



Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm

Rapporten är framtagen av Cecilia Dahlgren, Hilja Brorsson, Sofia Sveréus, Fanny Goude och Clas Rehnberg



**Karolinska
Institutet**


**Stockholms läns
landsting**

Fem år med husläkar-systemet inom Vårdval Stockholm

I denna rapport har huvudresultaten av utvärderingen för Vårdval Stockholm sammanställts. Fler detaljer om data, metod, analys och resultat återfinns i underliggande rapporter inom respektive ämnesområde. Rapporten har fokuserat på frågeställningar om utvecklingen av kostnader, prestationer, patientnöjdhet och produktivitet. Vidare har nyetableringar, konkurrensförhållanden, listningsmönster samt konsekvenser för andra vårdformer analyserats. Slutligen studeras skillnader mellan socioekonomiska grupper och områden. De huvudsakliga resultaten från rapporten är följande:

Fler besök och förbättrad tillgänglighet utan övervältringseffekter

Utvecklingen av prestationer av olika slag visar tydligt en ökad produktion och en förbättrad tillgänglighet. Det är främst läkarbesöken som ökat och ökningen kan både förklaras av att fler personer gör ett besök och av att antalet besök per person har ökat. Beträffande effekterna på andra vårdformer har inga övervältringseffekter noterats. Tvärtom har husläkarverksamheten ökat sin andel av öppenvården där främst vården hos privata specialister har minskat.

Kostnadskontroll och ökad produktivitet

Den ökade produktionen har inte lett till ökade kostnader utan reformen har genomförts inom en i stort oförändrad kostnadsram. Produktiviteten ökade mest under det första året med vårdval vilket sannolikt var en effekt av reformen. Produktiviteten ökade dock även året före vårdval och har även fortsatt att öka efter 2008. Hög produktivitet samvarierar med ett högt antal besök per listad, medan en hög andel läkarbesök påverkar produktiviteten negativt.

Oförändrad patientnöjdhet

Även om tillgängligheten har ökat kan detta inte utläsas i form av ökad patientnöjdhet. De olika omdömesmått baserade på patientenkäter visar vare sig ökad nöjdhet eller missnöje. Analysen visar emellertid att patientnöjdheten ökar med andelen läkarbesök och andelen äldre, medan högt vårdbehov skattat med Care Need Index (CNI) visar ett negativt samband med patientnöjdhet.

Mångfald med fler privata vårdgivare utan geografisk snedfördelning

Den fria etableringen har inneburit ett tillskott av vårdgivare där nya privata enheter har etablerat sig samtidigt som det offentliga ägandet har minskat. Mångfalden och konkurrensen har ökat utan koncentration av ägandet. Nyetableringarna har ägt rum såväl i innerstaden som i flera ytterområden. Kommuner och stadsdelar med låg andel besök vid egna husläkarmottagningar har fler nyetableringar.

Fördelningseffekter

För samtliga grupper har vårdutnyttjandet ökat utan att det har gått ut över någon annan grupp. De äldre har en större ökning av läkarbesök än yngre medan förändringarna mellan män och kvinnor är små. Skillnaderna i besök och resurstilldelning mellan olika socioekonomiska områden är små, dock visar en analys av individdata att individer med högre inkomster i genomsnitt har ökat sitt vårdutnyttjande procentuellt mer än individer med lägre inkomst. Däremot har inte högutbildade ökat sin konsumtion mer än personer med lägre utbildning. Det föreligger emellertid en viss osäkerhet kring dataunderlaget som bör föranleda mer noggrann analys på individnivå.

Vårdvalsmodeller i Sverige och internationellt

I ett internationellt perspektiv har landstingens införande av vårdvalsmodeller inneburit att svensk primärvård närmast sig den modell som funnits en längre tid i övriga Europa. I flertalet länder med socialförsäkringssystem har medborgarna traditionellt haft en långtgående valfrihet inom primärvården där privatpraktiserande läkare stått för utbudet av vård. Denna modell har även existerat i skattebaserade sjukvårdssystem som Danmark och Storbritannien. I likhet med den svenska modellen innan införandet av vårdvalsreformen är primärvården i Finland organiserad utifrån ett områdesbaserat befolkningsansvar kombinerat med ett offentligt vårdutbud. Norge frångick till stora delar denna modell i samband med införandet av fastlegereformen som infördes under 2001.

Stockholm i jämförelse med andra landsting

Vårdval i primärvården innebär dels att invånarna har rätt att fritt välja mellan olika vårdgivare, och dels att vårdgivare har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning givet att de uppfyller fastställda krav. Vårdval inom primärvården infördes på frivillig väg av landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland under perioden 2007–2008. Flera landsting följde efter och totalt införde åtta landsting reformen på frivillig väg. Från 2010 är vårdval i primärvården obligatoriskt enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Utformningen av vårdval beslutas dock regionalt av varje landsting när det gäller ersättningsystem, auktorisation, listning med mera.

En central frågeställning har varit utformningen av ersättningsprinciperna där landstingen har valt olika kombinationer av fasta och rörliga ersättningar. Den fasta ersättningen utgår per listad individ (kapitering) och den rörliga baseras på prestationer som vårdkontakter av olika slag. Härtill ges som en mindre andel målrelaterade ersättningar kopplat till kvalitet och utfall.

Stockholms läns landsting skiljer sig från andra landsting genom att den rörliga andelen är relativt hög (ca 60%). Den stora andelen prestationsbaserad ersättning har dock inte gett upphov till problem med kostnadskontrollen. Redovisningen av landstingens nettokostnader per invånare inom primärvården visar att kostnadsutvecklingen har varit i stort sett oförändrad i Stockholms läns landsting medan genomsnittet i landet visar en ökning på ca 2–3 procent per år. Samtidigt har besöksutvecklingen varit större i Stockholm än i övriga landsting.

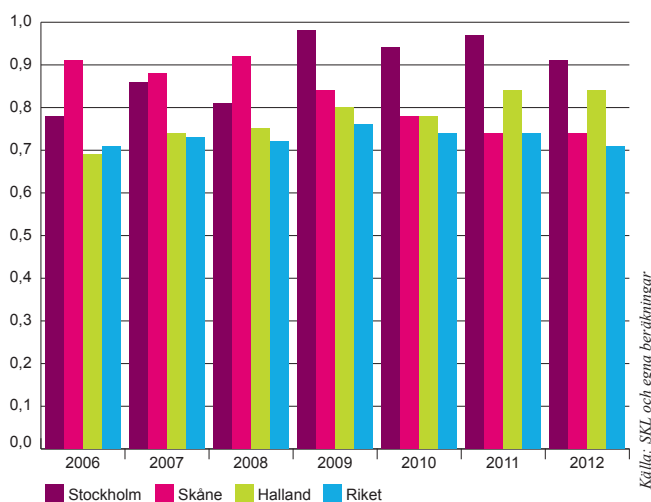
Genom att analysera relationen mellan kostnader och prestationer framgår att Stockholm inom en relativt oförändrad kostnadsram har höjt produktiviteten mer än genomsnittet i landet. *Tabell 1* och *Figur 1* visar den relativa produktiviteten för ett urval av landstingen 2006–2012. Produktiviteten är beräknad med metoden Data Envelopment Analysis (DEA) där antalet vårdkontakter har relaterats till kostnaderna för primärvården i respektive landsting. Ett högt DEA-värde innebär en högre produktivitet relativt sett.

Tabell 1: Utfall i DEA-modell för tio landsting och Riket 2006–2012

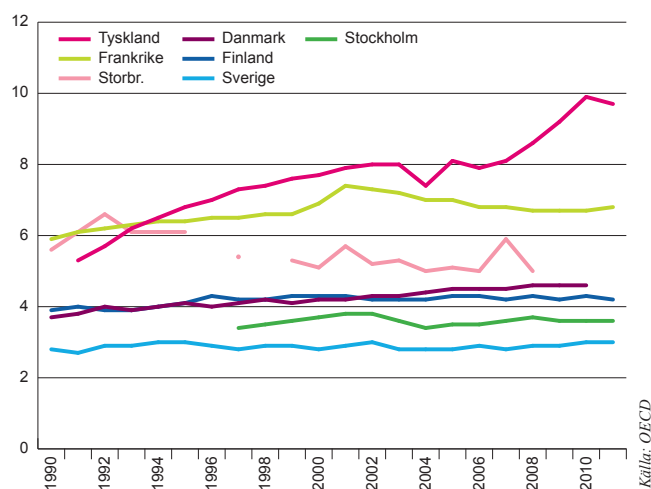
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dalarna	0.76	0.82	0.76	0.78	0.57	0.59	0.62
Halland	0.69	0.74	0.75	0.80	0.78	0.84	0.84
Jämtland	0.57	0.65	0.66	0.61	0.77	0.80	0.81
Jönköping	0.58	0.60	0.61	0.59	0.63	0.68	0.67
Kronoberg	0.63	0.75	0.80	0.95	0.96	1.00	0.85
Skåne	0.91	0.88	0.92	0.84	0.78	0.74	0.74
Stockholm	0.78	0.86	0.81	0.98	0.94	0.97	0.91
Västerbotten	0.64	0.70	0.74	0.75	0.76	0.77	0.74
Västmanland	0.84	0.82	0.75	0.76	0.75	0.65	0.56
Västra Götaland	0.72	0.70	0.69	0.69	0.71	0.72	0.62
Riket	0.71	0.73	0.72	0.76	0.74	0.74	0.71

Källa: SKL och egna beräkningar

Figur 1: Utfall i DEA-modell för Stockholm, Halland, Skåne och Riket 2006–2012



Figur 2: Antal läkarbesök per invånare i ett antal OECD-länder och Stockholm, 1990–2011



Källa: OECD

Lågt antal läkarbesök i Sverige

Vårdvalsreformerna har generellt inneburit en expansion av primärvården i form av nyetablerade privata mottagningar och en förbättrad tillgänglighet samt högre vårdutnyttjande. Det har rests farhågor om en okontrollerad ökning av läkarbesöken. Den optimala nivån kan alltid diskuteras men vårdvalet har inte inneburit en okontrollerad ökning. Även med hänsyn till den ökning av antalet läkarbesök som vårdvalsreformerna har lett till under senare år ligger nivån för såväl Stockholm läns landsting som genomsnittet i Sverige på en internationellt låg nivå (Figur 2).

Från den internationella statistiken går det inte att utläsa en uppdelning mellan primärvård och övrig öppen specialiserad vård. För en jämförelse med de nordiska länderna finns statistik per vårdform och där framgår att såväl primärvårdens andel av läkarkåren som andelen läkarbesök är relativt låg i Sverige i jämförelse med övriga Norden.

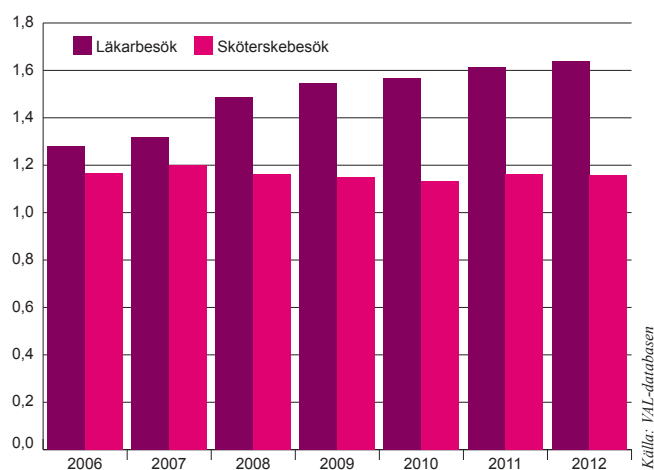
Tillgänglighet

En av de främsta målsättningarna med vårdvalsreformen inom husläkarverksamheten i Stockholm var att förbättra patienternas tillgänglighet till primärvården. Med den fria etableringen gavs möjligheter för ett ökat utbud av aktörer på marknaden samtidigt som det nya ersättningsystemet gav incitament att öka antalet besök. Båda förändringarna skapade förutsättningar för en ökad produktion. I detta avsnitt summeras resultaten avseende utvecklingen av tillgängligheten, kostnaderna, produktiviteten och patientnöjdheten inom husläkarverksamheten.

Fler besök inom husläkarverksamheten

Antalet vårdkontakter inom husläkarverksamheten har ökat kraftigt sedan införandet av vårdval. Det totala antalet besök på mottagning eller i hemmet hos läkare eller sköterska (sjuksköterska och undersköterska) ökade från 4,8 miljoner 2007 till 5,8 miljoner 2012. *Figur 3* visar utvecklingen av antalet besök per invånare under perioden 2006 till 2012. Som figuren visar kan ökningen i princip helt tillskrivas förändringen av antalet läkarbesök då antalet sköterskebesök per invånare har varit relativt konstant under uppföljningsperioden. Ökningen av läkarbesök kan både förklaras av att fler personer gör besök och av att de som gör besök gör fler besök per person.

Figur 3: Antal läkarbesök och sköterskebesök per invånare 2006–2012



Orsaken till att läkarbesök ökar mer än sköterskebesök kan kopplas såväl till utbudssidan som till efterfrågesidan. Vårdgivarna kan påverka besökstyp, men även patienternas efterfrågan kan styra valet av vårdgivarkategori.

Kostnaderna under kontroll

Kostnadskontrollen är central inom hälso- och sjukvården eftersom patienten vid vårdkontakten endast betalar en mindre del av vårdkostnaden. Kostnadssidan påverkas även av hur ersättningen till vårdgivarna utformas. Stockholm har en hög andel prestationsersättning i sin ersättningsmodell i jämförelse med andra landsting. En renodlad prestationsersättning kan medföra problem med kostnadskontroll men ersättningsmodellen i Stockholm är en mix av fast och rörlig ersättning som reducerar denna effekt. Med den fasta ersättningen är vårdgivarna även beroende av en hög listning, vid sidan av att utföra besök. Därtill finns det mekanismer som ersättningstaket som bromsar kostnadsutvecklingen. Något problem med kostnadskontroll har därmed inte uppstått och kostnaderna för husläkarverksamheten har i fasta priser (justerat med LPI för ökade pris- och lönenivåer) varit i stort sett oförändrade. Sett per invånare har kostnaderna minskat sedan införandet av vårdval.

Tabell 2 redovisar den totala kostnadsutvecklingen för husläkarverksamheten under åren före och efter införandet av vårdvalsreformen. I tabellen har kostnader även räknats om till fasta priser samt relaterats till befolkningsutvecklingen i länet.

Tabell 2: Kostnaden för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2006 till 2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kostnad för husläkarverksamhet hemsjukvård (löpande priser, tkr)	3 253 841	3 394 741	3 530 462	3 608 554	3 755 517	3 875 916	4 004 578
Förändring av kostnad sedan föregående år (löpande priser)	–	4.3%	4.0%	2.2%	4.1%	3.2%	3.3%
Kostnad för husläkarverksamhet (2012 års fasta priser, tkr)	3 854 858	3 874 551	3 900 730	3 901 187	3 964 909	3 984 442	4 004 578
Förändring av kostnad sedan föregående år (2012 års fasta priser)	–	0.5%	0.7%	0.0%	1.6%	0.5%	0.5%
Befolkning exkl. Norrtälje (dec varje år)	1 863 268	1 894 291	1 925 735	1 963 255	1 998 263	2 035 228	2 070 372
Befolkningsutveckling	–	1.7%	1.7%	1.9%	1.8%	1.8%	1.7%
Kostnad per invånare (2012 års fasta priser)	2 069	2 045	2 026	1 987	1 984	1 958	1 934
Förändring av kostnad per inv. (2012 års fasta priser)	–	-1.1%	-1.0%	-1.9%	-0.1%	-1.3%	-1.2%

Källa: Raitindance

Ökad produktivitet

För att bedöma hur ökningen av resurser relateras till förändringar av prestationer har produktiviteten inom husläkarverksamheten analyserats med olika metoder.

Figur 4 presenterar produktiviteten med en benchmarkingmetod (Data Envelopment Analysis) där kvantitativa prestationsmått i form av olika typer av vårdkontakter relaterats till kostnader.

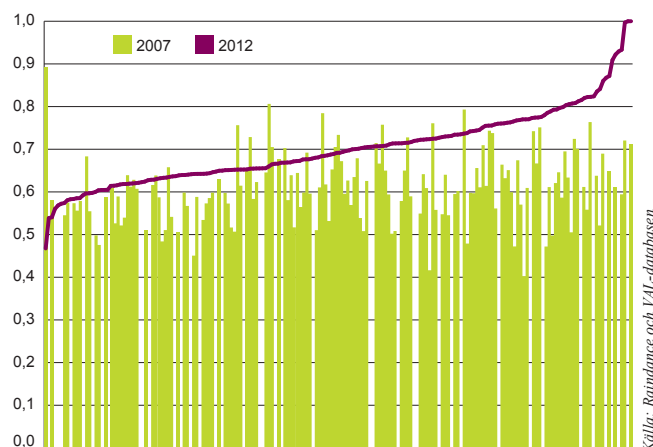
I figuren redovisas produktiviteten för år 2007 och 2012 enligt DEA-metoden. Generellt ligger värden för år 2012 över 2007 vilket visar på en positiv produktivitetsutveckling. Med utgångspunkt från kostnadsutvecklingen kan vi konstatera att produktivitetsökningen skett inom en relativt oförändrad resursram.

Högre produktivitet genom fler återbesök?

En ökning av produktiviteten inom husläkarverksamheten kan uppnås på flera sätt. En orsak kan vara att individer som tidigare inte utnyttjat primärvård nu efterfrågar besök. Det kan även vara så att patienter som tidigare efterfrågat primärvård ökat antalet besök. Det har även funnits farhågor att vårdvalsreformen skulle ge upphov till onödiga besök genom att vårdgivare till exempel delar upp ett besök på flera tillfällen. För att undersöka om det finns en tendens till att vårdgivarna systematiskt kallar in patienten till extra besök har andelen nybesök som följs av återbesök analyserats. Eftersom registreringen av återbesök är otillförlitlig har vi definierat återbesök som förekomst av

ett nytt läkarbesök inom 10 dagar efter ett nybesök på samma mottagning. Nybesök i sin tur definieras som ett läkarbesök vid en husläkarmottagning som har föregåtts av en period på minst 30 dagar utan någon vårdkontakt.

Figur 4: DEA-värden per mottagning 2007 och 2012. Mottagningarna är sorterade efter utfallen år 2012.



Källa: Raitindance och V/L-databasen

Figur 5 redovisar utvecklingen av andelen nybesök som följts av minst ett återbesök. Andelen återbesök ökar från 2006 till 2009 för att sedan minska något fram till år 2012. Nivån 2012 ligger något över nivån i början av uppföljningsperioden men ökningen är marginell och förklarar endast en mindre del av den ökade produktiviteten.

Den äldsta åldersgruppen har ökat andelen återbesök något mer än de yngre vilket skulle kunna tyda på en omställning av produktionen mot att ett hälsoproblem behandlas i taget vid varje besök. Den generella bedömningen är emellertid att vårdgivarna inte satt i system att dela upp ett besök på flera kontakttillfällen.

Oförändrad patientnöjdhet

Även om tillgängligheten har ökat kan detta inte utläsas i form av ökad patientnöjdhet. Varje år skickas en patientenkät ut till ett urval av de patienter som har besökt en husläkarmottagning. Vi har följt svaren på frågor om delaktighet, bemötande, information och helhetsintryck över tid och svaren visar vare sig ökad nöjdhet eller missnöje. En regressionsmodell med patientnöjdhet som beroende variabel visar emellertid att patientnöjdheten ökar med andelen läkarbesök och andelen äldre, medan högt vårdbehov skattat med CNI visar ett negativt samband med patientnöjdhet.

Husläkarverksamhetens andel av den öppna vården ökar

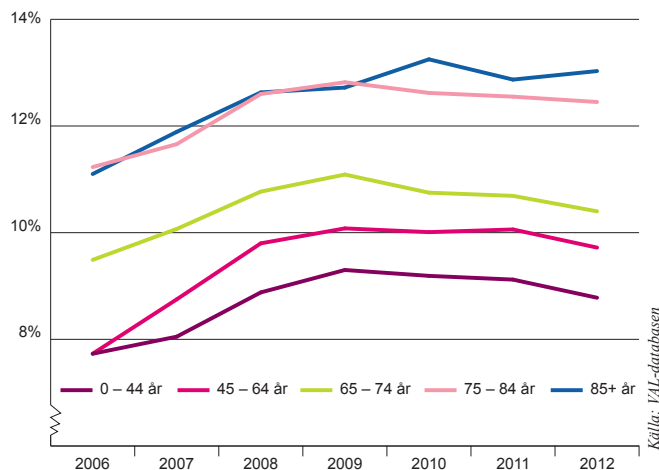
Ett generellt problem inom hälso- och sjukvården är att verksamheter och resursfördelning ofta är organiserade separat för varje vårdform. Samtidigt finns ett beroende mellan aktiviteter vid skilda vårdformer. Även om det inte är en uttalad målsättning inom Vårdval Stockholm att avlasta andra vårdformer är det av intresse att studera hur utvecklingen av primärvården påverkat andra vårdformer.

Figur 6 presenterar hur läkarbesökens andel förändrats för olika vårdformer under perioden med vårdval. På grund av förändringar i registreringen i VAL-databasen har besök vid MVC och BVC exkluderats ur sammanställningen.

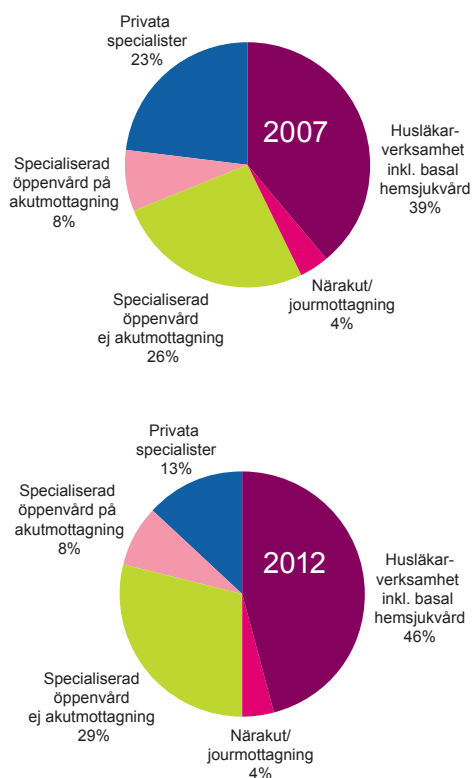
Från figuren kan vi utläsa att husläkarverksamhetens andel av läkarbesöken ökat och uppgår senaste året till nästan hälften av alla besök. Den kraftigaste minskningen har under samma period ägt rum för privata specialister som i huvudsak ersätts efter den nationella läkartaxan. En förskjutning har också skett i registreringen från privata specialister till gruppen specialiserad öppenvård efter införandet av vårdval inom vissa specialiteter. När det gäller besök på akutmottagning har andelen inte ökat även om det har skett en viss ökning i det faktiska antalet besök.

Totalt sett ökar antalet läkarbesöken per invånare, vilket emellertid också beror på andra faktorer än vårdsvälformen. Generellt sker en förskjutning från slutna vård till öppna vård i olika former, där primärvårdens andel ökar.

Figur 5: Andel nybesök som följts av minst ett återbesök



Figur 6: Fördelning av läkarbesök inom olika öppna vårdformer 2007 och 2012



Källa: VAL-databasen

Valfrihet, konkurrens och marknad

Vid sidan av tillgänglighet har en central målsättning med Vårdval Stockholm varit att ge medborgarna valfrihet och att öka mångfalden av vårdgivare inom husläkarverksamheten. I detta avsnitt analyseras hur etableringen sett ut geografiskt, hur konkurrensförhållandena och ägandestrukturen utvecklats samt hur medborgarna utnyttjat sina valmöjligheter vid listning.

Geografisk etablering

Under åren med vårdvalsreformen har antalet husläkarmottagningar ökat totalt sett. De flesta nyetableringarna ägde rum under det första året med Vårdval Stockholm. Under år 2008 tillkom 27 nya mottagningar och åren därefter har 6–10 nya mottagningar per år tillkommit. Under åren 2008 till 2012 etablerades totalt 58 nya mottagningar och 12 mottagningar lades ned på grund av konkurser eller politiska beslut, dessutom skedde sammanslagningar av flera av SLSO:s mottagningar.

Den geografiska spridningen varierar mellan områden och stadsdelar. En viss koncentration finns till Stockholms innerstad, men det finns även flera ytterområden som uppvisar en stor andel nyetableringar som till exempel Södertälje. I tidigare rapporter har vi visat att kommuner och stadsdelar med låg andel besök vid egna husläkarmottagningar har fler nyetableringar.

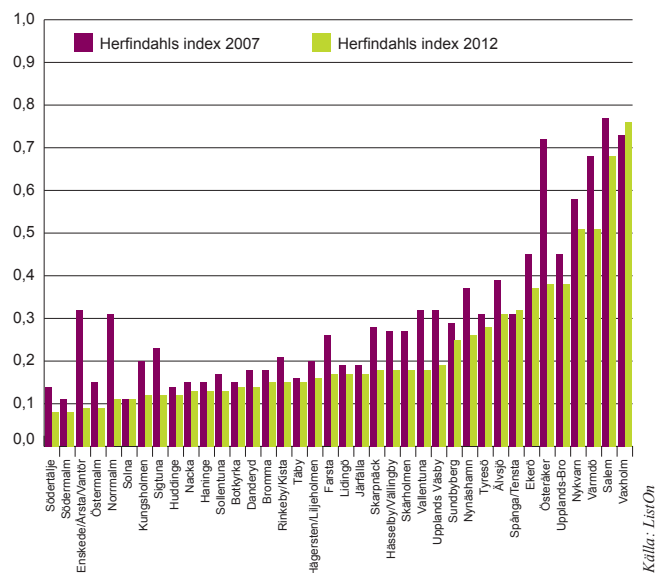
Konkurrens

Förutsättningar för en effektiv konkurrens avgörs av flera faktorer som mångfald av producenter utan dominans, fritt in- och utträde till marknaden, information om kvalitet och pris för konsumenterna med mera. Erfarenheterna visar att det är svårt att etablera en effektiv konkurrens inom sjukvården. Husläkarverksamheten är den del av sjukvården där förutsättningarna är relativt goda för en effektiv konkurrens i form av många producenter att välja mellan. Detta är till exempel svårare att åstadkomma inom avancerad specialist- och sjukhusvård. I detta avsnitt undersöks en central förutsättning för en effektiv konkurrens genom att studera

utvecklingen av antalet aktörer och marknadsandelar.

Graden av konkurrens mäts genom att studera koncentrationen av utbudet till antalet producenter. Koncentration är ett sätt att mäta frånvaro av konkurrens. Med hjälp av Herfindahls index som antar ett värde mellan noll (perfekt konkurrens) och ett (monopol) får vi ett mått på koncentrationen. *Figur 7* presenterar konkurrensgraden för de olika stadsdelarna/områdena i Stockholm. Som figuren visar har konkurrensen ökat i alla områden med undantag för Vaxholm och Spånga/Tensta.

Figur 7: Grad av konkurrens för husläkarlistning mätt som Herfindahls index (0=perfekt konkurrens, 1=monopol)



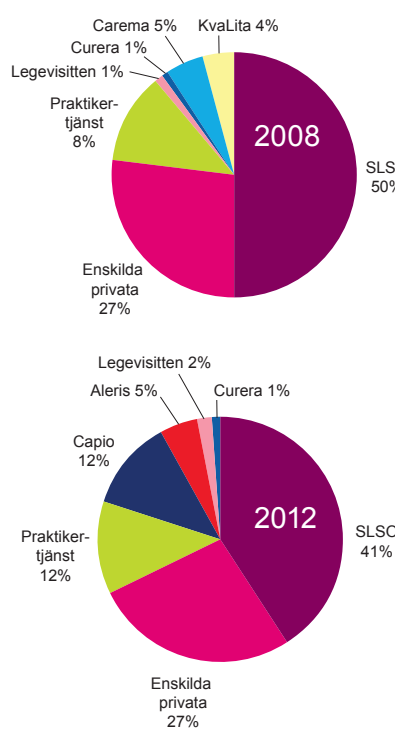
Källa: ListOn

Ägande

Under åren med vårdvalsreformen har andelen privat vård ökat. Det beror främst på att nyetableringarna uteslutande varit privata men också på att landstinget avyttrat ett mindre antal offentliga mottagningar. Aktörerna på marknaden fördelar sig mellan de offentligt ägda vårdcentralerna (SLSO), större företag i branschen som Praktikertjänst, Aleris och Capio samt mindre mottagningar som ägs och drivs av enskilda läkare. *Figur 8* redovisar fördelningen av den totala omsättningen per ägargrupp för åren 2008 respektive 2012.

Den största förändringen är den minskade andelen av det offentliga ägandet. Privata koncerners andel har ökat från cirka 11 procent av omsättningen 2008 till cirka 20 procent 2012 vilket dock är en betydligt lägre andel än på till exempel marknaden för äldreomsorg. Den största förändringen inom den privata sektorn är Capios uppköp av KvaLitas och Caremas vårdcentraler vilket inneburit att Catio nu är den största privata aktören inom Vårdval Stockholm.

Figur 8: Andel av omsättningen per ägargrupp 2008 och 2012



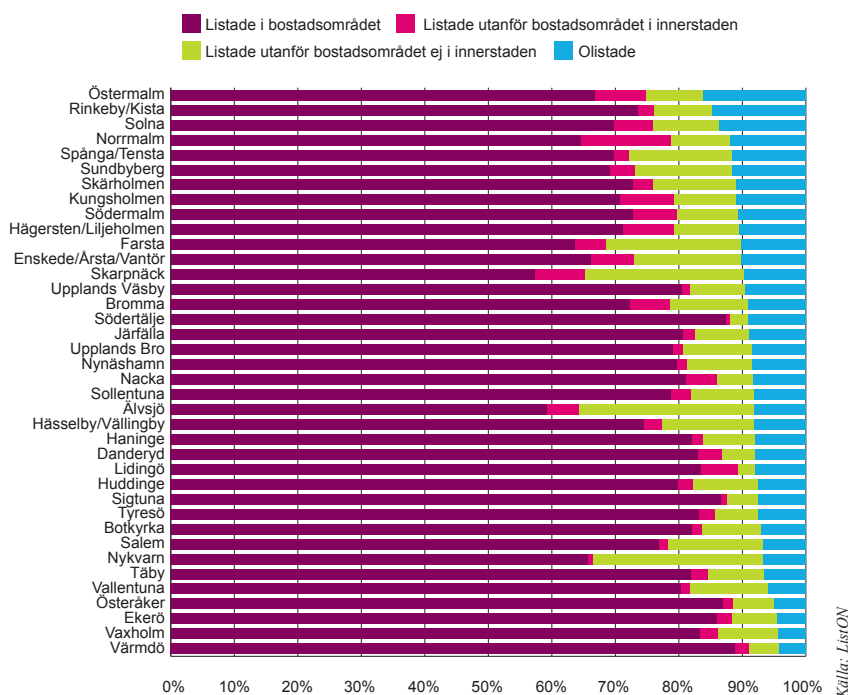
Listning

Med vårdvalsreformen uppmuntrades invånarna att lista sig vid sin husläkarmottagning. Inom Vårdval Stockholm har så kallad aktiv listning tillämpats, vilket innebär att mottagningarna inte får ersättning för olistade invånare i den kommun eller stadsdel man etablerat sig. Invånarna i Stockholms län har haft möjlighet att lista sig vid såväl mottagningar inom som utanför den egna kommunen eller stadsdelen. *Figur 9* redovisar hur invånarna i olika stadsdelar/kommuner valt att lista sig i det egna området, i innerstaden eller annat område.

Av figuren framgår att det är främst befolkningen i vissa närförorter som listar sig utanför den egna kommunen/stadsdelen. Kommuner i ytterområden har naturligt den högsta andelen listning i den egna kommunen. Vissa undantag förekommer som Upplands-Bro och Vaxholm.

Störst rörlighet när det gäller att byta mottagning ser vi bland de yngre invånarna, men byten sker i alla åldersgrupper. Individer med hög utbildning byter i något högre utsträckning mottagning än personer med lägre utbildningsnivå. Däremot byter personer med lägre inkomst mottagning i större utsträckning än personer med högre inkomst.

Figur 9: Fördelning av listningsalternativ per område



Jämlikhet

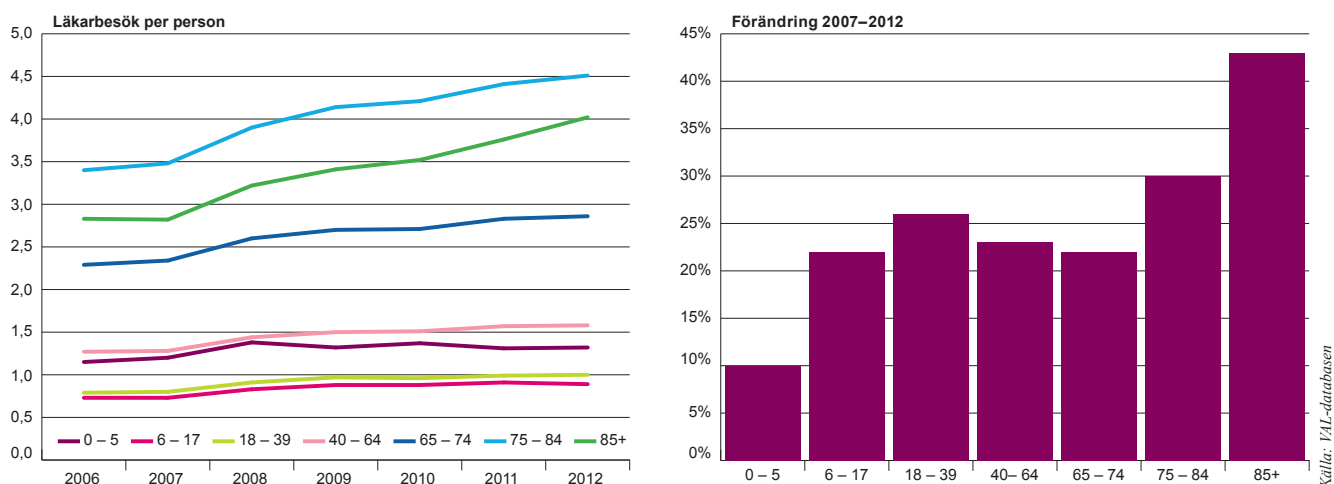
En viktig aspekt vid uppföljning av reformer inom hälso- och sjukvården är fördelningsperspektivet. Hälso- och sjukvårdslagens fastställda mål med ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” innebär att fördelningen av vårdtjänster ska utgå från behov. Behovsbegreppet är dock inte tydligt definierat och i olika definitioner har faktorer som ålder, inkomst, civilstånd, förekomst av sjukdom, boendestandard, familjesituation med mera beaktats. En central fråga när det gäller vårdvalsreformen är om ökningen i framförallt läkarbesök sedan införandet av vårdval har kommit alla till godo, eller om vissa grupper har gynnats på bekostnad av andra. De fördelningsaspekter som studeras i denna rapport är skillnader mellan kön, ålder och socioekonomiska grupper.

Ålder och kön

En redogörelse av fördelningen i vårdutnyttjande mellan olika åldersgrupper är kanske den viktigaste fördelningsaspekten. Åldern är den faktor som mest speglar skillnader i behov och vårdutnyttjande. Tidigare studier visar på ett ökande behov med stigande ålder. Även skillnader mellan kön visar på olika behov beroende på sjukdomsproblem och ohälsa. Kvinnor har tidigare haft en högre konsumtion av såväl primärvård som total vårdkonsumtion. *Figur 10* redovisar utvecklingen av antal läkarbesök för olika åldersgrupper under perioden med vårdval.

De äldsta åldersgrupperna har haft ett klart högre vårdutnyttjande under hela tidsperioden och ökningen mellan 2007 och 2012 har varit störst bland de äldre. Relativt stora ökningar, om än från en låg utgångsnivå, noteras för de yngsta åldersgrupperna. Ingen åldersgrupp har minskat sitt vårdutnyttjande. Beträffande fördelningen mellan kön har kvinnor fortfarande ett högre vårdutnyttjande än män, men ökningen för män är relativt sett något större.

Figur 10: Utveckling av antal läkarbesök vid mottagning per individ och åldersgrupp 2006–2012, samt förändring 2007–2012



Socioekonomiska skillnader

Fördelningen av inkomst och ohälsa är ojämn i Stockholmsregionen. Hur vårdutnyttjandet har utvecklats mellan olika socioekonomiska grupper har i tidigare rapporter analyserats för geografiska områden med olika medelinkomst. I detta avsnitt uppdateras dessa siffror och fördelningen mellan inkomstgrupper analyseras även med individdata. I tidigare rapporter redovisas att läkarbesöken ökat mer i områden med lägre medelinkomst än i områden med högre medelinkomst sedan införandet av vårdvalsreformen, men att resursfördelningen gått i motsatt riktning. Denna utveckling är stabil och presenteras för hela tidsperioden i *Figur 11*.

I figuren anges ett koncentrationsindex per år, dels för läkarbesök, dels för resurser mätt som landstingets kostnad per listad individ. Måttet beskriver relationen mellan ett kumulativt antal individer, i detta fall befolkningen i Stockholms läns olika områden, och ett kumulativt antal besök eller resurser. Ett negativt värde innebär att områden med lägre inkomster konsumerar fler besök eller erhåller mer resurser än områden med högre inkomster.

Utvecklingen visar en relativ ökning av besök i låginkomstområden, medan höginkomstområden relativt sett erhållit en ökad tilldelning av resurser. Utvecklingen för såväl läkarbesök som resurser visar negativa värden, det vill säga att låginkomstområden har ett högre vårdutnyttjande än rikare områden, vilket till stor del förklaras av ett större vårdbehov.

Ett problem med områdesdata är att skillnader och förändringar inom områdena inte framgår. Det innebär en risk för feltolkning (s.k. ecological fallacy). En analys med individdata ger en mer detaljerad och rättvis bild av fördelningen.

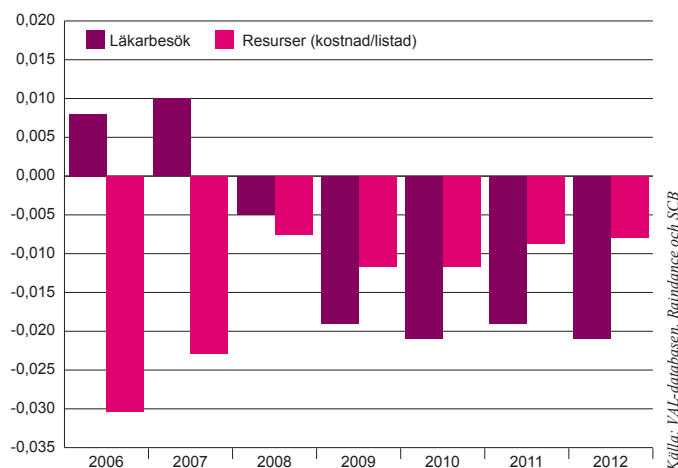
I följande avsnitt baseras analysen på individdata från SCB och SLL, men endast med inkomstuppgifter för 2009 och 2010. Det innebär ett antagande att inkomsten varit oförändrad för alla individer under tidsperioden vilket kan leda till felaktigheter för främst äldre som minskar sin inkomst över åren och samtidigt ökar sitt vårdutnyttjande. Det innebär också att bara de individer som har bott i Stockholms län och har haft inkomstuppgifter för 2009–2010 har inkluderats, vilket ger ett bortfall framförallt för äldre i början av perioden som inte överlever till 2010. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet.

Till skillnad från analysen på områdesnivå visar det individbaserade datamaterialet att individer med högre inkomst har ökat sin relativa vårdkonsumtion i högre utsträckning än individer med lägre inkomst. Skillnaden i resultat beroende på om individ- eller områdesdata används verkar delvis bero på att individer som tillhör den högsta inkomstgruppen men som bor i områden med låg medelinkomst har ökat sin vårdkonsumtion i hög utsträckning.

Personer med hög utbildning har dock inte ökat sin konsumtion mer än personer med lägre utbildning. Den ojusterade datan visar också att personer födda i Norden utanför Sverige är den grupp som ökat sin relativa konsumtion av läkarbesök mest. Att personer födda i Norden utanför Sverige har ökat sin konsumtion mest kan förklaras av en ålderseffekt. Åldern kan också spela in i förändringen mellan utbildningsgrupper och inkomstgrupper. Vi analyserar därför materialet med hjälp av regressionsanalyser som gör det möjligt att konstanthålla effekterna av ålder och övriga variabler. Med hjälp av regressionsanalyserna kan vi iaktta effekterna av variablerna inkomst, utbildning respektive födelseland under antagandet ”allt annat lika”.

För varje variabel är en av grupperna vald som referens. Övriga grupper skattade konsumtion presenteras i relation till referensgruppen. Data presenteras för åren 2007 och 2012, som mätpunkter för situationen före och efter införandet av vårdvalsreformen.

Figur 11: Koncentrationsindex läkarbesök/område 2006–2012 och koncentrationsindex kostnad/listad/område 2006–2012



Inkomst

Figur 12 presenterar den relativa konsumtionen av läkarbesök för olika inkomstgrupper 2007 och 2012. Vi har delat in inkomstgrupperna i fyra kvartiler från lägst inkomst (kvartil 1) till högst inkomst (kvartil 4).

Inkomstgränserna är som följer:

- kvartil 1: 0–150 000 kr/år
- kvartil 2: 150 000–225 000 kr/år
- kvartil 3: 225 000–310 000 kr/år
- kvartil 4: 310 000 kr/år och mer

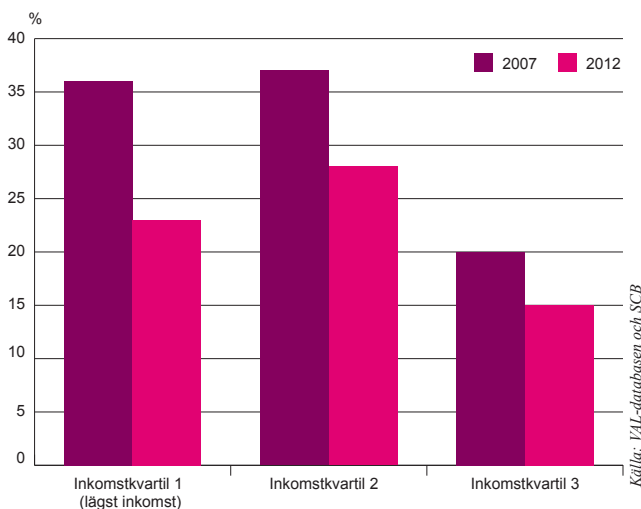
Inkomstuppgiften är disponibel inkomst per hushållsenhet. Analysen inkluderar invånare i åldrarna 20 till 99 år.

Kvartil 4 har valts som referensgrupp och staplarna visar hur många procent fler besök per individ som individerna i respektive inkomstkvartil gör 2007 och 2012 i förhållande till kvartil 4 med högst inkomst.

Som framgår av figuren har de två kvartilerna med lägst inkomst högst vårdutnyttjande under båda åren, vilket är naturligt mot bakgrund av tidigare studier som visat på större hälsoproblem och större vårdbehov bland dessa grupper. Avståndet till kvartilen med högst inkomst har emellertid minskat vilket tyder på att inkomstkvartil 4 har ökat sin förväntade konsumtion mer än inkomstkvartil 1 och 2.

Eftersom vi inte har uppgifter för vårdbehov kan vi inte uttala oss om hur mycket mer konsumtion som är motiverad för lägre kvartiler i jämförelse med högre. I absoluta tal

Figur 12: Hur många procent fler besök per individ gör individerna i inkomstkvartilen i relation till individerna i kvartil 4 (kvartilen med högst inkomst)?*



*När hänsyn tagits till skillnader i ålder, kön, utbildning och födelseland mellan grupperna. Procentalen baserar sig på respektive års Incident Rate Ratio för inkomstvariabeln och är ett effektestimater och inte en faktisk skillnad i medelvärdet. 2007 respektive 2012 års värden är skattade i separata modeller

ökar samtliga kvartiler sin konsumtion av läkarbesök mellan år 2007 och 2012, det vill säga skillnaderna i utvecklingen har inte skett på bekostnad av någon grupp, utan skillnaderna beror på att ökningen har varit olika för grupperna.

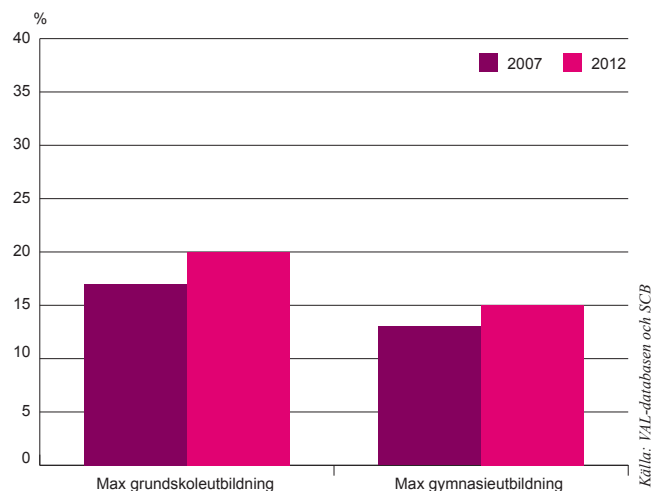
Det bör även poängteras att kvartil 1 och 4 inte är homogena grupper. I kvartil 1 finns ett antal individer som saknar inkomst eller har en negativ inkomst. Dessa individer har ett lågt vårdutnyttjande som skiljer sig från övriga individer i kvartilen, det vill säga de bidrar till ett lägre vårdutnyttjande för kvartil 1. Kvartil 4 innehåller stora variationer i inkomster i jämförelse med övriga kvartiler.

Utbildning

Utbildningsnivå är ett annat alternativ för att studera vårdutnyttjande för socioekonomiska grupper. I SCB:s statistik redovisas utbildning i tre kategorier: I) utbildning upp till 9 år (motsvarande grundskola), II) utbildning mellan 10–12 år (gymnasium) samt III) utbildning mer än 12 år (högskola). **Figur 13** redovisar resultaten från regressionsanalysen för utbildningsvariabeln.

Från figuren kan vi utläsa att högutbildade, som ofta har lägre vårdbehov, även har ett lägre vårdutnyttjande. Utvecklingen visar att avståndet har ökat mellan grupperna, det vill säga att individer med kortare utbildning har ökat sitt vårdutnyttjande i relation till högutbildade.

Figur 13: Hur många procent fler besök per individ gör individerna med max grund- eller gymnasieskoleutbildning i relation till individer med högskoleutbildning?*



*När hänsyn tagits till skillnader i ålder, kön, inkomst och födelseland mellan grupperna. Procentalen baserar sig på respektive års Incident Rate Ratio för utbildningsvariabeln och är ett effektestimater och inte en faktisk skillnad i medelvärdet. 2007 respektive 2012 års värden är skattade i separata modeller

Födelseland

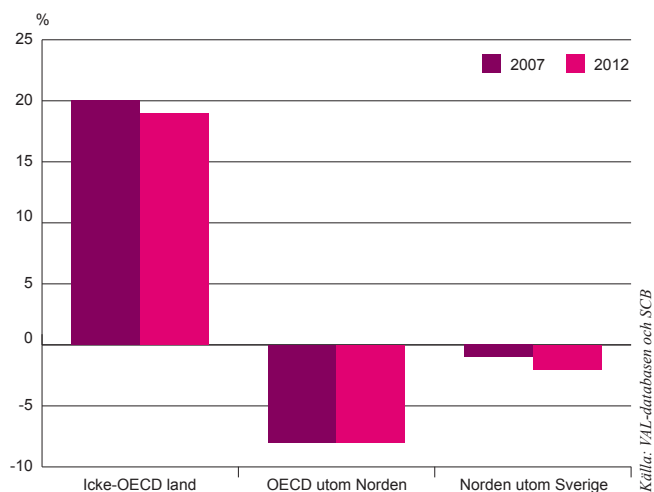
De socioekonomiska skillnaderna kan även belysas utifrån födelseland. Resultaten från regressionsanalysen för variabeln födelseland redovisas i *Figur 14*.

Av figuren framgår att invånare födda i Norden och i OECD-länder har ett lägre vårdutnyttjande, medan individer födda utanför OECD har ett högre vårdutnyttjande. Detta förklaras sannolikt av skillnader i vårdbehov. Det föreligger inga eller mycket små skillnader mellan åren 2007 och 2012. Värt att notera är dock att den stora ökningen av läkarbesök som kunde iakttas för invånarna födda i Norden utanför Sverige helt försvinner när vi tar hänsyn till ålder och övriga variabler.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att vi inte ser några relativa skillnader när det gäller födelseland. När det gäller inkomst minskar skillnaderna mellan inkomstkvartilerna vilket innebär att kvartilen med högst inkomst har ökat sitt vårdutnyttjande i högre utsträckning än invånare i lägre inkomstkvartiler. Uppdelat på utbildningsnivå har personer med lägre utbildning i genomsnitt ökat sin vårdkonsumtion i högre utsträckning än högutbildade.

Att effekterna av utbildning och inkomst pekar åt olika håll ger anledning att fördjupa analyserna och studera den kombinerade effekten av olika socioekonomiska variabler. För att kunna dra säkrare slutsatser om hur olika socioekonomiska grupper vårdutnyttjande har förändrats efter införandet av vårdval bör området belysas med mer komplett individdata med inkomstuppgifter för fler år.

Figur 14: Hur många procent fler/färre besök per individ gör individer födda i utomlands i relation till individer födda i Sverige?*



*När hänsyn tagits till skillnader i ålder, kön, utbildning och inkomst mellan grupperna. Procenttalen baserar sig på respektive års Incident Rate Ratio för födelseland och är ett effekttestimat och inte en faktisk skillnad i medelvärden. 2007 respektive 2012 års värden är skattade i separata modeller

SLUTSATSER OCH AVSLUTANDE SYNPUNKTER

Resultaten från de första fem åren med husläkarverksamheten i Vårdval Stockholm visar att målsättningarna om tillgänglighet och ökad valfrihet kombinerat med en större mångfald har uppnåtts. Reformen har inneburit att man inom en i stort oförändrad kostnadsram erhållit en ökning av vårdutnyttjandet och tillgängligheten. Ökningen av främst läkarbesök inom husläkarverksamheten är ändå inte anmärkningsvärd hög. Även om Stockholm har flest antal läkarbesök per invånare i Sverige, är nivån låg i ett internationellt perspektiv. Den rörliga andelen av ersättningen har inte heller bidragit till ökade kostnader, men gett incitament till ökad produktivitet och tillgänglighet. Den mixade modellen med kombinerad rörlig och fast ersättning minskar extrema bieffekter och ger vårdgivarna motiv att både öka antalet listade individer och prestera besök.

Den ökade valfriheten och tillgängligheten tycks dock inte avspeglats i ökad patienttillfredsställelse. Analysen av patientnöjdheten visar att andelen läkarbesök och andelen äldre påverkar patientnöjdheten positivt. Störst negativ påverkan har Care Need Index (CNI), det vill säga ju större vårdbehov desto sämre patientnöjdhet. Flertalet mått baserade på omdömen från befolkningen visar på oförändrad bedömning. Detta gäller inte bara Stockholm utan flertalet landsting. Listningsmönstret inom landstinget visar att invånarna i allt större utsträckning listar sig utanför det egna boendeområdet och utnyttjar valfriheten. Störst är rörligheten hos yngre, men den ökar även hos äldre invånare. Det saknas dock kunskap om vilka faktorer som ligger till grund för byte av vårdgivare samt hur informationen till medborgarna används.

Beträffande fördelningsaspekter ser vi att en ökad konsumtion tillfallit alla grupper, det vill säga den ökade

tillgängligheten har inte skett på bekostnad av andra grupper. De äldre har en högre ökningstakt av antalet läkarbesök än de yngre. Områdesanalyser visar att resurser till områden med lägre genomsnittlig medelinkomst minskat relativt sett samtidigt som vårdutnyttjandet för invånarna i dessa områden ökat. Inkomstspridningen inom samtliga områden är däremot stor och analyser med inkomstdata på individnivå visar att det framför allt är personer med högst inkomst som har ökat sitt vårdutnyttjande mest. Allt för starka slutsatser bör inte dras av dessa resultat då data över inkomstuppgifter bara är baserad på två år samtidigt som vi analyserar besöksutvecklingen under en sexårsperiod. En analys av skillnader mellan individer med olika utbildningsnivå visar att lågutbildade ökade vårdutnyttjandet i högre utsträckning än högutbildade. För födelseland kunde inga påtagliga förändringar påvisas. Det finns dock anledning att fördjupa analyserna och studera den kombinerade effekten av olika socioekonomiska variabler när det gäller förändringen av vårdutnyttjandet under perioden med vårdval.

Ett problem med hälso- och sjukvården i Sverige och en del andra länder är primärvårdens begränsade roll samt bristande koordinering med övrig vård. Med vårdvalet har primärvården emellertid stärkts genom nya vårdgivare, en ökad tillgänglighet och utökad andel av den öppna vården. Samtidigt finns det anledning att se över samordning och integrering med övrig specialist- och sjukhusvård, där det idag saknas tydliga incitament och mekanismer för ett effektivt samarbete. Den expansion av primärvården som vårdvalsreformen lett till i Stockholm kommer att ställa krav på förbättrad kommunikation och samverkan mellan olika vårdformer.

TIDIGARE RAPPORTER

Rehnberg C, Janlöv N, Khan J. (2009) *Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008*. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2009:6, Stockholm.

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

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

Rehnberg C & Sveréus S. (2012). *Nyetabletering och listning inom Vårdval husläkarverksamhet i Stockholms län*, rapport 2012, Stockholm.

Införandet av Vårdval Stockholm inom husläkarverksamheten 2008 innebar dels att invånarna gavs rätt att fritt välja husläkarmottagning och dels att vårdgivare gavs rätt att fritt etablera sig givet vissa fastställda krav. Målsättningen med reformen var att förbättra tillgängligheten till vården och att öka valfriheten och mångfalden av vårdgivare. Denna utvärdering utgår ifrån reformens målsättningar och sammanfattar de fem första årens erfarenheter av Vårdval Stockholm med avseende på tillgänglighet, valfrihet och jämlikhet. För fördjupad information ingår även fyra underlagsrapporter i utvärderingen (Vårdvalsmodeller i Sverige och internationellt, Tillgänglighet, Valfrihet och Jämlikhet) med ytterligare analyser och med mer detaljerad information kring data och metoder.

Rapporten är framtagen av den hälsoekonomiska forskargruppen vid Medical Management Centre vid KI och Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning vid SLL, på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting. Forskargruppen har tidigare medverkat i flera uppföljningar av vårdvalsreformen i Stockholm och nationellt. Ekonomiska aspekter av hälso- och sjukvårdens finansiering, reglering och organisation är centrala aspekter i den hälsoekonomiska gruppens verksamhet. Det inbegriper även analys och utvärdering av incitament och regleringsmekanismer, bedömning av vårdens produktivitet och utvärdering av hälso- och sjukvårdssystemet på makronivå.