upphov till onödiga besök genom att vårdgivare till exempel delar upp ett besök på flera besökstillfällen istället för att ta hand om patientens alla behov vid ett och samma besök. Från såväl representanter för både patienter och vårdgivare rapporteras enskilda fall där mottagningar har ställt om verksamheten efter införandet av vårdval till att bara behandla en åkomma per besök. Mot bakgrund av denna rapportering har vi utvecklat en modell för att mer systematiskt undersöka i vilken utsträckning återbesöken med nära koppling till nybesök ökat efter vårdvalets införande.

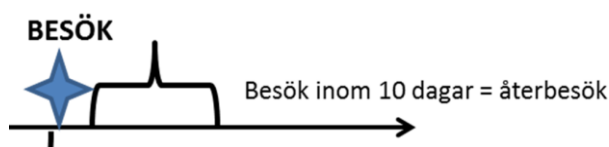
Det finns en variabel i VAL-databasen som anger om ett besök klassificeras ett nybesök eller återbesök. Klassificeringen är däremot osäker och beror på varierande lokal praxis. Vi konstruerar därför två egna mått för att undersöka förekomsten av återbesök inom kort tid. I det första måttet definierar vi återbesök som förekomst av ett nytt läkarbesök inom 10 dagar efter ett nybesök på samma mottagning. Nybesök i sin tur definierar vi som ett läkarbesök vid en husläkarmottagning som har föregåtts av en period på minst 30 dagar utan någon vårdkontakt. Återbesök enligt detta mått kallas härnäst för återbesök enligt mått 1.



Figur 5. Definition av nybesök och återbesök enligt mått 1

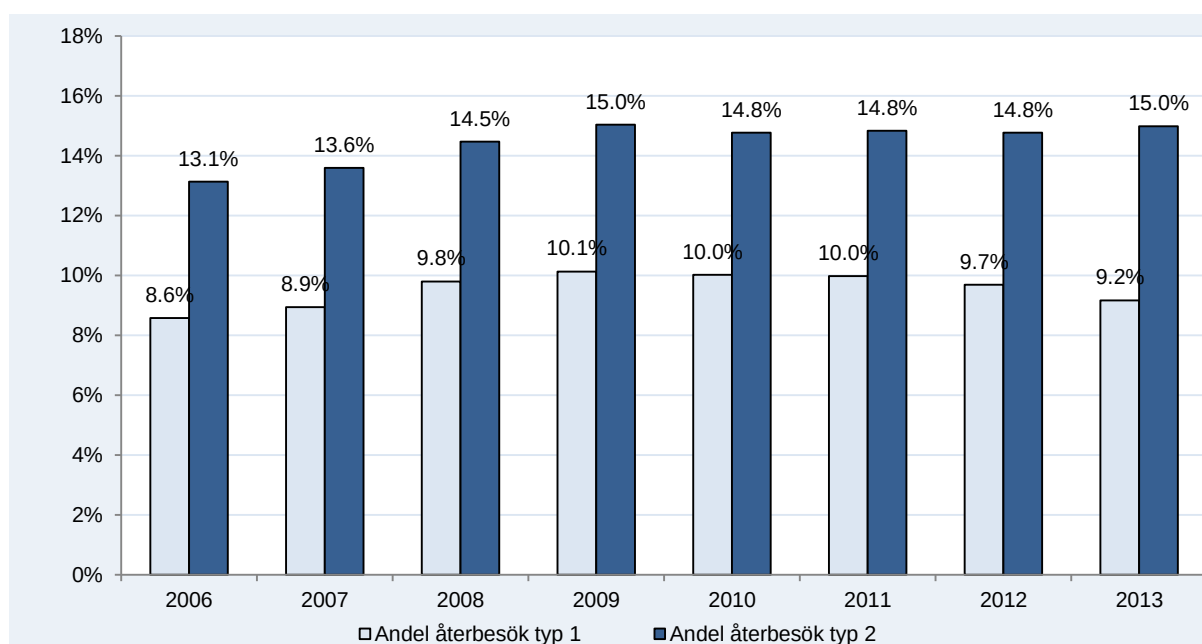
Ett problem med kriteriet att ett besök måste föregås av en besöksfri 30-dagarsperiod för att definieras som ett nybesök är att många besök varken kan klassas som ett nybesök eller ett återbesök. Patienter som konsumerar mycket vård och som därmed inte har någon besöksfri 30-dagarsperiod under hela året ingår inte i sammanställningen. Antalet besök som varken klassas som nybesök eller återbesök uppgår till ungefär en tredjedel av alla besök. Denna andel ökar också i takt med att antalet besök per invånare ökar.

Vi konstruerar därför också ett kompletterande mått utan kriteriet om en besöksfri 30-dagarsperiod. Enligt mått 2 definierar vi ett återbesök som förekomst av ett nytt läkarbesök inom 10 dagar efter ett besök på samma mottagning. I måttet tar vi inte hänsyn till vad som har skett innan det första besöket. Vi kallar dessa besök återbesök enligt mått 2.



Figur 6. Definition av återbesök enligt mått 2

Figur 7 visar andelen av alla läkarbesök som har lett till ett återbesök inom 10 dagar för hela befolkningen enligt mått 1 respektive mått 2. För mått 1 är skillnaderna mellan åren är små. Andelen återbesök typ 1 ökade från år 2006 till 2009 för att sedan minska och nådde 2013 tillbaka till samma nivåer som 2007 vilket var året innan Vårdval infördes. Enligt detta mått verkar det därmed inte finnas något stöd för farhågorna att Vårdval Stockholm skulle ge upphov till fler återbesök.



Källa: VAL-databasen

Figur 7. Andel läkarbesök som har följts upp av ytterligare ett läkarbesök inom tio dagar 2006 till 2013

Om vi istället använder oss av definitionen enligt mått 2 ser utvecklingen för andelen av de totala besöken som klassificeras som återbesök annorlunda ut. Andelen återbesök enligt mått 2 ökar även de fram till 2009 men stannar sedan kvar på ungefär samma nivå fram till 2013. Återbesök typ 2 har alltså *inte* sjunkit tillbaka till nivåerna som de låg på innan Vårdval Stockholm infördes 2008.

För både mått 1 och mått 2 använder vi 10 dagar som gräns för den tidsperiod inom vilket ett påföljande besök klassas som ett återbesök. Det kan naturligtvis diskuteras om denna gräns är mest relevant. I Tabell 5 och 6 redovisar vi därför måtten på olika tidsperioder: 7 dagar, 10 dagar, 14 dagar och 28 dagar. Trenden för de olika måtten ser ungefär likadan ut oavsett vilken tidsperiod vi använder. Enligt mått 1 ser vi en liten tillbakagång i andelen återbesök 2013 medan vi enligt mått 2 ser en ökning för 2013.

Tabell 5. Andel läkarbesök som har lett till ett återbesök enligt mått 1

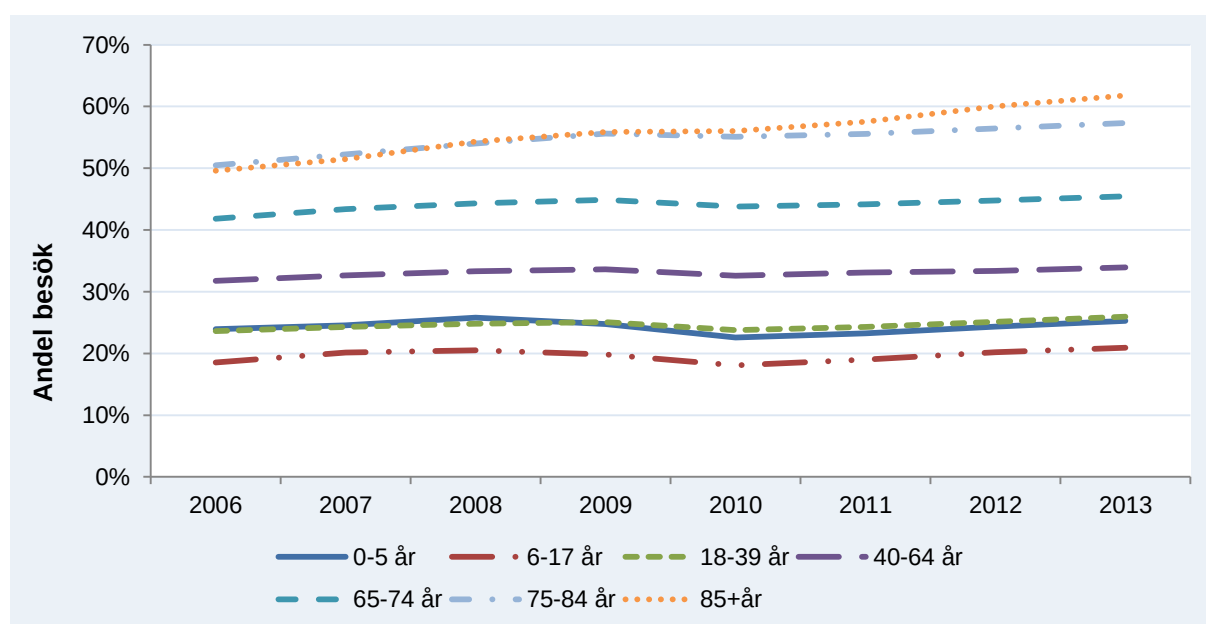
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
7 dagar	6.0%	6.2%	6.9%	7.2%	7.1%	7.2%	6.9%	6.7%
10 dagar	8.2%	8.5%	9.4%	9.7%	9.7%	9.7%	9.4%	9.2%
14 dagar	11.5%	11.9%	13.1%	13.5%	13.4%	13.4%	13.1%	12.8%
28 dagar	20.0%	20.6%	22.2%	22.8%	22.6%	22.8%	22.5%	22.3%

Tabell 6. Andel läkarbesök som har lett till ett återbesök enligt mått 2

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
7 dagar	7.7%	8.1%	8.7%	9.0%	8.8%	8.9%	8.8%	9.0%
10 dagar	13.1%	13.6%	14.5%	15.0%	14.8%	14.8%	14.8%	15.0%
14 dagar	16.6%	17.2%	18.3%	19.0%	18.6%	18.7%	18.7%	18.9%
28 dagar	31.3%	32.2%	33.8%	34.9%	34.5%	34.9%	35.1%	35.6%

Återbesök hos olika åldersgrupper

Att de olika måtten visar olika resultat beror på att det i mått 2 ingår fler besök än i mått 1. I mått 1 exkluderas en stor mängd av besöken för att definitionen kräver en besöksfri 30-dagarsperiod innan ett besök klassas som ett nybesök. Besök som sker mellan 10 och 30 dagar efter ett tidigare besök kommer inte att klassas som ett återbesök enligt definitionen och inte heller som ett nybesök. Andelen av besöken som exkluderas i mått 1 uppgick år 2007 till 33 procent och år 2013 till 37 procent. Andelen av det totala antalet besök som exkluderas i mått 1 för olika åldersgrupper redovisas i Figur 8. Som figuren visar skiljer sig dessa andelar åt bland olika åldersgrupper. Det är framför allt de äldre befolkningsgrupperna som har en stor och ökande andel besök som exkluderas medan individerna i yngre åldersgrupper ligger på relativt stabila andelar sedan 2008.

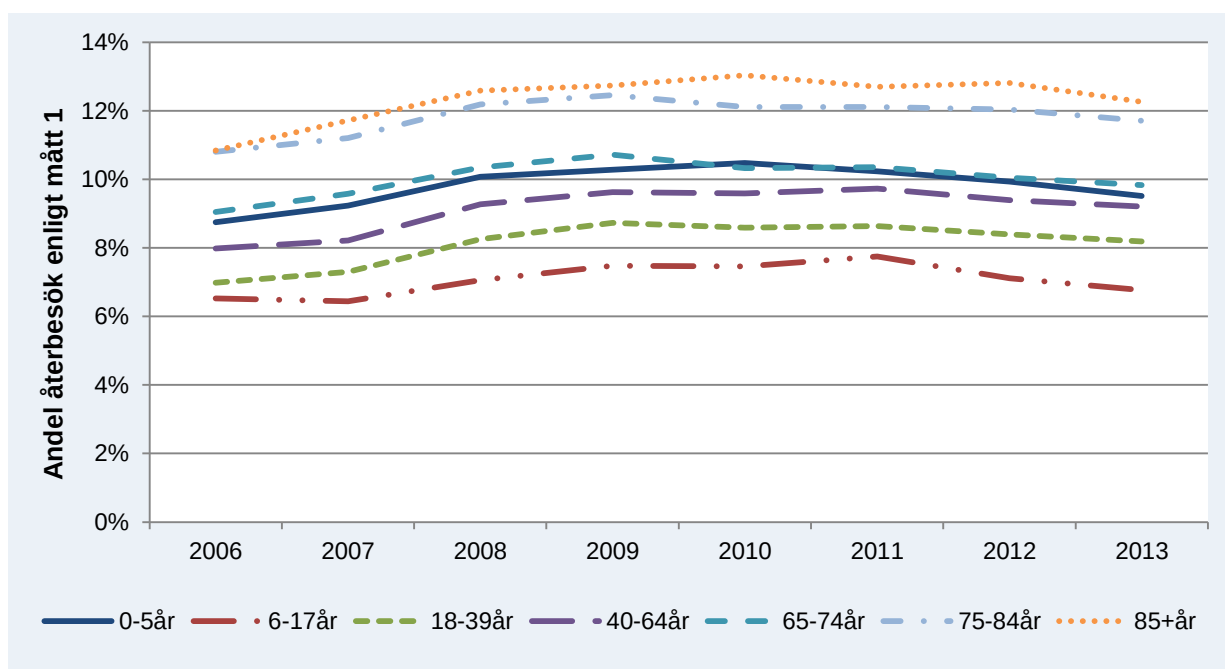


Källa: VAL-databasen

Figur 8. Andel läkarbesök som exkluderas i definitionen för mått 1

Eftersom utvecklingen för vad som varken kan kategoriseras som återbesök eller nybesök skiljer sig åt för olika åldersgrupper är det intressant att även bryta upp de olika måtten för återbesök i olika åldergrupper.

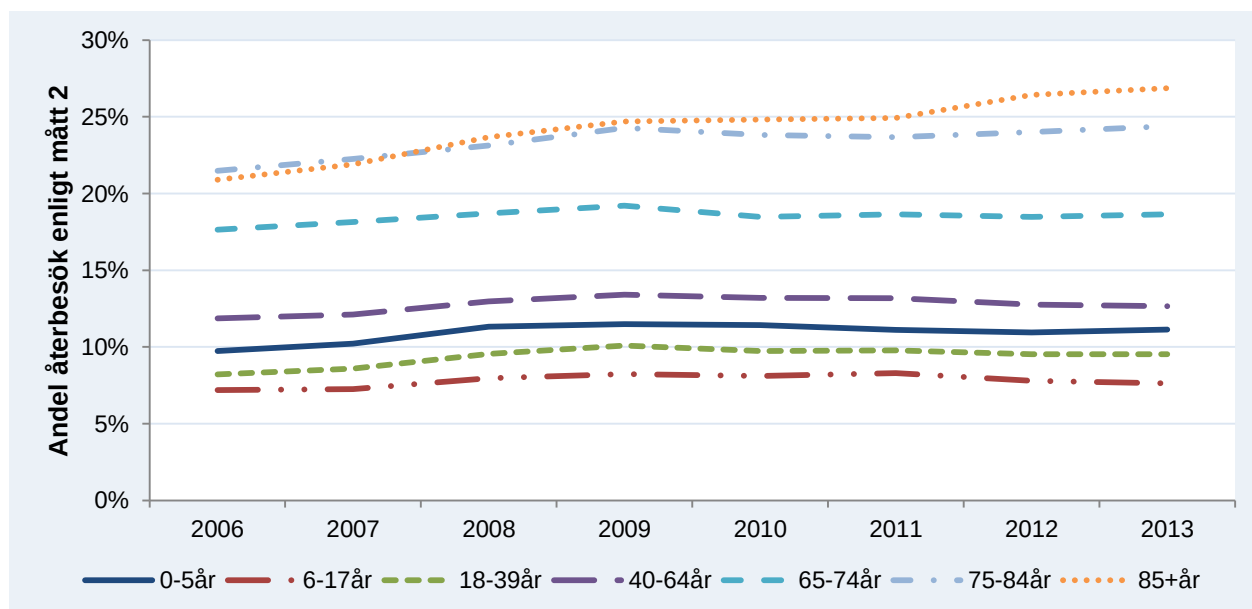
Enligt mått 1 ser trenden för samtliga åldergrupper ungefär likadan ut som för hela befolkningen (se Figur 9). Andelen ökar något fram till 2009 för att sedan sjunka tillbaks till andelsnivåerna innan införandet av Vårdval. Vi ser också att de äldsta åldersgrupperna har en högre andel återbesök än de yngre, vilket är logiskt då äldre individer i genomsnitt gör fler besök per år hos husläkaren än yngre och därmed också borde göra fler återbesök.



Källa: VAL-databasen

Figur 9. Andel nybesök till läkare som har lett till ett återbesök inom tio dagar 2006 till 2013 för olika åldersgrupper enligt mått 1

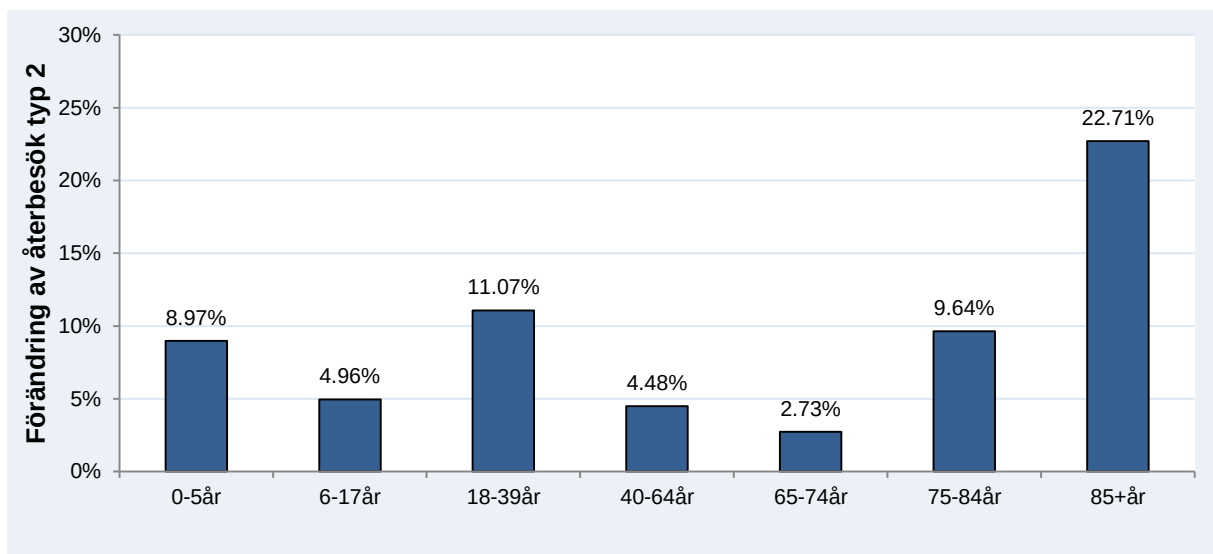
Om vi istället använder oss av mått 2 ser vi ett annat mönster träda fram, framför allt för den äldsta åldersgruppen. Den uppgång och nedgång i trenden som vi såg i Figur 9 för alla grupper träder inte fram på samma sätt i Figur 10. Utvecklingen visar inledningsvis samma typ av uppgång för att sedan ligga kvar på en oförändrad nivå. För gruppen 85 år och äldre ser vi även en tydlig ökning av andelen återbesök inom 10 dagar för hela perioden.



Källa: VAL-databasen

Figur 10. Andel läkarbesök som följts upp av ytterligare ett läkarbesök inom tio dagar 2006 till 2013 för olika åldersgrupper enligt mått 2

I Figur 11 visar vi ökningen av återbesök enligt mått 2 uppdelat på olika åldersgrupper. Återbesöken har ökat med mellan 3 och 11 procent för alla åldersgrupper upp till 84 år under perioden 2007 och 2013. För personer 85 år och äldre har andelen ökat med 23 procent. De äldsta invånarna gör alltså fler återbesök enligt mått 2 än tidigare och ökar sin återbesöksfrekvens mer än den övriga befolkningen. Samtidigt vet vi sedan tidigare att de äldsta även är den grupp som procentuellt sett har ökat antalet besök per individ hos läkare per år mest. Ökningen av antalet besök per år borde även innebära att de äldre gör fler återbesök. Detta skulle kunna förklara en del av ökningen av återbesöken enligt mått 2. Att detta inte slår igenom i mått 1 beror på att en stor andel av besöken inte inkluderas i måttet då de varken kan klassas som nybesök eller återbesök.



Källa: VAL-databasen

Figur 11. Förändring av återbesök enligt mått 2 i procent 2007-2013 per åldersgrupp

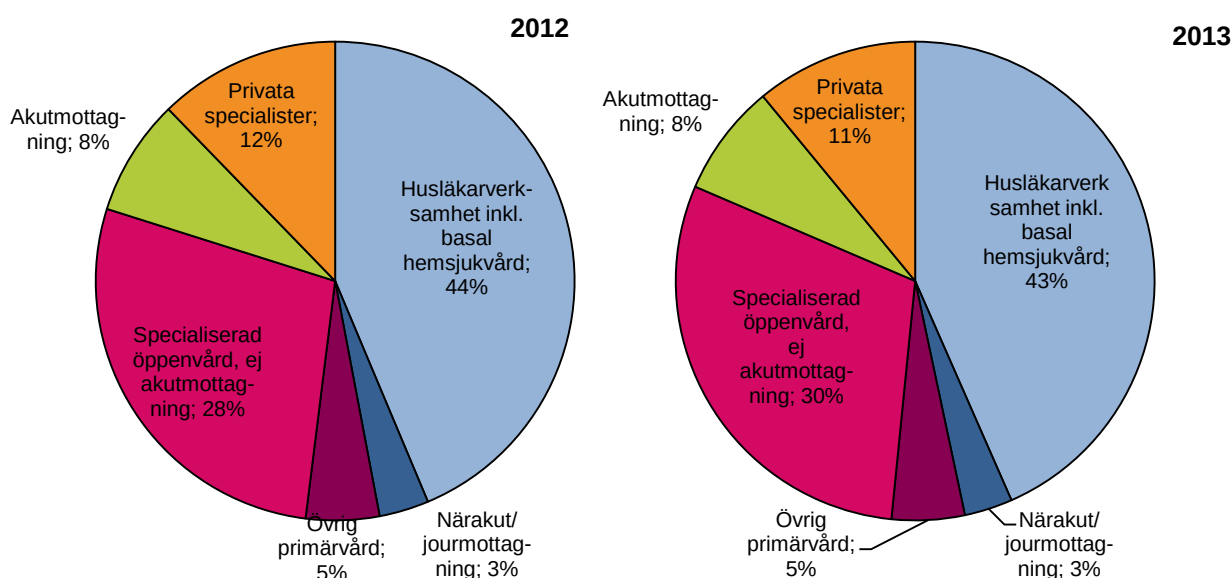
En annan förklaring till att andelen återbesök ökar för de äldre kan vara att fler äldre bor hemma än tidigare. Siffror från Socialstyrelsen (2014) visar att andelen över 65 år som bor på särskilt boende i Stockholms län har minskat från 6,0 till 4,6 procent mellan 2007 och 2012. Då en större andel äldre bor hemma och inte på särskilt boende ökar antalet individer som har husläkaren som sin primära vårdkontakt och inte en vårdkontakt på sitt särskilda boende. Därmed tillkommer fler individer med stort vårdbehov i husläkarstatistiken som tidigare inte fanns där och bidrar till att de äldre ökar både sin vårdkonsumtion och andelen återbesök. Det finns troligen fler förklaringar till ökningen och framtida analyser av husläkarverksamheten bör särskilt beakta de äldres hälsa och hur deras behov av primärvård kommer att se ut.

Från och med 2014 infördes en extra besöksersättning i husläkarverksamheten för de äldsta åldersgrupperna som ett sätt att differentiera ersättningen på vårdtyngd. För individer 80 år och äldre är den nya ersättningen 35 kronor högre och för individer över 84 år är den 100 kronor högre. Effekten av denna ändring borde inte påverkat utvecklingen för år 2013, men tidigare erfarenheter visar att vårdgivare i viss utsträckning förbereder sig för kommande ändringar av regelverk och ersättningar. Det kommer att vara intressant att fortsättningsvis studera hur denna ersättning påverkar besöksfrekvensen för dessa grupper som redan ökat sitt vårdutnyttjande i husläkarverksamheten i stor utsträckning. Det är både möjligt att tänka sig att det ytterligare stärker incitamenten att erbjuda många besök till äldre patienter, men det skulle också kunna ge vårdgivarna ekonomisk möjlighet att erbjuda dessa patienter längre besök.

3.5 Öppenvårdskonsumtion i olika öppna vårdformer - Fördelning av läkarbesök

Vid sidan av husläkarverksamheten finns andra öppenvårdsformer vid sjukhus och specialistmottagningar. Gränserna mellan dessa vårdformer är inte uppenbara och ett generellt problem är att verksamheten och resursfördelning ofta är organiserad separat för varje vårdform. Samtidigt finns ett beroende mellan vårdformer där resultaten vid en enhet är beroende av insatser vid andra enheter. Här finns en risk att man optimerar en uppgift ur en aspekt men att detta inte är optimal ur en annan aspekt. I Vårdval Stockholm finns relativt lite av mekanismer där primärvården har kostnadsansvar för andra vårdformer eller service. I andra landsting har primärvården ett kostnadsansvar för besök hos vissa andra vårdgivare (privatläkare, sjukgymnaster m.m.). För att studera förekomsten av eventuella övervältringseffekter ("spill-overs") studeras här vårdutnyttjandet för övrig öppenvård.

Femårsuppföljningen av Vårdval Stockholm (Dahlgren m.fl., 2013) visade att husläkarverksamhetens andel av den totala öppenvården hade ökat sedan vårdvalets införande. Detsamma gällde även specialiserad somatisk öppenvård medan besök hos privata specialister (ARV) hade minskat. I Figur 12 visar vi fördelningen av läkarbesök⁵ i olika öppna vårdformer 2012 och 2013. Vårdformerna som inkluderas är husläkarverksamhet, närakut/jourmottagning, akutmottagning, specialiserad öppenvård⁶, övrig primärvård (här inkluderas bland annat BVC och MVC⁷) och privata specialister som ersätts enligt den nationella taxan. Observera att fördelningen inte visar faktiska antal besök, utan den procentuella fördelningen av besöken. Faktiska besök (i tusental) per öppen vårdform redovisas i Bilaga 2.



Källa: VAL-databasen

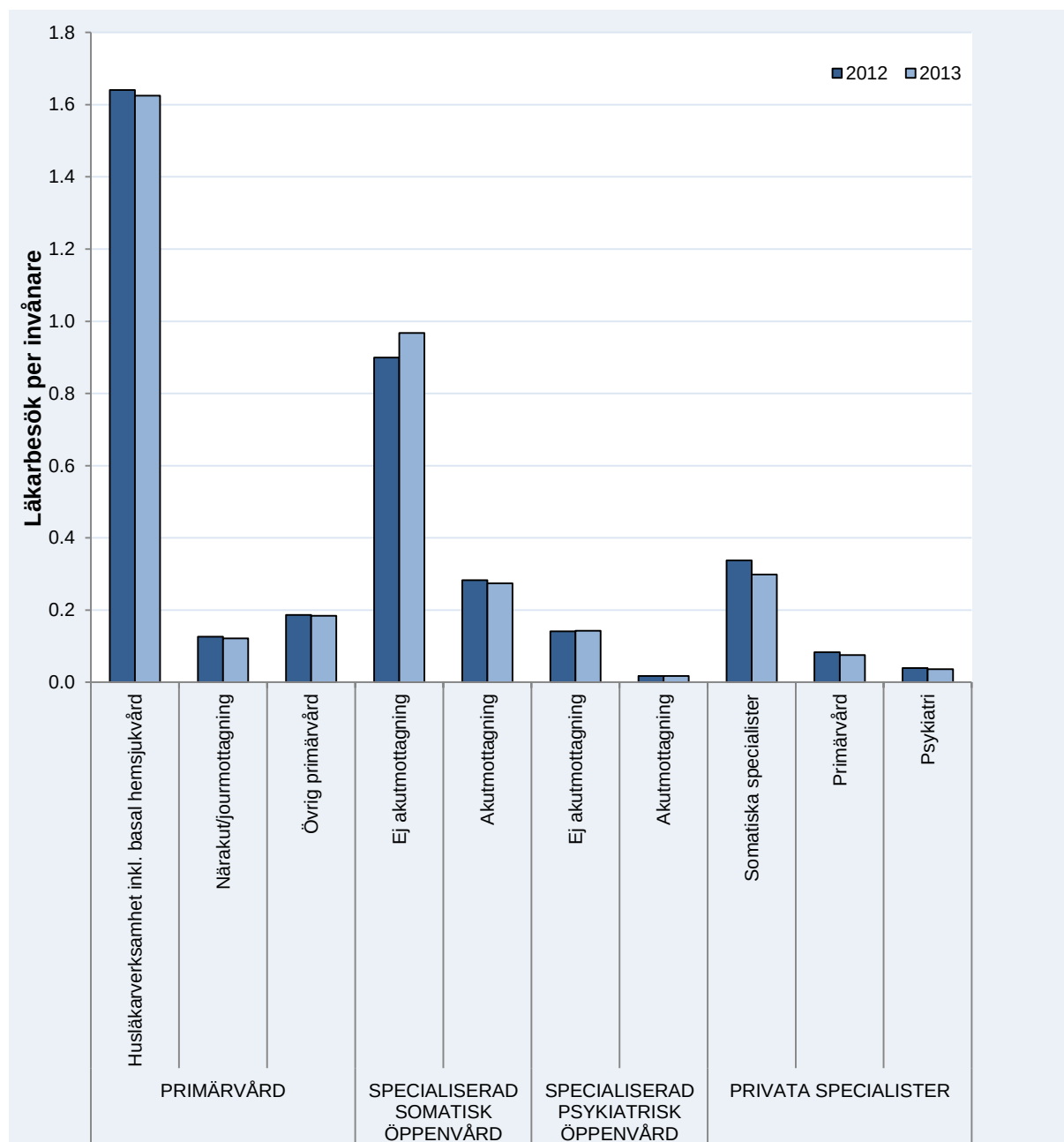
Figur 12. Fördelning av läkarbesöken inom olika öppna vårdformer 2012 och 2013

⁵ Besök för personer från Norrtälje och för personer som inte är bosatta i Stockholms län ingår inte i sammanställningen.

⁶ På sjukhus och privata kliniker som inte ersätts via nationella taxan.

⁷ I 2013 års femårsuppföljning inkluderade vi inte besök på MVC och BVC i jämförelsen på grund av brist på jämförbarhet i data över tid för denna vårdform. Mellan 2012 och 2013 föreligger inte detta problem och därmed inkluderar vi dem i denna sammanställning.

Som Figur 12 visar så har husläkarverksamhetens andel av det totala antalet läkarbesök inom öppenvården inte fortsatt att öka, utan minskar från 44 procent till 43 procent av de totala besöken. I övrigt följer utvecklingen samma mönster som vi kunde se i förra årets rapport – privata specialister inom den nationella taxan fortsätter att minska sin andel av besöken och övrig somatisk specialiserad vård fortsätter att öka.

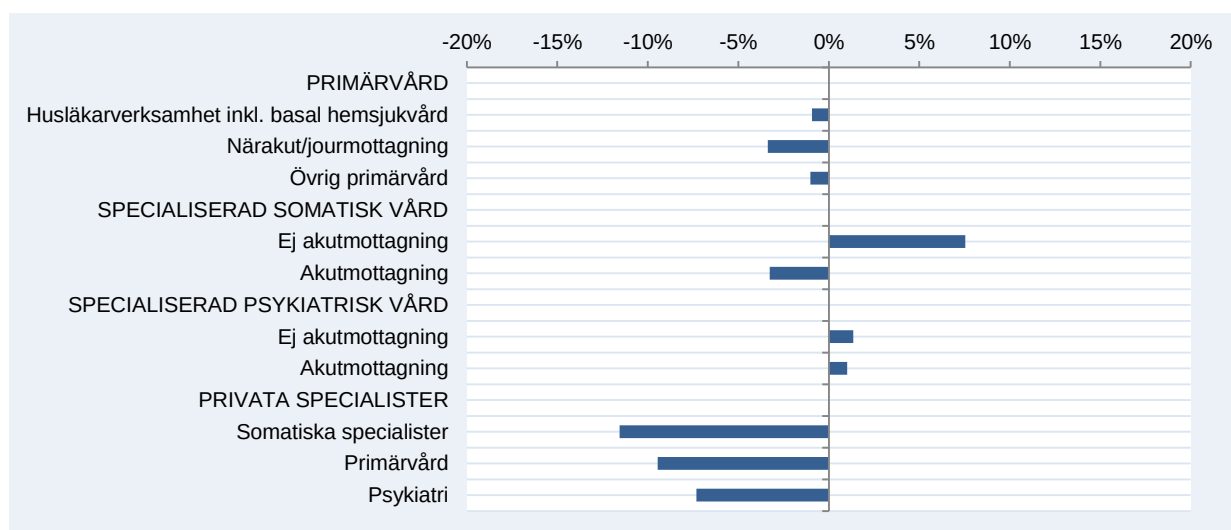


Källa: VAL-databasen

Figur 13. Antal läkarbesök per invånare inom olika öppna vårdformer, 2012-2013

I Figur 13 redovisar vi de öppna vårdformerna mer finfördelat och visar antal läkarbesök per invånare. Som figuren visar är det framförallt den specialiserade somatiska öppenvården som har ökat antalet besök mellan 2012 och 2013, även om vi också ser en ökning inom den specialiserade psykiatriska öppenvården. För de privata specialisterna på nationell taxa är det framför allt de somatiska specialisterna som har ett minskat antal läkarbesök 2013 i

jämförelse med 2012. Den procentuella förändringen i antalet läkarbesök per invånare mellan de två åren presenteras i Figur 14.

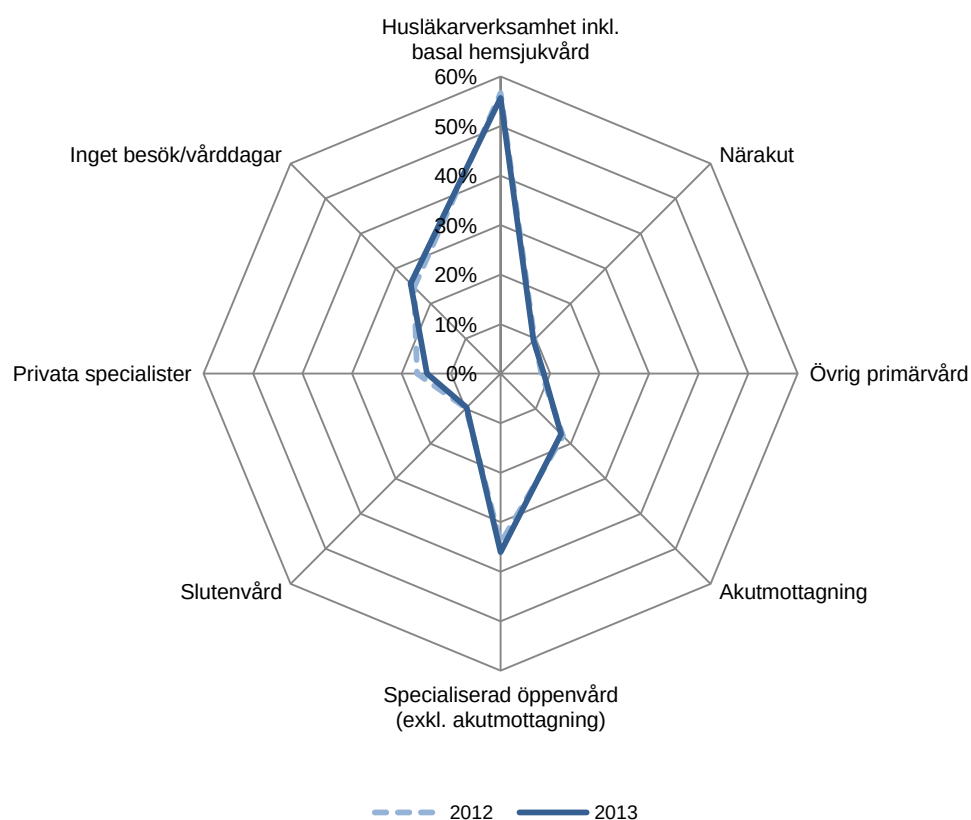


Källa: VAL-databasen

Figur 14. Procentuell förändring av antalet läkarbesök per invånare i olika vårdformer 2012-2013

De privata specialisternas minskning beror i stor utsträckning på pensionsavgångar och avsaknad av nyetableringar, vilket troligen medför att besöken kan ha överflyttats till den specialiserade somatiska vården. Även andra förklaringar, såsom att vårdval har införts inom flera specialistområden kan ha påverkat minskningen i denna grupp.

I avsnitt 3.1 (Tabell 2) visade vi att andelen invånare som hade gjort minst ett besök inom husläkarverksamheten 2012 hade minskat något 2013. I Figur 15 presenterar vi hur stor andel av invånarna i Stockholms län som har gjort minst ett läkarbesök i någon vårdform, slutenvården inkluderat, under 2012 och 2013. Det är små förändringar som har skett mellan åren 2012 och 2013. Andelen som gör minst ett besök hos en privat specialist minskar något och andelen av befolkningen som inte gör något besök i någon vårdform ökar lite. Det är också en något större andel av befolkningen som gör minst ett besök inom specialiserad öppenvård.



Källa: VAL-databasen

Figur 15. Andel av invånarna i Stockholms län 31 december 2012 respektive 2013 som har gjort minst ett läkarbesök/haft minst ett vårdtillfälle inom respektive vårdform⁸

⁸ Psykiatrisk och somatisk öppenvård är sammanslagna.

4. Kostnader och produktivitet

4.1 Kostnadsutvecklingen

Kostnadskontrollen är central inom hälso- och sjukvården eftersom patienten endast bär en liten del av kostnadsansvaret vid vårdkontakten. År 2013 uppgick den totala kostnaden för husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård till drygt 4 miljarder kronor. I löpande priser ökade kostnaderna mellan 2012 och 2013 med 2 procent. Omräknat till 2013 års prisnivå⁹ motsvarade detta istället en minskning med 1 procent. Kostnadssiffrorna för 2013 är dock inte helt jämförbara med siffrorna för 2012 på grund av den organisatoriska förändring som har skett inom husläkarverksamheten. Som tidigare nämnts har hemsjukvård helger dagtid flyttats från husläkarverksamheten vilket påverkar kostnaden för den basala hemsjukvården. Kostnadsstatistiken för 2013 bör därför jämföras med tidigare år med viss försiktighet.

Tabell 7. Totala kostnader och kostnad per invånare för husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård 2007 till 2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kostnad för husläkarverksamhet (löpande priser, tkr)	3 394 741	3 530 462	3 608 554	3 755 517	3 875 916	4 004 578	4 083 377
Förändring av kostnad sedan föregående år (löpande priser)	4.3%	4.0%	2.2%	4.1%	3.2%	3.3%	2.0%
Kostnad för husläkarverksamhet (2013 års fasta priser, tkr)	4 002 411	3 986 546	3 994 815	4 071 962	4 096 006	4 124 716	4 083 377
Förändring av kostnad sedan föregående år (2013 års fasta priser)	0.0%	-0.4%	0.2%	1.9%	0.6%	0.7%	-1.0%
Befolkning (exkl. Norrtälje)	1 894 291	1 925 735	1 963 255	1 998 263	2 035 228	2 070 372	2 106 197
Befolkningsutveckling	1.7%	1.7%	1.9%	1.8%	1.8%	1.7%	1.7%
Kostnad per invånare (2013 års fasta priser)	2 113	2 070	2 035	2 038	2 013	1 992	1 939
Förändring av kostnad per inv. (2013 års fasta priser)	-1.6%	-2.0%	-1.7%	0.1%	-1.2%	-1.0%	-2.7%

Källa: Raindance och SCB

⁹Fastprisberäkningar har utförts med hjälp av landstingsprisindex (LPI)

4.2 Produktiviteten ökar inte 2013

Med produktivitet avses prestationer i relation till insatta resurser. En vanlig indikator för produktivitet, som till exempel används av Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen (SKL och Socialstyrelsen, 2013), är kostnad per viktad vårdkontakt. För att beräkna kostnad per viktad vårdkontakt viktas vårdkontakter utifrån vilken personalkategori som besöket skett hos och utifrån om besöket ägt rum på mottagning eller i hemmet. Ett läkarbesök på mottagning ges vikten 1,0 och ett mottagningsbesök hos övriga personalkategorier ges vikten 0,4. För hembesök multipliceras vikterna med 2 vilket ger en vikt på 2,0 för läkarbesök i hemmet och 0,8 för övriga personalkategorier. Vikterna ska spegla hur mycket resurser som olika typer av besök bedöms kräva i förhållande till varandra.

Tabell 8 visar utvecklingen för måttet kostnad per viktad vårdkontakt från år 2007 till 2013. År 2013 ökade kostnaden per viktad vårdkontakt från 820 kr 2012 till 845 kr (i 2013 års prisnivå). Det är första gången sedan vårdvalets införande som kostnaden per viktad vårdkontakt ökar.

Tabell 8. Kostnadsutveckling, besöksutveckling och kostnad per viktad vårdkontakt 2007 till 2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kostnad för husläkarverksamheten (2013 års fasta priser, tkr)	4 002 411	3 986 546	3 994 815	4 071 962	4 096 006	4 124 716	4 083 377
Antal viktade besök	4 000 348	4 337 576	4 549 593	4 657 872	4 891 852	5 027 865	4 834 315
Kostnad per viktad vårdkontakt, kr	998	926	883	877	839	820	845

Källa: Raindance och VAL-databasen

Ett problem med att vikta vårdkontakter är att storleken på vikterna inte säkert motsvarar den sanna fördelningen av hur resurskrävande olika prestationer är. En annan metod för att analysera produktivitet som inte kräver viktning mellan olika prestationer är Data Envelopment Analysis (DEA). DEA är en kvantitativ metod som används för att undersöka den relativa produktiviteten mellan olika enheter.

I följande avsnitt används en DEA-metod som går ut på att estimerar det maximala antalet prestationer (outputs) givet en viss kostnad (input) (se bilaga 1 för ytterligare information om DEA). Med hjälp av linjär programmering skapas i DEA en front av de mest produktiva enheterna och linjära kombinationer av dem. Varje enhet får sedan ett värde på sin produktivitet baserat på avståndet från fronten. Enheter som ligger på fronten får värdet 1. Ju lägre DEA-värdet är desto längre ifrån fronten ligger enheten. DEA-modellen har följande input och outputs:

INPUT:

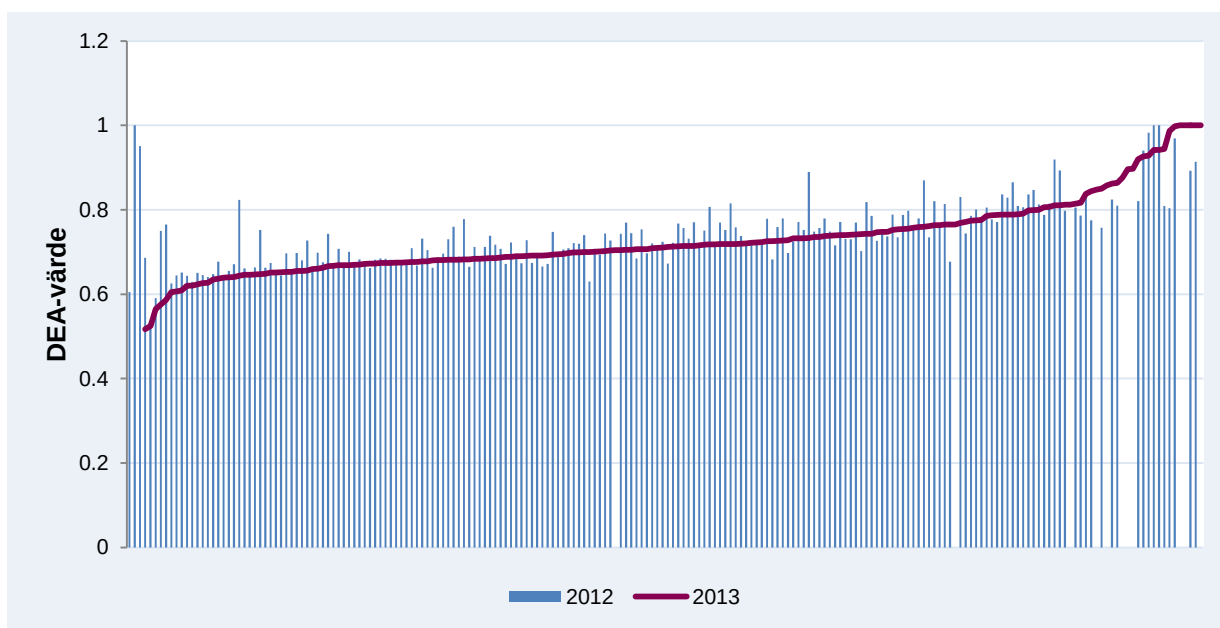
- Beställarens kostnad för mottagningarna 2012 respektive 2013

OUTPUT:

- Läkarbesök på mottagning 2012 respektive 2013
- Sköterskebesök på mottagning 2012 respektive 2013
- Läkarbesök i hemmet 2012 respektive 2013
- Sköterskebesök i hemmet 2012 respektive 2013

I analysen inkluderas inte mottagningar som startade sin verksamhet senare än det första kvartalet för respektive år eller som avslutade sin verksamhet tidigare än den 31 december respektive år.

Figur 16 visar resultaten av DEA-analysen. I figuren kan man utläsa att de mottagningar vars blåa stapel når ovanför den lila linjen hade en högre produktivitet 2012 än 2013. Om den lila linjen ligger ovanför den blåa stapeln var produktiviteten högre 2013 än 2012 för just den mottagningen. De mottagningar som startade sin verksamhet 2013 saknar staplar i diagrammet och de mottagningar som hade verksamhet under 2012 men avslutades under 2013 saknar markering i den lila linjen.



Källa: VAL-databasen och Raindance

Figur 16. DEA-värden per mottagning 2012 och 2013. Mottagningarna är sorterade efter utfallen år 2013

Mottagningarnas genomsnittliga DEA-värde har sjunkit från 0,74 år 2012 till 0,73 år 2013. Produktiviteten tycks därmed ha sjunkit något under 2013. Att produktiviteten enligt både DEA-analysen och enligt måttet kostnad per viktad vårdkontakt har sjunkit år 2013 i jämförelse med 2012 kan ha flera orsaker. Att produktiviteten minskar beror antingen på att input har ökat eller att outputs har minskat. Mellan 2012 och 2013 ser vi förändringar i både input-sidan och output-sidan som kan påverka produktiviteten. När det gäller kostnaderna har ersättningsnivåerna förändrats 2013. För läkarbesök är ersättningen något lägre 2013 än 2012, men för sköterskebesök är nivåerna högre och dessutom har flera nya ersättningar tillkommit. När det gäller output-sidan ser vi som vi redovisar i kapitel 3 både en minskning i antalet läkarbesök per invånare och antalet sköterskebesök per invånare. Att produktiviteten minskar beror sannolikt på en kombination av dessa faktorer.

4.3 Vad påverkar produktiviteten?

För att undersöka vilka av mottagningarnas egenskaper som påverkar mottagningarnas produktivitet har vi valt ut ett antal variabler som vi kan följa på mottagningsnivå. För att

undersöka vilka effekter dessa egenskaper har på produktiviteten använder vi oss av multipel linjär regressionsmodell, som tagits fram med hjälp av stegvis regression. Stegvis regression innebär att icke signifikanta parametrar succesivt väljs bort. Som beroende variabel används DEA-utfallet.

Regressionsanalyser används för att skatta samband mellan olika variabler. Det går däremot inte att utifrån regressionsanalysen uttala sig om det kausala sambandet mellan variablerna utan valet av beroende respektive förklarande variabler väljs innan analysen genomförs.

Vi har valt ut 10 variabler som potentiellt skulle kunna påverka produktiviteten, dessa testas för statistiskt signifikans i modellerna. Variablerna är:

1. Placering i innerstaden (ja/nej)

Indelningen innerstad ja/nej är en grov indelning av det geografiska läget, men det skulle ändå kunna spegla skillnader i till exempel case-mix hos patienterna som påverkar mottagningarnas förutsättningar för en hög produktivitet.

2. Offentlig mottagning (ja/nej)

Variabeln om driftsform inkluderar vi för att analysera om det finns systematiska skillnader mellan offentliga och privata mottagningar. Tidigare studier har visat att det inte finns några generella skillnader mellan privatägda eller offentligt ägda mottagningar (Glenngård och Anell 2012:2). Studiens resultat bygger dock på observationer från Skåne, Halland och Västra Götaland som har en annan utformning av sina vårdvalsmodeller än Stockholm.

3. Nyetablering - mottagningen är etablerad efter vårdvalsreformen (ja/nej)

Den här oberoende variabeln hänger delvis ihop med ovan nämnda då de flesta mottagningar som öppnat efter att vårdvalsreformen infördes är privata mottagningar. Nyetablerade mottagningar har andra förutsättningar än äldre mottagningar vilket kan påverka produktiviteten både positivt och negativt.

4. Storlek - antal listade individer

För att undersöka om det finns stordriftsfördelar som påverkar produktiviteten hos husläkarmottagningarna inkluderar vi ett mått på storlek baserat på antal listade på mottagningen.

5. Andel läkarbesök

För att undersöka om fördelningen av läkarbesök och besök hos andra personalkategorier påverkar produktiviteten inkluderar vi ett mått på hur stor andel av besöken som utförs av läkare.

6. CNI - Care Need Index för de listade individerna per mottagning.

CNI används för att undersöka om vårdbehovet hos de listade patienterna på respektive mottagning påverkar produktivitetsutfallet. CNI baseras på sju olika variabler; antal ensamstående 64 år och äldre, antal utlandsfödda utanför Norden, antal arbetslösa, antal ensamstående föräldrar, antal som flyttat in senaste året, antal lågutbildade och antal barn <5 år.

Högt genomsnittligt CNI, det vill säga ett högt behovsindex bland listade individer i Skåne och Västra Götaland har visat sig ha en negativ effekt på produktiviteten (Glenngård och Anell 2012:2).

7. Åldersfördelning - andel listade individer som är 65 år eller äldre

Måttet är delvis en del av behovsindexet CNI. Vi är intresserade av hur åldersfördelningen på mottagningarna påverkar produktiviteten, då det kan antas att mottagningar med en högre andel äldre listade individer även har en högre andel patienter med ett stort vårdbehov.

8. Besöksfrekvens - antal besök per listade individer

Besöksfrekvens har inkluderats för att undersöka om antalet besök per listad påverkar produktiviteten. Mottagningar med många besök per listad individ har tidigare visat sig vara förenat med en högre produktivitet (Glenngård och Anell 2012:2).

9. Andel återbesök enligt mått 2

Måttet består av andel besök som följts av ett nytt besök inom 10 dagar enligt den andra definitionen som tidigare beskrivits under rubriken Återbesök.

10. Patientnöjdhetsindex

Indexet består av ett medelvärde per mottagning som baseras på resultaten av fyra frågor ur patientenkäten om delaktighet, information, bemötande, helhetsintryck.

Patientnöjdhet används för att studera om det finns något samband mellan produktivitet och hur nöjda mottagningarnas patienter anser sig vara. Det kan finnas en motsättning mellan produktivitet och patientupplevd kvalitet. Även patientnöjdhet kommer att analyseras med hjälp av regressionsanalys i ett senare avsnitt, där används DEA-utfallet som en av de förklarande variablerna.

I analysen har test av multikollinearitet visat att bland annat variablerna CNI och andelen äldre listade patienter har en negativ korrelation på -0,45744, Det finns också en negativ korrelation mellan CNI och kvalitetsindex på -0,522. Det finns även fler korrelationer mellan variablerna, de högsta korrelationerna ligger mellan $\pm 0,42$ och $\pm 0,53$, vilket kan anses vara relativt svaga korrelationer. Det indikerar dock att de till viss del förklarar samma effekter. Ytterligare tester¹⁰ har visat att dessa korrelationer inte orsakar några större problem, därför inkluderas dessa variabler i regressionsanalysen.

I regressionsanalysen används DEA-utfallet som ett mått på produktivitet. I analysen ingår varje mottagning som en observation och i likhet med urvalet till DEA-analysen så inkluderas inte mottagningar som startade sin verksamhet senare än det första kvartalet eller som avslutade sin verksamhet tidigare än den 31 december för respektive år.

Tabell 9. Variabler med en signifikant påverkan på produktiviteten vid mottagningarna samt den justerade och icke justerade förklaringsgraden

	Parameterskattning	Standardfel	Signifikans (p-värde)	Standardiserad parameterskattning
Intercept	56,39	4,60	<.0001	0,00
Besök per listad	7,75	1,03	<.0001	0,46
Care need index	3,74	1,21	0,0023	0,21
Antal listade	-0,0003	0,0001	0,0005	-0,19
Andel återbesök mått 2	0,43	0,14	0,002	0,17
Åldersfördelning	-0,25	0,12	0,0393	-0,14
Andel läkarbesök	-0,10	0,05	0,0494	-0,10
Förklaringsgrad				
R ²	0,4606			
Justerad R ²	0,4444			

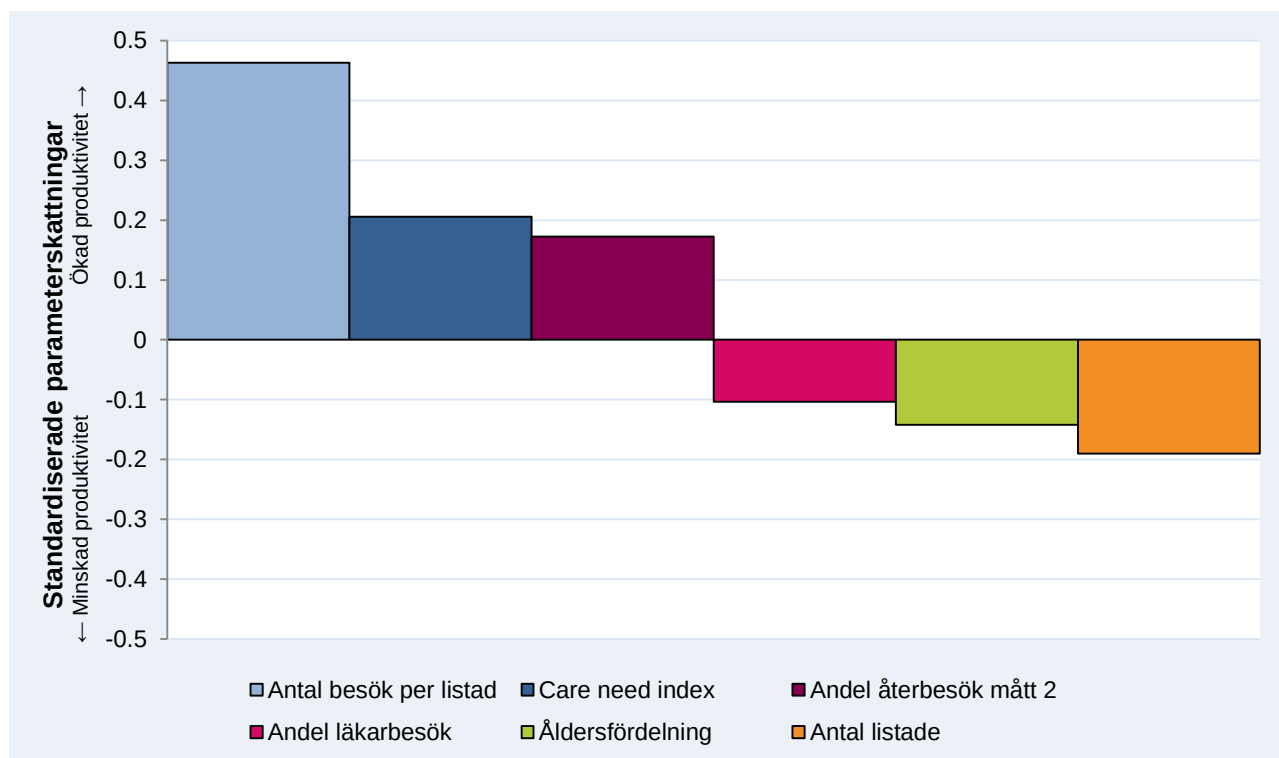
Den stegvisa regressionsanalysen resulterade i att sex variabler inkluderades i modellen. Den slutgiltiga modellen är starkt signifikant (p-värde <.0001). Förklaringsgraden uppgår till R²=0,4606 vilket innebär att knappt hälften av variationen i produktiviteten kan förklaras av de sex variabler som inkluderats i modellen, den återstående delen tillskrivs andra påverkande faktorer inklusive slumpen. Den justerade determinationskoefficienten är något lägre än den icke justerade. De variabler som har en signifikant påverkan på produktiviteten visas i tabell 9.

Parameterskattningarna i Tabell 9 kan tolkas som den positiva eller negativa effekt som en enhets ökning för respektive oberoende variabel innebär för mottagningens relativa produktivitet, givet att alla andra variabler hålls konstanta.

Inga signifikanta resultat gavs av huruvida mottagningen är placerad i innerstaden eller inte. Det återfanns heller inga skillnader mellan nyetablerade och icke nyetablerade mottagningar och inte heller mellan privata och offentliga mottagningar. Patientnöjdhet har enligt modellen ingen signifikant effekt på produktiviteten, vilket även var ett resultat från föregående års rapport (Dahlgren m.fl, 2013).

¹⁰ Vid osäkerhet kring hur allvarig en korrelation mellan två variabler är kan man utföra test för kollinearitet. Ett sådant test gör det möjligt att klargöra om båda variablerna bör inkluderas i analysen eller inte.

För att underlätta jämförelsen av de signifikanta egenskapernas effekter med varandra används standardiserade parameterskattningar. Dessa skattningar har korrigerats för att variablerna mäts enligt olika skalor, genom standardisering blir dessa variabler jämförbara oavsett skala. Figur 17 visar de standardiserade parameterskattningarna för de egenskaper hos mottagningar som hade en signifikant effekt på den beroende variabeln produktivitet.



Figur 17. Egenskaper hos mottagningarna med signifikant effekt på DEA

Störst positiv påverkan på produktiviteten har antal besök per listad, vilket är ett väntat resultat. Mottagningar som producerar många besök i förhållande till hur många personer de har listade på sin mottagning har också en hög produktivitet.

Den näst största positiva effekten på produktiviteten har CNI. Det är ett resultat som skiljer sig från tidigare studier där man studerat andra landsting. Det skiljer sig också ifrån föregående års rapport där CNI inte visade sig ha någon signifikant effekt på produktiviteten (Dahlgren m.fl, 2013). Att resultaten ser annorlunda ut för Stockholm än för andra landsting kan bero på att CNI inte är kopplad till ersättningen på något sätt i Stockholm. I andra vårdvalsmodeller är ofta kapitationsersättningen i någon utsträckning kopplad till vårdbehov vilket påverkar kostnaderna och därmed också produktiviteten. Att ett högre vårdbehov leder till ökad produktivitet i Stockholm skulle kunna bero på att ett högre vårdbehov leder till fler besök.

Den tredje variabeln som har en positiv effekt på produktiviteten är andelen återbesök. Detta resultat visade sig också i förra årets rapport.

De egenskaper som har visat sig ha ett negativt samband med DEA, det vill säga de egenskaper hos mottagningarna som leder till en minskad produktivitet, är antal listade, åldersfördelning och andel läkarbesök.

Även förra året kunde vi se ett negativt samband mellan andel läkarbesök och produktivitet och andel äldre och produktivitet. Att antal listade har den största negativa effekten på produktiviteten är däremot ett nytt resultat för 2013. Trots eventuella stordriftsfördelar så tycks alltså större mottagningar i genomsnitt ha svårare att uppnå en högre produktivitet.

4.4 Tolkning av produktiviteten

När vi tolkar produktiviteten är det viktigt att tänka på att det är ett mått på produktivitet ur beställarens perspektiv där vi som input inkluderar beställarens kostnader. Hur mottagningarna sedan fördelar dessa resurser på olika aktiviteter har vi inte kännedom om. Vi kan observera hur stor andel av besöken som utförs av läkare respektive sköterskor eller hur mycket vård som utförs på mottagning respektive i hemmet, men vi vet inte hur stor del av resurserna som läggs på produktion av vård och hur stor del som till exempel plockas ut som vinst. Det innebär att produktiviteten sannolikt skulle vara högre för till exempel vissa vinstdrivna enheter om produktiviteten istället skulle skattas ur mottagningarnas perspektiv. Att tolka produktiviteten ur beställarens perspektiv är dock en relevant utgångspunkt eftersom det visar på hur mycket vård stockholmarna får för sina skattepengar.

Ett generellt problem med analyser inom primärvården är avsaknaden av information om innehåll, längd och resultat för olika typer av besök eller vårdkontakter. Vid såväl jämförelse av besöksfrekvens som produktivitmätningar kan förändringar av besöksmönster påverka innehåll och kvalitet för vårdkontakterna. Det är även viktigt att ta hänsyn till att vissa patientgrupper har vårdbehov som tar längre tid att utreda och behandla. Vi kan dock få viss information om besöken genom att koppla dessa till variabler som sjukdomsdiagnos, patientens ålder och kön. På vårdgivar- och områdesnivå kan vi även analysera eventuella samband mellan till exempel produktivitet och patienttillfredsställelse. Om en vårdgivare systematiskt arbetar med korta besök, kallar till "onödiga" besök eller på annat sätt påverkar egenskaper i vårdmötet finns risken att patienttillfredsställelsen minskar eller är lägre i jämförelse med andra vårdgivare. I ovanstående analys har ett antal variabler om besöksmönster, vårdbehov, patienttillfredsställelse och patientegenskaper testats gentemot produktivitet. Samtidigt måste eventuella samband på vårdgivar- eller områdesnivå tolkas med försiktighet då antalet observationer är få.

5. Patientnöjdhet

En viktig aspekt i uppföljning av primärvården är naturligtvis vårdens kvalitet. En källa till information om den patientupplevda kvaliteten är den enkät som årligen skickas ut till ett urval av patienterna som har besökt respektive husläkarmottagning. Enkäten skickas ut till 300 patienter per mottagning som slumpas fram genom ett enkelt slumpmässigt urval från den månad som enkäten avser, i det här fallet september. Genom enkelt slumpmässigt urval tas ingen hänsyn till könsfördelningen eller åldersfördelningen på patienterna på mottagningen. Generellt är det fler kvinnor än män som besvarar enkäten. År 2013 skickades enkäten ut till cirka 63 000 patienter och svarsfrekvensen (korrigerad för bortfall) uppgick till 49 procent i Stockholms län. Jämförande svarsfrekvens i riket var 53 procent (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

För att följa den genomsnittliga patientnöjdheten över tid har vi valt ut fyra centrala frågor ur patientenkäten och konstruerar ett mått på genomsnittlig patientnöjdhet genom att använda oss av medelvärdet av resultatet av dessa fyra frågor per mottagning. Resultaten från de fyra frågorna i enkäten har hög korrelation, vilket innebär att en mottagning som har en stor andel positivt svarande på en fråga, i regel har det på de övriga frågorna också. Andel positivt svarande innebär andelen av patienterna som har svarat *bra*, *mycket bra* eller *utmärkt* alternativt *ja*, *helt och hållet* eller *delvis* på frågorna. Pearsons korrelationstest visar på en korrelation på mellan 0,80 och 0,95 mellan frågorna. Eftersom det är så hög korrelation så är det möjligt att använda sig av det genomsnittliga värdet för de fyra frågorna utan att särskilt mycket information går förlorad.

De fyra frågor som vi har valt ut till patientnöjdhetsindexet och deras respektive svarsalternativ presenteras nedan:

Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?

- Utmärkt
- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dålig

Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

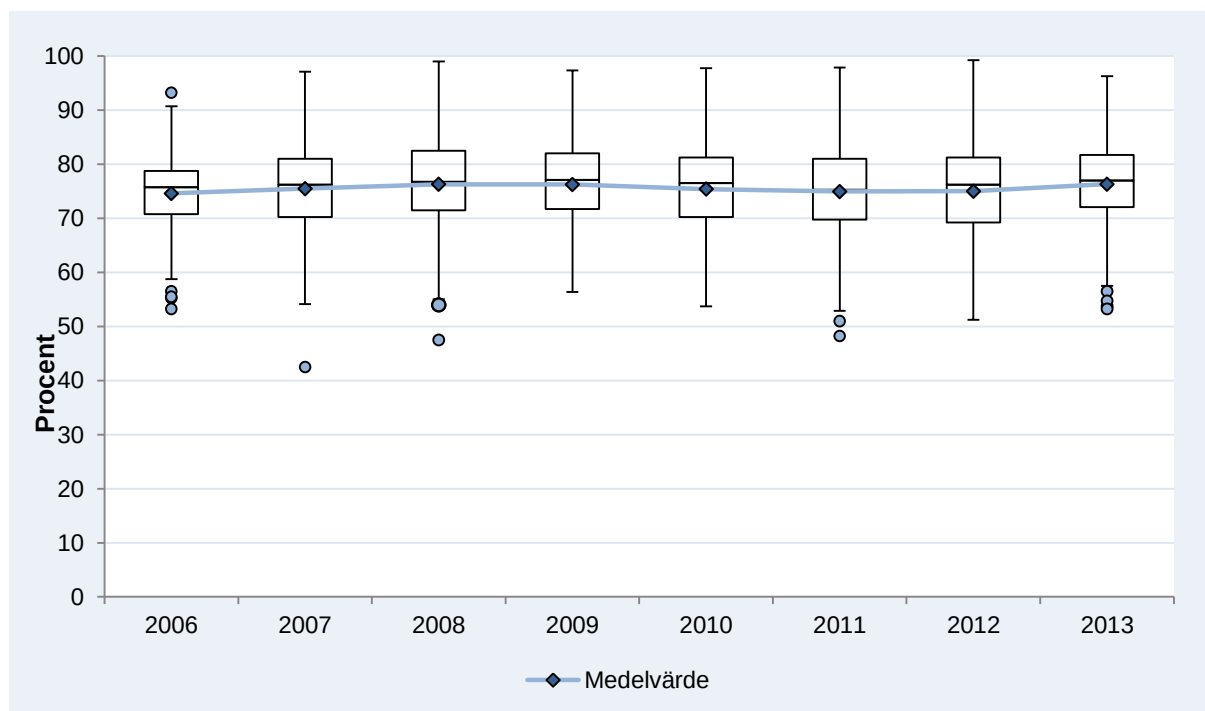
Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

Låddiagrammet i Figur 17 visar resultaten för den genomsnittliga patientnöjdheten för de fyra utvalda frågorna. Lådorna i diagrammen visar värdet för den mittersta hälften av materialet och sträcker sig från den övre till den undre kvartilen. De horisontella strecken i lådorna markerar medianvärdet och medelvärdet markeras med den lilla fyrkanten i varje låda. De vertikala strecken markerar max- och minvärdena och extremvärdena markeras med cirklar. Extremvärden definieras som värden som ligger längre ifrån lådan än 1,5 gånger avståndet mellan de yttre kvartilerna.



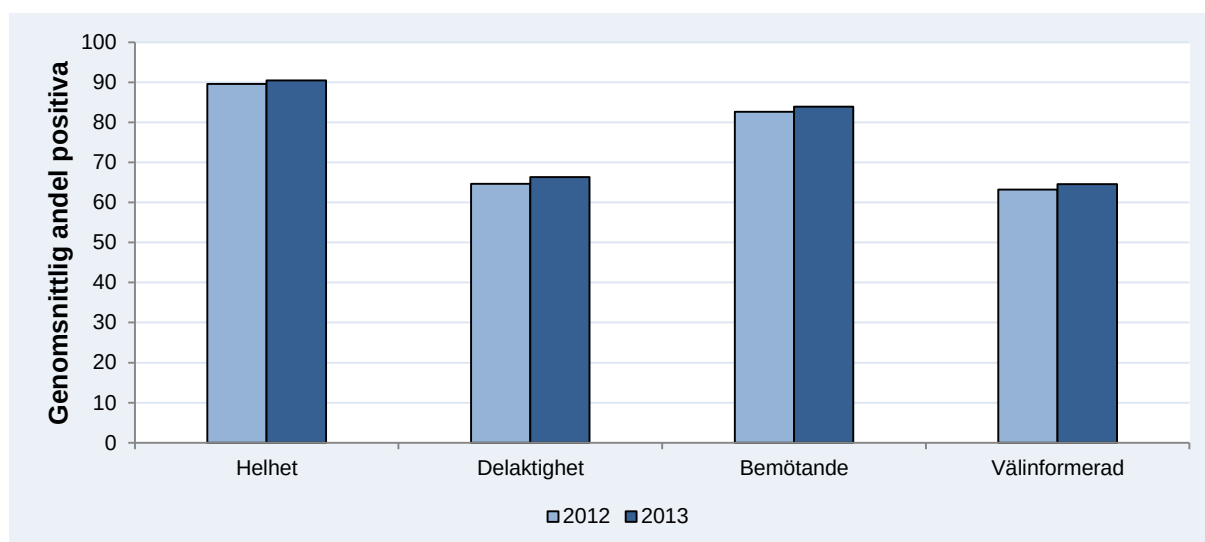
Källa: Indikator

Figur 18. Genomsnittlig patientnöjdhet baserat på fyra frågor ur patientenkäten 2006-2013

Som Figur 18 visar så är den genomsnittliga patientnöjdheten i princip oförändrad över uppföljningsperioden. Medelvärdet för 2013 är något högre än för 2012: 76,3 procent respektive 75,0 procent positivt svarande, men ökningen är inte statistiskt signifikant. Variationen mellan mottagningarnas medelvärde för patientnöjdheten går att studera genom variationskoefficienten. Variationskoefficienten är ett mått på hur stor standardavvikelsen är i förhållande till det aritmetiska medelvärdet och anges i procentandelar. Ju högre värde variationskoefficienten antar, desto större är spridningen. Tabell 10 visar variationskoefficienten per år.

Tabell 10. Variationskoefficienten (i procent) för genomsnittlig patientnöjdhet 2006 till 2013

	Variationskoefficient (%)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Genomsnittlig patientnöjdhet	10,02	11,07	11,35	10,10	10,79	11,53	10,98	9,74



Källa: Indikator

Figur 19. Resultat i patientenkäten för frågorna som utgör patientnöjdhetsindexet 2012 och 2013

Figur 19 redovisar den genomsnittliga andelen positiva svar på de fyra frågorna ur patientenkäten. Medelvärde för samtliga frågor ligger något högre 2013 än 2012 för alla frågor, men förändringen är inte signifikant. Den fråga som fått störst andel positiva svar är frågan om helhetsintryck tätt följt av bemötande. Som Tabell 11 visar har variationen minskat något för alla frågor. Spridningen är alltså något lägre 2013 än 2012. Den fråga som har störst variation och där andelen positiva också är lägst är frågan om delaktighet. Vidare har även frågan om välinformerad en stor variation jämfört med exempelvis helhetsfrågan.

Tabell 11. Variationskoefficienter (i procent) för de fyra områdena som utgör patientnöjdhetsindexet 2012 och 2013

	Variationskoefficient (%)	
	2012	2013
Helhet	6,46	5,95
Delaktighet	17,72	15,92
Bemötande	10,36	9,36
Välinformerad	14,44	12,59

5.1 Vad påverkar patientnöjdheten 2013?

För att undersöka vilka av mottagningarnas egenskaper som påverkar patientnöjdheten har vi använt samma metod som när vi undersökte produktivitetens förklaringsfaktorer. Precis som tidigare tar vi fram multipla regressionsmodeller med hjälp av stegvis regression. Som responsvariabel använder vi vårt tidigare konstruerade index på patientnöjdhet – medelvärde per mottagning av resultaten på frågorna om bemötande, helhetsintryck, information och delaktighet.

Som tidigare har nämnts går det inte att uttala sig om det kausala sambandet vid användandet av regressionsanalys, valet av beroende respektive oberoende variabler väljs innan analysen genomförs. Vi har valt ut 10 variabler, både binära och kontinuerliga, som potentiellt skulle kunna påverka patientnöjdheten, dessa testas för statistiskt signifikans i modellerna.

1. Offentlig mottagning (ja/nej)

En tidigare studie av vad som påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården visade att patientupplevd kvalitet är lägre i storstadsområden och att den generellt är högre för privata mottagningar. Det senare gällde dock inte när resultaten korrigerats för behov och socioekonomi. (Glenngård & Anell, 2012:2). Den första variabeln i den här analysen har inkluderats för att undersöka om det finns systematiska skillnader mellan privata och offentliga mottagningars patientnöjdhet.

2. Placering i innerstaden (ja/nej)

I innerstaden är mottagningarna koncentrerade till en mindre yta jämfört med utanför innerstaden, det kan därför vara intressant att se om det föreligger skillnader mellan mottagningar som är placerade i innerstaden och övriga mottagningar.

3. Nyetablering - mottagningen är etablerad efter vårdvalsreformen (ja/nej)

Den tredje variabeln används för att undersöka eventuella skillnader i patientnöjdhet beroende på om mottagningen etablerades före eller efter vårdvalsreformen, detta hänger också delvis samman med huruvida mottagningen är privat eller offentlig, då samtliga mottagningar som har öppnat efter vårdvalsreformen är privata.

4. Storlek - antal listade individer

Variabel 4 används för att studera om storleken på mottagningen har någon betydelse för mottagningens patientnöjdhet. Enligt en brittisk studie har mindre mottagningar en högre patientnöjdhet framförallt när det gäller tillgänglighet och kontinuitet (Kontopantelis m. fl. 2010).

5. Besöksfrekvens - antal besök per listade individer

Besöksfrekvens har inkluderats för att undersöka om antalet besök per listad påverkar patientnöjdheten.

6. Åldersfördelning - andel listade individer som är 65 år eller äldre
7. Care Need Index (CNI) för de listade individerna per mottagning. CNI baseras på sju olika variabler; antal ensamstående 64 år och äldre, antal utlandsfödda utanför Norden, antal arbetslösa, antal ensamstående föräldrar, antal som flyttat in senaste året, antal lågutbildade och antal barn <5 år.

Variabel 6 och 7 återspeglar egenskaperna hos de listade individerna på mottagningarna. Variablerna syftar till att studera hur vårdbehovet hos de listade individerna påverkar mottagningarnas patientupplevda kvalitet. Studier har visat att individer bosatta i socioekonomiskt svaga områden är mindre nöjda med den vård de får (Kontopantelis m. fl., 2010). En annan undersökning visar att äldre patienter är mer nöjda med den vård de får jämfört med yngre patienter (Statskontoret, 2011).

8. Andel läkarbesök

Enligt en rapport från Vårdanalys har mottagningar med en stor andel läkarbesök en högre patientupplevd kvalitet (Glenngård & Anell, 2012:2). Med variabel 8 undersöker vi därför om andelen av besöken som sker hos läkare även här har någon effekt på patientnöjdheten.

9. Andel återbesök - andel besök som följts av ett nytt besök inom 10 dagar

Andel återbesök iakttas för att undersöka om det har någon effekt på den patientupplevda kvaliteten att en större andel av besöken sker med täta intervaller. Om patienter i hög utsträckning upplever att det kallas tillbaka i onödan skulle detta kunna leda till ett sämre omdöme i patientenkäten

10. DEA-utfall- per mottagning

I ovan nämnda rapport från Vårdanalys identifierades en potentiell målkonflikt mellan patientupplevd kvalitet och produktivitet (Glenngård & Anell, 2012:2). Vi undersöker därför här om mottagningar med hög produktivitet i genomsnitt har ett sämre utfall när det gäller patientnöjdhet.

Resultatet från regressionsanalysen gällande patientnöjdhet presenteras i Tabell 12. I modellen återfinns fyra signifikanta parametrar. Den slutgiltiga modellen förklarar en signifikant andel av den observerade variationen (p-värde <.0001). Den positiva eller negativa parameterskattningen indikerar ett positivt respektive ett negativt samband med den beroende variabeln.

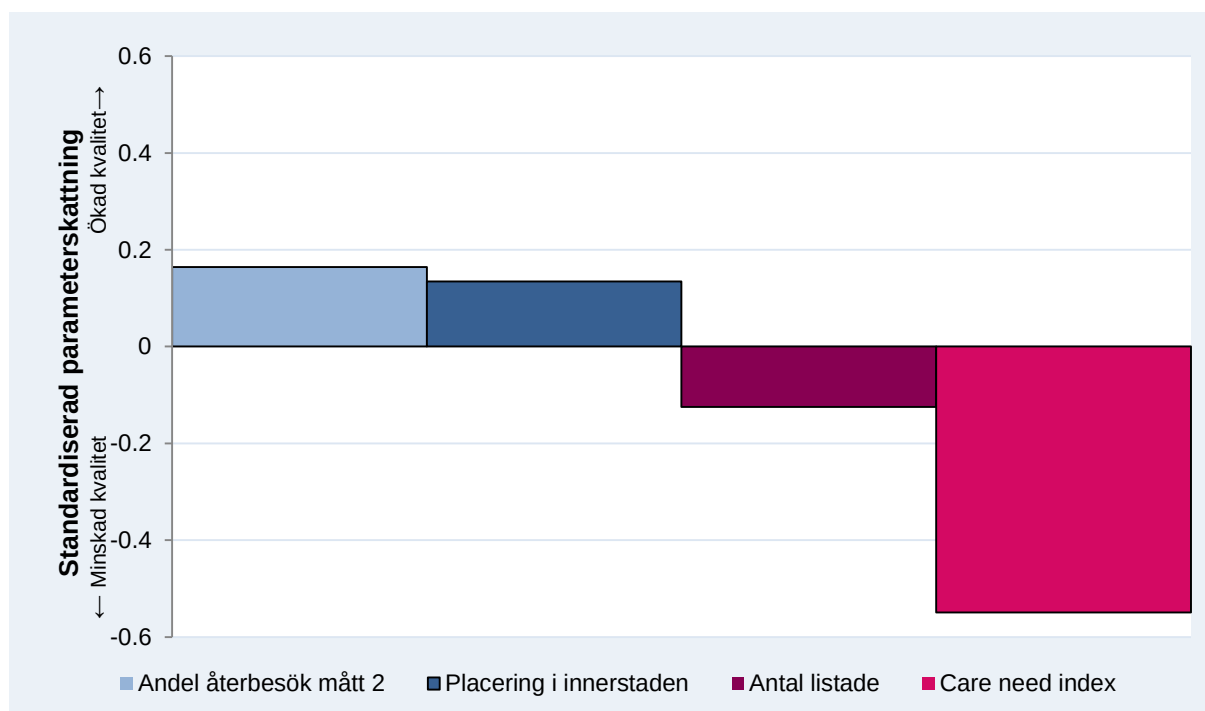
Tabell 12. Variabler med en signifikant påverkan på patientnöjdheten vid mottagningarna, samt den justerade och icke justerade förklaringsgraden

	Parameterskattning	Standardfel	Signifikans (p-värde)	Standardiserad parameterskattning
Intercept	81,68	2,23	<.0001	0,00
Care need index	-7,52	0,81	<.0001	-0,55
Placering i innerstaden	2,60	1,14	0,024	0,13
Andel Återbesök mått 2	0,31	0,11	0,006	0,16
Antal listade	-0,0002	0,00008	0,0359	-0,12
Förklaringsgrad				
R ²	0,3291			
Justerad R ²	0,3158			

Parameterskattningarna ska tolkas som vad effekten blir av en enhets ökning av respektive förklarande variabel på utfallet i patientnöjdhet, när alla andra variabler hålls konstanta. Exempelvis har mottagningar i innerstaden i genomsnitt 2,60 procentenheters bättre resultat i patientnöjdhetsmättet än andra mottagningar, givet allt annat lika.

Modellens förklaringsgrad uppgår till $R^2=0,3291$ och tolkningen av det är att ca 33 procent av variationerna i patientnöjdhet förklaras av regressionssambandet, vilket anses vara en relativt låg förklaringsgrad. De resterande procenten tillskrivs andra påverkande faktorer inklusive slumpen. Den justerade determinationskoefficienten, som tar hänsyn till antalet förklarande variabler, visade sig vara något lägre.

För att underlätta jämförelsen av de signifikanta egenskapernas effekter med varandra använder vi, precis som i regressionsanalysen av produktivitet, standardiserade parameterskattningar. Dessa skattningar har korrigerats för att variablerna mäts enligt olika skalor, genom standardisering blir dessa variabler jämförbara oavsett skala. Figur 20 visar de standardiserade parameterskattningarna för de egenskaper hos mottagningar som hade en signifikant effekt på den beroende variabeln patientnöjdhet.



Källa: Indikator

Figur 20. Egenskaper hos mottagningarna med signifikant effekt på patientnöjdheten

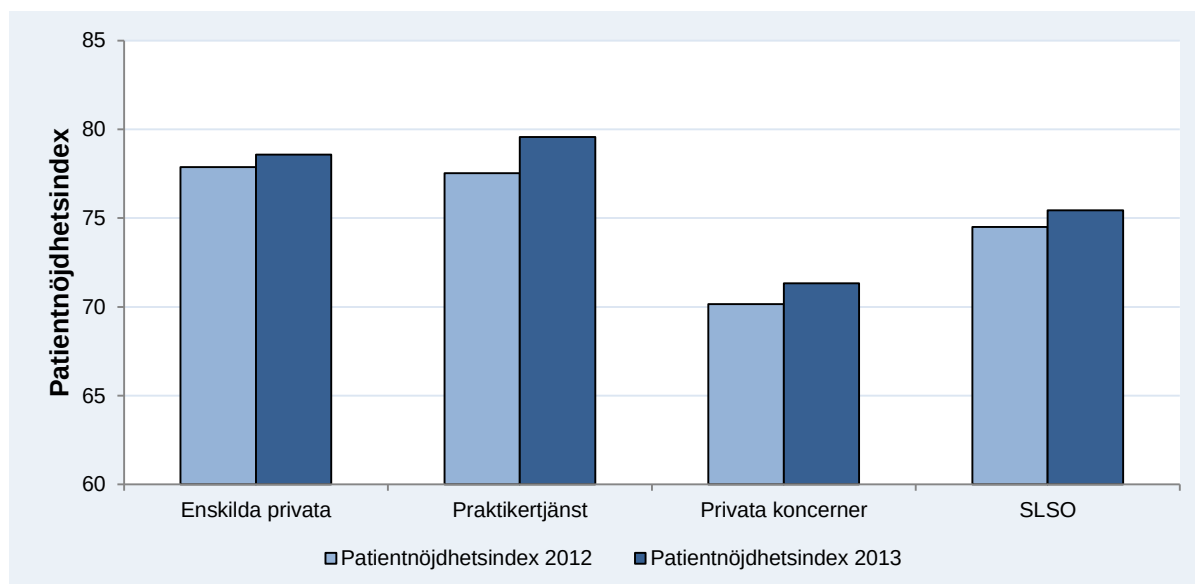
Starkast effekt på patientnöjdheten hade måttet CNI. Mottagningar med ett högt behovsindex har i genomsnitt lägre patientnöjdhet. Vidare har också ett stort antal listade ett negativt samband med patientnöjdhet. Den egenskap som har den största positiva effekten på patientnöjdhet är intressant nog andelen återbesök enligt mått 2 vilket tolkas som att mottagningar med en högre andel återbesök har nöjdare patienter, givet att övriga parametrar hålls konstanta. Placering i innerstaden har också visat sig ha en signifikant positiv effekt på patientnöjdheten - mottagningar som är placerade i innerstaden i genomsnitt har en högre patientnöjdhet än mottagningar som är placerade utanför innerstaden.

Resultaten av vad som påverkar patientnöjdheten har förändrats något från femårsuppföljningen av Vårdval Stockholm. I den rapporten kunde vi konstatera att andelen äldre läkarbesök och andelen äldre hade ett positivt samband med patientnöjdhet. Det negativa sambandet mellan CNI och patientnöjdhet var dock även i den analysen, precis som här, det starkaste sambandet.

5.2 Patientnöjdhet hos privata och offentliga mottagningar

Som regressionsanalysen visar så har det inte påträffats några statistiskt signifikanta skillnader mellan privata och offentliga mottagningar när det gäller patientnöjdhet. För att titta närmare på eventuella skillnader inom grupperna privata och offentliga, så delar vi upp den privata gruppen på tre olika marknadsaktörer: Enskilda privata, Praktikertjänst och Privata koncerner. I gruppen Privata koncerner sorterar vi in Aleris, Capio, Curera och Legevisitten. Vi jämför dessa tre grupper med SLSO:s mottagningar

I Figur 21 framkommer det att det förekommer skillnader i det genomsnittliga patientnöjdhetsindexet hos olika marknadsaktörer. Under 2012 hade Enskilda privata och Praktikertjänst i genomsnitt en signifikant högre patientupplevd kvalitet jämfört med de privata koncernerna. Samma resultat återfinns 2013, men skillnaden är att även SLSO:s mottagningar i genomsnitt har en signifikant högre upplevd patientkvalitet än de privata koncernerna. Vidare har även Enskilda privatas mottagningar i genomsnitt en signifikant högre patientnöjdhet än SLSO:s mottagningar. Figuren visar att medelvärdet för respektive aktör har ökat något mellan 2012 och 2013, dessa skillnader är dock inte signifikanta.



Källa: Indikator

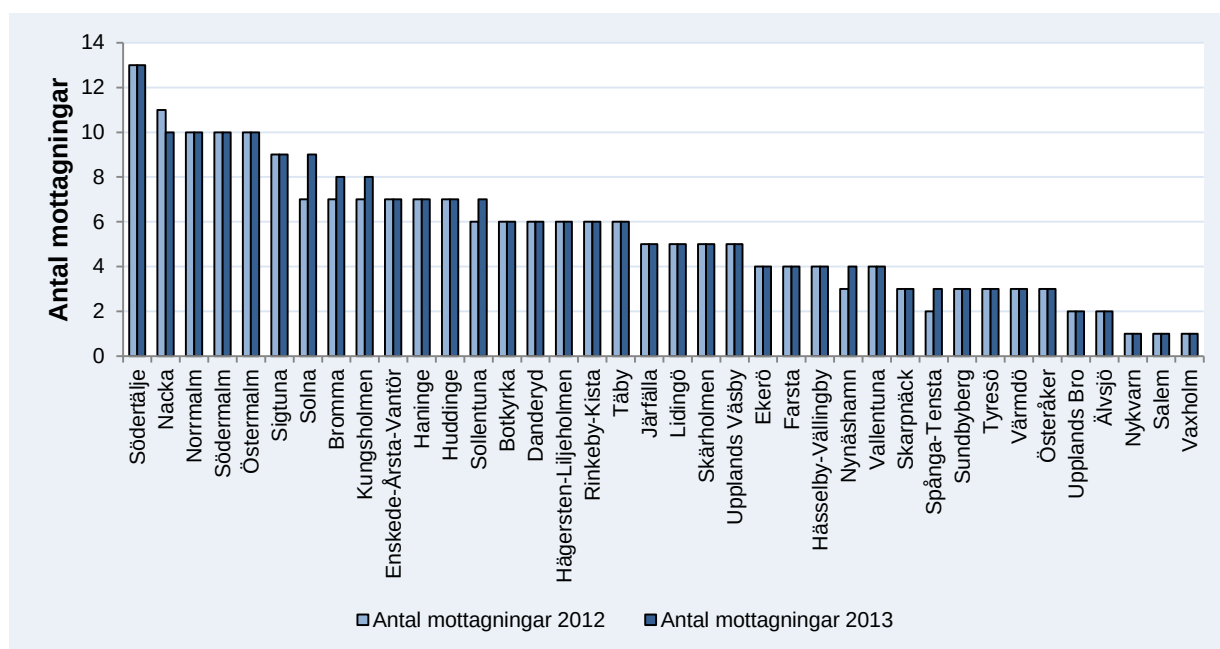
Figur 21. Genomsnittligt patientnöjdhetsindex vid mottagningar hos olika marknadsaktörer

Hos de privata koncernernas mottagningar framkommer det vidare att det finns en större spridning mellan mottagningarna jämfört med de andra grupperna. Den större spridningen hos de privata koncernerna indikerar därför att det finns ett antal mottagningar som har en låg patientupplevd kvalitet och som därför försämrar den genomsnittliga patientnöjdheten för den gruppen.

6. Marknad, konkurrens och listning

6.1 Antal husläkarmottagningar

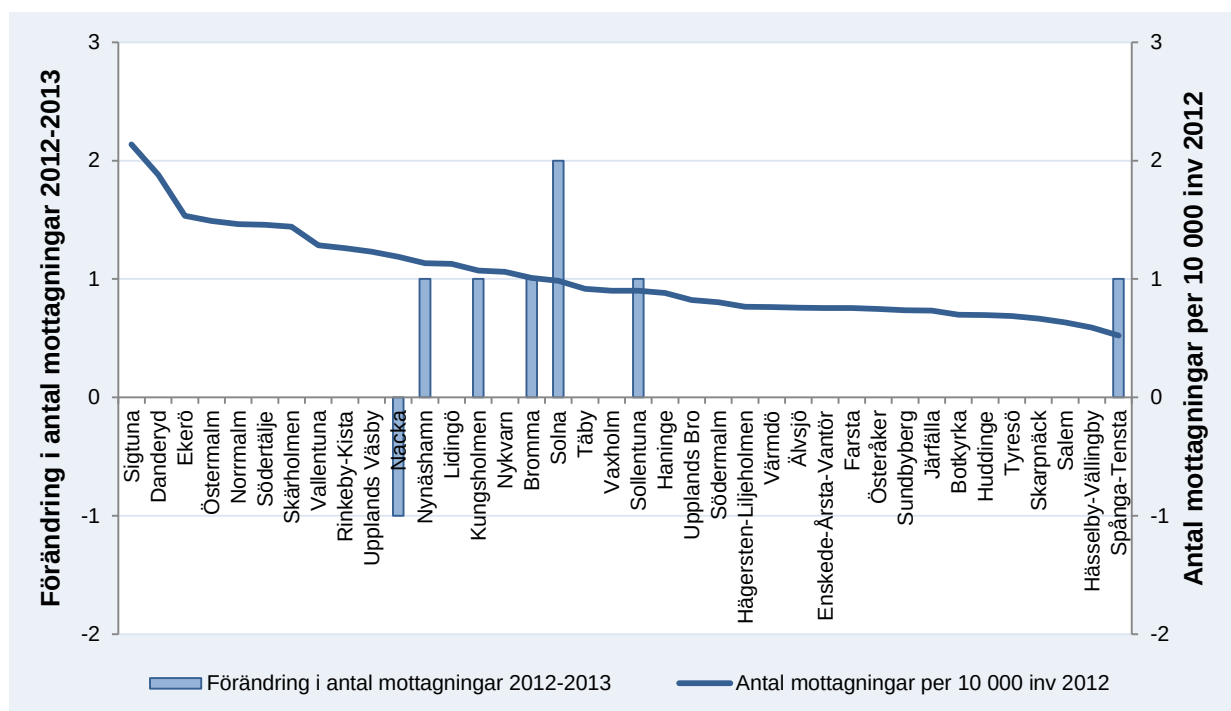
Under de senaste åren har ett stort antal nya husläkarmottagningar öppnat i Stockholms län. Under 2013 öppnande sju nya mottagningar och sammanlagt 210 mottagningar var i drift under hela eller delar av året. Motsvarande siffra för 2012 uppgick till 204 mottagningar. Figur 22 visar hur många olika mottagningar som fanns i de olika områdena i länet under 2012 respektive 2013. Flest mottagningar fanns i Södertälje och i Nacka följt av innerstadsområdena Norrmalm, Södermalm och Östermalm.



Källa: Avtalslistor, SLL

Figur 22. Antal mottagningar per område 2012 och 2013

Förändringen i antal mottagningar, som var i drift under hela eller delar av respektive år, per område visas i Figur 23. Under 2013 öppnades två nya mottagningar i Solna och en ny mottagning i Nynäshamn, Kungsholmen, Bromma, Sollentuna och Spånga-Tensta. Eftersom figuren redovisar mottagningar som har varit i drift under hela eller delar av året redovisas inte de mottagningar som har stängt under 2013, eftersom dessa mottagningar har haft verksamhet under delar av 2013. Att Nacka har en mottagning mindre i drift 2013 än 2012 beror på att en mottagning i Nacka stängde ner under 2012. Antalet mottagningar som avslutade sin verksamhet under 2013 uppgick till fem stycken. Fyra av dessa var belägna på Norrmalm och en i Sigtuna.



Källa: Avtalslistor, SLL

Figur 23. Förändring i antal mottagningar 2012-2013 samt antal mottagningar per område 2012

Figur 23 visar även antal mottagningar per 10 000 invånare per område 2012. Som figuren visar verkar det inte finnas något tydligt samband mellan befintligt antal mottagningar i ett område och förekomsten av nyetablering 2013. Med undantag för Spånga-Tensta har de nya mottagningarna 2013 etablerats i områden som redan 2012 hade ett genomsnittligt antal mottagningar per invånare. Antal mottagningar per 10 000 invånare är dock inte ett heltäckande mått för tillgänglighet. Exempelvis säger det ingenting om antalet läkare per invånare som är ett mer använt mått för tillgänglighet till vård. Vi beaktar inte heller storleken på mottagningarna. Med bakgrund av detta är det svårt att dra några slutsatser om etableringen och om tillgången till vård har blivit mer eller mindre jämlik.

Den som vill läsa mer om var nya mottagningar har etablerat sig sedan Vårdvalsreformen i husläkarverksamheten i Stockholms län infördes kan göra det i rapporten *Nyetablering och listning inom Vårdval husläkarverksamhet i Stockholms län* (Rehnberg & Sveréus, 2012). Rapporten visar att kommuner och stadsdelar med låg andel besök vid egna husläkarmottagningar har fler nyetableringar och att nyetableringar även har ett samband med ett högt utbud av privata specialister.

6.2 Endast marginella förändringar av olika aktörers marknadsandelar

Sedan Vårdval Stockholm infördes inom husläkarverksamheten har det inte öppnat några nya offentliga husläkarmottagningar utan samtliga nyetableringar har bestått av mottagningar som drivs i privat regi. Det gäller även de sju nya mottagningar som öppnade under 2013. Enskilda privata öppnade sex stycken och vårdföretaget Legevisitten en. Dessutom förvärvade Capio en mottagning av Praktikertjänst. I Tabell 13 redovisar vi antalet mottagningar som var i drift den 31 december respektive år. I denna redovisning inkluderas inte de två mottagningar som stängde i april respektive juli 2013. De resterande tre mottagningarna som stängde under 2013 avslutade sin verksamhet den 31 december 2013 och ingår därför i sammanställningen.

Tabell 13. Sammanställning över antal mottagningar, omsättning och andel av omsättningen¹¹

	Antal mottagningar per 31 december		Omsättning (tkr)		Andel av omsättningen i procent	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Aleris	10	10	198 759	187 048	4.8%	4.5%
Capio	22	23	505 932	501 734	12.1%	12.2%
Curera	2	2	47 999	47 602	1.2%	1.2%
Enskilda privata	74	78	1 131 194	1 129 036	27.1%	27.5%
Legevisitten	4	5	89 294	79 452	2.1%	1.9%
Praktikertjänst	23	22	490 602	481 569	11.8%	11.7%
SLSO	68	68	1 705 254	1 685 615	40.9%	41.0%

Källa: Raindance

Trots att nyetableringarna främst har skett inom gruppen Enskilda privata ser vi inga stora förändringar från 2012 till 2013 av hur omsättningen fördelar sig på olika ägargrupper. Samtliga aktörer behåller ungefärligen sina respektive marknadsandelar från 2012.

I avsnitt 5 kunde vi se att det fanns signifikanta skillnader mellan olika markandsaktörers resultat i patientenkäten år 2013. Vi har även tittat på om det finns ytterligare skillnader mellan de olika ägargruppernas mottagningar. Vi delar åter igen in mottagningarna på fyra grupper: SLSO, Enskilda privata, Praktikertjänst och Privata koncerner. I gruppen Privata koncerner sorterar vi in Aleris, Capio, Curera och Legevisitten.

För de mottagningar som var verksamma den 31 december 2013 kan vi se två signifikanta skillnader mellan ägargrupperna (utöver resultatet om patientnöjdhet). Det första är att Enskilda privatas mottagningar i högre utsträckningen är placerade i innerstaden jämfört med SLSO:s mottagningar. Den andra skillnaden är att Enskilda privata har en signifikant högre produktivitet (mätt med DEA) än Praktikertjänst.

När det gäller övriga variabler som vi också har testat ser vi att det inte finns några signifikanta skillnader när det gäller antal besök per listad, andel äldre bland de listade, andel läkarbesök, CNI samt andel återbesök.

¹¹ Omsättningen för 2012 är omräknad till 2013 års prisnivå med hjälp av landstingsprisindex, LPI

6.3 Konkurrenten fortsätter att öka i husläkarverksamheten

Att det har tillkommit flera nya mottagningar på husläkarmarknaden i Stockholm bör innebära att förutsättningarna för konkurrens på marknaden ytterligare har stärkts. I föregående års Vårdvalsrapport framkom det att konkurrensen på Stockholms husläkarmarknad hade ökat sedan införandet av vårdvalsreformen (Dahlgren m.fl., 2013). Detta fastställdes genom att ta fram Herfindahls Index, ett mått på marknadskoncentrationen i ett område.

Genom att använda Herfindahls Index istället för att enbart räkna antalet aktörer på marknaden så tas hänsyn till, i detta fall, andelen listade på husläkarmottagningen. Marknaden är i den här rapporten, liksom i föregående års rapport, definierad som alla individer i ett område som är listade, samt alla mottagningar som de har listat sig till oavsett om mottagningen ligger i det egna bostadsområdet eller inte. Definitionen av marknaden bygger på Rehnberg och Sveréus rapport (2012), där det framkom att inkludering av mottagningar utanför det egna bostadsområdet i högre grad fångade intentionen med vårdvalsreformen än exkludering av dessa. Detta då vi vill ta hänsyn till att individer har möjlighet att själva välja var de vill lista sig. Om vi inte tar hänsyn till att individer kan välja att lista sig utanför det egna bostadsområdet, så skulle det resultera i att områden med exempelvis bara en mottagning skulle få ett Herfindahls index värde på 1,0, det vill säga monopol. Väljer vi istället att inkludera mottagningar utanför det egna bostadsområdet, så fångar vi även upp att individer kan välja att lista sig utanför sitt eget bostadsområde. Således är det utvecklingen av antalet aktörer och deras marknadsandelar per område baserat på individens listning som avgör graden av konkurrens i detta avsnitt.

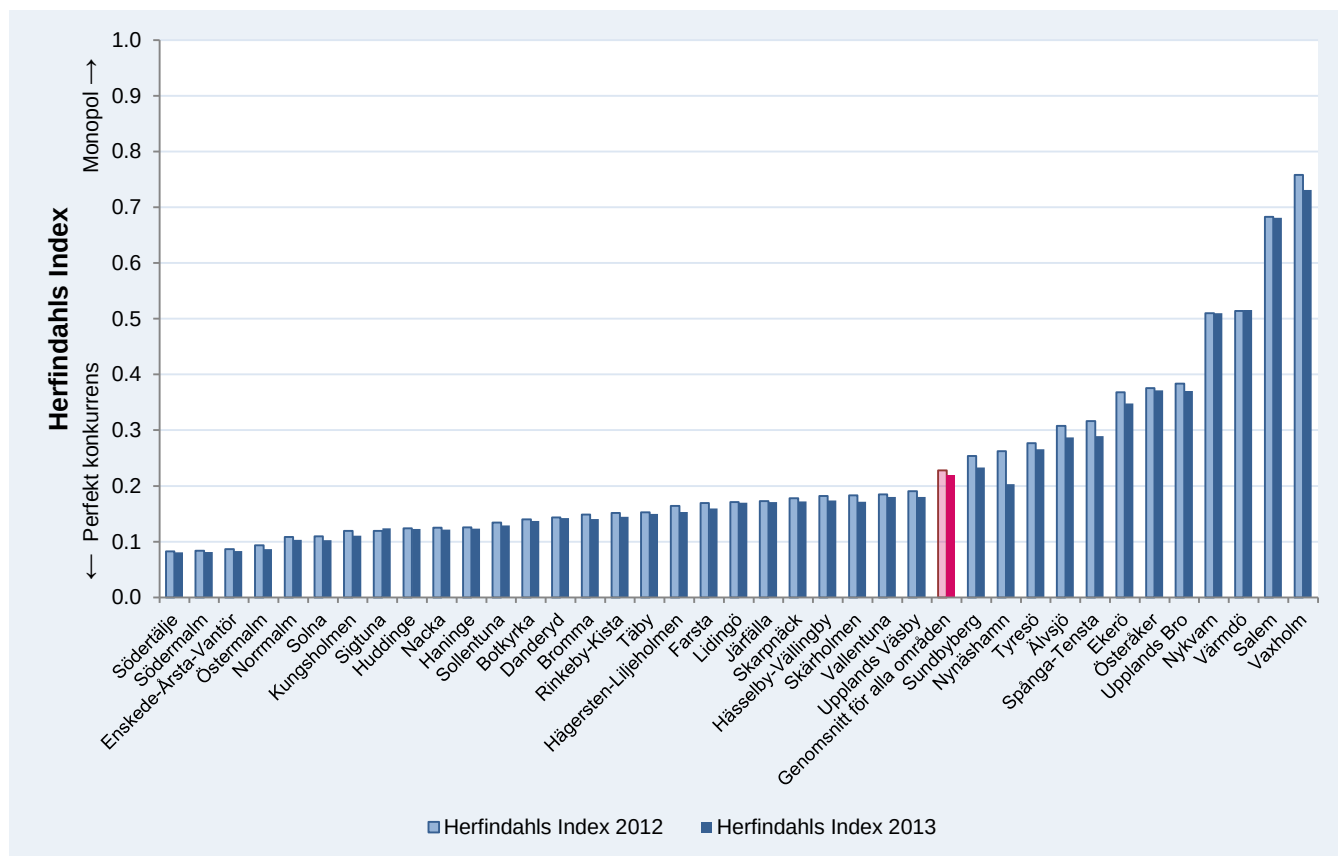
Herfindahls Index antar ett värde mellan noll och ett, där noll indikerar perfekt konkurrens och ett indikerar en monopolssituation med bara en aktör på marknaden. Indexet beräknas enligt formeln:

$$H = \sum_{i=1}^n s_i^2$$

I formeln är s_i marknadsandelen för respektive aktör (i) och n är antalet aktörer på marknaden. Om det till exempel finns två aktörer på marknaden med lika stor andel av marknaden vardera, $s_i = 0,5$, så uppgår Herfindahls index till 0,5 och beräknas som exemplet nedan visar:

$$0,50^2 + 0,50^2 = 0,50$$

I redovisningen i Figur 23 är husläkarmarknaden nedbruten på kommun- och stadsdelsnivå. I varje område identifierar vi vilka mottagningar de boende är listade vid, både inom och utanför bostadsområdet. Mottagningarna utgör därefter aktörerna på marknaden för respektive område, en mottagning kan således utgöra aktör i flera olika områden.



Källa: VAL-databasen

Figur 24. Grad av konkurrens mätt som Herfindahls Index för respektive område baserat på de boendes val av listning, 2012-2013.

Figur 24 visar att trenden med ett sjunkande genomsnittligt värde för Herfindahls Index för alla områden sammantaget håller i sig. Genomsnittsvärdet har sjunkit från 0,23 år 2012 till 0,22 år 2013, vilket är ett tecken på att konkurrensen fortsätter att öka. Konkurrensen har ökat eller bibehållit föregående års grad av konkurrens för alla områden med undantag för Sigtuna och Värmdö, där konkurrensen har minskat. Att konkurrensen har minskat i Värmdö beror sannolikt på att en mottagning har stängt i Nacka sedan 2012, medan Sigtuna är det område som har flest mottagningar per 10 000 invånare (se Figur 22, förändring i antal husläkarmottagningar 2012-2013, avsnitt 6.1.).

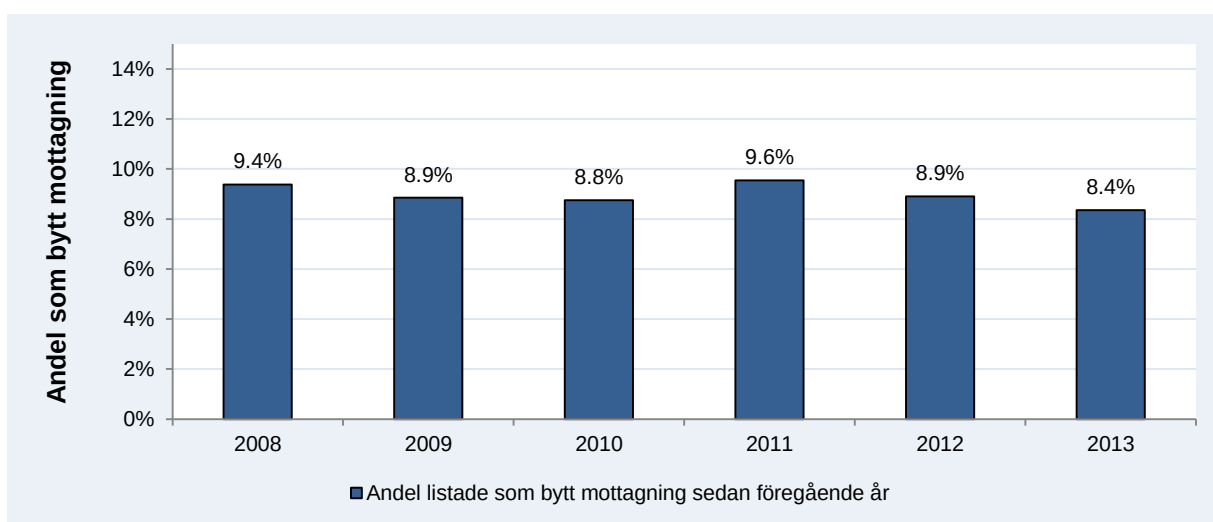
I samtliga områden där minst en ny mottagning har öppnats sedan 2012 har även konkurrensen ökat. Detta gäller för Nynäshamn, Solna, Kungsholmen, Bromma, Sollentuna och Spånga-Tensta. Att konkurrensen ökar även i områden där nya mottagningar inte har öppnat är en följd av invånarnas val att lista sig på mottagningar som ligger utanför det egna bostadsområdet.

6.4 Listningsmönster för olika grupper i befolkningen

För att konkurrens ska uppstå krävs att invånarna känner till sin möjlighet att välja vårdgivare, att de har minst två alternativ att välja mellan, samt att de har tillräcklig information om dessa

alternativ. Konkurrensverket följde 2012 upp vårdvalreformen ur en konkurrenssynpunkt, med fokus på om kvalitetskonkurrens uppstod. De kom fram till att invånarna kände till möjligheten att välja vårdcentral, att de flesta har minst två vårdcentraler att välja mellan, där det tar under fem minuter att ta sig till den näst närmaste, samt att två av tre ansåg sig kunna göra ett aktivt val av vårdcentral baserat på information (Konkurrensverket, 2012).

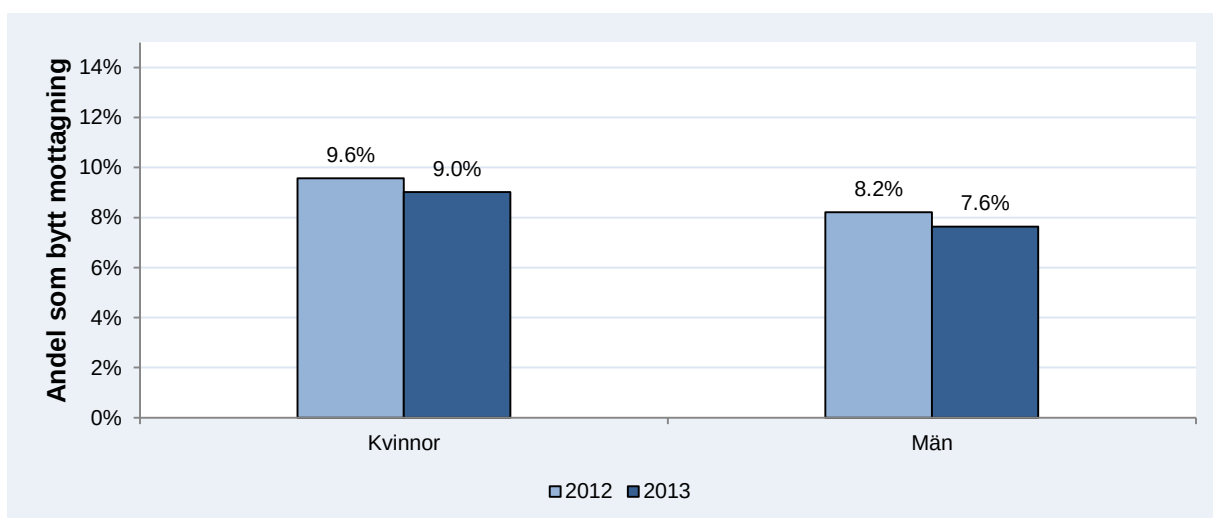
Andelen av befolkningen i Stockholms län som varje år väljer att byta mottagning har sedan vårdvalets införande 2008 legat runt 9 procent per år. Andelen var som störst år 2011 och avtog sedan under 2012 för att sedan ytterligare avta under 2013. Ca 8,4 procent av Stockholms läns befolkning (exklusive Norrtälje) valde att byta mottagning mellan 2012 och 2013.



Källa: ListOn

Figur 25. Andel som har bytt mottagning sedan föregående år

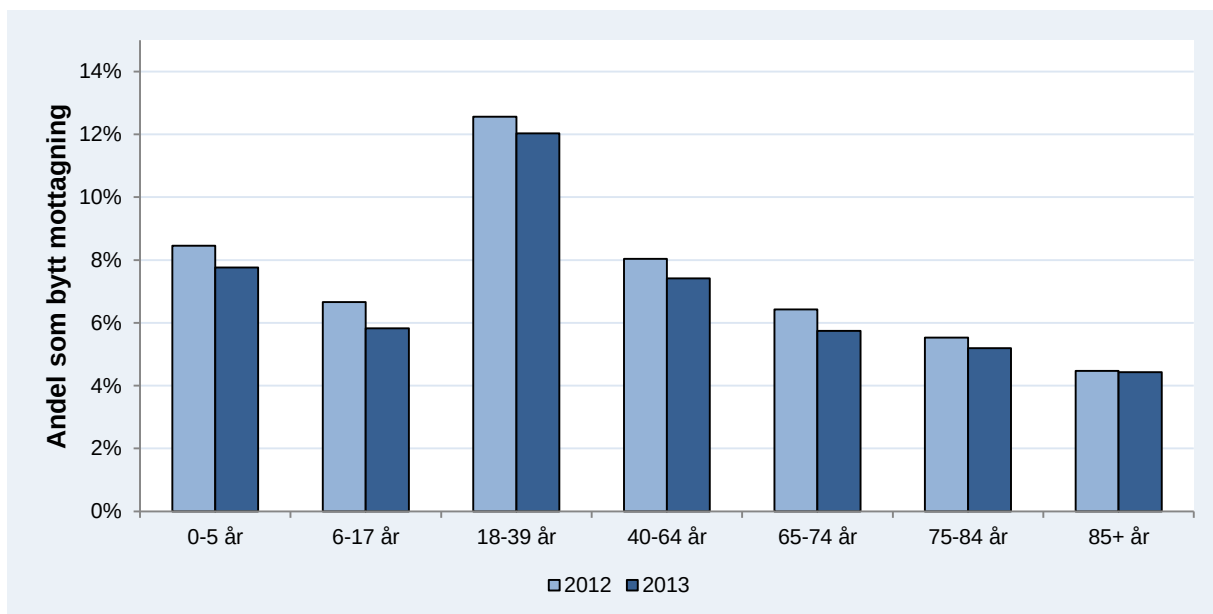
Kvinnor väljer att byta mottagning i något högre utsträckning än män. En förklaring till detta kan vara att kvinnor konsumerar mer primärvård än män. För både män och kvinnor sjunker andelen som väljer att lista om sig från 2012 till 2013.



Källa: ListOn

Figur 26. Andel som har bytt mottagning sedan föregående år uppdelat på kön

Figur 27 visar andelen som bytt mottagning sedan föregående år med avseende på åldersgrupp. Diagrammet visar att det framförallt är åldersgruppen 18-39 år som har bytt mottagning under 2012 och 2013. Byten sker dock i alla åldersgrupper, även hos de som är 85 år eller äldre. Andelen som bytt mottagning var lägre för 2013 jämfört med 2012 för alla åldersgrupper.



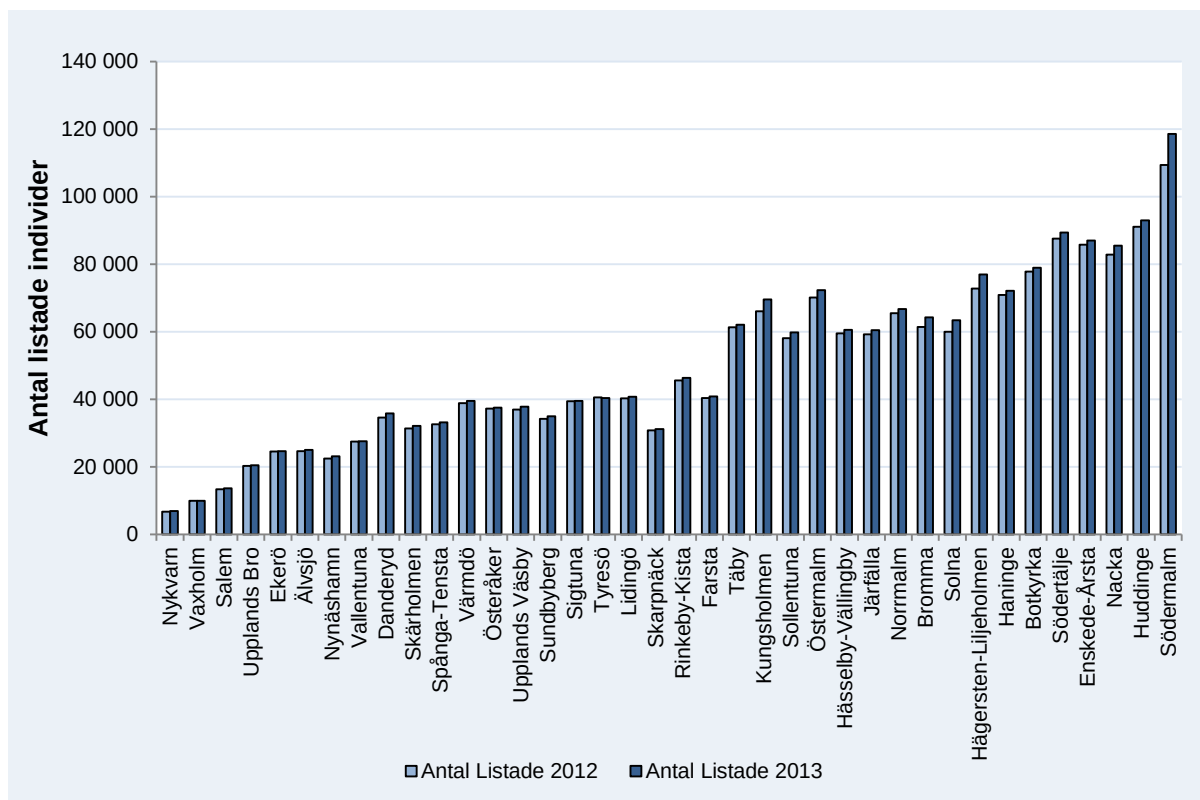
Källa: ListOn

Figur 27 Andel som har bytt mottagning sedan föregående år med avseende på åldersgrupp

En enkätundersökning som Myndigheten för vårdanalys har utfört visar att hälften av de som byter mottagning gör det på grund av flytt (Myndigheten för vårdanalys, 2013). En förklaring till varför gruppen 18-39 år byter mottagning i högre utsträckning än andra åldersgrupper kan vara att denna grupp är den mest rörliga på bostadsmarknaden. Det skulle kanske också kunna förklara varför gruppen 0-5 år är den grupp som byter mottagning i näst högst utsträckning, då en del av dessa barn har föräldrar i åldrarna 18-39 år.

6.5 Listning i olika områden

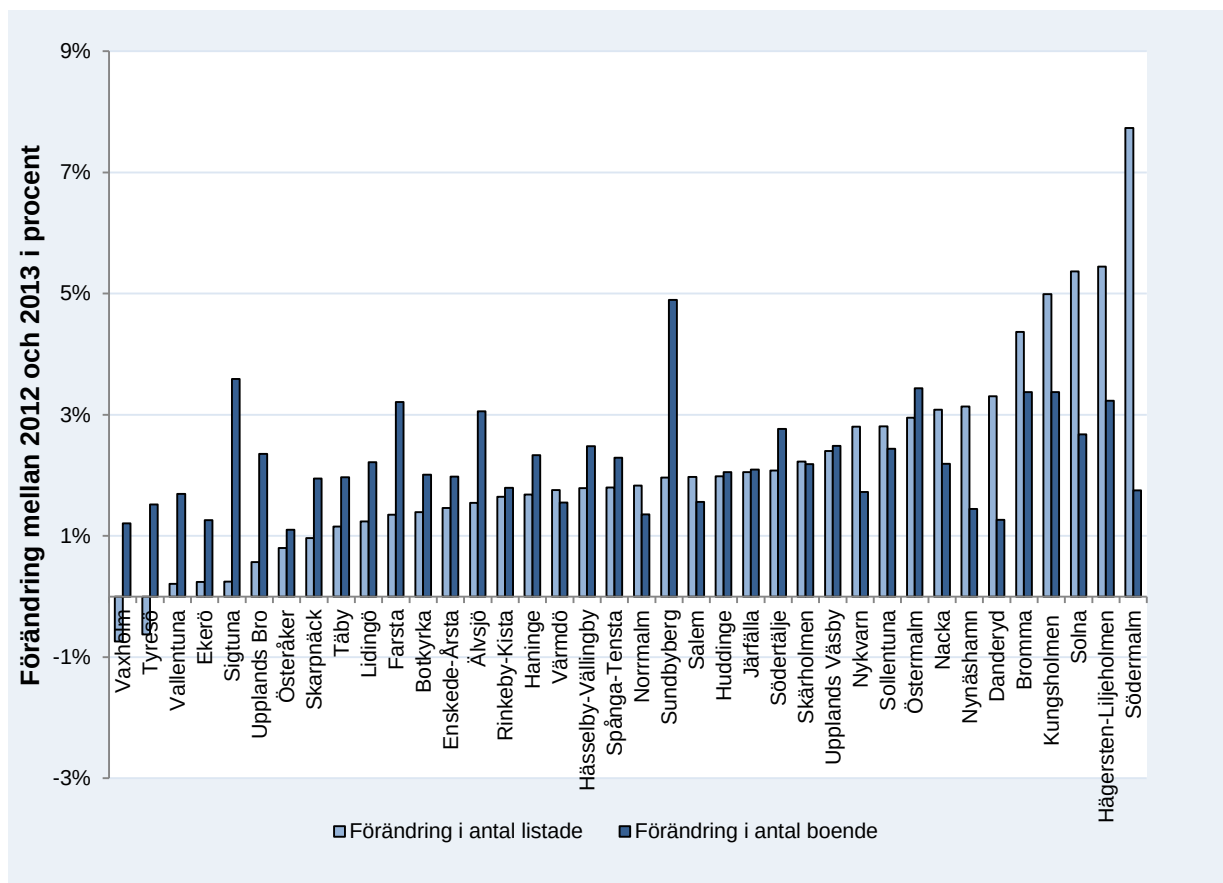
I detta avsnitt tittar vi på listningen utifrån var de olika mottagningarna är belägna. Vi kan konstatera att samtliga områden i Stockholm, med undantag för Vaxholm och Tyresö, har ökat antalet listade individer från 2012 till 2013. I Figur 28 redovisas utvecklingen av antalet listade per kommun och stadsdel från 2012 till 2013.



Källa: ListOn

Figur 28. Antal listade hos husläkarmottagningar per område 2012 och 2013, områdena är sorterade från minst till störst befolkning 2012

Figuren visar antalet listade vid mottagningar inom respektive område och tar inte hänsyn till befolkningens storlek, därför har kommuner och stadsdelar med stor befolkning flest listade. Figur 29 utgår från samma dataunderlag men visar istället den procentuella utvecklingen och förändringen i antal listade vid mottagningar i kommunen eller stadsdelen samt befolkningsstorleken per kommun/stadsdel.



Källa: ListOn

Figur 29. Förändring av antal listade hos husläkarmottagningar och förändring i antal boende i respektive kommun och stadsdel mellan 2012 och 2013. Kommuner och stadsdelar sorterade från minst till störst förändring i antal listade.

Den procentuella ökningen av antalet listade är störst på Södermalm följt av Hägersten-Liljeholmen och Solna. Att Solna har ökat sitt antal listade kan förklaras av att två nya mottagningar öppnat i området under 2013. På Södermalm finns dock ingen nyöppnad husläkarmottagning, deras ökning beror därför på någonting annat. Vaxholm och Tyresö är de enda kommunerna som har en negativ förändring i antalet listade, båda har dock ökat antalet boende.

Trots att det är möjligt att lista sig i vilket område eller stadsdel som helst så väljer ändå de flesta att lista sig inom det egna bostadsområdet. Detta gäller framför allt befolkningen i ytterområdena. Ett undantag är Nykvarn där endast 66 procent av invånarna är listade inom kommunen. Den kommun/stadsdel som har högst andel listade invånare i bostadsområdet är Värmdö, där andelen listade i bostadsområdet uppgår till närmare 89 procent.

Närförorter som Skarpnäck och Farsta har en stor andel listade i andra områden än bostadsområdet. När det gäller andelen olistade så är den som högst i Östermalm följt av Rinkeby-Kista.

7. Avslutande synpunkter

Syftet med denna rapport har varit att följa utvecklingen under år 2013 för ett antal av de områden som följdes upp i femårsuppföljningen av Vårdval Stockholm. Femårsuppföljningen visade att målsättningarna om tillgänglighet och valfrihet kombinerat med en större mångfald hade uppnåtts. Efter införandet av vårdvalsreformen 2008 ökade antalet läkarbesök och antalet mottagningar på husläkarmarknaden kraftigt. När det gäller patientnöjdhet och kostnader låg nivåerna kvar på relativt stabila nivåer.

Resultaten från 2013 visar att flera av de trender som har följt efter införandet av vårdvalsreformen tycks ha stannat av eller mildrats. Antalet läkarbesök per invånare har för första året sedan vårdvalets införande minskat något 2013 i jämförelse med 2012. Detsamma gäller utvecklingen av produktiviteten. De flesta mottagningarna har ett något lägre utfall i produktivetsanalysen 2013 i jämförelse med 2012. För de äldre fortsätter dock ökningen av läkarbesök, medan andra åldersgrupper uppvisar en viss minskning. Det är också de äldsta som i högre utsträckning gör återbesök inom en kort tidsperiod från det första besöket. Orsakerna till denna utveckling är inte klar. Det kan dels vara efterfrågefaktorer eller ej tillgodosedda behov som leder till att äldre konsumerar mer vård. Det kan även vara förändringar på utbudssidan som minskningen av utbudet av öppen läkarvård av så kallade taxeläkare (Nationella taxan) som husläkarverksamheten delvis tagit över. Förändringen av ersättningen där extra medel betalas ut för besök för äldre patienter infördes först under år 2014 och borde inte påverkat utvecklingen under år 2013.

I rapporten har en utökad analys gjorts av återbesök hos läkare baserat på olika mått och modeller. För samtliga mått redovisas en viss uppgång av antalet återbesök vid vårdvalets införande år 2008. Enligt vissa mått har utvecklingen av återbesök minskat, medan andra mått visar en stabilisering av nivån. Det finns således en viss ökning av återbesök hos läkare, men ökningen är relativt liten i förhållande till den totala ökningen av antalet besök.

Antalet mottagningar ökade något 2013, men flera stycken avslutade också sin verksamhet under året och den kraftiga ökningen av antalet mottagningar som följde de första åren efter reformens införande tycks ha mildrats. Konkurrensen och möjligheterna att välja mellan flera alternativ fortsätter att öka. Förhållandena varierar dock mellan stadsdelar och kommuner, men bland områden med hög grad av konkurrens finns såväl innerstadsdelar som förorter. Beträffande ägandeformerna har inga större förändringar ägt rum. Fördelningen mellan offentliga och privata vårdgivare är i stort oförändrad mellan åren 2012 och 2013. Bland de privata mottagningarna dominerar fortfarande små enskilda enheter tillsammans med Praktikertjänsts mottagningar.

8. Referenser

Dahlgren, C., Brorsson, H., Sveréus, S., Goude, F., Rehnberg, C. (2013) *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*: Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting

Glenngård, A. och Anell, A. (2012:1) *Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen* KEFU 2012

Glenngård A H och Anell A. (2012:2) *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys, 2012

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

Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract*. 2010; 11(61):1-15

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

Rehnberg, C. & Sveréus, S. (2012). *Nyetablering och listning inom Vårdval husläkarverksamhet i Stockholms län*. Karolinska Institutet, Institutionen för lärande, informatik, management och etik

Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Nationell patientenkät Primärvård*. (Elektronisk). Tillgänglig: npe.skl.se (2014-12-01)

Socialstyrelsen (2014). *Statistikdatabas för äldreomsorg*. (Elektronisk). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/alldreomsorg (2014-12-01)

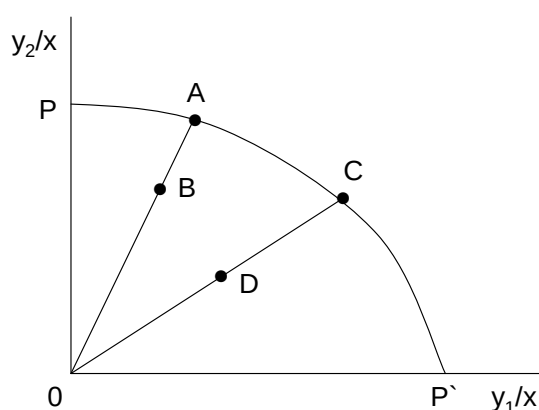
Statskontoret (2011) OM OFFENTLIG SEKTOR. *Uppfattningar om förvaltningen – kvalitet i offentlig verksamhet från allmänhetens och företagens horisont*. Stockholm, Statskontoret.

Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen (2013) *Öppna jämförelser hälso- och sjukvård - jämförelser mellan landsting 2013*.

Bilaga 1 Data Envelopment Analysis (DEA)

Data Envelopment Analysis (DEA) är en metod som ger möjlighet till en form av benchmarking där den relativa effektiviteten mellan enheter jämförs. Idén bakom DEA är att studera om enskilda produktionsenheter har en effektiv produktion. Detta kan göras antingen genom att undersöka om enheten skulle kunna använda mindre resurser för att producera de resultat man uppvisar eller genom att studera om enheten skulle kunna prestera bättre resultat med hjälp av befintliga resurser. Det förstnämnda betecknas som en input-orienterad DEA-modell, medan det senare benämns som en output-orienterad DEA-modell. Vilken ansats man använder beror på om man är intresserad av att produktionsenheten huvudsakligen ska försöka minska sin resursanvändning eller öka sina resultat.

Det centrala effektivitetsbegreppet vid DEA-analys utgörs av teknisk effektivitet. Den tekniska effektiviteten mäter förmågan att producera en maximal mängd output (hälsoresultat, prestationer) från en given mängd inputs (resurser). Styrkan med metoden är att den simultant kan hantera en rad olika outputs och inputs. Med metoden identifieras och placeras de observationer med den högsta relationen mellan output och input i en produktionsfront där fronten uttrycker den relativt sett mest effektiva produktionen som äger rum bland mottagningarna. För att jämföra produktiviteten mellan mottagningarna ges sedan alla enheter resultat mellan 0 och 1 utifrån avståndet till produktionsfronten. Ett resultat på 1 innebär att mottagningen i fråga producerar på fronten och att det är relativt sett mest tekniskt effektivt. Ett resultat som är mindre än 1 innebär således att mottagningen har en förbättringspotential i relation till den tekniskt mest effektiva produktionen. Metoden kan illustreras med ett exempel där mottagningarna producerar två olika output, bestående av läkarbesök y_1 , och övriga besök y_2 , genom att nyttja en insatsfaktor, x_1 , – totala kostnader. I Figur 1 representerar PP' produktionsmöjlighetskurvan (produktionsfronten), där linjen indikerar den övre nivån för alla tekniskt möjliga produktionskombinationer som ges av mottagningarnas resultat. I Figur 1 illustreras även produktionsutfallet för fyra olika mottagningar (A, B, C och D).



Figur 1. Illustration av DEA-metodiken

Mottagningarna A och C är i jämförelsen mellan mottagningarna fullt tekniskt effektiva, eftersom det inte är tekniskt möjligt att expandera produktionen givet oförändrade kostnader. För mottagningarna B och D är det dock möjligt att expandera produktionen av både läkarbesök och övriga besök, givet oförändrade kostnader, dvs. de är inte fullt tekniskt effektiva. Mottagning D har även en lägre grad av teknisk effektivitet eftersom avståndet till fronten är större än för mottagning B. Graden av teknisk effektivitet för mottagning B ges vidare av: $TE = OA/OB$ (där O är nollpunkten).

Bilaga 2 Tabeller

Tabell 1. Antal läkarbesök inom olika öppna vårdformer, 2012-2013 (tusental)

		2012	2013
Primärvård	Husläkarverksamhet inkl. basal hemsjukvård	3 395	3 444
	Närakut/jourmottagning	261	258
	Övrig primärvård	385	391
Specialiserad somatisk öppenvård	Ej akutmottagning	1 862	2 051
	Akutmottagning	586	580
Specialiserad psykiatrisk öppenvård	Ej akutmottagning	291	302
	Akutmottagning	36	37
Privata specialister	Somatiska specialister	699	633
	Primärvård	172	160
	Psykiatri	82	78

Källa: VAL-databasen

Tabell 2. Läkarbesök per invånare för olika öppna vårdformer, 2012-2013

		2012	2013
Primärvård	Husläkarverksamhet inkl. basal hemsjukvård	1,64	1,63
	Närakut/jourmottagning	0,13	0,12
	Övrig primärvård	0,19	0,18
Specialiserad somatisk öppenvård	Ej akutmottagning	0,90	0,97
	Akutmottagning	0,28	0,27
Specialiserad psykiatrisk öppenvård	Ej akutmottagning	0,14	0,14
	Akutmottagning	0,02	0,02
Privata specialister	Somatiska specialister	0,34	0,30
	Primärvård	0,08	0,08
	Psykiatri	0,04	0,04

Källa: VAL-databasen