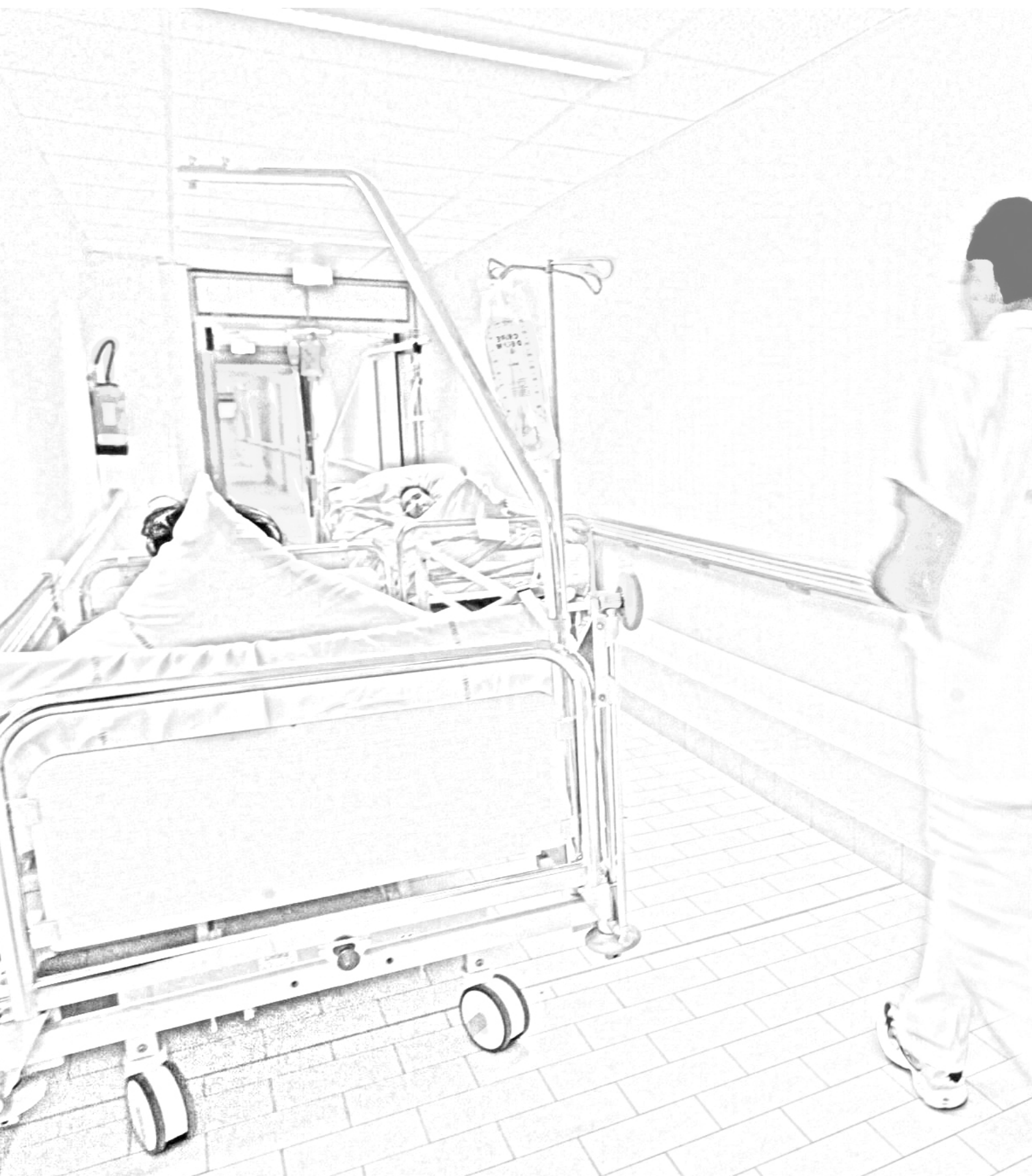


Förbättrad Velfärd

Jämlik vård och fria vårdval



Förord

Syftet med denna rapport är att sammanställa forskningen och de utvärderingar som har gjorts avseende jämlik vård och valfrihet i Sverige. Rapporten belyser även internationella erfarenheter i ämnet från olika länders sjukvårdssystem. Vidare diskuteras förutsättningar att kombinera målsättningen om jämlik vård med valfrihet inom hälso- och sjukvården. Slutligen förs ett resonemang kring vilka faktorer som påverkar en jämlik vård och hur vårdvalsreformerna kan ha påverkat fördelningen av vårdtjänster.

Valfrihetsreformerna har syftat till att överföra makt över vardagsbesluten från politiker och tjänstemän till enskilda medborgare. I många avseenden har reformerna varit lyckade. Samtidigt saknas ofta i debatten ett helhetsperspektiv kring hur vi på bästa sätt kan utveckla hela välfärden inom ramen för valfrihetsreformerna. Reformerna har inte vårdats tillräckligt väl och skulle i vissa fall behöva vidareutvecklas. Mot bakgrund av detta bedriver Svenskt Näringsliv ett omfattande arbete om hur vi bättre kan säkra att tuffa kvalitetskrav ställs på *alla* aktörer i välfärden. Förändringar i regelverken är i viss utsträckning nödvändigt men måste i sådana fall grundas på reella problem och stödjas av fakta. Projektet går under namnet *Förbättrad Välfärd*. Två rapporter har sedan tidigare publicerats inom ramen för projektet, *Etableringshinder i välfärden* (juni 2015) och *Sant och Falskt om företagande i välfärden* (augusti 2015).

Den aktuella rapporten är författad av Clas Rehnberg, professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet, som också står för slutsatserna. Ett stort tack till Anna Häger Glenngård, doktor i företagsekonomi vid Lunds Universitet, och Ulf Gerdtham, professor i hälsoekonomi vid Lunds Universitet, som båda har läst och kommenterat ett tidigare utkast av rapporten.

Rapporten inleds med en fristående kommentar från Svenskt Näringsliv. I denna ger Svenskt Näringsliv sin syn på rapportens övergripande slutsatser och resonerar också kring viktiga aspekter för att trygga en patientcentrerad och jämlik vård i framtiden.

Stockholm, januari 2016

Mikael Witterblad

Projektledare för *Förbättrad Välfärd*

Inledande kommentar från Svenskt Näringsliv

Varje dag görs mer än 49 000 patientbesök hos privata vårdgivare i primärvården. Sedan det lagreglerade vårdvalet infördes år 2010 har vi fått 20 procent fler vårdcentraler i landet och tillgängligheten har förbättrats. Vårdvalet har lett till kvalitetsdriven konkurrens, eftersom patientens möjlighet att välja och välja bort vårdgivare gör att ingen kan ta sina patienter för givna. Två av tre svenskar anser sig ha gjort ett aktivt val av vårdcentral. Fyra av fem patienter har minst två vårdcentraler i sin närhet att välja mellan.

Den aktuella rapporten är ett viktigt bidrag till kunskaperna kring olika fördelningsaspekter av införandet av vårdval. Slutsatserna i rapporten tyder på att det överlag inte finns någon motsättning mellan kvalitetskonkurrens och en patientcentrerad och behovsstyrd vård. Nedan följer några viktiga resultat som förtjänar att lyftas i diskussionen kring vårdval och en jämlik vård:

- **Tillgängligheten har ökat för alla patientgrupper.** Ett uttalat syfte med att införa vårdval i primärvården har varit att öka tillgängligheten i vården. Rapporten visar att införandet av vårdval i Sverige har inneburit en förbättrad tillgänglighet och viss ökning av besök inom primärvården. Alla patientgrupper i Sverige har ökat sitt vårdutnyttjande i absoluta termer.
- **Fördelningsprofilen mellan olika patientgrupper är överlag oförändrad.** Införandet av vårdval i Sverige verkar inte ha förändrat fördelningsprofilen avseende vårdutnyttjandet mellan olika patientgrupper (vad gäller inkomst och utbildningsnivå) i någon större utsträckning. Patienter med lägre inkomster och utbildningsnivå använder sig i högre utsträckning av primärvården, något som gäller både före och efter införandet av vårdvalet. De relativa skillnaderna för patientgrupper med sämre hälsa och större vårdbehov är motstridiga och visar på små förändringar över tiden.
- **Andra länder som haft valfrihet en längre tid har ofta mer jämlik vård.** En slutsats i rapporten är att många länder som haft valfrihet under lång tid har en mer jämlik vård än i Sverige. En jämförelse av Europas sjukvårdssystem tyder inte på att valfrihet samvarierar med ojämlik vård. Snarare uppvisar flera länder med lång erfarenhet av valfrihet en fördelning av vårdutnyttjandet som gynnar låginkomsttagare.
- **Primärvården är mer jämlik än specialistvården.** Låginkomsttagare nyttjar primärvården i högre utsträckning än höginkomsttagare. Samtidigt som den öppna specialistvården verkar gynna höginkomsttagare. Länder där låginkomsttagare har ett relativt högt vårdutnyttjande av primärvård har även en lång tradition med valfrihet.
- **Finansieringskällan viktig för en jämlik vård.** Det främsta skälet till en ojämlik fördelning av vårdtjänster är sannolikt skillnader i hälso- och sjukvårdens finansiering. Flera av de länder som uppvisar ett ojämlikt vårdutnyttjande har höga egenavgifter eller finansiering med privata försäkringar. Betalningsviljan får då en större betydelse för vårdutnyttjandet.
- **Regelverkens utformning har betydelse för en jämlik vård.** Rapporten lyfter betydelsen av att fylla ramverket kring vårdvalen med väl avvägda styrsystem och regelverk. Inte minst har ersättningssystemens utformning en stor betydelse. Viktigt är också att vården bedrivs på lika villkor, att vi har en fungerande tillsyn, goda sanktionsmöjligheter och förbättrar kvalitetsredovisningen till patienterna.

Viktiga aspekter i strävan efter en jämlik och behovsstyrd vård

Ur Svenskt Näringslivs perspektiv är en effektiv och patientcentrerad vård centralt för att – så långt möjligt – klara både en gemensam finansiering av vården och även en tillgänglig vård. Båda dessa aspekter visar sig i den aktuella rapporten vara viktiga för en jämlik vård. Det är också centralt att regelverk och styrsystem är utformade på ett sätt som gynnar en innovativ och patientcentrerad vård.

Svenskt Näringsliv har i tidigare sammanhang presenterat förslag i syfte att stärka regelverken så att de bättre främjar konkurrensneutralitet och en effektiv och behovsstyrd användning av skattemedlen.¹ Något som också är viktigt för en jämlik vård. Nedan beskrivs ett antal idéer som är värda att fundera vidare kring.

- **Säkra lika villkor mellan alla utförare vad gäller ersättningar.** Ersättningar på lika villkor är viktigt för att främja konkurrens och därigenom innovation och effektivitet. En effektiv vård möjliggör i sin tur i högre grad en gemensam finansiering av vården. Driftsunderskott i efterhand enbart till egenregi-verksamheter är ett exempel som skapar olika villkor och missgynnar privata utförare som vill etablera sig och som vill utveckla verksamheten.
- **Säkra lika villkor mellan alla utförare vad gäller etableringar.** Ersättningarna på lika villkor är centralt för att främja konkurrens och därigenom innovation och effektivitet. En effektiv vård möjliggör i högre grad en gemensam finansiering av vården.
- **Harmoniera ersättningsmodeller och ackrediteringsvillkor mellan landsting.** Idag finns 21 olika landsting som alla har olika principer för ersättning och ställer olika krav med olika ambitioner. Denna inbyggda skillnad mellan landstingen medför svårigheter att bedriva en jämlik vård.
- **Utforma ersättningar som utgår från patienters behov.** Patientsammansättningen som resursallokeringen utgår ifrån måste vara uppdaterad med aktuella uppgifter. En mera transparent process över hur ersättningen fastställs är därför önskvärd. Det är också rimligt att korrigera kapiteringen utifrån patientens behov utifrån exempelvis patientens vårdbehov och inkomst.
- **Stärkt tillsyn och sanktionsmöjligheter.** Landstingen bör löpande följa upp den medicinska kvaliteten och patientnöjdheten på vårdcentralerna. Vårdcentraler som inte uppnår tillräckligt hög kvalitet bör kunna stängas.
- **Bättre och enklare informationen till patienter.** Information om tillgänglighet och kvalitet måste vara likvärdig, lättillgänglig och enkel att ta till sig. Vite bör läggas landsting som inte lever upp till detta.

¹ Svenskt Näringsliv (2015), Så får vi mera välfärd för pengarna.

Jämlik vård och fria vårdval

Clas Rehnberg

Sammanfattning

Införandet av valfrihet inom hälso- och sjukvården motiveras med en förbättrad tillgänglighet, ett ökat patientinflytande och konkurrens mellan vårdgivare. Med valfrihetsmodellerna har vissa marknadsmekanismer introducerats inom hälso- och sjukvården. Det innebär emellertid inte en övergång till en marknadsstyrd sjukvård. Införandet av valfrihetsmodeller har gjorts inom ramen för en relativt hårt reglerad verksamhet med bibehållen offentlig finansiering. Detta innebär begränsningar i såväl valfriheten för patienten som i etableringsrätten för vårdgivare. Med en ökad valfrihet har det även framförts farhågor om en ökad ojämlikhet i vårdutnyttjandet.

Syftet med denna rapport är att sammanställa den forskning och de utvärderingar som gjorts kring jämlik vård och valfrihet i Sverige. Även de internationella erfarenheterna på systemnivå sammanfattas. Utifrån dessa sammanställningar diskuteras förutsättningar att kombinera målsättningen om jämlik vård med valfrihet inom hälso- och sjukvården. I rapporten diskuteras vilka faktorer som påverkar en jämlik vård samt hur vårdvalsreformerna kan ha påverkat fördelningen av vårdtjänster.

Med ökade möjligheter att kunna välja sin vårdgivare, inom främst primärvården, har svensk sjukvårdsstruktur närmat sig den modell som under lång tid existerat i främst europeiska socialförsäkringssystem, men även i vissa skattebaserade system i Europa. Med bibehållandet av den offentliga finansieringen skiljer sig såväl Sverige som flertalet europeiska system från till exempel den amerikanska sjukvården där valfrihet är kopplad till betalningsvilja genom antingen egna privata försäkringar eller vanligare försäkring genom arbetsgivaren. Även i länder med höga egenavgifter, oavsett om de tas ut av privat eller offentlig vård, påverkas vårdutnyttjandet och valfrihet av betalningsviljan.

I rapporten sammanställs studier av jämnt vårdutnyttjande i Sverige och flertalet OECD-länder för olika tidsperioder. Hälso- och sjukvården i Europa kan grovt delas in i två huvudmodeller: skattebaserade system och socialförsäkringssystem. I sammanställningen beaktas olika egenskaper i olika länders sjukvårdssystem. Det framkommer att flertalet länder där sjukvården ingår i socialförsäkringen haft en långtgående valfrihet under en lång tidsperiod. Även många skattebaserade system har haft en etablerad valfrihet inom främst primärvården. Jämförelser mellan länder av hur vårdutnyttjandet fördelas mellan socioekonomiska grupper är förknippat med flera metodologiska problem. Inom ämnet hälsoekonomi har emellertid ett samarbete pågått under cirka 20 år där forskare tillämpat samma metoder och använt någorlunda jämförbara data för att analysera fördelningsaspekter. I dessa analyser framgår skillnader över tid, mellan länder och mellan olika vårdformer. En viktig metodaspekt har varit att standardisera utfallen för skillnader i vårdbehov mellan socio-ekonomiska grupper där det finns ett generellt mönster i samtliga länder att individer med lägre inkomster har sämre hälsa och större vårdbehov.

Länder med valfrihetssystem uppvisar inte mindre jämlikhet än länder utan valfrihet

Eftersom flertalet länder som ingått i studierna har en lång tradition med valfrihet inom hälso- och sjukvården är det svårt att uttala sig om sambandet mellan valfrihet och jämlik vård. Vi kan dock konstatera att flertalet länder med socialförsäkringssystem och valfrihet uppvisar ett mönster som är neutralt eller gynnar låginkomsttagare. Det

gäller till exempel Belgien och Tyskland. Däremot visar ett antal skattebaserade system där valfrihet saknats ett mönster som gynnar höginkomsttagare inom främst specialiserad öppenvård, men även inom primärvården. Det är bland annat Finland och Portugal. Resultaten för dessa två länder kan förklaras av speciella egenskaper som den roll företagshälsovården har i Finland och relativt höga patientavgifter i Portugal. Även de svenska resultaten före införandet av valfrihetsreformer visar för den totala öppenvården på ett mönster som gynnar höginkomsttagare.

Primärvården mer jämlik än specialistvården

Ett tydligt mönster som framträder i nästan alla länder när fördelningsaspekter analyseras för olika vårdformer, är att vårdutnyttjandet inom primärvården är större för låginkomsttagare än för höginkomsttagare. I de internationella sammanställningar som gjorts under senare tid visar resultaten tydligt att den öppna specialistvården har en profil som gynnar höginkomsttagare. Detta gäller oavsett om den totala öppna vården har ett mönster som gynnar låg- eller höginkomsttagare. De länder där låginkomsttagare har ett relativt högre vårdutnyttjande av primärvården, har även en lång tradition med valfrihet. En slutsats av detta kan vara att en expansion och förbättrad tillgänglighet av primärvårdssektorn öppnar upp möjligheter till en mer jämlik vård.

Erfarenheterna av de svenska vårdvalsreformerna

Vårdvalsreformerna har endast varit i bruk en kortare period och det finns flera problem med såväl tillgång på data som metodologiska överväganden i de studier som genomförts. Vi kan dock konstatera att införandet av vårdval har inneburit en förbättrad tillgänglighet och viss ökning av besök inom primärvården. Det har tillkommit ett relativt stort antal nya vårdgivare inom primärvården. Det föreligger dock relativt stora skillnader mellan olika landsting som kan bero dels på landstingens styrsystem, dels på olika förutsättningar för valfrihet och konkurrens. Nyetableringarna av vårdcentraler har främst ägt rum i tätortsområden medan tillgängligheten i glesbygden i stort är oförändrad. Beträffande utvecklingen för olika socioekonomiska grupper och individer med olika sjukdomsgrad visar de uppföljningar som gjorts att flertalet grupper ökat sitt vårdutnyttjande i absoluta termer. De uppföljningar som gjorts av de relativa skillnaderna är motstridiga och visar på små förändringar över tiden. Skillnaderna för såväl socio-ekonomiska grupper som mellan patienter med olika sjuklighet visar på motstridiga resultat. Tolkningen i denna rapport av befintliga studier är att den socio-ekonomiska fördelningen inom primärvården är i stort sett oförändrad med ett mönster av vårdutnyttjandet som gynnar låginkomsttagare och individer med låg utbildning. Beträffande utvecklingen för individer med stora sjukvårdsbehov visar olika studier att utvecklingen inte är samstämmig. Det finns flera exempel på att individer med kroniska sjukdomar och andra svårt sjuka visserligen ökat sitt vårdutnyttjande, men i lägre takt än individer med mindre behov. En bedömning är att de skillnader som observeras är relativt små. Det finns emellertid ett behov av mer djuplodande och systematiska analyser där olika ansatser testas för att avgöra utvecklingen mellan olika grupper.

En hög andel offentlig finansiering är en viss garanti för jämlik vård

Även om det är svårt att uttala sig om orsakssamband om valfrihet påverkar fördelningen av vårdutnyttjandet finns ett antal förklaringar till skillnaderna i jämlik vård som diskuteras i litteraturen. Det främsta skälet till en ojämlik fördelning av vårdtjänster är med stor sannolikhet skillnader i hälso- och sjukvårdens finansiering. Flera av de länder som uppvisar ett ojämlikt vårdutnyttjande (till exempel Portugal och USA) har höga egenavgifter eller finansiering med privata försäkringar, vilket innebär att betalningsviljan spelar en större roll för efterfrågan och vårdkonsumtion.

Ett annat exempel är motsvarande resultat för tandvården, där finansieringen i större utsträckning utgörs av privata patientavgifter. Tandvården visar i samtliga undersökta länder ett mönster där höginkomsttagare har ett högre utnyttjande än låginkomsttagare, trots sämre tandstatus hos de sistnämnda. Tolkningen är dock att det är snarare den privata finansieringen och betalningsviljan, än valfriheten, som orsakar dessa skillnader.

Utformning av ersättningssystem och regelverk viktiga styrmedel för jämlik vård

Inslaget av valfrihet inom hälso- och sjukvården är som tidigare nämnts inte detsamma som en marknadsstyrd vård. Hälso- och sjukvården är en av de mest reglerade samhällssektorerna oavsett finansieringsform. Många av de regleringar som vi betraktar som självklara, legitimationskrav för läkare och andra yrkesgrupper, krav på godkännande av nya läkemedel med mera, existerar oavsett förekomst av valfrihet. I länder med offentlig finansiering av hälso- och sjukvården, det vill säga flertalet länder i Europa, tillkommer regleringar för såväl valfrihet som etablering. Det gäller till exempel reglering av patientavgifter där extra avgifter inte är tillåtna. Ett annat exempel är listningsförfarandet inom primärvården där regler finns om att inte kunna neka någon tillträde samt regler när en enhet har full lista. Dessa regler syftar till att undvika att en vårdgivare ska kunna påverka urvalet av patienter som listar sig hos vårdgivare. En annan typ av reglering med syfte att motverka selektion av patienter är krav på utbud av viss service för till exempel kroniskt sjuka patienter.

Förbättrad information om valmöjligheter

Förutsättningarna att göra rationella val inom hälso- och sjukvården är begränsade. Det är ett välkänt fenomen inom hälsoekonomisk forskning att den ojämna kunskaps- och informationsfördelning som finns mellan vårdgivare (producent) och patient (konsument) medför problem för rationella val. Dessa problem med bristande information försvinner emellertid inte om beslut om fördelning överläts till politiker och administratörer. Den ojämna informationsfördelningen är ett starkt argument för kontroll och reglering av professionen, produkter och tjänster. Givet dessa regleringar så finns möjligheter att olika individer har olika förutsättningar för att bedöma och göra val mellan olika vårdgivare. Flera studier visar även att medborgare och patienter med högre utbildning och inkomst använder sig av valfrihet i större utsträckning samt även har bättre förutsättningar i form av kunskap att bedöma olika alternativ.

Ett sätt att förbättra möjligheterna generellt till rationella val och dessutom utjämna skillnader i förkunskaper och förutsättningar till val är att förbättra informationen till allmänheten. Det kan gälla rättigheter man har som patient att välja vårdgivare och möjligheter att framföra klagomål. Ett annat sätt som blivit allt vanligare är redovisning av egenskaper och kvalitet hos enskilda vårdgivare. Dessa rangordningar är baserade dels på medicinska utfall och dels på olika frågor om patienttillfredsställelse. Även om utvecklingen går mot mer öppenhet och transparens om vårdgivares kvalitet finns problem med en rättvisande jämförelse då utfall och kvalitet påverkas av patientsammansättningen. Med fler svårt sjuka patienter blir resultaten i regel sämre. Detta ställer krav på en systematiskt och justerad redovisning av utfall som tar hänsyn till skillnader i patientsammansättningen.

Avslutande synpunkter

Sammanfattningsvis visar kartläggningen att valfrihet inom främst primärvården existerat i flertalet europeiska länder under en längre tid. Utifrån en övergripande översikt finns inget mönster som visar att valfrihet samvarierar med ojämlik vård. Snarare uppvisar flera länder med lång erfarenhet av valfrihet en fördelning av vårdutnyttjandet som gynnar låginkomsttagare. Det är naturligtvis svårt att uttala sig om orsakssamband men en tolkning är att det finns en rad andra faktorer som påverkar jämlik vård. Vid sidan av en offentlig finansiering finns således flera regleringsmekanismer som är viktiga för en jämlik vård och att individer med stora vårdbehov inte diskrimineras. Dessa regleringar har som mål att ingen individ kan nekas listning eller vård samt att via ackrediteringsförfaranden garantera att utbudet inom en vårdform ska innehålla viss service. När det gäller utformning av ersättningssystem och regler för etablering finns relativt stora skillnader mellan länderna. Även om dessa styrmekanismer påverkar fördelningen av vårdtjänster finns inget konsensus om hur dessa ska utformas.

Innehåll

Förord	1
Inledande kommentar från Svenskt Näringsliv	2
Sammanfattning	7
1. Introduktion och bakgrund	12
2. Valfrihet och jämlik – begrepp och definitioner	15
2.1 Valfrihet och styrning	15
2.2 Valfrihet och jämlik vård	16
2.3 Vad innebär jämlik vård?	17
2.4 Metoder för analys av jämlik vård	19
3. Hur jämlik var vården i Sverige perioden innan vårdvalsreformerna?	21
3.1 Fördelning av vårdutnyttjande under 1980- och 1990-talen	22
4. Hur jämlik är den svenska vården jämfört med vården i andra länder?	25
4.1 Jämlik finansiering – en internationell översikt	26
4.2 Jämlikt vårdutnyttjande – en internationell översikt	28
4.3 Senare analyser av öppenvård – en internationell översikt	29
5. Vårdvalsreformerna i Sverige och jämlik vård	34
5.1 Styrmekanismer i vårdvalsmodellerna	34
5.2 Socio-ekonomiska analyser	39
5.3 Skillnader mellan svårt sjuka och friskare patienter	45
6. Vilka faktorer är viktigast för en jämlik vård?	51
7. Avslutande kommentarer	54
Referenser	55

1. Introduktion och bakgrund

Frågan om jämlikhet inom vården är en central målsättning i flertalet hälso- och sjukvårdssystem. I flera länder finns nationella målsättningar om en gemensam och solidarisk finansiering, vilket skiljer sjukvård från andra varor och tjänster. Sjukvårdstjänster betraktas i stor utsträckning som en rättighet för individen och en skyldighet för stat eller offentlig myndighet att tillhandahålla. I Sverige finns sedan lång tid tillbaka tydliga formuleringar i Hälso- och sjukvårdslagen (Svensk Författningssamling, SFS 1982:763) om vård på lika villkor för hela befolkningen. Fördelningen av vårdtjänster ska vara baserat på behov där de patientgrupper som har störst vårdbehov har företräde. Principen är relativt oomstridd även om det föreligger problem att definiera vad som avses med behov.

Hälso- och sjukvården utmärks även av andra egenskaper som stor osäkerhet av efterfrågan och behov samt en ojämn kunskapsfördelning mellan vårdgivare (producent) och patient (konsument). I flertalet länder har dessa egenskaper och målsättningar om jämlik vård inneburit offentliga regleringar, finansiering och produktion av hälso- och sjukvårdstjänster. Den kanske viktigaste faktorn för en jämlik vård är finansieringen där källor som skatt, socialförsäkringar, privata försäkringar och patientavgifter är de dominerande alternativen i ett internationellt perspektiv. Den svenska sjukvården bygger på en solidariskt finansierad vård via främst skattsedeln kombinerad med privata egenavgifter och högkostnadsskydd. Det finns en stabil finansiering där tillgång till sjukvårdstjänster är oberoende av individens bidrag i form av skatter till sjukvårdssystemet.¹

Även om hälso- och sjukvården är en av de mest reglerade samhällssektorerna i flertalet länder finns det skillnader i det offentliga åtagandet mellan länder. Även om finansieringen är offentlig (det vill säga skatter eller obligatoriska avgifter) finns en diskussion om hur utformningen av hälso- och sjukvårdssystem påverkar tillgång och fördelning av sjukvårdstjänster. Det kan gälla principer för allokering av resurser inom sjukvårdssystemet, förekomst av patientavgifter, remissförfarande, regelverk och ersättningsystem för vårdgivarna, fördelningen mellan privata och offentliga vårdgivare eller förekomst av valfrihet och patientinflytande.

De europeiska sjukvårdssystemen har i litteraturen klassificerats i två huvudsakliga modeller, i) Socialförsäkringssystem (eller Bismarck-modellen), och ii) skattebaserade system (Beveridge-modellen).² De skandinaviska länderna och Storbritannien räknas till de förstnämnda och Frankrike, Nederländerna, Tyskland, med flera till de sistnämnda. Ibland har den sistnämnda gruppen felaktigt benämnts ”försäkringssystem” men i flertalet analyser betraktas sjukvården i dessa länder som offentligt finansierad. Finansieringen följer i stort samma princip som i de skattebaserade systemen, det vill säga medborgarna erlägger en obligatorisk premie baserad på inkomst. En skillnad som ibland framhålls är att finansieringen är öronmärkt för hälso- och sjukvården.

¹ Undantaget är patientavgifter som kan utgöra en finansiell begränsning för att söka vård för grupper med låga inkomster.

² Otto von Bismark (1815–1898), rikskansler i Tyskland som under sin senare regeringsperiod lade grunden till det tyska socialförsäkringssystemet genom ett antal reformer strax före sekelskiftet. William Beveridge (1879–1963), brittisk ekonom och arkitekt till välfärdssystemet i Storbritannien och speciellt the National Health Service (NHS).

Beträffande produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster finns stora variationer mellan länderna. Traditionellt har finansiering och produktion varit åtskilda i länder med socialförsäkringssystem. Ett utbud av privata icke-vinstdrivande vårdgivare har i regel svarat för produktionen. Det har även funnits inslag av småskaliga privata vinstdrivande läkarmottagningar inom primärvården och andra öppna vårdformer. Inom de skattefinansierade systemen var regeln fram till slutet av 1980-talet att finansiering och produktion var integrerad inom samma huvudman. Under 1990-talet inleddes inom de offentliga skattebaserade systemen, främst de svenska landstingen och det statliga NHS i Storbritannien, en utveckling där den interna organisationen delades i en beställardel och en utförarenhet. I detta sammanhang inleddes även en process där vårdproduktionen började kontrakteras ut på privata vårdgivare. Denna privatisering av sjukvårdstjänster startade från en låg nivå men har visat en konstant ökning i flera länder.

Skillnaderna när det gäller ägande och vårdgivarnas oberoende ställning gentemot sjukvårdens finansiärer har även påverkat inslagen av valfrihet. Länder med socialförsäkringssystem har en lång tradition där patienterna har kunnat välja primärvårdsläkare och även val av specialistmottagning. Även etableringsrätten för privata vårdgivare har funnits en längre tid, dock med olika typer av regleringar för verksamhetens innehåll och ibland även lokalisering. Skattefinansierade system har i större utsträckning byggt på principen om områdesansvar där invånarna i ett geografiskt område anslutits till närmaste vårdcentral och även varit anvisade till specialistmottagningar och sjukhus i närområdet. Med införandet av beställar- och utförarmodeller kom emellertid även flera skattebaserade system att införa valfrihet för patienterna. Det innebar att principen att ”patienten följer pengarna” ersattes med principen ”pengarna följer patienten”, vilket samtidigt skapade en viss konkurrens mellan vårdgivare. I Sverige har denna typ av valfrihet funnits inom den privata specialiserade öppenvården samt inom primärvården under perioden med Husläkarreformen under tidigt 1990-tal. Även Vårdgaranti-reformerna har inneburit att patienter som sökt vård vid andra landsting ersatts separat av hemlandstinget.

Utvecklingen i Sverige under de senaste tio åren har inneburit en rad reformer som har syftat till att stärka det individuella patientinflytandet. Denna utveckling inleddes redan tidigare med bland annat Husläkarreformen och olika versioner av så kallade Vårdgarantireformer. Från år 2007 och framåt har valfrihetsreformer införts i främst primärvården, men även inom flera specialistområden. Målsättningen med reformerna har varit att stärka patientinflytandet och förbättra tillgängligheten av vård. Det finns emellertid farhågor med att patienternas val påverkar resursfördelning och val av vårdgivare när det gäller olika fördelningsaspekter. Syftet med denna rapport är att sammanställa den forskning och de utvärderingar som gjorts kring jämlik vård och valfrihet i Sverige. Även de internationella erfarenheterna på systemnivå sammanfattas. Utifrån dessa sammanställningar diskuteras förutsättningar att kombinera målsättningen om jämlik vård med valfrihet inom hälso- och sjukvården. I rapporten diskuteras vilka faktorer som påverkar en jämlik vård samt hur vårdvalsreformerna kan ha påverkat fördelningen av vårdtjänster. De huvudsakliga frågeställningar som tas upp i rapporten är:

- Vad avses med jämlik vård
- Vilka faktorer påverkar en jämlik vård
- Hur jämlik är den svenska sjukvården i ett internationellt perspektiv
- Hur har vårdvalsreformerna påverkat jämlik vård
- Hur kan regelverk och ersättningssystem utformas för en mer jämlik vård

Rapporten baseras på den vetenskapliga litteraturen inom området med fokus på hälsoekonomiska bidrag men även studier inom hälso- och sjukvårdsforskning, folkhälsovetenskap med mera. I översikten ingår även rapporter från myndigheter, internationella organisationer med mera. Rapporten inleds med en kortare översikt av definition av valfrihet och jämlikhet. I kapitel 3 redogörs för studier som redovisar hur jämlik svensk sjukvård var innan valfrihetsreformerna infördes. I kapitel 4 redovisas studier där fördelningen av sjukvårdstjänster mellan socioekonomiska grupper jämförs mellan ett antal OECD-länder. Kapitel 5 summerar de studier av fördelningsaspekter under vårdvalsperioden som genomförts i Sverige. Det gäller skillnader mellan socio-ekonomiska grupper, men även skillnader mellan grupper med olika hälsotillstånd. I kapitel 6 diskuteras faktorer som påverkar fördelningen av vårdtjänster. Avslutningsvis ges i kapitel 7 en sammanfattning av resultaten.

2. Valfrihet och jämlik – begrepp och definitioner

2.1 Valfrihet och styrning

Antalet så kallade vårdvalsmodeller har ökat bland de svenska landstingen och medfört ökad valfrihet för patienterna och en relativt fri om än reglerad etableringsrätt för vårdgivare. Inom primärvården var Landstinget i Halland först ut år 2007, följt av landstingen i Stockholm och Västmanland år 2008. Ytterligare ett antal landsting införde senare modeller som går under namnet vårdval eller hälsoval. Sedan 2010 är vårdvalssystem obligatoriska inom primärvården genom lagstiftning (SFS, 2008). I vissa landsting, bland annat Stockholm har man även infört vårdvalsmodeller inom den somatiska sjukvården för vissa specialiteter (höftprotes, kataraktkirurgi, ryggkirurgi med mera). Gemensamt för modellerna är att individens enskilda rätt och möjlighet att välja primärvårdsenhet eller klinik ökar. Tanken är även att medborgarnas val ska påverka resursfördelningen mellan vårdgivare. Det tidigare ansvaret för att tillgodose behov hos en grupp individer baserat på geografiskt upptagningsområde kombinerat med ett offentligt vårdutbud har frångåtts i olika utsträckning.

Den teoretiska grunden för modellerna härstammar från Milton Friedman's idéer från 1950-talet om ett så kallat voucher-system inom den offentliga sektorn. Tanken var att inom den offentliga sektorn tillämpa konsumentsoveränhet genom att medborgarna gavs en voucher ("förmåns kupong") som kunde baseras på behov och användas för ett specifikt ändamål (Friedman 1955). Tanken är att valfrihet är möjlig inom ett skattefinansierat system utan att den privata plånboken påverkar möjligheterna att välja skola eller vårdenheter. Idén lanserades för det offentliga skolsystemet i USA, där föräldrarna skulle tillförsäkras större valfrihet, samtidigt som det offentliga finansieringssystemet bibehölls. Ståhl (1979) framförde för svensk hälso- och sjukvård ett förslag där landstingsskatten och delar av sjukförsäkringsavgiften skulle transformeras till individuella "vouchers" där individen erhåller ett behovsjusterat belopp för att sedan sluta ett sjukvårdskontrakt med en vårdgivare, privat eller offentlig. I Sverige har principen tillämpats inom skolsystemet med fria skolval samt under senare år även inom delar av hälso- och sjukvården, främst primärvården. Även Husläkarreformen under början av 1990-talet byggde på liknande principer.

Införandet av valfrihet och även möjligheterna till etablering för privata vårdgivare innebär att principerna för styrningen av hälso- och sjukvården har förändrats. Den tidigare planeringsmodell som tillämpats inom skattebaserade system har till vissa delar ersatts av en marknadsstyrning genom införandet av valfrihet och fri etablering för vårdgivare. Hälso- och sjukvården avviker emellertid kraftigt från en renodlad marknadsstyrning och är en av de mest reglerade sektorerna i flertalet länder oavsett finansieringsform.

Valet mellan marknad och planering är inte heller en-dimensionellt. Det har i flera sammanhang visats att marknader behöver regleras, samtidigt som marknadsmekanismer kan tillämpas inom en planeringsmodell. Den styrmodell vi sett i bland annat brittisk och svensk sjukvård med ökat inslag av valfrihet och beställare-/utförarmodeller inom

en skattefinansierad vård, har ibland gått under begreppet *kvasi-marknad*.³ I nedanstående tabell presenteras ett antal dimensioner för att illustrera skillnader mellan en mer renodlad planeringsmodell och en styrmodell med inslag av marknadsstyrning (Q) med valfrihet och etableringsfrihet.

Tabell 1. Dimensioner av planering och marknadsstyrning

Planering		Marknad
Administrativa priser	P	Marknadspriser
Monopol	P	Konkurrens
Etableringshinder	P	Fritt inträde till marknaden
Direktiv/order	P	Incitament
Offentligt ägande	P	Privat ägande
Anvisad tjänst	P	Valfrihet
Offentlig finansiering	P	Privat finansiering

Källa: Rehnberg (1995)

Innehållet i tabellen är principiellt och utformningen av styrmodeller skiljer sig i verkligheten åt även inom sjukvårdssystem som har ökat inslaget av marknadsstyrning. Vi kan dock konstatera att finansieringen är oförändrad i form av offentliga medel främst via skatter. Finansiären har även kontroll i form av reglering och fastställande av priser inom ersättningsystemen för vårdgivare. Det förekommer sällan marknadspriser och patienternas egenbetalning är reglerad. Förändringarna med inslag av marknadsstyrning har främst avsett möjligheterna till valfrihet för patienterna samt etableringsmöjligheter för vårdgivare. Samtidigt har en viss konkurrens på produktionssidan (ej finansieringen) införts och inslag av ekonomiska incitament för ökad produktivitet och effektivitet förekommer i större utsträckning. Principen att pengarna följer patienten genom deras val är också central.

Många av de regleringar som vi betraktar som självklara, legitimationskrav för läkare och andra yrkesgrupper, krav på godkännande av nya läkemedel med mera, existerar oavsett förekomst av valfrihet. I länder med offentlig finansiering av hälso- och sjukvården, det vill säga flertalet länder i Europa, tillkommer regleringar för såväl valfrihet som etablering. Det gäller till exempel reglering av patientavgifter där extra avgifter inte är tillåtna. Ett annat exempel är listningsförfarandet inom primärvården där regler finns om att inte kunna neka någon tillträde samt regler när en enhet har full lista. Dessa regler syftar till att undvika att en vårdgivare ska kunna påverka urvalet av patienter som listar sig hos vårdgivare. En annan typ av reglering med syfte att motverka selektion av patienter är krav på utbud av viss service för till exempel kroniskt sjuka patienter.

2.2 Valfrihet och jämlik vård

En viktig målsättning vid införandet av vårdvalsmodeller inom svensk primärvård har varit att förbättra tillgängligheten för befolkningen. De inledande åren med vårdvalsmodellerna visar även på förbättrad tillgänglighet och ökad konsumtion i flertalet landsting (Vårdanalys 2013). Det har dock framförts farhågor om att tillgängligheten och vårdutnyttjandet varierar mellan befolkningsgrupper. Det gäller främst om utvecklingen skiljer sig mellan patienter med olika vårdbehov, till exempel mellan patienter

³ För de reformer som infördes under 1990-talet i bland annat vissa svenska landsting och det brittiska NHS har flera benämningar använts som *quasimarknad*, beställar-/utförarmodeller, interna marknader, med mera. På senare tid har debatten om styrprinciperna främst diskuterats under benämningen *New Public Management (NPM)*.

med lindriga eller krävande sjukdomar samt skillnader mellan olika socioekonomiska grupper baserat på utbildning och inkomst. Härtill finns andra skillnader som regionala variationer i utbud, tillgänglighet och vårdutnyttjande. Vid sidan om andra mål om tillgänglighet, god kvalitet, effektivitet och kostnadskontroll är fördelningen av såväl den finansiella bördan som skillnader i hälsa och vårdutnyttjande frågor som ofta kopplas till hur hälso- och sjukvården är finansierad och organiserad.

Som ovan nämnts har valfriheten inom hälso- och sjukvården under senare år även stärkts genom lagstiftningen. Med lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) blev vårdvalsreformer inom primärvården obligatoriska för samtliga landsting. Patienten gavs möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård samtidigt som privata vårdgivare gavs möjlighet till fri etablering enligt landstingens krav vid ackreditering och utformning av ersättningssystem. Även patientens rättigheter och möjlighet att välja vårdgivare inom den öppna specialiserade vården förstärktes genom möjligheten att välja mottagning över länsgränserna. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgades således till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Hemlandstinget ska bekosta vård som en patient får i ett annat landsting, under förutsättning att det förstnämnda landstingets remissregler följs. Härtill har även informationsplikten stärkts gentemot patienten med krav på förtydliganden. Det klargörs även att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke samt att patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning ("second opinion") utvidgas.

Även Hälso- och sjukvårdslagen kompletterades för ett antal år sedan med en klausul om valfrihet inom primärvården. Rättigheten att välja vårdgivare i den öppna vården har sedan stärkts av den nya Patientlagen(2014:821) som trädde i kraft den 1 januari år 2015. Syftet med lagen var att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Som en anpassning till patientlagen gjordes även en del ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Patientlagen, innehåller även bestämmelser om exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

Med dessa förändringar har svensk sjukvård, framför allt, primärvården närmat sig den styrmodell som länge varit etablerad främst i länder med socialförsäkringssystem (Frankrike, Nederländerna, Tyskland med flera), men även flertalet länder med ett skattebaserat sjukvårdssystem (bland annat Danmark och Storbritannien). Mot bakgrund av denna utveckling är det dels intressant att studera hur jämlik svensk sjukvård varit innan reformernas införande, vilka skillnader som idag föreligger samt hur jämlik vården är i länder med valfrihet inom primärvård och öppen specialistvård.

2.3 Vad innebär jämlik vård?

Skillnader i vårdutnyttjande kartläggs regelbundet av myndigheter inom hälso- och sjukvården. Det gäller främst skillnader i utnyttjande av behandlingar, läkemedel och andra processindikatorer samt naturligtvis även utfallet i form av vårdkvalitet och förbättrad hälsa. Att skillnader föreligger i vårdutnyttjande mellan individer, grupper eller geografiska områden behöver med nödvändighet inte betyda att vården är ojämlik. Det kan tvärtom vara så att vissa skillnader är en förutsättning för jämlik vård. När skillnader som observeras inte kan förklaras av skillnader i vårdbehov eller av medicinska orsaker finns starka skäl att förutsätta att en ojämlikhet i vården föreligger. Det finns således såväl motiverade som omotiverade skillnader i vårdutnyttjandet. Orsakerna till omotiverade skillnader kan påverkas av faktorer som olika kostnads-

trösklar för patienterna, patientens egna preferenser, skillnader i kunskap om befintlig behandling, olika organisation av vården, tillgång till utrustning och personal samt lokala behandlingstraditioner.⁴

Förekomst av jämlik eller ojämlik vård och hälsa kan studeras utifrån flera dimensioner. Fördelningsaspekter inom hälso- och sjukvården har under längre tid utforskats av företrädare för flera forskningsdiscipliner som folkhälsovetenskap, sociologi och hälso-/nationalekonomi. Jämlik vård rymmer flera dimensioner som skillnader i hälsoläget i befolkningen, kunskaper om sjukdomar och behandlingar, tillgången och utnyttjandet av vårdtjänster, hur finansieringen till sjukvården fördelas mellan grupper, skillnader i hälsoutfall av behandling med mera.

Inom ämnet hälsoekonomi har tre centrala forskningsområden analyserats med relativt standardiserade metoder. Fördelen med denna standardisering är att en viss jämförelse mellan länder möjliggjorts. De tre områdena är: i) fördelningen av den ekonomiska bördan för sjukvård ("Equity in Finance"), ii) fördelningen av vårdutnyttjande ("Equity in Delivery"), samt iii) skillnader i hälsotillstånd ("Equity in Health").

1. **Jämlik finansiering:** Fördelningen av den ekonomiska bördan för att konsumera hälso- och sjukvård har främst utforskats av national- och hälsoekonomer. Fördelningen påverkas i hög grad av vilka finansieringskällor för vården som dominerar i ett sjukvårdssystem. I länder med en hög andel privata försäkringar och egenfinansiering lägger i regel låginkomsttagare en högre andel än höginkomsttagare av sin inkomst på hälso- och sjukvård (det vill säga ett regressivt system). I länder med skattefinansiering och socialförsäkringar bidrar istället höginkomsttagare med en större andel av sin inkomst än låginkomsttagare (progressivt system) eller att andelen är relativt lika för samtliga hushåll (proportionellt system). Det svenska sjukvårdssystemet har vid en rad jämförelser med andra OECD-länder en nästintill proportionell finansiering i likhet med flertalet skattebaserade system och socialförsäkringssystem i Europa (Wagstaff et al. 1999).
2. **Jämlikt vårdutnyttjande:** Fördelningen av vårdutnyttjande avser hur vårdtjänster som inläggningar, vårddagar och besök samt läkemedelsförskrivning fördelas mellan socio-ekonomiska grupper. En viktig metodologisk aspekt är att fördelningen av vårdutnyttjandet bör standardiseras för ålder, kön och hälsostatus, då behov av vård varierar mellan grupper. Det finns emellertid flera metodologiska ansatser då denna dimension utforskats av flera forskningsdiscipliner. Diskussionerna om jämlik vård och vårdvalsreformerna har främst berört denna dimension av jämlik vård, då finansieringen varit oförändrad vid införandet av valfrihet.
3. **Jämlik hälsa:** Skillnader i hälsotillstånd är ytterligare ett område som belysts av olika forskningsdiscipliner. Analyserna har avsett skillnader i livslängd, självskattad hälsa, hälsorelaterat beteende såsom rökning, alkohol, vikt, diet etc. I flertalet länder föreligger skillnader i ohälsa mellan regioner, socioekonomiska grupper med mera. I dessa studier förekommer ofta förklaringsmodeller till dessa skillnader. Resultaten visar att skillnader i hälsa främst påverkas av faktorer utanför hälso- och sjukvårdssystemet, samtidigt som sjukvården har möjligheter att reducera ohälsa hos de mest behövande.

Ovanstående uppdelning kan kompletteras med andra dimensioner och benämningarna varierar även mellan olika vetenskapliga discipliner. Analyser av jämlik finansiering har främst gjorts inom ämnet hälsoekonomi. Ojämlighet i vårdutnyttjande och

⁴ För en översikt och modell för att analysera dessa skillnader och ojämlikhet i vården, se Vårdanalys (2014).

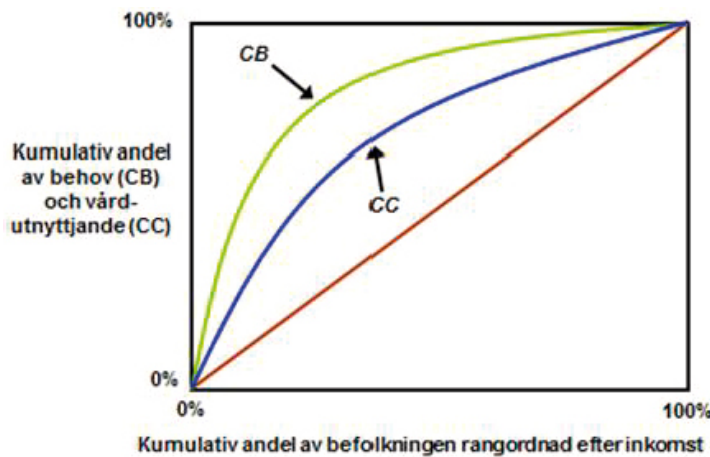
ohälsa har studerats en längre tid inom discipliner som folkhälsovetenskap, socialmedicin, epidemiologi, sociologi och andra samhällsvetenskapliga inriktningar. Vad som saknas i ovanstående analyser är systematiska jämförelser av hälsoutfall för olika behandlingar. Detta är dock en betydligt mer komplicerad frågeställning och en analys av behandlingsresultat utifrån vad hälso- och sjukvården åstadkommer är förknippat med metodologiska problem om skillnader i patientsammansättning, då goda resultat kan uppnås med en relativt frisk patientpopulation.

Skillnader i hälsa och vårdutnyttjande kan även studeras utifrån olika indelningar av grupper eller andra jämförelseobjekt. Ojämligheter mellan individer och grupper kan analyseras utifrån socioekonomi, ålder, kön, etnicitet, geografi, sjukdomsbild/funktionsnedsättning med mera.

Eftersom vårdvalsreformerna främst berör konsumtion av vårdtjänster är fokus på jämlik vård i denna rapport således hur fördelningen av vårdutnyttjandet påverkas vid valfrihet och etableringsfrihet. De studier som sammanställs är dels deskriptiva redogörelser av vårdutnyttjandets fördelning, dels mer analytiska studier. Inledningsvis redogörs för studier där ekonomiska metoder tillämpats för att belysa skillnader i vårdutnyttjandet. Metoderna utgår i huvudsak från den tradition som funnits inom nationalekonomin med beräkning av så kallat koncentrationsindex för att analysera fördelningseffekterna.

2.4 Metoder för analys av jämlik vård

De mått på vårdutnyttjande som används i flera studier är olika typer av besök samt andra kontakter inom vården. Beroende på om avsikten är att belysa fördelningseffekter av den totala eller delar av vårdkonsumtionen kan måtten begränsas därefter. För att analysera variationerna mellan till exempel individer eller geografiska områden med låg och hög medelinkomst används metoder som traditionellt tillämpats inom nationalekonomi för att analysera inkomstfördelning. Metoden kan illustreras grafiskt i form av en så kallad koncentrationskurva som används för att skatta ett värde på ett koncentrationsindex som visar ojämlikhet i till exempel inkomst, konsumtion eller hälsa. Med denna metod jämförs den faktiska fördelningen av vårdutnyttjandet mellan individer med en tänkt situation då varje individ har exakt samma vårdutnyttjande. I en situation där samtliga individer har lika vårdutnyttjande per individ kommer koncentrationskurvan att representeras av den räta linjen i figur 1 nedan (diagonalen). Koncentrationsindexet får då värdet 0 och det betyder till exempel att 20 procent av befolkningen konsumerar 20 procent av vården. Om koncentrationskurvan ligger till vänster om diagonalen (CC) har vi en situation där individer med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst. Koncentrationskoefficient har då ett negativt värde som högst är -1 . Ett motsatt läge där de med hög inkomst konsumerar mer än de med låg inkomst ger ett positivt värde på högst $+1$. Index varierar således mellan värdena -1 och $+1$. För att analysera om vårdutnyttjandet är jämlikt ska även en korrigering ske för skillnader i ålder, kön och vårdbehov (CB). Ojämlighetsmåttet mäter således arean mellan CC och CB. Olika indikatorer på vårdbehov kan vara uppfattning av självskattad hälsa, förekomst av kronisk sjukdom, tidigare sjukdomshistoria baserad på diagnos med mera. Dessutom standardiseras analyserna för skillnader i ålder och kön.

Figur 1. Koncentrationskurvor för faktiskt och förväntat vårdutnyttjande

En justering av vårdutnyttjandet efter vårdbehov kan medföra att även om låginkomsttagare konsumerar mer vård än höginkomsttagare är vårdutnyttjandet ojämlikt. Utifrån vårdbehovet borde skillnaderna i vårdutnyttjandet vara än större. Om till exempel CC ligger ovanför diagonalen då utnyttjar låginkomsttagare mer vård än höginkomsttagare. Om CB istället ligger ovanför CC då utnyttjar låginkomsttagare för lite vård relativt deras behov. I likhet med de flesta empiriska rättvisestudier är analysen fokuserad på den horisontella tolkningen av fördelning efter behov, det vill säga i vilken utsträckning som personer med lika behov har tilldelats lika mycket vårdresurser eller, vid olika fördelning, i vilken utsträckning som resursfördelningen avviker från normen. Utgångspunkten är att individer med lika behov skall behandlas lika.

3. Hur jämlik var vården i Sverige perioden innan vårdvalsreformerna?

Valfriheten för svenska patienter har varit begränsad i flertalet vårdformer under större delen av 1900-talet. Undantaget har främst varit den privata specialiserade öppenvården som tidigare ingick i den svenska socialförsäkringen, men där landstingen sedan 1990-talet tagit över finansieringen och där ersättningen baseras på vad som kallas den Nationella taxan. Denna sektor har dock under vissa perioder varit begränsad när det gäller nyetableringar och under de senaste 10 åren har sektorn minskat i storlek och den privata vårdens kontrakt med landstingen hanteras idag främst av offentlig upphandling och vårdvalsreformer.

Under senare delen av 1980-talet och under 1990-talet kom frågan om valfrihet att diskuteras mot bland annat bakgrund av den så kallade Maktutredningen som visade på missnöje bland medborgarna när det gällde möjligheterna att välja producent inom den offentliga sektorn (SOU 1990:44). Inom hälso- och sjukvården genomfördes ett antal reformer under 1990-talet där patienterna dels gavs rätt att välja vårdgivare, dels att patientens val påverkade resursfördelningen. Landstingsförbundet gick år 1989 ut med en rekommendation om valfrihet inom såväl primärvård som sjukhusvård. Husläkarreformen var en viktig del av utvecklingen även om den endast existerade under åren 1992–1994. En annan viktig reform var vårdgarantin som gav patienten rätt att välja vårdgivare utanför det egna landstinget om vården inte kunde erbjudas av det egna landstinget i rimlig tid. I tabell 2 summeras de viktigaste reformerna och besluten med betydelse för möjligheterna till valfrihet.

Tabell 2. Valfrihetsreformer i svensk hälso- och sjukvård

År	Reform	Vårdform/innehåll	Landsting
1989	Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården	Möjlighet till val av vårdcentral och sjukhus i eget landsting samt slutenvård utanför landstingsgräns	Landstingsförbundet
1993	Husläkarreformen	Primärvården	Nationellt
2005 (1:a version 1992)	Vårdgaranti	Erbjudande till patienter om valfrihet om väntetiden överstiger vissa tidsgränser. Möjlighet till vård vid annat landsting	Nationellt
2007–2008	Vårdval husläkare, enskilda landsting	Primärvård	Halland, Stockholm, Västmanland
2009	LOV	Primärvård	Nationellt
2008–	Vårdval, specialistvård	Främst elektiv kirurgi och undersökningar i öppen vård	Främst Stockholm, även Uppsala, Skåne och VGR

Som framgår av tabellen har valfriheten begränsats till primärvården och delar av den öppna specialistvården under vissa förutsättningar. Vårdgarantin ger dock patienten rättigheter till val vid mer avancerad vård inom vissa tidsgränser. Med avskaffandet av husläkarreformen varierade möjligheterna till valfrihet mellan landstingen. Vissa landsting gick tillbaka till eller bibehöll principen om geografiska upptagningsområden, medan andra tillät viss valfrihet. Gemensamt för landstingen var dock att valfrihetsmodellerna inte utvecklades och informationen till medborgarna om möjlighet att välja vårdgivare var begränsad eller saknades.

3.1 Fördelning av vårdutnyttjande under 1980- och 1990-talen

Tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster varierar mellan och inom länder beroende av en mängd faktorer. För att bedöma vilken påverkan införandet av valfrihet och vårdvalsreformerna haft för en jämlik vård presenteras i detta kapitel resultaten av studier från perioden innan införandet av reformerna. Flertalet av dessa studier fokuserar på skillnader i vårdutnyttjandet för olika inkomstgrupper. I Sverige har utvecklingen av medborgarnas vårdutnyttjande tidigare främst studerats inom socialmedicin och folkhälsovetenskap. I Socialstyrelsens rapport från 2001 summeras den historiska utvecklingen. En avgörande reform för en mer jämlik vård anses vara införandet av 7-kronorsreformen i slutet av 1960-talet i kombination med en expanderad sjukvårdssektor. Tidigare hade höginkomsttagare ett klart högre vårdutnyttjande än låginkomsttagare inom den öppna vården. Enligt rapporten kom skillnaderna att minska under 1970-talet. Under 1980-talen och 1990-talen anses sedan jämlikheten i vårdutnyttjandet ha varierat mellan olika perioder (Socialstyrelsen 2001). I rapporten anges att ojämlikheten ökade under 1990-talet – med ekonomisk kris och neddragningar inom sjukvården. I slutet av 1990-talet visar sammanställningarna dock att vården blivit mer jämlik.

Med tillgången på registerdata har det varit möjligt att studera fördelningen av vårdutnyttjandet. Ett problem har emellertid varit att information om vårdutnyttjande inte kunnat kopplas till patientens hälsostatus för att justera för skillnader i vårdbehov. Studier om jämlikt vårdutnyttjande har därför baserats på befolkningsenkäter, främst Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar om svenskarnas levnadsförhållanden, den så kallade ULF-undersökningen.

De första systematiskt jämförande studierna av jämlikhet inom vården genomfördes inom EU-projektet *”Equity in the finance and delivery of health care in Europe”* (förkortat ECuity Project). I projektet tillämpades och analyserades fördelningsaspekter inom hälso- och sjukvården inom ett antal EU-länder (samt Kanada och USA) baserat på en tidigare nationalekonomisk metod om inkomstfördelning (se kap 2). Det innebär att individer rangordnas efter disponibel inkomst och den kumulativa andelen av vårdutnyttjandet kartläggs, efter kontroll av ålder, kön och sjuklighet. I studien appliceras ett rättvisebegrepp som innebär att vården bör fördelas i proportion till behovet så att individer med lika behov ska tilldelas lika mycket vård (*”equal treatment for equal need”*) och att individer med större behov bör tilldelas mer vård (*”unequal treatment for unequal need”*). Syftet med analysen var att diskutera om befolkningens användning av sjukvårdens resurser är proportionell till behovet eller om utnyttjandet är snedfördelat inkomstmässigt. Data i den svenska delen av studien baserades på de så kallade Levnadsnivåundersökningarna (ULF-studierna). Det består av ett urval på cirka 5 000 individer för åren 1981 och 1991. Korrigeringen för behov baserades på ett antal frågor om kroniska sjukdomar (cancer, diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, hjärtsjukdom, kronisk bronkit, magsår, gallsjukdom, njursjukdom, eksem (psoriasis), ledsjukdom (reumatism) samt självuppskattad hälsa (endast 1991). I tabell 3 presenteras resultaten för åren 1980 och 1990. De två centrala måtten är C_M (ojusterat koncenterationsindex) och HI_{wv} (justerat för vårdbehov enligt ovan). Båda måtten (C_M och HI_{wv}) ska tolkas som att positiva värden innebär att höginkomsttagare har ett högre vårdutnyttjande än låginkomsttagare. Och ett negativt värde tolkas som ett motsatt förhållande. Vid en helt jämlik vård är värdet noll.

Tabell 3. Koncentrationsindex för vårdutnyttjande, 1980 och 1990

		Standardiserat för ålder och kön +				
		Självupplevd hälsa	Kronisk sjukdom, binär variabel	Kronisk sjukdom, vektor	Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, binär	Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, vektor
År/vårdform	CM	HI _{wv}	HI _{wv}	HI _{wv}	HI _{wv}	HI _{wv}
Öppenvård						
1980	0,0258		0,0200	0,0275		
1990	0,0068	0,0299	0,0084	0,0220	0,0301	0,0344
Slutenvård						
1980	-0,1912		-0,1873	-0,1661		
1990	-0,0283	-0,0290	-0,0753	-0,0646	-0,0290	-0,0360
Totala kostnader						
1980	-0,1479		-0,1459	-0,1275		
1990	-0,0194	-0,0141	-0,0542	-0,0427	-0,0140	-0,0182

Källa: Gerdtham & Sundberg (1998)

I tabellen redovisas resultaten för den öppna vården omfattande besök inom både primärvården och den specialiserade vården, den slutna vården vid sjukhus samt de totala sjukvårdsutgifterna för allt sjukvårdsutnyttjande. Vi kan konstatera att vårdutnyttjandet för den öppna vården båda åren varit större för höginkomsttagare än låginkomsttagare (positivt värde). Detta resultat gäller även efter standardisering för ålder och kön samt olika mått på hälsotillstånd (självskattad hälsa och kroniska sjukdomar). Det finns en tendens till utjämning mellan åren 1980 och 1990 mot en mer jämlik öppenvård.

För den slutna vården är förhållandet det motsatta genom att måtten (C_M och HI_{wv}) uppvisar negativa värden, det vill säga att låginkomsttagare har ett större utnyttjande än höginkomsttagare. Det högre vårdutnyttjandet av slutna vård för låginkomsttagare gäller för båda åren även om vi kan se en trend mot en mer jämlik vård även för den slutna vården. Även här är resultaten samstämmiga vid standardisering för ålder och kön samt olika mått på hälsotillstånd (självskattad hälsa och kroniska sjukdomar). I tabellen summeras den totala vårdkonsumtionen uttryckt i kostnader för både öppen och slutna vård för åren 1980 och 1990.

När den totala sjukvårdskonsumtionen fördelas mellan olika inkomstgrupper redovisas ett negativt värde vilket innebär att den totala vårdkonsumtionen är högre hos låginkomsttagare än höginkomsttagare efter standardisering för skillnader i ålder, kön och hälsotillstånd. För de variabler som är tillgängliga för båda åren finns en trend till utjämning av skillnader, det vill säga att skillnaden mellan inkomstgrupper minskar.

Sammanfattningsvis uppvisade svensk sjukvård en fördelning till förmån för låginkomsttagare totalt sett för de två mätningarna åren 1980 och 1990. För den öppna vården, det vill säga primärvård och öppen specialistvård fanns för båda åren ett högre sjukvårdsutnyttjande för höginkomsttagare, medan låginkomsttagare hade högre slutenvårdsutnyttjande. Detta kan förklaras av flera faktorer där vissa kopplas till skillnader i efterfrågan av vård. Författarna diskuterar problem med att skriva ut låginkomsttagare från sjukhus till hemmet vid allvarigare fall där hemförhållanden kan leda till längre vårdtider. En annan möjlig förklaring är att låginkomsttagare råkar ut för allvarigare hälsoproblem som kräver längre inläggningar. Detta kan vara ett resultat av att dessa inkomsttagare väntar för länge med att söka läkare så att sjukdomen kräver mer omfattande behandling i den slutna vården. En alltför sen läkarkonsultation kan resultera i onödigt långa behandlingar i den slutna vården (Gerdtham & Sundberg 1998).

Enligt författarna är den öppna vården orättvist fördelad till nackdel för låginkomsttagarna, medan låginkomsttagarna har längre vårdtid på sjukhus. I detta avseende tar låginkomsttagarna en större andel av samhällets resurser i anspråk via kostnader i den slutna vården. Skälen till denna orättvisa kan vara att låginkomsttagare inte är tillräckligt medicinskt informerade för att söka vård i tid eller så upplever de avgifterna i den öppna vården som så höga att de helt enkelt inte har råd att söka vård. Lägre patientavgifter och/eller inkomstförstärkningar riktade till låginkomstgrupper skulle i så fall kunna minska orättvisorna i vårdkonsumtionen (Gerdtham & Sundberg 1998).

På initiativ av OECD har studier av jämlikhet i vårdutnyttjande fortsatt att genomföras med motsvarande metod som i det så kallade ECuity-projektet. Sverige ingick i den studie som avsåg åren 2000–2002. I denna studie beräknades två mått för ojämlikt vårdutnyttjande: i) det totala antalet vårdkontakter per vårdform (som tidigare), ii) sannolikheten för minst en vårdkontakt per vårdform. Resultaten för Sverige presenteras i tabell 4.

Tabell 4. Vårdutnyttjande per inkomstkventil samt koncentrationsindex, Sverige år 2001

		Fattigast (=1)	2	3	4	Rikast (=5)	Totalt	CM	HIWV
Alla läkarbesök	Totalt antal besök (3 mån)	0,812	0,738	0,902	0,867	0,982	0,860	0,012	0,042
	Sannolikhet för minst 1 besök	0,388	0,366	0,417	0,411	0,418	0,400	-0,003	0,026
Slutenvård (SV)	Totalt antal vård-dagar (nätter)	0,714	1,201	0,915	0,946	0,906	0,932	-0,122	-0,006
	Sannolikhet för SV	0,079	0,105	0,103	0,095	0,102	0,096	-0,045	0,035
Tandvård	Sannolikhet för tandvård	0,679	0,591	0,697	0,690	0,754	0,683	0,054	0,028

Källa: Van Doorslaer & Masseria (2004)

Som framgår av tabellen visar de positiva värdena för den öppna vården (alla läkarbesök) att det föreligger en horisontell orättvisa som gynnar höginkomsttagarna. Denna mätning är den senaste kartläggningen före införandet av vårdvalsreformerna som visar att den öppna vården som helhet hade en profil som gynnade höginkomsttagare. För slutenvården är värdet för det totala antalet vård dagar negativt, men sannolikheten för inläggning i den slutna vården positiv. I studien ingår även tandvården, som i flertalet länder har en större andel privat finansiering. Från tabellen ser vi att fördelningen av tandvård är positiv, det vill säga gynnar höginkomsttagare.

De tidigare studierna på nationell nivå av fördelning av öppenvård har inte kunnat separera primärvård och specialistvård. I en studie för Stockholms läns landsting presenteras en uppdelning av fördelningsmönstret för den totala primärvården och öppen specialistvård hos privatläkare (Agerholm et al. 2013). Studien är baserad på individdata och avser år 2006/2007, det vill säga perioden innan vårdvalet för husläkare i Stockholm infördes. Resultaten visar att vårdutnyttjandet av den totala öppna vården är relativt högre för individer med höga inkomster efter standardisering av sjuklighet, medan vårdutnyttjandet inom primärvården var mer jämnt. Mönstret för primärvården är emellertid inte helt entydigt då gruppen äldre män visar ett mönster som gynnar individer med högre inkomster. I studien visas även att den öppna specialistvården i privat regi gynnar höginkomsttagare.

4. Hur jämlig är den svenska vården jämfört med vården i andra länder?

Jämförelser av jämlig vård är förknippat med flera svårigheter som att olika metoder används samt att data inte alltid är jämförbara. I de studier och sammanställningar som gjorts av Socialstyrelsen och andra myndigheter tidigare har endast den svenska utvecklingen beskrivits. I detta avsnitt jämförs utvecklingen i Sverige med övriga OECD-länder samtidigt som valfriheten inom den öppna vården i OECD-länderna beskrivs för att se om det finns systematiska skillnader i jämlig vård kopplad till valfrihet. Även om de internationella jämförelserna är tvärsnittsstudier vilket innebär att orsakssamband bör tolkas med försiktighet är det intressant att se om det föreligger tydliga mönster mellan valfrihet och fördelningen av vårdtjänster.

I internationella sammanställningar av egenskaper hos hälso- och sjukvårdssystem är det relativt sällsynt att förekomst av valfrihet tydliggörs. I ett längre historiskt perspektiv framgår emellertid tydligt att länder med socialförsäkringar haft mer valfrihet än skattebaserade system. Det kan delvis förklaras av att produktionen av vårdtjänster hantearats med kontrakt mellan sjukhassor, som finansärer och oberoende läkarmottagningar, sjukhus med mera, som producenter. Det har då betraktats som naturligt att patienterna kunnat välja mellan de kontrakterade vårdgivarna samt att resursfördelningen delvis baserats på dessa val. Förekomst av valfrihet har emellertid även förekommit under en längre tid i vissa skattebaserade system. I tabell 5 sammanfattas inslaget av valfrihet, grad av offentlig finansiering och ägandeform inom primärvården för ett antal OECD-länder.

Tabell 5. Översiktlig jämförelse skattebaserade system och socialförsäkringssystem

Land	Finansiering	Andel offentlig finansiering (%)	Valfrihet inom primärvården	Dominerande ägarform primärvård
Belgien	Socialförsäkring	77,8	Ja	Privat
Danmark	Skatt	84,3	Ja	Privat
Finland	Skatt	75,0	Nej	Offentlig
Frankrike	Socialförsäkring	78,7	Ja	Privat
Irland	Skatt	68,5	Ja	Privat
Italien	Skatt	77,4	Ja	Offentlig
Nederländerna	Socialförsäkring	87,6	Ja	Privat
Norge	Skatt	85,0	Ja	Privat
Portugal	Skatt	66,6	Ja (geogr. begränsad)	Offentlig
Spanien	Skatt	71,5	Begränsad	Offentlig
Storbritannien	Skatt	83,3	Ja	Privat
Tyskland	Socialförsäkring	76,3	Ja	Privat
USA	Offentliga och privata försäkringar	48,2	Ja	Privat
Österrike	Socialförsäkring	76,2	Ja	Privat
Sverige	Skatt	84,1	Nej ¹⁾	Offentlig

¹⁾ Avser tidsperioden fram till år 2006, som ingår i refererade studier.

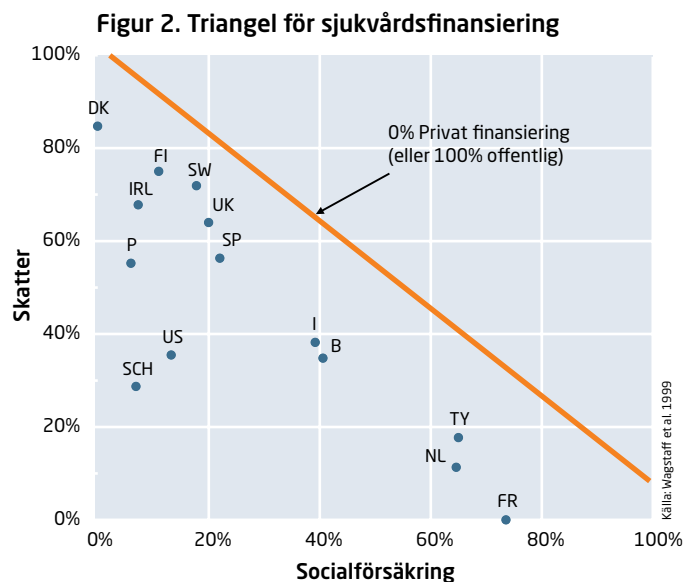
Källa: European Observatory on Health Systems and Policies (2015).

Som framgår av tabellen har patienterna i flertalet länder i Europa en stor valfrihet för att välja främst sin primärvårdsläkare men även specialistläkare i den öppna vården. För specialiserad vård vid sjukhus har flera länder remisstvång som begränsar de direkta valmöjligheterna. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården i Östeuropa efter Berlinmurens fall innebar att de tidigare offentliga planeringsmodellerna ersattes av olika former av socialförsäkringssystem. Inte minst det tyska systemet kom att stå som en förebild för flera länder i Östeuropa. Denna utveckling innebar att de privata vårdgivarna expanderade samt att valfriheten ökade för medborgarna. I likhet med andra socialförsäkringssystem bibehölls emellertid den offentliga finansieringen av sjukvården.

4.1 Jämlik finansiering - en internationell översikt

Den mest systematiska internationella jämförelsen av jämlikt vårdutnyttjande är det tidigare refererade initiativet där forskare från flera länder i Europa samt Kanada och USA samarbetade för en harmonisering av data samt tillämpning av samma metod – det EU-finansierade projektet: ECUITY Project (Wagstaff, van Doorslaer et al. 1999). Projektet omfattade de tidigare presenterade dimensionerna för jämlik vård – det vill säga 1) Fördelningen av den ekonomiska bördan för sjukvård, 2) Fördelningen av vårdutnyttjande och 3) Skillnader i hälsotillstånd. I detta avsnitt fokuseras på resultaten för fördelningen av vårdutnyttjandet, men inledningsvis summeras även huvudresultaten från studier av jämlikhet i finansiering.

Anledningen till att redovisa hur den ekonomiska bördan fördelas mellan socio-ekonomiska grupper är att detta kan vara en förklaring till skillnader i vårdutnyttjande. Ligger en stor andel av finansieringen på patienten själv genom höga patientavgifter är det sannolikt att fördelningen av vårdtjänster påverkas av betalningsviljan och förmågan att betala för vården med egna medel oavsett förekomst av valfrihet. Även tillgång av privata sjukvårdsförsäkringar påverkas av dessa faktorer samt bedömning av risk för sjukdom. Med en offentlig finansiering delas den ekonomiska bördan utan koppling till risk för sjukdom eller inkomst. Det är i detta sammanhang viktigt att definiera vad som avses med offentlig finansiering. I OECDs definition sedan flera år tillbaka görs ingen skillnad mellan skatter och obligatoriska socialförsäkringsavgifter som tas ut efter inkomst och utan hänsyn till risk för sjukdom. Även om en viss finansieringsform i regel dominerar i flertalet länder finns även andra finansieringskällor som komplement. I figur 2 presenteras fördelningen av finansieringsformer för ett antal OECD-länder som dels visar fördelningen mellan socialförsäkring och skatter men även inslaget av privat finansiering, det vill säga patientavgifter och privata försäkringar.



Från figuren kan vi notera att i de nordiska länderna tillsammans med Irland, Storbritannien och Spanien baseras finansieringen på skatter. Frankrike, Nederländerna och Tyskland har klassiska socialförsäkringssystem. I Schweiz och USA utgör de privata källorna en högre andel av den totala finansieringen. Avstånden från diagonalen visar att ett land har en större andel privat finansiering.

I analysen av jämlig finansiering används ett mått som kombinerar Gini-koefficient för inkomst med en koefficient för olika finansieringskällor av sjukvården (Kakwani index). Ett positivt värde på indexet ska tolkas som att systemet är progressivt, medan ett negativt värde visar att finansieringen är regressiv.⁵ I tabell 6 redovisas indexet för de offentliga och privata finansieringskällorna samt för den totala finansieringen för ett antal OECD-länder.

Tabell 6. Kakwani index - sjukvårdens finansiering

	Direkta skatter	Indirekta skatter	Skatter totalt	Social försäkring	Totalt offentligt	Privat försäkring	Patient avgifter	Totalt privat	Totala utgifter
Danmark	0,0624	-0,1126	0,0372		0,0372	0,0313	-0,2654	-0,2363	-0,0047
Finland	0,1272	-0,0969	0,0555	0,0937	0,0604	0,0000	-0,2419	-0,2419	0,0181
Frankrike				0,1112	0,1112	-0,1956	-0,3396	-0,3054	0,0012
Irland	0,2666	NrA	NrA	0,1263	NrA	-0,0210	-0,1472	-0,0965	NrA
Italien	0,1554	-0,1135	0,0343	0,1072	0,0712	0,1705	-0,0807	-0,0612	0,0413
Nederländerna	0,2003	-0,0885	0,0714	-0,1286	-0,1003	0,0833	-0,0377	0,0434	-0,0703
Portugal	0,2180	-0,0347	0,0601	0,1845	0,0723	0,1371	-0,2424	-0,2287	-0,0445
Spanien	0,2125	-0,1533	0,0486	0,0615	0,0509	-0,0224	-0,1801	-0,1627	0,0004
Sverige	0,0529	-0,0827	0,0371	0,0100	0,0100		-0,2402	-0,2402	-0,0158
Schweiz	0,2055	-0,0722	0,1590	0,0551	0,1389	-0,2548	-0,3619	-0,2945	-0,1402
Tyskland	0,2488	-0,0922	0,1100	-0,0977	-0,0533	0,1219	-0,0963	-0,0067	-0,0452
UK	0,2843	-0,1522	0,0456	0,1867	0,0792	0,0766	-0,2229	-0,0919	0,051
US	0,2104	-0,0674	0,1487	0,0181	0,1060	-0,2374	-0,3874	-0,3168	-0,1303

Källa: Wagstaff et al. 1999

Som framgår av tabellen är den privata finansieringen (avgifter och privata försäkringar) i regel regressiv (en tyngre börda på låginkomsttagare), medan offentlig finansiering i regel är progressiv. Länder med övervägande del privat finansiering uppvisar totalt sett en regressiv finansiering (Schweiz och USA) av hälso- och sjukvården. Länder med i huvudsak skattefinansiering och socialförsäkringar har oftast ett proportionellt eller progressivt mönster. Det svenska systemet uppvisade under perioden ett proportionellt mönster. Det förklaras till stor del av att landstingsskatten tas ut proportionellt. Det mest progressiva systemet var det brittiska systemet (skattebaserat). Även om studien är baserad på mer än 20 år gamla siffror är finansieringen av hälso- och sjukvården relativt stabil. Förutom utvecklingen i Östeuropa har flertalet länder samma mix av finansieringskällor idag som för 20 år sedan. Även uttaget av skatter för hälso- och sjukvården är relativt stabilt. Den offentliga finansieringen, det vill säga skatter och socialförsäkringsavgifter utgör fortfarande mellan 70–80 procent av de totala sjukvårdskostnaderna i flertalet europeiska OECD-länder.

⁵ Kakwani index mäter progressiviteten av skatter och andra finansieringskällor genom att relatera koncentrationsindex av finansieringen till koncentrationsindex för inkomstfördelningen. Värdet kan variera från +1 (högsta progressivitet, det vill säga den ekonomiska bördan ligger på höginkomsttagare, till -2 (största regressivitet, det vill säga ekonomisk börda ligger på låginkomsttagare), (Wagstaff et al. 1999).

4.2 Jämlikt vårdutnyttjande - en internationell översikt

I det tidigare refererade EU-projektet ingick även analys av fördelningen av vårdutnyttjandet som studerades i likhet med den svenska analysen i föregående kapitel för ett antal indikatorer som läkarbesök i den öppna vården, vård dagar i den slutna vården samt för en uppskattning av de totala sjukvårdskostnaderna. I samtliga delstudier användes metoden för koncentrationsindex med standardisering för individernas hälsotillstånd. Ett antal olika hälsotillstånd användes för standardisering av behov (SAH = självrapporterad hälsa, kroniska sjukdomar, med mera). I tabell 7 nedan redovisas resultaten för läkarbesök i öppenvård (primärvård och öppen specialistvård).

Tabell 7. Fördelning och koncentrationsindex för vårdutnyttjande i ett antal OECD-länder, 1990-tal

Land	Samtliga läkarbesök		Slutenvård		Totala sjukvårdsutgifter	
	CM	HIWV	CM	HIWV	CM	HIWV
Belgien	-0,136		-0,324		-0,279	
Danmark	-0,045	0,045	-0,341	-0,076	-0,259	-0,067
Finland	-0,038	0,039	-0,282	-0,061	-0,187	-0,021
Nederländerna	-0,041	0,047	-0,207	-0,064	-0,159	-0,029
Sverige	0,007	0,034	-0,028	-0,036	-0,019	-0,018
Schweiz	-0,107	-0,004	-0,158	0,047	-0,144	0,033
Tyskland	-0,08	-0,01	-0,168	-0,033	-0,146	-0,027
UK	-0,072	0,011	-0,171	-0,058	-0,117	-0,02
USA	-0,038	0,044	-0,195	-0,008	-0,145	0,009

Källa: van Doorslaer et al. (2000)

De första kolumnerna per vårdform (C_M) visar ostandardiserade värden för indexet, medan nästkommande kolumn (HI_{WV}) är standardiserade för skillnader i ohälsan mellan inkomstgrupper. Som framgår visar vårdutnyttjandet i Sverige av läkarbesök i öppenvården (både primärvård och specialistvård) på en något högre konsumtion hos höginkomsttagare. Detta gäller oavsett vilka ohälsaindikatorer som används för att standardisera för behov. I jämförelse med övriga länder hade den svenska öppenvården således ett mönster som gynnade höginkomsttagare ("pro-rich") under 1990-talet i jämförelse med flera europeiska sjukvårdssystem. Flera andra skattefinansierade system visade ett mönster till fördel för höginkomsttagare, dock var det amerikanska systemet med i huvudsak privata försäkringar mest "pro-rich".

Generellt sätt har den slutna vården en fördelning som gynnar låginkomsttagare ("pro-poor") i jämförelse med den öppna vården. Även den slutna vården i Sverige fördelas i större utsträckning till låginkomsttagare i jämförelse med den öppna vården. I jämförelse med flertalet europeiska länder är dock vårdutnyttjandet för låginkomsttagare relativt mindre i Sverige. Schweiz och i viss mån USA (båda länder med stor andel privata försäkringar) visar ett mönster som gynnar höginkomsttagare, vilket kan förklaras av den tidigare redovisade ojämlikheten i finansieringen.

Även den totala fördelningen av sjukvårdsutgifterna visar på en profil som gynnar låginkomsttagare för flertalet länder, men även här uppvisar Sverige mindre skillnader mellan låg- och höginkomsttagare i jämförelse med andra länder. Danmark och Nederländerna uppvisade ett vårdutnyttjande som mest gynnade låginkomsttagare medan, Schweiz och USA visade på högre konsumtion bland höginkomsttagare.

4.3 Senare analyser av öppenvård - en internationell översikt

Analysen av fördelningen för den öppna vården har följts upp i senare studier i ett projekt inom OECD där data samlats in från 2000-talet. En fördel i dessa analyser är att för den öppna vården i flertalet länder har läkarbesök delats upp i primärvård och specialistvård. Tyvärr saknades denna uppdelning för Sverige och ett antal andra länder. Dock har antalet länder utökats i analysen. Två mått på vårdutnyttjande används⁶:

- i) Antalet årliga besök hos läkare per individ.
- ii) Sannolikheten för ett läkarbesök för en individ.

I figur 3 presenteras justerat jämlikhetsindex för det totala antalet besök inom den öppna vården totalt samt fördelat på specialistvård och primärvård. Ett positivt värde (>0) innebär att höginkomsttagare har en högre andel av vårdutnyttjandet ett negativt värde (<0) att låginkomsttagare har en högre andel av vårdutnyttjandet. Om indexet har värdet noll är vården jämnt fördelad mellan inkomstgrupper.

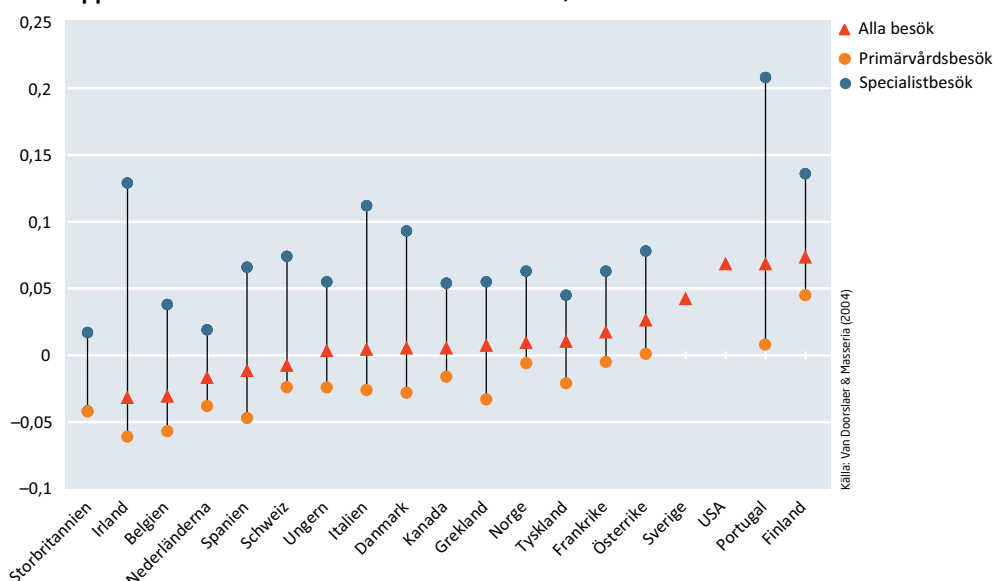
Som framgår av figuren finns ett tydligt mönster där primärvården i större utsträckning konsumeras av grupper med låg inkomst. Efter justering av vårdbehov har således låginkomsttagare ett relativt högre utnyttjande av primärvård, medan höginkomsttagare ofta har ett relativt högre vårdutnyttjande av öppen specialistvård. Flertalet av de länder som uppvisar ett högre vårdutnyttjande för låginkomsttagare kännetecknas av valfrihet inom primärvården, men även låga patientavgifter och i viss mån att primärvården fungerar som grindvakt ("gatekeeper") med remisskrav för vård vid sjukhus eller specialistmottagning.

Den svenska placeringen internationellt är relativt oförändrad, det vill säga den öppna läkarvården uppvisar en profil där höginkomsttagare har ett större vårdutnyttjande än låginkomsttagare, efter justering av behov. Med de nytillkomna länderna intog Sverige en position med en relativt ojämlik öppenvård. I de länder där statistiken över läkarbesök är uppdelad i primärvård och specialistvård finns ett tydligt mönster där utnyttjandet av primärvård i större utsträckning tillfaller låginkomsttagare. Denna uppdelning saknas i Sverige då data som hämtas från SCBs Levnadsnivåundersökning (det så kallade ULF-underlaget) inte delar upp öppenvård i specialist- och primärvård. De länder som uppvisar den mest ojämlika vården är Portugal, Finland och USA. De två förstnämnda länderna har ingen eller mycket begränsad valfrihet inom såväl primärvård som specialistvård. I USA finns en stor valfrihet som emellertid till stor del är beroende av vilken försäkring individen täcks av. Samtidigt förekommer relativt höga patientavgifter i USA. I figur 4 redovisas det andra måttet på jämlik vård – sannolikheten för minst ett läkarbesök, med samma metod.

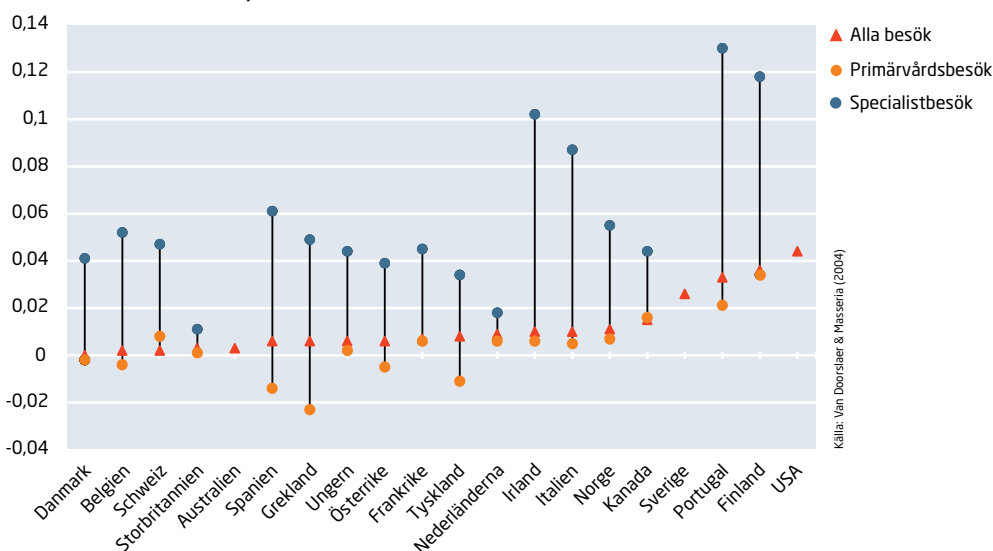
Som framgår av figuren är mönstret likartat som för måttet totala antalet läkarbesök även om en generell förskjutning kan observeras till fördel för höginkomsttagare. Även med detta mått intar Sverige en position där höginkomsttagare har en större sannolikhet för minst ett läkarbesök än låginkomsttagare. Den öppna vården i Sverige var tillsammans med Finland, Portugal och USA mest ojämlik. Även för dessa resultat uppvisar primärvården ett mer jämlikt mönster än den öppna specialistvården.

⁶ De två metoderna kompletterar varandra. Ett skäl till att studera sannolikheten för ett besök är att fördelningen av besök inom sjukvården är skev där en stor andel av besöken tillfaller en mindre andel av befolkningen. Från ett teoretiskt perspektiv antas även att måtten påverkas av agerande från patienten eller läkaren. Den initiala kontakten som främst speglas av måttet sannolikheten för ett besök antas främst påverkas av patienten, medan beslut om återkommande besök främst antas påverkas av läkaren. Dessa teoretiska antaganden kan givetvis ifrågasättas, men i flertalet studier redovisas båda måtten.

Figur 3. Horisontell jämlighet för årligt medel av olika typer av öppenvårdsbesök hos läkare i 19 OECD-länder, 2000-2002.



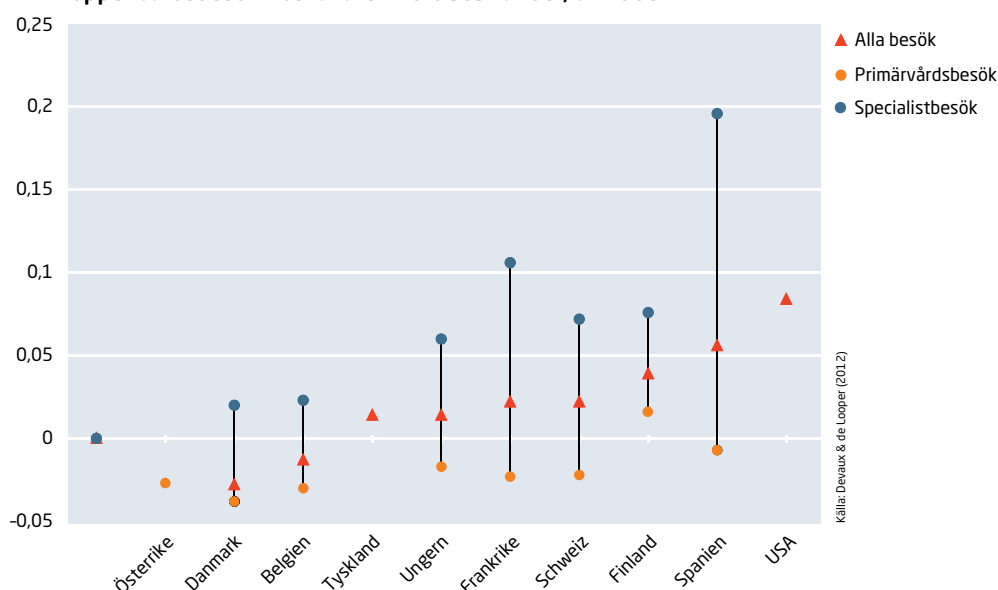
Figur 4. Horisontell jämlighet för sannolikhet för ett besök hos läkare i 19 OECD-länder, 2000-2002.



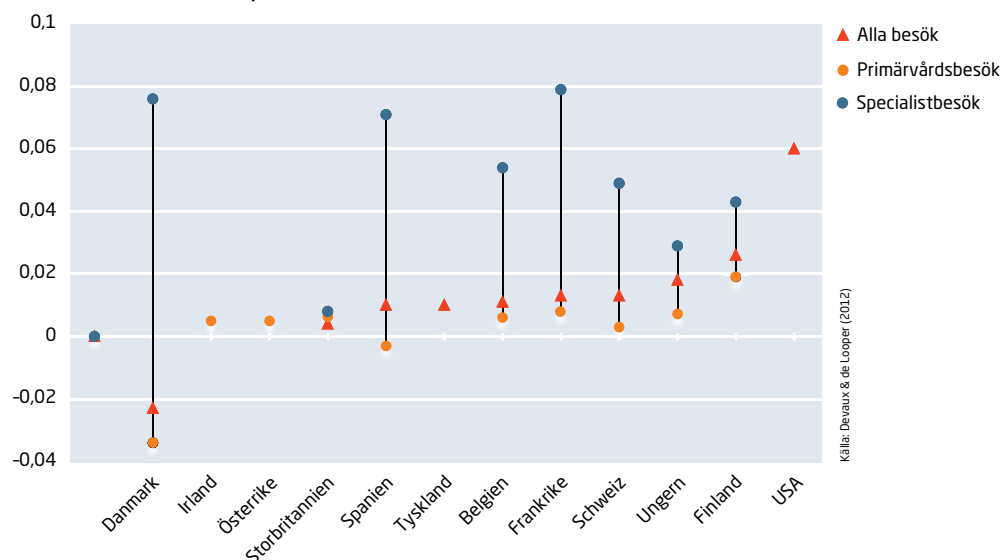
Projektet inom OECD har fortsatt och en rapport getts ut om inkomstrelaterad ojämlikhet i vårdutnyttjande för 19 OECD-länder under år 2009. Tyvärr ingår inte Sverige i studien, vilket hade varit intressant för att studera utvecklingen över tiden, inte minst vad som hänt efter införandet av vårdvalsreformerna. I figur 5 presenteras resultaten för de tidigare beskrivna måtten för primärvården.

Som framgår av figuren består resultatet i att primärvården har en profil som gynnar låginkomsttagare. Mot bakgrund av tidigare presenterad kartläggning av förekomst av valfrihet kan vi inte se att länder där patienter väljer sin husläkare har en mer ojämlik vård. Tvärtom har flera länder med lång erfarenhet av valfrihet ett mönster där låginkomsttagare utnyttjar vården mer än höginkomsttagare. Resultaten är relativt samstämmiga för de två måtten i studien. I figur 6 redovisas motsvarande resultat för specialistläkare.

Figur 5. Horisontell jämlikhet för årligt medel av olika typer av öppenvårdsbesök hos läkare i 10 OECD-länder, år 2009.



Figur 6. Horisontell jämlikhet för sannolikhet för ett besök hos läkare i 12 OECD-länder, år 2009.



Även för den öppna specialistvården kan vi se att de tidigare resultaten står sig. Utnyttjandet av specialistvården är således till fördel för höginkomsttagare.

I flertalet av de i studien ingående länderna finns en valfrihet vid val av primärvårds-läkare, med undantag av Finland (och i viss mån Spanien). Den ojämlikhet som uppvisas i Finland beror troligen dock mer på att den yrkesverksamma befolkningen har tillgång till företagshälsovård för primärvård. Det är således svårt att se något mönster om hur valfriheten påverkar ett jämlikt vårdutnyttjande inom primärvården. Det verkar inte heller finnas någon skillnad mellan skattebaserade system (Danmark, Finland, Spanien, Storbritannien) och socialförsäkringssystem (i stort sett övriga). Inte heller skillnader i ägandeformer mellan privat och offentligt utförande på systemnivå verkar ha effekt, där länder som Finland och Spanien endast har offentlig primärvård, medan primärvården i länder som Belgien, Danmark, Frankrike och Schweiz uteslutande bedrivs i privat regi. I övriga länder dominerar privat primärvård även om det förekommer offentligt ägande.

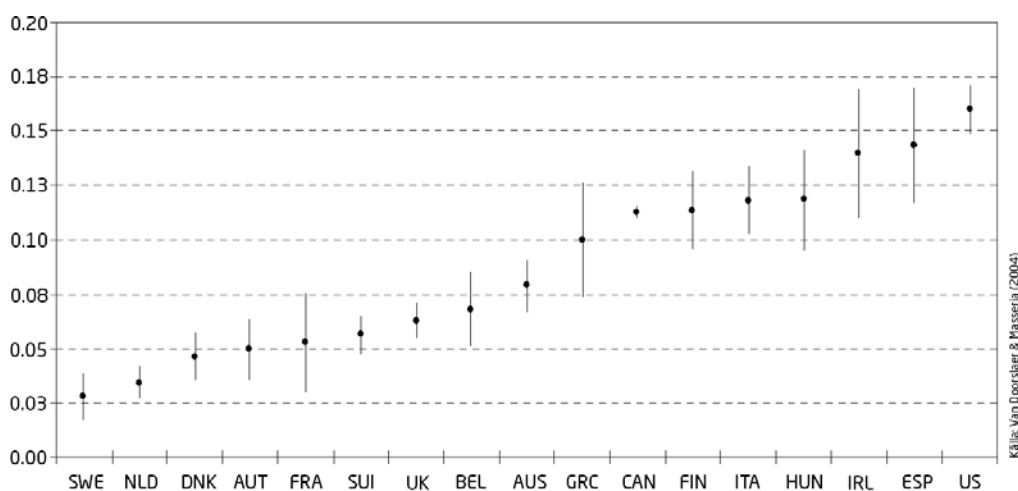
Enligt OECD-rapporten (van Doorslaer and Masseria 2004) behöver inte privata sjukvårdsförsäkringar med nödvändighet leda till minskad jämlikhet i hälso- och sjukvården, även om ojämlikhet mellan de starkare och svagare inkomstgrupperna är som störst i Portugal, Finland, Irland och Italien – fyra länder där privata försäkringar och patientavgifter utgör en relativt stor del av sjukvårdssystemet.

En viktig uppgift för primärvården är att utgöra en vårdresurs för hela befolkningen. Bristerna i svensk primärvård har därigenom också fått negativa konsekvenser för möjligheterna att uppnå en rättvis fördelning av vårdresurserna. Det är väl belagt i olika studier att tillgången till primärvård respektive annan specialistvård varierar mellan olika socioekonomiska grupper. Specialistvården är vanligtvis skevt fördelad till förmån för individer med högre inkomst medan det motsatta gäller för primärvård. Med en svagt utbyggd primärvård kan man därför förvänta sig att individer med lägre inkomster får mindre tillgång till vård.

Tandvård

I den andra refererade OECD-studien (Devaux and de Looper 2012) har även utnyttjandet av tandvård analyserats för olika socioekonomiska grupper. Det mått som använts är sannolikheten att besöka en tandläkare under en viss tidsperiod. Studien har genomförts med liknande resultat för perioderna 2000–2002 samt 2008–2009. Vi redovisar här resultaten för den förstnämnda perioden då Sverige ingick i studien.

Figur 7. Index för sannolikhet av minst en vårdkontakt med tandläkare (ej justerat för behov), åren 2000–2002, konfidensintervall.



Som framgår av figuren var sannolikheten för minst en vårdkontakt med tandläkare större för höginkomsttagare i samtliga länder (för samtliga länder är index > 0). För svensk del överensstämmer resultaten med tidigare analyser baserade på ULF-data som visat att tandvården i större utsträckning utnyttjas av höginkomsttagare och högutbildade. Sammanfattningsvis ger resultaten ett visst stöd för att andelen offentlig finansiering snarare än förekomst av valfrihet bidrar till ett ojämlikt utnyttjande av vårdtjänster.

De internationella jämförelserna av jämlikt vårdutnyttjande som genomförts inom ECUITY-projektet och senare OECD, är sannolikt de mest robusta analyserna som genomförts. Metoderna har utvecklats gemensamt och även om data kommer från olika källor i flera länder har ett gediget arbete med att harmonisera data och använda

likartade indikatorer för vårdutnyttjande och vårdbehov genomförts. Det finns dock anledning att tolka skillnader över tid och mellan länder med försiktighet. Vi kan dock konstatera vissa mönster. Den öppna läkarvården har i regel ett vårdutnyttjande som gynnar höginkomsttagare. För de länder där öppen specialistvård och primärvård kan separeras i analysen framgår att primärvården i större utsträckning gynnar låginkomsttagare. Den slutna vården och i flera fall den totala vårdkonsumtionen tillfaller i högre utsträckning låginkomsttagare. För tandvården som har en större andel privat finansiering konstateras ett ojämlikt vårdutnyttjande till förmån för höginkomsttagare i samtliga länder.

Vi kan således konstatera att den svenska hälso- och sjukvården inte är mer jämlik än flertalet länder som ingått i studierna. Det finns flera exempel på att länder med såväl socialförsäkringssystem som skattebaserad finansiering har en mer jämlik vård. Flerparten av dessa har en lång tradition med valfrihet för patienterna. Det gäller i synnerhet den öppna vården där Sverige uppvisar ett mönster som gynnar höginkomsttagare.

5. Vårdvalsreformerna i Sverige och jämlik vård

5.1 Styrmekanismer i vårdvalsmodellerna

Målsättningarna med vårdvalsreformerna inom landstingen var att stärka patientens ställning och öka valfriheten samtidigt som privata vårdgivare getts möjlighet att etablera sig med offentlig ersättning. Vårdvalsreformerna inom primärvården och delar av specialistvården ska delvis ses mot bakgrund av den tidigare utvecklingen med svårigheter att expandera sektorn, bristande tillgänglighet till primärvård samt ett visst missnöje med avsaknaden av att kunna välja läkare och mottagning. Det framkom bland annat i Maktutredningen från slutet av 1980-talet där hälso- och sjukvården var ett område där medborgarna uttryckte missnöje med sitt inflytande samt möjlighet att välja vårdgivare (SOU 1990:44).

Införandet av vårdval i primärvården är en relativt stor förändring av hur resurserna fördelas och hur vården organiseras. Den utbyggnad av primärvården som ägde rum under 1970- och 1980-talen baserades på områdesansvar där vårdutbudet bestod av offentliga vårdcentraler. Senare under 1980-talet började några landsting att privatisera ett mindre antal vårdcentraler genom offentlig upphandling. Det offentliga monopolet dominerade dock utbudet och möjligheten att fritt välja vårdcentral fanns inte. Det var först med Husläkarreformen år 1993 som valfrihet för medborgarna tilläts samtidigt med en fri etablering för privata vårdgivare. Husläkarreformen innebar att vårdutbudet ändrades radikalt i flera landsting, medan förändringarna i andra landsting var mycket små. Inom landstingen i Västmanland och Stockholm ökade den privata andelen av vårdutbudet rejält. Efter att Husläkarreformen avskaffades i slutet av år 1993, upphörde möjligheten till nyetableringar och valfriheten minskade i praktiken rejält i flertalet landsting. I några landsting bibehölls möjligheten att välja vårdgivare, dock utan tydlig information om medborgarnas rättigheter och valmöjligheter. Principen om att resurserna fördelas efter patienternas val följdes inte heller, vilket minskade incitamenten för vårdgivarna att ta emot nya patienter.

Det kom att dröja en bit in i 2000-talet innan ett antal landsting på eget initiativ införde vårdval inom primärvården. Först ut var landstinget i Halland år 2007, följt av Stockholm och Västmanland år 2008. Under år 2009 införde även landstingen och regionerna i Skåne, Västra Götaland och Östergötland på eget initiativ vårdvalet inom primärvården. Med lagen om valfrihetssystem (2008:962) infördes under åren 2009–2010 vårdvalsreformer för primärvården för samtliga landsting. Det är i sammanhanget viktigt att notera att lagstiftningen lämnar flera beslut om hur vårdvalet ska organiseras, utformningen av ersättningssystem med mera öppet till respektive landsting. Gemensamt för modellerna är att individens enskilda rätt och möjlighet att välja primärvårdsenhet är lagstadgad samt att landstingen måste upprätthålla en konkurrensneutralitet mellan sina egna offentliga vårdgivare och privata enheter samt att resurserna fördelas efter patienternas val. Marknaden är även öppen för nya privata vårdgivare. De villkor som landstingen ställer, inklusive ersättningsformer, måste tydligt framgå i det så kallade förfrågningsunderlaget som varje landsting enligt lagen måste publicera offentligt. I detta förfrågningsunderlag kan landstingen även ställa särskilda kontraktsvillkor av sociala, miljömässiga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras.

Med lagstiftningen blev det obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska få utföra vård inom primärvården mot offentlig ersättning för de patienter som väljer vårdgivaren (Regeringens proposition 2008/09:74). När det gäller utformningen av ersättnings-system, principer för listning, angivna åtaganden och kvalitetskrav, har de enskilda landstingen stora frihetsgrader som innebär att man i praktiken har stora möjligheter att påverka volymer och inriktningen på vården.

Eftersom det inte finns en nationell modell för hur vårdvalet ska utformas har landstingen således stora frihetsgrader när det gäller att utforma sina egna modeller. Utformningen av olika styrprinciper kan kopplas till målsättningar med modellerna, regionala förutsättningar med mera. Flera av dessa har konsekvenser för hur vården fördelas och utnyttjas av olika patientgrupper, inte minst från ett fördelningsperspektiv. De viktigaste styrprinciperna kan sammanfattas i ett antal punkter:

1. **Ackrediteringskriterier eller andra kravspecifikationer** för vårdgivarna. För att få tillstånd att etablera sig som vårdgivare i ett landsting måste vårdenheten vara godkänd av landstinget/regionen för att få etablera sig med offentlig ersättning. Landstingen ställer krav dels på finansiella förutsättningar, dels på utbildad personal och investeringar i utrustning och lokaler. Med ackreditering kan landstingen ställa krav på utbudet av tjänster och behandlingar. Detta kan påverka tillgång till vård för vårdtunga patienter. Genom att till exempel inte tillhandahålla diagnostik eller behandlingar som är avsedda för en speciell sjukdom, finns en risk att individer med sjukdomen inte listas hos vårdgivaren.
2. **Avgränsningen av uppdraget** bestäms av landstingen. I vissa landsting består Vårdvalet inom primärvården av ett brett utbud som till exempel inkluderar barnhälsovård, mödrhälsovård med mera. I andra landsting finns smalare uppdrag fokuserat på husläkarverksamhet. Det är oklart om vårdvalsmodeller som bygger på breda eller smala uppdrag gynnar eller missgynnar vårdtunga patienter. Detta beror även på hur de tjänster som inte ingår i vårdval för primärvård är organiserade.
3. **Principerna för ersättningar och kostnadsansvar** för vårdgivarna är ett kraftfullt styrinstrument där det finns stora skillnader mellan landstingen. Enligt lagen ska dock ersättningen till vårdgivare vara likvärdig oavsett om vårdenheten drivs i privat eller offentlig regi. Skillnaderna mellan landstingen gäller främst fördelningen mellan rörlig och fast ersättning per listad. Det gäller även principerna för den fasta ersättningen och vilka indikatorer som användas för behov. Utifrån såväl forskningsresultat som erfarenheter från olika sjukvårdssystem finns inget tydligt konsensus vilken princip som tillförsäkrar en mer jämlik vård, även om det finns exempel på hur vissa ersättningsformer missgynnar vårdtunga patienter.
4. **Regler för valfrihet och listning.** Lagstiftningen stipulerar att alla medborgare ska ges möjlighet att fritt välja vårdgivare som godkänts av landstingen. Det innebär att medborgarens ställning stärks genom att ersättningen till vårdenheten följer medborgarens val ("*pengarna följer patienten*"). Landstingen får inte heller begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom länet. Landstingen ansvarar även för den information som ges till medborgarna som underlag för val av vårdgivare. Regler om listning av patienter ser även olika ut beträffande om så kallad aktiv eller passiv listning tillämpas. Med passiv listning avses hur individer som inte gör ett aktivt val fördelas mellan vårdgivare. Här kan olika principer tillämpas som närhet eller listning med vilken vårdgivare individen hade sin senaste vårdkontakt. Även regler om hur ofta en patient kan byta enhet är reglerade. En viktig reglering är även hur man hanterar så kallade fulla listor och väntelistor till popu-

lära vårdgivare som inte kan ta emot fler patienter. Här finns regler som att en vårdgivare aldrig kan neka en patient att lista sig samt regler för hur en väntelista ska hanteras vid full listning.

5. **Uppföljning av verksamhet, kvalitet och vårdutnyttjande.** Landstingen har stora möjligheter att ställa krav på information från samtliga vårdgivare om leverans av uppgifter om vårdutnyttjande, listning, med mera. Detta ger stora möjligheter till uppföljning och utvärdering där till exempel vården för vårdtunga grupper kan analyseras. För att en jämlik vård ska uppnås är det inte bara vårdutnyttjandet utan även resultat i termer av kvalitet och hälsoutfall som bör analyseras. I vilken utsträckning detta förekommer är dock oklart. Här finns emellertid en potential för att studera om vissa vårdgivare har en profil där man undviker vårdtunga patienter eller inte levererar en adekvat vård. Vad som ofta saknas är dock uppgifter om vårdens kvalitet och resultat för olika patientgrupper. Detta begränsar möjligheterna till att analysera jämlik vård.

De ovanstående styrprinciperna ger landstingen möjlighet att styra verksamheten utifrån målsättningar om kostnadskontroll, effektiv vård, kvalitet, jämlik vård med mera. Utformandet av styrprinciper påverkar fördelningen av vård mellan olika sjukdomar, patientgrupper och geografiska områden, vilka är relevanta för målsättningar om en jämlik vård. Beroende på hur systemen utformas skapas olika incitament för vårdgivare att driva vården i olika inriktningar.

Vårdvalssystemen inom primärvården har utvecklats på olika sätt i landsting och regioner. När det gäller inträdet till marknaden finns inga större skillnader i de *ackrediteringskrav* som landstingen utformat. Förutom att vårdgivarna måste redovisa sina finansiella tillgångar och ekonomiska situation, finns krav på lokal, utrustning och personalens kunskaper. Även om det innebär en viss kontroll av utbudet har inget landsting systematiskt använt sig av ackrediteringskriterier för att säkerställa utbud riktat till kroniker eller svårt sjuka patientgrupper.

När det gäller *primärvårdsuppdragets innehåll* har främst Stockholms läns landsting gett vårdgivarna ett mer begränsat uppdrag som bland annat inte inkluderar barn – mödrahälsovård. I flertalet övriga landsting ställs krav på att vårdgivarna har ett större helhetsansvar med större tjänsteutbud inom primärvården. En fördel med ett mer snävt definierat uppdrag är att inträdeskraven blir lägre och fler aktörer kommer in på marknaden. Ett problem är emellertid en bristande samordning mellan olika primärvårdsfunktioner. Det är dock svårt att avgöra hur uppdragets innehåll påverkar vården för mer vårdtunga patientgrupper. En hypotes är att en eventuell bristande samordning kan ge sämre vård för patienter med flera sjukdomar.

Även när det gäller *principerna för ersättning och kostnadsansvar* går en skiljelinje mellan Stockholms läns landsting och övriga landsting. Medan flertalet landsting har en fast ersättning på mellan 80–90 procent av den totala ersättningen, har Stockholm en fast ersättning på ca 40 procent. Vårdvalet innebär att den fasta ersättningen baseras på hur många listade individer en vårdgivare lyckats få, det vill säga en kapitationsersättning. Denna kan även justeras utifrån faktorer som socioekonomi, sjuklighet, geografiska förutsättningar med mera. Den rörliga ersättningen baseras främst på olika typer av besök vid mottagningarna eller hemmet samt till en mindre del av uppnådda resultat (kvalitet) eller genomförda åtgärder.

Frågan om optimala ersättningsprinciper inom primärvården generellt är komplex och kontroversiell. Att dessutom bedöma vilka kombinationer av ersättningar som gynnar eller tillgodoser vårdbehovet för patienter med allvarliga sjukdomar är svårt.

Ersättningsprinciper är ett starkt medel för tredjepartsfinansiärer⁷ inom hälso- och sjukvården att uppnå olika målsättningar som kostnadskontroll, effektiv vård, hög tillgänglighet och rättvis fördelning av vården. Ett helt naturligt problem är att vissa typer av ersättningar ger incitament som står i överensstämmelse med vissa av dessa målsättningar, medan de motverkar andra målsättningar. Exempelvis är anslag eller budgettilldelning ett effektivt medel för kostnadskontroll, men ger inga incitament för god tillgänglighet, effektiv vård eller jämlik vård. Det finns flera översikter inom såväl internationell som nationell forskning om dessa effekter. Frågan om vilka ersättningsprinciper som ger incitament för en jämlik vård samt att ta emot och ge adekvat vård för patientgrupper med allvarliga sjukdomar är dock inte okontroversiell. Här finns flera frågeställningar att hantera. En central fråga är fördelningen mellan fast och rörlig ersättning. En annan fråga gäller hur en fast ersättning ska justeras för att ta hänsyn till variationer i vårdbehov. En tredje fråga är hur en rörlig ersättning kan utformas för att fördela resurser efter behov.

Utvecklingen i flera sjukvårdssystem har gått från renodlade ersättningar till mixade modeller med olika kombinationer av fast och rörlig ersättning. Ett skäl till denna utveckling är att det finns flera målsättningar med hälso- och sjukvård som ska premieras (kostnadskontroll, effektiv vård, jämlik vård med mera). Ett annat skäl är att renodlade modeller förstärker vissa incitament och endast fokuserar på en aspekt. En renodlad prestationsersättning leder ofta till problem med kostnadskontroll, men ger samtidigt incitament till hög produktivitet och minskad risk för patientselektion, det vill säga att undvika patienter med allvarliga och komplicerade sjukdomar. En renodlad kapiteringsersättning är bra för kostnadskontroll och jämlik fördelning av resurser mellan geografiska områden, medan incitament till hög produktivitet och tillgänglighet saknas. En fördel med att kombinera olika ersättningsprinciper är att det är möjligt att fånga de positiva effekterna och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningsystem (Robinson 2001). Det finns dock en stor osäkerhet kring hur en optimal kombination mellan en fast grundersättning och rörlig ersättning ska utformas. Införandet av nya ersättningsprinciper är ingen engångsåtgärd utan kräver kontinuerlig uppföljning.

En fast ersättning kan utgöras av ett anslag eller kapitation. Anslag som en traditionell budget är ofta baserad på historiska kostnader. Anslag kan även vara riktade resurs-satsningar utan tydlig koppling till resultat och utfall. Den vanligaste formen av fast ersättning efter införandet av vårdvalssystemet i primärvården är emellertid kapitations-ersättningen. En kapitation kan utgå per listad individ, men även justeras för behovsfaktorer som ålder, kön, socio-ekonomisk status, sjuklighet/ohälsa m m. Ursprungligen användes kapitationsprincipen för (om-) fördelningar mellan geografiska områden inom bland annat Stockholms läns landsting. Skatteutjämningsystemet mellan landsting är ytterligare ett exempel där principen tillämpas. Tillämpning av kapitation som ersättningsprincip har främst använts inom primärvården. Principen har setts som en metod att ta hänsyn till variationer i behov och ohälsa mellan primärvårdsmottagningar eller områden. Genom att justera ersättningen per invånare för skillnader i ålder, kön, ohälsa, socio-ekonomisk status med mera kan mer resurser tilldelas mottagningar med en högre andel patienter med allvarliga och komplicerade sjukdomar. Ett problem är emellertid att kapitering som fast ersättning ger små incitament för god tillgänglighet och att ge patienterna vård. Dessutom finns risk för övervältring av patienter, bland annat genom remittering till andra vårdgivare (Krasnik et al. 1990), samt risk för långa väntetider vilket begränsar tillgången till vård vilket kan drabba vårdbehövande grupper.

⁷ Med tredjepartsfinansiär avses såväl offentlig som privat försäkringsarrangemang. I litteraturen betraktas ofta skattefinansiering som en form av offentlig försäkring. Gemensamt är att patienten vid vårdtillfället är befriad från ekonomiska överväganden, med undantag för en mindre patientavgift.

Rörliga ersättningar har tillämpats under lång tid framför allt för privata vårdgivare men även inom offentlig specialist- och sjukhusvård. Rörliga ersättningar är baserade på någon form av prestation som ett besök, åtgärder eller uppnådda resultat (kvalitet). I Sverige tillämpas ersättning per besök inom primärvården, ersättning per åtgärd ("*fee-for-service*") inom den nationella taxan och flera landsting ersätter på marginalen för uppnådda resultat inom såväl primärvård som i specialist- och sjukhusvård. En rörlig ersättning kan även tillämpas för kortare eller längre vårdepisoder. Ett exempel på ersättning för kort vårdepisod, där en fast summa för de åtgärder som utförs ingår, är DRG⁸-ersättningen inom specialist- och sjukhusvården. Utifrån ett fördelningsperspektiv ger rörliga ersättningar i regel mindre incitament till selektion. Vårdgivarna tillförsäkras ofta kompensation för de prestationer och åtgärder man utför. Om den rörliga ersättningen för besök och episoder är enhetlig, utan riskjustering, finns emellertid risk att de mest vårdkrävande patienterna inom en ersättningskategori nedprioriteras eller erhåller otillräcklig vård. En möjlighet för att försäkra dessa grupper en ändamålsenlig vård är att differentiera den rörliga ersättningen för att ge ytterligare incitament att behandla individer med krävande och komplexa sjukdomar och behov. Ett huvudsakligt problem med rörliga ersättningar är kostnadskontroll och högt vårdutnyttjande med misstankar om överutnyttjande.

När det gäller *regler för valfrihet och listning* är det små skillnader mellan landstingen. Flertalet landsting har regler om att inte neka en patient listning. Reglerna vid så kallad full lista är likartade och innebär att olika former av väntelistor tillämpas. Vårdgivarna kan således inte på egen hand prioritera vissa patientgrupper. En skillnad som finns är dock principerna för så kallad *aktiv* och *passiv* listning. Flertalet landsting fördelar dessa individer efter närhetsprincip eller baserat på senaste vårdtillfället. Dessa principer kan ha betydelse för resursfördelningen och gynnar ofta redan etablerade vårdgivare. Stockholm utgör ett undantag då man inte har passiv listning utan en patient listas först när hon söker vård. Samtliga landsting har *uppföljningar av vårdvalet* med avseende på kostnadsutveckling, prestationer och målrelaterade ersättningar. Dessutom sker kontroll i form av revision av den finansiella situationen och utbetalning av ersättningar. Det är dock oklart i vilken utsträckning landstingen kartlägger hur vårdutnyttjandet och resultat utvecklats för de mest vårdkrävande patienterna och hur fördelningen av vårdtjänster ser ut. Det är endast ett mindre antal landsting där man i samband med forskningsinitierade projekt och medicinsk revision kartlagt prestationer och resultat ur ett jämlikhetsperspektiv.

Som redovisats tidigare har tillgängligheten inom primärvården ökat generellt efter vårdvalsreformernas genomförande. Flera vårdcentraler har etablerats och besöken, främst läkarbesök, har ökat i flertalet landsting. En viktig aspekt är emellertid hur fördelningen av vårdutnyttjandet utvecklats mellan olika grupper. Dessa aspekter har dock endast analyserats för ett mindre antal landsting. Dessa studier har ofta genomförts i samverkan med forskare och statliga myndigheter. De landsting som genomfört dessa analyser skiljer sig när det gäller vårdvalets utformning (se sammanfattning för ersättningsprinciper i tabell 8).

⁸ DRG = Diagnosrelaterade grupper

Tabell 8. Vårdvalsmodeller i svenska landsting

	Stockholm	Östergötland	Skåne	Västra Götaland
Uppdrag	Endast husläkarverksamhet. Övrig primärvård särskilda vårdval	Husläkarverksamhet, barnhälsovård och medicinsk fotvård	Husläkarverksamhet och rehabilitering. Övrig primärvård särskilda vårdval	Husläkarverksamhet, barnhälsovård och medicinsk fotvård
Ersättning	Kapitering per listad justerad för ålder (ca 40 procent).	Kapitering per listad justerad för ålder, socioekonomi och geogr. område (ca 90 procent).	Kapitering per listad justerad för ålder och sjuklighet (ca 85 procent).	Kapitering per listad justerad för ålder och sjuklighet (ca 85 procent).
	Rörlig ersättning för främst besök + mindre del för kvalitetsmål (ca 60 procent)	Rörlig ersättning motsvarar patientavgifter samt besök av olistad patient	Rörlig ersättning indirekt via täckningsgrad, det vill säga i vilken omfattning listade patienter går till andra vårdgivare	Rörlig ersättning indirekt via täckningsgrad, det vill säga i vilken omfattning listade patienter går till andra vårdgivare
Bonus/vite	Ja, avseende kvalitetsmål	Nej	Nej	Nej
Listning	Endast aktiv listning	Aktiv och passiv listning	Aktiv och passiv listning	Aktiv och passiv listning
Andel privata vårdgivare	> 50 procent	ca 15 procent	ca 40 procent	25-30 procent

Källor: Anell (2012), Vårdanalys (2013)

I nedanstående avsnitt sammanfattas de studier som beskrivit och analyserat om vårdvalsreformerna fördelningsmässigt gynnat eller missgynnat svaga patientgrupper. Flertalet studier baseras på erfarenheterna från enskilda landsting. Studierna av fördelningsaspekter är uppdelade utifrån dimensionerna: i) socio-ekonomiska skillnader, ii) skillnader mellan patienter med olika vårdtyngd eller allvarlighetsgrad.

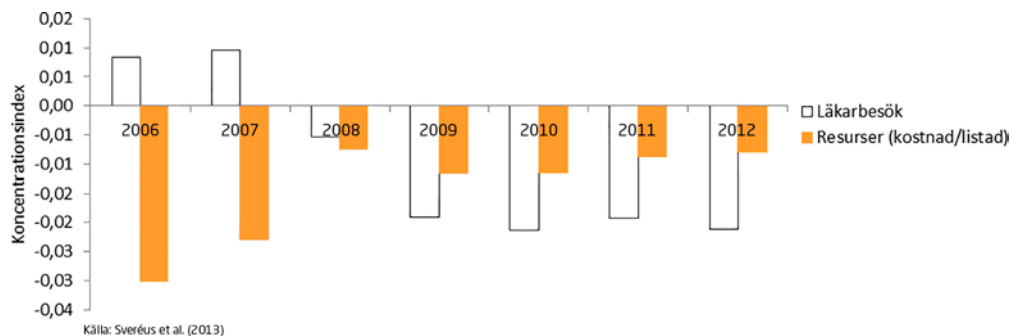
5.2 Socio-ekonomiska analyser

Med socio-ekonomiska analyser avses kartläggning av hur vårdutnyttjandet utvecklats mellan grupper med olika inkomst och utbildning. De socio-ekonomiska analyserna av vårdutnyttjandet inom primärvården under perioden med vårdval är begränsade till vissa landsting och regioner. Eftersom det inte finns något nationellt patientregister för primärvården har analyserna baserats på enskilda landsting samt i några fall jämförelser av ett urval av landsting. De socio-ekonomiska analyserna har dels baserats på skillnader i inkomst och utbildning mellan geografiska områden, dels baserats på individdata med tillgång till information om inkomst och utbildningsnivå. Analys av skillnader mellan geografiska områden har genomförts för Stockholms läns landsting sedan vårdvalets införande i primärvården (Rehnberg et al. 2010, Sveréus et al. 2014). I studien presenteras utvecklingen av vårdutnyttjandet inom primärvården med avseende på socio-ekonomi som genomsnittsinkomst och utbildningsnivå för 38 stadsdelar och kommuner inom Stockholms läns landsting. I analysen används samma metod som i OECD-studierna (se ovan) där koncentrationsindex räknas ut för varje år. Dessa har dock inte standardiserats för behov eller hälsostatus. Ett antagande kan emellertid vara att skillnaderna i hälsostatus mellan geografiska områden är relativt konstanta över tiden.

Under åren före vårdval hade områden med högre medelinkomst en större andel av antalet läkarbesök än områden med lägre medelinkomst, medan områden med lägre medelinkomst hade en större andel av resursförbrukningen. Med resursförbrukning avses den ersättning som vårdgivare, offentliga och privata erhöLL från beställaren. Detta illustreras i figur 8 av positiva värden för läkarbesök och negativa värden för resurser under 2006 och 2007. Efter införandet av vårdval 2008 visar såväl läkarbesök som resurser negativa värden. Utvecklingen över tid visar således på en relativ

ökning av besök för individer boende i områden med lägre medelinkomst, medan husläkarmottagningar i områden med högre medelinkomst relativt sett erhållit en ökad tilldelning av resurser. Detta gäller även när hänsyn tagits till att antalet listade ökat mer i till exempel innerstaden än i områden med lägre inkomst.

Figur 8. Koncentrationsindex läkarbesök/geografiskt område 2006-2012 och koncentrationsindex kostnad/listad/område 2006-2012, Stockholms läns landsting.



Sammantaget konstateras att läkarbesöken ökat mer för boende i områden med lägre medelinkomst än för boende i områden med högre medelinkomst, men att resursfördelningen till husläkarmottagningarna gått i motsatt riktning. Utvecklingen visade således ett mer jämlikt vårdutnyttjande, men även en trend mot mindre jämlik resursfördelning. Såväl vårdutnyttjandet som resursfördelningen var dock i slutet av perioden fortfarande högre för områden med lägre inkomster (utan justering för vårdbehov).

Individuell inkomst

Ett problem med analys på områdesdata är att skillnader och förändringar inom områden inte framgår. Områdena i respektive kvartil är heterogena och områdesdata ger ingen information kring huruvida det är de mer eller mindre välbärgade individerna inom ett område som ökat sitt vårdutnyttjande mest. Att använda data på områdets medelinkomst innebär därmed stora risker för feltolkning, så kallad *ecological fallacy* (Kramer, 1983).

I nedanstående avsnitt summeras de studier som är baserade på individdata. I en studie (Beckman & Anell 2013) från Region Skåne har sannolikheten för besök inom primärvården analyserats för individer med en inkomst över respektive under medianen för två perioder (åren 2007–2008 före och åren 2010–2011 efter införandet av Hälsoval Skåne). Resultaten presenteras i tabell 9.

Tabell 9. Genomsnittligt antal besök före och efter införandet per inkomstgrupp, Hälsoval Skåne.

Grupp	Genomsnittligt antal besök före vårdval (2 år)	Genomsnittligt antal besök efter vårdval (2 år)	Förändring av genomsnittligt antal besök	Förändring av genomsnittligt antal besök (%)
Män 25-44				
Besök för alla	1,43	1,57	0,15	10,3
inkomst under median	1,33	1,48	0,15	11,5
inkomst över median	1,53	1,67	0,14	9,2
Män 45-64				
Besök för alla	2,18	2,45	0,28	12,7
inkomst under median	2,36	2,59	0,23	9,9
inkomst över median	2,00	2,32	0,32	15,9
Män 65-84				
Besök för alla	3,44	3,77	0,33	9,7
inkomst under median	3,57	3,79	0,23	6,4
inkomst över median	3,31	3,75	0,44	13,3
Kvinnor 25-44				
Besök för alla	2,34	2,60	0,27	11,5
inkomst under median	2,25	2,53	0,28	12,6
inkomst över median	2,42	2,67	0,25	10,5
Kvinnor 45-64				
Besök för alla	3,07	3,38	0,31	10,1
inkomst under median	3,38	3,67	0,29	8,6
inkomst över median	2,74	3,07	0,33	12,1
Kvinnor 65-84				
Besök för alla	4,17	4,52	0,35	8,4
inkomst under median	4,36	4,61	0,25	5,8
inkomst över median	3,98	4,43	0,45	11,3

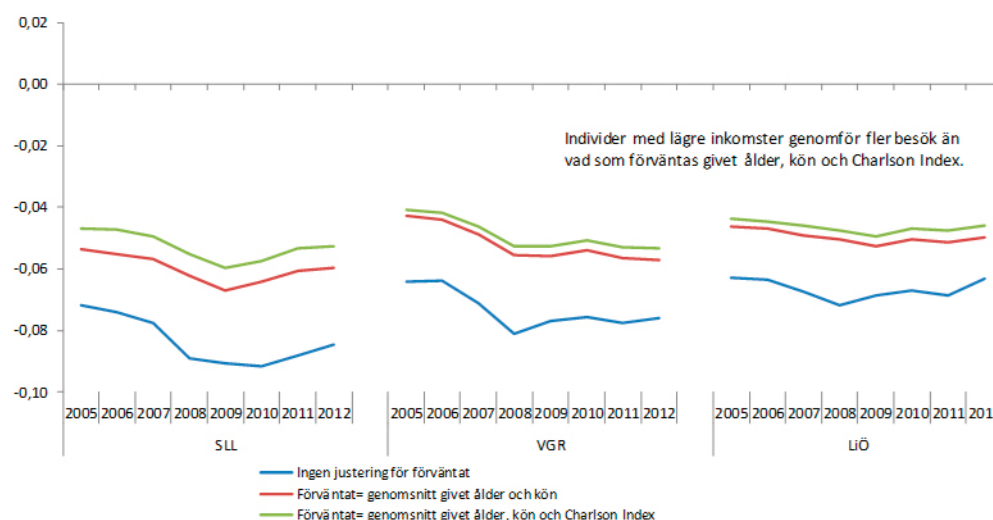
Källa: Beckman & Anell 2013

Som framgår av tabellen har individer med en inkomst över medianen ökat sitt vårdutnyttjande av läkarbesök mer än de med en inkomst under medianen. Detta gäller för de två äldsta åldersgrupperna, dock ej de yngre. I studien analyserades även skillnaderna mellan inkomstgrupper med metoden sannolikhet för läkarbesök med samma resultat.

I uppföljningen av Vårdval Stockholm har en analys gjorts baserad på individdata med inkomst, utbildning och födelseland, dock endast för en panel av vuxna individer som bodde i länet 2010 eller 2011. Detta innebär i huvudsak två problem. För det första ett antagande om att inkomsten varit oförändrad för alla individer under tidsperioden. Det kan leda till felaktigheter, till exempel för äldre som minskat sin inkomst över åren och samtidigt ökat sitt vårdutnyttjande. För det andra ett bortfall framför allt för äldre i början av perioden, då det är en högre andel av dessa som inte överlever till år 2010. Resultaten från studien visade att individer med lägre inkomst hade ett högre vårdutnyttjande i jämförelse med individer med högre inkomst både före och efter införandet av vårdvalet, men att dessa skillnader blivit mindre efter vårdvalets införande. Motsvarande analys baserad på utbildningsnivå gav ett motsatt resultat där individer med max grund- och gymnasieutbildning ökat sina besök mer än de med högskoleutbildning. I båda analyserna justerades resultaten för skillnader i ålder, kön, födelseland och utbildning (Svereus et al. 2014).

I en senare analys har data analyserats för tre landsting och regioner: Stockholm, Östergötland och Västra Götalandsregionen (Vårdanalys 2015). Studien är baserad på patientregister för primärvården i de tre landstingen och analyserar utvecklingen mellan socio-ekonomiska grupper under perioden 2005-2012 vilket möjliggör jämförelser för perioderna före och efter vårdval i respektive landsting. I studien tillämpas samma metod som i OECD-studierna (se ovan) där koncentrationsindex räknats ut för varje år. Standardiseringen för behov baseras på ålder, kön och så kallat Charlson Index⁹. Studien baseras på individdata och utvecklingen av vårdutnyttjandet (läkarbesök) analyseras för olika inkomstgrupper samt grupper med olika utbildningsnivå. I figur 10 presenteras koncentrationsindex för det totala vårdutnyttjandet av läkarbesök baserat på inkomst. Måttet ska tolkas som att positiva värden innebär att höginkomsttagare har ett högre vårdutnyttjande än låginkomsttagare. Ett negativt värde tolkas som ett motsatt förhållande.

Figur 10. Koncentrationsindex för läkarbesök på mottagning i primärvården per år (tvärsnitt) med och utan justering för ålder, kön och Charlson Index.



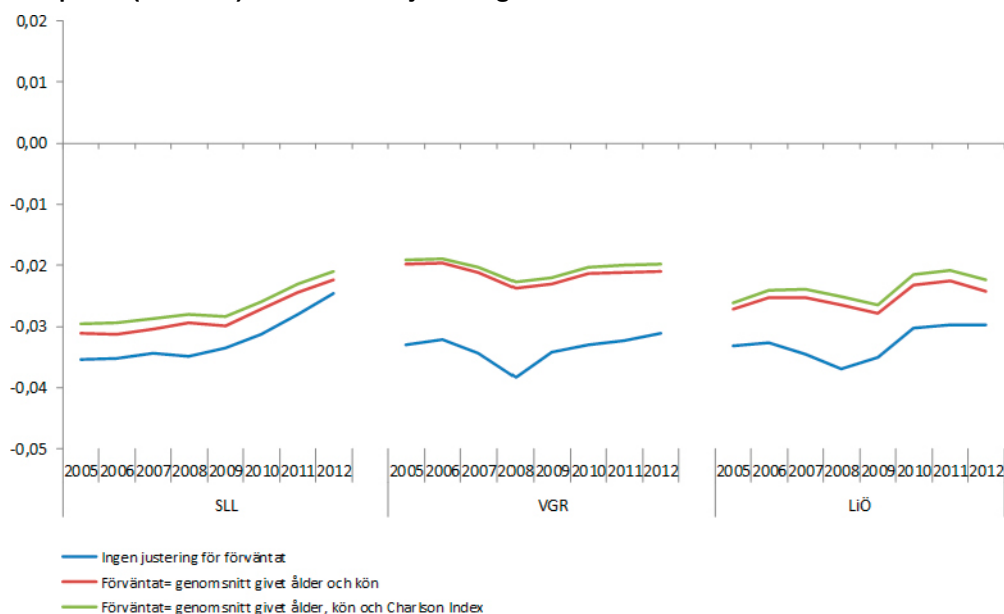
Källa: Vårdanalys (2015)

Som framgår av figuren är det faktiska vårdutnyttjandet i relation till den förväntade generellt sett högre för dem med lägre inkomster (värdet är under 0). En helt jämn fördelning utifrån inkomst, och givet att man lyckas kompensera för alla behovsfaktorer skulle innebära ett koncentrationsindex med värde 0. Sammantaget visar nivån och utvecklingen ett relativt stabilt mönster där vårdutnyttjandet är högre för låginkomsttagare (negativt koncentrationsindex). Detta överensstämmer med den internationella översikten som presenterats tidigare i rapporten där primärvården uppvisar ett mönster som gynnar låginkomsttagare. I figuren ser vi dock att korrigeringen av ålder, kön och Charlson Index (vårdbehov) gör att inkomsteffektens gradient minskar, det vill säga att ju mer vi korregerar för olika behovsfaktorer, desto mindre koncentrerade är besöken till individer med lägre inkomst.

⁹ Charlson Index är ett etablerat internationellt mått som tar hänsyn till patienternas allvarlighetsgrad för samtida sjukdomar. Exempelvis ges hjärtsvikt, KOL och magsår vikten 1 mot att njursjukdom respektive leversjukdom ges 2 respektive 3. Om en individ har flera allvarliga sjukdomstillstånd summeras sedan vikten för varje enskilt tillstånd.

Vi kan även notera att låginkomsttagare även efter införandet av vårdval har ett högre vårdutnyttjande än höginkomsttagare av läkarbesök i primärvården. I Stockholm och Västra Götaland har detta mönster stärkts något, medan förhållandena i Östergötland är i stort oförändrade. Precis som i de senaste studierna från OECD har även måttet sannolikhet för ett läkarbesök beräknats. Detta mått kompletterar analysen av jämlik vård genom att det ger en bild av tillgänglighet och hur den initiala kontakten utvecklas för olika grupper (figur 11).

Figur 11. Koncentrationsindex för minst ett årligt läkarbesök på mottagning i primärvården per år (tvärsnitt) med och utan justering för ålder, kön och Charlson Index.

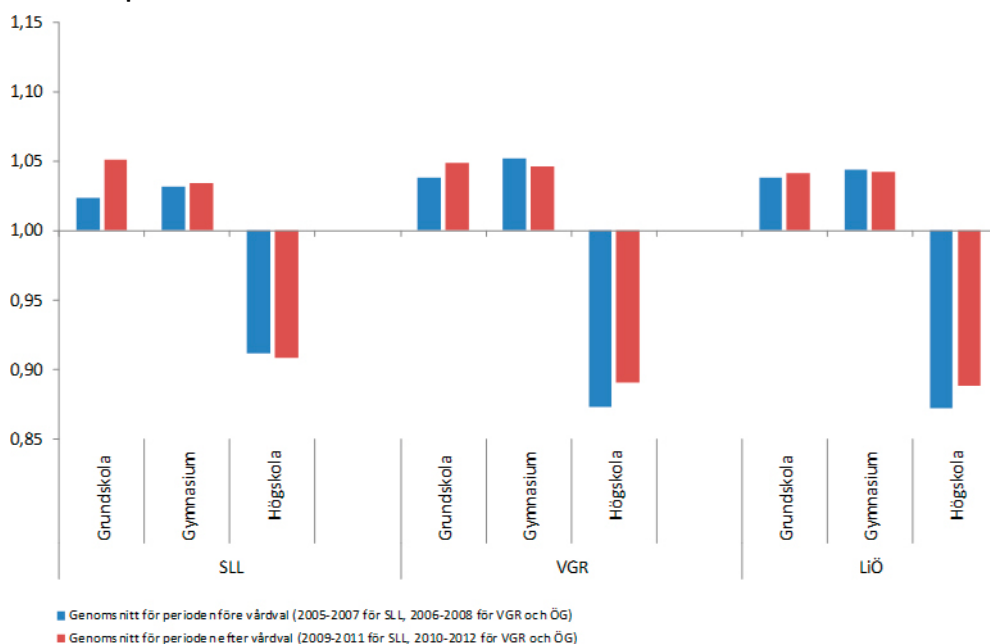


Källa: Vårddata (2015)

Som framgår av figuren uppvisar även detta mått negativa värden, det vill säga låginkomsttagare har en större sannolikhet för minst ett läkarbesök än höginkomsttagare. Utvecklingen är emellertid inte densamma som för det totala vårdutnyttjandet. I Stockholm har skillnaden mellan inkomstgrupperna minskat, medan utvecklingen i Östergötland och Västra Götaland visar på ett oförändrat mönster. För samtliga tre landsting är sannolikheten för ett läkarbesök större för låginkomsttagare även efter vårdvalets införande.

I studien har även den socioekonomiska fördelningen baserat på utbildning beräknats. För att jämföra utvecklingen under perioder utan och med vårdval räknades ett genomsnittligt besöksvärde fram för två treårsperioder före respektive efter införandet av vårdval i respektive landsting. Detta värde för antalet besök har sedan ställts i relation till ett förväntat värde för besök baserat på gruppens ålders- och könsfördelning respektive nivå på Charlson Index. Värden över 1 innebär fler besök än förväntat utifrån behov och värden under 1 innebär färre besök än förväntat (figur 12).

Figur 12: Andel individer som gjort minst ett läkarbesök på mottagning, per utbildningsgrupp i relation till förväntat utifrån gruppens ålders- och könsfördelning samt nivå på Charlson Index.



Källa: Vårdanalys (2015)

I samtliga tre landsting har gruppen med lägst utbildning ökat sitt vårdutnyttjande i förhållande till ett förväntat värde. De med lägst utbildning har även ett högre vårdutnyttjande än övriga grupper, i synnerhet i jämförelse med högskoleutbildade. I Stockholm har grupperna med gymnasie- respektive högskoleutbildning en relativt oförändrad konsumtion i förhållande till förväntat, mot att högskoleutbildade har ökat sin konsumtion i relation till förväntat i Västra Götaland och Östergötland.

Sammanfattningsvis visar studien från Vårdanalys på såväl gemensamma trender som vissa skillnader mellan landstingen. Generellt visar studien att vårdutnyttjandet inom primärvården är högre för låginkomsttagare än höginkomsttagare, vilket är i linje med resultat från andra OECD-länder. Detta mönster är relativt oförändrat efter införandet av vårdvalsreformen. Fördelningen av det totala antalet läkarbesök, visar en utveckling med en större ökning för låginkomsttagare och lågutbildade i framför allt Stockholm. I Västra Götaland har låginkomsttagare en relativ ökning av besöksmönstret, medan motsvarande utveckling för utbildningsgrupper är oförändrad. I Östergötland är förändringarna för både inkomst- och utbildningsgrupper i stort sett oförändrade. När det gäller kontaktmönster, det vill säga sannolikheten för minst ett årligt läkarbesök, är mönstret lite annorlunda där främst Stockholm och Östergötland visar en utveckling med en större ökning för höginkomsttagare, medan utvecklingen för Västra Götaland är oförändrad mellan inkomstgrupper. Kontaktmönstret för utbildningsgrupper ser olika ut där lågutbildade i Stockholm har en relativt större ökning än högutbildade, medan utvecklingen är den motsatta i Västra Götaland och Östergötland. Skillnaderna mellan landstingen ska inte överdrivas då förändringarna är små och till följd av att det föreligger viss osäkerhet med definitioner och avgränsningar av vårdvalet i primärvården.

Den tidigare refererade studien från Skåne visade att besöken i primärvården har ökat mer för individer från familjer med en inkomst över medianinkomsten (Beckman och Anell 2013). Såväl utvecklingen i Stockholm som i Skåne visar att äldre har ökat sitt

vårdutnyttjande mer än yngre. Sammantaget visar resultaten att vårdutnyttjandet har ökat i alla grupper och att ingen grupp verkar ha fått det sämre. Det är också intressant att notera att skillnaderna i ersättningssystem inte nämnvärt påverkar den socioekonomiska fördelningen. Såväl Region Skåne som Västra Götalandsregionen med en stor andel fast ersättning justerat för vårdbehov uppvisar inte ett mer jämlikt vårdutnyttjande än Stockholms läns landsting med stor andel rörlig ersättning och en mindre andel fast ersättning utan justering för vårdbehov (förutom ålder).

Skillnader mellan socio-ekonomiska grupper framkommer när det gäller patientupplevd kvalitet. I en studie från Vårdanalys uppgav personer med högre inkomst i större utsträckning att de var mer nöjda med utvecklingen av primärvårdens tillgänglighet efter vårdvalsreformens införande. Detta samband kvarstod efter justering för sjukvårdsdiagnos och landstingstillhörighet (Vårdanalys 2013). I en studie från Region Skåne och Västra Götaland visas att den patientupplevda kvaliteten varierar med egenskaper hos listade individer vid mottagningen. Vårdgivare där de listade personerna har sämre socioekonomiska förutsättningar ges ett sämre betyg. Mottagningar där de listade personerna har hög vårdtyngd får däremot högre betyg (Glenngård 2015).

5.3 Skillnader mellan svårt sjuka och friskare patienter

I ett antal studier har skillnader mellan patienter med lättare och svårare sjukdomar och hälsoproblem beskrivits. Bakgrunden är att analysera om vårdvalet lett till en prioritering av patienter med lättare åkommor och sjukdomsproblem i jämförelse med kroniker och patienter med allvarligare sjukdomar. I detta avsnitt redovisas resultaten från fyra studier från Myndigheten för Vårdanalys (2013), Riksrevisionen (2014), Dahlgren et al. (2014) samt Agerholm et al. (2015) där dessa skillnader analyserats. I studien från Vårdanalys ingår landstingen i Stockholm och Östergötland samt Region Skåne. Riksrevisionens studie omfattar Region Skåne och Västra Götalandsregionen. De övriga två är baserade på olika dataset från Stockholm.

I studien från Vårdanalys var syftet att analysera hur vårdutnyttjandet och den patientupplevda tillgängligheten utvecklats före och efter vårdvalet, för grupper med varaktiga och/eller vårdtunga sjukdomar i relation till befolkningen som helhet. Utvecklingen för ett antal patientgrupper med en på förhand konstaterad diagnos som indikerar ett större förväntat vårdbehov inom primärvården, jämförs därför med befolkningen som helhet. Studien baserades på patientregister inom primärvården i respektive landsting för åren 2006–2011. De patientgrupper med större vårdbehov som ingick i studien var patienter med diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller demens, samt en grupp patienter med minst en diagnos inom en bredare grupp av vårdtunga sjukdomar¹⁰. Som mått på vårdutnyttjande studerades såväl läkar- och sjuksköterskebesök som måttet viktade vårdkontakter¹¹ i primärvården. Resultaten visade att den viktade vårdkonsumtionen i primärvården ökade för alla grupper utom för personer med demensdiagnos i Stockholm och Östergötland och personer mellan 65–84 år i Östergötland. För patienter med demensdiagnos anges som en sannolik förklaring att kohorten för dessa patienter på grund av sjukdomens förlopp senare

¹⁰ Denna grupp är baserad på det statliga indexet över vårdtunga grupper som används som en modul i kostnadsutjämningsystemet mellan landsting. Indexet är baserat på nio olika diagnosgrupper uppdelat efter ålder och kön och syftar till att fånga upp förekomsten av särskilt vårdkrävande sjukdomar. Diagnoserna består av elakartad tumörsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom, höftfraktur, schizofreni och övriga psykos. Indexet omfattar ca 5 procent av befolkningen och täcker ca 40 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna (SOU 2003:88).

¹¹ Detta mått är ett index där SKL beräknat den resursförbrukning som är knuten till de olika typerna av besök hos olika personalkategorier. Ett besök i hemmet i relation till på mottagning ges dubbel vikt (2,0) och ett besök utfört av sjuksköterska viktas med 0,4 i relation till ett läkarbesök (se SKL:s verksamhetstatistik 2012).

erhåller sin vård vid vårdhem, primärkommuner eller andra institutioner. I den mån konsumtionen av fysiska besök avspeglar möjligheterna till kontakt med primärvården så har tillgängligheten därmed förbättrats för flertalet av de vårdbehövande grupperna och för befolkningen som helhet.

I tabell 10 redovisas en schematisk översikt av resultaten vid jämförelserna av den viktade vårdkonsumtionsutvecklingen i primärvården mellan olika vårdbehövande grupper och befolkningen före och efter vårdvalsinförandet. Grön markering ges om vårdutnyttjandet per individ inom respektive grupp ökat med mer än 15 procent efter vårdvalets införande. Gul markering ges om vårdutnyttjandet för respektive grupp ökat med högst 15 procent. Röd markering ges om vårdutnyttjandet minskat sedan vårdvalets införande. Därtill anges vilken grupp, vårdbehövande eller befolkning, som haft högst procentuell ökning av vårdutnyttjandet oavsett storleken på förändringen.

Figur 10. Resultat över absoluta och relativa besöksförändringar före och efter vårdvalets införande för olika behovsgrupper. Resultaten avser viktade vårdkontakter i primärvård per individ.

	Diabetes och befolkning 45-84 år	Astma och befolkning 5-84 år	KOL och befolkning 65-84 år	Demens och befolkning 65-84 år	Vårdtunga grupp och befolkning 5-84 år
Stockholm					
Vårdbehövande	21%	11%	36%	-21%	15%
Befolkning	14%	15%	12%	12%	15%
Högst procentuell ökning	Vårdbehövande	Befolkning	Vårdbehövande	Befolkning	Lika
Östergötland					
Vårdbehövande	27%	6%	26%	-15%	14%
Befolkning	3%	5%	-3%	-3%	5%
Högst procentuell ökning	Vårdbehövande	Vårdbehövande	Vårdbehövande	Befolkning	Vårdbehövande
Skåne					
Vårdbehövande	8%	5%	21%	30%	7%
Befolkning	20%	15%	35%	35%	15%
Högst procentuell ökning	Befolkning	Befolkning	Befolkning	Befolkning	Befolkning
Procentuell förändring av vårdutnyttjandet före och efter vårdval:					
ökning, > +15% ökning, 0-15% minskning, <0%					

Källa: Vårdanalys (2013)

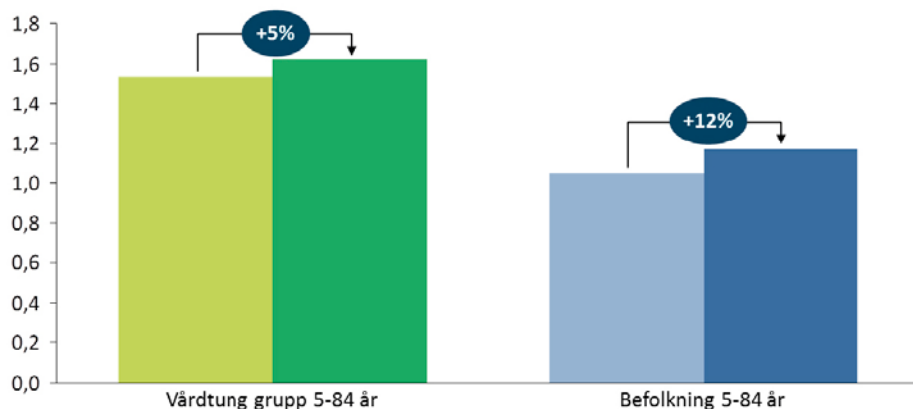
Det framgår dock av figuren att genomsnittsbefolkningen i flera avseenden har ökat sitt vårdutnyttjande i större utsträckning än personer med varaktiga vårdbehov sedan vårdvalen infördes. Det är främst i Skåne som den viktade besöksökningen är störst i befolkningen som helhet jämfört med vårdbehövande. Däremot är ökningen i Östergötland större bland de vårdbehövande grupperna i flertalet fall. I Stockholms län var ökningen större i hälften av fallen. Det beror främst på att ökningen i Stockholm av läkarbesök i hemmet och sjuksköterskebesök i vissa fall är större för de vårdbehövande grupperna i dessa landsting. I Skåne har besöksökningen i en övervägande del av fallen varit större bland befolkningen som helhet än hos grupperna med större förväntat vårdbehov. Studien från Vårdanalys visar dock på att vid en viktad jämförelse av antalet läkarbesök både på mottagning och i hemmet har befolkningen, i större utsträckning än varaktigt vårdbehövande grupper, fått del av ökningen av läkarbesöken i samtliga landsting (figur 13).

Figur 13. Antalet läkarbesök hos befolkningen i stort jämfört med vårdbehövande grupper.

Ovägt snitt av antal läkarbesök på mottagning och i hemmet före och efter vårdval i Stockholm, Östergötland och Skåne

Före vårdval
Efter vårdval

Antal läkarbesök per individ



Källa: Vårdanalys (2013)

Som framgår av figuren har läkarbesök på mottagning och i hemmet inom primärvården i de tre landstingen tillfallit befolkningen som helhet snarare än grupperna med större förväntat vårdbehov. Den tydliga ökningen av andelen läkarbesök vid enklare diagnoser, i relation till dem med stora vårdbehov som observeras i Stockholm, understryker ytterligare denna utveckling.

Riksrevisionen har i en rapport från 2014 undersökt hur vårdvalet har påverkat tillgången på läkarbesök för patienter med olika vårdbehov. Analysen är avgränsad till läkarbesök i både primärvård och specialistvård och i studien används måttet sannolikhet för att patienter med olika grad av sjuklighet gör minst ett läkarbesök (se tidigare beskrivning av OECD-studierna). Studien har genomförts med registerdata över läkarbesök vid Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Urvalet av dessa två landsting anges att de har ”en uttalad ambition att ekonomiskt kompensera de vårdcentraler som tar emot patienter med stora vårdbehov”. Som tidigare angivits har dessa landsting ersättningssystem som konstruerats så att en viss del av ersättningen beräknas utifrån patienternas förväntade vårdbehov. Analyserna omfattar den del av befolkningen som varit mantalsskriven i respektive region både 2007 och 2011. Grupperingen av patienterna utifrån grad av sjuklighet är baserad på situationen vid tidsperiodens början, det vill säga åren 2007–2008. Det innebär ett antagande att individernas initiala hälsotillstånd är oförändrat under perioden för analysen. Analysen baserades endast på måttet sannolikhet för att göra minst ett läkarbesök, det vill säga någon analys av det totala vårdutnyttjande gjordes inte. Resultaten för de i studien ingående regionerna, Region Skåne och Västra Götalandsregionen, visade att antal läkarbesökare i båda regionerna har ökat mer bland mindre sjuka än för mer sjuka patienter. Mönstret för Västra Götalandsregionen är i överensstämmelse med utvecklingen i Region Skåne, vilket kan förklaras av att vårdvalet i båda regionerna utformats på ett likartat sätt. Besöksmönstren 2010–2011 överensstämmer väl med hur vårdbehoven kan förväntas variera utifrån ålder, kön och sjuklighet. Antal besökare är generellt sett större bland kvinnor än bland män och antalet ökar med ålder och sjuklighet. Dessa mönster är gemensamma för primärvård och specialistvård. Enligt rapporten följer dock besöksmönstren inte det förväntade vårdbehovet utifrån familjeinkomst och födelseland. I båda regionerna är antalet besökare hos primärvårdsläkare större bland personer med hög familjeinkomst och personer födda i ett höginkomstland.

I en studie av Vårdvalet inom primärvården i Stockholm studerades om andelen besök med en övergående diagnos ökat mer än andelen besök med en kronisk diagnos (Dahlgren et al. 2014). I gruppen övergående diagnoser inkluderades akuta luftvägsinfektioner, virussjukdom och medicinsk observation och bedömning. I gruppen kroniska diagnoser ingick diabetes, hypertoni, förmaksflimmer, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt och cerebrovaskulära sjukdomar. Totalt sett ingick cirka 30 procent av de diagnossatta besöken i någon av dessa två grupper. Besök som diagnosticerats med både en övergående och en kronisk diagnos räknades in i båda de studerade diagnosgrupperna.

Resultatet visade att besöken med kroniska diagnoser sammantaget ökade mer relativt sett än besöken med övergående diagnoser. För de övergående diagnoserna låg andelen ganska stabilt runt 16 procent av det totala antalet diagnossatta besök. För de kroniska diagnoserna hade andelen ökat från cirka 12 procent 2006 och 2007 till 15 procent 2012. Resultaten varierade emellertid för kroniska diagnoser och för patienter med diabetes noterades en minskad relativ andel av vårdutnyttjandet under perioden. I studien jämfördes även förändringen av antalet besök mellan diabetespatienter och den genomsnittliga befolkningen, vilket visade på en klart mindre ökning för diabetespatienter i jämförelse med snitt-populationen. Diabetespatienterna hade dock en klart högre vårdkonsumtion.

I en senare studie avseende Stockholm har vårdutnyttjandet för läkarbesök i primärvården analyserats för grupper med varierande sjuklighet för åren 2007 och 2011, det vill säga före och efter införandet av vårdval (Agerholm et al. 2015). Studien är baserad på en enkätstudie med ett slumpmässigt urval där enkätdata har länkats till vårdutnyttjande i registerdata. Mått på sjuklighet är baserad på enkätfrågor om självrapporterad hälsa och sjuklighet.

Tabell 11. Genomsnittligt antal läkarbesök, andel med minst ett läkarbesök och förändringar mellan åren 2007 och 2011, primärvård i Stockholms läns landsting.

	Kvinnor			% med 1 eller flera besök		
	Genomsnittligt antal besök			2007	2011	Förändring
	2007	2011	Förändring	2007	2011	Förändring
Självskattad hälsa						
God	1,42	2,13	1,50	55,23	65,37	1,18
Mindre god	3,25	4,6	1,41	73,62	81,33	1,10
GHQ-12						
Inga psykiska problem	1,31	2,70	1,48	59,17	69,09	1,17
Psykiska problem	3,70	3,10	1,26	66,03	72,18	1,09

	Män			% med 1 eller flera besök		
	Genomsnittligt antal besök			2007	2011	Förändring
	2007	2011	Förändring	2007	2011	Förändring
Självskattad hälsa						
God	1,16	1,80	1,55	45,36	54,90	1,21
Mindre god	2,80	4,32	1,54	62,62	73,82	1,18
GHQ-12						
Inga psykiska problem	1,57	2,36	1,50	49,11	59,03	1,20
Psykiska problem	1,91	2,69	1,41	55,47	62,48	1,13

Källa: Agerholm et al. (2015)

Resultaten visar en ökning för samtliga undersökta grupper av såväl det genomsnittliga antalet besök per individ som andelen individer som kommer i kontakt med vården. För det genomsnittliga antalet besök var dessa skillnader inte signifikanta förutom för kvinnor men nedsatt psykiskt välbefinnande. För måttet andelen individer som kommer i kontakt med vården redovisades en mindre ökning bland dem som har större behov av vård, samt bland dem med nedsatt psykiskt välbefinnande, särskilt bland kvinnor. Från studien framgår även att män med lägre utbildning ökat sitt vårdutnyttjande mer än högskoleutbildade, medan skillnaderna mellan kvinnor med olika utbildning var små. I studien nämns även att bortfallet i patientenkäten uppgår till cirka 40% och att bortfallet troligen är större bland svårt sjuka patienter, vilket kan påverka resultaten (Agerholm et al. 2015).

Studierna över skillnaderna i vårdutnyttjandet under Vårdvalsperioden visar samtliga helt naturligt att patienter med svårare sjukdomar har ett högre vårdutnyttjande både före och efter införandet av vårdvalsreformen. När det gäller förändringarna över tiden finns emellertid såväl överensstämmande som motstridiga resultat. Analyserna är inte heller jämförbara då såväl datauttag som design och analys skiljer sig åt. I Vårdanalys studie ingick landstingen i Stockholm, Skåne och Östergötland, medan Riksrevisionens studie avsåg Skåne och Västra Götaland. Studierna av Dahlgren et al. (2014) och Agerholm et al. (2015) avser endast Stockholm och är baserade på olika metoder och urval. För region Skåne finns dock en viss överensstämmelse mellan studierna såtillvida att den genomsnittliga befolkningen och friskare grupper ökat sin primärvårdskonsumtion mer än individer med kroniska sjukdomar och individer med allvarligare sjukdomar. I övrigt skiljer sig resultaten åt då Vårdanalys studie visar att i Stockholm och Östergötland å ena sidan visar att de sammanvägda vårdkontaktarna för individer med kroniska sjukdomar ökat sitt vårdutnyttjande mer än genomsnittsbefolkningen, medan det motsatta gäller för läkarbesök. Riksrevisionens analys av Västra Götaland visar på samma mönster som i region Skåne genom att sannolikheten för minst ett besök för friskare patienter ökat mer än för patienter med större sjuklighet. I såväl studierna av Vårdanalys (2013) som Dahlgren et al (2014) framgår att resultaten för patienter med kroniska sjukdomar varierar med val av kronisk sjukdom. I Agerholm et al. (2015) framgår att individer med främst nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat sitt vårdutnyttjande i mindre grad än individer med bättre hälsa. Mot bakgrund av befintliga studier är det problematiskt att dra säkra slutsatser om vårdvalets effekter för grupper med olika grad av sjuklighet. Denna bedömning kompliceras även av att vi saknar kunskap om flödet av patienter mellan primärvård och annan specialiserad öppenvård. Det kan vara en positiv utveckling om individer med lättare sjukdomsproblem går till primärvården istället för akutmottagningar och annan öppenvård. Men utvecklingen kan även vara negativ om andelen öppenvård minskar för svårt sjuka patienter. Dessa slutsatser förutsätter en analys av det totala vårdutnyttjandet i öppenvård. Här finns det ett stort behov av fortsatt forskning som även relaterar fördelningseffekter till skillnader i utformningen av vårdvalet mellan landstingen.

Metodproblem

I såväl Riksrevisionens rapport som Vårdanalys studie av olika sjukdomsgrupper samt uppföljningarna inom Stockholms läns landsting, baserad på individuell inkomst och utbildning, görs antaganden om att hälsotillstånd och socioekonomisk tillhörighet är konstant över tiden. Man följer i princip en kohort över hela perioden där individer antas ha samma sjukdom, inkomst eller utbildning över tiden. En nackdel med detta är att förändringar i sjukdomars allvarlighetsgrad och socioekonomisk tillhörighet under perioden inte beaktas och kan påverka resultaten. De förändringar som kan påverka resultaten är att patienter som inledningsvis var friska fått allvarliga sjuk-

domar, eller att initialt allvarligt sjuka patienter tillfrisknat. Även inkomster förändras vid olika tidpunkter under livscykeln då individer går från studier till anställning, blir arbetslösa, vid pensionering, förändringar av familjesituationen med mera.

En arbetsgrupp inom Västra Götalandsregionen har i en egen analys tagit hänsyn till att hälsotillståndet förändras över tiden och kommit till andra resultat än Riksrevisionen som visar på mindre förändringar i det relativa vårdutnyttjandet över tiden (Västra Götalandsregionen 2014). Utbildningsnivån är förmodligen mer stabil över tiden, med undantag för yngre åldersgrupper. En annan felkälla kan vara att vårdtillhörighet ändras från en kategori av vårdgivare till en annan. Om individer i mindre utsträckning utnyttjar primärvård eller annan öppen för att få vård vid institution visar statistiken på ett minskat vårdutnyttjande. I till exempel Vårdanalys studie (2013) framkom en tydlig nedgång i vårdutnyttjandet för gruppen patienter med demens, vilket kan förklaras att när sjukdomen fortskrider och förvärras krävs i större utsträckning institutionsvård vid landstingen eller den primärkommunala omsorgen. I statistiken över utnyttjandet i öppenvård sker då en minskning av antalet besök.

6. Vilka faktorer är viktigast för en jämlik vård?

Frågan om tillgång och fördelning av hälso- och sjukvårdstjänster är central i flertalet utvecklade sjukvårdssystem. I Sverige anges att målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utvecklingen i flertalet OECD-länder har även gått mot finansieringssystem som täcker hela befolkningen oavsett i vilken utsträckning en enskild individ bidrar till finansieringen. Däremot finns stora skillnader i vårdstruktur, ägandeformer, ersättningar och valfrihet. I detta avsnitt diskuteras mot bakgrund av presenterade resultat vilka faktorer som påverkar tillgång till vård och ett jämlikt vårdutnyttjande. Speciellt fokus är på hur förekomst av valfrihet påverkar fördelningsaspekterna.

Finansieringen av sjukvård. Den viktigaste faktorn för en jämlik vård, oavsett inslag av valfrihet, är med stor sannolikhet att avlägsna eller reducera de ekonomiska restriktionerna för individer att söka vård. I sjukvårdssystem där finansieringen sker med privata försäkringar och/eller höga patientavgifter kommer betalningsviljan och betalningsförmågan att vara en restriktion för vårdefterfrågan. Vårdutnyttjandet i dessa länder, USA, Schweiz samt flera låg-/och medelinkomstländer uppvisar ett så kallat ”pro-rich” mönster av vårdkonsumtionen. Även möjligheterna för vårdgivare att ta ut extra avgifter från patienten kan reducera vårdutnyttjande hos individer med låga inkomster. Ett klassiskt exempel är hur den kanadensiska centralregeringen under 1980-talet införde förbud mot så kallad ”extra-billing”. Även den del av finansieringen som den enskilde patienten själv står för – patientavgifter – kan påverka fördelningen av vårdtjänster. Här skiljer sig OECD-länderna åt där vissa länder, framför allt inom primärvården, har inga eller mycket låga avgifter. I gengäld hanteras ”moral hazard”-problemet med ett relativt strikt remissförfarande (till exempel i Storbritannien). Det för svensk vård, i jämförelse med andra länder, relativt ojämlika vårdutnyttjandet inom öppenvården kan förklaras av de patientavgifter som tillämpas, vilka för primärvården är relativt höga i ett internationellt perspektiv.

Primärvårdens roll och andel av sjukvårdsresurserna. I de internationella jämförelserna framträder ett tydligt mönster som visar på ett mer jämlikt vårdutnyttjande av läkarbesök inom primärvården i jämförelse med den öppna specialistvården. Samtidigt finns andra studier som visar att länder med en stark primärvård även uppvisar goda resultat för folkhälsa, men även en mer jämlik hälsa (Starfield & Shi 2002, Starfield et al. 2005). En slutsats kan vara att en mer jämlik vård uppnås med att expandera primärvården på bekostnad av andra vårdformer. Det är dock oklart om länder med en stor andel primärvård verkligen har ett mer jämlikt vårdutnyttjande totalt sett. I Sverige har primärvården sedan en lång tid tillbaka utgjort en mindre andel av såväl den öppna vården som andelen av den totala hälso- och sjukvården. Med vårdvalsreformen har besöken inom primärvården ökat som andel av den totala öppna vården och det är möjligt att expansionen inom primärvården som vårdvalsreformerna bidragit till kan ge förutsättningar för ett mer jämlikt vårdutnyttjande av den öppna vården totalt sett.

Tillgänglighet. Patienternas tillgång till vård beror på en mängd faktorer som ekonomiska begränsningar och tidsrestriktioner, utbudet och konkurrens mellan vårdgivare samt möjlighet för patienterna att välja vårdgivare. Utbudet av läkare, sjuksköterskor och annan personal inom primärvården varierar mellan och inom länder. Här spelar

utbildningsinsatser för vårdpersonal en viktig roll, inte minst i vilken utsträckning individer under utbildning väljer att specialisera sig inom primärvården. Antalet allmänläkare per capita skiljer sig åt mellan länder där Sverige uppvisar en låg nivå. Även inom Sverige är tillgången på allmänläkare mycket ojämn. Vårdvalsreformen har lett till ett ökat utbud inom primärvården – detta är dock koncentrerat till stadsområden och södra Sverige (se även etableringskontroll nedan). Mot bakgrund av de svenska studierna är det svårt att dra slutsatser om hur den förbättrade tillgängligheten bidragit till ett mer jämlikt vårdutnyttjande. Det är emellertid uppenbart att den förbättrade tillgängligheten kommit flera grupper till godo där knappast någon grupp uppvisar ett minskat vårdutnyttjande i absoluta termer.

Utformning av ersättningssystem och regelverk. Ersättningen till vårdgivare är ett av de mest kraftfulla verktygen för att styra deras beteende. Ersättningen bör emellertid ge incitament till effekter som en effektiv och ändamålsenlig vård kombinerat med en jämlik tillgång till vården. Det betyder att det måste finnas incitament att ta emot (listning) och ge vård till vårdtunga patienter. I flertalet sjukvårdssystem tillämpas inom primärvården blandade ersättningar för att kompensera vårdgivare som har en stor andel kroniker och tunga patienter, men även att ge incitament för att ge en god tillgång till vård rent generellt. Även om det inte råder konsensus om en optimal ersättningsform kombinerar många länder en kapitering (ofta korrigerad för behov med justering för socio-ekonomi och sjuklighet) med olika typer av prestationsersättningar. Vid en internationell jämförelse är den fasta ersättningen per listad i regel högre vid svenska landsting med undantag av Stockholm. Flertalet länder i Europa, såväl socialförsäkringssystem som skattebaserade system, har en högre andel rörlig ersättning. En annan viktig del av regelverket för listning och ersättningar är hanteringen av så kallad full lista vid valfrihet. För att undvika selektering av patienter har flertalet länder regler om att vårdgivare inte kan neka en patient att lista sig. Om en lista är full ska patienten erbjudas en väntelista. I detta avseende har de svenska landstingen infört regler för att undvika diskriminering av svårt sjuka patienter och kroniker.

Etableringskontroll. Tillgången och etableringen av främst primärvårdsläkare är ojämnt fördelat geografiskt i flera länder. Främst glesbygdsområden, men även socio-ekonomiskt utsatta områden uppvisar ofta en läkarbrist. I länder med valfrihetssystem har olika strategier testats för att få en mer jämn geografisk spridning av läkartillgången. I vissa länder finns inte en fri etablering utan vårdgivarna måste ansöka om etablering. Det är dock osäkert om denna typ av styrmekanism leder till ett mer jämlikt utbud geografiskt sett. I andra länder har incitament getts för etablering i områden med läkarunderskott. Erfarenheterna i Sverige efter vårdvalets införande visar att den ökade tillgängligheten inte kommit delar av glesbygdsområden tillgodo. Frågan är dock om det kan lösas genom en mer strikt etableringskontroll eller att ge incitament för etablering i glesbygd.

Reglering av valfrihet. Inledningsvis kan vi konstatera att hälso- och sjukvårdssystem med lång erfarenhet av valfrihet inte uppvisar en ojämlig vård. Tidigare internationella jämförelser visar att det svenska systemet, utan valfrihet, snarare uppvisade ett mer ojämnt vårdutnyttjande av den öppna vården i jämförelse med länder där valfrihet funnits under en längre period.

I sjukvårdssystem där medborgarna ges möjlighet att välja vårdgivare kan valfriheten regleras genom regler om hur ofta patienten har möjlighet att byta vårdgivare, incitament att gå till den vårdgivare man är listad vid och så vidare. För att uppnå en god kontinuitet och effektiv vård ur olika aspekter kan även styrprinciper riktas mot patienterna för att ge incitament att söka vård hos den enhet man valt att lista sig vid.

Förbättrad information om valmöjligheter. Förutsättningarna att göra rationella val inom hälso- och sjukvården är begränsade. Det är ett välkänt fenomen inom hälsoekonomisk forskning att den ojämna kunskaps- och informationsfördelning som finns mellan vårdgivare (producent) och patient (konsument) medför problem för rationella val. Dessa problem med bristande information försvinner emellertid inte om beslut om fördelning överläts till politiker och administratörer. Den ojämna informationsfördelningen är ett starkt argument för reglering, kontroll och reglering av professionen, produkter och tjänster. Givet dessa regleringar finns möjligheter att olika individer som patienter har olika förutsättningar för att bedöma och göra val mellan olika vårdgivare. Flera studier visar även att medborgare och patienter med högre utbildning och inkomst använder sig av valfrihet i större utsträckning samt även har bättre förutsättningar i form av kunskap av att bedöma olika alternativ (Winblad et al. 2012).

Ett sätt att förbättra möjligheterna generellt till rationella val och dessutom utjämna skillnader i förkunskaper och förutsättningar till val är att förbättra informationen till allmänheten. Det kan gälla rättigheter man har som patient att välja vårdgivare och möjligheter att framföra klagomål. Ett annat sätt som blivit allt vanligare är redovisning av egenskaper och kvalitet hos enskilda vårdgivare. Dessa rangordningar är baserade dels på medicinska utfall och dels på olika frågor om patienttillfredsställelse. Även om utvecklingen går mot mer öppenhet och transparens om vårdgivares kvalitet finns här problem då utfall och kvalitet påverkas av patientsammansättningen. Med fler svårt sjuka patienter blir resultaten i regel sämre.

Den nuvarande utvecklingen mot vårdvalsmodeller baserad på valfrihet och etableringsrätt innebär att svensk primärvård närmar sig den modell som funnits en längre period i övriga Europa. I såväl socialförsäkringssystem som Tyskland, Nederländerna med flera som i skattebaserade system som Danmark och Storbritannien har valfrihet och ett utbud av främst privata allmänläkare varit utmärkande för primärvården. De områdesbaserade systemen med offentligt vårdutbud har främst varit etablerade i Finland, Norge och Sverige. Norge frångick till stora delar denna modell i samband med införandet av *fastlegereformen* som infördes år 2001. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har även utmärkts av en relativt liten andel primärvård i förhållande till specialist- och sjukhusvården. Vi kan även konstatera att Sverige vid en internationell jämförelse har ett relativt lågt vårdutnyttjande av öppenvård där antalet läkarbesök per invånare är lågt.

7. Avslutande kommentarer

I rapporten sammanställs forskning och andra utvärderingar om vilka konsekvenser valfrihet och vårdvalsreformerna har för jämlik vård med avseende på fördelningen av vårdutnyttjandet. Inledningsvis redogörs hur fördelningen av vårdutnyttjandet utvecklats i Sverige. Vi kan då konstatera att den öppna läkarvården visar ett mönster som gynnar höginkomsttagare, medan den slutna vården gynnar låginkomsttagare. Vid en internationell jämförelse visar sig svensk hälso- och sjukvård inte vara mer jämlik än många andra länder med såväl socialförsäkringssystem som skattefinansierade system. I flertalet av dessa länder har medborgarna en lång tradition med valfrihet, främst inom den öppna specialistvården och vid valet av primärvårdsläkare. Just för den öppna läkarvården visar de svenska resultaten före införandet av vårdvalsreformerna på en mer ojämlik vård som gynnar höginkomsttagare. Även om det är vanskligt att uttala sig om orsakssamband är det svårt att se ett samband mellan valfrihet och ojämlik vård. Det är snarare andelen offentlig finansiering som påverkar ett jämlikt vårdutnyttjande.

Vid sidan av en offentlig finansiering finns flera regleringsmekanismer som är viktiga för en jämlik vård och att individer med stora vårdbehov inte diskrimineras. I flertalet länder med valfrihet finns regler om att ingen individ kan nekas listning eller vård samt ackrediteringsförfaranden om att utbudet inom en vårdform ska innehålla viss service. När det gäller utformning av ersättningssystem och regler för etablering finns relativt stora skillnader mellan länderna. Även om dessa styrmekanismer påverkar fördelningen av vårdtjänster finns inget konsensus om hur dessa ska utformas.

De faktorer som diskuterats i rapporten utgör centrala styrmekanismer som kan användas för att styra vårdens inriktning mot olika målsättningar. Inom ramen för vårdvalen i Sverige kan dessa tillämpas för att stärka svaga patientgruppers situation i vården. Vissa förutsättningar för ett jämlikt vårdutnyttjande är redan uppfyllda som en i huvudsak offentlig finansiering genom skatter samt regler om att inte kunna neka en patient listning. Den förbättrade tillgängligheten inom primärvården som vårdvalet bidragit till kan i sig bidra till en mer jämlik vård mot bakgrund av hur vårdutnyttjandet i den öppna vården fördelas mellan inkomstgrupper i ett internationellt perspektiv. Detta förutsätter troligen en översyn av styrinstrument som principerna för ersättningssystemen men även att regleringen av vårdutbudet fokuserar på vårdtjänster som vårdtunga grupper är i behov av. Man kan även tänka sig att inom vårdvalet tillåta specialisering av mottagningar mot kroniker och vårdtunga grupper genom regleringar och incitament.

Referenser

- Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burström B. Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: an example from Stockholm, Sweden. *Scand J Public Health*. 2013 May; 41(3):318–25
- Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burström B (2015). Equity impact of a choice reform and change in reimbursement system in primary care in Stockholm County Council. *BMC Health Serv Res*. 2015 Sep 26;15(1):420.
- Anell A (2012). *Vårdval i primärvården – Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.
- Beckman A & Anell A (2013). Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct 31;13:452.
- Devaux M & de Looper M (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008–2009. OECD, Paris.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2015). Beskrivningar av olika länders sjukvårdssystem. (Health system reviews -HiT series).
- Friedman, M (1955). *The Role of Government in Education*. In Solo RA (Ed.), Economics and the Public Interest. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Gerdtham, UG & Sundberg, G (1998). Equity in the delivery of health care in Sweden. *Scand J Soc Med*, 26 (4), 259–264.
- Glenngård AH (2015). Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet. SNS, Stockholm.
- Iversen T & Lurås H (2000). The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Econ*. 2000 Apr;9(3):199–210.
- Kramer, G. (1983). The Ecological Fallacy Revisited: Aggregate- versus Individual-level Findings on Economics and Elections, and Sociotropic Voting. *The American Political Science Review*, 77, 92–111
- Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, et al. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ* 300:1698–1701.
- Masseria C, Irwin RI, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E (2009). Primary care in Europe. London School of Economics, London, UK.
- Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården* (Rapport 2013:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för Vårdanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig: Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. (Rapport 2014:7). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för Vårdanalys (2015). *Vårdval och jämlik vård: En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande* (Rapport 2015:6). Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.

- Nolan B. (1993). Economic incentives, health status and health services utilization. *Journal of Health Economics*. 12:2;151–169.
- Nordin, M, Dackehag, M, Gerdtham, U-G. Socioeconomic inequalities in drug utilization for Sweden: Evidence from linked survey and register data. *Social Science & Medicine* 2013, 77: 106–117
- Pedersen KM, Andersen JS & Søndergaard J.(2012). General Practice and Primary Health Care in Denmark. *J Am Board Fam Med*. Mar;25 Suppl 1:S34-8
- Rehnberg C (1995). The Swedish Experience with Internal Markets. In: Jérôme-Forget, M, White, J. & Wiener, J.M. *Health Care Reform Through Internal Markets – Experience and Proposals*. Montreal: Brookings/IRPP.
- Rehnberg, C. och Goude, F. (2011). Valfrihet och kvalitet inom hälso- och sjukvården en litteraturöversikt om faktorer som påverkar patienters val av vårdgivare. Stockholm: Sociala Rådet.
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RiR 2014:22, Stockholm.
- Robinson JC (2001), Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2):149–177.
- SFS (1982). *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Svensk författningssamling, 1982:763.
- SFS (2015). *Patientlag*. Stockholm: Svensk Författningssamling, 2014:821.
- SOU 1990:44 Demokrati och makt i Sverige: Maktutredningens huvudrapport. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Allmänna förl. 1990. Libris
- Starfield B, & Shi L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), s. 201–18.
- Starfield B, Shi L & Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), s. 457–502.
- Ståhl I. (1979). Sjukvården – problem och lösningar: Ekonomisk debatt 7/79.
- Sveréus S, Brorsson H, Dahlgren C & Rehnberg C (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Del 4: Jämlikhet*. Stockholms läns landsting/Karolinska Institutet, Stockholm.
- Van Doorslaer E & Masseria C. (2004), *Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, OECD Health Working Paper No. 14, OECD, Paris.
- van Doorslaer E, Masseria, C & Koolman, X (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174, 177–183.
- van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H. et al. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 19:553–583.
- Västra Götalandsregionen (2014). *VG Primärvård i förhållande till Riksrevisionens rapport "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?"* VGR, Hälso- och sjukvårdsavdelningen: Vårdvalsenheten/Område Uppföljning och Analys, Göteborg.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H et al. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 18:263–290
- Winblad U, Isaksson D, Bergman P,(2012). Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget. Vårdanalys, Stockholm.

www.svensktnaringsliv.se

Storgatan 19, 114 82 Stockholm

Telefon 08-553 430 00