

Låt den rätte komma in

– Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: LC Sthlm

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2014

ISBN 978-91-87213-25-0

Låt den rätte komma in

Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell och vetenskapligt ansvarige Joakim Ramsberg deltagit. Utredaren Hanna Sjöberg har varit föredragande.

Stockholm 2014-03-12
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström
Styrelseordförande

Anders Anell
Vice styrelseordförande

Karin Tengvald
Styrelseledamot

Hanna Sjöberg
Föredragande

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef



Förord

Bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvården har varit ett långvarigt problem i Sverige som har stått i kontrast till de överlag goda medicinska resultat som hälso- och sjukvården presterar. Att förbättra tillgängligheten har därför varit ett uttryckligt mål för hälso- och sjukvårdspolitiken under lång tid och olika reformer och insatser har genomförts.

För att hälso- och sjukvården ska lyckas med sitt uppdrag att ge god vård på lika villkor till hela befolkningen behöver alla delar i hälso- och sjukvårdssystemet vara tillgängliga utifrån befolkningens behov och förutsättningar. Det betyder också att hälso- och sjukvården kontinuerligt måste anpassa sig till befolkningen – till att andelen äldre ökar, till att allt fler har ett annat modersmål än svenska och till att befolkningen förväntar sig att kunna kommunicera med vården och utföra delar av sin egen vård genom exempelvis nätbaserade tjänster.

Tre omfattande reformer under senare år – omregleringen av apoteksmarknaden, införandet av vårdvalssystem i primärvården samt vårdgaranti och den nära kopplade Kömiljarden – har alla delvis syftat till att förbättra tillgängligheten. Myndigheten för vårdanalys har haft regeringens uppdrag att under knappt sju månader följa upp hur tillgängligheten till hälso- och sjukvård och läkemedel har påverkats av dessa reformer ur ett patient- och medborgarperspektiv. Uppföljningen syftar till att ge en helhetsbild av de samlade effekterna på tillgängligheten.

Vi har i detta projekt samarbetat med fyra forskare: professor Clas Rehnberg (vårdval), professorerna Mats Bergman och Johan Stennek (apoteksomregleringen) och professor Karsten Vrangbæk (vårdgaranti och Kömiljard). På Vårdanalys har arbetet bedrivits av en projektgrupp bestående av Joakim Ramsberg, vetenskapligt ansvarig, Hanna Sjöberg, projektledare,

och projektmedlemmarna Håkan Lenhoff, Hanna Fagerlind, Love Berggren och Nils Janlöv.

I analysarbetet har en expertgrupp bestående av Marianne Hanning och Maarten Sengers (Socialstyrelsen), Kristin Wisell (Uppsala universitet), Stefan Jönsson (Konkurrensverket), Anders Anell (Lunds universitet), Thomas Ringbom (Statskontoret), Pontus Johansson (Socialdepartementet), Jonas Björnerstedt (TLV) samt Stefan Ackerby och Agneta Rönn (SKL) bistått projektgruppen med värdefulla synpunkter och information. Expertgruppen är inte ansvarig för analyser och slutsatser i rapporten. Under två dialogmöten med dels patient- och pensionärsorganisationer, dels myndigheter, branschorganisationer, professions- och fackförbund samt landsting har vi fått ytterligare värdefulla synpunkter. Dessutom har Anders Dahlgren (Tillväxtanalys), Helena Lind och Karin Larsson (Konkurrensverket) samt Harald Grönqvist, Sofia Tullberg, Helene Ellström, Martin Midböe och Leena Ekberg (SKL) på olika sätt hjälpt till med datainsamling och stöd i analysarbetet. Vårdanalys vill tacka alla som har medverkat i detta omfattande och intensiva arbete.

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet är en utmaning men också en enorm möjlighet. När vården organiseras utifrån befolkningens och patienternas perspektiv och man som patient kan delta aktivt i sin egen vård kan de begränsade resurserna räcka långt mycket längre än i dag.

Stockholm i mars 2014

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

BRISTANDE TILLGÄNGLIGHET TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – ETT LÅNGVARIGT PROBLEM I SVERIGE

Svensk hälso- och sjukvård står i många avseenden stark i ett internationellt perspektiv med goda medicinska resultat och likvärdig resursförbrukning med jämförbara länder. Befolkningens och patienternas tillgång till hälso- och sjukvården har däremot varit ett långvarigt problem. Exempelvis har långa väntetider till planerad vård upprepade gånger pekats ut som ett problemområde. Undersökningar av befolkningens uppfattning om vården har också visat att hälso- och sjukvården är mindre tillgänglig i Sverige än i flera andra jämförbara länder. Under senare delen av 2000-talet genomfördes tre statliga satsningar för att bland annat göra hälso- och sjukvården och läkemedelsförsörjningen mer tillgänglig. De tre reformerna var: *apoteksomregleringen*, *vårdvalsreformen* samt *vårdgarantireformen* och den nära kopplade *Kömiljarden*. I tabell 1 presenteras dessa reformer i korthet.

Tabell 1. Reformernas innebörd i korthet

Apoteksomregleringen	<ul style="list-style-type: none">• Den 1 juli 2009 avvecklades det statliga apoteksmonopolet och andra aktörer än Apoteket AB fick möjlighet att driva apotek.• Den 1 november 2009 blev det tillåtet att sälja vissa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek.• Den 1 september 2008 fick vårdgivarna utökade möjligheter att organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus.*
Vårdvalsreformen	<ul style="list-style-type: none">• Åren 2007-2009 utvecklade ett antal landsting vårdvalssystem inom primärvården. Det lade grunden för senare vårdvalsmodeller och lagstiftning.• Den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) inom primärvården. Det innebär att patienten är fri att välja vårdcentral och att ersättningen ska följa den enskildes val av utförare. Privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika.

Tabell 1, forts Reformernas innebörd i korthet

Vårdvalsreformen, forts	<ul style="list-style-type: none">• Landstingen får själva utforma ersättningsystem, listningsprinciper och kvalitetskrav, men de vårdgivare som uppfyller kraven har rätt att bli del av vårdvalssystemet.
Vårdgarantin och Kömiljarden	<ul style="list-style-type: none">• År 1992 infördes den första vårdgarantin i Sverige där staten och landstingen kom överens om gränser för väntetid till besök och behandling inom hälso- och sjukvården.• Den 1 juli 2010 blev den nationella vårdgarantin lag** och landstingen blev skyldiga att erbjuda besök och behandlingar inom en viss tid. Om tiderna inte kan hållas ska patienten, utan extra kostnad, erbjudas vård hos en annan vårdgivare inom eller utanför det egna landstinget.• Vårdgarantins tidsgränser anges i förordning (2010:349) om vårdgaranti. Tidsgränserna är sedan år 2005 0 dagar för kontakt med primärvården, 7 dagar för besök i primärvården samt 90 dagar till besök i specialistvården efter remiss och 90 dagar till påbörjad behandling efter beslut i specialistvården.• Sedan år 2009 understöds vårdgarantin av Kömiljarden – en prestationsbaserad ersättning till landstingen som fördelas efter väntetider till specialistvården.

**Ej inkluderad i denna utvärdering eftersom påverkan på tillgängligheten ur ett befolknings- och patientperspektiv bedöms vara begränsad.*

***Det är den lagstadgade vårdgarantin samt Kömiljarden som följs upp i denna rapport, inte tidigare vårdgarantier.*

VÅRDANALYS HAR FÖLJT UPP REGERINGENS TILLGÄNGLIGHETSREFORMER

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att ur ett patient- och medborgarperspektiv göra en samlad uppföljning av hur apoteksomregleringen, vårdvalet samt den nationella vårdgarantin och Kömiljarden har påverkat tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Vid sidan av ökad tillgänglighet har reformerna även haft andra mål, som till exempel en mångfald av vårdgivare och låga läkemedelskostnader, men dessa mål följs inte upp här. För att göra en bedömning av reformernas helhetseffekter och samlade målfyllelse krävs en bredare ansats.

Denna rapport svarar på uppdraget genom att Vårdanalys ger en samlad bedömning av reformernas effekter på tillgängligheten ur ett befolknings- och patientperspektiv (kapitel 5 i rapporten). Vårdanalys bedömning grundar sig huvudsakligen på de analyser som genomförts av fyra forskare med stor erfarenhet av och kännedom om respektive reform. Vårdanalys har valt att lyfta fram de av forskarnas slutsatser som myndigheten bedömt som särskilt betydelsefulla samt några ytterligare slutsatser baserade på andra underlag. Forskarna analyserar och bedömer hur tillgängligheten har påverkats av reformerna i tre separata kapitel (kapitel 2-4), och de svarar själva för analyser

och slutsatser i respektive kapitel. Analyserna baseras på publicerad litteratur i form av vetenskapliga artiklar, sammanställningar och utredningar gjorda av andra myndigheter och organisationer samt viss ny empiri. Vårdanalys har i sin bedömning också använt viss ytterligare litteratur, tillsammans med synpunkter från en expertgrupp som följt projektet samt dialogmöten med ett antal organisationer som representerar patienter, pensionärer, företag, myndigheter och professioner.

För att förstå hur tillgängligheten har påverkats av respektive reform har en gemensam analysmodell använts i uppföljningen. Modellen omfattar olika dimensioner av tillgänglighet i hälso- och sjukvårdssystemet, där befolkningens *behov och förutsättningar*, hälso- och sjukvårdens *organisation och utbud* samt samspelet dem emellan belyses¹.

Rapportens ambition är att undersöka hur följande dimensioner av tillgänglighet har påverkats av reformerna:

- **Information/Sökbarhet** – Inkluderar till exempel att befolkningen vet var närmaste apotek finns och att det på ett enkelt sätt går att ta reda på telefonnumret till en vårdcentral.
- **Legitimitet/Förtroende** – Inkluderar bland annat att befolkningen har förtroende för hälso- och sjukvården och söker vård vid behov.
- **Fysisk tillgänglighet** – Inkluderar bland annat att det går att nå en vårdcentral inom rimligt avstånd, att det inte tar för lång tid att få träffa en läkare och att läkemedlen finns i lager på apoteken.
- **Kostnader** – Inkluderar till exempel att patientavgifterna eller kostnaderna för resor är rimliga utifrån befolkningens ekonomiska förutsättningar.
- **Ändamålsenlighet** – Inkluderar exempelvis att hälso- och sjukvården ger vård med god kvalitet, kompetens och kontinuitet.

Eftersom reformerna har varit fokuserade på vissa aspekter av tillgänglighet, exempelvis väntetider, samt att det finns begränsat med data för vissa av dimensionerna analyseras några dimensioner mer ingående och andra mer översiktligt. Uppföljningen begränsas också av det finns få datakällor att jämföra med innan reformerna genomfördes, samt av att det i de fall det existerar data är svårt att isolera effekterna av reformerna från andra faktorer.

¹ Analysmodellen utgår från Levesque, J.F., m.fl. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12(18). Vårdanalys har gjort en egen bearbetning och översättning av modellen. Vårdanalys ansvarar för den bearbetade versionen.



SLUTSATSER OM REFORMERNAS PÅVERKAN PÅ TILLGÄNGLIGHETEN

► APOTEKSOMREGLERINGEN:

Fler apotek på väg till arbetet men läkemedlet finns inte alltid

Apoteksomregleringen har lett till en betydande ökning av antalet apotek och förbättrade öppettider. Sedan omregleringen genomfördes har antalet apotek ökat med 40 procent. I absoluta tal har de delar av landet som har hög tillgänglighet till övrig service fått flest nya apotek. Den procentuella ökningen har ändå varit relativt jämn över hela landet. En stor andel av befolkningen fått fler apotek i sin närhet att välja mellan och fler apotek har lokaliserats till platser som många besöker i andra ärenden, exempelvis köpcentrum. Det verkar dock ha blivit svårare att förse kunderna med receptbelagda läkemedel vid det första apoteksbesöket. Apotekens internet- och telefonsjänster där kunder kan beställa läkemedel i förväg kan vara sätt att begränsa problemets omfattning men användningen av dessa tjänster är fortfarande liten. Genom apoteksomregleringen tilläts också försäljning av vissa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek. Det har ökat tillgängligheten till exempelvis flera smärtstillande läkemedel. Samtidigt finns signaler på att den ökade tillgängligheten av paracetamol kan ha bidragit till en ökning av antalet överdoseringar.

Efter omregleringen har 368 nya apotek tillkommit, vilket betyder att antalet apotek i Sverige ökat med nära 40 procent. En stor andel av befolkningen har därmed fått fler apotek i sin närhet att välja på. De flesta apotek som tillkommit efter reformen har etablerats i områden med en redan hög tillgänglighet till apotek men förändringen har varit jämn i relation till befolkningstätheten. Totalt sett har en liten andel av befolkningen fått påtagligt kortare körtid till sitt närmsta apotek; sex procent fler individer har år 2013 mindre än fem minuters körtid till ett apotek jämfört med 2009. Det beror också på inflyttning. Efter omregleringen har många apotek öppnat på platser som en stor andel av befolkningen besöker i andra ärenden, exempelvis gallerior och större köpcentra, vilket bidrar till bättre tillgänglighet. Apotekens öppettider har också förbättrats kraftigt sedan omregleringen. Förbättringen av öppettiderna har varit störst i områden med en hög befolkningstäthet.

Samtidigt som antalet apotek har ökat upplever kunderna att det har blivit svårare att hämta ut receptbelagda läkemedel vid det första apoteksbesöket. Av de som har besvarat Vårdanalys befolkningsundersökning har fler än hälften av de som besökt ett apotek det senaste året upplevt att deras förskrivna läkemedel inte funnits i lager. Problemet tycks särskilt drabba de som ska

hämta ut ett dyrt eller ovanligt läkemedel. En förklaring till detta är troligen att apotekens storlek generellt sett minskat, och därmed också lagren, i och med att apoteken har blivit så många fler. Lagerhållningen kan också ha försvårats av generikautbytet och systemet med månadens vara, förändrade villkor för returnering av läkemedel, samt restnoteringar, där vissa delar troligen är konsekvenser av apoteksomregleringen medan andra sannolikt skulle uppstått även utan omregleringen. Exempelvis är restnoteringar ett problem som delas av fler länder både i Europa och i resten av världen. Sammantaget är avsaknad av data om lager och servicenivå hos apoteken en svårighet vid bedömningen av problemets omfattning.

Mycket tyder på att distanshandel och beställningar av läkemedel via apotekens internet- och telefontjänster växer men att det fortfarande utgör en liten del av läkemedelsförsäljningen. För konsumenternas del kan distanshandeln innebära att resor kan undvikas och att öppettider inte behöver beaktas. Ur samhällssynpunkt skulle en ökad distanshandel via apotekens internet- och telefontjänster kunna ge en mer kostnadseffektiv läkemedelsförsörjning jämfört med traditionella försäljningsställen. Det finns sannolikt flera orsaker till att omfattningen av distanshandeln med läkemedel fortfarande är begränsad, exempelvis bristande kännedom hos kunderna, skillnader i befolkningens internetvana eller att många patienter föredrar en personlig kontakt. På apoteksmarknaden är det inte heller möjligt att hålla lägre priser vid webbhandel jämfört med direkt försäljning på apotek eftersom försäljningspriserna för receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen fastställs av TLV.

Tillgängligheten till fysiska apotek påverkas direkt av handelsmarginalens utformning. Handelsmarginalen är den ersättning som apoteken får från staten för att beställa, lagerhålla och expediera läkemedel och andra varor till sina kunder. Ersättningen är densamma i hela landet och utformningen innebär inte några särskilda incitament för att exempelvis etablera apotek i glesbygd.

En stor andel av apotekskunderna upplever apotekens informationsgivning som god och de bedömer också att bemötandet på apoteken i stort är på samma höga nivåer som före omregleringen. Det finns trots detta indikationer på att den medicinska rådgivningen till kunderna på apotek inte sker i den utsträckning som den bör ur ett ändamåls- och läkemedelssäkerhetsperspektiv. Dessutom upplever en stor del av apoteksanställda att förutsättningarna för rådgivning och att göra korrekta receptexpedieringar har försämrats efter omregleringen. Då forskning visar att farmaceutisk kompetens, exempelvis i vårdteam, har fördelar för hälso- och sjukvårdens resultat, kostnadseffektivitet och ändamålsenlighet i förskrivningen finns det anledning att rikta särskild uppmärksamhet på hur farmaceuters kunskap om läkemedel kan tillvaratas på



bästa sätt för att uppnå en så säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning som möjligt.

Tillgängligheten till receptfria läkemedel har ökat markant sedan omregleringen, dels på grund av att fler apotek har öppnat, och dels på grund av att vissa receptfria läkemedel får säljas på andra platser än apotek. Den ökade tillgängligheten kan underlätta för snabbare behandling vid enklare åkommor och sjukdomar. Samtidigt finns indikationer på att den förbättrade tillgängligheten kan ha bidragit till ett ökat antal överdoseringar med paracetamol.

► VÅRDVALET:

Fler vårdcentraler och fler besök

Målsättningarna för vårdvalsreformen rörande valfrihet och förbättrad tillgänglighet har uppnåtts för en majoritet av befolkningen. Den fysiska tillgängligheten till primärvården har förbättrats genom ett ökat utbud av privata vårdcentraler och ett ökat vårdutnyttjande. De flesta nya vårdcentraler har dock startats i områden med hög grad av närhet till tätort. De regionala variationerna beror delvis på att landstingen utformat vårdvalssystemen på skilda sätt. En ytterligare faktor är tillgången på allmänläkare, där bemanningsproblemen är större i glesbygd. Befolkningens förtroende för primärvården har ökat något efter reformens genomförande vilket kan vara ett tecken på att det har skett en anpassning av primärvården efter befolkningens preferenser. I områden med högre konkurrens finns tendenser till att patienterna är mer nöjda. Kontinuitet, innovativa lösningar för tillgänglighet samt samverkan med övrig hälso- och sjukvård är kvarstående utmaningar för primärvården.

Den fysiska tillgängligheten till primärvård har förbättrats genom främst ett ökat utbud av privata mottagningar och ett ökat vårdutnyttjande. Sedan tidpunkten för införandet av vårdval i respektive landsting har det tillkommit 170 vårdcentraler, en ökning med 17 procent. Dessa data är dock förenade med en del osäkerhet och de är inte helt jämförbara över tid. Endast en procent av befolkningen har idag ett reseavstånd på mer än 20 minuter (med bil) till närmaste vårdcentral och sedan vårdvalet infördes har 450 000 fler svenskar fått en vårdcentral inom fem minuters körtid. Detta beror delvis på inflyttning till vissa regioner. De regionala variationerna är betydande och det är främst i de tätbefolkade områdena som nyetableringar ägt rum. Dessutom verkar bemanningsproblemen vara större i glesbygd, vilket också begränsar tillgängligheten och kontinuiteten.

Generellt sett har det sammantagna vårdutnyttjandet i primärvården ökat. Perioden 2010–2012 var antalet resursviktade läkar- och sjuksköterskebesök per invånare i riket nio procent högre än under perioden 2007–2009. En studie som jämfört besöksutvecklingen för patientgrupper med stora vårdbehov och övrig befolkning sedan införandet av vårdval visar att i de tre landsting som studerades ökade antalet läkarbesök något mer för befolkningen i allmänhet än för vårdtunga grupper. Det finns också vissa tendenser till skillnader i ökning mellan olika socioekonomiska grupper, men resultaten är inte entydiga. Eftersom vi saknar data på individnivå när det gäller besök i primärvården och inte vet vad besöken avser specifikt eller vilka individer som besöker primärvården särskilt frekvent är det svårt att på nationell nivå följa upp hur primärvården fungerar för olika patientgrupper.

Konkurrensen har ökat i flertalet geografiska områden sedan vårdvalets införande till följd av de nya etableringarna. Det finns också ett visst samband mellan högre konkurrens och större nöjdhet bland patienterna. En av utmaningarna med vårdval är dock att säkerställa att patienterna har möjlighet till rationella val av vårdgivare med utgångspunkt i vårdens kvalitet. Befintliga studier visar att befolkningens kännedom om vårdvalet i primärvården är god och av de som har bytt vårdcentral är omkring hälften nöjda med informationen medan en mindre andel av de som funderat på att byta är nöjda med informationen. De flesta, över 70 procent, upplever också möjligheten att välja vårdcentral som positiv. Informationen till befolkningen bör fortsatt utvecklas för att underlätta jämförelser av vårdcentraler.

Befolkningens förtroende för primärvården visar en noterbar förbättring sedan vårdvalet infördes. Däremot har omdömena om primärvården från patienterna som har besökt primärvården generellt inte förändrats, men dessa ligger oförändrat på en relativt hög nivå. Fortfarande upplever också individer med sämre hälsa att hälso- och sjukvården är sämre än vad friskare patienter gör.

Den svenska primärvården har historiskt sett stått för en mindre andel av den samlade hälso- och sjukvården än i andra jämförbara länder. Trots fler vårdcentraler och ett ökat vårdutnyttjande har inte primärvårdens andel av den totala hälso- och sjukvården ökat. Inte heller verkar den ökade vårdkonsumtionen i primärvården ha avlastat den specialiserade vården. En begränsande faktor för att stärka primärvården är bemanningen, antalet allmänläkare har troligen inte ökat i samma takt som antalet vårdcentraler. Det saknas dock tillräcklig information om utvecklingen av bemannings-situationen på vårdcentralerna.

Kontinuiteten har liksom samverkan länge pekats ut som ett utvecklings-



område för den svenska primärvården. En internationell undersökning visar att mindre än 30 procent av de tillfrågade svenskarna anser att primärvården alltid eller ofta hjälper till att koordinera vården med andra vårdgivare. Det är en betydligt mindre andel än för andra länder i undersökningen. I vårdvalsreformen fanns inga uttalade mål om att förbättra samverkan mellan olika vårdgivare, och resultaten visar att det inte har skett några förbättringar på området. Andelen patienter som anger att de har en fast läkarkontakt är också fortsatt låg i Sverige jämfört med många andra länder. En god och kontinuerlig relation mellan patient och läkare men även annan vårdpersonal har i flera studier visat på flera positiva aspekter. Möjligheten att träffa samma läkare värderas ofta högt av patienter och en stor andel patienter uppger att de hellre vill välja läkare än vårdcentral.

Sammantaget har vårdvalsreformen lett till förbättrad tillgänglighet till primärvården, men reformen har inte löst alla utmaningar primärvården haft sedan tidigare, såsom brister i patient-läkarkontinuiteten och samverkan med övrig hälso- och sjukvård.

► VÅRDGARANTIN OCH KÖMILJARDEN:

Väntetiderna har minskat och stabiliserats men en av tio väntar över 90 dagar

Efter vårdgarantireformen och Kömiljardens införande har väntetiderna till framför allt den specialiserade vården kortats. Både det totala antalet väntande och antalet som väntar mer än 90 dagar har sjunkit. En stor del av befolkningen känner till vårdgarantin, men i många fall upplever patienter inte att de får den information de behöver i situationer då vårdgarantin blir aktuell. Det finns vissa indikationer på att vårdgarantin och Kömiljarden ger undanträngningseffekter.

År 2013 besvarades nio av tio samtal till vårdcentralerna och 93 procent av patienterna väntade mindre än vårdgarantins tidsgräns på sju dagar till läkarbesök i primärvården. Utvecklingen sedan vårdgarantireformen genomfördes är svagt positiv. Det finns även påtagliga skillnader mellan landstingen – i Halland och på Gotland får nästan alla patienter läkarbesök i primärvården inom vårdgarantins tidsgräns, medan var femte patient i Dalarna väntade mer än sju dagar.

Väntetiderna i specialistvården har förbättrats mer påtagligt, både det totala antalet väntande och antalet som har väntat mer än 90 dagar på besök såväl som på behandling har minskat. Omkring 90 procent får besök inom 90 dagar

och 85 procent får behandling inom ytterligare 90 dagar, det vill säga inom vårdgarantins tidsgränser. Det är tydligt att köerna har kortats, men effekten verkar ha planat ut efter år 2010. En del landsting har varit framgångsrika i att korta köerna, medan andra har en mer bestående problematik där mer än var femte patient fortfarande väntar längre än 90 dagar på besök och behandling.

Att väntetiderna i specialistvården har kortats betydligt mer än i primärvården tyder på att Kömiljarden har haft effekt. Tidigare vårdgarantisatsningar har inte lett till bestående minskningar i väntetiderna men hittills verkar den prestationsbaserade ersättningen i Kömiljarden tillsammans med den senaste vårdgarantireformen ha stabiliserat väntetiderna, på en lägre nivå. Eftersom Kömiljarden fortfarande används för att premiera landsting som når väntetidsmålen är det svårt att särskilja effekten av lagstadgandet av vårdgarantin från Kömiljarden.

Befolkningens kännedom om vårdgarantin är relativt god – 70 procent uppger att de känner till att det finns en vårdgaranti. Däremot upplever en av fem patienter i Vårdanalys befolkningsundersökning bristande information från sjukvården i de situationer då de faktiskt riskerar att få vänta längre än 90 dagar. Det finns behov av en mer systematiserad och patientanpassad information om vårdgarantin för att den ska komma hela befolkningen till del.

Det har länge funnits en diskussion om huruvida vårdgarantin och Kömiljarden leder till förskjutningar i den medicinska prioriteringsordningen – så kallade undanträngningseffekter. Ett par tidigare studier ger vissa indikationer på att återbesök har nedprioriterats, samtidigt som flera intervjuundersökningar visar att vårdpersonalen märker av att framför allt Kömiljarden påverkar de medicinska prioriteringarna. Det har inte varit möjligt att studera undanträngningseffekterna närmare med befintliga data på nationell nivå, eftersom väntetidsdata inte finns på individnivå eller kan följas som ett ärende. Vi vet heller inte vilka patienter som väljer att få vård hos en annan vårdgivare eller i ett annat landsting när tidsgränserna inte kan hållas. Socialstyrelsen har föreslagit en modell för att utveckla väntetidsdata för att kunna följa patienten genom vårdkedjan och överenskommelsen om Kömiljarden för 2014 uttrycker en ambition att utveckla Kömiljarden för att täcka fler led i vårdkedjan. En sådan utveckling underlättas av att landstingen sedan november 2013 ska redovisa väntetider till återbesök.

Jämförelser med våra nordiska grannländer visar att både Norge och Danmark har en högre ambitionsnivå och en större grad av differentiering mellan patienter i de nationella motsvarigheterna till vårdgarantin. En större differentiering av vårdgarantin innebär att mer brådskande behov särskiljs från fall som kan vänta längre, vilket kan minska risken för undanträngning.

VÅRDANALYS SAMLADE BEDÖMNING AV REFORMERNAS PÅVERKAN PÅ TILLGÄNGLIGHET

- ▶ *Reformerna har främjat tillgängligheten för en majoritet av befolkningen, men för vissa grupper har förbättringarna varit små eller inga alls*

För en stor andel av befolkningen har hälso- och sjukvård och läkemedel blivit mer tillgängliga efter genomförandet av de tre reformerna. Ett större antal apotek och vårdcentraler har inneburit att en stor andel av befolkningen har fått fler vårdcentraler och apotek i sin närhet att välja mellan. Samtidigt har väntetiderna till primärvården kortats något och antalet besök ökat. Därtill har öppetiderna på apotek ökat markant. Den fysiska tillgängligheten till vissa receptfria läkemedel har också ökat genom försäljning till exempel i matvarubutiker och på bensinstationer. Dessutom har väntetiderna till besök och behandling i specialistsjukvården minskat så att en större andel av patienterna får vård inom vårdgarantins gränser.

Samtidigt finns det delar av befolkningen som inte upplever en entydig förbättring av reformerna och förbättringarna har inte varit lika stora för alla. Nya apotek och vårdcentraler har i stor utsträckning öppnat i tätbefolkade områden som redan hade en god tillgänglighet. Det verkar ha blivit svårare att få tag på receptbelagda läkemedel vid första försöket på apotek, särskilt för dem med behov av dyra eller ovanliga läkemedel. Det finns också indikationer från tidigare studier på att Kömiljarden orsakar vissa undanträngningseffekter. Dessutom visar studier på tendenser till att ökningen i vårdutnyttjandet i primärvården har varit större för vissa socioekonomiska grupper och mindre för vårdtunga grupper, men resultaten är inte entydiga.

Samtliga tre reformer kan något förenklat sägas ha förbättrat tillgängligheten till hälso- och sjukvård för det stora flertalet i befolkningen. Samtidigt finns tendenser att vissa delar av befolkningen, såsom boende i glesbygd, i mindre utsträckning märker av förbättringar.

- ▶ *Reformerna har syftat till att stärka patienternas ställning, men förutsätter att individen har förmåga att utnyttja de nya möjligheterna*

Samtliga tre reformer har på olika sätt syftat till att stärka befolkningens och patienternas ställning i hälso- och sjukvården. Apoteksomregleringen har gett befolkningen ökad konsumentmakt genom fler apotek att välja mellan. Vårdvalsreformen har också syftat till att ge befolkningen och patienterna ett ökat inflytande genom möjligheten att välja vårdcentral. Vårdgarantin har stärkt patienternas ställning genom att landstingen har blivit skyldiga enligt lag att se till att patienterna får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad om landstinget inte uppfyller vårdgarantin i den specialiserade vården.

Vi ser att reformerna har ökat befolkningens och patienternas inflytande och möjligheter att påverka när, var och hur vården ska ges och att de har bidragit till att fokus har flyttats från hälso- och sjukvårdsprofessionerna och deras organisationer till patienternas behov och önskemål. Överföring av makt till patienterna och befolkningen förutsätter dock att patienterna vill, förstår och kan använda de nya möjligheterna. Det finns svårigheter för vissa grupper att utnyttja möjligheterna som reformerna erbjuder. Det finns exempelvis resultat som visar att personer med lång utbildning oftare gör ett aktivt val och söker efter mer information inför ett val av vårdcentral än vad personer med kort utbildning gör. Det är därför angeläget att landstingen och staten särskilt bevakar intressena för dem som inte själva har samma förutsättningar att nyttja de nya möjligheterna som den övriga befolkningen.

► *Reformerna har ännu inte lett till genomgripande innovationer eller nya sätt att organisera vården som ökar tillgängligheten*

Ett motiv bakom både vårdvalet och apoteksomregleringen var att valfrihet och konkurrensutsättning skulle stimulera nytänkande och kostnads-effektiva lösningar. En mångfald av aktörer som konkurrerar om konsumenter och patienter är tänkt att leda till en större dynamik och fler innovationer. Hittills har vi dock sett få genomgripande tillgänglighetsökande innovationer.

Det finns en stor potential för organisatoriska innovationer i hälso- och sjukvården för att bättre möta patienternas behov och göra systemet mer effektivt. Viktiga utvecklingsområden är vårdcentralernas koordinerande roll gentemot patienter och övriga delar av hälso- och sjukvården samt omsorgen och att fortsatt stärka kontinuiteten. Landstingens utformning av vårdvalssystemen verkar vara delvis begränsande för denna utveckling eftersom man i stor utsträckning har utformat kraven på vårdcentraler efter hur de landstingsdrivna vårdcentralerna har sett ut hittills.

Det finns också en innovationspotential för organisationen av distribution, försäljning och rådgivning avseende läkemedel. Distanshandeln via apotekens internetjänster har kommit igång och ökar, även om den fortfarande är begränsad i omfattning. Apoteksföretagen utvecklar en ny tjänst där kunder kommer att kunna se lagerstatus för olika läkemedel på ett visst apotek via fass.se. De utvecklar också prenumerationstjänster för att ge exempelvis patienter med kronisk sjukdom kontinuerlig läkemedelsförsörjning. Sådana tjänster kan öka tillgängligheten och servicekvaliteten, särskilt för den som har ett kontinuerligt läkemedelsbehov. Däremot finns det indikationer på att farmaceuternas kompetens avseende läkemedel inte används optimalt för en tillgänglig, effektiv, säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning.



Det är förväntat att det tar ett tag innan innovationseffekter till följd av regelförändringar kan konstateras och dessa reformer är relativt nyligen genomförda. Apoteksomregleringens fokus på fysiska apotek kan dock ha saktat ned utvecklingen av apotekens internettjänster och utvecklingen av apotekens roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Valfrihetssystemens utformning i primärvården riskerar att hålla tillbaka organisatoriska innovationer och vårdgarantin och Kömiljardens fokus på delar i vårdkedjan främjar inte helhetslösningar för ökad tillgänglighet.

► *Ekonomiska incitament är kraftfulla styrverktyg, men ökar risken för negativa sidoeffekter*

Kraftfulla ekonomiska incitament är centrala i alla de tre reformerna. Kömiljarden har bidragit till att mer effektivt än tidigare vårdgarantier minska antalet väntande på besök och behandling. Samtidigt som den har varit ett kraftfullt verktyg för att minska antalet väntande medför konstruktionen vissa risker, exempelvis för undanträngning och strategisk kodning av data.

I vårdvalet ska ersättningen för vården följa patienten, vilket gör att vårdcentralerna förväntas anpassa verksamheten efter patienternas behov. Det finns dock en risk att ersättningssystemen leder till ineffektivitet, exempelvis i form av ovilja bland vårdcentralerna att ta sig an mer än ett problem per besök vid en hög besöksersättning, eller en vilja att hålla nere antalet besök när en stor andel av ersättningen är fast och betalas per listad patient och en liten andel per besök.

I och med apoteksomregleringen har en marknad för nya apoteksaktörer skapats där det är lönsamt att lokalisera apotek där kunderna finns. Den enhetliga handelsmarginalen på receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen ger inte starkare incitament för att driva apotek i glesbygd – eller för den delen, att driva webbhandel. Däremot ger en enhetlig handelsmarginal apoteken incitament att upprätthålla en hög servicenivå eftersom det inte går att konkurrera med priset, utan endast med service och tillgänglighet.

I alla de tre reformerna har de ekonomiska incitamenten bidragit till ökad tillgänglighet och måluppfyllelse för reformerna. Men eftersom det finns en risk att externa incitament som ersättningssystem konkurrerar ut interna incitament som yrkes stolthet finns det skäl att noga analysera förutsättningarna vid användning av till exempel prestationsbaserade ersättningssystem i hälso- och sjukvården. Det krävs också en god systematisk uppföljning och slutligen beredskap att ta sig an eventuella negativa sidoeffekter.

► *Kunskapen om tillgänglighet har förbättrats men uppföljningsmöjligheterna behöver stärkas*

Kunskapsläget på ett av svensk hälso- och sjukvårds största problemområden – tillgängligheten – har förbättrats efter genomförandet av de tre reformerna. Det har drivit på arbetet med väntetidsmätningar och mätningar av befolkningens och patienters uppfattning om bland annat kvalitet i primärvården. Det saknas dock nödvändig information på flera viktiga områden; om prestationer och kvalitet i primärvården (inklusive privata vårdgivare) och om bemanningen hos vårdgivarna i hälso- och sjukvården. Men också om väntetider på individnivå och om vilka patienter som väljer att gå till en annan vårdgivare eller landsting för att få vård inom vårdgarantins tidsgränser. Det saknas också information om i vilken utsträckning kunderna kan hämta ut sina läkemedel vid det första apoteksbesöket (direktexpediering och uppfyllelse av 24-timmarsregeln).

På de områden där det finns mätningar och statistik är det också ofta problem med kontinuitet i data. Detta gör att osäkerheten i resultaten ökar. Ett tredje problem är att statistiken och undersökningarna finns hos olika aktörer och inte alltid är lätt att samla in och koppla samman.

Ett genomgående problem vid reformutvärdering är att det ofta saknas en kartläggning av läget innan reformen genomfördes – en baslinjemätning. Utan en tydlig baslinjemätning är det svårt att uttala sig om effekten av förändringarna. Detta kan delvis kompenseras genom exempelvis tillbakablickande frågor till berörda aktörer. Detta kan dock inte göras med annat än att det innebär en stor metodologisk osäkerhet.

VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

Överväg en differentierad vårdgaranti utifrån behov och att låta vårdgarantin omfatta en större del av vårdkedjan

Regeringen bör överväga att differentiera vårdgarantin utifrån behovsprincipen på motsvarande sätt som i andra skandinaviska länder, där mer brådskande diagnoser har en mer ambitiös vårdgaranti än mindre brådskande diagnoser. Målsättningen bör vara att den ska omfatta hela vårdkedjan, från undersökning, utredning och röntgen av olika slag till rehabilitering och uppföljning. Avsikten bör också vara att göra den mer lättförståelig ur patientperspektiv och minska risken för att patienter som väntar på exempelvis undersökningar och röntgen får vänta längre på grund av att det första besöket och/eller den första behandlingen prioriteras. Ur jämlikhetssynpunkt är det angeläget att landstingen, enligt 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),



säkerställer att alla patienter får individuellt anpassad information, och vid rätt tillfälle, annars riskerar vårdgarantin att förstärka skillnader mellan olika grupper i befolkningen.

Följ upp och undersök förutsättningarna på apoteksmarknaden

I apoteksomregleringen var antalet fysiska apotek i fokus och omregleringen har resulterat i att antalet apotek har ökat kraftigt och att öppettiderna har förbättrats. Lokaliseringen av apoteken verkar också ha blivit bättre men antalet apotek är i det närmaste oförändrat i glesbygd. Det finns också starka indikationer på att det har blivit svårare att få ut läkemedel vid första besöket på ett apotek. Apoteksföretagen har själva vidtagit en del åtgärder för att öka tillgängligheten. Det kvarstår dock frågor om marknaden, åtminstone i dess nuvarande utformningen, tillräckligt effektivt hanterar tillgängligheten till ovanliga eller dyra läkemedel, tillgängligheten i glesbygd och för individer som har svårt att använda webbaserade lösningar. Vidare finns det indikationer på att apoteksmarknaden inte utvecklas lika snabbt som önskvärt vad gäller framför allt tekniska lösningar, nya tjänster och effektiva former för att utnyttja farmaceuternas unika kompetens.

Regeringen bör därför följa upp och undersöka om det föreligger hinder på apoteksmarknaden för att utveckla och sprida nya lösningar för en tillgänglig, säker, effektiv och ändamålsenlig distribution, försäljning och rådgivning avseende läkemedel. Ytterligare en angelägen fråga är hur farmaceuters kunskap om läkemedel kan nyttjas på bästa sätt.

Möjliggör ansvarstagande för kontinuitet och koordinering, särskilt för personer med omfattande eller särskilda behov

Bristande kontinuitet och koordinering är två svagheter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, trots kraven på detta i hälso- och sjukvårdslagen. Till exempel är andelen patienter med fast läkarkontakt låg i Sverige i jämförelse med många andra länder. Kontinuitet och samordning av vården upplevs ofta som bristande, men är särskilt viktigt för vissa grupper. Dit hör till exempel multisjuka äldre, personer med missbruksproblem och personer med svår psykisk sjukdom.

Landstingen bör tydliggöra ansvaret för kontinuitet och koordinering i vården samt ge mandat och verktyg till den som har ansvaret för den enskilde patienten, oavsett om ansvaret ligger på primärvården eller i andra delar av hälso- och sjukvården. Det omfattar även att, i enlighet med 29 a § hälso- och sjukvårdslagen, fortsatt främja utvecklingen att patienter som vill ha eller har behov av fast vårdkontakt ska få detta. Eller i enlighet

med 5 § hälso- och sjukvårdslagen få välja en fast läkarkontakt i primärvården. Ansvaret för koordinering bör ligga där det är mest lämpligt ur ett patientperspektiv. Dessutom är det av vikt att följa och utveckla styr- och ersättningssystemens utformning så att de inte hindrar kontinuitet och koordinering.

Utveckla data på särskilt prioriterade områden

Regeringen bör ta ansvar för och säkra uppföljningsmöjligheterna på flera områden som är centrala för hälso- och sjukvården. 1) Det är nödvändigt att utveckla registerdata avseende prestationer och kvalitet i primär vården (inklusive privata vårdgivare). 2) Statistiken över vårdgivarnas bemanningssituation behöver förbättras. 3) Det är viktigt att det utvecklas mätningar av den reella tillgängligheten till läkemedel. I dag saknas exempelvis uppgifter om hur stor andel av kunderna som lämnar apoteket utan att vare sig ha fått ut sina läkemedel eller beställt dem för att komma och hämta dem senare. 4) Tillgången till och inflytande över kontinuerliga undersökningsdata om patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården och apoteken bör säkras utifrån de behov som staten har för uppföljning och tillsyn av hälso- och sjukvård. 5) Likaså bör tillgången säkras till väntetidsdata som ligger till grund för uppföljning och tillsyn såväl som fördelning av statliga medel. Väntetidsdatan bör också utvecklas så att den blir individ- och ärendebaserad. 6) Slutligen bör det redan under lagstiftningsprocessen eller i samband med att reformer beslutas säkerställas att det finns en plan för hur reformerna ska utvärderas samt att det finns jämförelsedata från tidpunkten innan reformens genomförande.

Undanröj hinder för innovativa lösningar för ökad tillgänglighet

Landstingen och regeringen bör kontinuerligt arbeta för att undanröja hinder för befolkningens och patienters delaktighet i sin egen hälso- och sjukvård, men också efterfråga och stimulera till innovationer för ökad tillgänglighet och delaktighet. Erfarenheter visar att behandlingsresultaten blir bättre och säkrare om patienter är delaktiga i sin egen hälso- och sjukvård. Med ökad delaktighet kan hälso- och sjukvårdens resurser också användas mer effektivt. Om patienter och hälso- och sjukvården exempelvis använder tekniska hjälpmedel och kommunikationsteknik kan patientens hälsa kontrolleras på ett kontinuerligt sätt, men utan onödiga besök (till nytta för både patienten och hälso- och sjukvården). Då blir hälso- och sjukvården mer tillgänglig, samtidigt som resurserna används mer effektivt genom att patienten utför en del av arbetet. Detta medför att besök kan fokuseras på



de patienter som mest behöver dem. Denna utveckling bör stödjas genom att staten och landstingen kontinuerligt undanröjer tekniska och organisatoriska hinder för tillgänglighet och delaktighet. Landstingen bör också efterfråga och finansiera innovativa lösningar för delaktighet och tillgänglighet i sin roll som beställare av hälso- och sjukvård.

Innehåll

1 Bristande tillgänglighet – en utmaning för svensk hälso- och sjukvård	27
1.1 Vården ska vara tillgänglig på lika villkor och ges utifrån behov.....	27
1.2 Tre reformer för att förbättra tillgängligheten.....	33
1.3 Vårdanalys uppdrag att följa upp reformernas påverkan på tillgänglighet.....	37
1.4 Referenser	43
2 Apoteksomregleringens påverkan på tillgänglighet.....	47
2.1 De viktigaste förändringarna av apoteksmarknaden	48
2.2 Den fysiska tillgängligheten till apotek har ökat	50
2.3 Säkerheten och ändamålsenligheten i läkemedelsförsörjningen påverkas av omregleringen.....	76
2.4 Kunskap och förtroende för apotek.....	86
2.5 Kostnader för läkemedel.....	87
2.6 Mål och medel för ökad tillgänglighet.....	98
2.7 Slutsatser.....	107
2.8 Referenser	108
3 Vårdvalets påverkan på tillgänglighet.....	113
3.1 Primärvårdens roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet	114
3.2 Valfriheten är gemensam – men skillnader i utformning av systemen	117
3.3 Utbud och mångfald har främst ökat i stora regioner och i södra Sverige.....	122
3.4 Kännedomen om reformen är god, men informationen för att välja kan bli bättre	138
3.5 Befolkningens förtroende för primärvården har förbättrats något.....	144



3.6	Kontinuiteten är oförändrad	147
3.7	Primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet har inte förändrats	153
3.8	Slutsatser.....	160
3.9	Referenser	166
4	Vårdgarantins och Kömiljardens påverkan på tillgänglighet	171
4.1	Vårdgarantin och Kömiljarden – förväntade effekter	172
4.2	Väntetiderna i specialistvården har blivit kortare.....	180
4.3	Kunskapen om vårdgarantin är god, men få patienter informeras när garantin blir aktuell.....	202
4.4	Risk att vårdgarantin påverkar medicinska prioriteringar	208
4.5	Vårdgarantins och Kömiljardens övriga effekter.....	210
4.6	Slutsatser.....	215
4.7	Referenser	219
5	Vårdanalys samlade bedömning	225
5.1	Vårdanalys bedömning av hur tillgängligheten har påverkats av respektive reform	225
5.2	Bedömning av reformernas sammantagna påverkan på tillgänglighet.....	231
5.3	Vårdanalys rekommendationer	239
5.5	Referenser	243
Bilagor	247	
Bilaga 1	Analysmodell.....	247
Bilaga 2	Expertgrupp och dialogmötesdeltagare.....	251
Bilaga 3	Frågeformulär för vårdanalys patient- och befolkningsundersökning	253
Bilaga 4	Kategorisering av landsting.....	260
Bilaga 5	Herfindahl–hirschman index.....	261
Bilaga 6	Regressionsanalys: förtroende för vårdcentral.....	262
Bilaga 7	Index för helhetsintryck av primärvården	263
Bilaga 8	Regressionsanalys: mottagningens tillgänglighet i primärvården.....	264
Bilaga 9	Operationer/åtgärder som redovisas specifikt i väntetidsdatabasen	265
Bilaga 10	Frågeformulär för enkät till vårdvalssamordnare	267



Bristande tillgänglighet – en utmaning för svensk hälso- och sjukvård

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård har varit och är en utmaning för svensk hälso- och sjukvård. Jämfört med andra länder uppfattar befolkningen och patienterna i Sverige tillgängligheten som låg. Regeringen har genomfört tre stora reformer som har haft ökad tillgänglighet som ett mål – apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden. Vårdanalys har i denna rapport, på regeringens uppdrag, följt upp hur reformerna har påverkat tillgängligheten till hälso- och sjukvård för befolkning och patienter.

1.1 VÅRDEN SKA VARA TILLGÄNGLIG PÅ LIKA VILLKOR OCH GES UTIFRÅN BEHOV

1.1.1 Tillgänglighet kräver anpassning efter befolkningens behov

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård förknippas ofta med geografisk närhet, öppettider och väntetider, men för att vården på det hela taget ska anses vara tillgänglig ska den vara följsam gentemot patienternas och befolkningens behov och efterfrågan. Tillgänglighet till hälso- och sjukvård och läkemedel rymmer därför mycket – det kan gälla den tid det tar för en person med hjärtstopp att få hjärt-lungräddning, eller den tid det tar för en individ med en aggressiv cancerform att få behandling, såväl som möjligheten att använda webbaserade bokningssystem till vårdcentralen och att det finns information om läkemedel på olika språk.

Tillgänglighet har även en stark jämlikhetsaspekt, och det finns anledning att vara vaksam på om ekonomiska, sociala eller geografiska faktorer begränsar den faktiska tillgängligheten till hälso- och sjukvård för vissa grupper. Exempelvis är

tillgång till primärvård, enligt viss forskning, viktig för att förebygga sjukdomar och utjämna ojämlikheter i hälsa i befolkningen (Starfield och Shi 2002).

I många branscher är tillgänglighet en fråga om service, och det gäller i vissa fall även hälso- och sjukvården. Skillnaden är att bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan ha betydligt större betydelse; att få tag på rätt läkemedel eller att få träffa en läkare man har förtroende för är inte bara en fråga om service. I värsta fall kan bristande tillgänglighet få allvarliga konsekvenser – exempelvis kan långa väntetider leda till förlängt lidande för patienterna (Siciliani och Hurst 2005). Forskningen om väntetider visar att för mer brådskande tillstånd är långa väntetider negativt för hälsoutfallet medan sambanden mellan långa väntetider och hälsoutfall när det gäller planerade operationer är mer osäkra (Borowitz m.fl. 2013). Långa väntetider till cancervård har också varit föremål för debatt i Sverige och Socialstyrelsen (2013) har visat att det föreligger stora skillnader i väntetider till cancervård mellan landstingen. Vårdanalys har i en tidigare rapport pekat på att medianväntetiden till behandling vid lungcancer i vissa landsting är mer än dubbelt så lång som i andra. Dessa skillnader är både väsentliga och omotiverade och lång väntetid för patienten kan försämra prognosen (Myndigheten för vårdanalys, 2013).

Befolkningens förväntningar på tillgänglighet till hälso- och sjukvården förändras över tid, i takt med förändringar i bland annat medicinteknik, vårdbehov och demografi. När allt fler sjukdomar och tillstånd blir behandlingsbara och fler livskvalitetsförbättrande åtgärder kan utföras ökar efterfrågan på hälso- och sjukvård. Befolkningens krav på att hälso- och sjukvården ska följa med andra tjänstebranscher i utvecklingen av kommunikation, informationsteknik och service kan också förväntas öka. Samtidigt finns stora utmaningar som begränsar möjligheterna att öka utbudet av vård i takt med efterfrågan. Det rör sig exempelvis om begränsade finansiella resurser, brist på personal inom vissa yrkesgrupper och utmaningar i att balansera en ökad tillgänglighet via internet med krav på personlig integritet och informationssäkerhet.

Beroende på om hälso- och sjukvårdssystemen har en hög andel offentlig eller privat finansiering begränsas tillgången till sjukvård på olika sätt; när finansieringen är huvudsakligen offentlig (som i Sverige) begränsas tillgängligheten i hög grad av bedömning utifrån behov och kostnadseffektivitet men, i praktiken, även av hälso- och sjukvårdspersonalens preferenser (Maynard 2013). Hälso- och sjukvården måste balansera mellan att vara tillgänglig för patienter och befolkning och säkerställa att den som har det största behovet prioriteras. Eftersom vi vet att ett ökat utbud av hälso- och sjukvård även ökar efterfrågan, även om de medicinska behoven är konstanta, är tillgänglighet ett medel för sjukvården för att säkerställa att vård ges efter behov.

1.1.2 Tillgänglig vård på lika villkor

En tillgänglig hälso- och sjukvård är grundläggande för att alla som är i behov av vård och behandling ska få det vid den tid och på det sätt som passar deras behov bäst. Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, där den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I de krav på en god vård som ställs upp i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen ingår även att den ska vara tillgänglig.

Att hälso- och sjukvården ska ges till alla på lika villkor innebär att det ska vara möjligt för alla, oavsett var i landet man bor, att ta del av hälso- och sjukvården och att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte ska avgöra om eller vilken vård man får. Behovet ska styra om man får vård inom de finansiella ramar som sjukvårdshuvudmännen har och särskilt utsatta grupper ska värnas. Även för tillstånd som inte är akuta ska vård ges inom rimlig tid. Med tillgänglighet avses bland annat att mottagningar är lokaliserade dit det är lätt för såväl befolkning som personal att ta sig, men även öppettider och planering av lokaltrafiken är exempel på faktorer som är viktiga för tillgänglighet (Regeringens proposition 1981/82:97).

En god tillgänglighet till läkemedel påverkas av apotekens öppet- och väntetider samt lagerhållning. Även de fysiska apotekens lokalisering, kompletterande försäljningsvägar, såsom ombudsverksamhet och distanshandel samt lokalernas tillgänglighet och utformning har betydelse för befolkningens tillgänglighet till läkemedel (Regeringens proposition 2008/09:145).

1.1.3 Bristande tillgänglighet i Sverige

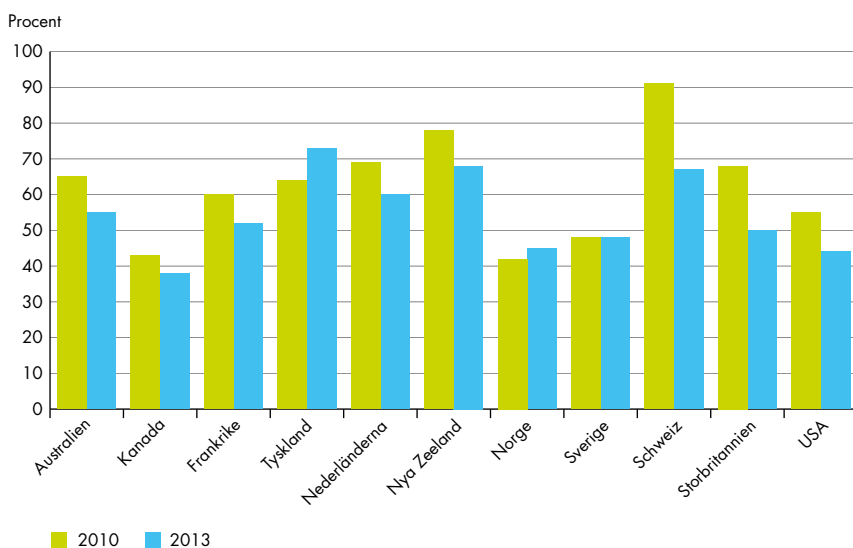
På flera sätt står sig svensk hälso- och sjukvård stark i ett internationellt perspektiv – medellivslängden är hög och i internationella jämförelser presterar svensk sjukvård väl i sjukdomsorienterade indikatorer av vårdkvalitet (Anell m.fl. 2012, OECD 2013). I Världshälsoorganisationens (WHO) World Health Report från 2000 rankades Sverige på fjärde plats i världen avseende befolkningens hälsa och Sverige står sig mycket bra i internationella jämförelser av överlevnad i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer.

Däremot finns studier som visar att tillgängligheten till sjukvård har varit låg i förhållande till i andra länder. En jämförande internationell enkätundersökning har exempelvis visat på att den svenska befolkningen uppfattar tillgängligheten till hälso- och sjukvård som sämre jämfört med befolkningen i de allra flesta EU-länder, både avseende tillgång till sjukhusvård, specialister och primärvårdsläkare (EU-kommissionen 2007). Av de svenska respondenterna



svarade 63 procent att det var lätt eller ganska lätt att få tillgång till husläkare eller motsvarande jämfört med genomsnittet i de dåvarande 27 medlemsländerna i EU på 88 procent. I en återkommande befolkningsundersökning som görs av The Commonwealth Fund i ett antal länder angav 48 procent av de tillfrågade i Sverige år 2013 att de fick träffa en läkare eller sjuksköterska samma eller efterföljande dag, vilket är lågt i jämförelse med flera andra länder i studien (se figur 1.1).

Figur 1.1. "Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska?" Andel i procent av respondenterna i befolkningsundersökningen som anger att de fick träffa en läkare eller sjuksköterska samma eller nästa dag, år 2010 och 2013.



Källa: The Commonwealth Fund, IHP 2010 och 2013.
2 100 respektive 2 400 svarande i Sverige år 2010 respektive 2013.

I Sverige har långa väntetider till planerad vård upprepade gånger pekats ut som ett problemområde (Hanning 2005, Winblad och Hanning 2013, Viberg m.fl. 2013, Anell m.fl. 2012). Sverige är dock inte ensamt om dessa problem, i en rad OECD-länder har åtgärder för att minska väntetider varit en stor policyfråga de senaste decennierna (Siciliani 2013). I en ny internationell jämförelse av länders offentligt publicerade väntetider påtalas dock de stora metodologiska utmaningarna med att jämföra väntetider mellan länder, men att Sverige inte verkar ha exceptionellt långa väntetider i ett internationellt perspektiv (Viberg m.fl. 2013).

Ett annat mått är antalet läkarbesök per invånare där Sverige har jäm-

förelsevis få läkarbesök per invånare i internationellt perspektiv, trots att den svenska hälso- och sjukvården har ett stort antal läkare per invånare i förhållande till andra länder (OECD 2010). Inte minst är den svenska primärvården mindre än i många andra länder. Det har delvis att göra med att hälso- och sjukvården i Sverige är mer koncentrerad till sjukhus och att kopplingen mellan läkare och patient är svagare. Att kopplingen mellan patienter och läkare är svagare kan delvis förklaras av att primärvården i stor utsträckning organiseras av vårdcentraler och inte av enskilda husläkarmottagningar.

Även när det gäller apotek och läkemedelsförsörjning pekades tillgängligheten ut som ett problem innan omregleringen. Med ett öppenvårdsapotek per 10 000 invånare var apotekstätheten före omregleringen av apoteksmarknaden låg i ett internationellt perspektiv. Innan omregleringen var också öppettiderna begränsade och det var mycket ovanligt med söndagsöppna apotek. Väsentiderna på apotek pekades också ut som ett förbättringsområde. (Regeringens proposition 2008/09:145)

1.1.4 Vården är inte lika tillgänglig i hela landet

Det finns stora skillnader i tillgänglighet till hälso- och sjukvård i olika delar av landet, både avseende vilka behandlingar som ges och vilka resultat de leder till. Skillnaderna kan i en del fall ha naturliga förklaringar och bero på olika befolkningssammansättning, till exempel avseende ålder, men de kan också bero på skillnader i utbud, medicinsk praxis och skilda prioriteringar i olika landsting.

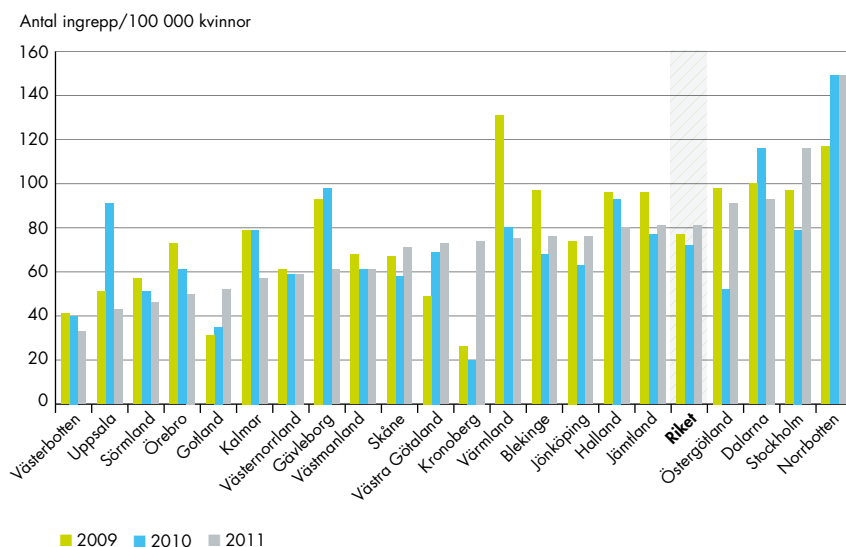
Skillnader i medicinsk praxis handlar mycket om olika tolkningar av medicinsk evidens, vilket föranleder att det kan uppstå såväl under- som överbehandling när det gäller vissa behandlingar (Siciliani 2013). Läkarnas roll när det gäller tillgänglighet till vissa behandlingar är därför mycket viktig, eftersom de avgör om och hur en viss behandling ska utföras.

En nyligen genomförd sammanställning av forskningen visar på stora variationer i såväl behandlingar av olika tillstånd som utbud av behandlingar mellan sjukhus, mellan regioner och mellan länder (Corallo m.fl. 2014). Socialstyrelsen (2011) har också konstaterat att det på vissa områden finns stora skillnader i vård och behandling mellan olika delar av landet. Ett exempel på ett område med stora skillnader ges i figur 1.2 som visar på skillnader i operationsfrekvens vid urininkontinens hos kvinnor, där operationsfrekvensen varierar mellan landstingen från som lägst 33 till som högst 149 ingrepp per 100 000 kvinnor varje år. Behandlingsfrekvenserna varierar också på flera



andra områden som knäledsartroskopier, ECT-behandlingar och blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2013).

Figur 1.2. Urininkontinens hos kvinnor – antal ingrepp/100 000 kvinnor år 2011.



Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret 2013.

Även tillgängligheten till olika läkemedelsbehandlingar skiljer sig åt mellan landstingen på flera områden. Skillnaden tros bero på att förskrivare i samförstånd gör mer eller mindre strikta tolkningar av rådande evidens. Exempelvis har man sett stora skillnader i läkemedelsförskrivning mellan olika landsting när det gäller antibiotika, TNF-alfahämmare mot ledgångsreumatism och trastuzumab mot viss form av bröstcancer (Brommels m.fl. 2013, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2013).

De tillgänglighetsökande insatserna i de tre reformerna som följs upp här har inte primärt syftat till att utjämna skillnader i tillgänglighet till olika behandlingar som beror på skillnader i medicinsk praxis eller prioriteringar. Det finns däremot andra projekt som har fokuserat på att analysera och utjämna skillnader i medicinsk praxis, där ett exempel är Socialstyrelsens arbete med nationella indikationer och riktlinjer. Även arbetet med Öppna jämförelser och det nationella kvalitetsregisterarbetet syftar delvis till att utjämna skillnader i medicinsk praxis.

1.2 TRE REFORMER FÖR ATT FÖRBÄTTRA TILLGÄNGLIGHETEN

Apoteksomregleringen, vårdvalsreformen och vårdgarantireformen tillsammans med Kömiljarden genomfördes alla mellan åren 2008 och 2010 och har haft ökad tillgänglighet som ett mål. Reformerna har även haft andra mål än tillgänglighet, som mångfald, stärkt ställning för patienter och bibehållna läkemedelskostnader. För att följa upp samtliga mål med reformerna hade det krävts en bredare ansats än uppdraget i denna rapport.

1.2.1 Apoteksomregleringen

År 2009 avskaffades Apoteket AB:s statliga monopol på att bedriva detaljhandel med läkemedel, som hade varit på plats sedan 1971. Kärnan i apoteksreformen var att konkurrensutsätta den gamla monopolverksamheten och att skapa en ny marknad där både offentligt och privat drivna apotek tilläts konkurrera. I samband med omregleringen sålde Apoteket AB många av de befintliga apoteken i kluster till olika nya aktörer. Samtidigt skapades möjligheten att söka tillstånd för att öppna nya apotek (Regeringens proposition 2008/09:145). Förutom denna förändring av apoteksmarknaden ändrades också reglerna så att vårdgivarna fick lov att organisera läkemedelsförsörjning till och inom sjukhus (Regeringens proposition 2007/08:142). Apoteksomregleringen innebar också att vissa receptfria läkemedel, så som vissa läkemedel mot nästappa och läkemedel mot värk och feber, fick börja säljas på andra platser än apotek (Regeringens proposition 2008/09:190).

Ett av de starkaste motiven till att omreglera apoteksmarknaden var att öka konsumenternas tillgänglighet till läkemedel genom att skapa incitament för att öka antalet öppenvårdsapotek och förbättra öppettiderna. Genom apoteksomregleringen fick andra aktörer än Apoteket AB driva apotek och fritt konkurrera om att erbjuda konsumenterna en ännu bättre tillgänglighet till läkemedel.

Av propositionerna (Regeringens proposition 2008/09:145 och Regeringens proposition, 2008/09:190) framgår att målen för omregleringen av apoteksmarknaden var:

- ökad tillgänglighet till läkemedel
- bättre service och tjänsteutbud
- låga läkemedelskostnader till nytta för konsumenten och det offentliga
- bibehållen kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen
- tillvaratagande av apotekens bidrag till en förbättrad läkemedelsanvändning.



I propositionen om omregleringen av apoteksmarknaden poängterades att patient- och konsumentperspektivet skulle vara integrerat i utformningen av reformen eftersom det var en nödvändig förutsättning för att målet med omregleringen skulle nås (Regeringens proposition 2008/09:145).

Före apoteksomregleringen, år 2002, genomfördes generikareformen efter tidigare stora kostnadsökningar för läkemedel. Ett generika är ett läkemedel med samma aktiva substans, dos och beredningsform som ett läkemedel vars patent gått ut. Generikareformen innebar att apoteken blev ålagda att automatiskt byta ett förskrivet läkemedel inom läkemedelsförmånen mot det billigaste tillgängliga utbytbara alternativet på det aktuella apoteket. Genom apoteksomregleringen skärptes generikautbytet så att apoteken blev skyldiga att byta ut generiska läkemedel mot den billigaste generikan på marknaden (Regeringens proposition 2008/09:145). Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) sköter kontrollen och tillkännagivandet av vilka läkemedel som är billigast den kommande månaden. Patienten har rätt att välja att inte få sitt förskrivna läkemedel utbytt men får då själv stå för mellanskillnaden mellan förskrivet läkemedel och månadens vara. Resterande kostnad ingår i högkostnadsskyddet. Det finns också möjligheter för förskrivaren och den expedierande farmaceuten på apoteket att motsätta sig utbyte i särskilda fall. Då omfattas hela kostnaden av högkostnadsskyddet enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

1.2.2 Vårdval

Den 1 januari år 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) inom primärvården, det vill säga att använda sig av ett vårdvals-system inom primärvården. Halland, Västmanland och Stockholm hade redan infört vårdval i primärvården före eller under år 2009, och innan lagen trädde i kraft införde ytterligare fem landsting valfrihetssystem. Vårdvalet innebär att man som patient är fri att välja mellan ett antal godkända vårdcentraler/mottagningar i primärvården och att ersättningen följer med patienten. Landstingen får själva utforma ersättningssystem, listning, mottagande och kvalitetskrav, men så länge en vårdgivare uppfyller landstingets krav har den full rätt att bli del av vårdvals-systemet och få offentlig ersättning för de patienter man tar emot (Regeringens proposition 2008/09:74).

Syftet med vårdvalsreformen var att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Enligt proposition (2008/09:74) kan en mångfald av vårdgivare

inom den offentligt finansierade vården stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet inom primärvården. Kvaliteten och tillgängligheten förväntades öka genom att vårdgivarna konkurrerar om att vara den mest attraktiva vårdgivaren gentemot patienten.

Av propositionen uttolkas att målen med vårdvalsreformen var att:

- stärka patientens ställning och öka möjligheterna att göra fria val
- öka mångfalden av utförare i primärvården
- öka kvaliteten i primärvården
- öka tillgängligheten till primärvården
- öka kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården.

Vårdvalsreformen har följts av vissa åtgärder för att förenkla införandet av systemen och av vissa åtgärder för att öka mångfalden av vårdgivare.

1.2.3 Vårdgarantireformen och Kömiljarden

Långa väntetider till hälso- sjukvården har varit föremål för debatt och åtgärder under flera decennier. Åtgärder för att minska väntetiderna har tagits i flera omgångar sedan 1980-talet men inga av åtgärderna har fått bestående resultat för väntetiderna. När legitimiteten för sjukvårdssystemet ansågs vara i fara infördes den första vårdgarantin år 1992. Denna satte ett tak på väntetiderna till behandling för tolv diagnoser. Vårdgarantier har sedan införts i flera omgångar genom överenskommelser mellan regeringen och landstingen, med resultatet att väntetiderna till en början har sjunkit för att sedan återgå till de ursprungliga nivåerna. Vårdgarantierna fick också kritik för att de riskerade att skapa undanträngningseffekter av den verksamhet som inte täcktes av garantin (se Winblad och Hanning 2013, för en utförlig beskrivning av bakgrund, utformning och resultat av de olika vårdgarantierna).

Genom vårdgarantireformen år 2010 lagstodgades vårdgarantin (genom 3 g-i §§ hälso- och sjukvårdslagen). Lagen innebär att landstingen är skyldiga att erbjuda alla bosatta inom landstinget att inom viss tid få komma i kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), få besöka en läkare i primärvården (besöksgaranti), efter remiss få besök hos en specialist (besöksgaranti) och få planerad vård (behandlingsgaranti). I de fall då landstinget inte kan uppfylla besöksgarantin eller behandlingsgarantin i specialistvården har landstinget skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. I 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet



på hälso- och sjukvårdens område, numera ersatt av 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), infördes en bestämmelse om att den som är ansvarig för hälso- och sjukvården för en patient ska ge hen individuellt anpassad information om vårdgarantin. Slutligen lagstodgades genom 3 i § i hälso- och sjukvårdslagen att landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

I propositionen om lagstodgad vårdgaranti (Regeringens proposition 2009/10:67) uttrycks förhoppningen att vårdgarantireformen ska:

- stärka patientens ställning
- öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården
- korta väntetiderna till besök och behandling.

Lagstodgandet av vårdgarantin förväntades även tydliggöra landstingens skyldighet, förenkla utkrävande av politiskt ansvar samt förtydliga vårdgarantins ställning i förhållande till övrig lagstiftning.

Tidsgränserna anges i förordning (2010:349) om vårdgaranti. Tidsgränserna i vårdgarantin har varit de samma sedan år 2005 och innebär att landstingen är skyldiga att erbjuda de egna invånarna:

- kontakt med primärvården per telefon eller på plats inom noll dagar
- läkarbesök i primärvården inom sju dagar
- efter utfärdande av remiss: besök hos specialist inom 90 dagar
- efter beslut om operation/åtgärd: behandling inom 90 dagar.

Sedan år 2009, det vill säga innan vårdgarantin lagstodgades, har vårdgarantin understötts av en särskild satsning på att få ner väntetiderna i specialistvården. Denna satsning är känd som Kömiljarden och innebär att en miljard kronor fördelas årligen mellan landstingen på prestationsbasis. Medlen fördelas enligt två huvudsakliga mål – väntetid för första besök hos specialist och väntetid för eventuell operation eller behandling. Att Kömiljarden fördelar medel efter prestation skiljer den från tidigare statliga stöd för att minska väntetider, vilka har fördelats genom generella anslag till landstingen.

Sedan år 2007 har regeringen och SKL även ingått överenskommelser om särskilda årliga tillgänglighetssatsningar för barn och unga med psykisk ohälsa (Regeringsbeslut S209/ S2009/353/HS, S2010/9125/HS, S2011/11007/HS). Dessa satsningar kommer inte att följas upp inom ramen för denna rapport.

1.3 VÅRDANALYS UPPDRAG ATT FÖLJA UPP REFORMERNAS PÅVERKAN PÅ TILLGÄNGLIGHET

Vårdanalys uppdrag från regeringen har varit att ur ett medborgar- och patientperspektiv göra en samlad uppföljning hur omregleringen av apoteksmarknaden, vårdvalet samt den nationella vårdgarantin och Kömiljarden har påverkat tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Uppföljningen ska ge en helhetsbild av de samlade effekterna på tillgängligheten. I detta uppdrag har Vårdanalys samarbetat med fyra forskare som utifrån en gemensam analysmodell bidragit med egna bedömningar av hur tillgängligheten har påverkats av reformerna. I följande avsnitt presenteras analysmodellen och andra metodologiska utgångspunkter och överväganden i rapporten.

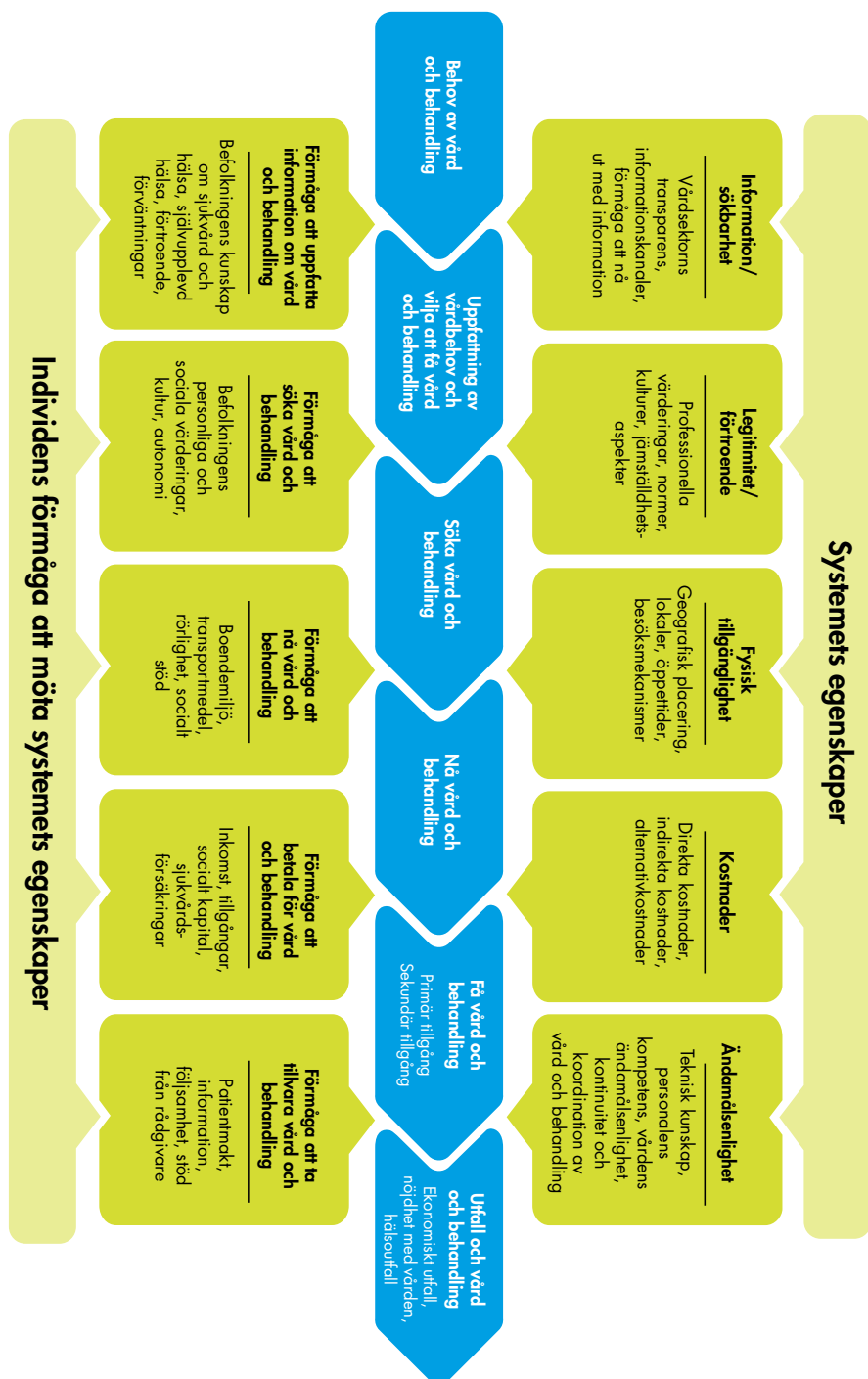
1.3.1 Tillgänglighet är mer än väntetider – analysmodell

I vardagligt språkbruk avser tillgänglighet ofta att något kan nås fysiskt och i tiden, till exempel en vårdcentrals öppettider, men tillgänglighet till hälso- och sjukvården är mer mångfacetterat än så. Olika definitioner av begreppet tar ofta fasta på möjligheten eller enkelheten i att ta del av hälso- och sjukvårdstjänster som är anpassade efter de egna behoven (Levesque m.fl. 2013). Denna möjlighet eller enkelhet kan rymma en rad dimensioner, från sociala och ekonomiska aspekter till organisation, information och geografi. Vi utgår från den konceptualisering av begreppet tillgänglighet som Levesque m.fl. (2013) föreslår i en aktuell översikt över den vetenskapliga litteraturen på området (figur 1.3).

De tre reformerna har varit riktade mot vissa aspekter av tillgängligheten, varför analyserna i rapporten utgår från analysmodellen med vissa förenklingar. I och med att hälso- och sjukvården i Sverige i stor utsträckning är offentligt finansierad analyseras kostnaderna för den enskilda i liten utsträckning i kapitlet om vårdvalet och vårdgarantin. Att det finns begränsat med data för att studera förändringar inom vissa dimensioner är ytterligare skäl till varför vissa dimensioner av tillgänglighet studeras mer ingående än andra. Rapporten utgår från fem huvudsakliga dimensioner av tillgänglighet, som var och en analyseras men i olika utsträckning i rapporten:

1. Kunskap och information
2. Förtroende och legitimitet
3. Fysisk tillgänglighet
4. Kostnader
5. Ändamålsenlighet

Figur 1.3. Analysmodell för tillgänglighet, fritt efter Levesque m.fl. 2013.



Källa: Levesque m.fl. 2013. Vårdanalys har översatt och bearbetat modellen.

En mer detaljerad beskrivning av analysmodellen finns i bilaga 1.

1.3.2 Uppdragets genomförande

Forskare bedömer respektive reform

För att följa upp hur apoteksomregleringen, vårdvalet och vårdgarantin och den nära kopplade Kömiljarden har påverkat tillgängligheten till hälso- och sjukvård har Vårdanalys samarbetat med fyra forskare:

- Mats Bergman, professor i nationalekonomi vid Södertörns högskola och Johan Stennek, professor i industriell ekonomi vid Göteborgs universitet (apoteksomregleringen)
- Clas Rehnberg, professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet (vårdval)
- Karsten Vrangbæk, professor i hälsopolitik och hälsoekonomi vid Köpenhamns universitet (vårdgarantin och Kömiljarden)

I vart och ett av dessa kapitel analyserar och redogör författarna för tidigare forskning och utredningar inom området, samt vissa nya resultat. Slutligen gör de en samlad bedömning av reformens påverkan på tillgänglighet för befolkning och patienter. Författarna har samarbetat med Vårdanalys utredare när det gäller inhämtning och bearbetning av ny och befintlig information. De fyra forskarna står själva för slutsatserna i respektive kapitel. Utifrån de tre kapitlen, samt vissa ytterligare underlag som specificeras närmare i kapitlet, gör Vårdanalys i det avslutande kapitlet en samlad bedömning av hur reformerna har påverkat tillgängligheten.

En expertgrupp har varit knuten till projektet (bilaga 2). Denna expertgrupp har bistått både Vårdanalys projektgrupp och författarna till kapitlen om respektive reform med värdefull kunskap och synpunkter. Experterna är inte ansvariga för analyser och slutsatser i rapporten. Synpunkter har också inhämtats från en bredare sfär av patient-, brukar- och pensionärsorganisationer, branschsammanlutningar, fackförbund, landstingsrepresentanter och berörda myndigheter under två dialogmöten (bilaga 2). Projektet har också inhämtat synpunkter på reformerna från det till Vårdanalys knutna Patientrådet.

Tillgänglighetseffekterna är i fokus men det är svårt att belägga orsakssamband

Vårdanalys har haft i uppdrag att utvärdera konsekvenserna på till-



gängligheten av apoteksomregleringen, vårdvalsreformen samt vårdgarantin och Kömiljarden. Ett gemensamt mål för de tre reformerna är att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård och läkemedel för patienter och befolkning. Detta är dock inte det enda målet för reformerna. En utvärdering görs vanligen av hur en reform har uppnått alla sina mål. I denna rapport fokuserar vi på tillgänglighetseffekterna av reformerna men vi nämner också andra effekter av reformerna där det är tillämpligt. Av dessa skäl kan Vårdanalys dock inte göra en bedömning om de positiva effekterna som helhet motiverar de samlade kostnaderna för reformerna.

Ett centralt problem för denna, liksom för många andra utvärderingar och uppföljningar, är svårigheten att leda kausala samband i bevis. Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet där många faktorer samspelar. Även när vi har goda skäl att anta att någon av reformerna har påverkat tillgängligheten positivt är det svårt att försäkra sig om att det inte finns andra skäl till denna utveckling. Ett talande exempel är förändringarna i telefontillgänglighet och möjligheten att snabbt få träffa läkare inom primärvården som kan bero på vårdvalet, vårdgarantin eller på andra faktorer. Mot denna bakgrund bör alla resultat tolkas med viss försiktighet.

Ett ytterligare problem är att många uppgifter är svåra att jämföra över tid. I flera fall finns tillförlitlig data över situationen i dag, men inga jämförbara uppgifter över läget innan reformerna. I en del fall har statistik börjat samlas in först efter reformerna, i andra har mätningarna/datainsamlingen förändrats på något avgörande sätt som omöjliggör jämförelser med läget före reformerna.

Analys av redan insamlade data och nya undersökningar

Ett sätt att försöka belägga orsakssamband är att tränga ner i enskilda fall och följa de enskilda stegen som leder till ett visst utfall. Vårdanalys har inom de givna tidsramarna istället valt att försöka anlägga ett mer övergripande perspektiv och följa reformernas påverkan på tillgängligheten i en bredare bemärkelse samt fokusera på utfallet för patienter och befolkning.

Till grund för rapporten ligger tidigare studier av respektive reform, av myndigheter såväl som forskare. Vårdanalys har, i de fall där det har funnits utrymme, försökt fylla i luckor och komplettera eller uppdatera kunskapsläget. Framför allt används existerande statistiska underlag från en rad aktörer, bland annat från eHälsomyndigheten, Myndigheten för Tillväxtanalys, The Commonwealth Fund (International Health Policy Survey, IHP), SKL (framför allt Vårdbarometern, Nationella Patientenkäten och Väntetidsdatabasen) och Socialstyrelsen (framför allt Patientregistret). I vissa fall har Vårdanalys även tagit fram ny empiri. För utvecklingen av antal vårdcentraler har data

från Sanocore AB, vars uppgifter publiceras på Omvard.se, använts. Det är samma datakälla som används i Konkurrensverkets (2012) uppföljning av vårdvalet. För utvecklingen av antal apotek har data från Tillväxtanalys använts. Tillväxtanalys (2012) har i sin tur använt Apoteksinfo.se som grundkälla.

Vårdanalys har också låtit ett opinionundersökningsföretag göra en befolknings- och patientundersökning vid årsskiftet 2013/2014. Ett fyrtiotal frågor utarbetades med syfte att dels replikera tidigare studier för att kunna jämföra utvecklingen över tid, dels fylla luckor i kunskapsläget. Med hjälp av en onlinepanel ställdes frågorna till två urvalsgrupper. Syftet med den första urvalsgruppen var att fånga erfarenheter hos specifika patientgrupper. Ur en särskild onlinepanel för medicinska undersökningar gjordes ett urval av personer diagnostiserade med diabetes eller ledgångsreumatism. Totalt svarade 306 personer på enkäten.

Syftet med den andra urvalsgruppen var att fånga attityder och beteenden i befolkningen som helhet. Bland de 140 000 personer som deltar i panelen gjordes ett urval för att få in 200 svar från varje landsting, med undantag för Gotland där kvoten sattes till 100 respondenter. Syftet med denna kvotering var att möjliggöra analyser på landstingsnivå.

Totalt tillfrågades 16 641 personer och när tillräckligt många personer i varje kvot hade besvarat enkäten stängdes den för ytterligare svar. 4 102 personer svarade på enkäten. Panelen har en viss på förhand känd underrepresentation av äldre, arbetslösa, låginkomsttagare, lågutbildade och personer med annan etnisk bakgrund. För att urvalet i undersökningen totalt sett ska spegla riket som helhet har resultatet vägts i efterhand på kön, ålder och region.

För att validera resultaten har Vårdanalys även låtit ställa ett antal av frågorna i en telefonundersökning till 1 000 slumpmässigt utvalda respondenter. I stora drag pekar de två undersökningarna åt samma håll, men det finns en viss tendens att respondenterna i onlinepanelen i mindre utsträckning upplever förbättringar än respondenterna i telefonundersökningen. Det är svårt att veta i vilken utsträckning detta avspeglar bristande representativitet i onlinepanelen och en större benägenhet bland vissa grupper att svara på denna typ av enkäter, och i hur hög grad det är en fråga om de skilda formerna för intervjuerna. Det finns dock anledning att, precis som med många andra enkätundersökningar, tolka resultatet från befolknings- och patientundersökningarna med viss försiktighet. Se frågeformuläret för undersökningen i bilaga 3.

Slutligen skickade Vårdanalys en enkät till vårdvalssamordnarna i landstingen med frågor om vårdvalets påverkan på tillgänglighet. Enkäten besvarades av vårdvalssamordnare i alla landsting utom ett. Se frågeformuläret för undersökningen i bilaga 10.



1.3.3 Avgränsningar

Rapportens fokus på tillgänglighet innebär att andra effekter av reformerna inte kommer att analyseras i detalj. I flera fall finns också näraliggande satsningar, regelförändringar och initiativ av olika slag som inte kommer att täckas in eller endast diskuteras i mer översiktlig form. Till exempel är tillgänglighetssatsningen på barn och unga med psykisk ohälsa inte inkluderad i denna uppföljning. Den del i apoteksomregleringen som handlar om sjukhusens läkemedelsförsörjning kommer inte att tas upp i denna rapport då vår bedömning är att dess påverkan på tillgängligheten ur ett befolknings- och patientperspektiv är liten. Reformerna ger även en begränsning av de delar av hälso- och sjukvården som analyseras. Vårdvalet gäller endast primärvården och vårdgarantin/Kömiljarden primär- och specialistvård, vilket gör att tillgängligheten till akutsjukvården inte täcks in.

1.3.4 Så här är rapporten disponerad

Efter detta inledande kapitel utreds förändringarna i tillgänglighet och effekterna på tillgänglighet av de respektive reformerna i var sitt kapitel: kapitel 2 om apoteksomregleringen, kapitel 3 om vårdvalsreformen och kapitel 4 om vårdgarantin och Kömiljarden. I anslutning till kapitlet om de tre reformerna finns några citat från personer som utifrån sitt perspektiv som patienter eller kunder beskriver sin upplevelse av respektive reform. Dessa ska enbart ses som illustrativa exempel och är inte representativa för befolkningen. I det avslutande kapitlet ger Vårdanalys en samlad bedömning av hur tillgängligheten till hälso- och sjukvård och läkemedel har påverkats av dessa tre reformer samt lämnar rekommendationer för det fortsatta arbetet.

1.4 REFERENSER

- Anell, A., Glengård, A.H. och Merkur, S. (2012). *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 14(5):1-159.
- Borowitz, M., Moran, V. och Siciliani, L. (2013). Waiting times for health care: A conceptual framework. I Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) *Waiting time policies in the health sector: What works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Brommels, M., Hansson J., Granström, E. och Wåhlin, E. (2013). *Professionen, pennan och pengarna – regionala skillnader i användning av läkemedel*. Stockholm: SNS
- EU-kommissionen (2007). *Health and long-term care in the European Union*. Special Eurobarometer 283.
- Hanning, M. (2005). *Maximum waiting-time guarantee – a remedy to long waiting lists?: Assessment of the Swedish waiting-time guarantee policy 1992-1996*. Diss. Uppsala universitet. Uppsala: Acta Universitatis Upsalensis.
- Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen (Rapport 2012:2)*. Stockholm: Konkurrensverket.
- Levesque, J.F., Harris, M.F. och Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Maynard, A. (2013). Health care rationing: Doing it better in public and private health care systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(6), s. 1103-1127.
- Myndigheten för Vårdanalys (2013). *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* (PM 2013:3). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys
- OECD (2013-10-01). (Elektronisk). StatExtracts health care utilisation: Consultations. Tillgänglig: <http://stats.oecd.org/> [2014-02-03].
- OECD (2013). *OECD reviews of health care quality: Sweden 2013: Raising standards*. OECD Publishing.
- Regeringens proposition (1981/82:97). *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Regeringens proposition (2007/08:142). *Sjukhusens läkemedelsförsörjning*.
- Regeringens proposition (2008/09:74). *Vårdval i primärvården*.
- Regeringens proposition (2008/09:145). *Omreglering av apoteksmarknaden*.
- Regeringens proposition (2008/09:190). *Försäljning av receptfria läkemedel*.
- Regeringens proposition (2009/10:67). *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.



- Siciliani, L. och Hurst, J. (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*, 72(2), s. 201-15.
- Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) (2013). *Waiting time policies in the health sector: What works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Socialstyrelsen (2013). *Patientregistret*. www.sos.se/statistik [2014-01-16].
- Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för vård och behandling – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Öppna Jämförelser 2013*.
- Starfield, B. och Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), s. 201–18.
- Starfield, B., Shi, L. och Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), s. 457–502.
- Tillväxtanalys (2012). *Geografisk tillgänglighet till läkemedel. En analys av omregleringen av apoteksmarknaden - slutrapport*. (Rapport 2012:11). Östersund: Tillväxtanalys.
- Viberg, N., Forsberg B.C., Borowitz, M. och Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care – limitations and prospects. *Health Policy*, 112(1-2), s. 53-61.
- Winblad, U. och Hanning, M. (2013). Sweden. I Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) *Waiting time policies in the health sector*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- World Health Organization (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*. Genève: World Health Organization.



Apoteksomregleringens påverkan på tillgänglighet

Av Mats Bergman och Johan Stennek

Apoteksomregleringen har lett till en ökning av antalet apotek med närmare 40 procent, och generellt sett ökade öppettider. Även om antalet apotek har ökat kraftigt till följd av reformen så har medborgarnas närhet till ett apotek inte ökat i motsvarande omfattning. Orsaken är att de nya apoteken i hög grad etablerats i närheten av andra apotek. Det beror i sin tur på att handelsmarginalen inte har utformats för att styra apotekens lokalisering.

Den stora ökningen i antal apotek tillsammans med andra faktorer tycks ha haft en negativ effekt på apotekens möjligheter att lagerhålla läkemedel vilket har lett till ökade problem med att förse kunderna med deras receptbelagda läkemedel vid det första apoteksbesöket.

Genom apoteksomregleringen tilläts försäljning av vissa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek. Det har kraftigt ökat tillgängligheten till exempelvis nässpray mot nästäppa och flera smärtstillande läkemedel. Samtidigt finns det tecken på att den ökade tillgängligheten till i synnerhet paracetamol kan ha bidragit till en ökad felanvändning.

De positiva effekterna på tillgänglighet och ökat generiskt utbyte kunde ha genomförts inom ramen för det statliga monopolet, men utformningen av reformen har inneburit att den ökade tillgängligheten delvis har finansierats av läkemedelsindustrin och detaljhandeln och inte med offentliga medel.

I detta kapitel undersöker vi hur olika dimensioner av tillgänglighet ur ett patient- och medborgarperspektiv har påverkats av de förändringar som omregleringen av apoteksområdet har inneburit. Kapitlets underlag baseras på befintlig vetenskaplig litteratur, policyrapporter och tillgänglig statistik, samt vissa kompletterande analyser som har genomförts i samarbete mellan författarna och Vårdanalys.

Efter en inledande kort beskrivning av de viktigaste komponenterna i apoteksomregleringen behandlas olika tillgänglighetsaspekter med utgångspunkt i den modell för tillgänglighet som Levesque m.fl. föreslår, som beskrivs mer utförligt i bilaga 1. Avsnittet avslutas med en diskussion kring de mål och medel som använts för att öka tillgängligheten till apotek och läkemedel (Regeringens proposition 2007/08:142).

Det har gjorts utvärderingar av apoteksomregleringen parallellt och vid olika tidpunkter. Olika utvärderingar har haft olika inriktningar. I detta kapitel är apoteksomregleringens effekter på tillgängligheten till öppenvårdsapotek och läkemedel i fokus. Kapitellet omfattar således inte sjukhusens läkemedelsförsörjning eller dosverksamheten.

2.1 DE VIKTIGASTE FÖRÄNDRINGARNA AV APOTEKSMARKNADEN

Omregleringen av apoteksmarknaden syftade primärt till att öka konsumenternas tillgänglighet till läkemedel genom att ersätta det statliga monopolet med en marknad där både offentligt (statligt) och privat drivna apotek tilläts konkurrera. Eftersom Statskontoret (2013) tidigare har beskrivit omregleringens komponenter och mål i detalj tillhandahåller vi endast en sammanfattning av de viktigaste delarna.

2.1.1 Apoteksmarknaden ritades om

Omregleringen av apoteksmarknaden bestod av ett stort antal delar. Dessa kan grovt delas in i tre områden.

- *Monopolet avskaffades och vissa receptfria läkemedel fick börja säljas på andra platser än apotek*

Marknadsstrukturen förändrades i grunden, genom att det lagstadgade statliga monopolet på apoteksverksamhet avskaffades och andra aktörer tilläts att, efter tillstånd från Läkemedelsverket, driva apotek. För att påskynda övergången till konkurrens såldes ett stort antal av de befintliga apoteken till företag (Regeringens proposition 2008/09:145).

Vissa av Apoteket AB:s datasystem bröts ut och lades i en separat organisation (Apotekens Service AB och sedan eHälsomyndigheten) med uppgift att tillhandahålla service till alla öppenvårdsapotek i form av bland annat register och it-funktioner. Vidare innebar reformen att vissa receptfria läkemedel fick börja säljas på andra platser än apotek (Regeringens proposition 2008/09:190).

- *Ett nytt regelverk för kontinuerlig styrning infördes*

Regelverket består av en ny modell för fastställande av apoteksmarknadsmarginalen. Dessutom infördes och preciserades vissa regler för apoteksverksamheten till exempel 24-timmarsregeln, leveransskyldighet för partihandlare, bemanning av farmaceuter och striktare krav på generisk substitution (Regeringens proposition 2008/09:145). Även statens ägarstyrning av Apoteket AB ändrades. De flesta samhällsuppgifter som Apoteket AB hade under monopoltiden avvecklades i samband med omregleringen. Regeringen har bland annat uttalat att man önskar "...skapa ett fullt kommersiellt och lönsamt bolag i en starkt konkurrensutsatt marknad till gagn för alla i samhället..." (Regeringskansliet 2012).

- *Vissa övergångsregler och restriktioner infördes*

Vissa restriktioner infördes i samband med omregleringen för att förhindra apoteksaktörerna från att lägga ner eller ändra servicenivån för ett antal preciserade apotek i glesbygd fram till våren 2013. Vidare beslutade man att apoteksombuden, som ansågs fylla en viktig funktion i många i gles- och landsbygder, skulle behållas (Regeringens proposition 2008/09:145). Apoteket AB har beslutat om ägaranvisningar som innebär att företaget ska behålla den befintliga ombudsverksamheten i den omfattning som behövs för att upprätthålla en god läkemedelsförsörjning på den ort där ombudet är verksamt fram till 30 juni 2015.

2.1.2 Ökad tillgänglighet var det främsta målet med reformen

Regeringens starkaste målsättning med att omreglera apoteksmarknaden synes ha varit att öka konsumenternas tillgänglighet till läkemedel, genom att apoteken skulle bli fler och öppettiderna längre (Regeringens proposition 2008/09:145). Regeringens formuleringar var delvis vaga, men rimligen bör tillgänglighetsmålet inkludera frågan om apotekens geografiska spridning liksom kötid på apoteken. En ytterligare aspekt på tillgängligheten är lagerhållningen av läkemedel. Även om tillgängligheten förefaller ha varit det



primära målet, formulerade regeringen ytterligare ett antal mål, enligt nedan (Regeringensproposition, 2008/09:145).

- *Bättre service och tjänsteutbud.* Enligt Statskontoret (2013) har regeringen inte preciserat i vilka avseenden service och tjänsteutbud ska förbättras. Regeringen har dock uttalat att apoteken på den omreglerade marknaden ska stimuleras att utveckla tjänster och kundkoncept som leder till en bättre läkemedelsanvändning och ökad patientsäkerhet. Andra exempel kan vara försäljning av fria handelsvaror eller hälsorådgivning (Regeringens proposition 2008/09:145).
- *Låga läkemedelskostnader.* Statskontoret tolkar målet som en önskan om att skapa prispress på både receptbelagda och receptfria läkemedel samt skapa förutsättningar för offentlig kostnadskontroll. Apotekens egna distributionskostnader omfattas rimligen av denna målformulering.
- *Bibehållen kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen.* Målet är defensivt formulerat och förefaller handla om att det inte ska ske någon försämring av den redan befintliga kompetens- och säkerhetsnivån på läkemedelsförsörjningen.
- *Tillvarata apotekens bidrag till en förbättrad läkemedelsanvändning.* Statskontoret menar att målet är svårtolkat. Regeringen anger att apotekens roll i folkhälsoarbetet bör stärkas och att farmaceuternas kompetens bör tas tillvara bättre och nämner även att ett elektroniskt expeditionsstöd kan utvecklas.

2.2 DEN FYSISKA TILLGÄNGLIGHETEN TILL APOTEK HAR ÖKAT

2.2.1 Geografisk tillgänglighet – en del av den fysiska tillgängligheten

Distributionen av receptbelagda läkemedel till allmänheten sker genom apotek, apoteksombud och distanshandel. Vissa receptfria läkemedel distribueras dessutom via andra försäljningsställen.

Med fysisk tillgänglighet avses här att personer med behov av läkemedel och apotekens tjänster ska kunna nå dem på ett rimligt och bekvämt sätt. I begreppet ingår alltså geografisk tillgänglighet, öppettider, tillgänglighet till lokaler, telefontillgänglighet, väntetider och lagerhållning. Av metodskäl diskuterar vi dock geografisk tillgänglighet i ett separat avsnitt.

Flera komponenter i reformen kan förväntas påverka den fysiska tillgängligheten, huvudsakligen konkurrens, vinstintresse, ökad apoteksmarginal, ökade möjligheter att sälja annat än läkemedel och försäljning av vissa receptfria läkemedel utanför apotek.

Teoretiska förväntningar av omregleringen på geografisk tillgänglighet

Det finns en teoretisk litteratur om hur geografisk etablering bestäms på en marknad med privata vinstdrivande företag. Man kan dela upp frågan i två delar, dels hur många butiker som etableras på en lokal marknad, dels var dessa butiker etableras (Tirole 1988).

Andra tillgänglighetsaspekter, såsom öppettider och kötider, kan däremot analyseras med hjälp av teorier för hur kvalitet bestäms på en marknad och hur konkurrens påverkar kvalitet. Dessa aspekter diskuteras därför separat i nästa avsnitt.

Handelsmarginalen och befolkningstäthet styr antalet apotek

Per definition kommer ett vinstmaximerande företag att vilja etablera ytterligare butiker på en ort så länge ytterligare butiker ökar företagets vinst.

På en marknad med reglerade priser, som apoteksmarknaden, kommer ett vinstmaximerande monopolföretag att balansera den ökade försäljning som uppstår tack vare ett tätare nätverk av butiker mot den ökade kostnad som följer av fler butiker. Vid fri prissättning kommer monopolet att kunna höja priserna om butikerna är mer utspridda, eftersom värdet för konsumenterna ökar. Ett vinstmaximerande monopolföretag kan förväntas vara tämligen obenäget att öppna många butiker eftersom en stor del av den ökade försäljningen i en nyöppnad butik går till kunder som annars skulle ha valt en annan av monopolistens befintliga butiker. Nettoförsäljningen ökar endast om ett tätare butiksnät och kundernas minskade transportkostnader innebär att de blir mer benägna att handla på apotek. Eftersom läkemedel är relativt pris-okänsliga torde denna ökning dock vara liten. Monopolisten kommer därför inte fullt ut att beakta kundernas tidsvinster och det finns anledning att tro att en vinstmaximerande monopolist upprättar ett alltför gles butiksnätverk.

Apoteket AB var dock före reformen inte ett renodlat vinstdrivande företag. Företaget ägdes och ägs fortfarande av staten och hade före reformen även till uppgift att upprätthålla en god tillgänglighet till läkemedel för befolkningen, bland annat genom ett väl utbyggt butiksnät. I praktiken finns skäl att tro att Apoteket AB:s målfunktion inkluderade både en vikt vid tillgänglighet och en vikt vid vinsten. Detta bör i sin tur ha inneburit att tillgängligheten var bättre än vad som skulle ha varit fallet om man endast haft till uppgift att maximera sin vinst. Denna effekt var förmodligen särskilt stor i glesbygd.

På en konkurrensutsatt marknad ändras förutsättningarna. Ett företag som etablerar en ny butik kan räkna med en ökad nettoförsäljning, eftersom många av de kunder som kommer till den nya butiken annars skulle ha handlat hos



konkurrenterna. På en marknad med fåtalskonkurrens är det således förväntat att det öppnas betydligt fler butiker än på en marknad med ett vinstdrivande monopolföretag. Det finns till och med en risk att det etableras fler butiker än vad som är önskvärt. Orsaken är att det kan vara lönsamt att etablera butiker, trots att de inte minskar kundernas restider i någon väsentligt utsträckning, eftersom det innebär ett övertagande av kunder från konkurrenterna.

Hur många butiker som öppnas på en marknad beror framför allt på handelsmarginalens storlek och på hur stor befolkningen är. En högre marginal eller en större befolkning innebär att intäkterna av en ytterligare butik blir större. Man kan därför förvänta sig att orter med hög befolkningstäthet även får många apotek per kvadratkilometer, vilket i sin tur innebär en större geografisk tillgänglighet för invånare i tätbefolkade områden.

Man kan också förvänta sig färre apotek per invånare i tätbefolkade områden, på grund av att apoteken ligger närmare varandra i tätorter, vilket i sin tur kan öka konkurrensen. Konkurrensen mellan apoteken kan leda till lägre marginaler för de fria handelsvarorna och till en högre och dyrare servicenivå. Om konkurrensen däremot är svag eller till och med obefintlig bör man förvänta sig att antalet apotek är proportionellt mot antalet invånare.

Handelsmarginalen för läkemedel

Handelsmarginalen är den ersättning som apoteken får för att hantera läkemedel och varor som ingår i läkemedelsförmånen. Handelsmarginalen består av skillnaden mellan apotekets försäljningspris (AUP) och apotekens inköpspris (AIP) för läkemedel. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om inköps- och försäljningspris på läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna som säljs på apotek med stöd av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., och förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. TLVs uppgift är att genom handelsmarginalen se till att apoteken får en rimlig total ersättning för det uppdrag de har att tillhandahålla läkemedel och varor som skrivs på recept.

Dagens handelsmarginal ökar med inköpspriset. Det innebär att apoteken får en högre ersättning ju högre varans pris är, upp till ett tak. Ersättningen varierar beroende på varukategori; läkemedel, generiska och utbytbara läkemedel, läkemedelsnära förbrukningsartiklar eller stomiartiklar (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2012). För läkemedel med ett lågt pris utgör handelsmarginalen en stor andel av varans försäljningspris, för läkemedel med ett högt pris gäller det omvända.

Inför omregleringen av apoteksmarknaden bedömde TLV att handelsmarginalen behövde höjas för att skapa förutsättningar för att uppnå målen för den nya apoteksmarknaden. I november 2009 höjdes handelsmarginalen med 10 kronor per expedierad förpackning av generiska och utbytbara läkemedel.

Staten kan styra antalet apotek genom att anpassa handelsmarginalen. En högre handelsmarginal innebär ökade intäkter per kund, vilket stimulerar till att etablera nya apotek och förlänga öppettiderna för att konkurrera om kunderna med ökad tillgänglighet. Staten torde således kunna åstadkomma den tillgänglighet som önskas genom att anpassa handelsmarginalen.

Ett potentiellt problem är dock att handelsmarginalen idag är densamma oavsett befolkningsunderlag. Det innebär att om handelsmarginalen anpassas för att få en rimlig tillgänglighet i glesbygd så kan man tvingas acceptera en överetablering av apotek i tätbefolkade områden. Omvänt gäller att om handelsmarginalen anpassas för att få en rimlig tillgänglighet i tätort kan man tvingas acceptera bristande tillgänglighet till apotek i glesbygd. Regeringen har nyligen infört ett särskilt statsbidrag för apotek i glesbygd genom förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Inga bidrag har ännu blivit beviljade för 2013, som var det första året för vilket detta bidrag kunde sökas.

Apoteken vill ha attraktiva lägen, men avstånd till konkurrenter

Lokaliseringen av apotek drivs av två motstridande mål. Å ena sidan är det attraktivt för apotek att placera sig i lägen där det finns många kunder. Det innebär att exempelvis stadskärnor, köpcentra och närhet till vårdgivare är attraktiva platser för apotek. Å andra sidan har företagen ett intresse av att hålla ett avstånd till konkurrenternas apotek.

På marknader med huvudsakligen reglerade priser, som apoteksområdet, är intresset av att hålla avståndet till konkurrerande apotek försvagat. Fler apotek leder inte till lägre priser på receptbelagda läkemedel inom förmånen. Man kan alltså befara att konkurrens på en ort kan leda till fler apotek, men att dessa apotek etableras mycket nära varandra, i lägen med många kunder. Om så är fallet leder den ökade konkurrensen inte till påtagligt ökad tillgänglighet i form av kortare restider för konsumenterna.

Ökad närhet mellan apotek kan dock förväntas medföra ökad konkurrens i andra avseenden än priser. Apoteken kan till exempel tvingas erbjuda bättre öppettider, bättre lagerhållning och bättre rådgivning om det finns en närliggande konkurrent. Risker för att kostnaderna drivs upp av en intensivare servicekonkurrens ger företagen skäl att sprida ut apoteken även när det inte kan uppstå någon priskonkurrens.



Figur 2.1. Geografisk tillgänglighet till apotek mätt som körtid.

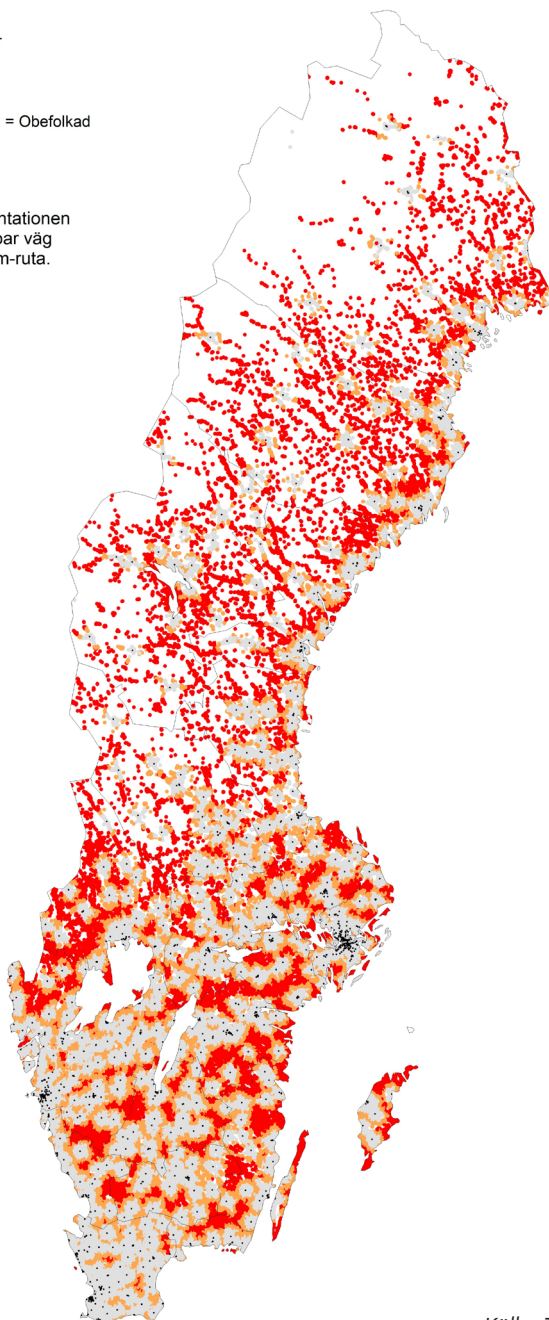
Tillgänglighet* till apotek 2013

- Mer än 20 minuter
- Mellan 10 och 20 minuter
- Mindre än 10 minuter

□ Länsgräns, vit yta = Obefolkad

· Apotek

*beskriver i den här presentationen kortaste avståndet via farbar väg med bil från befolkad 250m-ruta.



Källa: Tillväxtanalys

Effekter av omregleringen på den geografiska tillgängligheten

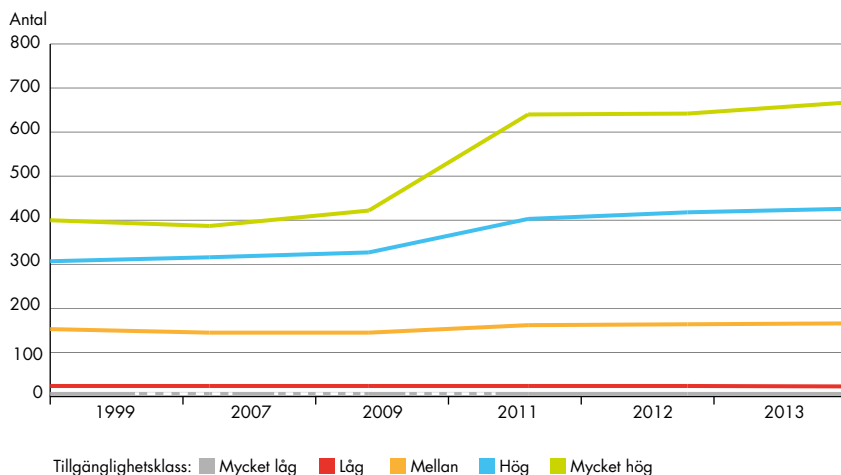
Antalet apotek har ökat med 40 procent

Sverige fick netto 368 nya apotek under de fyra första åren efter omregleringen. Ökningen motsvarar cirka 40 procent; som jämförelse ökade antalet apotek tidigare ungefär med en procent per år, det vill säga i takt med befolkningsökningen. Det finns dock stora skillnader mellan olika län. Stockholms län fick den största ökningen med nära 60 procent fler apotek. Jämtlands län fick den minsta ökningen med cirka fyra procent fler apotek. Nästan samtliga nya apotek (98 procent) har etablerats i tätorter. Ett trettio totalt nya apotek, alltså en tiondel av de nya apoteken, har etablerats på orter som inte hade något apotek före omregleringen. Ytterligare ett antal apotek har etablerats i köpcentra, gallerior och flygplatser som tidigare saknade apotek.

Kartan i figur 2.1 ger en bild av hur tillgången till apotek ser ut över landet. Det framgår att tillgängligheten är bättre där befolkningstätheten är högre.

Tillväxtanalys har definierat grad av närhet till tätort i form av geografiska tillgänglighetsklasser² och har på uppdrag av Vårdanalys analyserat hur ökningen av apotek har fördelats mellan dessa. Figur 2.2 visar att ökningen varit koncentrerad till de orter som har hög eller mycket hög närhet till tätort, medan antalet apotek är i det närmaste oförändrat i områden med låg eller mycket låg närhet till tätort.

Figur 2.2. Antal apotek efter grad av närhet till tätort 1999 till 2013.



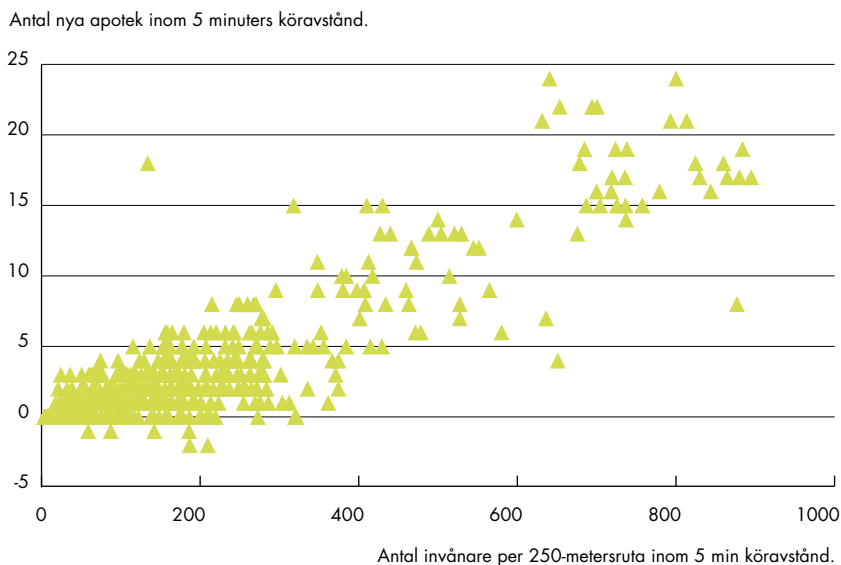
Källa: Tillväxtanalys. Vårdanalys bearbetning.

² Tillgänglighetsklass avser grad av närhet till olika stora tätorter. Modellen bygger på en indexering av tillgängligheten mellan 0-100, där noll beskriver områden inom tätort och 100 det maximala avståndet på farbara bilvägar. Syftet är att spegla befolkningens grad av tillgänglighet till ett möjligt serviceutbud (Tillväxtanalys 2010).

Ett relevant mått på tillgänglighet är andelen av befolkningen som når det närmaste apoteket inom tio minuter med bil. Det visar sig att denna andel på cirka 90 procent, är i det närmaste oförändrad sedan tiden innan omregleringen (Statskontoret 2013).

En fördjupad analys nyanserar dock bilden. Det visar sig att ökningen av antalet apotek per geografiskt område är proportionell mot områdets befolkningstäthet. Detta framgår av figur 2.3, som visar sambandet mellan storleken på den befolkning som bor inom fem minuters köravstånd från ett apotek och antalet apotek som har tillkommit inom samma område. Med andra ord är den procentuella ökningen ungefär lika stor oavsett befolkningstäthet. Däremot är det förstås så att det absoluta antalet apotek som tillkommit är större i ett område med stor befolkning.

Figur 2.3. Befolkningstäthet och nya apotek.



Källa: Tillväxtanalys. Författarnas bearbetning.

Ett annat sätt att illustrera sambandet mellan befolkningstäthet, apotekstäthet och förändringen i antalet apotek visas i figur 2.4. Varje grön punkt markerar ett apotek år 2009 och varje blå punkt markerar ett apotek år 2013. Längs den horisontella axeln mäts befolkningstäthet som antalet invånare per befolkad 250-metersruta, inom tjugo minuters köravstånd från det aktuella apoteket. På den vertikala axeln mäts logaritmen av antalet apotek, inom fem minuters

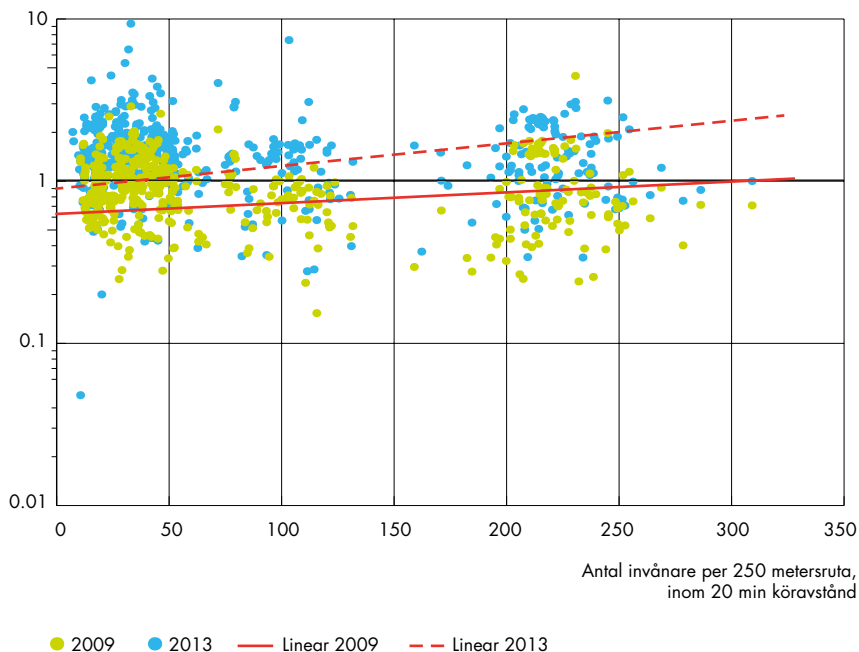
köravstånd från det aktuella apoteket, per 10 000 invånare. De två kurvorna visar en enkel statistisk modell för sambandet mellan befolkningstäthet och antal apotek för respektive år. Det förhållandet att kurvan i stort sett skiftat uppåt (snarare än vridits) visar åter att den procentuella ökningen är lika stor oavsett befolkningstäthet.

Tvårt emot den teoretiska förutsägelsen, men kanske i linje med den allmänna uppfattningen, framgår det av figuren framgår det av figuren att områden med tät befolkning, räknat per invånare, är mer välförsedda med apotek och att detta förhållande gäller såväl efter som före reformen.

Ett sätt att illustrera effekten av reformen är att säga att områden med måttlig regional befolkningstäthet – exempelvis Kalmar eller Skellefteå – efter reformen är lika välförsedda med apotek (per invånare) som Malmö eller Stockholm var före reformen.

Figur 2.4. Antal konkurrerande apotek per 10 000 invånare, inom 5 min körtid.

Antal konkurrerande apotek
per 10 000 invånare, inom 5 min körtid



Källa: Tillväxtanalys. Författarnas bearbetning.

Att tätbefolkade regioner ska vara mer välförsörjda med apotek också räknat per invånare är inte alls självklart. Teoretiska skäl talar tvärt om



för att man skulle kunna förvänta sig motsatsen. Orsaken är att ett större antal närbelägna apotek bör leda till hårdare konkurrens. Hårdare konkurrens minskar i sin tur lönsamheten och då måste apoteken ha en större försäljningsvolym för att täcka sina kostnader.

Eftersom apoteksmarginalen är reglerad kan inte konkurrensen, som på en vanlig marknad, direkt pressa ned försäljningspriser i förhållande till inköpspriser. När företag inte kan konkurrera med priserna väljer man normalt andra konkurrensmedel. För apotek kan det vara i form av längre öppettider, bättre lagerhållning, kortare kötider, bättre bemötande eller mer påkostade lokaler.

Vid en direkt jämförelse mellan försäljning och antal närliggande apotek finns ett svagt positivt samband. Emellertid tyder en statistisk analys på att försäljningen är högre i områden där befolkningstätheten är hög, medan det inte tycks finnas någon effekt på försäljningen av antal närliggande apotek. Även om dessa två möjliga förklaringsvariabler är högt korrelerade tyder resultatet på att apoteken inte i någon betydande grad konkurrerar med varandra om servicekvalitet.

När det gäller befolkningens uppfattning om fysiskt tillgänglighet till apotek visar Konsumentverkets (2008, 2011) och Statskontorets (2013) konsumentundersökningar att andelen konsumenter som ansåg att närheten var bra eller mycket bra ökade marginellt, från 91 till 94 procent mellan år 2008 och 2013. Resultat från Vårdanalys befolkningsundersökning visar att en majoritet av de svarande upplever att den geografiska tillgängligheten inte har förändrats. En dryg tredjedel av allmänheten i undersökningen anser att avståndet till närmaste apotek har blivit bättre eller mycket bättre sedan omregleringen. Ytterst få anser att utvecklingen av avståndet till närmaste apotek har försämrats sedan omregleringen.

Eftersom ökningen av antalet apotek nu har avstannat (Statskontoret 2013) kan man förmoda att det inte kommer att tillkomma fler apotek vid oförändrade villkor på apoteksmarknaden. Tvärtom finns det en viss risk för att antalet apotek kan komma att minska något i framtiden, eftersom tidigare överenskommelser mellan staten och de nya apoteksaktörerna om att inte lägga ned vissa överlätna apotek i glesbygd upphörde att gälla i mars 2013 (Statskontoret 2013) och eftersom antalet konkurrerande kedjor har minskat genom sammanslagningar.

Apoteksombuden har blivit färre

Apoteket AB har ett antal apoteksombud i glest befolkade delar av landet. Apoteksombuden får sälja vissa receptfria läkemedel, men agerar också som

mottagare av recept och lämnar ut paket med receptbelagda läkemedel efter att expediering har skett på ett apotek av en farmaceut. År 2009 fanns det ungefär lika många apoteksombud som apotek, men ombuden har sedan dess sjunkit i antal. Ombuden har inrättats på platser med ett visst befolkningsunderlag där avståndet till närmsta apotek eller ombud översteg fem kilometer. Staten har som ägare instruerat Apoteket AB att behålla ombud på orter där det behövs för läkemedelsförsörjningen fram till sommaren 2015. Däremot sker inte några nyetableringar.

Enligt Tillväxthanalys minskar antalet apoteksombud sedan lång tid tillbaka (2012a). Nedgången har möjligen ökat något efter omregleringen. Antalet ombud har sjunkit från cirka 840 år 2009 till cirka 700 år 2013 (Statskontoret 2013). Eftersom nedgången kan ha flera orsaker, till exempel minskat befolkningsunderlag och nedläggning av detaljhandel, är det osäkert om nedgången har påskyndats av omregleringen eller ej.

Läkemedelsverket utreder för närvarande på regeringens uppdrag (Regeringsbeslut S2013/2702/FS) vilken roll apoteksombuden bör ha i framtiden. Rapporten kommer att presenteras under våren 2014.

Distanshandel med läkemedel är begränsad

Apoteken har även möjlighet att sälja läkemedel via distanshandel, som kan ske via webbhandel eller telefon. Den farmaceutiska rådgivningen sker i sådana fall i skriftlig form eller per telefon (Statskontoret 2013).

Idag erbjuder Apoteket AB och apotea.se fullskalig webbaserad distanshandel på nationell nivå. Apoteket Hjärtat har tidigare uppgett att de kommer att starta likartad verksamhet inom några år (Statskontoret 2013). Det finns också andra aktörer som bedriver distanshandel med receptfria läkemedel.

Omfattningen av distanshandeln med läkemedel är fortfarande liten. Enligt Statskontorets konsumentundersökning 2013 uppgav endast två procent av konsumenterna att de någon gång under det senaste året hade handlat läkemedel på distans.

Ökad tillgänglighet till receptfria läkemedel

Omregleringen innebar också att vissa receptfria läkemedel fick börja säljas på andra platser än apotek. Denna del av reformen har ökat tillgängligheten till vissa receptfria läkemedel. Enligt Läkemedelsverket fanns det 5 622 sådana försäljningsställen i januari 2014. Endast drygt fyra procent av dessa försäljningsställen har dock etablerats i områden med låg tillgänglighet till tätorter (Statskontoret 2013).

Vissa bensinmackor och jourbutiker som har fått möjligheten att sälja



dessa läkemedel har generösa öppettider, vilket påverkar tillgängligheten positivt. Sortimentet av läkemedel är mycket begränsat och de fem mest sålda artiklarna står för ungefär halva omsättningen (Statskontoret 2013).

De alternativa försäljningsställes andel av marknaden för receptfria läkemedel har ökat över tid och var 2013 uppe i knappa 20 procent. Ungefär en tredjedel av konsumenterna handlar läkemedel på dessa ställen minst en gång per år (Statskontoret 2013).

Handelsmarginalen bör differentieras

Sammanfattningsvis visar tillgängliga studier att antalet apotek ökat med ungefär 40 procent sedan omregleringen. Den geografiska närheten till apotek för befolkningen har ökat efter omregleringen. Cirka 430 000 fler invånare än innan omregleringen har mindre än fem minuters körtid till närmaste apotek enligt uppgifter från Tillväxtanalys. Men den förbättrade geografiska tillgängligheten har varit relativt marginell. Däremot har omregleringen inneburit att många har fått fler apotek att välja på inom ungefär samma avstånd. Antalet apoteksombud har minskat, det är däremot oklart huruvida minskningen är orsakad av omregleringen eller har andra förklaringar.

Effekterna av privatiseringar och konkurrens beror till stor del på hur ersättningssystem och kompletterande regler utformas. Det kan finnas skäl att överväga en mer sofistikerad modell för att bestämma apotekens ersättning än dagens handelsmarginal. Ersättningen till ett apotek bör betingas på apotekets effekt på den geografiska tillgängligheten. En sådan modell skulle kunna ge högre ersättning för expedieringar i glesbygd än i tätort och lägre ersättning i tätorter, om det finns närliggande apotek. En dylik modell skulle sänka samhällets kostnader för tillgängligheten till apotek.

En geografisk differentiering kräver dock att handelsmarginalens konstruktion ändras i grunden. I dag är handelsmarginalen skillnaden mellan apotekens försäljningspriser (AUP) och inköpspriser (AIP). Eftersom AUP och AIP även i fortsättningen ska vara desamma i hela landet kräver en geografisk differentiering av ersättningen till apotek att handelsmarginalen frikopplas från dessa. Under förutsättning att landstingens kostnadsansvar baseras på AUP innebär en differentierad handelsmarginal att staten måste "beskatta" apotek i tätort och "subventionera" apotek i glesbygd.

Det finns även anledning till att differentiera handelsmarginalen inom orter beroende på närhet till andra apotek. Apotek som har etablerats nära andra apotek bör få en lägre ersättning eftersom de inte bidrar till tillgängligheten. Detta motsvarar att butiker på andra marknader måste ta ut lägre priser om det finns närliggande konkurrenter.

Att handelsmarginalen bör betraktas som ett redskap för att styra tillgänglighet snarare än lönsamhet utvecklas närmare nedan.

Den geografiska tillgängligheten för vissa storsäljande receptfria läkemedel har ökat efter omregleringen. Effekter av detta ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv är svåra att utvärdera i nuläget.

Distanshandel borde kunna vara ett bra alternativ för distribution av läkemedel. Det borde finnas fördelar för många konsumenter, framför allt i form av bekvämlighet, särskilt för individer som bor långt i från närmaste fysiska apotek. Distanshandeln erbjuder också fördelar för individer som av integritetsskäl upplever det fysiska apoteksbesöket som besvärligt. Framför allt bör distanshandel med läkemedel kunna vara ett mer kostnadseffektivt sätt för apoteken att distribuera läkemedel till kunderna. Möjliga orsaker till att distanshandeln fortsätter att ligga på en låg nivå är att internetanvändningen varierar i befolkningen, att e-legitimation krävs och att många fortfarande föredrar en personlig kontakt på apoteket. En annan möjlig orsak har dock att göra med att läkemedelspriserna är reglerade, vilket innebär att den kostnadsminsning som uppstår till följd av distanshandeln inte får föras vidare till kunderna i form av lägre priser på receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen. Detta gör att apoteken har svårt att locka kunderna till denna lösning. Man kan exempelvis notera att annan distanshandel, till exempel en nätbaserad bokhandel, tar ut betydligt lägre priser än de fysiska butikerna. Den reglerade marginalen förhindrar alltså möjligen övergången till en kostnadseffektivare distributionsform. En möjlig lösning vore att tillåta apotek att ansöka om en sänkt handelsmarginal och försäljningspris i distanshandel.

2.2.2 Öppettider, lagerhållning och andra aspekter på fysisk tillgänglighet

Apoteken kan konkurrera med öppettider och lagerhållning

Apotekens val av öppettider, lagerhållning och vissa andra aspekter av fysisk tillgänglighet liknar varandra. Samtidigt skiljer sig analysen från den av geografisk tillgänglighet. En huvudslutsats är att ökad konkurrens kan ha en positiv direkt effekt på öppettider och lagerhållning, exempelvis går kunderna vidare till nästa apotek om öppettiderna är för korta. När apoteken blir fler och konkurrensen ökar kan det också påverka öppettider och lagerhållning negativt eftersom kostnaden för exempelvis långa öppettider per kund är lägre om man har många kunder (Tirole 1988).

Vi illustrerar här mekanismerna genom att analysera apotekens val av



lager. En viktig utgångspunkt är företagens osäkerhet på efterfrågans storlek. Annars vore det enkelt för företagen att köpa in det antal produkter som man vet att man kommer att sälja.

När företagen är osäkra på efterfrågans storlek tvingas de till en avvägning mellan två typer av kostnader. Om man köper in fler enheter än det visar sig att man kan sälja får man bära onödiga kostnader för lager och kassation. Om man istället köper in för få enheter går man miste om försäljningsmarginalen och riskerar också att kunderna inte kommer tillbaka. Företagen måste med andra ord välja ett lager som balanserar nackdelen av "onödiga" lagerkostnader mot risken för förlorad försäljning.

Omsättning påverkar lagerhållningen

Såväl omsättningen som varornas kostnader i förhållande till försäljningspris spelar stor roll för storleken på det optimala lagret.

Ett vinstmaximerande monopolföretag kommer att hålla ett större lager ju större den förväntade efterfrågan eller omsättningen är. Det betyder att sannolikheten för att en konsument ska få sitt läkemedel är större ju fler kunder det finns per apotek. Även varans vinstmarginal har betydelse. En vara med hög marginal kommer att tillhandahållas även på en liten marknad, där risken att varan kommer att ligga i lagret länge eller inte alls bli såld är relativt hög. Handelsmarginalen är konstruerad så att den procentuella bruttomarginalen minskar kraftigt med varans pris. Visserligen finns det vissa försäljningskostnader som i stort sett är oberoende av pris, såsom tid i kassan, men effekten är ändå att nettovinstmarginalen är liten för dyra produkter.

Slutsatsen är att man kan förvänta sig en stordriftsfördel i lagerhållning av läkemedel. Risken för att ett privat företag inte håller ett läkemedel i lager är större på små orter och för varor som är kostsamma i förhållande till försäljningspris.

Kundernas agerande påverkar apotekens lagerhållning

Om de kunder som inte hittar varan på sitt apotek är obenägna att gå vidare till andra apotek, innebär en ökad "konkurrens" att företagen kan uppträda som monopolister på varsin marknad. Givet att konkurrensen leder till fler apotek innebär den minskade försäljningen per apotek att färre läkemedel kommer att lagras. Således leder nyetablering till att marknaden fragmenteras, stordriftsfördelar i lagerhållningen går förlorade och kunderna får sämre tillgång till läkemedel. Om kunderna däremot är benägna att gå vidare till konkurrenten, om de inte hittar läkemedlet på sitt apotek, blir analysen en annan. Då uppstår faktisk konkurrens och det tillkommer strategiska aspekter på lagerhållningen.

Ett monopolföretag har svaga incitament att hålla lager, eftersom kunderna inte kan gå någon annanstans. Med konkurrens får apoteken ett starkare intresse att hålla lager. Apoteken riskerar annars att konsumenten hittar varan hos en konkurrent. Faktum är att man kan förvänta sig att konkurrensen i tillgänglighet och service kan bli särskilt stor eftersom apoteken inte kan konkurrera med sortiment eller priser. Det förekommer till och med att privata producenter försöker styra sina leverantörers priser och undertrycka priskonkurrens dem emellan i syfte att förmå leverantörerna att upprätthålla god service. En dylik strategi är framför allt lönsam om det är svårt för producenten och leverantörerna att reglera servicenivån genom avtal, till följd av informationsbrister.

Slutligen vill vi åter erinra om att Apoteket AB åtminstone före reformen inte var ett rent vinstdrivande företag, utan att man även hade ett samhällsansvar. Det finns därför anledning att tro att Apoteket AB före reformen valde att hålla ett större lager än vad ett vinstmaximerande företag skulle ha gjort.

Konkurrensutsättning påverkar lagerhållningen på flera sätt

Slutsatsen av analysen ovan är att sambanden mellan marknadsform och lagerhållning är komplicerade. Konkurrens kan leda till bättre eller sämre lagerhållning för konsumenterna beroende på omständigheterna. För att studera effekten av konkurrens på lagerhållning är det flera faktorer som måste inkluderas. Analysen här ovan visar på några av dessa faktorer:

- Marknadens storlek, det vill säga antalet invånare på orten per apotek och sannolikheten för att dessa behöver ett visst läkemedel.
- Kostnaderna för att lagervaror i relation till handelsmarginalen.
- Kundernas benägenhet att gå vidare till ett konkurrerande apotek snarare än att be apoteket att beställa hem läkemedlet till ett senare tillfälle. Detta torde bero både på hur angeläget behovet är och hur nära det konkurrerande apoteket ligger, men även kundernas benägenhet att mer permanent byta apotek som en konsekvens av dålig lagerhållning.
- Företagets målfunktion, det vill säga om det är ett rent vinstmaximerande företag eller om det har ett bredare samhällsintresse.

Det är sannolikt att omregleringen har olika effekter på lagerhållning i glesbygd och i städer, beroende på såväl apotekets omsättning som närhet till ett konkurrerande apotek. Det är även sannolikt att omregleringen har olika effekter på lagerhållningen av olika varor beroende på hur frekvent varorna efterfrågas, kostnaderna för lagerhållningen i relation till handelsmarginalen samt hur angelägna kunderna är att få tag på läkemedlet snabbt.



Effekter av omregleringen på fysisk tillgänglighet till apotek och läkemedel

Apotekens öppettider har ökat

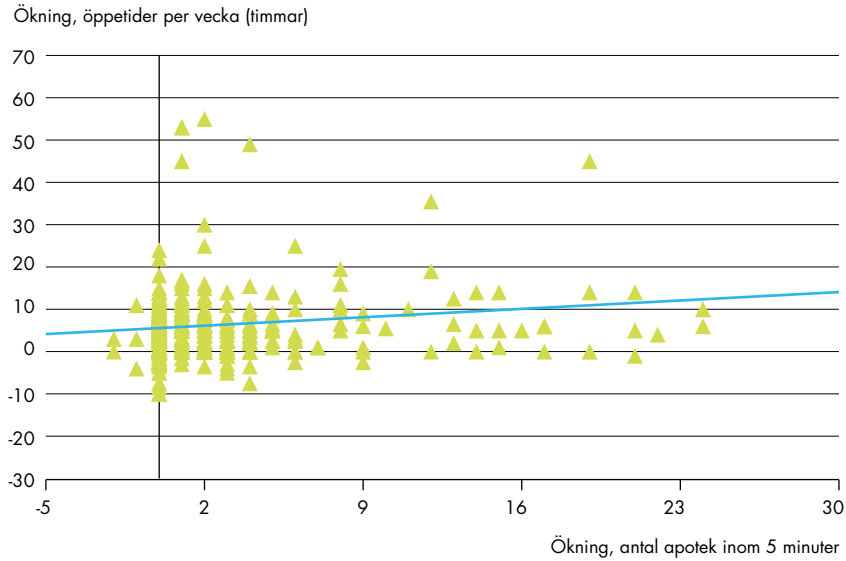
Enligt Statskontorets (2013) rapport har apotekens genomsnittliga öppettider ökat efter omregleringen, från ett genomsnitt på cirka 46 timmar per vecka år 2008 till 52 timmar år 2012. Antalet söndagsöppna apotek har nära tredubblats sedan omregleringen. Även Apoteket AB har genomfört en likartad förändring avseende öppettider. Ökningen av öppettiderna bedöms nu ha avstannat.

Det råder dock stora skillnader i öppettider mellan apoteken i olika län. I Stockholm är den genomsnittliga öppettiden nära 60 timmar per vecka, medan den i Jämtland är drygt 40 timmar (Statskontoret 2013).

Det har hittills saknats en kartläggning av orsakssambanden och en analys av hur bestämningsfaktorer som konkurrens och befolkningstäthet bestämmer öppettiderna. En aspekt som bör beaktas är att det sannolikt redan före apoteksmarknadsreformen förelåg ett samband mellan läge, försäljning och öppettider. Man kan till exempel tänka sig att centralt belägna apotek säljer mer, ligger närmare ett större antal andra apotek och har längre öppettider.

Figur 2.5 visar sambandet mellan ökningen i antalet närbelägna apotek och ökningen i öppettider. Apotekens öppettider har ökat generellt, vilket också tidigare undersökningar har påvisat. Ökningen har varit störst där det finns andra apotek. När antalet apotek inom fem minuters köravstånd har ökat med 20 har öppettiderna ökat med i genomsnitt tio timmar per vecka; när antalet närbelägna apotek inte har ökat stannar den genomsnittliga ökningen i öppettider vid cirka fyra timmar per vecka.

Figur 2.5. Förändring i öppettider (timmar) och förändring i lokal konkurrens (ökning i antal apotek inom 5 minuter).

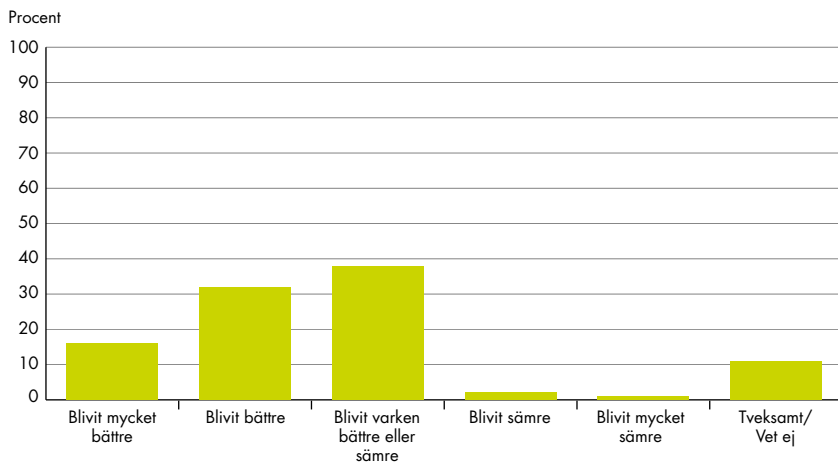


Källa: Tillväxtnanalys och Apoteksinfo.se. Författarnas bearbetning.

En regressionsanalys tyder emellertid på att det faktiskt inte i första hand är den lokala konkurrensen som har drivit fram de ökade öppettiderna. Analysen visar att apotekens öppettider generellt har ökat, i genomsnitt med cirka fem timmar. Analysen visar också att ökningen i öppettider varit särskilt stor i befolkningstäta områden. Sambandet i figuren ovan är med andra ord drivet av samvariationen mellan befolkningstäthet och ökat antal apotek. Analysen tyder därmed på att apoteken inte i någon betydande utsträckning konkurrerar med öppettider. Korrelationen är hög mellan antal apotek per yta, befolkningstäthet och ökningen i antal apotek per yta och det försvårar analysen av orsakssambanden. Slutsatsen att ökningen av öppettider inte primärt drivs av ökningen av antalet apotek framstår dock som relativt robust.

Enligt Vårdanalys enkätundersökning upplever nära hälften av de svarande att öppettiderna på apotek har förbättrats efter omregleringen. Endast tre procent uppgav att öppettiderna har försämrats (figur 2.6).

Figur 2.6. "Hur anser du att följande områden förändrats efter apoteksomregleringen – Apotekens öppettider (tider och dagar)?" Andel respondenter i befolkningsundersökningen per svarsalternativ.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. Antal svarande var 4 102.

Svårt att mäta tillhandahållande av receptbelagda läkemedel

Tillhandahållandet har tidigare diskuterats av Statskontoret (2013) och Läkemedels- och apoteksutredningen (SOU 2012:75). Det finns inga formella krav på att receptbelagda läkemedel ska expedieras vid det första apoteksbesöket, det vill säga direktexpediering. Däremot stadgar förordningen (2009:659) om handel med läkemedel att läkemedel ska tillhandahållas inom 24 timmar om inte beaktansvärda skäl finns. Exempelvis gäller det om ett läkemedel är restnoterat hos partihandel, om det är lång transportsträcka mellan partihandel och apotek eller om kunden besöker apoteket sent på dagen. Dessa regler kodifierar de regler som Apoteket AB innan omregleringen hade som praxis.

Frågan om hur snabbt konsumenterna får sina läkemedel har i tidigare utredningar brutits ned i tre delar: (i) hur stor andel av läkemedlen som direktexpedieras, alltså vid första besöket, (ii) hur stor andel av läkemedlen som expedieras inom 24 timmar, samt (iii) hur vanligt det är att personalen hänvisar konsumenterna till andra apotek om de inte själva kan tillhandahålla läkemedlet.

Statskontoret har undersökt möjligheterna att utvärdera efterlevnaden av 24-timmarsregeln. Deras slutsats är att det saknas sammanhållen statistik som tillåter en sådan utvärdering. I dag ska exempelvis endast allvarliga avvikelser från 24-timmarsregeln rapporteras till Läkemedelsverket och

så sent som våren 2013 hade inget sådant fall ännu rapporterats (Statskontoret 2013). Den stora utmaningen ligger i att utvärdera i vilken utsträckning kunderna väljer att söka läkemedlet vid ett annat apotek, eftersom det inte finns någon statistik som registrerar detta. Analysen kompliceras också av att det saknas statistik såväl innan som efter omregleringen vilket gör det svårt att utvärdera vilka eventuella effekter som har orsakats av omregleringen. Eftersom statistik avseende detta saknas har andra former av undersökningar av hur konsumenterna uppfattar reformens effekter i detta avseende genomförts.

Direktexpediering och 24-timmarsregeln

Statskontoret (2013) har frågat personalens och konsumenterna om deras uppfattningar om hur snabbt apoteken kan tillhandahålla läkemedel och hur 24-timmarsregeln efterlevs. Av personalen menar ungefär 90 procent att man har goda förutsättningar att tillhandahålla efterfrågade läkemedel omedelbart, vid första besöket på apoteket. Samtidigt menar cirka 40 procent att förutsättningarna för att uppfylla 24-timmarsregeln är dåliga. Enligt personalen håller apoteken alltför små lager av dyra, ovanliga och kylförvarade läkemedel. Av konsumenterna angav 71 procent att deras läkemedel vanligtvis fanns på det valda apoteket, jämfört med 76 procent 2008, vilket är en signifikant lägre andel och vilket också tyder på en viss försämring av det direkta tillhandahållandet av förordnade läkemedel.

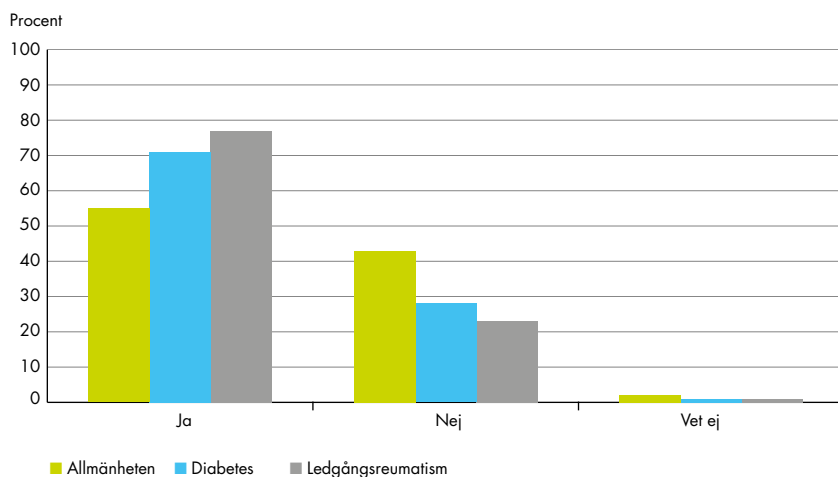
Drygt 60 procent av apotekspersonalen menar att förutsättningarna både för att tillhandahålla läkemedel omedelbart och inom 24 timmar har försämrats efter omregleringen. De två viktigaste orsakerna var att läkemedlen i dag i högre utsträckning är restnoterade och att reglerna kring periodens vara innebär att lagren av berörda läkemedel hålls på låg nivå. De två vanligaste orsakerna till de sämre förutsättningarna att uppfylla 24-timmarsregeln var att "stoptider" för apotekens beställningar till distributörernas leveranser nästkommande dag ofta ligger tidigt på dagen, vilket gör att det i praktiken dröjer mer än 24 timmar från kundens efterfrågan innan apoteket kan tillhandahålla läkemedlet. Att restnoteringar har blivit allt vanligare efter omregleringen har också förts fram som en möjlig förklaring. Antalet restnoteringar har nyligen utvärderats av Läkemedelsverket (2013), som menar att det saknas heltäckande data som skulle göra det möjligt att avgöra hur stor omfattningen är av restnoteringar i Sverige och huruvida dessa har ökat. Utredningens slutsats är dock att omfattningen av restnoteringar inte är akut eller kraftigt ökande. Pålitlig statistik inom EU saknas också, men det finns många indikationer på en ökad frekvens av restsituationer även på global och EU-nivå.



Enligt en undersökning av Sveriges Apoteksförening 2011 kunde cirka 95 procent av alla läkemedel expedieras direkt. Enligt uppgifter från Apoteket AB var nivån likartad före reformen. Läkemedels- och apoteksutredningen drog därför slutsatsen att tillgänglig statistik tyder på att förändringarna är små (SOU 2012:75). Samtidigt redovisar man att många patienter och en stor del av personalen anser att förutsättningarna för direktexpediering har försämrats (Statskontoret 2013). Utredningen identifierar ett antal möjliga orsaker till en eventuell försämring, bland annat att mindre apotek väljer att hålla mindre lager samt att returrätten överlag är sämre idag än tidigare. Det är också viktigt att andelen direktexpedition som mäts i ovanstående inte inkluderar den andel kunder som lämnar apoteket i oförättat ärende, det vill säga de som varken köpt eller beställt sitt läkemedel. Direktexpedieringsgraden som redovisas är därför troligtvis väsentligt högre än den verkliga direktexpedieringsgraden.

Befolkningsundersökningen som Vårdanalys genomfört visar att över hälften av de svarande under det senaste året varit med om att deras receptbelagda läkemedel inte fanns i lager på det första apotek de besökte (figur 2.7). Denna andel är ännu högre för patientgrupperna med diabetes och ledgångsreumatism, där över sju av tio någon gång under det senaste året har upplevt att deras receptbelagda läkemedel inte fanns i lager.

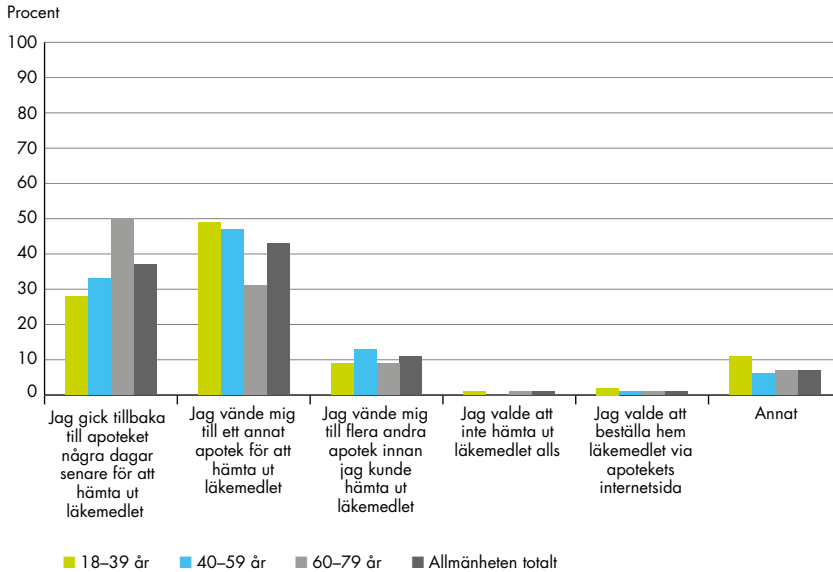
Figur 2.7. "Har det under det senaste året någon gång hänt att det läkemedel du fått på recept inte funnits på det första apotek du besökt?" Andel av respondenterna i befolknings- och patientgruppsundersökningen som svarat ja, nej eller vet ej.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. Antal svarande var 3 165 i befolkningsundersökningen och 149 svarande med diabetes, 138 svarande med ledgångsreumatism.

Av de som det senaste året någon gång upplevt att deras läkemedel inte funnits i lager uppgav 43 procent att de valde att vända sig till ett annat apotek. En nästan lika stor andel, 37 procent, valde att återkomma till samma apotek vid ett senare tillfälle, medan ungefär en tiondel vände sig till flera olika apotek innan de kunde hämta ut sitt förskrivna läkemedel (figur 2.8).

Figur 2.8. "Vad gjorde du när ditt förskrivna läkemedel inte fanns när du besökte apoteket?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen, per svarsalternativ och åldersgrupp.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. Antal svarande var 1765.

Kunder ska hänvisas till andra apotek när läkemedlet inte finns i lager

Under monopoltiden hade alla apotek tillgång till varandras lagersaldo via ett internt datanät. Efter omregleringen har apoteken endast tillgång till sådana uppgifter för andra apotek inom samma kedja.

Enligt den praxis (Standard för god apotekssed) som utarbetats av Apotekar-societeten och Sveriges Apoteksförening (2011) ska personalen ta kontakt med annat apotek, oavsett apotekskedja, om ett efterfrågat läkemedel inte finns i lager och om patienten är i stort behov av detta.

I en enkätundersökning har Statskontoret (2013) frågat apotekspersonal och kunder om hur vanligt det är att personalen kontaktar andra apotek ifall

ett läkemedel inte finns i det egna lagret. Ungefär 40 procent av personalen anger att de i samtliga eller nästan samtliga fall gör det. Av kunderna menar ungefär hälften att personalen alltid eller vanligtvis kontaktar andra apotek för att ta reda på om ett läkemedel finns på ett annat apotek. Den andra halvan av kunderna uppger att det endast sker vid enstaka tillfällen eller aldrig. Data förefaller saknas från tiden innan reformen. Statskontoret befarar dock ändå att förutsättningarna för hänvisningar till andra apotek, i de fall läkemedlet inte finns i lager, har försämrats.

När ett läkemedel inte finns i lager kan det vara av olika allvarligt beroende på en rad faktorer. I Vårdanalys befolkningsundersökning tillfrågades de personer som det senaste året varit med om att deras förskrivna läkemedel inte funnits i lager om konsekvenserna av detta för deras läkemedelsbehandling. För de flesta fick det ingen konsekvens, antingen för att de hade läkemedel hemma eller för att de kunde vända sig till ett annat apotek som hade läkemedlet hemma. En mindre grupp angav dock att de fick påbörja sin läkemedelsbehandling sendare än de hade planerat eller fick ett avbrott i sin läkemedelsbehandling. Sådana konsekvenser kan förstås vara allvarliga och bör följas noga.

Skillnader mellan apotekskedjorna i generikautbyte

Den ökade konkurrensen i kombination med att apoteken kan förväntas lägga större vikt vid vinstmaximering efter reformen kan tänkas påverka benägenheten att genomföra generisk substitution. Därtill bör benägenheten att genomföra substitution ha påverkats av den regelskärpning som trädde i kraft hösten 2009 i samband med omregleringen av apoteksmarknaden. Skärpningen innebar att utbyte ska ske till det billigaste generika på marknaden per månad och inte som tidigare till det billigaste på det enskilda apoteket.

Vid ett antal tillfällen behöver generiskt utbyte inte genomföras. För det första om läkaren genom ett kryss markerat att substitution inte får ske, ett så kallat läkarkryss. För det andra om kunden förklarar sig villig att betala mellanskillnaden mellan priset för det förskrivna alternativet och det billigaste ekvivalenta alternativet. För det tredje om farmaceuten bedömer att det medför betydande problem för patienten om utbyte genomförs, ett så kallat apotekskryss. Vid det första och tredje alternativet uppstår ingen merkostnad för kunden.

En analys har genomförts inom ramen för denna rapport som visar att andelen läkarkryss varit i det närmaste oförändrad, medan andelen apotekskryss åttafaldigats och andelen tillfällen då patienten väljer att betala

”

Jag har en reumatisk sjukdom sedan 1986 plus att jag har problem med astma och återkommande lunginflammationer, vilket innebär att jag behöver åtta mediciner regelbundet och ett par tre till då och då. Medan vi hade det statliga apoteket hände det ibland att alla sorter inte fanns, men det var mer ett undantag. I dag är det en lyckträff om jag går in på ett apotek och lyckas få ut alla mediciner.

Det är ingen skillnad vilket apotek jag går på – det är som att de är livrädda att ligga på lager. Ännu värre är det när vi är på vårt sommarhus, då har vi 2,5 mil till apoteket. Då är det inte så kul om de säger att läkemedlen inte finns inne. Man är arg varenda gång man går ut från apoteket. Är apoteket till för att man ska kunna köpa hudkrämer och parfymer när som helst på dygnet? Det är som att receptbelagda mediciner har kommit i andra hand.

Kvinna, 64 år, tätort³

³ Denna berättelse är en personlig erfarenhet av apoteksomregleringen. Syftet med intervjun är endast illustrativt och kan inte utan vidare generaliseras.

mellanskillnaden ungefär fördubblats efter omregleringen. Ökningen förefaller inte i någon större utsträckning kunna förklaras av de hårdare reglerna för generiskt utbyte, eftersom andelen apotekskryss bara ökade måttligt mellan september 2009 och december 2009.

Än mer anmärkningsvärd är den stora skillnaden som har uppstått mellan apotekskedjorna. Vissa kedjor har en i princip oförändrad andel apotekskryss, medan den för andra kedjor ökat med 30–40 gånger. Med hänsyn till företagssekretess kan uppgifter för enskilda apotek inte publiceras här. Skillnaderna kan inte förklaras med att det redan före reformen förelåg skillnader mellan de olika grupperingarna av apotek. Tvärt om framstår det som uppenbart att apotekskedjorna väljer att bete sig på olika sätt. Vissa kedjor förefaller respektera principen att utbyte ska ske, medan andra sätter kundernas (och kanske sina egna) intressen före de regler som har ställts upp.

En närmare analys visar också att det inom kedjor med hög benägenhet att använda apotekskryss finns ett tydligt samband mellan lokal konkurrens och apotekskryss. När den lokala konkurrensen (mätt som antal apotek inom fem minuters köravstånd) är hård så halveras på ett ungefär andelen apotekskryss, jämfört med hur det ser ut när den lokala konkurrensen är svag. Skillnaden kan inte förklaras med den ökade försäljningen, även om det finns en tendens att ökad försäljningsvolym resulterar i en lägre andel apotekskryss. Två möjliga förklaringar är att apoteken tvingas hålla större lager när konkurrensen är hård respektive att apoteken blir mer benägna att hänvisa kunderna till andra apotek – eventuellt apotek inom den egna kedjan – när det finns fler apotek i närheten. I sammanhanget kan nämnas att andelen patientkryss också tenderar att minska en aning när försäljningen ökar.

Lagerhållning behöver studeras ytterligare

Det finns anledning att förvänta sig att konkurrens kan påverka lagerhållningen olika, beroende på såväl ort som typ av läkemedel.

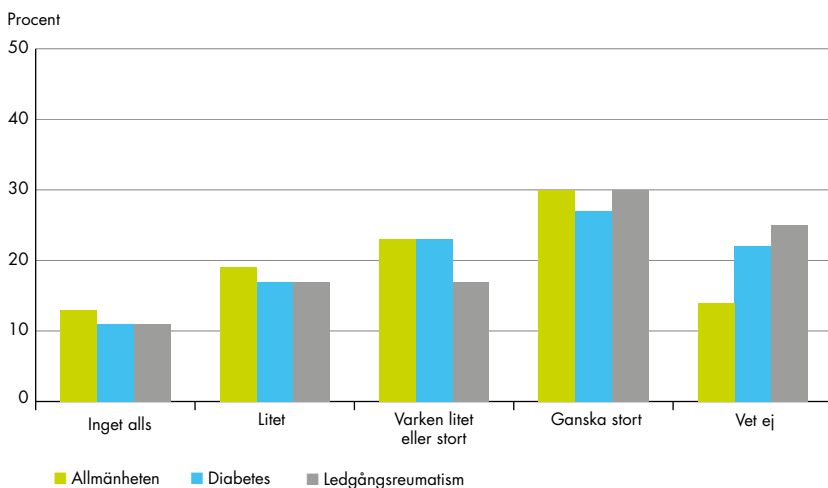
Befintliga utvärderingar är företrädesvis gjorda på aggregerad nivå. De indikerar att lagerhållningen överlag varit god såväl före som efter reformen och att effekterna av omregleringen är mycket små. Det är dock fullt möjligt att dessa aggregerade resultat döljer motverkande effekter i olika delar av landet och för olika typer av läkemedel, vilket skulle kunna förklara kundernas och apotekspersonalens mer negativa erfarenheter av lagerhållningen efter apoteksomregleringen. Tidigare genomförda utvärderingar har endast fokuserat på i vilken utsträckning faktiskt genomförda expedieringar inte har kunnat ske inom 24 timmar. Med andra ord beaktas inte de fall där patienten väljer att gå till annat apotek eller avstår från läkemedlet, vilket

enligt Vårdanalys befolkningsundersökning tycks ske i stor utsträckning.

Intervjuer med personal och kunder indikerar också att reformen försämrat lagerhållningen, särskilt för läkemedel som är dyra, ovanliga eller som måste förvaras kallt (Statskontoret 2013).

I Vårdanalys befolkningsundersökning angav en stor andel att de hade ett stort eller mycket stort behov av att i förväg veta om det receptbelagda läkemedlet finns i lager på ett visst apotek (figur 2.9). Det ska påpekas att sådana möjligheter finns redan idag finns via olika webblösningar. Vårdanalys befolkningsundersökning visar dock att få, färre än två av tio av de svarande, kände till var de kunde hitta den informationen.

Figur 2.9. "Hur stort behov har du av att i förväg veta om ditt receptbelagda läkemedel finns vid ett visst apotek?" Andel av respondenterna i befolknings- och patientgruppsundersökningen, per svarsalternativ.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. Antal svarande var 3 165 i befolkningsundersökningen, 149 svarande med diabetes och 138 svarande med ledgångsreumatism.

Vår slutsats är att frågan om reformens effekter på lagerhållning alltså inte kan anses vara utredda. Dels finns det anledning att fördjupa de mer statistiskt orienterade studierna, genom att särskilja orter, läkemedel och företag samt, om möjligt, belysa i vilken utsträckning kunder lämnar apoteket utan att köpa eller beställa efterfrågat receptbelagt läkemedel. Dels finns det anledning att undersöka varför de statistiska studierna och intervjustudierna delvis tycks motsäga varandra.



Initiativ till informationssamarbete för att förbättra tillgängligheten

Ett utbyte av information om lagerhållning mellan kedjorna skulle kunna öka kundernas möjligheter att snabbt få tag på önskade läkemedel. Det förekommer olika idéer om att införa ett informationssamarbete för att möjliggöra detta. Läkemedels- och apoteksutredningen föreslog att Apotekens Service AB (nuvarande eHälsomyndigheten) skulle tillhandahålla ett sådant system (SOU 2012:75). Läkemedelsindustriföreningen (LIF) och Sveriges Apoteks-förening har dock tagit initiativ till att utveckla ett eget system (Wallér och Ehrenberg 2013).

Ett informationssamarbete bör ha en direkt positiv effekt på kundernas möjlighet att snabbt få tag på de mediciner de söker. Ett samarbete kan även ha mer komplicerade indirekta effekter på konkurrensen. Ett informations-samarbete kan innebära en ökad konkurrens mellan kedjorna avseende lager-hållning, eftersom ett informationsutbyte mellan apoteken ökar risken för att kunden går vidare till konkurrenten istället för att komma tillbaka.

Ett informationssamarbete kan dock under vissa förhållanden leda till att konkurrensen minskar, eftersom ökad information kan öka möjligheterna för företag att samarbeta i stället för att konkurrera. Lagerhållning är kostsamt vilket innebär att det kan finnas ett intresse hos företagen att, uttalat eller outtalat, komma överens om att hålla små lager. Sådana överenskommelser hindras dock av företagets incitament att i hemlighet bryta mot överens-kommelsen och hålla ett större lager för att locka till sig kunder från konkurrenterna. En förutsättning för att kunna göra dylika överens-kommelser är därför att företagen kan övervaka att konkurrenterna håller sin del av överenskommelsen. Denna övervakning torde vara kostsam, vilken kan innebära att företagen saknar förutsättningar för att komma överens om låga lagernivåer.

Om företagen däremot enkelt kan övervaka varandras lagerhållning kan förutsättningarna för ett uttalat eller outtalat konkurrensbegränsande samarbete öka. Av denna anledning kan informationssamarbeten strida mot konkurrenslagstiftningen. Enligt rådande praxis är konkurrens-myndigheterna (Konkurrensverket och dess utländska motsvarigheter) särskilt skeptiska mot samarbeten som tillåter företagen att observera exempelvis försäljning eller, som i det här fallet, lagerhållning på en mycket disaggregerad nivå.

För att minimera risken att konkurrensen skadas finns det anledning att utforma ett eventuellt informationsamarbete på ett minimalistiskt sätt. Bland annat bör man överväga att endast tillåta inblick i konkurrerande apoteks lager i de fall det kan verifieras att en kund med ett giltigt recept

efterfrågar en vara och endast i situationer då läkemedlet inte finns i lager på apoteket. Vidare bör man överväga att endast tillåta information om lagerhållningen på närliggande apotek eller om möjligt endast för de apotek som kunden önskar.

Tillgänglighet till apotekens lokaler är fortsatt god men ibland saknas sittplatser

Statskontoret (2013) har genomfört konsumentundersökningar för att följa upp förändringar i tillgängligheten till apotekens lokaler. Man har bland annat undersökt konsumenternas upplevelse av hur lätt det är att komma in och röra sig i apotekslokalerna, med avseende på ljudnivå, kösystem och antalet sittplatser. Huvudintrycket är att kunderna är nöjda med den fysiska tillgängligheten på apotek, såväl före som efter reformen. Ett undantag är dock att kunderna är mindre nöjda med antalet sittplatser på apoteken.

Öppettiderna har ökat, men lagerhållningen verkar ha försämrats

Teoretiska analyser visar att ökad konkurrens kan ha en positiv effekt på öppettider, lagerhållning och andra aspekter av fysisk tillgänglighet, men även en negativ effekt på grund av att apoteken får sämre möjligheter att utnyttja stordriftsfördelar när fler aktörer delar på samma marknad.

Att empiriskt utvärdera effekterna av den ökade konkurrensen på apoteksmarknaden försvåras av att sambanden är komplexa. Det är till exempel sannolikt att omregleringen har olika effekter på öppettider och lagerhållning i glesbygd och i städer, beroende på såväl apotekets omsättning som närhet till ett konkurrerande apotek. Det är även sannolikt att omregleringen har olika effekter på lagerhållningen av olika varor beroende på hur frekvent varorna efterfrågas, kostnaderna för lagerhållningen i relation till handelsmarginalen samt hur angelägna kunderna är att få tag på varan snabbt.

Tidigare studier visar att öppettiderna har ökat efter omregleringen (Statskontoret 2013). Skillnaderna är dock stora mellan olika delar av landet. De kompletterande analyser som vi genomfört för denna rapportens räkning tyder på att öppettiderna framför allt har ökat i områden med hög befolkningstäthet. I dessa områden är konkurrensen god, men en statistisk analys tyder på att det är befolkningstäthet, snarare än det lokala konkurrenstrycket som korrelerar med ökningen i öppettider.

Lagerhållningen av receptbelagda läkemedel synes däremot ha försämrats. Ett utbyte av information om lagerhållning mellan kedjorna skulle kunna öka kundernas möjligheter att snabbt få tag på önskade mediciner. Likaså kan en ökad användning av de tjänster som finns idag för att i förväg undersöka om



ett visst läkemedel finns på apoteket eller ej. Beroende på hur informationsutbytet utformas kan det dessutom öka konkurrensen mellan kedjorna om att hålla goda lager. Eftersom det finns risker för att ett sådant informationsutbyte skadar konkurrensen bör det stå under tillsyn, vilket kan tala för att eHälsomyndigheten bör administrera systemet.

2.3 SÄKERHETEN OCH ÄNDAMÅLSENLIGHETEN I LÄKEMEDELSFÖRSÖRJNINGEN PÅVERKAS AV OMREGLERINGEN

Några av de viktigaste kvalitetsaspekterna i apoteksverksamhet är en säker hantering av läkemedel samt god information och rådgivning om läkemedel och hälsa. För att kunna tillhandahålla service av hög kvalitet krävs framför allt kompetent personal, vilket bland annat säkerställs med formell utbildning, samt att personalen får nödvändig tid till att bland annat informera sina kunder om deras läkemedel.

Lagstiftarens syfte var att reformen skulle bidra till att uppnå en bättre service och ett mer utvecklat tjänsteutbud, bibehålla kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen samt att bättre tillvarata apotekens bidrag till en förbättrad läkemedelsanvändning (Regeringens proposition 2008/09:145).

Reformens utformning med avseende på privatisering och konkurrens kan förväntas påverka säkerheten i läkemedelsförsörjningen på flera sätt. Å ena sidan öppnade reformen apoteksmarknaden för vinstdrivande apotek. Vinstdrivande företag kan befaras ha svagare incitament än önskvärt både när det gäller en säker hantering av läkemedel och när det gäller att informera kunder om deras läkemedel. Orsaken är dels att både en säker hantering och information kräver utbildad personal och tar tid och därmed ökar företagets kostnader, dels att det finns stor risk för att kunderna inte förstår att de inte fått den information som de borde ha fått. Särskilt problematiskt kan det vara med information om risker med läkemedel, eftersom sådan information kan förväntas leda till lägre försäljning. I den mån Apoteket AB före reformen vägde samman ett avkastningskrav med ett samhällsperspektiv kan man således befara att reformen minskar säkerheten i läkemedelsförsörjningen.

Å andra sidan öppnade reformen för konkurrens på apoteksmarknaden. Konkurrens kan tvinga vinstdrivande företag att tillhandahålla kostsam information om läkemedel för att minska risken för att kunderna ska välja konkurrerande apotek. Detta förutsätter dock att kunderna förmår uppfatta värdet av denna service, vilket är långt ifrån självklart när det gäller information. Även om det kan vara lätt att notera när man får god service så är det svårt att notera när man får dålig service eller bristfällig information.

”

Jag har en dotter som är född med en missbildning. Hon mår bra i dag, men har symptom som gör att vi behöver receptbelagda och receptfria läkemedel i högre omfattning än andra. För oss är den stora fördelen att vi kan köpa smärtstillande på mataffären.

I vårt kvarter har vi numera två apotek inom hundra meter. Till en början tyckte vi att det nyöppnade av de två var bra, vi gick mycket till det. Det fungerade jättebra när vi köpte värktabletter och förkylningsgrejer för barn och det var i princip aldrig någon kö. Problemet var lagren för receptbelagda läkemedel, som gjorde att vi började gå till vårt gamla apotek. Där finns nästan alltid det vi behöver. Vi upplever att tillgängligheten har ökat dramatiskt, eftersom man kan köpa Alvedon och Ipren överallt.

Man, 32 år, storstad⁴

⁴ Denna berättelse är en personlig erfarenhet av apoteksomregleringen. Syftet med intervjun är endast illustrativt och kan inte utan vidare generaliseras.

På vissa andra marknader kan konkurrens reducera vinstdrivande företags incitament att tillhandahålla god service. Framför allt kan detta hända när konsumenterna kan tillgodogöra sig service (få information) hos en detaljist men genomföra köpet hos en annan. Det andra företaget får då lägre kostnader och kan hålla lägre priser, vilket så småningom tvingar även det första företaget att försämra servicenivån. Även om priset drivits ned kan slutläget innebära en försämring för konsumenterna. På apoteksmarknaden är emellertid risken för detta negativa scenario begränsad eftersom detaljistledets marginal är reglerad. Ett apotek som försöker sänka sina kostnader genom att åka snålskjuts på konkurrenterna kan ändå inte locka till sig kunder med låga priser. Att fastställa försäljningsmarginalen är en av standardmetoderna för att undvika en negativ spiral med konkurrerande detaljister som försöker åka snålskjuts på varandra genom allt sämre service.

Det finns alltså en viss risk för att reformen minskar säkerheten i läkemedelsförsörjningen. Det finns dock anledning att tro att denna risk är relativt begränsad. Dels är apoteksverksamheten omgärdad av lagstiftning. Dels är de som arbetar med expediering av läkemedel på apotek välutbildad, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med särskilt åläggande att förvissa sig om att läkemedlet kommer till rätt person i rätt dos och de ska så långt det är möjligt förvissa sig om att patienten kan använda läkemedlet på rätt sätt (Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit).

Statskontoret (2013) har tidigare genomfört en enkät till apotekspersonalen som antyder att säkerheten har försämrats något sedan omregleringen. Apotekspersonalen menar att det finns goda förutsättningar att utföra korrekta receptexpedieringar i mycket eller ganska hög utsträckning. En stor andel av personalen menar dock att dessa möjligheter har försämrats sedan omregleringen. En orsak är, enligt personalen, att deras arbetsbelastning har blivit högre sedan omregleringen. Apotekspersonalen menar vidare att förutsättningarna att ge god information och rådgivning om läkemedel och egenvård är goda, men att de har försämrats sedan omregleringen. Tidsbrist anges som en orsak. En majoritet av apotekspersonalen menar också att förutsättningarna för att få nödvändig kompetensutveckling försämrats sedan omregleringen. Även konsumenternas mycket positiva syn på apotekspersonalens rådgivning om läkemedel har försvagats något, men ger fortsatt ett högt betyg till apotekens rådgivning.

2.3.1 Kunder är ofta nöjda med information och rådgivning på apotek, men det tycks finnas utrymme för förbättringar

Information och rådgivning kring läkemedel och sjukdomar är en viktig uppgift för apoteken. Enligt "God apotekssed i Sverige" ska apotekspersonal förmedla individanpassad information och rådgivning i en miljö som främjar patientens förståelse, medverkan och integritet. Apotekspersonalen ska också tillhandahålla information och rådgivning om hälsa, sjukdom och läkemedel för att underlätta för patienten att aktivt delta i beslut om sin behandling (Sveriges Apoteksörening och Apotekarsocieteten, 2011).

En nyligen publicerad vetenskaplig artikel visar dock att medicinsk rådgivning inte ges vid alla receptexpedieringar på apotek (Olsson m.fl. 2014). Resultaten visar att det vid över en femtedel av alla receptexpedieringar inte förs något samtal alls om medicinska frågor. Författarna till artikeln menar att fokus inte är att ge rådgivning och medverka till att förbättra kundernas läkemedelsanvändning. Författarna menar vidare att farmaceuternas kunskap inte tillvaratas till fullo, vilket kan medföra att patienten inte får största möjliga nytta av sin läkemedelsbehandling. Resultaten pekar, enligt artikelförfattarna, på att apoteken inte fullt ut lever upp till de krav på rådgivning om läkemedel som finns. De menar också att det är möjligt att bristen på rådgivning beror på att apoteken inte ersätts för rådgivning utan endast för sålda läkemedel (Olsson m.fl. 2014).

Andra brister i rådgivningen angående receptfria läkemedel uppmärksammades i en studie genomförd av Läkemedelsverket (2012). Studien visade att informationen om olika typer av receptfria läkemedel mot värk hade brister, så väl på apotek som på andra försäljningsställen där sådana läkemedel får säljas.

Båda dessa studier är genomförda efter apoteksomregleringen. Motsvarande undersökningar saknas från tiden dessförinnan, varför det är svårt att uttala sig om effekter av omregleringen utifrån dem. Däremot visar Konsumentverkets (2008, 2011) och Statskontorets (2013) konsumentundersökningar, att konsumenterna i dag är något mindre nöjda med apotekens rådgivning om läkemedel än innan omregleringen. Samma undersökning visar också att konsumenterna är något mindre positiva när det gäller personalens rådgivning om receptfria läkemedel. Vårdanalys befolkningsundersökning är inte lika tillförlitlig som Statskontorets och Konsumentverkets, eftersom den endast baseras på retrospektiva frågor. Resultaten av den undersökningen visar dock att de flesta av de svarande, anser att rådgivning på apotek om läkemedel och dess användning är oförändrad eller förbättrad sedan omregleringen. Samma undersökning



visar att de flesta av de svarande inte upplevde någon skillnad i bemötandet, medan ungefär en tredjedel ansåg att bemötandet hade blivit bättre eller mycket bättre efter omregleringen. Undersökningen visar även att de allra flesta, över åtta av tio i samtliga grupper, upplevde att apotekspersonalen informerade dem tillräckligt om läkemedlet och hur de skulle använda det.

2.3.2 Risk med en ökad tillgänglighet till paracetamol

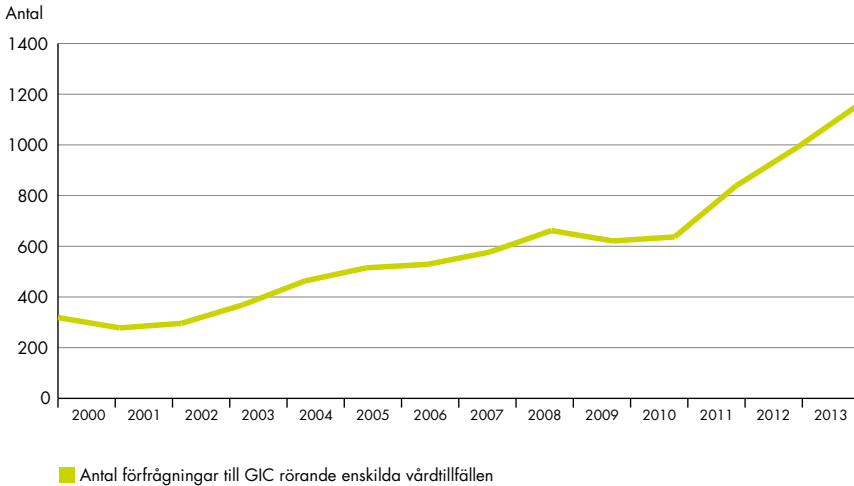
Paracetamol är en av Sveriges mest använda smärtlindrande läkemedels-substans (Apotekens Service 2013). Substansen ingår i välkända handelsnamn som Alvedon, Panodil, Reliv, Pamol med flera. Paracetamol finns även i receptbelagda kombinationspreparat kombinerade med kodein.

Användningen av paracetamol har ökat vilket kan bero på att biverkningar vid rätt dosering är ovanliga, och att substansen efter apoteksomregleringen har blivit mer tillgänglig i mataffärer, dagligvaruhandeln och bensinstationer. Den ökade tillgängligheten av läkemedlet kan också signalera att läkemedlet är ofarligt enligt Höjer m.fl. (2013), vilket kan leda till en högre användning än rekommenderat.

Lever-skada är den största hälsorisk i samband med stort intag av paracetamol där skadan kan bli livshotande (Höjer m.fl. 2013).

Bland läkemedelsförgiftningar är frågor om paracetamolöverdoser i särklass vanligast i Giftinformationens telefonjour. Under år 2012 sjukhusbehandlades cirka 1500-2000 personer för paracetamolöverdos (Höjer m.fl. 2013). Giftinformationscentralen (GIC) har sedan år 2000 sett en stadig ökning av antalet paracetamolförgiftningar och sedan 2010 har det skett en kraftig ökning av förfrågningar till GIC rörande enskilda vårdtillfällen (sjukhusfall). Det exakta antalet sjukhusvårdande fall av paracetamolförgiftningar är svårt att kvantifiera. En minimisiffra gällande antalet inlagda kan dock uppskattas genom antalet konsultationer som GIC hade gällande enskilda fall från svenska sjukhus. Dessa har mer än tredubblats de senaste 10 åren och ökningen sedan omregleringen har varit särskilt kraftig (figur 2.10).

Figur 2.10. Antal förfrågningar till Giftinformationscentralen rörande enskilda vårdtillfällen av paracetamolförgiftning.



Källa: Giftinformationscentralen.

Storleksordningen av problemet, ökningstakten, konsekvenserna för patienterna och åtgången av sjukvårdsresurser är i dag av sådan omfattning att GIC anser det nödvändigt med kraftfulla åtgärder för att begränsa skadeverkningarna. GIC har påtalat situationen och lämnat åtgärdsförslag och deltar i en utredning vid Läkemedelsverket kring olika tänkbara åtgärder (Höjer m.fl. 2013).

2.3.3 Inte längre någon samlad uppföljning av felexpeditioner på apotek

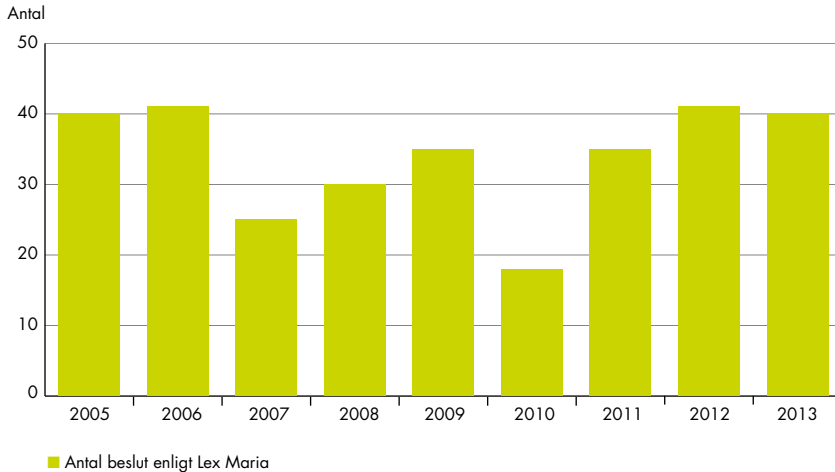
Avvikelser eller fel och brister utgör grunden för arbetet med patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården eftersom de bidrar med kunskap om var riskerna finns. Fel och brister är också ett mått på kvaliteten eftersom det ger information om vilka delar av en verksamhet som inte fungerar. Felexpeditioner av läkemedel till patient utgör ett sätt att mäta kvaliteten på apotekens läkemedelshantering. Innan omregleringen rapporterades samtliga felexpeditioner i ett nationellt system som Apoteket AB skötte (Nordén-Hägg 2010). I Apoteket AB:s hållbarhetsredovisning från 2008 framgår att det under 2008 hade rapporterats 12 600 felexpeditioner. Av det totala antalet expedierade receptorderrader utgjordes felexpeditionerna för recept 0,14 promille 2008. Den samlade rapporteringen av felexpeditioner som fanns i Apoteket AB:s interna databas förlorades vid omregleringen. Enskilda



apoteksaktörer ska fortsättningsvis ansvara för sitt säkerhetsarbete och hantera avvikelser, fel och brister (Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2013:2) om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:11) om partihandel med läkemedel). Eftersom det inte längre finns någon nationell registrering är det i dag dock inte möjligt att få en fullständig sammanställning över antalet felexpeditioner på apotek. Det gör det också omöjligt att genomföra trendundersökningar och exempelvis jämföra andelen rapporterade felexpeditioner före och efter omregleringen (vilket också har påpekats av Statskontoret 2013). Avsaknaden av samlad statistik gör också att det inte går att följa upp och utvärdera de enskilda apotekens kvalitet i detta avseende.

Vårdgivaren bör, enligt den så kallade Lex Maria regeln i 3 kap. 5 § patient-säkerhetslagen (2010:659), anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Enligt Socialstyrelsens allmänna råd till bestämmelsen bör felexpeditioner anmälas (allmänna råd till 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2005:28) om anmälnings-skyldighet enligt Lex Maria). Det går att följa antalet beslutade Lex Maria för ärenden avseende läkemedelshantering vid apoteks-verksamhet över tid. Dessa fall utgör dock bara en liten del av alla felexpeditioner som sker på apotek. Statistik från Socialstyrelsen och IVO visar tillsammans att antalet ärenden som har beslutats enligt Lex Maria mellan år 2005 och år 2013 har varierat, utan någon tydlig tendens efter omregleringen (figur 2.11).

Figur 2.11. Antal beslut om Lex Maria, där händelsen inträffat inom apoteksverksamhet och ärendet avser läkemedelshantering.



Källa: Socialstyrelsen (år 2005–2009), IVO (år 2010–2013). Vårdanalys bearbetning.

2.3.4 Personalsammansättningen på apotek har inte förändrats efter omregleringen

Det är av vikt att personalen som arbetar på apotek har en adekvat utbildning som motsvarar de behov som finns för att åstadkomma en säker och ändamålsenlig läkemedelsförsörjning till allmänheten.

På apotek arbetar såväl farmaceuter (legitimerade receptarier och apotekare) som andra yrkesgrupper. Receptarier och apotekare har en 3 respektive 5 årig högstskoleutbildning. De andra yrkesgrupperna som arbetar på apotek är apotekstekniker och övrig personal. Apoteksteknikerutbildningen motsvarar en yrkeshögskoleutbildning på ett och ett halvt år. Övrig personal kan exempelvis arbeta med försäljning och varuhantering. Denna kategori har mycket blandad yrkesbakgrund, från ingen utbildning alls till interna kurser.

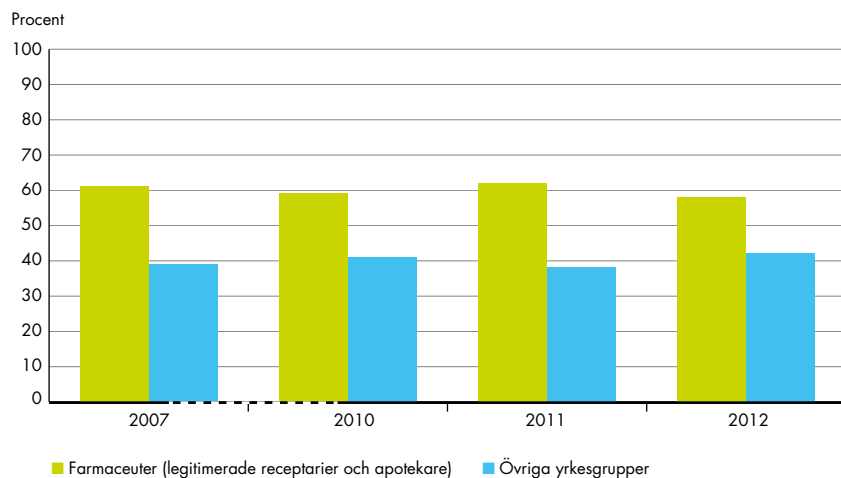
Det finns en farhåga att apoteksaktörerna efter omregleringen skulle kunna ha incitament för att begränsa farmaceuternas andel av den totala personalsammansättningen på apotek eftersom denna yrkesgrupp innebär de högsta lönekostanderna.

Det saknas sammanhållen statistik för hur personalsammansättningen på öppenvårdsapotek har förändrats sedan omregleringen. En jämförelse kan ändå göras genom att jämföra data från olika källor. Innan omregleringen, i december 2007, genomfördes en totalundersökning till samtliga anställda

på öppenvårdsapotek (Norden-Hägg m.fl. 2010). Informationen om personalsammansättningen vid detta tillfälle kan jämföras med den statistik som Sveriges Apoteksförning publicerat årligen i sina branschrapporter. Jämförelsen visar att det inte förekommit några stora förändringar av andelen farmaceuter jämfört med andra yrkesgrupper efter omregleringen (figur 2.12). Andelen farmaceuter har varit relativt konstant över tid och utgör idag, precis som innan omregleringen, omkring 60 procent av de anställda på öppenvårdsapotek.

Andelen receptarier tycks ha minskat något över tid, samtidigt som andelen apotekare samtidigt har stigit i motsvarande omfattning. Detta tyder på att apoteksomreglering inte har påverkat personalsammansättningen på apotek.

Figur 2.12. Andelen farmaceuter på öppenvårdsapotek jämfört med andra yrkesgrupper från 2007 till 2012.



Källa: Norden-Hägg 2010 och Sveriges apoteksförning 2010, 2011, och 2012.
Vårdanalys bearbetning.

2.3.5 Apotekspersonalen upplever brister i kompetensutvecklingen

Som tidigare nämnts spelar apotekspersonalens kompetens en viktig roll i att bidra till en bättre hälsa och en så bra medicinsk behandling som möjligt för kunderna. I Läkemedelsverkets föreskrifter specificeras att farmaceuterna på ett apotek ska ha den kompetens som är nödvändig i förhållande till verksamhets art och omfattning. Vidare ska apoteken dokumentera all utbildning som personalen genomgår (Läkemedelsverkets föreskrifter (2013:14) om ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:9) om detaljhandel vid öppenvårdsapotek). För en säker och ändamålsenlig läkemedelsförsörjning krävs att personalen som arbetar på apotek har information och kunskap som möjliggör att de verkar i enlighet med vetenskaplig evidens på området, varför kontinuerlig kompetensutveckling är viktig.

Efter omregleringen ansvarar de enskilda farmaceuterna tillsammans med arbetsgivarna/apoteken för att kompetensutvecklingen sker på ett adekvat sätt. Enligt Statskontorets (2013) rapport uppger många av de apoteksanställda att farmaceuteriska frågor i dag inte diskuteras i samma utsträckning på de interna möten som hålls, där fokus, enligt dem, förflyttats till ekonomiska resultat, information om handelsvaror och säljkampanjer. Statskontorets rapport visar också att sex av tio apoteksanställda upplever att de får för lite tid till kompetensutveckling, vilket enligt dem försvårar rådgivning och korrekt receptexpediering. Samma enkätundersökning visar att 16 procent av apotekspersonalen anger att de inte lägger någon arbetstid alls på kompetensutveckling. Liknande resultat framkom i Farmaciförbundets kompetensbarometer från år 2013 som visade att fler än åtta av tio anställda medlemmar ansåg att de inte hade tillräckligt med tid för kompetensutveckling för att hålla sig uppdaterade och utvecklas i arbetet.

Statskontorets rapport visar att drygt 60 procent av apotekspersonalen upplevde att förutsättningarna att få nödvändig kompetensutveckling jämfört med före omregleringen har försämrats något eller mycket. En tredjedel upplevde att förutsättningarna har försämrats mycket (Statskontoret 2013). Sammantaget finns det således flera indikationer på att kompetensutvecklingen på apotek har försämrats, vilket kan motverka målet om bibehållen kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen.



2.4 KUNSKAP OCH FÖRTROENDE FÖR APOTEK

2.4.1 De flesta känner till apoteksomregleringen

Tillgänglighet innebär inte endast att det finns apotek utan förutsätter även att medborgarna vet hur man hittar till närmaste apotek, att de känner till apotekens öppettider, och vet vilka varor och tjänster som apoteken kan bistå med. Frågan är vilka incitament apoteken har att förmedla information till kunderna på ett sätt som passar personer med olika förutsättningar att tillgodogöra sig information, utifrån exempelvis språkkunskaper, hälsotillstånd och för personer med olika former av funktionsnedsättningar.

Konkurrerande företag har större incitament att marknadsföra sina apotek genom till exempel annonsering i media jämfört med ett monopol som har mycket små möjligheter att påverka försäljningsvolymen av receptbelagda läkemedel. Vinstmaximerande företag kan dock framför allt förväntas rikta sin marknadsföring mot breda grupper och möjligen inte satsa på till exempel marknadsföring på minoritetsspråk. Effekten av omregleringen på medborgarnas kunskaper om hur man hittar till närmaste apotek och deras öppettider har inte utvärderats.

Kunskapen om apoteksomregleringen verkar dock vara god, enligt Vårdanalys befolkningsundersökning kände över 80 procent av befolkningen till omregleringen av apoteksmarknaden.

2.4.2 Legitimitet och förtroende viktigt vid läkemedelsförsäljning

Med legitimitet och förtroende till apotek avses här apotekspersonalens bemötande av kunderna, uppvisande av respekt och diskretion kring rådgivning rörande hälsa och läkemedelsanvändning. Här omfattas också kundernas upplevda trygghet med apoteket och apotekspersonalen.

Att förtroendet torde vara viktigare i apoteksbranchen än i annan detaljhandel illustreras av bruket av vita rockar som kan symbolisera apotekets roll som del av hälso- och sjukvården. Som tidigare nämnts har vinstdrivande företag inte incitament att erbjuda kunderna all information som skulle vara önskvärd. Det kan vara av kostnadsskäl eller för att öka sin försäljning.

Eftersom dessa mekanismer är välkända bland allmänheten finns det en viss risk för att privatiseringen skulle kunna sänka befolkningens förtroende för apoteken.

Det finns dock anledning att tro att denna risk kan hanteras väl på apoteksmarknaden, tack vare personalens yrkesetik, företagets medvetenhet om riskerna och ett offentligt regelverk, samt även av det faktum att apoteks-

marginalen är reglerad vilket alltså minskar risken för en samtidig press nedåt på priser och servicekvalitet.

2.5 KOSTNADER FÖR LÄKEMEDEL

För att få tillgång till en vanlig vara måste en konsument personligen ha råd med den. Men att ha råd till läkemedel är en betydligt mer komplicerad fråga.

Flertalet receptbelagda läkemedel är subventionerade och olika patienter får olika hög subvention av samma läkemedel beroende på hur höga totala läkemedelskostnader de har. Personer med låga läkemedelskostnader betalar hela priset. Personer med höga läkemedelskostnader får ytterligare läkemedel gratis.

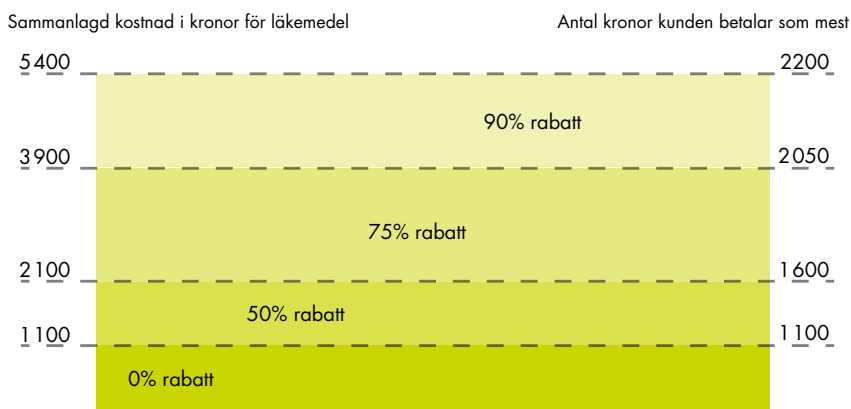
För att en patient ska få tillgång till ett receptbelagt läkemedel krävs först att en förskrivare skriver ut ett recept. Beslut att skriva ut läkemedel måste ibland ske inom ramen för klinikens budget, vilket kan innebära att patienten inte får tillgång till ett läkemedel om det anses vara för dyrt, det vill säga om kostnaden är alltför hög i relation till den förväntade effekten.

Det är alltså svårt att i en utvärderande analys helt separera effekterna av de kostnader för läkemedel som patienterna betalar direkt ur egen ficka respektive de kostnader som i första ledet bärs av samhället. Av denna anledning görs här en sammanhållen analys av effekten på kostnaderna. Även det faktum att samhällets kostnader för läkemedel i slutändan betalas av medborgarna via skatten talar för en sammanhållen analys.

2.5.1 Utgångsläge och förändringar orsakade av reformen

Konsumenterna betalar själva hela kostnaden för receptfria läkemedel. För receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen finns ett högkostnads-skydd som i dag innebär att en patient aldrig behöver betala mer än 2 200 kronor under en 12-månadersperiod. Upp till en kostnad av 1 100 kronor betalar patienten hela kostnaden; därefter ökar subventionsgraden stegvis för att nå 100 procent när läkemedelskostnaden (före subvention) har stigit till 5 400 kronor. Subventionsgraden illustreras i figur 2.13.



Figur 2.13. Total läkemedelskostnad per 12-månadersperiod och subventionsgrad.

I medeltal står kunderna själva för närmare 30 procent av kostnaderna för receptbelagda läkemedel (Socialstyrelsen 2013). Innan egenavgiften höjdes stod patienterna för cirka 26 procent av kostnaden. Trots subventionen är de direkta konsekvenserna av ändrade priser på läkemedel därför inte oväsentliga för många konsumenter.

Läkemedelsförmånen betalas i första ledet av landstingen. Emellertid ger staten landstingen ett statsbidrag som täcker nästan hela denna kostnad. Landstingen kan i sin tur välja att föra ut kostnaden för förskrivna läkemedel till enskilda sjukhus eller till och med enskilda vårdcentraler och kliniker.

Något förenklat kan man säga att TLV fastställer priset på läkemedel med patent utifrån principen om värdebaserad prissättning (Persson m.fl. 2009). Detta innebär att det högsta pris som accepteras är lika med priset på det bästa befintliga alternativet för den aktuella diagnosen plus det samhälls-ekonomiska mervärdet av det nya läkemedlet, jämfört med det bästa alternativet. Priset på läkemedel vars patent har gått ut, generika, fastställs genom en månatlig budgivning, där leverantörer tävlar om att under en månad rent principiellt ha ensamrätt att försörja den svenska marknaden för en viss kombination av substans, styrka, förpackningsstorlek och typ av administrationsform (till exempel tablett eller kapsel). I praktiken kommer dock även andra leverantörer att få en del av försäljningen, bland annat därför att läkaren ibland anger att generisk substitution inte får ske eller då patienten motsätter sig utbyte.

Apoteken är skyldiga att föreslå generisk substitution om det finns en billigare variant på marknaden av det läkemedel som läkaren förskrivit såvida

läkaren inte särskilt angivit att detta inte får ske. Kunden kan motsätta sig ett sådant utbyte, men måste då själv bekosta mellanskillnaden i pris. Denna merkostnad täcks inte av läkemedelsförmånen.

Vid sidan av detta förekommer parallellimport av patentbelagda läkemedel. Drivkraften till detta är att samma läkemedel ibland säljs så mycket billigare i något EU-land att mellanskillnaden täcker kostnaderna för ommärkning och transport till Sverige, samt en vinst för importören. Patentreglerna gör att endast läkemedel som säljs inom EU kan parallellimporteras till Sverige.

Apoteken ersätts via handelsmarginalen per försåld förpackning. Ersättningen varierar från som lägst drygt 30 kronor till som högst närmare 180 kronor, främst beroende på hur dyr förpackningen är. I medeltal uppgick ersättningen 2011 till drygt 60 kronor per receptexpediering, vilket är en ökning med ungefär fem kronor per recept jämfört med tiden omedelbart före reformen. I kronor räknat har apotekens sammanlagda handelsmarginal för receptbelagda varor ökat från cirka 3,9 till 4,5 miljarder kronor mellan 2008 och 2011 (TLV 2012).

Generikautbytet skärptes, ersättningen för expediering ökade och apoteken fick möjlighet att förhandla med leverantörer

Ett inslag i reformen var att skärpa kravet på att generiskt utbyte ska ske till den billigaste generiska varianten av ett läkemedel som finns tillgänglig på marknaden. Tidigare gällde att utbytet skulle ske till den billigaste generika som fanns på det aktuella apoteket. I sig kan detta förväntas leda till genomsnittligt lägre priser på läkemedel, såväl för kunden som för samhället.

Apoteksreformen innehöll också en direkt ökning av ersättningen för apoteken genom ett extra påslag på tio kronor vid expediering av utbytbara läkemedel. Ersättningen utgår även vid expediering av ett så kallade originalläkemedel, det vill säga av ett varumärke som tidigare har innehaft patent. Detta är också huvudförklaringen till att apotekens handelsmarginal har ökat, enligt föregående avsnitt. För att finansiera kostnadsökningen för lands- ting och för patienter utan rätt till subvention tvingades läkemedelsbolagen att sänka priset på läkemedel vars patent har löpt ut, till en nivå som inte överstiger 35 procent av det pris som gällde 12 månader före patentets utgång.

I och med reformen gavs även enskilda apotekskedjor möjlighet att förhandla med leverantörer av läkemedel med patent om lägre priser än de som TLV fastställt, liksom att förhandla med parallellimportörer om lägre priser. Detta har sannolikt medfört en ökad marginal för apoteken, utöver den ovan nämnda ökningen med cirka 600 miljoner kronor.



Lagstiftarens intentioner

Ett av målen för omregleringen av apoteksmarknaden var låga kostnader för läkemedel (Regeringens proposition 2008/09:145).

En tolkning av detta mål är att man inledningsvis tänkte sig att omregleringen av apoteksmarknaden skulle kunna bidra till att sänka priset på läkemedel till följd av ökad konkurrens, men att detta mål kraftigt tonats ned över tiden. En orsak kan vara att det tidigt i reformprocessen bestämdes att apoteken inte skulle få konkurrera med priser för receptbelagda läkemedel. Lika priser över hela landet var ett mål som överordnades målet om låga priser genom konkurrens.

2.5.2 Teoretiska förväntningar på kostnader för läkemedel

Fler apotek och längre öppettider ökar kostnaderna, men försäljning av andra produkter kan delvis kompensera

Fler kedjor, fler apotek och längre öppettider innebär ökade kostnader för distributionen. För att täcka dessa kostnader krävs en ökad handelsmarginal. Således torde denna del av reformen leda till ökade priser, allt annat lika.

Den förlust av stordriftsfördelar som följer av att läkemedelsförsäljningen slås ut på fler apotek kan i någon mån kompenseras genom att privata apotek i större utsträckning kommer att diversifiera sin försäljning till andra produkter än läkemedel. Läkemedelsförsäljningen blir ett instrument för att generera en kundström som kan förmås att köpa även andra produkter, som hygienprodukter, men i framtiden kanske också i växande utsträckning skönhetsprodukter, parfym och andra produkter. Apoteket AB mötte tidigare vissa restriktioner vad gäller att agera på dessa marknader; restriktioner som nu i huvudsak har tagits bort. Dylåka vinster av diversifiering är dock inte i sin helhet att betrakta som en samhällsekonomisk vinst. Orsaken är att annan detaljhandel förlorar tidigare diversifieringsfördelar.

Det finns även skäl att tro att vinstdrivande företag kan vara mer kostnads-effektiva än ett statligt ägt företag. Däremot är det svårt att säga om denna effekt kommer att vara betydande eller marginell. Det är även oklart om och hur produktivitetsvinster kommer konsumenterna och det allmänna till del. Till detta kommer eventuella förhandlingsvinster som apoteken kan göra genom att ta över parallellimport och genom förhandlingar med originaltillverkare.

Det är tänkbart att konkurrens mellan olika distributörer på sikt kan

leda till en lägre apoteksmarginal, trots att marginalen är reglerad. Orsaken är att TLV skulle kunna skruva ner marginalen i takt med att vissa kedjor blir allt mer effektiva och får ökade vinster. Därmed skulle man tvinga fram rationaliseringar även hos övriga kedjor, alternativt att dessa drivs i konkurs. Utvecklingen i detta avseende beror på regelverkets utveckling och TLV:s tolkning av detsamma. Om TLV helt eller delvis reglerar marginalen utifrån antal apotek som etableras på marknaden kommer den här typen av effektiviseringar att slå igenom som lägre marginal och därmed lägre priser.

Om TLV istället tvingas (eller väljer att) agera mer i enlighet med de formuleringar som användes i regeringens proposition kan man förvänta sig att rationaliserings-, diversifierings- och förhandlingsvinster på kort sikt stannar hos apoteken, men på längre sikt kommer att leda till fler apotek. Se Bergman och Stennek (2010) för en fördjupad analys av denna frågeställning.

De lägre läkemedelspriserna en samhällsekonomisk vinst

Apoteken kan öka sin marginal genom vissa åtgärder. Samspelet mellan dessa åtgärder, konkurrens mellan apotek samt den existerande marknadsregleringen kan leda till att dessa vinster förs vidare till samhället eller tvärt om uppstår på samhällets bekostnad.

Vi utgår i det följande från att lägre läkemedelspriser är eftersträvansvärt för samhället. Man kan möjligen argumentera för att lägre priser inte ska betraktas som en samhällsekonomisk vinst, utan endast som en transferering från företag till konsumenter och läkemedelsförmånen. Eftersom läkemedelsanvändningen är förhållandevis prisokänslig kan man inte heller räkna med ett påtagligt bättre utnyttjande av läkemedel på grund av de lägre priserna. Vi menar dock att de lägre priserna bör betraktas som en samhällsekonomisk vinst, eftersom de flesta säljare av läkemedel torde vara utlandsägda och eftersom besparingen framför allt tillfaller det allmänna och alltså utgör beskattade medel. Rent principiellt bör dock lägre priser leda till minskad läkemedelsforskning, vilket är en nackdel. I synnerhet för generika torde denna nackdel vara liten, då höga priser på generika knappast är ett effektivt sätt att stimulera till ökad forskning.

Apoteken kan tjäna på att expediera mindre förpackningar

Apoteken kan i viss utsträckning styra den ersättning de får inom ramen för läkemedelsförmånen. I första hand kan de göra detta genom att expediera mindre förpackningar, eftersom den sammanlagda apoteksmarginalen för två förpackningar ofta är väsentligt högre än för en enda dubbelt så stor förpackning.



Vinstdrivande företag kan misstänkas ha starkare incitament till dylika manipulationer. Emellertid kan konkurrensen tvinga företagen att i allt väsentligt expediera de förpackningsstorlekar som minimerar priset för kunden.

Ur samhällets synvinkel kan eventuella strategiska val av förpackningsstorlek vara ett mindre problem – om styrningen av apoteksmarginalen sker utifrån ett tillgänglighetsmål (Bergman och Stennek 2010). Med en sådan styrmodell kommer en ökad lönsamhet för apoteken att leda till att fler apotek etableras, vilket i sin tur kan leda till att ersättningen per förpackning minskas. Att apoteken tänjer på reglerna genom att sälja onödigt många små förpackningar behöver därför i ett längre perspektiv inte nödvändigtvis leda till nämnvärt högre totala kostnader för samhället. Förutsättningen är dock att alla apotek är ungefär lika duktiga på att expediera småförpackningar – och att den reglerande myndigheten tillåts styra apoteksmarginalen efter antalet apotek. Det saknas i dag kunskap om huruvida apoteken expedierar mindre förpackningar och i sådant fall omfattningen av problemet.

Parallellimport kan pressa inköspriserna

Det fanns förhoppningar om att reformen skulle leda till ökad parallellimport och därmed pressade genomsnittliga inköspriser. Internationella apoteks-kedjor bedömdes ha förutsättningar att öka volymerna. Vidare menade man att apoteken genom att hota med ökad import skulle kunna förhandla ned priset på originalläkemedel (SOU 2008:4). Ytterligare en mekanism, som antyds i utredningen, är att apotekskejderna kunde lägga beslag på de dåvarande parallellimportörernas marginaler och kanske kunde genomföra importen till lägre kostnader än dessa. Enligt Granlund (2013) har parallellimporten tvärt om minskat. Den förklaring som lyfts fram är att apoteken har kunnat förhandla med orginaltillverkarna om lägre priser och att de därefter styr sina kunder så att de i mindre utsträckning köper parallellimporterade läkemedel.

Parallellimport av läkemedel

Priserna på receptbelagda läkemedel varierar mellan EU:s medlemsländer. Genom parallellimport kan ett läkemedel som säljs med ett lägre pris i ett annat EU-land importeras till Sverige. De importerade läkemedlen kan säljas med vinst på den svenska marknaden, till ett något lägre pris för kunden. Importen sjönk kraftigt 2009 då kronan försvagades vid finanskrisen. Därefter har parallellimporten återgått till den nivå som rådde före finanskrisen.

Apoteken fick som del av apoteksomregleringen möjlighet att enligt lagen (2012:160) om läkemedelsförmåner m.m., bedriva parallellimport med patentskyddade läkemedel och förhandla om inköpspriser på dessa. Apoteken har rätt att behålla mellanskillnaden mellan det av TLV fastställda maximala inköpspriset och apotekens framförhandlade inköpspris. Incitamenten för apoteken att handla med parallellimporterade läkemedel har därför till synes stärkts efter omregleringen. Enligt Granlund (2013) har dock reformen minskat parallellimporten.

Apoteken kan förhandla pris med läkemedelstillverkare

I samband med omregleringen gavs apoteken rätt att förhandla med läkemedelstillverkarna om priset på patentskyddade läkemedel. Eftersom apoteken har till uppgift att tillhandahålla läkemedel är det svårt att tro att apoteken skulle kunna förhandla ner ersättningen under den nivå som fastställs av TLV. Apoteken har i praktiken inga möjligheter att öka försäljningen av receptbelagda läkemedel utöver den nivå som bestäms av förskrivarna och har därför inget att erbjuda i en sådan förhandling. Däremot skulle apoteken kunna använda hotet om parallellimport som ett förhandlingsargument (Granlund 2013). Det är inte ovanligt att tillverkare tvingas sälja läkemedel till ett lägre pris i andra EU-länder än i Sverige. För tillverkaren kan det vara förmånligare att gå apoteken till mötes än de två möjliga alternativen: att acceptera parallellhandel eller att begära ett lägre pris hos TLV. Det senare är ogynnsamt, eftersom det påverkar prissättningen i de EU-länder som fastställer priser utifrån en sammanvägning av andra länders priser för samma produkt (externa referenspriser). Om apoteken är framgångsrika blir effekten, åtminstone initialt, att prissänkningen tillfaller apotekskedjan snarare än det allmänna och patienterna. Vidare förekommer att landstingen försöker påverka prisbilden genom att förhandla direkt med tillverkarna, för läkemedel såväl inom som utom förmånen. Två förhandlingar av den förra typen ligger dock när detta skrivs under rättslig prövning.



Omregleringen påverkar effektiviteten i generikautbytet

Det lägre priset på generika innebär en besparing för läkemedelsförmånen. Eftersom de stora vinsterna av substitution inte tillfaller konsumenten direkt och inte heller apoteket finns det anledning att befara att apotekens villighet att genomföra substitution är lägre än vad som vore önskvärt för samhället i dess helhet.

Det finns åtminstone tre anledningar till att omregleringen kan tänkas påverka hur väl apoteken genomför generisk substitution. För det första kan vinstmaximerande företag förväntas utnyttja de möjligheter som marknaden och lagstiftningen erbjuder mer strategiskt än vad det gamla monopolet gjorde.

Ett exempel är att privata vinstmaximerande apotek kan vilja undvika generiskt utbyte för att det är dyrt att administrera. Ett annat exempel är att privata apotek kan träffa avtal med vissa tillverkare om att gynna deras försäljning i utbyte mot låga priser.

För det andra ändrades reglerna så att kraven på generiskt utbyte blev hårdare, just för att motverka tendensen till strategiskt utbyte. Ett mer konsekvent generiskt utbyte leder, allt annat lika, till lägre genomsnittliga priser.

För det tredje kan den ökade konkurrensen mellan kedjorna innebära att de vill hålla låga priser. Ett av få sätt för apoteken att hålla låga priser är att de ser till att möjliggöra substitution, exempelvis genom att lagerföra månadens vara.

Effekter av omregleringen på priser för läkemedel

Föutsättningar att utvärdera effekter av reformen vad gäller priser är relativt goda, eftersom det finns bra statistik för försäljningsvolym och priser. Emellertid råder förstas osäkerhet om vad som hade hänt i det kontrafaktiska fallet, om ingen reform genomförts. Våra slutsatser nedan baseras i huvudsak på tidigare utredningar (Tillväxtanalys 2010, 2011, 2012a, 2012b). TLV (2012) redovisar att apoteksmarginalen för receptbelagda läkemedel och andra varor har ökat från cirka 3,9 miljarder kronor 2008 till cirka 4,5 miljarder kronor 2011. Detta är marginellt mer än den ökning på 480 miljoner kronor som planerades i samband med reformen.

Prisförändringar

Generikautbytet har sänkt kostnaderna

Befintliga utredningar visar i huvudsak att generiskt utbyte görs i högre utsträckning i dag än innan reformen. Månadens varas andel av försäljningen har ökat från knappt 50 procent till cirka 70 procent (Tillväxtanalys 2011). Utbytet har således blivit väsentligt bättre. Detta är inte särskilt

förvånande, eftersom det tidigare regelverket var mer tillåtande och eftersom det också har införts ekonomiska incitament för ett ökat utbyte. Försäljning av förra månadens vara ger ingen ersättning alls från dag 15 och framåt under följande månad – såvida inte samma tillverkare åter vinner den ställningen.

Reformen har sammantaget sänkt samhällets kostnad för generiska läkemedel med cirka 10 procent (Tillväxtanalys 2011). Effekten är ett samverkande resultat av ökad generisk substitution, ett något förhöjt pris på månadens vara och övriga varor, ett påtagligt sänkt pris på vissa produkter som tidigare varit patentskyddade och en ökad apoteksmarginal. Hade inte prissänkningen av tidigare patentskyddade läkemedel genomförts hade apoteksreformen lett till högre läkemedelspriser; hade inte heller höjningen av apoteksmarginalen genomförts hade reformen varit ungefär kostnadsneutral.

Omregleringen torde inte ha påverkat priset på läkemedel med patent

Prissättningen av läkemedel med patent är i princip fri. För att läkemedlen ska subventioneras (ingå i läkemedelsförmånen) gäller dock att prisnivån måste accepteras av TLV. Det är frivilligt för bolagen att ansöka om att ingå i läkemedelsförmåner, om bolaget inte ansöker kan TLV inte heller ta ställning till subvention eller ej. Ungefär samtidigt som apoteksreformen genomfördes fick TLV instruktioner om att mer aktivt omvärdera rätten för patentbelagda läkemedel att kvarstå inom förmånen.

Detta mer aktiva förhållningssätt torde ha minskat samhällets kostnader. Emellertid kan detta inte sägas vara en del av apoteksreformen, varför vi bortser från dessa effekter. Reformen torde inte heller i övrigt ha påverkat prissättningen av läkemedel med gällande patent.

Stora skillnader i pris på receptbelagda läkemedel utom förmånen

Vissa läkemedel ingår inte i högkostnadsskyddet utan betalas av patienterna själva. Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner stadgar att TLV beslutar om ett läkemedel ska ingå i förmånen eller inte. TLV har genom bestämmelsen uppdraget att värdera läkemedel ur ett hälsoekonomiskt perspektiv och att prioritera vilka läkemedel som subventioneras. Bara sådana läkemedel där kostnaderna för användning framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter ska ingå i läkemedelsförmåner. Detta såvida det inte finns andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som enligt en sådan avvägning mellan avsedd effekt och skadeverkningar som avses i läkemedelslagen (1992:859) är att bedö-



ma som väsentligt mer ändamålsenliga (lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.).

För de läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånen är prissättning på apotek helt fri. Oss veterligen har det inte genomförts någon utvärdering av hur prisnivån för dessa läkemedel har utvecklats i samband med omregleringen av apoteksmarknaden. Det finns dock tecken på att priskonkurrensen fungerar dåligt i dag. Nätverket för läkemedelsepidemiologi genomförde en prisjämförelse som delvis redovisades på Brännpunkt i Svenska Dagbladet den 11 oktober 2013. Jämförelsen visade att billigaste läkemedlet innehållande sildenafil (Sildenafil Accord 50 mg 12 st, läkemedel mot impotens) varierade i pris mellan 300 och 1 139 kr mellan apotekskedjorna. En viktig orsak till dessa prisskillnader uppges vara att det är svårt för förskrivare och patienter att jämföra priser (Hoffman m.fl. 2013a, 2013b).

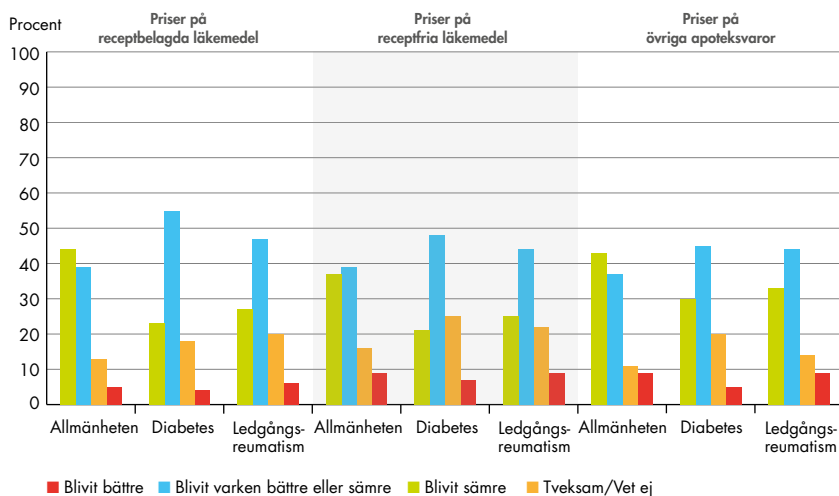
Svårt att bedöma reformens effekt på priserna för receptfria läkemedel

Tillväxtanalys (2011) och Statskontoret (2013) har studerat effekterna av reformen vad gäller prissättningen av icke receptbelagda läkemedel. Slutsatsen är att priserna steg något snabbare än Konsumentprisindex (KPI) under reformåret, det vill säga under år 2009, men att de därefter låg stilla i ett och ett halvt år. Det framhålls dock att studien inte kan tolkas som en analys av reformens effekter på priset.

Stor del av befolkningen märker inga skillnader i priser

Av den befolkningsundersökning som Vårdanalys har låtit genomföra framgår att i storleksordningen 40–50 procent av de svarande tycker att priserna på receptfria respektive receptbelagda läkemedel varken har blivit bättre eller sämre efter omregleringen. En viss övervikt åt att det blivit dyrare kan dock noteras, liksom att en stor grupp inte har någon bestämd uppfattning (figur 2.14).

Figur 2.14. "Hur anser du att följande områden förändrats efter apoteksomregleringen? Priser på receptbelagda läkemedel, Priser på receptfria läkemedel, Priser på de övriga övriga apoteksvarorna (t ex produkter för sårvård, fotvård, hårvård, etc, frågan avser dock INTE kosmetiska produkter)?" Andel i befolknings- och patientgruppsundersökningen per svarsalternativ.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. Antal svarande var 4 102 i befolkningsundersökningen, 151 svarande med diabetes och 150 svarande med ledgångsreumatism.

Apoteksomregleringen har finansierats genom generikautbytet

Reformens mål i form av fler apotek och längre öppettider kan knappast nås utan ökade kostnader för samhället. Detta gäller även om det finns skäl att tro att privata företag kan vara mer kostnadseffektiva än ett statligt bolag och att apoteken på en avmonopoliserad marknad i större utsträckning kan täcka sina kostnader genom försäljning av annat än läkemedel.

Vinstsyftande företag kan förväntas agera mer strategiskt vad gäller val av förpackningsstorlek, genom att bara lagerföra alternativ med högt pris och genom att sluta dolda avtal med generikaleverantörer. Detta har samhället sökt förebygga genom hårdare regler för substitution. De eventuella vinster som apoteken skulle kunna göra på samhällets bekostnad genom att tänja på eller överskrida reglerna kan också i princip återvinnas genom att TLV reglerar apotekens handelsmarginal utifrån antal apotek. Huruvida detta kommer att ske eller inte beror på hur TLV agerar och på vilka instruktioner myndigheten får från regering och riksdag (se avsnitt 2.5.2).

Vissa vinster för det svenska samhället skulle kunna uppstå genom att privata apotekskedjor förhandlar mer effektivt mot läkemedelstillverkarna. Effekterna torde vara relativt små eftersom apoteken torde ha mycket liten förhandlingsstyrka gentemot läkemedelsföretagen då de måste tillhandahålla läkemedel.

Apoteksmarknadsreformen utformades för att vara ungefär kostnadsneutral. Samhällets och patienternas ökade kostnad för apoteksmarginalen på ungefär en halv miljard kronor balanserades av en nästan lika stor besparing som åstadkoms genom att tvinga läkemedelsbolagen att sänka priset på, framför allt, originalläkemedel vars patent gått ut. Den senare åtgärden hade i princip kunnat genomföras utan apoteksreformen. Väljer man att betrakta prissänkningen gentemot tillverkarna av läkemedel som en integrerad del av apoteksreformen har denna varit i stort sett kostnadsneutral. Detta stämmer också väl med vad befolkningen uppfattar har skett.

Väljer man däremot att se det som två separata reformer så är kostnaden för apoteksreformen drygt en halv miljard kronor – vilket i huvudsak har finansierats genom en annan reform.

2.6 MÅL OCH MEDEL FÖR ÖKAD TILLGÄNGLIGHET

2.6.1 Apoteksomregleringen bör utvärderas med samhällsekonomisk kostnads- och intäktsanalys

Tidigare studier beskriver vilka effekter som omregleringen har haft på apoteksmarknaden (Statskontoret 2013). De undersöker även om de politiska målen kan anses ha uppfyllts eller inte. Ett problem i detta arbete har varit att de politiska målen ofta är tämligen vagt formulerade. Regeringen har bland annat uttryckt att man önskar se en förbättrad tillgänglighet genom fler apotek och bättre öppettider. Däremot har man inte preciserat hur många fler apotek man hoppas på och inte heller hur mycket öppettiderna bör förlängas. Regeringen har inte heller preciserat vad som är en rimlig kostnadsökning för den ökade tillgängligheten. Tvärt om har man uttalat en förhoppning om att reformen ska bidra till låga läkemedelskostnader (Regeringens proposition 2008/09:145).

Enligt vår uppfattning bör en rimlig utgångspunkt för en vidare analys dock kunna vara en samhällsekonomisk kostnads- och intäktsanalys (Bohm 1996). En dylik analys utgår ifrån konsumenternas egna värderingar av den förbättrade tillgängligheten och ställer värdet i relation till kostnaden i form av ökad åtgång av bland annat lokaler och personal.

En betydande komplikation är att omregleringen av apoteksmarknaden innehöll många komponenter. De centrala komponenterna var att öppna marknaden för privata aktörer och konkurrens. Härutöver ökades ersättningen till apoteken, reglerna för generiskt utbyte blev strängare och

ersättningen till tillverkarna av läkemedel som tidigare haft patent minskade. De strängare reglerna för generiskt utbyte kan i sin tur ha påverkat konkurrensen mellan generikatillverkarna. Att apoteksbolagen tillåts förhandla med originaltillverkare och parallellimportörer kan i någon mån ha påverkat priserna för och användningen av generika. Det är inte självklart att alla dessa komponenter ska analyseras tillsammans. Exempelvis hade man kunnat sänka ersättningen till tillverkarna och införa de strängare reglerna för utbyte utan att öppna apoteksmarknaden för konkurrens. Vi fokuserar här i första hand på de mest centrala komponenterna i reformen.

De viktigaste vinsterna av att öppna apoteksmarknaden för konkurrens och privata aktörer synes ha varit ökad geografisk tillgänglighet och ökade öppettider på apoteken. Samhällets viktigaste kostnad för att åstadkomma den ökade tillgängligheten är en ökad handelsmarginal.

Närmare till apotek, men försämring av lager ger fler resor

En omedelbar, konkret och betydelsefull slutsats av ett samhällsekonomiskt synsätt är att antalet apotek endast bör betraktas som ett delmål och att slutmålet snarare är kortare tid för att ta sig till ett apotek, bättre öppettider och god service samt ökad tillgänglighet till läkemedel. Regeringens målformuleringar stöder detta synsätt. Eftersom antalet apotek har ökat kraftigt, men tiden för att ta sig till ett apotek sannolikt endast minskat marginellt, får detta val av synsätt en stor inverkan på en utvärdering.

Det görs varje år drygt 70 miljoner receptexpedieringar på apotek (Apotekens Service 2013). Utifrån Tillväxtanalys (2012a) kan den minskande restiden grovt uppskattas till i genomsnitt en minut för landets befolkning. Detta innebär 140 miljoner vunna minuter eller 2,3 miljoner timmar. Ett metodproblem är att många inte kör bil till apoteket, och att många passar på att besöka ett apotek i samband med resor till eller från arbetet eller i anslutning till andra inköp. Ett grovt antagande är att dessa två tar ut varandra så att körtid faktiskt är en bra uppskattning av restid till apotek.

Man kan använda de tidskostnader som Trafikverket (2012) använder vid beräkning av investeringar i vägar och kollektivtrafik. Tidsbesparingen kan då beräknas ha ett samhällsekonomiskt värde på mellan 75 och 250 miljoner kronor. För enkelhets skull antas här att värdet av den minskade restiden är 150 miljoner kronor.

Samtidigt finns tydliga indikationer på att de läkemedel som efterfrågas oftare saknas i apotekens lager, vilket tvingar kunderna till återbesök eller till att uppsöka andra apotek. Från Tillväxtanalys restidsberäkningar kan man uppskatta att medelkunden har sju till åtta minuters restid (med bil) till ett



apotek. Om andelen besök då det önskade läkemedlet inte finns i lager ökat med så mycket som sex till sju procentenheter, och om kunden då tvingas till en extra resa, försvinner hela den sammantagna tidsvinsten. Eftersom vi saknar statistiskt underlag bortser vi i det följande från denna aspekt. Öppettiderna har ökat med i genomsnitt sex timmar enligt Statskontoret (2013) och med fem timmar enligt den analys som presenterats ovan. Vi vet dock inte hur konsumenterna värderar ökade öppettider.

Sammantaget har reformen kostat samhället 45 kronor per år och vuxen

Samhällets kostnader för apoteksledet har ökat med cirka 600 miljoner kronor. Från detta kan vi dra bort cirka 150 miljoner kronor som representerar värdet av kortare restider. Öppettiderna har ökat med i genomsnitt sex timmar. Räknat per individ har kostnaderna för apoteksledet, efter hänsyn till den minskade restiden, ökat med cirka 35 kronor per år. Räknat per vuxen har kostnaden ökat med cirka 45 kronor per år. Frågan är om denna kostnad är motiverad?

2.6.2 Alternativa medel för att öka tillgängligheten

En fullständig utvärdering av omregleringen behöver både svara på frågan om de valda medlen (huvudsakligen konkurrens och privatisering) har lett till att målen uppfylldes och frågan om det hade funnits andra och kanske bättre medel för att uppnå samma mål.

Vi menar att det hade varit fullt möjligt för regeringen att åstadkomma liknande förändringar inom ramen för ett bibehållet monopol, dels genom direkt krav på Apoteket AB:s butiksnät, dels indirekt genom en förändrad ersättningsmodell.

Ägarformen av underordnad betydelse för öppettider och antalet apotek, men privatisering ger incitament till innovationer

Enligt ekonomisk teori, den så kallade teorin om inkompleta kontrakt, kan ägandeformen ha stor betydelse för effektiviteten i en verksamhet, både när det gäller kostnadernas storlek och kvaliteten på de varor och tjänster som levereras. Orsaken är att staten inte kan styra en verksamhet i detalj genom lagstiftning eller avtal. Detta eftersom man vid det tillfälle lagstiftningen träder i kraft eller avtalet ingås inte förmår förutse alla val som måste göras i framtiden och på grund av att det ofta är svårt att i ord precisera alla aspekter på de val som bör göras. Det betyder att den som äger en verksamhet är fri att fatta många och betydelsefulla beslut inom ramarna för gällande

lagstiftning och avtal. Dessa beslut kommer att skilja sig beroende på om ägaren är privat eller offentlig, eftersom privata och offentliga organisationer har olika mål för besluten.

Mer precist har privata företag ett intresse av att skära i vissa kostnader även om det leder till kvalitetsförsämringar, förutsatt att kvalitetsminskningen inte kan visas strida mot de (oprecisa) regler och avtal som reglerar kvaliteten (Hart m.fl. 1997). Å andra sidan kan privata ägare vara mer innovativa, eftersom de har större möjligheter att själva ta del av det överskott som skapas genom innovationerna. Det finns med andra ord både för- och nackdelar med offentligt ägande och nettot skiljer sig från verksamhet till verksamhet, bland annat beroende på hur viktiga innovationer är i verksamheten och styrkan i kopplingen mellan kostnader och kvalitet.

Om huvudmålet för omregleringen av apoteksmarknaden var att öka tillgängligheten genom fler apotek och längre öppettider torde ägarformen vara av relativt underordnad betydelse. Orsaken är att både geografisk tillgänglighet och öppettider bör vara förhållandevis enkla att reglera genom lagstiftning, avtal eller ägarinstruktion.

Ett av regeringens mål för omregleringen av apoteksmarknaden var att ge konsumenterna bättre service och ett bättre utbud av tjänster. Regeringen har inte konkretiserat vad den avser med ett bättre tjänsteutbud (Statskontoret 2013), vilket är naturligt då ett förbättrat tjänsteutbud torde kräva just innovativitet. Och även om det är statsmakternas uppgift att skapa förutsättningar för innovationer, har regeringen knappast möjlighet att precisera vilka dessa innovationer ska vara.

Eftersom det finns anledning att tro att privata aktörer har starkare incitament för innovationer bör detta tala för en privatisering med eller utan konkurrens. Vi kan konstatera att Statskontorets (2013) utvärdering indikerar att det finns flera exempel på nya tjänster på apotek. Det inkluderar till exempel blodsockerkontroll, allergitest, hälsotester, hjälp till viktminskning och rökavvänjning, men att omfattningen av dessa tjänster i dag är begränsad. På apotek kan också tjänster i distributionsledet utvecklas. Även om apoteken har ett stort intresse av att utveckla nya tjänster förefaller konsumenternas betalningsvilja vara låg. En möjlig slutsats är därför att apoteksmarknaden inte är ett område där kvalitetshöjande innovationer är av särskilt stor vikt. Detta skulle i så fall betyda att ägarformen inte är av särskilt stor betydelse av denna anledning heller. Det bör noteras att konsumenternas låga betalningsvilja för apotekens nya tjänster sannolikt delvis beror på att det redan finns nära substitut till många av dessa tjänster som dessutom är kraftigt subventionerade. Varför betala för blodsockerkontroll på ett apotek



om man kan få samma tjänst gratis på en vårdcentral? Om apotekens trots allt lyckas ta marknadsandelar är det naturligtvis fullt möjligt att sjukvården i framtiden kan komma att dra ned på dessa tjänster. På sikt kan då apotekens utbud av tjänster eventuellt komma att ändra gränsen för vilka tjänster som finansieras offentligt.

Konkurrensen har haft liten påverkan på kundernas bedömning av servicen

Enligt den ekonomiska teorin kan konkurrens genom kundval (oavsett om konkurrensen sker mellan privata eller offentligt ägda organisationer eller en blandning av dessa) vara av godo om det är svårt för staten att observera eller i domstol verifiera kvaliteten på de varor eller tjänster som organisationerna tillhandahåller, samtidigt som kunderna kan observera kvaliteten (Wolinsky 1997). Staten kan då inte reglera kvaliteten genom avtal eller lagstiftning. Kunderna, som kan observera kvaliteten och göra sina val utan att behöva verifiera kvaliteten inför domstol, kan då gynna de organisationer som levererar den högsta kvaliteten genom att helt enkelt välja dessa. Staten kan med andra ord styra kvaliteten på apoteken indirekt genom att tillåta kunder välja mellan olika organisationer.

Den avgörande frågan blir då om konsumenter av läkemedel har bättre förmåga att observera vissa aspekter av apotekens kvalitet än vad staten i egen-skap av ägare eller tillsynsmyndighet har.

Om huvudmålet för omregleringen av apoteksmarknaden var att öka tillgängligheten genom fler fysiska apotek och längre öppettider borde även konkurrensen vara av underordnad betydelse. Orsaken är åter att såväl geografisk tillgänglighet som öppettider bör vara förhållandevis enkla att reglera genom lagstiftning, avtal eller ägarinstruktion.

Det andra målet för omregleringen av apoteksmarknaden var att ge konsumenterna bättre service och ett bättre utbud av tjänster. Eftersom kunderna torde observera olika serviceaspekter bättre än en statlig tillsynsmyndighet talar detta för att konkurrens kan ha haft en positiv effekt. Det är tänkbart att konkurrensen stärker incitament till ett gott bemötande och en god service. Statskontorets (2013) och Konsumentverkets (2011) undersökningar av konsumenternas uppfattning indikerar dock att konsumenterna i huvudsak har varit nöjda med servicen både före och efter reformen och att skillnaderna är små. Vårdanalys befolkningsundersökning visar att över hälften av de svarande anser att apotekens rådgivning om läkemedel och dess användning varken har blivit bättre eller sämre efter omregleringen. Nära en femtedel tycker att rådgivningen har blivit bättre

eller mycket bättre. En stor andel av de tillfrågade anser också att apotekspersonalens bemötande inte förändrats eller har blivit bättre eller mycket bättre efter omregleringen. Detta skulle i så fall betyda att konkurrens på apoteksmarknaden inte är av särskilt stor betydelse av denna anledning heller.

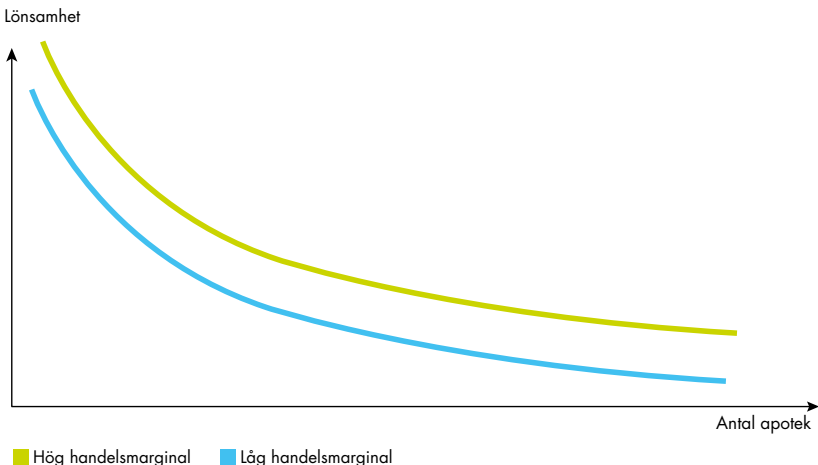
Handelsmarginalen kan inte styra avkastningskraven på en fri marknad

Regeringen angav i sin proposition att den nya apoteksmarknaden ska styras med en lönsamhetsreglering. Det betyder att regleringsmyndigheten, TLV, ska sätta en handelsmarginal i syfte att garantera att apoteken får en rimlig avkastning.

Vi menar att en dylik lönsamhetsreglering leder fel. Avkastningen på en avreglerad marknad bestäms på lång sikt på den internationella kapitalmarknaden. Om TLV beslutar om en hög marginal för att garantera en avkastning över marknadens avkastningskrav så kommer existerande kedjor att öka antalet apotek och nya aktörer kommer att etablera sig på marknaden. Dessa nyetableringar innebär att avkastningen sänks ned mot marknadens avkastningskrav. Orsaken är att fler apotek innebär ökade kostnader såväl i form av personal, lokaler, transporter och lager.

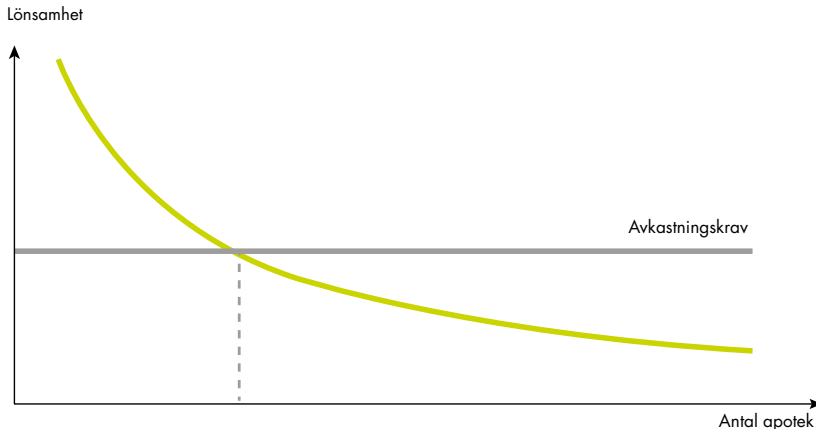
Lönsamheten sjunker ju fler apotek eller kedjor som etablerar sig på marknaden, när handelsmarginalen ligger på en viss nivå. En högre handelsmarginal leder till ökad lönsamhet oavsett hur många apotek som finns på marknaden, vilket illustreras i figur 2.15.

Figur 2.15. Högre handelsmarginal leder till högre lönsamhet för ett givet antal apotek.



Företagens avkastningskrav som bestäms på de internationella kapitalmarknaderna illustreras av den horisontella linjen i figur 2.16. Avkastningskravet påverkas inte av antalet apotek på den svenska apoteksmarknaden.

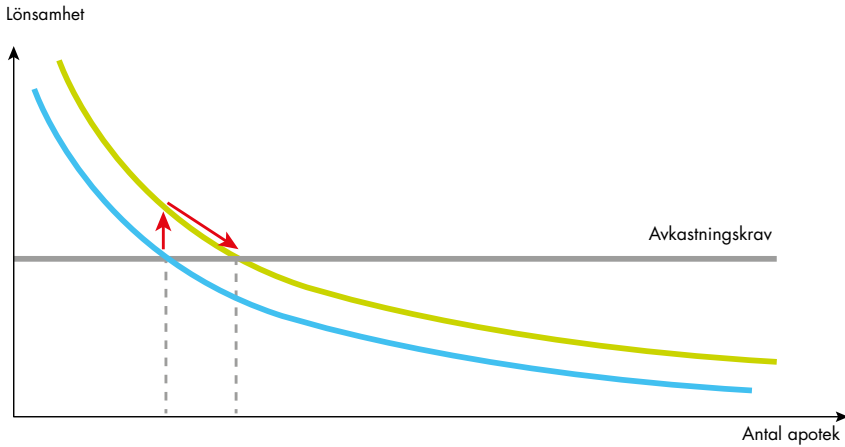
Figur 2.16. Marknadens avkastningskrav och antal apotek.



Antalet apotek som kommer att etableras bestäms av skärningspunkten mellan marknadens avkastningskrav och sambandet mellan avkastning och antalet apotek (figur 2.16). Om antalet apotek skulle vara färre än så kommer avkastningen på den svenska apoteksmarknaden att vara högre än på kapitalmarknaden, vilket kommer att locka till sig mer kapital och ett ökat antal apotek. I takt med att apoteken blir fler sjunker avkastningen ned mot jämviktsnivån. Om antalet apotek istället skulle vara för stort i utgångsläget så skulle avkastningen på den svenska apoteksmarknaden vara för låg vilket skulle föranleda nedläggning av apotek.

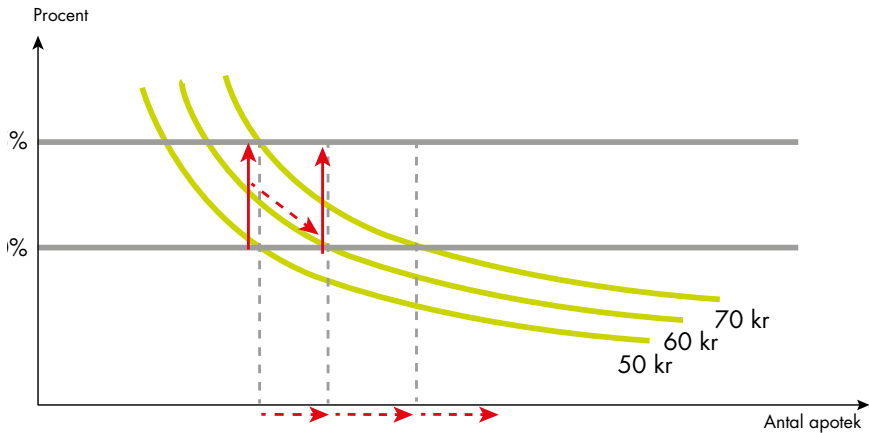
Om TLV skulle öka handelsmarginalen för att öka lönsamheten på den svenska apoteksmarknaden så skulle lönsamheten på kort sikt mycket riktigt stiga (den uppåtriktade pilen i figur 2.17). På lite sikt etableras nya apotek, varvid lönsamheten börjar sjunka ned mot kapitalmarknadens avkastningskrav längs det nya högre sambandet för lönsamhet - butiksantal (längs pilen som pekar nedåt och till höger i figur 2.17).

Figur 2.17. Kort- och långsiktig anpassning till ökad handelsmarginal.



Om TLV försöker styra mot en viss avkastning, säg 15 procent, som skiljer sig från den marknadsmässiga, säg tio procent, kommer man inte att lyckas. Successiva ökningar av ersättningen per expedierad förpackning (50 till 60 till 70 kronor) leder endast till successivt ökat apoteksantal (se figur 2.18).

Figur 2.18. Långsiktiga effekter av styrning mot ett för högt avkastningsmål.



Slutsatsen är således att man inte kan använda handelsmarginalen för att styra mot en viss lönsamhet.

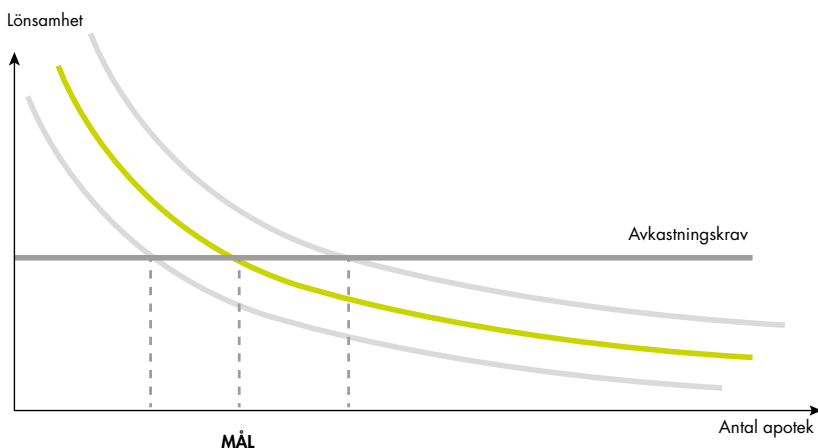
Handelsmarginalen bör användas för att reglera tillgänglighet

Istället bör man vända på perspektivet. Politik sambandet är huvudsakligen ett samband mellan handelsmarginal och tillgänglighet. Ökar man handelsmarginalen kommer tillgängligheten, avseende antalet apotek, att öka. Minskar man handelsmarginalen kommer antalet apotek att minska.

Vi menar därför att TLV bör tillämpa en tankeram som innebär att man använder handelsmarginalen för att styra mot en önskad tillgänglighet. Detta torde dessutom ligga väl i linje med de politiska målen som just är att förändra tillgängligheten på den svenska apoteksmarknaden.

En tillgänglighetsreglering kan åskådliggöras i samma typ av figur som vi använde ovan (se figur 2.19).

Figur 2.19. Tillgänglighetsreglering – önskat antal apotek bestämmer apoteksmarginalen.



Man bör således ha ett tydligt mål för tillgängligheten. Myndigheten får sedan bestämma en viss handelsmarginal som man tror kommer att leda till detta mål. Efter en viss tid kan tillgängligheten på marknaden utvärderas och handelsmarginalen kan anpassas uppåt eller nedåt, beroende på om utfallet underskrider eller överskrider målet.

Självklart kräver en dylik regleringsmodell en mängd information och en del beräkningsarbete, precis som alla andra regleringsmodeller. Vi ska även påminna om att vi menar att handelsmarginalen kan behöva differentieras mellan glest och tätt befolkade områden i landet.

2.7 SLUTSATSER

Antalet apotek har ökat kraftigt till följd av omregleringen. Den geografiska närheten till apotek för befolkningen har ökat efter omregleringen, men ökningen har varit relativt marginell. Ett minskat antal apoteksombud bidrar till denna bild, men det är oklart om denna minskning har orsakats av apoteksomregleringen.

Apotekens öppettider har ökat efter omregleringen. Skillnaderna är dock stora mellan olika delar av landet. Ökningen har varit störst där befolknings-tätheten är hög. Lagerhållningen synes däremot ha försämrats.

Priserna på läkemedel förefaller inte ha påverkats på ett betydande sätt. Vad gäller receptbelagda läkemedel med patent var detta väntat, eftersom dessa priser fortsatt är reglerade. Priserna på receptfria läkemedel har ökat något, men det är svårt att fastställa om det beror på apoteksreformen eller har andra orsaker. Priserna på läkemedel med generisk konkurrens har mest tydligt påverkats av reformen. Priserna har ökat genom att apoteken har tillåtits höja sin marginal på dessa produkter, men minskat genom att läkemedelstillverkarna har tvingats acceptera lägre priser. För konsumenter och samhället tar dessa effekter ungefär ut varandra.

Valet av ägarform och konkurrens har sannolikt en förhållandevis begränsad betydelse på apoteksmarknaden. På många andra områden där kvaliteten i verksamheten är betydligt mer komplex, till exempel inom skolan eller inom sjukvården, har både konkurrens och ägarform sannolikt stor betydelse. De positiva effekter som omregleringen av apoteksmarknaden har lett till i form av ökat generiskt utbyte, ökade öppettider och fler apotek hade sannolikt även kunnat åstadkommas inom ramen för ett offentligt ägt monopol. Det hade rimligen inneburit att de samhällsekonomiska kostnaderna för apotekstjänster, åtminstone på kort sikt, hade varit lägre.

De centrala delarna av omregleringen, övergången till konkurrens och vinstdrivna apotek, kombinerades med ett tryck på läkemedelsföretagen att sänka sina priser, ökade möjligheter för apoteken att sälja andra produkter/handelsvaror så som hygienprodukter och smink samt förhandlingsrätt gentemot säljare av läkemedel som kan parallellimporteras till Sverige. Det innebär att den ökade tillgängligheten åtminstone delvis har åstadkommit på bekostnad av andra aktörer, nämligen läkemedelsföretagen och övrig detaljhandel, i stället för på bekostnad av det allmänna. Det är möjligt att denna övervältring av kostnaderna för den ökade tillgängligheten är önskvärd och att det hade varit svårare att åstadkomma en dylik förändring inom ramen för ett bibehållet offentligt monopol. Det är dock svårt att svara på.

Vår huvudslutsats är att även om antalet apotek har ökat kraftigt till följd



av reformen har inte medborgarnas närhet till apotek ökat i motsvarande mån. Orsaken är att de flesta nya apotek har etablerats i närheten av andra apotek. Det beror i sin tur på att handelsmarginalen inte har utformats för att styra apoteksmarknaden mot ökad tillgänglighet. Konkurrensen leder istället till vad som framstår som onödigt många apotek i vissa centrala lägen.

Det är också tänkbart att det ökade konkurrenstrycket kan gå ut över servicegraden. Mot detta talar dock att marginalen är reglerad, varför apoteken inte kan bjuda under varandra med priset. De kunder som är missnöjda med den service som erbjuds har därför goda möjligheter att vända sig till andra apotek.

Risken framstår som högre att apoteken väljer att – eller känner sig tvingade att – tänja på reglerna i förhållande till det allmänna. Detta kan ske på flera sätt. Apoteken kan välja att lagerföra små förpackningar, eftersom den sammanlagda marginalen är högre för två små förpackningar än för en stor. De kan också välja att vara alltför generösa med att använda apotekskryss, vilket ökar samhällets kostnad men håller kunderna skadelösa, för det fall deras lagerhållning brister.

2.8 REFERENSER

- Apotekens Service AB (2013). *Läkemedelsförsäljningen i Sverige 2013*. Apotekens Service AB.
- Apoteket AB (2008). *Hållbarhetsredovisning 2008*. Apoteket AB.
- Bergman M. och Stennek J. (2010). *Bättre spelregler på apoteksmarknaden*.
- Bohm P. (1996). *Samhällsekonomisk effektivitet*. Stockholm: SNS.
- Granlund D. (2013). *The effect of pharmacies' right to negotiate discounts on the market share of parallel imported pharmaceuticals*. HUI Research och Umeå universitet.
- Hart O., Shleifer A. och Vishny R.W. (1997). The proper scope of government: Theory and an application to prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(4), s. 1127-1161.
- Hoffman M., Andersén Karlsson E. och Vinge E. (2013a). Patienter får betala onödigt höga priser. *Svenska Dagbladet* (2013-10-14).
- Hoffman M., Andersén Karlsson E. och Vinge E. (2013b). Ska priset variera i landet, Hägglund? *Dagens Apotek*. Debatt. (2013-10-16).
- Höjer J., Karlsson-Stiber C., Landgren A., Olsson E., Personne M. och Persson H. (2013). Paracetamolförgiftningar allt vanligare. *Läkartidningen*, 110, s. CFW3.

- Konsumentverket (2008). *Apoteksmarknaden ur konsumentperspektiv – en konsumentundersökning våren 2008* (2008:12). Karlstad: Konsumentverket.
- Konsumentverket (2011). *Omregleringen av apoteksmarknaden – redovisning av ett regeringsuppdrag* (2011:9). Karlstad: Konsumentverket.
- Läkemedelsverket (2012). *Försäljning av receptfria läkemedel – hur gör personalen?* Uppsala: Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket (2013). *Restnoteringar. Rapport från läkemedelsverket*. Uppsala: Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket och Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (2013). *För farmaceuter. Ett tryggt byte på apotek - likvärdigt läkemedel till lägre pris. Kunskapsunderlag om det generiska utbytet för farmaceuter på apotek*.
- Nordén-Hägg A., Sexton J.B., Kalvemmark-Sporrong S., Ring L. och Kettis-Lindblad A. (2010). Assessing safety culture in pharmacies: The psychometric validation of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clinical Pharmacology*, 10, s. 8.
- Nordén-Hägg A. (2010). *Failure-free pharmacies? An exploration of dispensing errors and safety culture in Swedish community pharmacies*. Diss. Uppsala universitet. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Olsson E., Ingman P., Ahmed B. och Kalvemmark Sporrong S. (2014). Pharmacist-patient communication in Swedish community pharmacies. *Research in Social Administrative Pharmacy*, 10(1), s. 149-55.
- Persson U., Nordling S. och Pettersson B. (2009). Kostnadseffektivitetsanalyser ett instrument för en långsiktigt hållbar läkemedelsmarknad? *Ekonomisk Debatt*, s. 42-53.
- Regeringens Proposition (2007/08:142). *Sjukhusens läkemedelsförsörjning*.
- Regeringens Proposition (2008/09:145). *Omreglering av apoteksmarknaden*.
- Regeringens Proposition (2008/09:190). *Försäljning av receptfria läkemedel*
- Regeringskansliet (2012). *Verksamhetsberättelse för företag med statligt ägande 2012* (Fi 2013:5).
- Socialstyrelsen (2013). *Läkemedel. Statistik för år 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (SOU 2008:4). *En omreglering av apoteksmarknaden*. Stockholm: Fritzes.
- SOU (SOU 2012:75). *Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden*. Stockholm: Fritzes.
- Statskontoret (2013). *En omreglerad apoteksmarknad. Slutrapport*. (2013:7). Stockholm: Statskontoret.



- Sveriges Apoteksförening och Apotekarsocieteten (2011). *God apotekssed i Sverige* (GPP).
- Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (2012). *2012 års översyn av apotekens handelsmarginal. En samlad bedömning av ersättningen till apoteksmarknaden*. Slutrapport. Stockholm: Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket.
- Tillväxtanalys (2010). *Tillgänglighet till tätorter av olika storlekar. Modellerings genom indexerad tillgänglighet* (2010:10). Östersund: Tillväxtanalys.
- Tillväxtanalys (2012a). *Geografisk tillgänglighet till läkemedel. En analys av omregleringen av apoteksmarknaden*. Slutrapport. (2012:11). Östersund: Tillväxtanalys.
- Tillväxtanalys (2012b). *Kostnadsutvecklingen för läkemedel på den omreglerade apoteksmarknaden*. (2012:13). Östersund: Tillväxtanalys.
- Tillväxtanalys (2011). *Kostnadsutvecklingen för läkemedel på den omreglerade apoteksmarknaden*. (2011:14). Östersund: Tillväxtanalys.
- Tillväxtanalys (2010). *Utvärdering av kostnadsutvecklingen för läkemedel på den omreglerade apoteksmarknaden – delrapport 1*. (wp/pm 2010:13). Östersund: Tillväxtanalys.
- Tirole, J. (1988). *The theory of industrial organizations*. MIT Press.
- Trafikverket (2012). *Viktiga metodförändringar och revideringar av kalkylvärden i asek 5* (Sple 2012:04). Borlänge: Trafikverket.
- Wallér, J. och Ehrenberg H. (2013-09-02). (Elektronisk). *Gemensamt lagersaldo möter kundernas efterfrågan*. <http://www.sverigesapoteksforening.se/gemensamt-lagersaldo-moter-kundernas-efterfragan/>. [2014-03-06].
- Wolinsky A. (1997). Regulation of duopoly - managed competition vs regulated monopolies. *Journal of Economics & Management Strategy*, 6(4), s. 821–847.



Vårdvalets påverkan på tillgänglighet

Av Clas Rehnberg

Införandet av valfrihet för befolkningen att välja vårdcentral och fri etablering för vårdgivare inom primärvården har förändrat den traditionella svenska sjukvårdsmodellen. Centrala målsättningar med vårdvalsreformerna var att öka tillgängligheten till primärvården samt att stärka patientens ställning inom vården. De första vårdvalsreformerna infördes på eget initiativ av landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland. I och med vårdvalsreformen kom vårdvalssystemen att bli obligatoriska inom primärvården i hela landet. Införandet av vårdval har förändrat primärvården i främst tätbefolkade områden med en expansion av nya vårdgivare som har ökat möjligheterna för patienterna att välja vårdcentral. Utbudet och vårdutnyttjandet inom primärvården har också ökat, men vårdutnyttjandet är fortsatt lågt ur ett internationellt perspektiv. Uppföljningar av primärvårdens fördelning mellan socioekonomiska grupper visar på motstridiga resultat som behöver analyseras vidare. Patient-läkarkontinuiteten och primärvårdens samordning med övrig hälso- och sjukvård är fortfarande brister, men förutsättningarna för förbättringar är goda.

I detta kapitel redogörs för hur olika dimensioner av tillgänglighet har påverkats av vårdvalssystemens införande. Utgångspunkten är att belysa dessa förändringar ur ett medborgar- och patientperspektiv. För att bedöma om införandet av vårdvalssystemet har lett till en ökad tillgänglighet till primärvård används den analysmodell som beskrivs närmare i inledningskapitlet (Levesque m.fl. 2013). I kapitlet analyseras hur tillgänglighetsdimensionerna fysisk tillgänglighet, information och sökbarhet, legitimitet och förtroende



samt ändamålsenlighet har förändrats sedan införandet av vårdvalsreformen och i vilken utsträckning som dessa förändringar kan härledas till införandet av vårdvalet. Kapitlet inleds med två avsnitt som ger en bakgrund till utvecklingen inom primärvården och beskriver målen med vårdvalsreformen. I avsnitt tre presenteras utvecklingen av den fysiska tillgängligheten inom primärvården. Avsnitt fyra beskriver förutsättningarna för valfrihet och vilken kunskap och information som finns tillgänglig i samband med val av vårdgivare. I avsnitt fem summeras omdömen om reformerna utifrån medborgar- och patientperspektiv. Frågan om primärvårdens ändamålsenlighet tas upp i avsnitt sex. Slutligen diskuteras andra aspekter av vårdvalsreformerna i avsnitt sju. Underlaget i kapitlet utgörs av de uppföljningar och utvärderingar som gjorts regionalt och nationellt av vårdvalsreformen, relevant befintlig vetenskaplig litteratur, presentation och analys av statistik samt enkätundersökningar utförda av Vårdanalys.

3.1 PRIMÄRVÅRDENS ROLL I DET SVENSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDS-SYSTEMET

3.1.1 Utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård

Den expansion av svensk hälso- och sjukvård som ägde rum under 1960- och 1970-talen utmärktes av en offentlig finansiering och investeringar i en integrerad offentlig vårdorganisation. Historiskt hade stora delar av sjukvårdsproduktionen ägt rum i den offentliga sektorn, framför allt sjukhusvården, medan primärvården varit splittrad på flera aktörer. Utgångspunkten var en planeringsmodell där produktionsapparaten bestod av offentliga vårdgivare och där medborgarna/patienterna tilldelades vårdgivare utifrån geografisk tillhörighet eller bostadsort. Med undantag av en mindre andel privatpraktiserande läkare bestod utbudet av landstingsägda sjukhus, sjukhem och i viss mån vårdcentraler. Samtidigt delegerades ansvaret för vårdproduktionen till landstingen genom en rad reformer. På 1960-talet överfördes den tidigare statliga mentalvården till landstingen och det statliga provinsialläkarsystemet ersattes med landstingens utbyggnad av den offentliga primärvården karakteriserat av landstingsdrivna vårdcentraler med upptagningsområden. I slutet av 1970-talet tog landstingen över de tidigare statliga universitetssjukhusen Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset. Under 1980-talet fick landstingen genom den så kallade DAGMAR-reformen även kontroll över nyetablering av privatläkare under den nationella taxan inom socialförsäkringssystemet.

Modellen för hälso- och sjukvårdens organisation var, med undantag för DAGMAR-reformen, relativt oomstridd. Men under slutet av 1980-talet

kom den offentliga sektorns dominerande roll att ifrågasättas i den politiska debatten. Ett viktigt inslag i debatten var den så kallade maktutredningen (SOU 1990:44) där ett visst missnöje med servicenivån i den offentliga produktionen kom till uttryck. För hälso- och sjukvårdens del gällde detta problem som bristande tillgänglighet, långa väntetider, avsaknad av möjlighet att kunna välja sin läkare eller mottagning samt bemötandet i vården. När det gällde den medicinska behandlingen och bedömning av kvalitetsaspekter var resultaten relativt goda.

Inom flera landsting prövades möjligheterna att lägga ut viss verksamhet på entreprenad (Stockholm, Östergötland med flera). I början på 1990-talet genomfördes ett antal reformer där staten övertog initiativet och öppnade upp för privata vårdgivare att etablera sig på sjukvårdsmarknaden. Det gällde den fria etableringen av privatpraktiserande specialister år 1992 samt Husläkarreformen samma år. Husläkarreformen innebar att befolkningen fick möjlighet att välja sin primärvårdsläkare genom att i förväg ”lista sig” hos sin läkare. Varje husläkare skulle ansvara för cirka 2 000 individer. Reformen var inspirerad av det brittiska GP-systemet (General Practitioner) och utgick från att läkaren var ansvarig för patienterna på sin lista. Detta innebar att man delvis frångick det tidigare systemet med geografiska upptagningsområden. Syftet med reformen var förbättrad tillgänglighet och kontinuitet i kontakten mellan läkare och patient, men även att öka valfriheten och mångfalden genom att den offentliga primärvården utsattes för konkurrens från privata aktörer.

Dessa reformer avskaffades år 1994, men de etableringar som gjorts ändrade det tidigare dominerande offentliga utbudet i flera landsting. De privata specialister som hunnit etablera sig fick fortsätta sin verksamhet och flera landsting bibehöll det utbud av privata vårdgivare som etablerats genom husläkarreformen. Under senare delen av 1990-talet bromsades utvecklingen mot privatisering upp genom bland annat den så kallade stopplagen som förbjöd landstingen att sälja sjukhus. Däremot fortsatte en del landsting att lägga ut verksamhet på entreprenad via offentlig upphandling. Den offentliga upphandlingen innebar dock inte valfrihet för patienterna. Frågan om medborgarnas valfrihet uppkom först under 2000-talet då ett antal landsting på eget initiativ startade vårdvalsmodeller inom primärvården. Det följdes år 2010 av den lagstiftning som gjorde det obligatoriskt för alla landsting att införa vårdval i primärvården, det vill säga vårdvalsreformen. Vårdvalsreformen trädde i kraft den 1 januari 2010 genom att lagen om valfrihetssystem (2008:962) blev obligatorisk för landstingen i organisationen av primärvården. Några landsting har även fortsatt att utveckla vårdvalsmodeller för den somatiska specialistvården.



3.1.2 Svensk primärvård utgör en mindre andel av hälso- och sjukvården i ett internationellt perspektiv

Den nuvarande utvecklingen mot vårdvalsmodeller baserade på valfrihet och etableringsrätt innebär att svensk primärvård närmar sig den modell som funnits en längre period i övriga Europa. I såväl socialförsäkringssystem, som i Tyskland och Nederländerna, som i skattebaserade system, som i Danmark och Storbritannien, har valfrihet och ett utbud av främst privata allmänläkare varit utmärkande för primärvården. Även om det inte inneburit en fullständig valfrihet för patienterna och etableringsrätt för vårdgivare med olika ägandeformer har primärvården i dessa länder egenskaper som skiljt sig från den svenska planeringsmodellen. 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 fastlege-reformen som infördes år 2001. Enligt OECD:s kartläggning är det i dag inom Europa endast Finland, Island, Italien, Portugal, Spanien och Sverige där primärvården i huvudsak bedrivs i offentlig regi (Paris m.fl. 2010). I flertalet länder i Östeuropa privatiserades primärvården efter Berlinmurens fall.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har även utmärkts av en relativt svag primärvård i förhållande till specialist- och sjukhusvården. I tabell 3.1 redovisas tillgången på allmänläkare och deras andel av det totala antalet besök inom den öppna vården i de nordiska länderna.

Tabell 3.1. Antal allmänläkare i primärvården för de nordiska länderna, år 2010/2012.

	Allmänläkare/1000 invånare		Allmänläkare som andel av samtliga läkare
	OECD (2010)	NOMESKO (2012)	OECD (2010), %
Danmark	0,73	0,93	23
Finland	1,13	1,01	35
Norge	0,83	1,16	20
Sverige	0,63	0,63	16

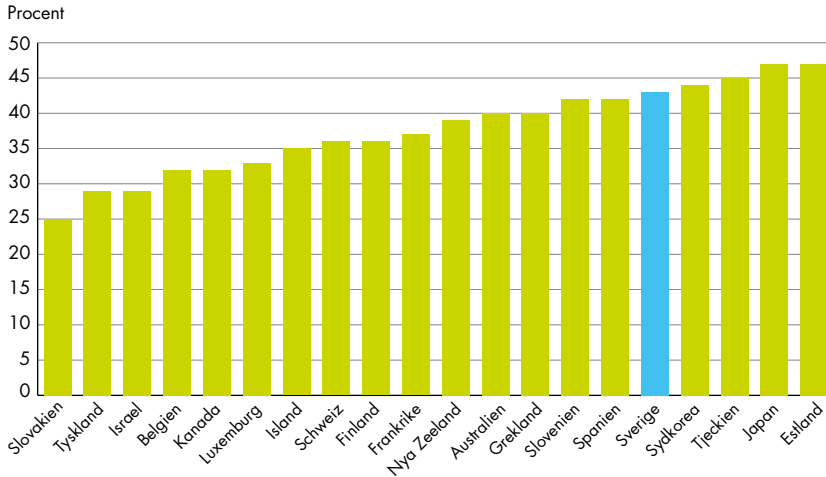
Källa: OECD databas (stats.oecd.org) och NOMESKO (2013).

Som framgår av tabellen har Sverige i jämförelse med de nordiska grannländerna mindre antal allmänläkare per invånare såväl som en lägre andel allmänläkare av samtliga läkare. För OECD-länderna finns även information om antalet läkarbesök per invånare som visar att Sverige internationellt ligger på en mycket låg nivå (Rehnberg m.fl. 2013).

En stor del av de totala sjukvårdsresurserna i Sverige går till sjukhussektorn. Även om flera länder saknas och inte redovisar kostnader per vårdform, kan vi

konstatera att i jämförelse med andra länder i Europa är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet relativt sjukhusdominerat (figur 3.1). Sverige har haft en klart mindre andel primärvård än flertalet länder i Europa. Den planering som fanns på en kraftig expansion av primärvården under 1970- och 1980-talen kom aldrig att realiseras, mycket beroende på en brist av allmänläkare.

Figur 3.1. Sjukhuskostnadernas andel av totala hälso- och sjukvårdskostnader, i procent, år 2011 eller senaste år.



Källa: OECD databas (stats.oecd.org) 2013.

3.2 VALFRIHETEN ÄR GEMENSAM – MEN SKILLNADER I UTFORMNING AV SYSTEMEN

3.2.1 Målen med vårdvalsreformen

Målsättningen med vårdvalsreformen var att stärka patientens ställning och öka valfriheten. Vårdvalsreformen inom primärvården 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 uttalade syftet med reformerna har dock varit att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Detta för att patienter bättre skulle kunna tillvarata rätten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården som, enligt regeringens proposition, förutsätter öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och vårdgivare (Regeringens proposition 2008/09:74).



Andra syften som anges i regeringens proposition om vårdval i primärvården är att en mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Kvalitet och tillgänglighet förväntades öka genom konkurrens mellan vårdcentraler om att vara den mest attraktiva vårdgivaren för patienterna som med sitt val avgör vilken vårdgivare som får utföra vården och därmed får finansieringen, ibland kallat icke-priskonkurrens eller kvalitetskonkurrens.

Landstingen blev i och med reformen skyldiga 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). Landstingen får själva utforma ersättningssystem, listning, åtaganden och kvalitetskrav, vilket i praktiken innebär att de i stor utsträckning kan påverka möjligheterna för olika typer av vårdgivare att etablera sig inom systemet.

När det gäller primärvårdens omfattning och eventuell resursförstärkning finns inga uttalade mål i reformen. Men eftersom staten i lagstiftningen överlätit bland annat utformningen av ersättningen till respektive landsting öppnades även möjligheter för landstingen att ställa upp egna syften. Det finns exempel på enskilda landsting som i samband med införandet av vårdval ökade resurserna till primärvården. I andra landsting har det mer varit frågan om att utnyttja befintliga resurser effektivare. Det bör i sammanhanget även anges att vårdvalsreformen inte syftade till att lösa andra problem inom primärvården och att det fanns farhågor om att nya problem kunde uppstå. Ett exempel på problem som inte togs upp var samordningen med övrig hälso- och sjukvård. Även om enskilda landsting har haft egna syften angående exempelvis avlastning av övrig öppenvård var det inte en uttalad målsättning i den nationella reformen.

3.2.2 Vårdvalsreformen gav utrymme för stora regionala variationer i vårdvalssystemen

Lagstiftningen om vårdvalet gav landstingen ett relativt stort handlingsutrymme när det gäller utformningen av systemen. Det gäller frågor om regleringen av tillträdet till marknaden, uppdragets omfattning, utformningen av ersättningssystemet samt inte minst målsättningar om det offentliga utbudet av primärvård. I vilken utsträckning tillgängligheten för medborgare och patienter påverkas av vårdvalet är således även beroende av systemets utformning inom respektive landsting.

”

Jag har en livslång erfarenhet från sjukvården i och med att jag är född med ett ovanligt syndrom. Vi som har detta syndrom tillhör primärvården, men är egentligen oftast alldeles för sjuka. Jag hade en och samma doktor länge, i 13 år. I perioder fungerade vårt samarbete väldigt bra, i perioder har jag också varit väldigt arg på honom och känt att han inte tog mina behov på allvar.

Med vårdvalet kände jag att jag kanske skulle pröva att byta. Jag ringde till en nyöppnad, privat vårdcentral och berättade min historia. Sköterskan sa att det var ett klurigt ärende och bad att få återkomma. Någon vecka senare ringde de tillbaka och sa att de var nyöppnade och att deras resurser inte skulle mäta sig med mina behov. Därför ansåg de att de inte kunde ta emot mig.

Nu betydde vårdvalet inget för mig, jag hade för stora besvär. Valmöjlighet har man om man har vanliga, normala problem. Jag har grubblat jättemycket på vårdvalet – vem vill ha mig?

Kvinna, 46 år, tätort⁵

⁵ Denna berättelse är en personlig erfarenhet av vårdvalet. Syftet med intervjun är endast illustrativt och kan inte utan vidare generaliseras.

Även om vårdvalsmodellerna som landstingen infört från år 2007 och framåt har delvis skilda målsättningar och egenskaper, finns vissa gemensamma inslag. Det gäller medborgarnas möjlighet att fritt välja mellan olika vårdgivare samt vårdgivarnas rätt att etablera sig med offentlig finansiering. Innan lagstiftningen trädde i kraft vid början av år 2010 hade redan sex landsting och två regioner helt eller delvis infört vårdvalssystem i primärvården. Övriga landsting (utom Gotland) hade publicerat förfrågningsunderlag under år 2009 eller tidigt under 2010 (Socialstyrelsen 2010).

Regleringen av inträdet till marknaden för primärvården bestäms på egen hand av landstingen. De ska dock behandla offentliga och privata vårdgivare lika och inträdet ska vara fritt. Det innebär att konkurrensneutralitet ska iakttas och ingen diskriminering får ske utifrån ägandeformer. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfritetssystem och som uppfyller de fastställda kraven godkänns och utförarna konkurrerar inte om pris utan ger den enskilde möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten. Mot bakgrund av att tydliga kvalitetskriterier inom primärvården inte utvecklats, saknas i regel krav på resultat och effekter.

Primärvårdens uppdrag kan variera för enskilda vårdgivare från att endast gälla läkarverksamheten till att även omfatta mödravård, barnhälsovård med mera. I detta avseende har landstingen formulerat uppdraget för vårdgivarna olika brett. Detta har även konsekvenser för graden av konkurrens på marknaden där ett brett uppdrag förutsätter större aktörer och därmed leder till en mindre grad av konkurrens.

Med lagstiftningen följde även att ersättningen ska följa individernas val, en fri etableringsrätt givet de regler landstingen satt upp samt att alla vårdgivare ska behandlas lika. Ersättningsprinciper och kostnadsansvar bestäms av respektive landsting. Detta har inneburit skillnader i uppdragets innehåll och ersättningsprinciper, vilket är intressant att studera från ett jämförande perspektiv. Generellt är det främst Stockholms läns landsting som har utformat uppdraget och ersättningen annorlunda än flertalet övriga landsting (Dahlgren m.fl. 2013).

En frågeställning som fått mindre uppmärksamhet är landstingens strategi för sina egna primärvårdsenheter inom vårdvalsmodellerna. I flertalet landsting var utgångsläget att de offentliga vårdcentralerna hade störst marknadsandel. Dessa är oftast organiserade inom samma organisation och kom med vårdvalsreformerna att utsättas för konkurrens från dels etablerade privata vårdgivare och dels nya privata aktörer. En bedömning är att flertalet landsting haft en passiv strategi, det vill säga bibehållit den offentliga

kapaciteten och överlätit åt privata vårdgivare att etablera sig där efterfrågan uppstått. I vissa landsting kompletteras strategin med att man sålt ut en del offentliga enheter till privata aktörer. Det finns få exempel där landstingen haft en aktiv strategi för att öka andelen offentliga vårdgivare. I de fall där de offentliga vårdgivarna ökat i marknadsandelar har det ofta varit fråga om att ta över patienter där de privata har misslyckas, gått i konkurs eller av andra skäl lämnat marknaden. En annan möjlighet för landstingen hade varit att de offentliga enheterna börjat konkurrera med varandra. En sådan utveckling med konkurrens inom den egna organisationen är dock inte sannolik för vare sig offentliga ägare eller större privata koncerner.

De enskilda landstingen har således relativt stora frihetsgrader att utforma vårdvalsmodellerna inom primärvården på egen hand. Samtidigt har förutsättningarna varit olika och landstingen uppvisar även innan införandet av reformen skillnader som är historiskt betingade. Det gäller till exempel primärvårdens relativa andel av den totala hälso- och sjukvården samt fördelningen mellan olika personalkategorier där vissa landsting har en mindre läkardominerad primärvård än andra. I nedanstående avsnitt redogörs för de huvudsakliga skillnaderna mellan landstingens vårdvalsmodeller (tabell 3.2).

Tabell 3.2. Indelningar av landsting i kategorier.

Ersättningsmodell	1. Ingen rörlig ersättning	2. Viss rörlig ersättning	3. Hög rörlig ersättning
<i>Antal landsting</i>	5	15	1
Införande Vårdval	1. 2007–2009	2. 2010	
<i>Antal landsting</i>	8	13	
PV-roll (primärvårdens andel av total nettokostnad)	1. Lägst	2. Medel	3. Högst
<i>Antal landsting</i>	7	7	7
Läkardominans (andel av läkarbesök/ssk.besök)	1. Flest sjuksköterskebesök	2. Flest läkarbesök	
<i>Antal landsting</i>	6	15	
Grad av närhet till tätort*	1. Lägst	2. Medel	3. Högst
<i>Antal landsting</i>	7	7	7

*) Grad av närhet till tätort (eller tillgänglighetsklass) definieras utifrån en modell från Tillväxtanalys som bygger på en indexering av tillgängligheten mellan 0-100, där noll beskriver områden inom tätort och 100 det maximala avståndet på farbara bilvägar. Syftet är att spegla befolkningens grad av tillgänglighet till ett möjligt serviceutbud. (Tillväxtanalys 2010)

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006-2012), Anell och Glengård (2012), Tillväxtanalys och Vårdanalys bearbetning.



Indelningsgrunderna utgår från skillnader i ersättningsprinciper, startår för reformen, primärvårdens andel av totala resurser, fördelning mellan besök hos läkare/sjuksköterska samt grad av närhet till tätort (tillgänglighetsklass). Placeringen av respektive landsting anges i bilaga 4. Syftet med indelningen är att se om några avgörande skillnader i tillgänglighet och andra effekter kan iaktas mellan dessa grupperingar, vilket redovisas i respektive avsnitt.

3.3 UTBUD OCH MÅNGFALD HAR FRÄMST ÖKAT I STORA REGIONER OCH I SÖDRA SVERIGE

Den fysiska tillgängligheten är ett centralt mål med vårdvalsreformerna. Med fysisk tillgänglighet avses i vilken utsträckning patienter kan få sina behov tillgodosedda inom rimlig tid och avstånd. Det finns ett antal indikatorer som kan belysa utvecklingen av denna dimension. I detta avsnitt studeras följande indikatorer: i) förändringar av utbudet, ii) vårdutnyttjande, iii) jämlikhet och undanträngningseffekter, iv) restid och läkartillgänglighet, v) patientupplevd tillgänglighet samt vi) konkurrens.

3.3.1 Geografisk tillgänglighet

Sedan vårdval infördes i enskilda landsting och efter lagstiftningen har utbudet av primärvård ökat kraftigt. I vissa landsting har det även varit ett uttalat mål i samband med införandet av vårdval att primärvården i ökad utsträckning ska avlasta övrig öppenvård.

Det finns ett antal faktorer som kan förklara skillnader i graden av nyetableringar. En viktig faktor är utformningen av ersättningen där fördelningen mellan rörlig och fast del kan förväntas påverka intresset för nyetablering. Nya mottagningar förväntas ha lättare att prestera besök för nya patienter än att få nya patienter listade. Även proceduren för listning kan tänkas påverka nyetableringen och utbudet. I landsting med så kallad passiv listning fördelas olistade patienter till etablerade vårdgivare, vilket försvårar marknadsinträdet för nya vårdgivare. Med så kallad aktiv listning finns i regel alltid ett antal individer som är olistade, vilket i områden med stor andel olistade kan tänkas locka till sig nya vårdgivare.

Konkurrenssituationen i ett område påverkar även viljan att etablera sig. I en studie av vårdvalet inom husläkarsystemet i Stockolms läns landsting framgick att kommuner och stadsdelar med låg andel besök vid egna primärvårdsmottagningar hade fler nyetableringar (Rehnberg och Sveréus 2012). Grad av närhet till tätort kan även vara en faktor som påverkar ny-

etablering då det ofta föreligger större risk och högre kostnader för etablering i glesbygd. Ytterligare en faktor som påverkar utbudet är vilken strategi de offentligt ägda primärvårdsorganisationerna har, avseende i vilken utsträckning man avser att sälja ut enheter, inta en passiv roll eller konkurrera med privata vårdgivare.

Konkurrensverket har i två rapporter kartlagt utvecklingen av antalet vårdcentraler för hela landet (2010, 2012). I tabell 3.3 presenteras utvecklingen av utbudet av mottagningar för hela landet uppdelat på offentliga och privata enheter. Tabellen är en uppdatering av den statistik som presenteras i Konkurrensverkets rapport.

Tabell 3.3. Antal vårdcentraler och förändring av antal vårdcentraler före och efter vårdval.

	Före vårdval			2013			Total förändring	
	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	(+ / -)	%
Västra Götaland	151	118	33	208	116	92	57	37,7
Jönköping	39	33	6	52	31	21	13	33,3
Uppsala	40	24	16	49	26	23	9	22,5
Kronoberg	27	22	5	33	22	11	6	22,2
Stockholm	175	79	96	213	75	138	38	21,7
Halland	38	25	13	46	23	23	8	21,1
Sörmland	22	18	4	26	17	9	4	18,2
Västernorrland	28	23	5	32	21	11	4	14,3
Skåne	136	88	48	153	85	68	17	12,5
Kalmar	34	28	6	38	27	11	4	11,8
Gävleborg	38	29	9	42	29	13	4	10,5
Västerbotten	35	33	2	38	32	6	3	8,6
Jämtland	27	24	3	29	23	6	2	7,4
Västmanland	30	12	18	31	13	18	1	3,3
Dalarna	33	32	1	34	29	5	1	3,0
Östergötland	43	37	6	43	34	9	0	0,0
Gotland	8	6	2	8	6	2	0	0,0
Blekinge	21	15	6	21	13	8	0	0,0
Värmland	33	30	3	33	25	8	0	0,0
Örebro	30	26	4	30	26	4	0	0,0
Norrbottnen	35	33	2	34	31	3	-1	-2,9
Riket	1023	735	288	1193	704	489	170	16,6

Källa: Konkurrensverket 2012 och Sanocore AB.
Vårdanalys bearbetning efter Konkurrensverkets definitioner.

I tabellen är landstingen rangordnade från det landsting med störst ökning



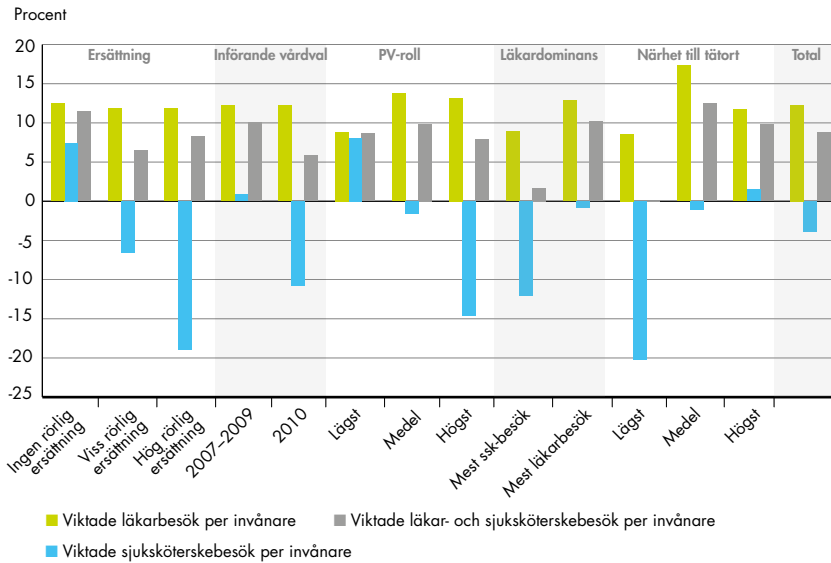
av antalet vårdcentraler från införandet av reformen fram till december år 2013. Antalet vårdcentraler ökade med 17 procent från införandet av vårdvalssystemen fram till år 2013. Som framgår av tabellen utgörs nytillskottet av nya vårdcentraler uteslutande av privata enheter. Det kan tolkas som att landstingen som ägare av egna vårdcentraler intagit en passiv hållning och överlåtit nyetableringen till marknaden. I Konkurrensverkets rapport från år 2012 framgår att 267 nya vårdcentraler etablerats, medan 77 stycken lagts ner under perioden. Definitionen av en vårdcentral är inte helt entydig. Antalet vårdcentraler kan därför variera något mellan olika källor och ger en viss osäkerhet kring det faktiska antalet vårdcentraler. Som framgår av tabellen är de regionala skillnaderna stora. Det är främst de stora landstingen/regionerna samt landsting i södra Sverige som noterar en ökning av antalet vårdcentraler, medan flera landsting i norra Sverige har ett oförändrat antal enheter.

3.3.2 Utvecklingen av vårdutnyttjandet

Även om den fysiska tillgängligheten har ökat inom svensk primärvård har vi ett klart lägre öppenvårdsutnyttjande än flertalet länder i Europa. Det gäller även om vi jämför Stockholm som är det landsting med högst antal läkarbesök per invånare. Stockholm ligger betydligt under Europa-genomsnittet och även under nivån för våra nordiska grannländer (Rehnberg m.fl. 2013).

Den ökade tillgängligheten i form av fler vårdcentraler borde rimligtvis leda till ett högre vårdutnyttjande. Samtidigt är vårdvalsreformerna olika utformade med avseende på ersättningssystem och de incitament som finns för att prestera besök av olika slag. Det finns även skillnader i vårdutnyttjandet före reformernas införande som kan förklara skillnader i utvecklingen. Totalt sett har besöksvolymen inom primärvården ökat med tio procent sedan de första vårdvalssystemen infördes. Om vi jämför besöksutvecklingen under perioden 2010-2012 med perioden 2007-2009, så var de resursviktade läkar- och sjuksköterskebesök nio procent fler per capita för hela riket år 2010-2012. Läkarbesöken var tolv procent fler och sjuksköterskebesöken fyra procent färre. Skillnaderna mellan olika kategorier av landsting framgår av figur 3.2.

Figur 3.2. Procentuell förändring av viktade läkar- och sjuksköterskebesök per invånare inom primärvården för perioden 2010–2012 jämfört med perioden 2007–2009. Per landstingskategori enligt tabell 3.2.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006–2012) Vårdanalys bearbetning.

Generellt finns ett mönster som visar att läkarbesöken ökar medan sjuksköterskebesöken minskar. Läkarbesöken ökar i alla indelningarna av landsting, medan sjuksköterskebesöken minskar i alla typer av landsting med undantag för landsting med endast fast ersättning och lägst andel primärvårdsbesök. Valet mellan rörlig och fast ersättning visar i stort ingen skillnad på vårdutnyttjandet, mer än att sjuksköterskebesök har ökat mer i de landsting som saknar rörlig ersättning. Indelningarna av landstingen i grupperna hög/låg andel primärvård och läkardominans visar inte på några större skillnader. Den enda större avvikelser är att landsting med en större andel av befolkningen boende i områden med låg närhet till tätort inte haft någon nämnvärd ökning av vårdutnyttjandet. Det styrker hypotesen att tillgängligheten främst tillfallit invånare med god eller medelgod närhet till tätort.

3.3.3 Jämlikhet och undanträngningseffekter

En central fråga är om den förbättrade fysiska tillgängligheten tillfallit alla grupper. Om den ökade tillgängligheten uppnåtts med ökning av enkla besök för relativt friska grupper eller om de regionala variationerna är stora, kan utvecklingen stå i strid med principen om anpassning av vården efter befolkningens

behov. Antalet studier som belyser jämlikhetsfrågan är få och fokuserar på jämförelser av olika grupper. Frågan om fördelning av vården kan ses geografiskt, men även socioekonomiskt, åldersindelad samt utifrån hälsotillstånd.

Myndigheten för vårdanalys (2013c), analyserade i en rapport skillnaderna mellan så kallade lätta och tunga vårdgrupper. I den senare gruppen ingick patienter med astma, demens, diabetes och KOL, vilka jämfördes med snittpopulationen i tre landsting (Skåne, Stockholm och Östergötland). I studien framgick att för flertalet jämförelser hade personer med stora vårdbehov inte trängts undan i termer av absolut antal besök efter införandet av vårdvalsreformen. Generellt sett ökade det sammantagna vårdutnyttjandet i primärvården för både patienter med stora vårdbehov och för befolkningen som helhet, dock med en något större ökning hos genomsnittsbefolkningen. I studien redovisas små skillnader för olika behovsgruppers vårdutnyttjande och listningsmönster mellan privata och offentliga vårdgivare, bortsett från ny-etablerade privata vårdgivare som har en lägre andel listade personer med stora vårdbehov. Fler patienter var också mer positiva än negativa till hur tillgängligheten har förändrats efter vårdvalets införande. I studien gjordes även en kartläggning av olika gruppers tillfredsställelse med tillgängligheten där det framgick att personer med högre inkomster var mer nöjda med utvecklingen än individer med lägre inkomster.

Utvärderingen av Vårdval Stockholm har också analyserat jämlikhetseffekter baserat på olika socioekonomiska indikatorer och gruppindelningar. Där framgår att vårdvalsreformen lett till stora besöksökningar som tillfallit alla grupper så tillvida att ingen grupp har minskat sitt genomsnittliga antal läkarbesök i och med införandet av vårdval. Däremot har ökningstakten varit olika för olika grupper. Det tydligaste resultatet var att äldre, särskilt gruppen över 85 år, ökat sitt antal besök mer än yngre. Områdesanalyser av stadsdelar och kommuner i Stockholm visade att resurser till områden med lägre genomsnittlig medelinkomst minskat relativt sett, samtidigt som vårdutnyttjandet för invånarna i dessa områden ökat. Inkomstspredningen inom samtliga områden var däremot stor och analyser med inkomstdata på individnivå visar att det framför allt är personer med högre inkomster som har ökat sitt vårdutnyttjande mest. En analys av utbildningsbakgrund visade på en motsatt trend, det vill säga att personer med lägre utbildning ökade sitt antal besök mer än personer med högre utbildning, medan ingen tydlig trend över tid framkommer för födelseland (Sveréus m.fl. 2013). Sammantaget visar erfarenheterna från Stockholm att resultaten skiljer sig beroende på om områdes- eller individdata används, och beroende på vilka indikatorer för socioekonomisk indelning som används.

Bakgrundsfaktorer från den nationella patientenkäten (NPE) har analyse-

rats för frågan ”Hur bedömer du mottagningens tillgänglighet?”. Där framgår att individer med gott hälsotillstånd, hög ålder och hög utbildning är mer nöjda med tillgängligheten. Personer med annat modersmål än svenska uppgav oftare en lägre tillfredsställelse än individer med svenska som modersmål (bilaga 8).

I en enkät genomförd av Vårdanalys riktad till landstingens Vårdvals-samordnare (21 av 22 landsting inklusive TioHundra i Norrtälje besvarade enkäten) har ett antal frågor ställts om hur tillgänglighet och sökbarhet utvecklats efter vårdvalsreformens införande. I enkäten uppgav tio landsting att tillgängligheten inte försämrats för någon grupp, medan fem landsting svarade ja på frågan. Övriga landsting uppgav vet ej på frågan.

Generellt visar flertalet studier inte på undanträngningseffekter i absoluta fysiska termer eller ett mer ojämnt vårdutnyttjande relativt sett. En bedömning av de studier som gjorts visar att val av indelningsgrunder och metodologiska överväganden påverkar resultaten. Vissa resultat från genomförda studier visar på motstridiga resultat när det gäller den relativa fördelningen av det ökade vårdutnyttjandet som bör studeras i detalj. Samtidigt finns skillnader i den subjektiva bedömningen av tillgängligheten mellan grupper som kan tolkas som att vissa vårdtunga grupper är mindre nöjda med den vård som erhålls. Det är emellertid osäkert om detta samband mellan patientnöjdhet och hälsostatus funnits även tiden före införandet av vårdval.

3.3.4 Restid och läkartäthet

Den fysiska tillgängligheten till vårdcentraler visar på stora skillnader mellan landstingen. Tillgängligheten avseende utbud och valmöjligheter är bättre i områden med hög tillgänglighet till service generellt, det vill säga i områden med hög grad av närhet till tätorter. Även graden av konkurrens och alternativa valmöjligheter är större i områden med hög grad av närhet till tätorter. Detta är inget unikt för hälso- och sjukvården utan motsvarande skillnader finns för annan service inom såväl offentlig som privat sektor. Samtidigt visar en kartläggning av antalet läkare per invånare att det går färre invånare per läkare i glesbygd vilket är naturligt med tanke på avstånd och geografisk närhet till vårdgivare. Förutsättningar för att patienter ska ha alternativa val är emellertid att restiden och tidskostnaderna inte får vara alltför stora. Dessa påverkas även av hur stora skillnaderna av kvalitet och andra egenskaper uppfattas av patienter. Om kvalitetsskillnaderna uppfattas som mycket stora är sannolikt viljan att resa längre till ett bättre alternativ större. I tabell 3.4 redovisas restiden till närmaste vårdcentral i minuter för olika geografiska områden före och efter införandet av vårdvalsreformen.



Tabell 3.4. Tillgänglighet fördelat på avståndsklass och närhet till tätort. Jämförelse mellan före vårdval och år 2013. Antal personer fördelade på restid till närmaste vårdcentral, totalt och efter grad av närhet till tätort.

Index- klass	Tidpunkt	40						Totalt
		< 5 minuter	5-< 10 minuter	10-< 20 minuter	20-<30 minuter	30-< 40 minuter	minuter eller mer	
Totalt	Före Vårdval	6 886 633	1 432 345	794 953	82 133	17 198	7 464	9 220 726
	2013	7 334 785	1 319 579	760 461	79 706	17 150	8 221	9 519 902
	Förändring	448 152	-112 766	-34 492	-2 427	-48	757	299 176
Mycket hög	Före Vårdval	4 350 750	538 149	76 449	41			4 965 389
	2013	4 726 331	466 520	60 068				5 252 919
	Förändring	375 581	-71 629	-16 381	-41	0	0	287 530
Hög	Före Vårdval	1 961 707	575 240	315 524	5 839			2 858 310
	2013	2 032 130	561 331	302 491	4 574			2 900 526
	Förändring	70 423	-13 909	-13 033	-1 265	0	0	42 216
Mellan	Före Vårdval	524 969	299 609	351 004	32 995	527		1 209 104
	2013	529 063	274 751	351 489	32 508	800		1 188 611
	Förändring	4 094	-24 858	485	-487	273	0	-20 493
Låg	Före Vårdval	43 419	18 127	47 236	36 866	10 637	789	157 074
	2013	42 135	15 934	42 816	36 654	10 756	798	149 093
	Förändring	-1 284	-2 193	-4 420	-212	119	9	-7981
Mycket låg	Före Vårdval	5 788	1 220	4 740	6 392	6 034	6 675	30 849
	2013	5 126	1 043	3 597	5 970	5 594	7 423	28 753
	Förändring	-662	-177	-1 143	-422	-440	748	-2 096

Källa: Tillväxtanalys.

För hela befolkningen redovisas en utveckling mot kortare restid. För respektive grupp har sedan avståndet till närmaste vårdcentral med bil beräknats. Som framgår av tabellen är avståndet i minuter helt naturligt kortast i indexklassen med mycket hög tillgänglighet. Vi ser även att flertalet invånare bor i dessa områden och har kort avstånd till närmaste vårdcentral. Det är även i dessa områden vi ser en tydlig förbättring i form av kortare avstånd till vårdcentral, medan avstånden för geografiska områden med låg eller mycket låg tillgänglighet inte ändrats. Den förbättrade tillgängligheten är således inte jämnt fördelad, men en andel av befolkningen har samtidigt fått kortare avstånd till närmaste vårdcentral. Flertalet medborgare har alternativ inom ett relativt kort avstånd och inom rimlig restid.

Ett annat mått på den fysiska tillgängligheten är läkartätheten. Försörjningen av läkare med allmänspecialistkompetens inom primärvården har under lång tid varit ett problem i Sverige. Bristen på allmänläkare har lett till vakanser och användning av så kallade stafett- eller hyrläkare. Läkarförbundet har i en enkät kartlagt läkartätheten i landet för år 2012 där landstingen rangordnats efter antal listade per läkare (tabell 3.5).

Tabell 3.5. Läkartäthet inom primärvården år 1998 och 2012.

Landsting ¹	Rangordning -98 ²	Förändring i rangordning 1998-2012 ³	Antal listade per läkare 2012
Jämtland	1	0	1 584
Gävleborg	3	+1	1 735
Kronoberg	10	+7	1 739
Uppsala	17	+13	1 745
Norrbottn	5	0	1 755
Blekinge	8	+2	1 778
Stockholm	15	+8	1 778
Kalmar	12	+4	1 796
Halland	20	+11	1 872
Västmanland	4	-6	1 902
Jönköping	21	+10	1 955
Värmland	7	-5	1 970
Västerbotten	6	-7	1 995
Östergötland	13	-1	2 018
Skåne	14	-1	2 051
Västra Götaland	16	0	2 077
Gotland	19	+2	2 141
Dalarna	2	-16	2 181
Västernorrland	9	-10	2 216
Sörmland	18	-2	2 275
Örebro	11	-10	2 422

1) Norrtälje har räknats in i Stockholm. 2) Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2

3) Observera att läkarresursen ej definierats på samma sätt 1998

Källa: Sveriges läkarförbund (2013).

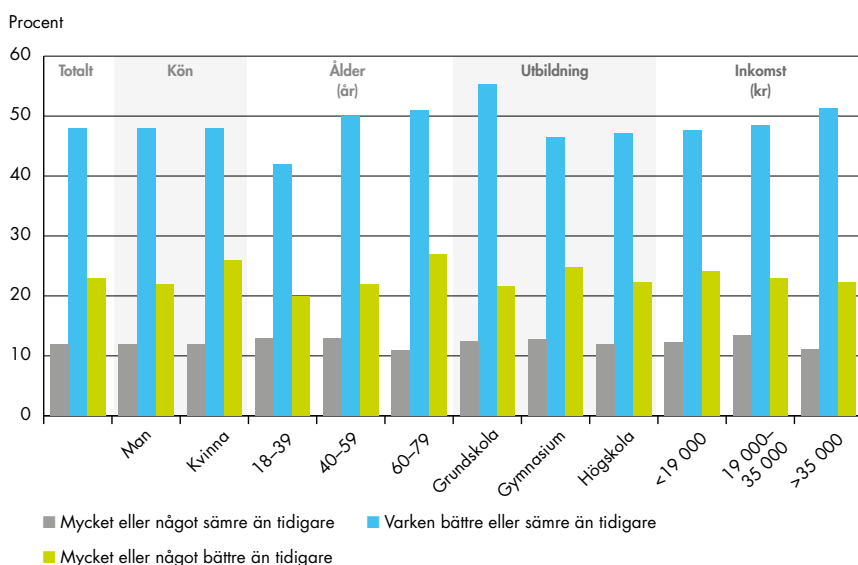
I tabellen jämförs utfallet under år 2012 med en tidigare undersökning från 1998. I studien från år 1998 redovisades 4 251 heltidsarbetande allmänspecialister i primärvården och under år 2012 var motsvarande siffra 4 784 allmänläkare. Metoderna för de två undersökningarna var inte exakt densamma, men rangordningen mellan landstingen kan vara jämförbar. Vi ser att bland de landsting som har bäst läkartäthet inom primärvården finns såväl landsting med en stor andel av befolkningen boende i glesbygd som i tätorter. Den relativa rangordningen visar att landsting som Uppsala, Halland, Jönköping och i viss mån Stockholm förbättrat sina positioner, medan landstingen i Dalarna, Västernorrland och Örebro fallit i rangordning. Det är dock svårt att bedöma om vårdvalsreformen förbättrat möjligheterna att rekrytera läkare till primärvården utifrån en jämförelse av de två studierna. I flertalet landsting rapporteras fortfarande en brist på allmänläkare.



3.3.5 Patientupplevd tillgänglighet

Ytterligare ettsättat mätad den fysiska tillgänglighetens utveckling är att använda den patientupplevda tillgängligheten. För det används dels en befolkningsundersökning gjord av Vårdanalys vid årsskiftet 2013/2014, dels den nationella patientenkäten. I Vårdanalys befolkningsundersökning tillfrågades ett urval av befolkningen om hur tillgängligheten till primärvård var jämfört med före vårdvalsreformens införande. Med tillgänglighet avsågs olika vårdkontakter som besök, telefon och elektronisk kontakt (figur 3.3).

Figur 3.3. "Hur bedömer du att tillgängligheten till din vårdcentral/mottagning i primärvården (kan gälla telefon, e-post, personligt besök) har förändrats efter vårdvalets införande?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen som anger förändring i tillgänglighet, totalt och för olika grupper.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. 4 102 antal svarande.

Det är uppenbart att knappt hälften av befolkningen inte uppfattat några större förändringar. Det är emellertid en större andel som anser att tillgängligheten förbättrats än försämrats. Skillnaderna med avseende på av kön, ålder, utbildning och inkomst är små. Den äldsta åldersgruppen noterar en något bättre uppfattning av tillgängligheten. I den nationella patientenkäten ställs mer precisa frågor om väntetid för olika vårdkontakter. I tabell 3.6 redovisas svaren från patientenkäten tillsammans med resultat från den så kallade väntetidsdatabasen som administreras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Tabell 3.6. Väntetid i primärvården.

	Telefontillgänglighet. Andel besvarade samtal. (%)		Läkarbesök i primär- vården. Andel som får läkarbesök inom sju dagar. (%)		Hur upplever du mot- tagningens tillgäng- lighet per telefon? (PUK-värde**)		Hur länge fick du vänta på ditt besök? (PUK-värde)	
	2009 vår	2011 vår	2009 vår	2011 vår	2009	2011	2009	2011
Stockholm	92*	94*	93	94	---	65	---	81
Uppsala	94	91	88	92	64	68	71	73
Sörmland	89	95	88	94	59	65	74	82
Östergötland	92	96	92	96	64	65	80	83
Jönköping	98	96	91	92	63	66	84	88
Kronoberg	99	99	93	93	67	68	88	87
Kalmar	99	99	95	94	69	68	83	84
Gotland	93	90	92	95	64	60	80	85
Blekinge	87	84	92	95	67	70	83	86
Skåne	79	81	89	92	58	58	82	80
Halland	93	94	95	98	70	70	86	89
Västra Götaland	98	98	94	95	64	68	83	82
Värmland	55	64	92	95	49	51	80	82
Örebro	78	84	89	87	63	59	81	84
Västmanland	84	87	85	88	59	59	80	80
Dalarna	96	97	83	85	65	67	79	79
Gävleborg	98	97	90	89	65	68	82	84
Västernorrland	89	97	89	95	65	68	82	85
Jämtland	86	68	89	93	51	63	80	84
Västerbotten	91	92	87	93	64	64	77	82
Norrbottnen	97	96	91	88	---	65	---	85
Riket	89	90	91	93	62	65	81	82

* Stockholms läns landsting har en egen mätning för telefontillgänglighet som inte är fullt ut jämförbar med övriga landstings.

** PUK står för Patientupplevd kvalitet och är ett viktat resultat av svarsalternativen.

Källa: Sveriges Kommuner och landsting Väntetidsdatabasen, Nationell patientenkät 2009 och 2011 (npe.skl.se) samt Stockholms läns landstings telefontillgänglighetsmätning.

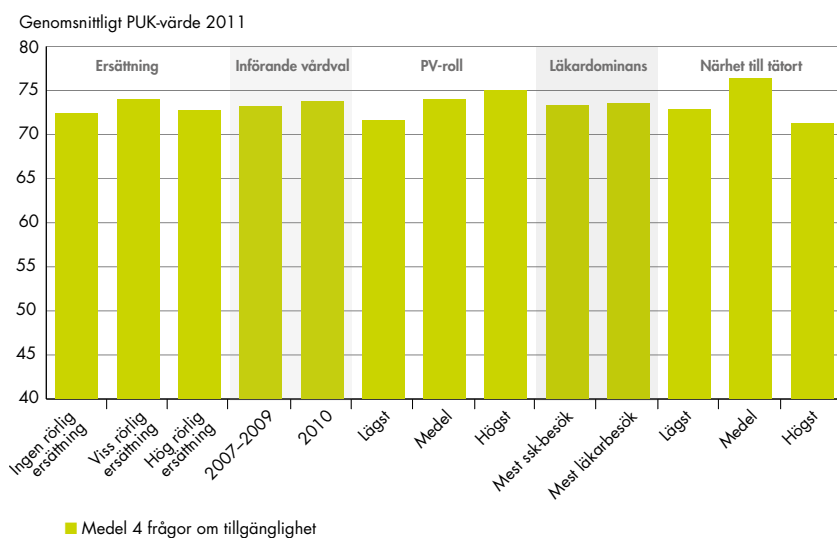
Telefontillgängligheten mätt som andel besvarade samtal ligger på ungefär samma nivå under de två mättillfällena med relativt stora variationer



mellan landstingen. Patienternas uppfattning visar emellertid att telefon-tillgängligheten har ökat i någon grad. Beträffande andel som får läkarbesök inom sju dagar noteras en mindre förbättring för riket i genomsnitt, samtidigt som vissa landsting visar förbättringar och andra vissa försämringar. Patienternas uppfattning om besökstillgängligheten (PUK) visar på mycket små eller inga förändringar mellan de två år undersökningen genomförts. En enkel sambandsanalys visar en relativt god överensstämmelse mellan väntetidsmätningarna och mätningarna om patienternas uppfattning av tillgängligheten.

Ser vi till variationerna av patienternas omdömen om tillgängligheten mellan landstingen är dessa relativt små. I figur 3.4 presenteras det genomsnittliga patientomdömet, från Nationell patientenkät, för landstingen uppdelade efter olika egenskaper.

Figur 3.4. Patienternas omdömen om tillgänglighet i primärvården. Respondenternas sammanvägda värde för fyra frågor om tillgänglighet. Per landstingskategori enligt tabell 3.2.



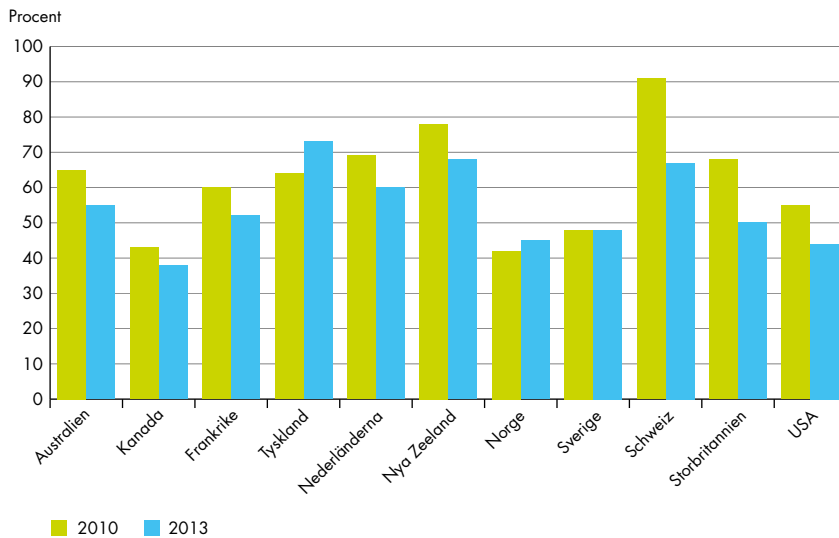
Källa: Nationell patientenkät (npe.sk.l.se) 2011. Vårdanalys bearbetning.

Som framgår av figuren har vare sig skillnader i ersättningsssystem, tidpunkt för införandet av vårdvalsreformen eller fördelningen mellan läkar- och sköterskebesök någon större betydelse för patienternas upplevelse av tillgängligheten i primärvården. En viss skillnad finns beroende på andel resurser avsedda för primärvården, där patientomdömena är lägre för landsting med låg

andel primärvårdsresurser. Sammanfattningsvis har varken väntetider eller patienternas uppfattning om tillgänglighet ändrats markant under de två mättillfällena mellan 2009 till 2011. Tyvärr finns inte motsvarande mätningar för åren innan införandet av vårdvalsreformen. Patientomdömena uppvisar även små skillnader mellan landstingen.

I International Health Policy Survey (IHP) jämförs hälso- och sjukvården i elva länder varje år ur ett patient- och medborgarperspektiv. The Commonwealth Fund i USA är övergripande ansvarig för att koordinera undersökningen och Vårdanalys har fått ett regeringsuppdrag att svara för det svenska genomförandet. I studien jämförs ett antal indikatorer om tillgänglighet och omdömen av hälso- och sjukvården baserat på ett representativt urval av den vuxna befolkningen i olika länder. Figur 3.5 visar att Sverige ligger på en låg nivå när det gäller möjligheten att boka in ett besök med kort varsel jämfört med övriga länder i undersökningen.

Figur 3.5. "Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska? Vänligen inkludera ej besök på sjukhusets akutmottagning." Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen som svarat samma eller nästa dag.



Källa: The Commonwealth Fund, IHP Survey 2010 och 2013. 2100 respektive 2400 svarande i Sverige 2010 och 2013.

3.3.6 Lokalisering och konkurrens

Ett argument för marknadsliknande lösningar är att på en väl fungerande

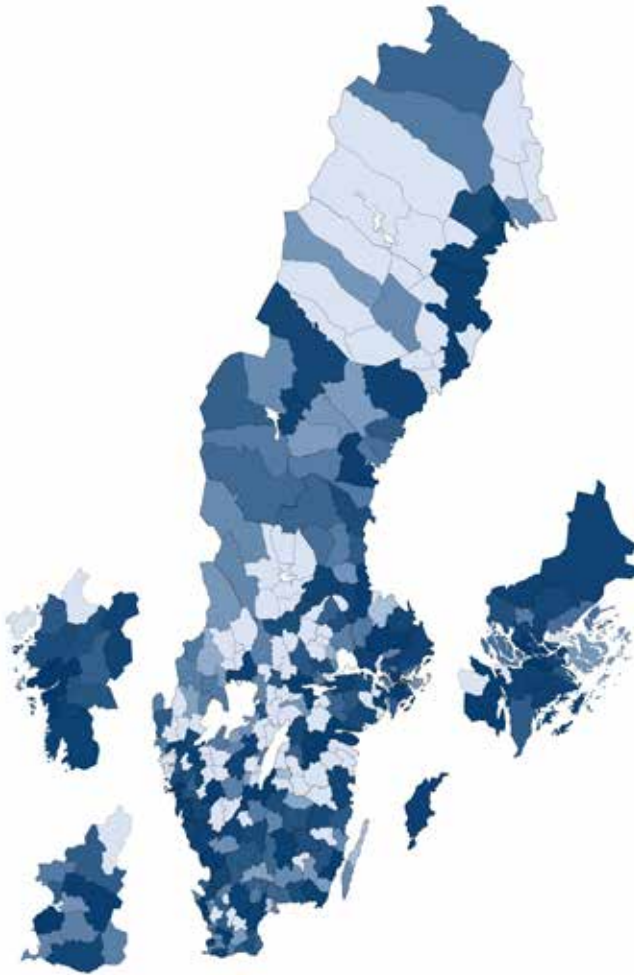


marknad har producenterna starka incitament för att förstå och försöka uppfylla kundernas önskemål och preferenser. En anpassning av tillgänglighet till efterfrågan är en effekt som kan uppnås med konkurrens mellan vårdgivare. Förutsättningar för en effektiv konkurrens avgörs dock av flera faktorer. Generellt anges i ekonomisk teori faktorer som många producenter utan dominans, fritt in- och utträde till marknaden, information om kvalitet och pris för konsumenterna med mera. Dessutom finns specifika egenskaper som är unika för den typ av varor eller tjänster samt marknad det är frågan om. Det rör bland annat stordriftsfördelar, befolkningstäthet och teknologi. Det är en allmänt accepterad uppfattning att förutsättningarna för att skapa en effektiv konkurrens inom hälso- och sjukvården inte är lika enkla som inom många andra marknader. Det innebär emellertid inte att marknadsalternativet behöver vara sämre än olika former av planering och monopol. Primärvården är den del av sjukvården där förutsättningarna är relativt goda för en effektiv konkurrens i form av många producenter att välja mellan. Detta är till exempel svårare att åstadkomma inom avancerad specialist- och sjukhusvård. I detta avsnitt undersöker vi endast en av förutsättningarna för en effektiv konkurrens genom att studera utvecklingen av antalet aktörer och marknadsandelar.

Inom nationalekonomi finns etablerade metoder att mäta grad av konkurrens genom att studera koncentrationen av utbudet till antalet producenter. Koncentration är ett sätt att mäta frånvaro av konkurrens. Med hjälp av Herfindahl–Hirschman Index (HHI) som antar ett värde mellan noll (perfekt konkurrens) och ett (monopol) får vi ett mått på koncentrationen (se bilaga 5). Förutsättningarna för konkurrens varierar bland annat med befolkningsunderlaget. Orsaker till monopol eller en monopolliknande situation kan vara flera. Det kan förklaras av att det endast finns utrymme för en vårdgivare i kommuner och stadsdelar med litet befolkningsunderlag, vilket kan ses som ett naturligt monopol. Monopol kan även skapas genom dels ett offentligt planeringsmonopol eller genom att en privat producent dominerar marknaden genom expansion och uppköp.

Nedan följer en presentation av beräkningar av HHI per kommun. Det kan vara problematiskt att anta att primärvårdsmarknaden är avgränsad till kommunnivå, särskilt i storstäder. Indexet har beräknats för år 2011 med utgångspunkt från antalet listade individer.

Figur 3.6. Herfindahl-Hirschman Index baserat på listning vid vårdcentraler per kommun (lokal marknad). Med starkare blå färg följer en högre grad av konkurrens. År 2011.



Källa: Sanocore AB 2013. Vårdanalys bearbetning.

Marknadsandelen har beräknats som den andel listade som enheten har av totalt antal listade på enheter inom samma kommun (detta behöver inte exakt motsvara antalet invånare per kommun då det finns möjlighet att lista sig även i andra kommuner inom samma landsting). Antalet vårdcentraler uppgår totalt till 1 156 och av dessa är 15 filialer. Antalet listade individer uppgår till 98,1 procent av befolkningen år 2011.



Eftersom uppgifter om listning per vårdcentral inte finns för perioden före införandet av vårdvalsreformerna kan vi inte med säkerhet uttala oss om en ökning av konkurrensgraden. Mot bakgrund av det ökade antalet vårdcentraler som har etablerats efter reformens införande är det dock sannolikt att detta skett. I utvärderingen av husläkarmarknaden i Stockholm framgick en ökad konkurrens baserat på stadsdelar och kommuner i länet (Rehnberg och Sveréus 2012). Det föreligger dock med stor sannolikhet stora skillnader mellan landsting och kommuner.

Med uppgifter om värdet av HHI per kommun finns även möjligheter att studera om det föreligger ett samband mellan grad av konkurrens och olika omdömen om förbättrad tillgänglighet. Nedan har vi studerat korrelationen mellan HHI per kommun och medelvärde för de vårdcentraler per kommun som svarat på frågor i nationella patientenkäten med väntetidsmätningarna för primärvården (tabell 3.7). Ett problem i beräkningen av HHI är att vissa kommuner i storstäderna är relativt stora och inte avspeglar en definierad marknad. I beräkningen av HHI uppkommer således mycket låga tal för de tre storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö. För att studera effekten av stora kommuner har en separat beräkning gjorts av korrelationen där de tre storstadskommunerna – Stockholm, Göteborg och Malmö – samt de kommuner som geografiskt gränsar till dessa kommuner exkluderats. Totalt utesluts i denna beräkning 25 kommuner (elva i Stockholms län, åtta i Västra Götalands län och sex kommuner i Region Skåne).

Tabell 3.7. Sambandet mellan konkurrensgrad (HHI) och patientomdömen av tillgänglighet samt väntetid, år 2011.

	HHI 2011 290 kommuner	HHI 2011 265 kommuner	Totalt antal svarande vårdcentraler
Nationell patientenkät 2011 (PUK-värden)			
Hur upplever du mottagningens tillgänglighet per telefon?	-0,36 ***	-0,37 ***	1 058
Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?	-0,41 ***	-0,42 ***	1 072
Hur länge fick du vänta på ditt besök?	-0,07	-0,10	1 061
Vad anser du om tiden du fick vänta?	-0,21 ***	-0,25 ***	1 061
Hur bedömer du mottagningens tillgänglighet? (kan gälla telefon, e-post, personligt besök)	-0,46 ***	-0,47 ***	1 072
Fick du möjlighet att påverka dag och tidpunkt för ditt besök?	-0,46 ***	-0,46 ***	1 071
Fick du tid hos den person som du ville träffa?	-0,34 ***	-0,33 ***	1 070
Började ditt besök i tid?	-0,40 ***	-0,41 ***	1 072
Väntetidsmätning 2011			
Telefontillgänglighet våren	-0,04	-0,03	840
Telefontillgänglighet hösten	-0,03	-0,02	842
Andel som fått läkarbesök inom sju dagar våren	-0,11 *	-0,09	1 081
Andel som fått läkarbesök inom sju dagar hösten	-0,13 **	-0,11 *	1 088

Källa: Nationell patientenkät (npe.skl.se), Sanocore AB 2013, Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen 2011. Vårdanalys bearbetning.

Tabellen visar korrelationer mellan HHI per kommun och genomsnittligt resultat per vårdcentral (med listad befolkning) enligt Nationell patientenkät och väntetidsmätningar. Som framgår av tabellen finns det ett klart samband mellan större konkurrens inom kommunen (lägre värde på HHI) och bättre resultat avseende upplevd tillgänglighet på kommunnivå (beräknat som medelvärde för de vårdcentraler som ingår i respektive mätning per kommun). Resultaten är samstämmiga och sambandet signifikant oavsett vilken typ av patientupplevd kvalitet som används. När det gäller en fråga om väntetid och själva väntetidsmätningen är sambandet mera oklart. Det verkar inte finnas något tydligt samband mellan väntetidsmätningar och konkurrensgrad. Att ett tydligt samband föreligger kan dock inte tolkas som att detta är ett orsakssamband, det vill säga att konkurrensen leder till bättre patientomdömen. Det kan finnas flera andra faktorer som påverkar detta samband.



Sammanfattningsvis har den fysiska tillgängligheten förbättrats genom ett ökat utbud av privata vårdgivare och ett ökat vårdutnyttjande. Denna utveckling har ägt rum från en i internationell jämförelse låg nivå. Patienternas och befolkningens egna omdömen om tillgängligheten visar att fler individer är positiva än negativa till hur tillgängligheten har förändrats efter vårdvalets införande. Vi ser även en ökad konkurrens främst i tätbefolkade områden.

3.4 KÄNNEDOMEN OM REFORMEN ÄR GOD, MEN INFORMATIONEN FÖR ATT VÄLJA KAN BLI BÄTTRE

Ett viktigt villkor för att ett valfrihetssystem ska leda till önskvärda effekter är att patientens förutsättningar för ett rationellt och informerat val är uppfyllda. Det kräver att patienterna har tillgång till lättförståelig information samt kunskaper om hur valfrihetssystemet är utformat. Denna information kan komma från såväl landstingen som från olika vårdgivare. Andra informationskanaler är oberoende institut och organisationer samt informella kontakter mellan medborgare (vänner, grannar med flera). Det är även viktigt att informationen är anpassad till olika gruppers förutsättningar att ta till sig och hantera kunskapen (språkkunskaper, funktionsnedsättningar, behov med mera). För att besvara frågeställningen belyses dels hur informationsutbudet ser ut samt hur medborgare och patienter uppfattar den information som erhålls.

3.4.1 Informationsutbudet om vårdval inom primärvården

Ett viktigt inslag i vårdvalsreformerna är patientens rätt att själv välja vårdgivare. Förutsättningarna för ett rationellt och lyckat val beror emellertid på en rad faktorer (Rehnberg och Goude 2011). Hälsa- och sjukvården utmärks av så kallad informations-asymmetri, det vill säga det föreligger en ojämn kunskapsfördelning mellan producent och konsument om tjänstens kvalitet och egenskaper. En fungerande marknad förutsätter att konsumenten på egen hand kan avgöra skillnader i kvalitet för samma vara eller tjänst som erbjuds av flera producenter. Den ojämn kunskapsfördelningen har varit ett viktigt argument för att vårdverksamhet ska bedrivas inom offentlig sektor eller inom den privata icke-vinstdrivande sektorn. Ett alternativ är dock att marknaden regleras för att ge stöd åt konsumenternas val (Glenngård 2013). Här finns regleringar vi ser som självklara inom sjukvården som legitimationskrav, godkännande av nya läkemedel och regler för marknadsföring. Den medicinska professionella etiken anges även som ett ledsaga för att patientens behov ska vara i centrum för behandlingen och är då även en restriktion för oetiskt agerande.

Individens bristande förmåga att kunna bedöma kvalitet och avgöra skillnader mellan alternativ har tidigare tagits som intäkt för utebliven valfrihet. Sedan utbyggnaden av den moderna primärvården inleddes på 1960- och 70-talen var den vägledande principen att invånare inom ett geografiskt område tilldelades en offentlig vårdcentral med anställda läkare, sjuksköterskor och annan personal. Denna tilldelning kan ses som en paternalistisk princip, som under lång tid inte var ifrågasatt. En sidoeffekt av regleringar och begränsningar av konkurrens är att patientens makt ofta minskar. Detta kom till uttryck i den så kallade Maktutredningen under sent 1980-tal (SOU 1990:44). Det finns således imperfektioner i såväl individens förutsättningar att välja tjänster som inom den kollektiva beslutsprocessen inom offentlig sektor där individer tilldelas tjänster. Vid förekomst av "informations-asymmetri" finns alternativet att acceptera individuell valfrihet men med stöd och regleringar öka förutsättningarna till rationella och väl avvägda val.

Ett syfte med vårdvalsreformerna har varit att stärka patientens roll som konsument, men samtidigt behålla regleringar som fungerar som ett konsumentskydd. En övergång från ett system med avsaknad av valfrihet och etableringsfrihet kräver emellertid åtgärder för att underlätta valet av vårdgivare.

Med införandet av vårdval har landstingen via informationskampanjer informerat om rätten och möjligheten att välja primärvårdsläkare. Informationen till medborgare och patienter baseras på flera informationskanaler. En central del är landstingens egen information om dels hur vårdvalssystemet fungerar och proceduren för att välja vårdgivare, dels information om kvalitet och omdömen av de alternativ som erbjuds. Vid sidan av landstingens egna informationskanaler (bland annat information som skickas till hushållen och landstingens webbsidor) finns ett antal alternativa källor som till exempel webbsidan OmVård.se där egenskaper och omdömen för olika enheter och vårdgivare sammanställs.

I den tidigare refererade enkäten riktad till landstingens vårdvalssamordnare har ett antal frågor om såväl fysisk tillgänglighet som ändrade möjligheter att kontakta primärvården ställts. Enkäten bekräftar uppfattningen och andra mätningar om en förbättrad tillgänglighet via besök och telefonkontakter. Även kontakter via elektronisk kommunikation uppges ha ökat. Däremot visar svaren att nya servicetjänster som drop in-mottagning, utökade öppettider, och webbaserad kommunikation med patienten inte har utvecklats på samma sätt.

När det gäller marknadsföring och annonsering initierad av vårdgivarna

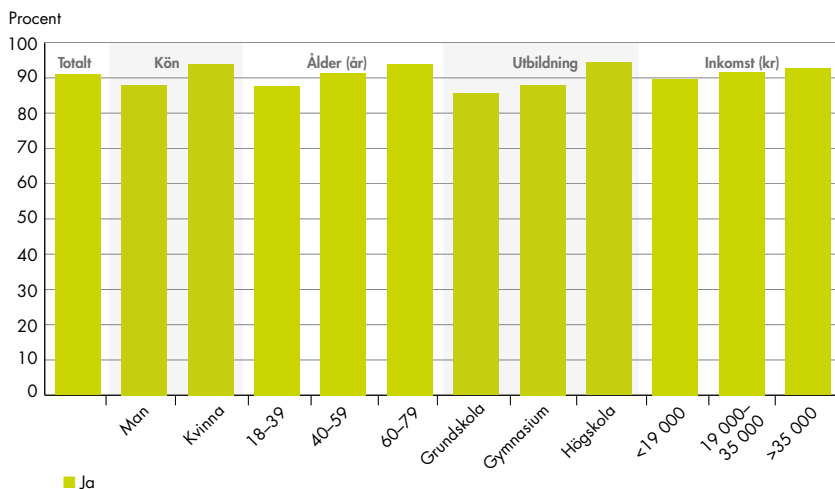


själva är bedömningen att den är begränsad. Annonsering och annan marknadsföring förekom främst när vårdvalsmodellerna startade. I vissa städer har dock nyetablerade enheter en annonsering och marknadsföring för att få patienter att lista sig.

3.4.2 Befolkningen känner väl till möjligheten att välja vårdcentral

Efter att husläkarsystemet avskaffats fanns fortfarande möjligheter inom vissa landsting att välja husläkare, dock var informationen om denna rättighet sparsam och information om kvalitet och omdömen obefintlig. Flertalet medborgare var under denna period listade vid närmaste vårdcentral eller den husläkare man tidigare valt under husläkarreformen. De regionala variationerna var emellertid relativt stora under 1990-talet och in på 2000-talet när det gäller möjligheten att välja vårdgivare. Detta ändrades med de enskilda vårdvalsreformerna och införandet av vårdvalsreformen nationellt. De informationskampanjer som genomförts tillsammans med andra informationskanaler om möjligheter att välja vårdcentral tycks ha nått ut till befolkningen vilket framgår av figur 3.7 nedan.

Figur 3.7. "Känner du till att du har rätt att välja vårdcentral/mottagning i primärvården?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen som svarat ja.



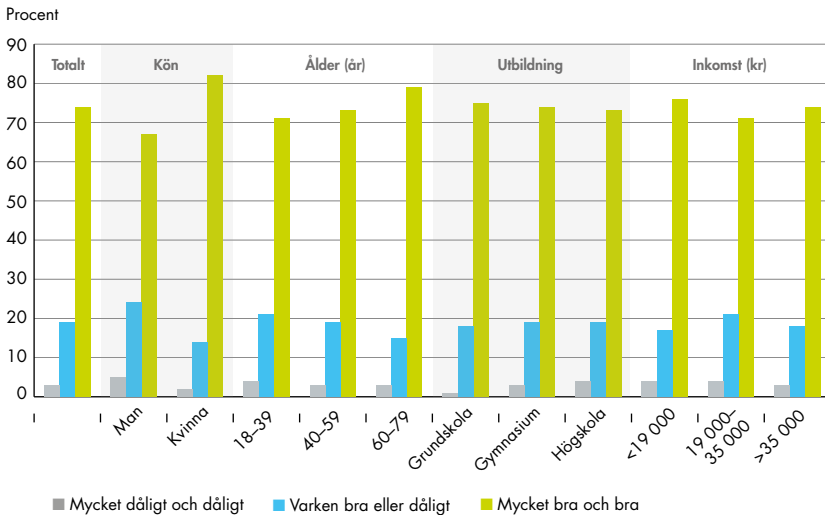
Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. 4 102 antal svarande.

Studien baseras på den tidigare refererade befolkningsundersökningen genomförd av Vårdanalys. Kunskapen om valmöjligheterna är stor inom fler-

talet grupper. I genomsnitt uppger cirka 90 procent av befolkningen att man känner till rättigheten att själv välja vilken vårdcentral man vill tillhöra. Skillnaderna mellan olika grupper är relativt liten. Äldre och högtutbildade känner i något större utsträckning till rätten att välja. Enligt en tidigare rapport från Myndigheten för vårdanalys (2013b) känner cirka 90 procent av befolkningen till möjligheten att välja och byta vårdcentral. Det är däremot endast ungefär hälften av de tillfrågade som uppger att de har kunskap om proceduren för att välja vårdgivare samt vilka alternativ som står till bud.

En närliggande aspekt är i vilken utsträckning rätten att välja vårdgivare uppskattas av befolkningen. I den refererade befolkningsundersökningen visas en klar positiv attityd bland befolkningen rörande rätten och möjligheten att välja vårdcentral eller mottagning inom primärvården (figur 3.8), något som även tidigare undersökningar har visat.

Figur 3.8. "Vad tycker du om att ha möjligheten att få välja vårdcentral/mottagning i primärvården?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen efter bedömning av möjlighet att välja vårdcentral, totalt och för olika grupper.

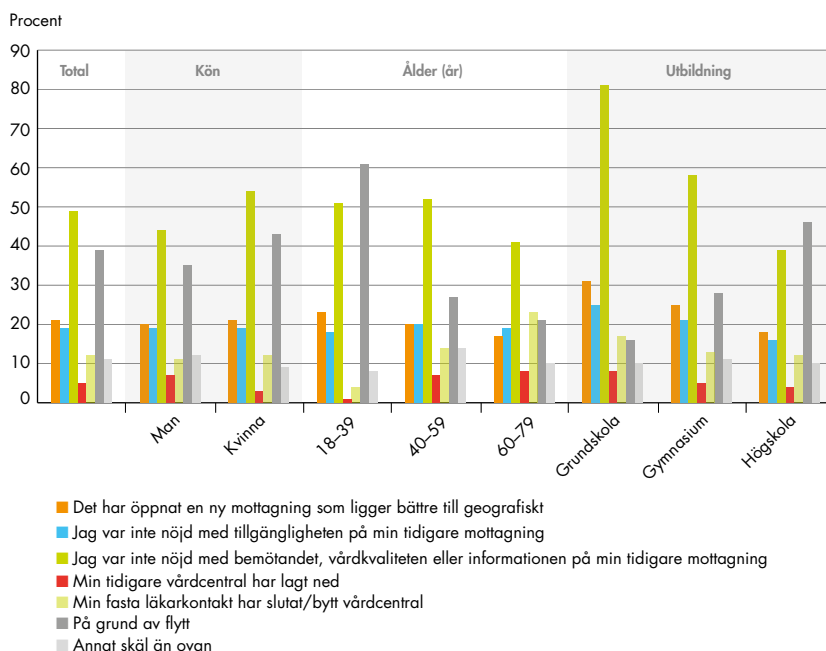


Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. 4 102 antal svarande.

Mer än 70 procent av de svarande uppger att man tyckte det var bra eller mycket bra att kunna välja vårdcentral. Knappt 20 procent var likgiltiga, medan endast några få procent redovisade en negativ uppfattning. Kvinnor och äldre var något mer positiva än genomsnittet av befolkningen. I studien framgick även att individer väljer vårdgivare utanför det egna bostadsområdet (gäller främst

storstäder) samt att byten av vårdgivare ökar något. När det gäller orsaker till byte av vårdgivare anges främst att man är missnöjd med bemötandet eller uppskattad vårdkvalitet hos sin egen vårdgivare, men även flytt till annan ort/område är helt naturligt en viktig faktor (figur 3.9).

Figur 3.9. "Varför har du bytt vårdcentral/mottagning i primärvården efter vårdvalets införande?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen som anger olika skäl till byte av vårdcentral, totalt och för olika grupper. Flera svar är möjliga.

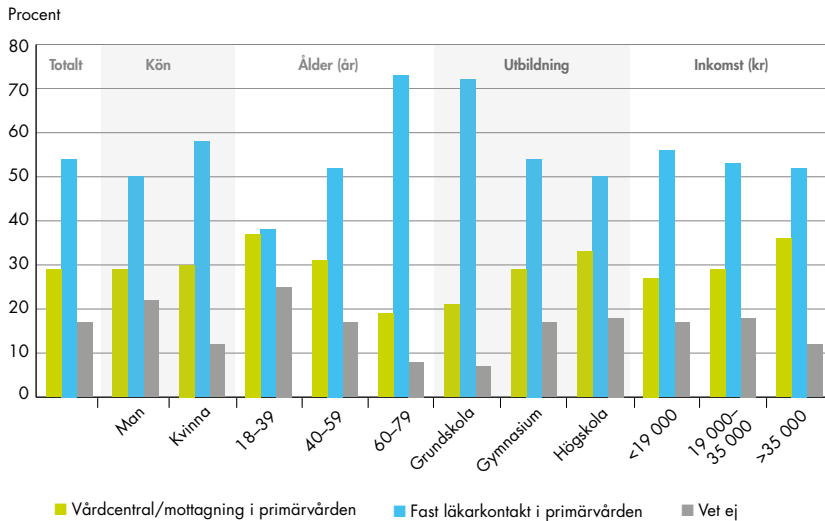


Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. 4 102 antal svarande.

När det gäller missnöje med bemötande eller vårdkvalitet är det främst individer med endast grundskoleutbildning samt i viss mån yngre som anger detta som skäl till byte.

En fråga som varit central både i Sverige och i andra länder vid valfrihets-system inom primärvården är om valet ska avse enskilda läkare eller mottagningar/vårdcentraler. Den tidigare husläkarreformen var fokuserad på valet av enskilda läkare, medan de senaste vårdvalsreformerna främst avser val av mottagning. Från den refererade befolkningsenkäten kan svaren tolkas som att befolkningen är mer intresserad av att välja enskilda läkare för att erhålla en fast läkarkontakt (figur 3.10).

Figur 3.10. "Vilket av följande är viktigast att få välja?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen som anger vad som är viktigast att få välja, totalt och för olika grupper.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. 4102 antal svarande.

Resultatet i undersökningen visar att det överlag finns en preferens att välja fast läkarkontakt⁶. Mer än 50 procent anger önskemål om att få välja läkare, medan cirka 25 procent vill välja vårdcentralsenhet. Det är framför allt äldre och individer med kort utbildning som uttrycker önskemål om att främst välja läkare. En tidigare studie genomförd före införandet av vårdvalsreformen visade emellertid inte på signifikanta skillnader i valet mellan mottagning och läkare. Studien som baserades på mätning av betalningsviljan för olika alternativ visade dock att äldre och individer med dålig hälsa föredrog att registrera sig hos en enskild primärvårdsläkare (Hjelmgren och Anell 2007).

En fördel med val av läkare är att patient-läkarkontinuiteten förbättras, vilket även har en del andra positiva effekter. I en tidigare norsk studie visas att en god läkarkontinuitet leder till färre laboratorieundersökningar och remisser samt effektivare användning av tiden för bland andra äldre och patienter med kroniska sjukdomar (Hjortdahl och Borchgrevink 1991). I en litteratursammanställning redovisas en mängd studier som visar att såväl kostnader som vårdens kvalitet påverkas positivt av en god kontinuitet, i synnerhet för

⁶ Frågan för läkaralternativet är formulerad som "Fast läkarkontakt", medan alternativet endast avser "Vårdcentral/mottagning" vilket kan varit ledande för de som besvarat enkäten.

individer med kroniska sjukdomar (Saultz och Albedaiwi 2004).

En intressant fråga är om vårdvalsreformen har eller kommer att påverka patient-läkarkontinuiteten. Intuitivt skulle valfrihet kunna leda till en försämrad kontinuitet genom att patienterna oftare byter vårdcentral. Det troliga är dock en motsatt utveckling av flera skäl. Ett skäl är att det svenska systemet med områdesansvar inte lett till en god patient-läkarkontinuitet på grund av dels brist på allmänläkare och dels på stor personalomsättning, där problemet varit att läkarna har flyttat mellan vårdcentraler – inte patienterna. Med vårdvalsreformen är det möjligt att denna möjlighet till förflyttning begränsas av patienternas valfrihet och listningsförfarandet. En sådan utveckling skulle med stor sannolikhet förstärkas om valet i större utsträckning gällde läkare framför val av vårdcentral. Läkarkontinuitet skulle även kunna bli en marknadsföringsåtgärd där patienter lockas med att kunna få ”sin egen doktor”.

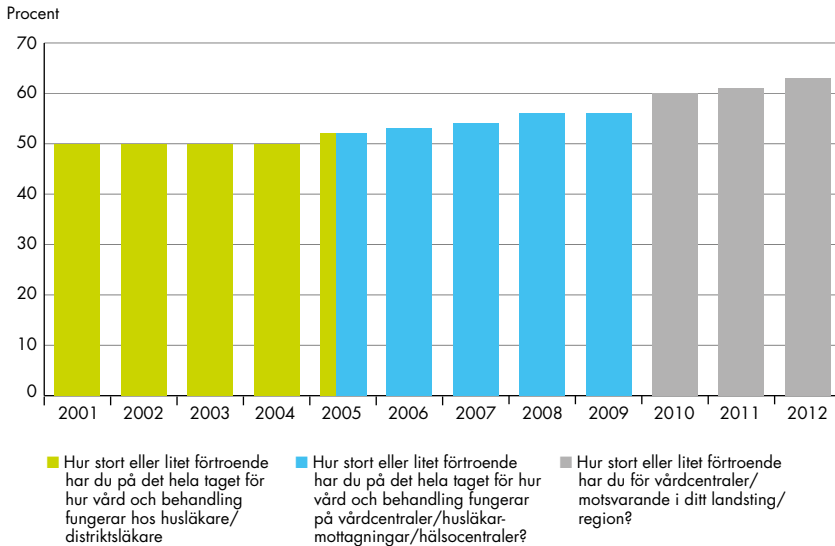
Sammanfattningsvis har införandet av vårdvalsreformerna åtföljts av information till medborgarna. Kunskapen om vårdvalsreformerna framstår som god även om önskemål finns om ytterligare underlag vid byte av vårdgivare. Enligt enkätundersökningarna uttrycker huvuddelen av befolkningen en uppskattning av valfriheten. Dock föredrar ett flertal att välja fast läkar-kontakt snarare än vårdcentral.

3.5 BEFOLKNINGENS FÖRTROENDE FÖR PRIMÄRVÅRDEN HAR FÖRBÄTTRATS NÅGOT

3.5.1 Befolkningens bedömning av primärvården

Genom att studera utvecklingen av de omdömen som regelbundet redovisas i olika enkäter kan vi få en bild av hur vårdvalsreformen påverkat allmänheten och patienternas tillgång till vården. En kartläggning av hur medborgarnas och patienternas omdömen av primärvården har förändrats och vilka regionala skillnader som finns har sammanställts utifrån resultat från såväl Vårdbarometern som Nationell patientenkät. I Vårdbarometern har ett urval av invånare fått ett antal frågor om deras förtroende och omdömen om olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Frågan om den övergripande utvecklingen har formulerats något olika över tiden och i figur 3.11 nedan redovisas utvecklingen inom primärvården med markering av olika formuleringar.

Figur 3.11. Andel respondenter med stort eller mycket stort förtroende för primärvården, år 2001–2012. Olika frågor, år 2001–2012.



Källa: Vårdbarometern 2001–2012. Vårdanalys bearbetning.

Som framgår av figuren har förtroendet för primärvården ökat över tiden. Då frågeformuleringen har förändrats över tid bör tidsbrotten noteras, framför allt mellan år 2009 och 2010, den tidpunkt då vårdval i primärvården infördes i de största delarna av riket. Men en viss positiv trend kan ändå skönjas för respektive tidsserie av de två senare frågeställningarna, 2005–2009 och 2010–2012. I materialet framgår att kvinnor och personer med långvarig sjukdom/besvär i större utsträckning uppger ett lägre förtroende än män och personer utan långvarig sjukdom. Även utlandsfödda, föräldrar med hemmaboende barn och individer med högre utbildning än grundskola uppger ett lägre förtroende. Ett högre förtroende noteras för individer med ett bättre självskattat hälsotillstånd, med högre ålder och om respondenten varit patient i sjukvården senaste halvåret (se bilaga 6).

Dessa samband kan behöva analyseras ytterligare. Det kan dock vara värt att notera riktningen på sambandet mellan hälsa (självskattat hälsotillstånd och långvarig sjukdom) och kontakt med vård på förtroendet för primärvården. Det är vanligare att individer med sämre hälsa anger ett lägre förtroende för primärvården. Samtidigt anger de som besökt vården något oftare ett högre förtroende. Detta kan möjligtvis ses som motsägelsefullt då fram-



för allt de som besöker vården är de som oftare har sämre hälsa. Detta är dock ett mönster som vi återkommande ser, exempelvis också i resultaten i den nationella patientenkäten.

3.5.2 Patienternas förtroende är oförändrat på en hög nivå

Patienternas egna omdömen om primärvården skiljer sig från mätningar av allmänhetens generella förtroende. Ofta anger patienter, som har mer erfarenhet av vården, mer positiva omdömen (Myndigheten för vårdanalys 2012b). Patienternas upplevda servicekvalitet inom hälso- och sjukvården mäts regelbundet med den nationella patientenkäten. I enkäten finns ett antal frågor som visar patienternas subjektiva omdömen av vården. Nedan visas två exempel på förtroendet för läkare respektive bemötande vid vårdkontakten (tabell 3.8).

Tabell 3.8. Patientomdöme om förtroende och respekt.

	Kände du förtroende för den läkare som du träffade? (PUK-värde)		Kände du att du blev mött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? (PUK-värde)	
	2009	2011	2009	2011
Stockholm	---	84	---	90
Uppsala	86	87	90	91
Sörmland	81	83	86	89
Östergötland	83	84	88	89
Jönköping	85	86	89	91
Kronoberg	86	87	91	92
Kalmar	88	88	92	92
Gotland	86	86	90	89
Blekinge	86	87	91	92
Skåne	85	84	89	89
Halland	88	88	92	92
Västra Götaland	82	83	88	89
Värmland	85	84	89	89
Örebro	83	82	88	88
Västmanland	84	82	89	88
Dalarna	82	84	89	89
Gävleborg	84	86	89	90
Västernorrland	82	83	88	89
Jämtland	84	86	89	91
Västerbotten	83	84	89	89
Norrbotten	---	84	---	89
Riket	84	85	89	90

Källa: Nationell patientenkät (*npe.sk.se*) 2009 och 2011.

I frågor kring bemötande och förtroende ger patienterna i huvudsak primärvården mycket positiva omdömen. Frågan om kontinuitet, det vill säga att få träffa samma läkare får ett lägre betyg. Det sistnämnda överensstämmer med andra resultat om önskemål att få välja läkare och att svensk sjukvård i ett internationellt perspektiv uppvisar en bristande patient-läkarkontinuitet. Generellt visar dessa mått vare sig på någon markant förbättring eller försämring under den period vårdvalsreformerna introducerats.

De regionala variationerna när det gäller patienternas omdömen är små och förändras knappast alls mellan de två mätperioderna. Mot bakgrund av att resultaten baseras på ett begränsat urval är förändringarna sannolikt inte signifikanta. Ovanstående resultat har även analyserats utifrån olika klassificeringar av landstingen där det framkommer vissa skillnader (se bilaga 7). Landsting med en stor andel av befolkningen boende i områden med hög tillgänglighetsklass, det vill säga hög grad av närhet till tätort, erhåller inte högre omdöme för vårdens helhetsintryck än de med lägre tillgänglighetsfaktor. Helhetsintrycket är något bättre för landsting med hög andel läkarbesök i förhållande till övriga personalkategorier. Det verkar även finnas ett positivt samband mellan den andel av resurserna som går till primärvården och patienternas helhetsintryck. Det innebär att landsting som ger mer resurser till primärvården i förhållande till övrig sjukvård får ett bättre omdöme från befolkningen om helhetsintrycket.

En analys baserad på regionala variationer har begränsningar då vi endast har 21 enheter i form av landsting. Inom landstingen finns stora variationer som kan dölja samband. För att studera samband mellan tillgänglighet till vården och olika bakgrundsfaktorer har en regressionsanalys genomförts av materialet i Nationell patientenkät (se bilaga 8). I analysen har bakgrundsfaktorer som hälsotillstånd, utbildning, utlandsfödd och ålder relaterats till uppfattningen om vårdcentralens tillgänglighet. Resultaten visar att individer med bra hälsotillstånd, hög utbildning och hög ålder uppger en högre tillgänglighet.

3.6 KONTINUITETEN ÄR OFÖRÄNDRAD

Tillgänglighet handlar i slutändan inte om att få tillgång till vilken vård som helst utan om att få tillgång till ändamålsenlig vård av rätt och hög kvalitet, det vill säga ändamålsenlighet i (Levesque m.fl. 2013). Rätt vård och med hög kvalitet ingår i definitionen av vårdens tillgänglighet. Om vissa grupper har goda förutsättningar att ta del av hälso- och sjukvård, medan andra grupper



endast har reell möjlighet att utnyttja tjänster med låg kvalitet finns i praktiken en skillnad i tillgänglighet. Även ändamålsenlighet i förhållande till vårdbehov och anpassning av tjänsterna är enligt samma resonemang av betydelse. Ändamålsenlighet kan mätas som formell struktur som tillgång till husläkare med allmänmedicinsk kompetens och avvägningen mellan läkarvård och annan primärvård (distriktsköterska, paramedicinsk personal med mera). Andra relevanta mått är processmått, som att individen får träffa den läkare eller annan personal som efterfrågas, samt kontinuitet i patient-läkar-kontakten. Även patientens ställning och förmåga att interagera med hälso- och sjukvården utifrån de egna behoven är en dimension av tillgänglighet, även om man bör notera att patientens ställning påverkar reell tillgänglighet på mer än ett sätt. Denna dimension överlappar delvis med dimensionen om patienternas omdöme och förtroende för vården.

Primärvårdens verksamhet är bred och komplex vilket innebär att det finns uppenbara svårigheter att på övergripande nivå mäta och bedöma kvaliteten. Mått på befolkningens hälsa är en funktion av samverkande faktorer där det är svårt att urskilja effekter av primärvårdens insats. Från ett patientperspektiv finns i huvudsak två typer av kvalitet. Den första ser till den medicinska kvaliteten som avser behandlingens effekter på patientens hälsa. Inom vissa medicinska discipliner kan dessa uppgifter hämtas ur olika typer av register. I viss utsträckning finns kvalitetsregister som är relevanta för att mäta medicinska effekter inom primärvården. Det gäller till exempel uppföljning av patienter med diabetes. Tyvärr saknas övergripande kvalitetsmått för primärvårdens verksamhet. Den andra dimensionen av kvalitet utgår från patienternas och befolkningens egna bedömningar och upplevelser av vården. Som tidigare redovisats är det viktigt att skilja mellan de omdömen som görs av befolkningen och de bedömningar som görs av patienter med erfarenhet av vården.

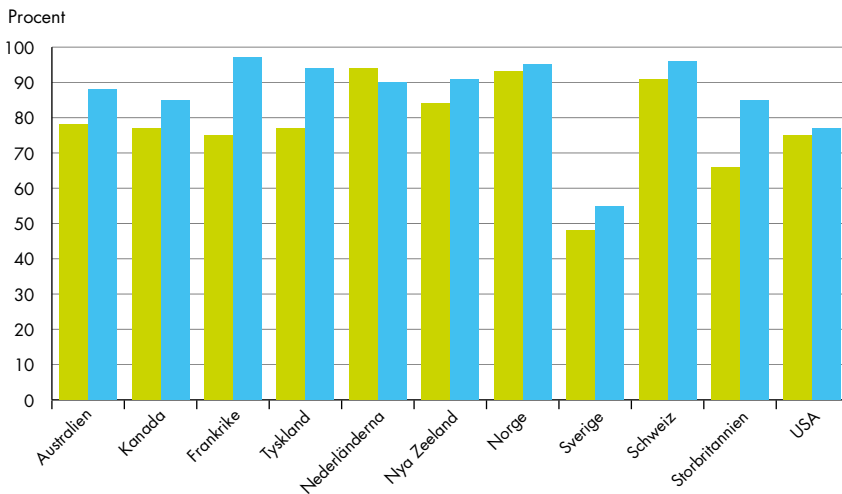
Med dimensionen ändamålsenlighet är avsikten att belysa om hur vården har förbättrats eller försämrats kvalitetsmässigt. Här är kvalitetsindikatorer och kompetenssammansättning viktiga indikatorer, men även risker för exempelvis överkonsumtion och en alltför generös förskrivning av läkemedel bör beröras. I avsnittet tas följande aspekter upp: patient-läkarkontinuiteten, bemanningsstruktur och läkemedelskonsumtion.

3.6.1 Oklart om förbättring av kontinuitet efter vårdvalet

En god och kontinuerlig relation mellan patient och läkare, men även annan vårdpersonal har i flera studier visat på flera positiva aspekter. Med en god

kontinuitet har vårdgivaren en kunskap om den enskilde patienten som innebär att onödiga undersökningar kan undvikas och lämplig behandling sätts in på ett tidigt stadium (Saultz och Albedaiwi, 2004). Som tidigare redovisats finns även ett intresse från befolkningen om att i första hand få välja sin egen läkare snarare än vårdcentral. Den svenska hälso- och sjukvården har under en längre tid haft en klart sämre patient-läkarkontinuitet än flertalet jämförbara länder i Europa och Nordamerika. I figur 3.12 presenteras resultatet av frågan om i vilken utsträckning patienten regelbundet går till samma doktor.

Figur 3.12. "Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? Till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen som svarat ja.



Källa: The Commonwealth Fund, IHP Survey 2010 och 2013. 2100 respektive 2400 svarande i Sverige 2010 och 2013.

Som framgår av figuren ligger Sverige på en klart lägre nivå i jämförelse med andra länder med utvecklade hälso- och sjukvårdssystem. Utvecklingen mellan de två åren visar på förbättringar i samtliga länder och den svenska siffran har förbättrats från 48 procent år 2010 till 55 procent år 2012, en effekt som eventuellt kan tillskrivas vårdvalsreformerna. Nivån på siffrorna från den internationella studien stämmer ganska väl överens med den svenska nationella patientenkäten. I den nationella patientenkäten för primärvården framgår dock inte denna förbättring. I den redovisas en diskrepans där cirka 90 procent av de svarande uppger att kontinuitet är viktigt, men endast knappt 60 procent uppger att de får träffa samma läkare.



En skillnad i Sverige mot många andra länder är att patientens fasta kontakt vid en vårdcentral kan vara en annan yrkeskategori än läkare. För personer med kroniska sjukdomar finns till exempel astma- och diabetesmottagningsdärpatienterna regelbundet vänds sig till en sjuksköterska med specialistinriktning. Det föreligger uppenbarligen oklarheter om patient-läkarkontinuitet har förbättrats under senare år, men vi kan konstatera att Sverige ligger på en markant lägre nivå gentemot jämförbara länder.

3.6.2 Bemanningsproblemen är störst i glesbygd

Ett område som är kopplat till kontinuitet är förekomsten av fast anställda läkare vid vårdcentralerna. Bristen på läkare med allmänmedicinsk kompetens har under en längre tid varit ett problem inom svensk sjukvård. I synnerhet i vissa glesbygdsområden har vårdcentraler haft längre vikariat samt även så kallade stafettläkare. Det har inneburit en sämre kontinuitet för patienterna, men även interna organisatoriska problem och höga personalkostnader för vårdcentralerna. Sveriges läkarförbund (2013), har genomfört en kartläggning av tillgång på fast anställda läkare med kompetens inom allmänmedicin. I studien framgår även andelen av stafett- eller hyrläkare per landsting (tabell 3.9).

Tabell 3.9. Läkare med allmänmedicinsk kompetens inom primärvården, år 2012.

Landsting	Andel vårdcentraler med hyrläkare, %	Antal hyrläkare, personer			Index antal hyrläkare i relation till antal listade Riket=100
		Offentligt, antal	Privat, antal	Summa, antal	
Stockholm	32	21	104	125	65
Norrköping	32	69	29	98	77
Uppsala	53	18	26	44	130
Sörmland	69	31	9	40	142
Östergötland	21	14	7	21	47
Jönköping	37	26	10	36	107
Kronoberg	34	8	4	12	65
Kalmar	39	26	3	29	124
Gotland	63	11	0	11	180
Blekinge	67	28	7	35	230
Skåne	57	4	2	6	116
Halland	33	19	7	25	81
Västra Götaland	40	97	50	147	92
Värmland	53	26	7	33	117
Örebro	47	29	3	32	110
Västmanland	29	21	4	25	97
Dalarna	67	46	0	46	159
Gävleborg	60	31	20	51	180
Västernorrland	48	19	2	21	85
Jämtland	61	25	4	29	231
Västerbotten	42	26	12	38	141
Norrbotten	61	40	5	45	176
Totalt	41	635	314	949	100

Källa: Sveriges läkarförbund (2013).

Vi kan konstatera att det är främst i Norrlandslänen som hyrläkare utgör en stor del av läkarbemanningen. Även i södra Sverige finns exempel på landsting som Blekinge och Sörmland med hög andel hyrläkare. Tyvärr saknas jämförbara siffror om bemanningssituationen och andelen hyrläkare för perioden innan vårdvalens införande.

3.6.3 Ingen ökning av antibiotikaförskrivningen efter vårdvalet

I samband med införandet av vårdvalsreformerna fanns farhågor om att konkurrensen och en förbättrad tillgänglighet skulle leda till överkonsumtion av vissa tjänster. Med en konkurrens för att få patienter listade vid sin vårdcentral finns risken att vissa aktörer lockar med ovidkommande och icke-ändamålsenlig service. Ett sådant exempel är förskrivningen av läkemedel som till exempel antibiotikaanvändningen. För en enskild individ kan det vara



rationellt och ändamålsenligt att använda antibiotika vid till exempel öroninflammation eller problem med bihålor. Från ett samhällsperspektiv är detta problematiskt på grund av påskyndandet av resistensutvecklingen. Ett hypotetiskt konkurrensmedel skulle kunna vara att erbjuda en generös förskrivning av exempelvis antibiotika vid virusorsakade förkylningsbesvär. Tidigare studier har även före införandet av vårdval visat på en icke-evidensbaserad förskrivning av antibiotika för bland annat övre luftvägsinfektioner. I tabell 3.10 redovisas hur antibiotikaförsäljningen utvecklats per landsting.

Tabell 3.10. Antibiotikaförsäljning i öppenvård per län, DDD*/1000 invånare/dag.

	2008	2009	2010	2011	2012
Stockholm	15,1	14	13,7	13,9	13,8
Skåne	14,3	13,8	13,5	13,8	13,3
Uppsala	13,5	13	12,9	13,3	13,1
Västra Götaland	13,6	12,9	12,8	13,3	12,9
Örebro	12,9	11,7	11,6	12,1	12,4
Västmanland	13,1	12,3	12,2	12,3	12,3
Halland	12,9	12,1	12,3	12,6	12,1
Blekinge	13,5	13,1	13	12,9	11,9
Kalmar	12,9	12,2	12,1	12,2	11,8
Gotland	12,1	11,2	11,4	11,9	11,7
Kronoberg	12,8	12,4	12,3	12,4	11,7
Värmland	11,5	11,1	11,3	11,8	11,6
Sörmland	11,9	11,2	11	11,3	11,2
Östergötland	11,6	11,3	11,5	11,3	11,1
Norrbottnen	12	11,1	11	11,4	11,1
Jönköping	11,3	10,6	10,7	11,2	11
Gävleborg	11,5	10,8	11	11	10,8
Västernorrland	12,5	11,3	11,3	10,6	10,7
Dalarna	11,1	10,1	10,3	10,2	10,4
Västerbotten	10,7	10,1	10,3	10,4	10
Jämtland	11	10,1	9,7	9,8	9,9
Riket	13,5	12,8	12,7	12,8	12,5

Källa: Smittskyddsinstitutet, 2013.

* Definierad dygnsdos (DDD)

Utvecklingen visar en nedåtgående trend som gäller generellt för landstingen. Inget landsting visar en ökning av antibiotikaförsäljning. Denna utveckling har knappast påverkats av vårdvalsreformerna utan är med stor sannolikhet en effekt av olika åtgärder av andra myndigheter för att minska förskrivningen. Utvecklingen kan eventuellt tolkas som att vårdvalsreformerna inte påverkat detta arbete i negativ riktning. Då inget landsting avviker från det

nedåtgående mönstret är det inte sannolikt att skillnaderna i vårdvalsmodellerna påverkar förskrivningen av antibiotika. Skillnaderna i nivåer mellan landstingen är däremot svårare att förklara.

3.7 PRIMÄRVÅRDENS ROLL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET HAR INTE FÖRÄNDRATS

Denna rapport har fokuserat på effekterna på tillgänglighet till hälso- och sjukvård utifrån vårdvalsreformens införande. I detta avsnitt behandlas ett antal andra aspekter kopplade till vårdvalsreformen vid sidan av tillgänglighet. De områden som analyseras är utvecklingen för kostnader och produktivitet, vårdutnyttjandet för övrig hälso- och sjukvård samt ägandeformer.

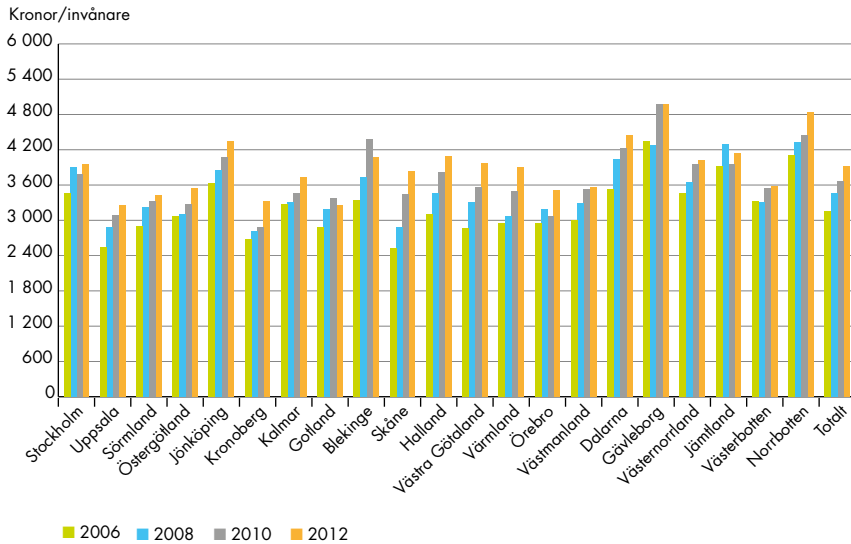
3.7.1 Primärvårdens kostnadsandel har inte ökat sedan vårdvalet

Kostnadsutvecklingen kan analyseras utifrån skillnader i utformningen av vårdvalsmodellerna mellan landstingen men även utifrån demografiska och strukturella förhållanden. Detta gäller även jämförelser mellan landsting som tidigt införde vårdvalsmodeller och de som väntade till lagstiftningen trädde i kraft. I detta avsnitt återges ett urval av den nationella statistik som finns tillgänglig angående kostnader, vårdutnyttjande samt beräkning av produktivitet.

Beträffande kostnadsaspekten har en central fråga varit om landsting med stor andel rörlig ersättning ökar sina kostnader mer än andra landsting. I figur 3.13 nedan redovisas nettokostnaden per invånare per landsting inom primärvården totalt. I dessa kostnader ingår förutom läkarverksamhet i primärvården även mödravård, barnhälsovård, rehabilitering med mera. Det innebär att verksamheter som ligger utanför vårdvalet ingår för vissa landsting. Nettokostnaden är landstingens skattefinansierade vård för de egna invånarna exklusive patientavgifter.



Figur 3.13. Kostnad (netto) per invånare för primärvård, år 2006–2012.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006–2012).

Kostnadsutvecklingen inom primärvården visar inget dramatiskt mönster och motsvarar ungefär uppräkningsen för löner och priser inom hälso- och sjukvården. Generellt har vårdvalsreformerna inom primärvården inte ökat kostnadernas andel av den totala sjukvården (Myndigheten för vårdanalys, 2012a). Primärvårdens andel av landstingens totala kostnader är relativt oförändrad och ligger runt 17 procent.

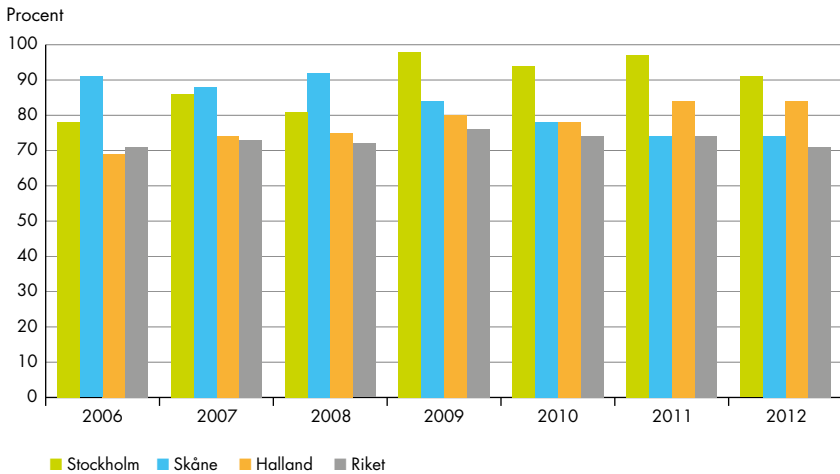
Vi kan inte heller se några märkbara skillnader mellan landsting med hög andel rörlig ersättning och de med fast ersättning. Stockholm med i särklass högst andel rörlig ersättning låg strax över genomsnittet under flera år för att under senare år närma sig genomsnittet för landet. Förändringarna under perioden efter införandet av vårdval visar att kostnadsutvecklingen i Stockholm varit lägre än det nationella genomsnittet (Rehnberg m.fl. 2010). Övriga landsting som införde vårdvalsreformen relativt tidigt som Halland och Västmanland, men även region Skåne, uppvisar större kostnadsökningar. I Halland har dock en riktad satsning gjorts mot primärvården vid införandet av vårdval. I utvärderingen av Vårdval Halland anses ökningen inte hota den totala kostnadskontrollen (Paulsson 2010). Mot bakgrund av dessa siffror finns inget stöd för att den rörliga andelen av ersättningen i vissa landsting medfört större kostnader. Generellt har vårdvalsreformerna genomförts inom en mer eller mindre konstant kostnadsram.

Det återstår dock att förklara hur de olika kombinationerna av rörliga och

fasta ersättningar påverkar utvecklingen och skillnaderna mellan landstingen. Landsting utan rörlig ersättning (Blekinge, Kalmar, Skåne, Västra Götaland och Värmland) uppvisar högre kostnadsökningar än flera landsting med rörlig ersättning. Det är emellertid viktigt att notera att inget landsting baserar ersättningen helt på en rörlig andel. Även i exempelvis Stockholm har vårdgivarna 40 procent fast ersättning och är således i hög grad beroende av en framgångsrik listning. Det finns heller ingen entydig bild att landsting som startade vårdval tidigt haft en högre ökning av primärvårdskostnaderna.

En utveckling med mer eller mindre oförändrade kostnader kombinerat med en förbättrad tillgänglighet borde medföra ökad produktivitet. Produktiviteten är beräknad med metoden Data Envelopment Analysis (DEA) där antalet vårdkontakter har relaterats till kostnaderna för primärvården i respektivelandsting. Ett högt DEA-värde innebär en högre produktivitet relativt sett. I figur 3.14 redovisas produktivitetsutvecklingen för några landsting baserat på DEA.

Figur 3.14. Produktivitet inom primärvården för ett antal landsting, år 2006–2012 (input: kostnader, output: läkare- och sjuksköterskebesök).



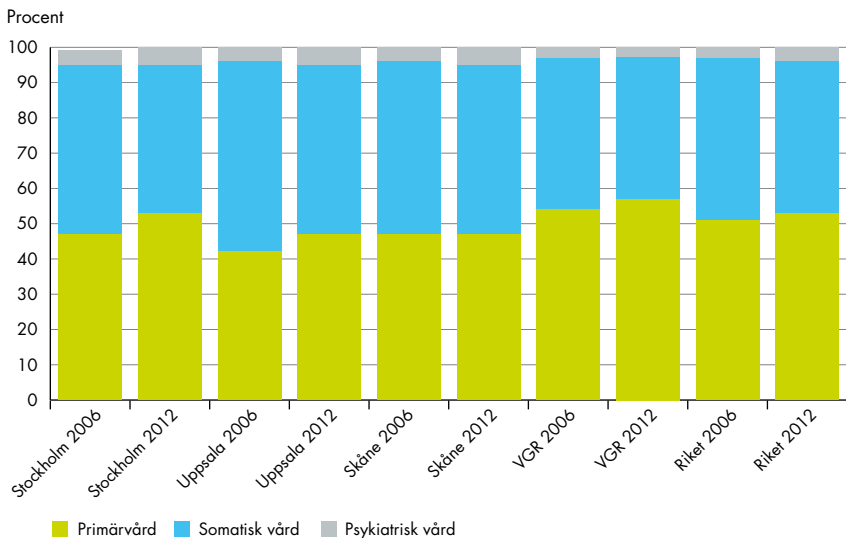
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006-2012), samt egna beräkningar

Av figuren framkommer att det finns stora skillnader i primärvårdens produktivitet såväl före som efter införandet av vårdvalsreformen. Under perioden med vårdvalsreformerna har den inbördes rangordningen ändrats en del. Stockholm har haft en mer positiv produktivitetsutveckling än övriga landsting. Det är dock svårt att härleda dessa förändringar till egenskaper hos de olika vårdvalsmodellerna.

3.7.2 Mindre ökning av primärvårdens andel av den öppna vården

Svensk primärvård har som redovisades inledningsvis en mindre andel av resurserna avsedda till hälso- och sjukvården. En återkommande fråga som inte bara är aktuell för nuvarande vårdvalsreformer är kopplingen mellan vårdformer. Ett generellt problem inom hälso- och sjukvården är organisationen i funktioner (ibland kallat ”stuprör” eller ”silo-mentalitet”). Även tidigare har resursfördelningen mellan vårdformer varit åtskilda från varandra och risken för övervältringseffekter uppenbara. Detta problem har inte lösts av vårdvalsreformerna även om några modeller innehåller bonus eller sanktioner för primärvården beroende på utfallet av övrigt öppenvårdsutnyttjande. I figur 3.15 redovisas förändringen av öppenvårdsbesök mellan primärvård och övrig öppenvård för ett antal landsting.

Figur 3.15. Fördelning av öppenvårdsbesök (läkare) mellan primärvård, somatisk och psykiatrisk vård inom ett antal landsting, år 2006 och 2012.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006–2012)

För riket som helhet noteras en svag ökning av primärvårdens andel av den öppna vården. Det finns dock stora regionala skillnader. För de större regionerna och landstingen uppvisar Stockholm, Uppsala samt i viss mån Västra Götalandsregionen en ökning av primärvårdens andel av de totala resurserna. I Region Skåne är andelen oförändrad. I figur 3.16 nedan visas förändringen för respektive landsting.

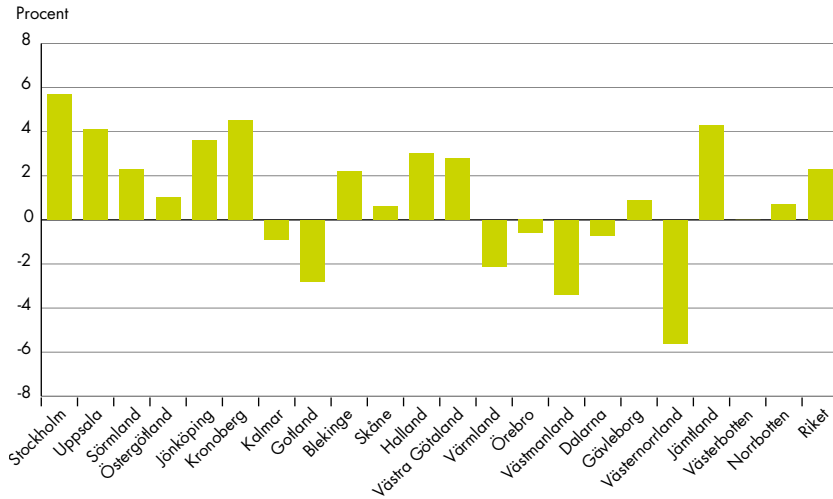
”

Jag har ett ganska litet vårdbehov, senast jag sökte vård var för ett mindre utslag. Jag bytte vårdcentral för ungefär ett år sedan. På min gamla vårdcentral kunde man inte boka tid hos läkare en annan dag än den dagen man ringde, och tiderna var slut varje gång. När tiderna tog slut fick man ringa nästa dag och försöka igen. Jag tyckte att jag inte kunde hålla på och ringa varje morgon, så då bytte jag till en vårdcentral där man kunde boka längre fram i tiden. Båda vårdcentralerna ligger mellan mitt hem och jobbet och har ungefär samma öppettider. De är väldigt lika i det mesta, men att boka tid på den nya vårdcentralen funkar helt klart bättre.

Man, 37 år, tätort⁷

⁷ Denna berättelse är en personlig erfarenhet av vårdvalet. Syftet med intervjun är endast illustrativt och kan inte utan vidare generaliseras.

Figur 3.16. Förändring av primärvårdens andel av besök i öppenvården för respektive landsting, år 2006–2012.



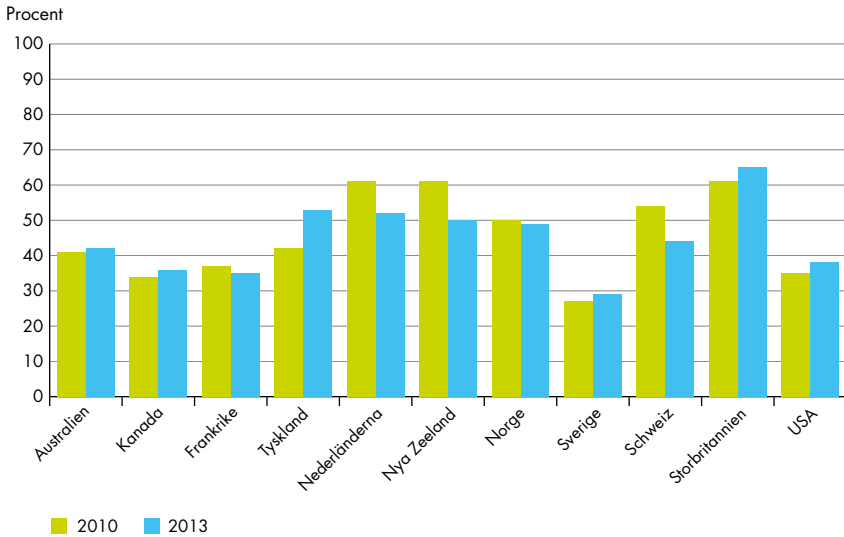
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2006–2012.

De regionala skillnader som kan iakttas efter införandet av vårdvalsreformen kan knappast kopplas till egenskaperna i landstingens vårdvalsmodeller. Även om Stockholm med en klart högre andel rörlig ersättning än övriga landsting uppvisar den största ökningen av primärvårdens andel av öppenvårdsbesöken, finns inget enhetligt mönster bland övriga landsting.

Avlastningen av den specialiserade öppenvården vid framför allt sjukhusen är delvis beroende av tillgängligheten till primärvården. Vi kan konstatera att primärvården under vårdvalsreformen förbättrat tillgängligheten i form av ett ökat utbud av vårdgivare och ökat vårdutnyttjande, men utan större förändringar av tillgänglighet i form av utökning av öppettider eller utbud av alternativa kontaktvägar. Att primärvårdens arbetssätt är relativt oförändrat framgår även av den enkät som skickats till landstingens vårdvalssamordnare, där samverkan med den övriga specialiserade vården uppges vara relativt oförändrad.

Även inom detta område visar den tidigare refererade IHP-studien att tillgängligheten utanför kontorstid är sämre i Sverige än flera andra länder (figur 3.17).

Figur 3.17. "Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning?" Andel av respondenterna i befolkningsundersökningen som svarat mycket lätt eller lätt.



Källa: The Commonwealth Fund, IHP Survey 2010 och 2013. 2100 respektive 2400 svarande i Sverige 2010 och 2013.

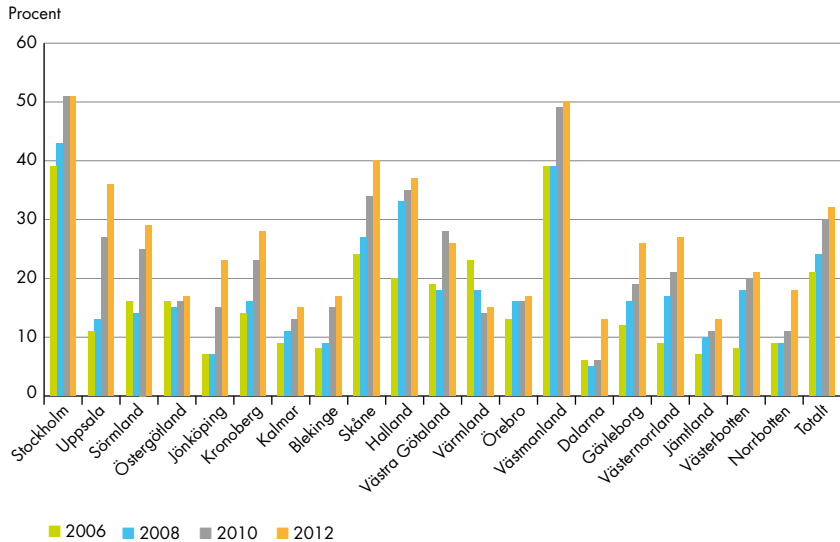
Det är uppenbart att svenska patienter som är i behov av vårdkontakt under kvällar, helger och andra ledigheter i större utsträckning är hänvisade till sjukhusens akutmottagningar i jämförelse med andra länder. Vi kan dock notera en viss förbättring under de år vårdvalsreformen varit i bruk. Noterbart är att skattebaserade system som det norska fastlegesystemet och det brittiska NHS med väl utbyggd primärvård visar högre siffror än Sverige.

3.7.3 Ökad andel privat vård

Som tidigare redovisats har flertalet nyetablerade vårdcentraler varit privata. Denna utveckling gäller generellt i Sverige även om det förekommer variationer. I figur 3.18 redovisas andelen av primärvårdens omsättning som utförs av privata aktörer. Dessa siffror avser inte endast vårdgivare som ingår i vårdvalsreformerna utan även övrig primärvård, vilken delvis kontrakteras genom offentlig upphandling.



Figur 3.18. Privata utförarens andel av den totala omsättningen för primärvården, år 2006–2012.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2006–2012.

Som framgår av figuren svarar den privata vården för drygt 30 procent av primärvårdens omsättning. Högst andel noteras för Stockholm och Västmanland där drygt hälften av vården utförs av privata vårdgivare. Flertalet landsting noterar en ökning av den privata vårdens andel. Primärvården är idag den delsektor inom hälso- och sjukvården där den privata andelen av omsättningen är störst. Det finns naturliga förklaringar till detta då primärvården i större utsträckning än andra vårdformer uppfyller ekonomiska kriterier för konkurrens. Mångfald med flera konkurrerande enheter är lättare att etablera inom primärvården än andra vårdformer. Även om problem med informations-asymmetri föreligger är dessa problem mindre i primärvården än andra sektorer. Patienternas subjektiva preferenser i form av omdömen och patienttillfredsställelse väger tyngre inom primärvården än i medicinska specialiteter med tydligt utformade kvalitetskriterier.

3.8 SLUTSATSER

Förbättrad tillgänglighet har varit en central målsättning med vårdvalsreformerna. Som framkommit i redogörelsen har begreppet tillgänglighet flera tolkningar och dimensioner. Den teoretiska indelningen av begreppet belyser såväl utfallet i form av fysisk tillgänglighet och tillfredsställelsen med till-

gängligheten som processer och restriktioner där tillgång på information och kostnader för tillgången på vård beskrivs. Vissa dimensioner är även kopplade till egenskaper av vårdvalsreformerna som bedömningar av kunskap och information för att utöva valfrihet.

I ett internationellt perspektiv har primärvården i Sverige relativt sett haft en mindre roll inom hälso- och sjukvården. Den moderna svenska primärvården byggdes upp efter principen om geografiska upptagningsområden där medborgarna tilldelades vårdgivare. Samtidigt realiserades aldrig planerna på en väl utbyggd primärvård som skulle ha en koordinerande roll och vara patientens primära vårdkontakt. Konsekvenserna har varit att principen om första och remitterande vårdinstans inte fungerat till fullo samtidigt som patient-läkarkontinuiteten visat brister.

Förbättrad fysisk tillgänglighet, men avsaknad av innovationer

De målsättningar som ställdes upp med vårdvalsreformen har i stort uppfyllts. Patientens ställning har stärkts genom möjligheten att välja primärvårdsläkare och i enkätstudier framkommer att flertalet invånare uttrycker sig positivt om valfriheten. Vårdvalsreformerna har i flera avseenden påverkat tillgängligheten inom primärvården. Vi kan konstatera att den fysiska tillgängligheten har förbättrats genom främst ett ökat utbud av privata mottagningar och ett ökat vårdutnyttjande. De regionala variationerna är dock betydande och det är främst i de tätbefolkade områdena nyetableringar ägt rum. Vi kan även notera en ökad konkurrens genom det större utbudet i flertalet geografiska områden. Graden av konkurrens visar även ett positivt samband med patienternas kundnöjdhet.

Den förbättrade fysiska tillgängligheten har emellertid inte nämnvärt ändrat organisation och arbetssätt inom primärvården. Öppettider och vårdkontakter sker ungefär som tidigare genom besök på mottagning eller i hemmet under kontorstid. Reformen tycks inte ha inneburit några större innovationer av utbudet såsom profilering av vårdcentraler gentemot vissa grupper (till exempel äldre, barn och personer med kronisk sjukdom), elektronisk besöksbokning, receptutskrivning eller självdiagnostik. Patienternas omdömen om bemötande och helhetsintryck visar inte heller på några förändringar vare sig i positiv eller negativ riktning. Samtidigt är sådana förändringar beroende av hur regelverk och ersättningssystem utformats. Ersättningssystemen är till exempel fortfarande fokuserade på fysiska besök vid mottagningen. Det är sannolikt att innovativa lösningar kräver även översyn och fortsatta förändringar av styr- och ersättningssystem.



Goda kunskaper och positiva uppfattningar om valfriheten

Ett syfte med vårdvalsreformen var att överföra makt till patienter och befolkning, vilket förutsätter en kapacitet hos befolkningen att utnyttja möjligheterna. Svårigheterna för befolkningen och patienter att göra rationella val är ett generellt problem inom hälso- och sjukvården. En historisk avsaknad av valfrihet innebär även att behovet av denna kunskap och information varit låg. Flera undersökningar tyder emellertid på att kunskapen om vårdvalsreformen verkar vara god och en övervägande majoritet av befolkningen uppger att de känner till möjligheten att välja vårdgivare och många upplever att de har tillgång till relevant information för valet. Däremot uttrycker en majoritet att de föredrar att kunna välja sin egen läkare istället för val av vårdcentral.

Fortfarande bristande kontinuitet

De vårdvalsreformer som införts i primärvården under 2000-talet har främst gett invånarna en valfrihet att lista sig vid en vald vårdcentral. I detta avseende finns en viss skillnad mellan den tidigare husläkarreformen på 1990-talet och dagens vårdvalsmodeller där den förstnämnda hade ett fokus på valet av läkare. Möjligheten att välja och lista sig hos enskild läkare är i dag begränsad och förekommer i praktiken främst vid mindre enheter med ett fåtal läkare. Vi ser även att Sverige vid en internationell jämförelse fortfarande har en sämre patient-läkarkontinuitet än många andra länder. En bättre kontinuitet uttrycks även som önskemål i enkätstudier. Det har ibland framförts farhågor att valfriheten skulle leda till en splittrad vård och att många individer skulle missbruka valet med en försämrad kontinuitet som följd. Utvecklingen tyder på motsatsen och enkätstudier indikerar att patienterna vill gå ett steg längre och välja läkare snarare än vårdcentral för en bättre kontinuitet. I den tidigare modellen med områdesansvaret var problemet med en bristande kontinuitet att läkare bytte arbetsplats. Med vårdvalet kommer sannolikt intresset även från vårdgivare att behålla listade patienter att leda till en bättre kontinuitet.

Ökat förtroende hos befolkningen, men patienttillfredställelsen oförändrad

En central fråga är om och hur vårdvalsreformerna förbättrat vården från ett befolknings- och patientperspektiv. Eftersom övergripande medicinska

kvalitetsindikatorer saknas i primärvården är vi hänvisade till undersökningar om patienternas omdömen av vården samt medicinska kvalitetsindikatorer för sjukdomar som ofta behandlas i primärvården. Bland de sistnämnda är det olika medicinska mått, bland annat för diabetiker, som är relevanta. Dessa visar inte på några tydliga förändringar under perioden för vårdvalets införande.

Utifrån resultaten i patientenkäter finns inga större förändringar. Även om den fysiska tillgängligheten förbättrats har denna utveckling inte avspeglats i patienternas omdömen av vårdens kvalitet. Däremot visar andra befolkningsundersökningar en ökad uppskattning av den ökade tillgängligheten och av möjligheten till valfrihet.

En utveckling där vårdutbud och vårdutnyttjande ökar är i sig ingen garanti för en ändamålsenlig konsumtion. Samtidigt råder inte konsensus om vad som är en ändamålsenlig primärvård och såväl de regionala som internationella variationerna av utbudet och vårdutnyttjandet inom primärvården är ibland stora. I kapitlet har ändå ett antal indikatorer om ändamålsenlighet följts upp. Det gäller patient-läkarkontinuitet, bemanningsstruktur med mera. En frågeställning som är svårbedömd är hur den förebyggande vården har utvecklats till följd av reformen. Ett argument för den tidigare modellen med upptagningsområde var att den underlättade kollektiva preventiva insatser för en definierad befolkning. Å andra sidan sker huvuddelen av det förebyggande arbetet vid vårdcentraler i mötet mellan patient och vårdpersonal.

De ekonomiska restriktionerna för tillgång på vård har inte ändrats i större utsträckning när det gäller patientavgifter. Däremot bidrar skillnader i den fysiska närheten sannolikt till olika tidskostnader med avseende på skillnader i restid. De relativa skillnaderna kan emellertid ha ökat med tanke på skillnaderna i utbudsförändringar mellan tätort och glesbygd. Totalt har endast en procent av befolkningen ett reseavstånd på mer än 20 minuter till närmaste vårdcentral. Reella försämringar i restid under perioden med vårdvalsreformen är dock mycket marginell.

Vårdvalsreformen avsåg endast primärvård. De vårdvalsmodeller som etablerats inom somatisk specialistvård i vissa landsting har i regel inte kopplat ihop vårdkedjan där primärvården ingår. I vissa landsting har ersättningen utformats så att en ökad konsumtion av annan öppenvård leder till minskade resurser. Denna koppling mellan vårdformer verkar dock haft en liten effekt. Generellt har primärvården inte avlastat specialist- och sjukhusvården under de år reformen pågått.

Beträffande fördelningsaspekter råder osäkerhet beroende på val av indelningsgrunder och studiedesign. Utifrån indelningar av socioekonomi, kroniskt sjuka patienter med mera finns exempel på grupper som erhållit mindre



förbättringar. I absoluta termer tyder genomförda studier på att flertalet grupper erhållit en förbättrad fysisk tillgänglighet. Detta är ett område som bör analyseras i mer detalj.

Det föreligger stora regionala skillnader när det gäller kostnadsutvecklingen inom primärvården. Kostnaderna för vårdvalsreformen har dock varit under kontroll. Primärvårdens andel av totalkostnaderna har varit relativt konstant.

Goodbye to Alma Ata... Welcome Doctor Finlay?

Införandet av vårdvalsreformen innebär sannolikt att den svenska primärvårdsmodellen uppbyggd efter principen med geografisk områdestillhörighet och relativt stora offentligt ägda vårdcentralsenheter med vårdlag, delvis kommer att överges. Motiven för denna typ av organisation var fokusering på förebyggande sjukvård och hälsoundersökningar med ett befolkningsansvar. Tankegångarna baserades även internationellt på riktlinjer från Världshälsoorganisationens (WHO) konferens i Alma Ata år 1978. I Sverige kom denna utbyggnad aldrig att realiseras fullt ut. Det har både funnits problem att rekrytera allmänläkare och förtroendet bland befolkningen har varit sviktande. Detta kan tolkas som att varken professionen eller allmänheten fullt uppskattat organisationsformen. Läkarna har i större utsträckning sökt sig till andra medicinska specialiteter och befolkningen har inte accepterat remissförfarande och koordinering av vården via vårdcentraler. Under slutet av 1980-talet hade primärvårdens legitimitet börjat urholkas och i maktutredningen framgick ett missnöje hos allmänheten att inte kunna välja sin egen läkare eller påverka vårdens innehåll. Detta ledde fram till flera försök med alternativa organisationsformer och senare husläkarreformen. Både husläkarreformen och vårdvalsreformen har möjliggjort för mindre privata mottagningar att etablera sig på marknaden. Svensk primärvård har under dessa reformer rört sig mot en organisationsform som dominerar primärvården i resten av Europa. Denna utveckling har ibland karakteriserats som en tillämpning av den praktik som drevs av rollfiguren Doktor Finlay (TV-serien om läkaren på den skotska landsbygden med goda patientrelationer). Även om primärvården fortfarande arbetar med vårdlag och effekter av geografiska upptagningsområden kvarstår, har utbudet av små enheter ökat. Det är emellertid viktigt att utvecklingen av nya organisationsformer samtidigt tar till vara goda egenskaper i existerande primärvård och inte kastar ut barnet med badvattnet. Det gäller till exempel insatser av andra yrkesgrupper än läkare där svensk primärvård byggt upp sjuksköterskemottagningar och andra enheter för personer med kroniska

sjukdomar till exempel astma och diabetes.

En annan viktig aspekt är hur ägandeformerna inom primärvården kommer att utvecklas. I Stockholm som kanske är den mest konkurrensutsatta marknaden idag domineras den privata sektorn fortfarande av småskaliga mindre mottagningar. Ett framtida agerande av större koncerner och riskkapitalbolag kan via uppköp ändra strukturen för ägandeformer. Detta kan leda till att modellen med Doktor Finlay försvinner och på sikt finns risken att ett offentligt monopol ersätts av ett fåtal privata aktörer på en oligopolmarknad.

Har målsättningarna uppnåtts?

Målsättningarna med vårdvalsreformerna var främst att stärka patientens rättighet genom rätt till valfrihet samt att öka mångfald och tillgänglighet genom en fri etableringsrätt. En fråga är om dessa målsättningar och förväntade effekter hade kunnat uppnås med andra medel än valfrihet och etableringsfrihet, det vill säga om främst förbättringen av tillgängligheten kunnat förbättras inom ramen för tidigare befintliga system. Tillgänglighet i form av fler vårdcentraler och andra förbättringar av den fysiska tillgängligheten visar ett tredebrott och antalet läkare inom primärvården har ökat. En fråga är om landstingen själv klarat av att rekrytera läkare och annan personal för att etablera nya vårdcentraler. Mot bakgrund av den tröghet som tidigare funnits och misslyckanden att expandera primärvården under 1970- och 1980-talen är det tveksamt om förutsättningarna att uppnå dessa effekter fanns i det gamla systemet. Målsättningarna rörande valfrihet, ökad mångfald och förbättrad tillgänglighet har uppnåtts för flertalet medborgare. Denna förbättring har dock inte tillfallit invånare i glesbygd i samma utsträckning. Samtidigt finns regionala variationer som beror på enskilda landstings agerande och utformning av vårdvalsreformen. Generellt finns ett utrymme för förbättringar när det gäller kontinuiteten i patient-läkarrelationen, innovativa lösningar för tillgänglighet samt samverkan med övrig hälso- och sjukvård.



3.9 REFERENSER

- Anell, A. och Glengård, A. H. (2012). *Vårdval i primärvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Dahlgren, C., Brorsson, H., Sveréus, S., Goude, F. och Rehnberg, C. (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*, Karolinska Institutet/Stockholms läns landsting.
- Glengård, A. H. (2013). *Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care*, Diss. Lunds universitet. Lund: Univ.
- Hjelmgren, J. och Anell, A. (2007). Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 83(2–3): 314–322.
- Hjortdahl, P. och Borchgrevink, C. (1991). Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 303(6811): 1181-1184.
- Konkurrensverket (2010). *Uppföljningen av vårdval i primärvården – valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar*. Slutrapport (2010:3). Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen* (2012:2). Stockholm: Konkurrensverket.
- Levesque, J.F., Harris M.F. och Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, s. 18.
- Myndigheten för vårdanalys (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård* (Rapport 2012:2). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2012). *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* (Rapport 2012:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vad vill patienten veta för att välja?* Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation (Rapport 2013:4). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?* En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården (Rapport 2013:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- NOMESKO (2013). *Helsestatistik for de nordiske lande 2013*.
- Paris, V., Devaux, M. och Wei, L. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. Paris, OECD. No. 50.

- Paulsson, G. (2010). *Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 3 2009*. Lunds universitet. Region Halland.
- Regeringens proposition (2008/09:74). *Vårdval i primärvården*.
- Rehnberg, C., Dahlgren, C. och Goude, F. (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Del 1: Vårdvalsmodeller i Sverige och internationellt*. Karolinska Institutet/Stockholms läns landsting.
- 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.
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J. och Lundgren, J. (2010). *Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter* (2010:12). Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Rehnberg, C. och Sveréus, S. (2012). *Nyetableringar och listning inom Vårdval husläkarverksamhet i Stockholms län*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Saultz, J. och Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *The Annals of Family Medicine*. 2(5): 445–451.
- Socialstyrelsen (2010). *Införandet av vårdval i primärvården – slutredovisning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1990:44). *Demokrati och makt i Sverige*. Stockholm: Fritzes.
- SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem*.
- Sveréus, S., Brorsson, H., Dahlgren, C. och Rehnberg, C. (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Del 4: Jämlikhet*, Stockholms läns landsting/Karolinska Institutet.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006–2012). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).
- Sveriges läkarförbund (2013). *Primärvårdens läkarbemanning – Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Tillväxtanalys (2010) *Tillgänglighet till tätorter av olika storlekar – modellering genom indexerad tillgänglighet*.





4

Vårdgarantins och Kömiljardens påverkan på tillgänglighet

Av Karsten Vrangbæk

Det främsta resultatet av vårdgarantin och Kömiljarden är att väntetiderna minskade fram till år 2010 för att därefter stabiliseras på en lägre nivå än tidigare. Under samma period steg produktionen. Sammantaget innebär detta en ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården för befolkningen. Fortfarande får dock 10–15 procent av patienterna vänta längre på besök och behandling i specialistvården än vårdgarantins tidsgränser. Det är därför värt att överväga om effekterna av investeringen skulle kunna bli ännu större med en mer differentierad design och om det är dags att införa mer ambitiösa målsättningar för väntetiderna, liknande de vi ser i Norge och Danmark.

Det nuvarande systemet leder visserligen till ökad tillgänglighet, men stärker inte i lika hög grad patientens ställning i hälso- och sjukvården. Många patienter upplever att de inte får information om garantin i kontakten med hälso- och sjukvården, medan andra uppger att de inte själva skulle kunna ta upp frågan. Detta kan bero på att lagen är utformad som ett krav på landstingen snarare än som en patienträttighet, vilket också gör det svårare att uppfylla reformens mål att stärka patientens ställning.

Slutligen bör det framhållas att systemet kan ge upphov till ett antal negativa effekter i form av olika typer av strategiska handlingsätt. Sådana effekter är svåra att dokumentera empiriskt, men både teoretiskt och i de få studier som finns i ämnet framstår detta som en viktig fråga.



4.1 VÅRDGARANTIN OCH KÖMILJARDEN – FÖRVÄNTADE EFFEKTER

4.1.1 Vårdgarantin ställer krav på bättre tillgänglighet från landstingen

Långa väntetider i hälso- och sjukvården är ett problem i flertalet OECD-länder. Det vanligaste policysvaret har länge varit ökad resurstilldelning till hälso- och sjukvården för att minska köerna, men dessa satsningar har i regel inte haft någon bestående effekt. Det senaste decenniet har i stället allt fler länder försökt möta köproblemen med olika former av väntetidsgarantier/vårdgarantier (Siciliani m.fl. 2013, Viberg m.fl. 2013).

I Sverige har det länge förts en debatt om de relativt långa väntetiderna i den offentliga hälso- och sjukvården. En första vårdgaranti infördes redan år 1992 i form av frivilliga avtal mellan regeringen och Landstingsförbundet och gällde tiden till tolv behandlingar med särskilt långa väntetider. Garantin understöddes av en särskild satsning på 500 miljoner kronor första året. Efter initiala framgångar återgick dock väntetiderna snart till nivåerna före reformen och vårdgarantins urval av de tolv behandlingarna fick kritik för att vara oetisk (Hanning 2005, Winblad och Hanning 2013).

Denna avtalsbaserade garanti har därefter ändrats och utvidgats i flera omgångar. De nuvarande tidsgränserna etablerades år 2005 och innebär att man som patient ska få kontakt med primärvården samma dag, besök i primärvården inom sju dagar, besök hos specialist efter remiss inom 90 dagar och eventuell behandling inom ytterligare 90 dagar. Även denna vårdgarantisatsning understöddes av ekonomiska tillskott till hälso- och sjukvården på 500-750 miljoner kronor per år 2005-2007. Genomgående har det dock varit svårt att få långsiktig effekt – efter initiala framgångar har köerna återgått till utgångsläget. Samtidigt har vårdgarantin över åren fått kritik för att den kan komma i konflikt med medicinska prioriteringar (Winblad och Hanning 2013, Winblad och Andersson 2010).

Mot bakgrund av att väntetiderna inte hade förbättrats nämnvärt lagstiftade riksdagen om vårdgarantin år 2010 (regeringens proposition 2009/10:67). I 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) infördes en bestämmelse som innebär att det ska finnas en vårdgaranti och att den ska gälla för första kontakt med primärvården, första besök hos läkare i primärvården, besök i den specialiserade vården samt planerad vård. Några tidsgränser anges dock inte i lagen, utan anges i förordning (2010:349) om vårdgaranti. I de fall då landstingen inte kan erbjuda vård inom tidsgränserna ska patientens extra-kostnader för exempelvis resor täckas av hemlandstinget.

Vårdgarantins innehåll

En viktig målsättning vid införandet av vårdgarantin och Kömiljarden var enligt förarbetena att minska väntetiderna för medborgarnas kontakt med olika delar av hälso- och sjukvården. Följande maximala väntetider ska följas:

- Primärvården ska erbjuda kontakt per telefon eller på plats samma dag som patienten kontaktar vården (0 dagar).
- Ett läkarbesök ska erbjudas inom sju dagar (7 dagar).
- En remitterad patient ska erbjudas ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar från remissens utfärdande (90 dagar).
- I de fall ett beslut om operation eller annan åtgärd har tagits ska patienten erbjudas en tid inom 90 dagar (90 dagar).

Förutom den normativa press som reglerna medför bör detta i teorin också ge landstingen incitament att anstränga sig för att erbjuda kontakt eller behandling inom gällande tidsgränser. I annat fall måste landstinget ta kostnaden för att köpa in en tjänst man hade för avsikt att utföra inom den egna organisationen.

Lagbestämmelsen är formulerad som ett krav på landstingen och inte som en patienträttighet (Regeringens proposition 2009/10:67). Detta överensstämmer generellt med hälso- och sjukvårdslagen, som inte är en rättighetslag utan är konstruerad som en skyldighet för hälso- och sjukvården att tillhandahålla god och tillgänglig vård för invånarna. Skyldigheterna innebär att patienten ska informeras om vårdgarantin och att landstinget ska hjälpa patienten till en annan vårdgivare om det inte kan uppfylla vårdgarantin. Eftersom det inte handlar om en definierad patienträttighet försvagas den grad av formell ”patient empowerment”, som annars var avsikten med reformen. Det handlar i högre grad om en administrativ eller förvaltningsmässig lagstiftning som bygger på att en skyldighet efterlevs än om en rättighetsbaserad lagstiftning.

4.1.2 Kömiljarden stärker incitamenten att korta väntetiderna

För att ytterligare stärka landstingens incitament att erbjuda besök och behandling i den specialiserade vården inom tidsgränsen på 90 dagar tillförde regeringen från år 2009 extra medel i form av den så kallade Kömiljarden. Det handlar om en extra miljard som ges som en särskild satsning i statsbudgeten och som fördelas enligt följande kriterier:



År som grund för fördelning	Fördelningskriterier
2009	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % av patienterna har väntat högst 90 dagar på besök respektive behandling (900 miljoner kr). • 90 % av patienterna har väntat högst 90 dagar på besök respektive behandling (100 miljoner kr).
2010	Samma som år 2009
2011	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök (400 miljoner kr). • 70 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på behandling (400 miljoner kr). • 80 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök (100 miljoner kr). • 80 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på behandling (100 miljoner kr).
2012	Samma som år 2011
2013	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök respektive behandling (grundläggande krav). • 70 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (347 miljoner kr). • 70 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (347 miljoner kr). • 80 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (147 miljoner kr). • 80 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (147 miljoner kr).
2014	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök respektive behandling (grundläggande krav). • 70 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (342 miljoner kr). • 70 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (342 miljoner kr). • 80 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (145 miljoner kr). • 80 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (145 miljoner kr).

Hela Kömiljarden fördelas varje år. Pengarna fördelas mellan landstingen efter hur väl de uppfyller de beslutade tidsgränserna. Det innebär att de landsting som klarar av att uppfylla målsättningarna för väntetiderna belönas, medan landsting som inte lever upp till kriterierna inte heller tillförs resurser från Kömiljarden. Kömiljarden fördelas efter befolkningsstorlek mellan de landsting som uppnår målen (Regeringskansliet 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013).

I specialistvården gäller vårdgarantin till första besök och till planerad

behandling. Akut vård, återbesök och utredning (exempelvis röntgen) ingår därmed inte i garantin, och det saknas utfästelser för vad som gäller inlagda patienter (Regeringens proposition 2009/10:67). Sveriges Kommuner och Landstings webbplats www.vardgaranti.se redogör mer utförligt för vad som ingår och inte ingår i vårdgarantin.

4.1.3 Patienterna ska informeras om vårdgarantin

Landstingen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) för att alla patienter får individuellt anpassad information om vårdgarantin. Denna skyldighet omfattar också personalen genom 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som anger att den som ansvarar för vården ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om vårdgarantin. Om den vårdgivare där patienten sökt vård inte kan erbjuda det inom vårdgarantins tidsgränser är principen att patienten ska informeras om detta och erbjudas vård hos annan vårdgivare. Det kan vara inom det egna landstinget eller hos annat landsting/region. Det är däremot inte reglerat när eller i vilket skede som vårdgivaren ska informera om att vårdgarantin inte kommer att kunna uppfyllas. Det saknas också påföljder för de landsting eller sjukhus som inte informerar patienter om vårdgarantin.

4.1.4 Landstinget står för patientens resekostnader

Enligt vårdgarantin är det landsting där patienten är bosatt skyldigt att täcka alla kostnader vid nyttjande av vårdgarantin för behandling i andra landsting eller i privat regi. Därmed är inga direkta kostnader för patienten kopplade till användande av vårdgarantin.

Däremot uppkommer indirekta kostnader i form av restid samt resa och uppehälle för make eller andra anhöriga om nödvändigt. Den typen av kostnader ökar med avståndet från patientens egen bostad till behandlingsorten. Det innebär att personer som är bosatta i ytterområden har sämre förutsättningar att använda sig av vårdgarantin än de som bor i mer tätbefolkade områden med många sjukhus och andra län på nära håll. Bristen på data om vilka medborgare som faktiskt utnyttjar vårdgarantin innebär att det saknas underlag för att undersöka om det också i realiteten betyder en olikhet i användandet av vårdgarantin.



4.1.5 Utvärdering av vårdgarantins effekter på tillgänglighet i flera dimensioner

För att göra en samlad bedömning av om och hur tillgängligheten har förbättrats efter att vårdgarantin lagstodgades och Kömiljarden infördes utgår vi från den analysmodell som presenterades i inledningskapitlet (Levesque m.fl. 2013). Några av de delelement som beskrivs i modellen är särskilt betydelsefulla, i synnerhet frågor om: *fysisk tillgänglighet*, som omfattar väntetider och geografisk tillgänglighet; *kunskap och information* samt *förtroende och legitimitet*, som särskilt berör patienters kännedom om vårdgarantin, hälso- och sjukvårdsanställdas acceptans och stöd av systemet samt patienters/medborgares acceptans av och förtroende för vården; samt *ändamålsenlighet*, som syftar till vårdens kvalitet och kontinuitet samt patienternas delaktighet.

Tillgänglighet är den centrala frågan, men förutom detta framstår det som nödvändigt att åtminstone beröra viktiga frågor som om det finns andra positiva eller negativa effekter, exempelvis i form av undanträngningseffekter, och vad vi vet om hur kostnaderna för reformen står i proportion till resultaten. Vi kommer att behandla dessa frågor i tur och ordning nedan och hänvisar i övrigt till inledningskapitlet och bilaga 1 för en mer detaljerad redogörelse för begreppen i analysmodellen.

4.1.6 Lång väg från reform till effekt – effekter kan vara både avsiktliga och oavsiktliga

För att förstå hur vårdgarantin och Kömiljarden påverkar tillgängligheten är det nödvändigt att utveckla en teori om möjliga orsakssamband vid implementering av reformerna. Figur 4.1. ger en övergripande bild av de förväntade orsakssambanden:

Figur 4.1. Förväntade effekter av vårdgarantin och Kömiljarden



Figur 4.1. beskriver förväntade samband mellan policyinterventionen (vårdgarantin och Kömiljarden) och dess effekter. Landstingens hållning är central vid implementering av reformerna, eftersom de ansvarar för både primär- och specialistvård. Landstingen kan ändra sina prioriteringar och de kan införa nya organisations- och styrningsformer för hälso- och sjukvårdsorganisationer och vårdpersonal. Landstingen har också en viktig roll när det gäller att informera om garantin och att kommunicera med patienter och anställda i hälso- och sjukvårdsorganisationerna.

Landstingen är emellertid beroende av att hälso- och sjukvårdspersonalen faktiskt ändrar beteende och informerar patienter om garantin samt fokuserar på att leverera tjänster inom tidsgränserna. Mycket av det praktiska som bland annat rör väntetider, inrapportering och kommunikation görs således på marknivå av så kallade street level-byråkrater, det vill säga av dem som levererar och administrerar hälso- och sjukvårdstjänster. Detta inkluderar



läkare, sjuksköterskor, medicinska sekreterare med flera. Deras normativa inställning och kunskap om systemet är därmed mycket betydelsefull. Från implementeringslitteraturen vet vi att många policyinitiativ möter motstånd eller misslyckas om de inte accepteras på den här nivån (Pressman och Wildavsky 1984, Winter och Nielsen 2008). Det gäller i synnerhet inom organisationer som präglas av starka yrkesgrupper, exempelvis hälso- och sjukvården (Bentsen m.fl. 1999).

Patienterna är också viktiga i genomförandet av vårdgarantin. Patienternas kunskap om systemet och vad de har för möjligheter är helt avgörande för att reformen ska få önskad effekt. Det är också väsentligt att patienterna är medvetna om att det finns alternativa möjligheter om tidsgränserna inte kan hållas. I dag erbjuds patienter generell information från centrala myndigheter, landsting, medier med flera, utifrån vilken patienterna kan ställa krav på landstingens hälso- och sjukvårdsorganisationer. Mer specifik information ska patienterna enligt lagen få i mötet med hälso- och sjukvårdspersonalen. Vårdpersonalens rutiner och normativa inställning är därför helt central för implementeringen.

En av de viktigaste indikatorerna på ökad tillgänglighet är minskade väntetider till första besök och behandling. Systemet med att landstingen själva mäter och sammanställer väntetider medför dock vissa praktiska och metodrelaterade problem (se ruta nedan). I teoretisk mening kan utvecklingen av väntetiderna ses som ett resultat av efterfrågan på behandling och nivån på aktiviteterna (produktionen). Landstingen och sjukhusen har i synnerhet stor möjlighet att påverka aktivitetsnivån genom omprioritering och effektivisering av verksamheten. Efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster är kopplad till sjukligheten i befolkningen i kombination med medicinsk praxis för remittering och behandling. Denna praxis kan bland annat uttryckas i form av så kallade indikationsgränser, eller tröskelvärden, för remittering och behandling. Utvecklingen av väntetider, produktion och indikationsgränser analyseras senare i kapitlet.

Av ovanstående modell framgår att det finns en del obesvarade frågor om på vilka sätt vårdgarantin och Kömiljarden påverkar tillgängligheten för patienterna. Vad som egentligen orsakar väntetidernas ökning eller minskning beror på flera olika faktorer, bland annat politikerns, tjänstemäns, administratörers och hälso- och sjukvårdspersonals bedömningar och val inom de formella och informella ramar som finns i de olika landstingen. Andra samtidiga policyinitiativ, till exempel vårdvalsreformen, påverkar också aktörerna och deras uppfattning om tillgänglighet.

I det följande avsnittet kommer ett antal centrala teman att behandlas för att belysa hur vårdgarantin och Kömiljarden har påverkat tillgängligheten. Då avsikten med undersökningen är att fokusera på tillgänglighet används Levesques begrepp för tillgänglighet för att organisera genomgången, medan resonemangen från ovanstående figur används för att ge möjliga förklaringar.

Väntetidsgarantier i Norge och Danmark

Även i andra nordiska länder har väntetider och tillgänglighet varit uppe på den politiska dagordningen. Både Danmark och Norge har mer ambitiösa väntetidsgarantier än Sverige, med garantier för utredning på 30 dagar efter remiss i båda länderna, att jämföra med det svenska vårdgarantins tidsgränser på 90 dagar för besök i den specialiserade vården. Både Danmark och Norge har differentierade väntetider för behandling efter utredning: i Norge fastställs väntetiden individuellt medan den i Danmark är 30 eller 60 dagar, jämfört med 90 dagar i Sverige.

Norge

Norge har infört ett system med individuellt fastställda väntetidsgarantier för patienter. De individuella väntetiderna ingår i behandlingsplanen och beslutas av sjukhusen inom 30 dagar efter remiss från primärvårdsläkare (10 dagar för barn och unga under 23 år med psykiska sjukdomar eller alkohol- eller narkotikaberoende). Nationella riktlinjer för prioritering har utvecklats för att hjälpa sjukhusläkare att besluta om lämplig väntetid för den enskilda patienten. Om de individuellt fastställda väntetiderna överskrids har patienten rätt till behandling utomlands, såvida inget erbjudande om behandling kan hittas inom rimlig tid i Norge. En nationell kontaktpunkt i form av Helseøkonomiforvaltningens (HELFO) patienthänvisningsenhet ansvarar för att hitta alternativa erbjudanden om väntetidsgränserna överskrids. Vidare har Norge infört särskilda planer för hela vårdkedjan för cancer med indikativa tidsgränser för de olika delarna av vårdkedjan.

De individuella väntetidsgarantierna i Norge verkar ha haft begränsad effekt, även om antalet överträdelser av de maximala väntetiderna och den regionala variationen i hur länge patienter får vänta har minskat (Askildsen m.fl., 2013).

Danmark

Danmark införde år 2002 en väntetidsgaranti på två månader (en månad från år 2007) från remiss till behandling. Patienter som väntat längre än en månad hade rätt att söka behandling i privat regi eller på utvalda utländska sjukhus. År 2013 ändrades denna generella väntetidsgaranti till det nuvarande systemet, som består av en utredningsgaranti där sjukhusen ska erbjuda utredning eller plan för utredning inom 30 dagar. Om tidsgränsen inte hålls har patienten



Väntetidsgarantier i Norge och Danmark (forts.)

rätt till utredning i privat regi. Efter utredning träder en differentierad behandlingsgaranti i kraft. Mindre allvarliga tillstånd ska behandlas inom 2 månader, medan allvarligare tillstånd ska behandlas inom 1 månad. Den danska Sundhedsstyrelsen har utarbetat riktlinjer för bedömning av allvarlighetsgrad. Utöver detta har alla patienter med livshotande cancer- och hjärtsjukdomar rätt till akut behandling och en plan för vårdkedjan via de cancerpaket ("cancerpakker") och hjärtpaket ("hjerterpakker"), som anger väntetidsmålen för olika delar av vårdkedjan (Sundhedsstyrelsen, 2012). Danmark har inga fastställda nationella väntetidsgarantier för primärvård, men vissa regioner har utarbetat servicemål. Region Midtjylland har till exempel infört maximalt 5 minuters väntetid för telefonkontakt samt regeln att 90 procent av patienterna ska få träffa läkare inom en timme efter att ha kommit till läkarmottagningen.

Uppföljningar av den danska modellen tyder på att väntetiderna har minskat, både till planerade behandlingar och för de livshotande cancer- och hjärtsjukdomar med särskilda riktlinjer (Bech och Christiansen, 2013).

4.2 VÄNTETIDERN I SPECIALISTVÅRDEN HAR BLIVIT KORTARE

Detta avsnitt undersöker utvecklingen i *fysisk tillgänglighet*, som motsvarar det som vanligen kallas tillgänglighet. Innebörden är om patienten har tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster i tid och utan för många hinder. Frågan om väntetider är central, men som beskrivs i inledningen och i nedanstående textruta påverkas väntetiderna av produktionsnivå och efterfrågan. Faktorer som i sin tur påverkas av befolkningens hälsotillstånd, medicinteknisk utveckling samt den praxis som utgör grund för remittering och behandling (indikationsgränser).

I detta avsnitt kommer vi därför att först följa utvecklingen av väntetider generellt och specifikt för olika patientgrupper (avsnitt 4.2.1–4.2.7). Detta ger en bild av hur många patienter som faktiskt väntar på behandling och hur länge de väntar. Vi kompletterar dessa undersökningar med data om befolkningens upplevelse av väntetider (avsnitt 4.2.8). Ur tillgänglighetsaspekt är det emellertid viktigt att även se på produktionsutvecklingen för att bedöma om landstingen faktiskt behandlar fler patienter i dag och om tillgängligheten därmed har ökat för flera (avsnitt 4.2.9). Teoretiskt sett har landstingen intresse av att påverka remitterings- och behandlingsmönstren, så att färre patienter hamnar på väntelistorna. Detta kan göras genom att ändra på de så kallade indikationsgränserna eller genom att förändra det utbud som tillhandahålls (avsnitt 4.2.10). Avslutningsvis berörs också hur bemanningsproblem kan göra det svårare att klara av vårdgarantins tidsgränser (avsnitt 4.2.11).

4.2.1 Väntetider – en övergripande bild

Vårdgarantin innehåller tidsgränser för kontakt med primärvården (0 dagar), besök hos läkare inom primärvården (7 dagar), besök hos specialist (90 dagar efter remiss) och behandling (90 dagar efter beslut). Nedan beskrivs utvecklingen inom vart och ett av dessa områden. Sammanställningarna visar utvecklingen av både andelen och antalet patienter som väntar längre än tidsgränserna. Teoretiskt sett behöver dessa båda siffror inte överensstämja med varandra. Andelen väntande kan sjunka även om antalet går upp, i de fall då det totala antalet behandlade patienter ökar mer än antalet väntande. Frågan om produktionsutvecklingen belyses därför nedan.

Dataunderlaget för bedömning av utvecklingen av väntetiderna har vissa svagheter (se textruta på nästa sida). De tidsseriedata vi har tillgång till i den specialiserade vården baseras på punktvisa sammanställningar av antal patienter på väntelistan i slutet av månaden. Detta mått går att jämföra över ett antal år och visar en positiv utveckling. I korthet visar väntetidsmätningarna följande:

- Omkring nio av tio får tillgång till primärvård per telefon samma dag, en svag förbättring sedan 2009.
- 93 procent har fått vänta högst sju dagar på läkarbesök i primärvården. Även detta är något bättre än 2009.
- Både det totala antalet väntande och andelen som väntat längre på besök i den specialiserade vården än vårdgarantins gräns minskade fram till 2010, därefter verkar nivån ha stabiliserats.
- En liknande utveckling ser vi för väntetiderna till behandling i den specialiserade vården. Det finns dock stora skillnader mellan landstingen och en restgrupp på 10-15 procent som får vänta längre än 90 dagar på besök och/eller behandling.

Det ska påpekas att det är svårt att bedöma vad som är reella förbättringar av väntetiderna och vad som har att göra med olika typer av administrativa åtgärder i samband med kömiljarden – som till exempel uppdateringar av listorna på väntande patienter och rensning av inaktuella fall (Socialstyrelsen 2012a). Sedan år 2010 inrapporteras även faktiska väntetider för dem som genomfört besök eller behandling i den specialiserade vården. Kvaliteten på dessa data är dock tillfredsställande först från år 2012, så uppgifterna ger egentligen endast en kompletterande ögonblicksbild av situationen. Denna bild visar att omkring 90 procent av patienterna fick besök inom 90 dagar, vilket är i stort oförändrat sedan år 2012. 85 procent fick behandling inom 90 dagar år 2013, tre procentenheter fler än motsvarande period år 2012.



Mätning av väntetider

I Sverige har landstingen ett åtagande att inrapportera väntetider till samarbetsorganet SKL, enligt tabellen nedan.

Vad mäts?	När sker rapportering?	Hur mäts detta?
Telefonkontakt (primärvården)	Två gånger om året – höst/vår	Antal besvarade samtal/totalt antal samtal
Läkarbesök, (primärvården)	Två gånger om året – höst/vår	Antal läkarbesök inom 7 dagar/ totalt antal läkarbesök
Besök (specialistvården)	Månadsvis	Antal som väntat mer än 90 dagar/totalt antal väntande Faktisk väntetid till besök
Behandling (specialistvården)	Månadsvis	Antal som väntat mer än 90 dagar/totalt antal väntande Faktisk väntetid till behandling

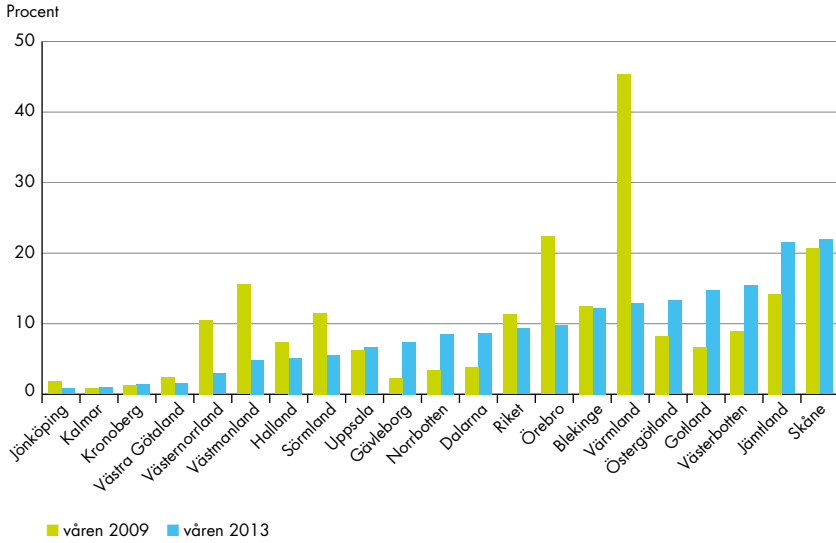
Denna statistik redovisas i väntetidsdatabasen, som finns tillgänglig på webbplatsen vantetider.se. Inrapporteringen har förändrats på ett antal sätt under årens lopp:

- Vid starten år 2000 mättes väntetiderna i specialistvården endast som en ögonblicksbild av väntelistan i slutet av varje månad, men sedan 2010 inrapporteras även *faktiska väntetider* till besök respektive behandling. Från 2012 är kvaliteten på dessa data tillfredsställande.
- I maj 2010 etablerades gemensamma definitioner av vilka patienter som ska räknas som frivilligt väntande (*patientvald väntan*) eller väntande av medicinska skäl (*medicinskt orsakad väntan*).
- Sedan november 2013 åligger det landstingen att redovisa väntetider till återbesök, och överenskommelsen för 2014 signalerar en ambition att vidareutveckla Kömiljarden för att täcka fler led i vårdkedjan.
- Från början rapporterades statistiken in manuellt i webbformulär, men ett antal landsting har nu automatiserad överföring av väntetidsdata från de egna databaserna.

4.2.2 Väntetiderna till primärvården är relativt stabila

Sammanställningar från väntetidsdatabasen visar att ungefär nio av tio får telefonkontakt med primärvården samma dag. Denna siffra visar en marginell förbättring mellan år 2009 och 2013. Stockholms läns landsting gör egna mätningar av telefontillgängligheten. Metodskillnader gör det svårt att jämföra resultaten i Stockholm med övriga landet, varför telefontillgängligheten i primärvården i Stockholms läns landsting inte ingår i denna sammanställning.

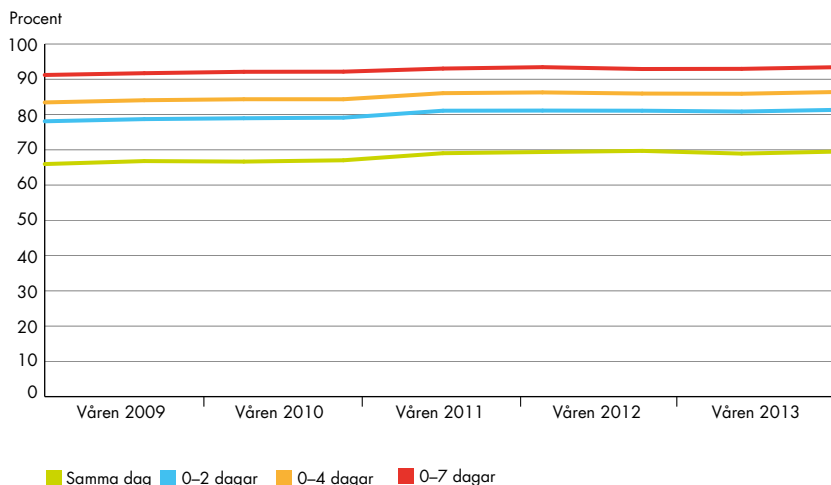
Figur 4.2. Telefontillgänglighet i landstingen år 2009 och 2013. Andel ej besvarade samtal.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

Ser vi på tid till läkarbesök i primärvården visar siffrorna en svag förbättring i tillgänglighet från år 2009 till år 2013. Upp emot 70 procent får besök samma dag, drygt åtta av tio under loppet av två dagar och cirka 93 procent inom av sju dagar. Trots denna förbättring finns alltså fortfarande en andel av patienterna på minst sju procent som av någon anledning väntar längre än vårdgarantins målsättning år 2013.

Figur 4.3. Andel av patienterna som får besök i primärvården samma dag, inom två dagar, inom fyra dagar och inom sju dagar, år 2009-2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

Mot bakgrund av att vårdcentralerna känner till när mätningarna sker och kan planera verksamheten efter detta bör siffrorna tolkas med försiktighet (Socialstyrelsen 2012a). Uppgifterna från väntetidsdatabasen kan kompletteras med information från Vårdanalys befolkningsundersökning (se metodbeskrivning i kapitel 1). Totalt sett anger 17 procent av respondenterna i Vårdanalys befolkningsenkät att de vid något tillfälle de senaste tre åren väntat mer än sju dagar på besök i primärvården. Till skillnad från väntetidsdatabasen ombads respondenterna här svara på tillgängligheten till alla typer av besök, även planerade återbesök. Undersökningen bekräftar att det finns en andel patienter som av någon anledning måste vänta på att få tillgång till primärvård.

Möjligheterna att undersöka skillnader i väntetider och väntetidsutveckling mellan olika grupper är tyvärr begränsade. För den specialiserade vården finns inga uppgifter i väntetidsdatabasen om exempelvis kön, ålder och utbildningsnivå, vilket gör det svårt att se om det finns grupper med särskilt långa väntetider eller en mindre gynnsam väntetidsutveckling. Det är inte heller möjligt att koppla ihop väntetidsdatabasen med annan information och till exempel följa om det finns samband med hälso- och sjukvårdens resultat med avseende på hälsa. I väntetidsstatistiken för besök i primärvården registreras ålder och kön. Det finns inga egentliga skillnader mellan män och kvinnor i väntetider till besök i primärvården, däremot tycks äldre få vänta längre än yngre, medan barn i störst utsträckning får tid inom vårdgarantins tidsgränser. Det är dock

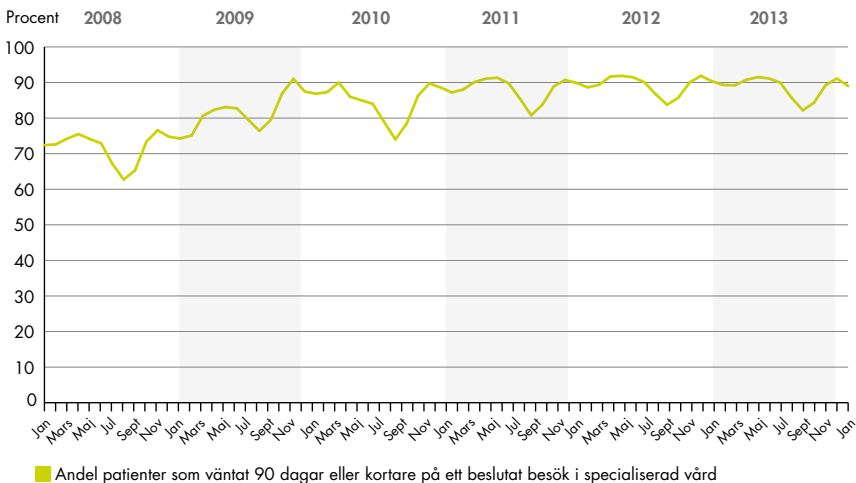
svårt att se om det finns några skillnader mellan olika åldersgrupper avseende utvecklingen av väntetider efter att vårdgarantin lagstadsgrades; inom alla ålderskategorier tycks en svagt positiv utveckling ha skett, möjligen med undantag för barn som över hela tidsspannet i mycket hög utsträckning fått besök inom sju dagar.

Det är dock stora skillnader mellan de olika landstingen i såväl telefon-tillgänglighet som besökstillgänglighet. Mätningen våren 2013 visade att i princip alla samtal besvaras i Jönköping, Kronoberg och Kalmar, medan mer än vart femte samtal till vårdcentralerna i Skåne och Jämtland inte besvarades. I Dalarna får var femte patient vänta mer än sju dagar på besök i primärvården, vilket är en försämring sedan år 2009. I Halland och Gotland drabbar detta endast var femtionde patient.

4.2.3 Köerna i specialistvården minskade fram till 2010

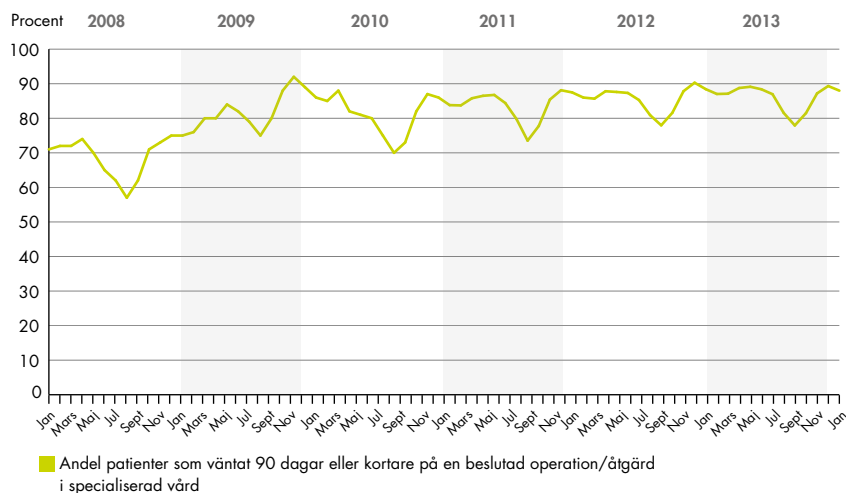
Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar på besök minskar under framför allt år 2009 och 2010, därefter stabiliseras väntetiderna. Det har med andra ord skett en förbättring avseende hur många personer som fått tillgång till vård inom tidsgränsen efter att Kömiljarden infördes. Samtidigt tycks en grupp på drygt 10 procent kvarstå som även under perioden efter år 2010 väntar mer än 90 dagar på besök, och en lite större andel som väntar över 90 dagar på behandling i den specialiserade vården.

Figur 4.4 Andel av patienterna som har väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat besök i specialiserad hälso- och sjukvård, år 2008-2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

Figur 4.5. Andel av patienterna som har väntat 90 dagar eller kortare på beslutad operation/åtgärd i specialiserad hälso- och sjukvård, år 2008–2013.

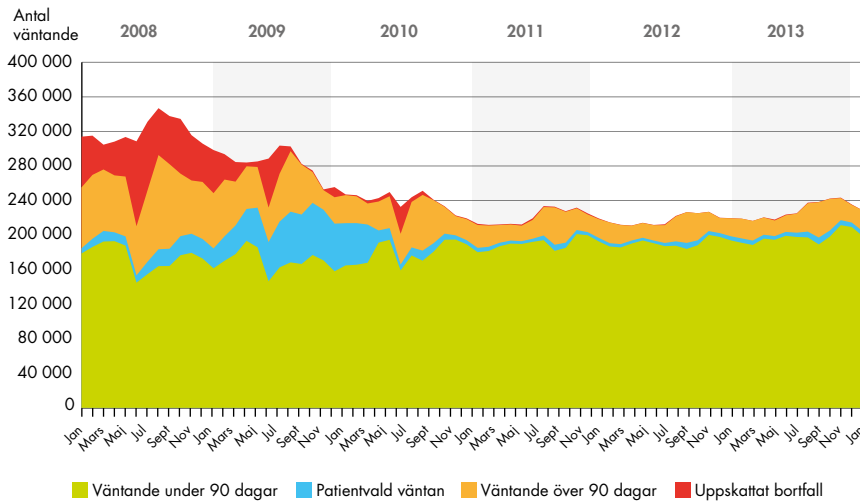


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

Nedanstående avsnitt ger en mer detaljerad bild av antal väntande till besök och behandling i den specialiserade vården. Det empiriska underlaget kommer framför allt från den väntetidsdatabas som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) administrerar, och både graferna och analyserna uppdaterar i stor utsträckning de uppföljningar av vårdgarantin och Kömiljarden som Socialstyrelsen har gjort (Socialstyrelsen 2012a, 2013a).

4.2.4 Väntetider till besök i specialistvård

Sedan år 2010 har antalet redovisade väntande patienter stabiliserats till drygt 200 000, med en tendens till ökning under 2013. Under år 2010 förändrades regelverket för redovisning av väntetidsuppgifter, bland annat beslutades det om en gemensam definition av patientvald väntan. Det medförde att antalet patienter som registrerats som patientvald väntan tydligt minskade under början av år 2010. Därefter har andelen stabiliserats runt två till tre procent. Redovisningen har också förbättrats över tid. Det uppskattade bortfallet var betydande under framför allt år 2008 och 2009, vilket gör det svårt att bedöma utvecklingen.

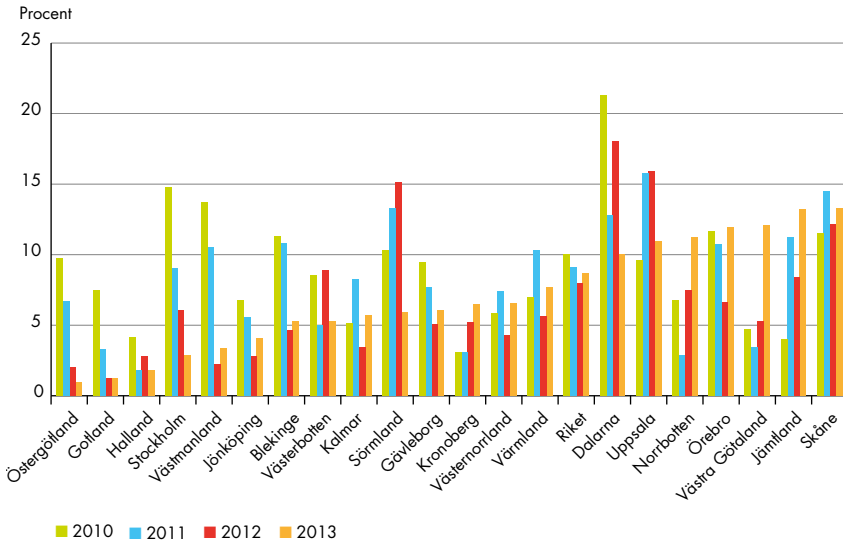
Figur 4.6. Antal väntande patienter till besök inom specialiserad vård år 2008–2013.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Uppdatering av figur 4 i Socialstyrelsen (2013a). Vårdanalys bearbetning.

I figur 4.7 redovisas andelen patienter som i november år 2010–2013 har väntat mer än 90 dagar på besök i landstingen. Andelen varierar mellan de olika landstingen varje år, men inom de flesta landsting finns även en variation över tid. Inom flertalet landsting minskar antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar. Nio landsting redovisar dock en högre andel som väntade mer än 90 dagar år 2013 jämfört med år 2010: Kronoberg, Västernorrland, Värmland, Uppsala, Norrbotten, Västra Götaland, Jämtland, Kalmar och Skåne. Vissa landsting ligger relativt högt under hela perioden (Dalarna, Uppsala, Sörmland, Skåne och Örebro).



Figur 4.7. Andel väntande över 90 dagar till besök i november år 2010–2013 per landsting.

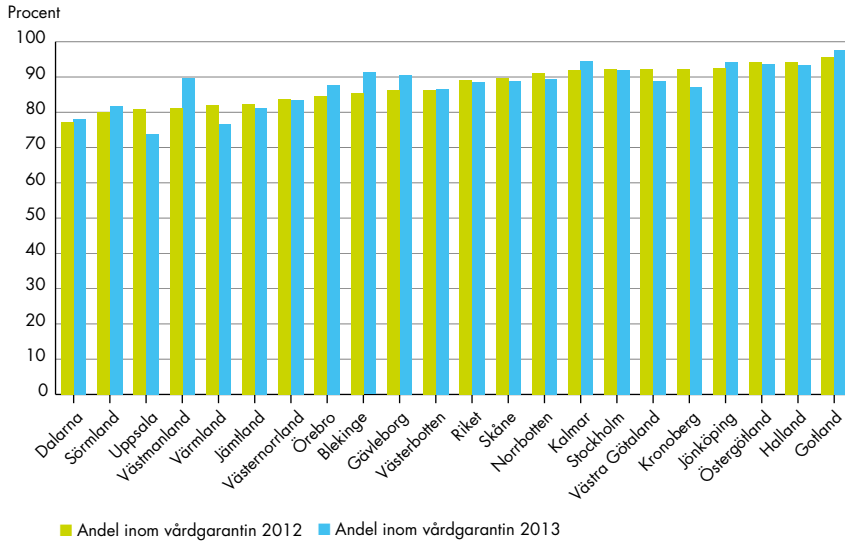


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Uppdatering av figur 5 i Socialstyrelsen (2013a). Vårdanalys bearbetning.

När de nationella väntetidsmätningarna startade gjordes det i form av ögonblicksbilder av antalet väntande vid specifika tidpunkter. Behovet av bättre mätningar, framför allt data över hur länge patienterna faktiskt väntar, medförde att även de faktiska väntetiderna började inrapporteras år 2010, som inte bara ger en ögonblicksbild av väntelistan i slutet av månaden utan faktiskt följer hur länge varje patient har fått vänta på besök och behandling. Till en början var inrapporteringen begränsad och datakvaliteten relativt bristfällig. Sedan 2012 håller uppgifterna tillräckligt god kvalitet för att redovisas och utgöra grund för jämförelser. Under 2013 var de faktiska väntetiderna en av komponenterna bakom beräkningen av Kömiljarden, något som även kan ligga till grund för en bättre fördelning.

Under år 2013 rapporteras väntetider för i genomsnitt drygt 150 000 patienter per månad (januari–november). Andelen patienter (exklusive patientvald och medicinskt orsakad väntan) som har besökt den specialiserade vården inom vårdgarantins gränser varierar mellan landstingen. I Uppsala fick 74 procent besök inom vårdgarantins tidsgränser 2013, medan samma siffra för Gotland var 98 procent. I riket totalt fick knappt nio av tio patienter besök inom 90 dagar.

Figur 4.8. Andel patienter som fick besök hos specialist inom 90 dagar januari - november år 2012 och 2013. Mätt i faktiska väntetider.



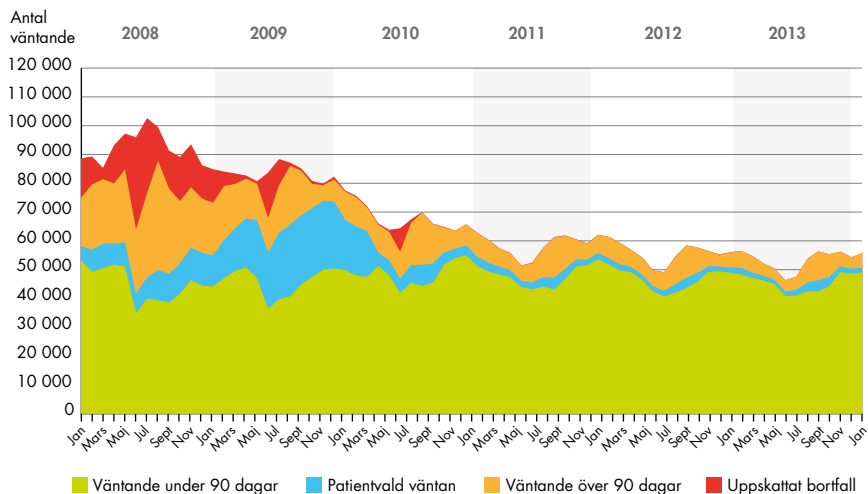
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

4.2.5 Väntetider för behandling i specialistvård

Bilden för väntande till behandling i den specialiserade vården är lik den för besök. Sedan år 2008 har det totala antalet patienter som väntar på 42 olika typer av operationer och åtgärder som kan följas över tid i väntetidsmätningarna minskat. Sedan år 2010 omfattar väntetidsdatabasen samtliga patienter. Här redovisas väntetiderna till de 42 operationer och åtgärder som har rapporterats in även innan dess och som därmed är jämförbara över en längre tidsperiod. En lista på de 42 operationerna och åtgärderna finns i bilaga 9. I genomsnitt över året har antalet minskat från omkring 69 000 väntande patienter år 2010 till cirka 55 000 patienter år 2013. På samma sätt som för väntande till besök ändrades reglerna för redovisningen under år 2010. I samband med detta minskade antalet väntande registrerade som patientvald väntan kraftigt. Sedan år 2011 är andelen patienter som själva valt att vänta längre än tidsgränserna (patientvald väntan) omkring fyra till fem procent.



Figur 4.9. Antal väntande patienter till 42 operationer och åtgärder inom specialiserad vård år 2008–2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Uppdatering av figur 6 i Socialstyrelsen (2013a). Vårdanalys bearbetning.

Precis som för besök varierar andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på operationer och åtgärder betydligt mellan de olika landstingen. I Dalarna, Skåne, Örebro och Västerbotten är andelen hög för samtliga år som undersökts. Trenden har inte heller varit minskande över tid för Skåne, Örebro och Västerbotten. Bland de landsting som hade lägst andel väntande över 90 dagar under år 2013 har utvecklingen varit mer positiv de senaste åren.

En närmare granskning av andelen väntande patienter visar att det finns skillnader mellan olika specialiteter. Ryggkirurgi, neurokirurgi och plastikkirurgi har sedan år 2011 varit de specialiteter där patienter i minst utsträckning får vård inom vårdgarantins gräns. För dessa tre specialiteter har andelen som får vård inom tidsgränserna ökat något under perioden. Den specialitet där andelen som får vård inom 90 dagar har minskat något är thoraxkirurgi. Gynekologi är den specialitet där högst andel patienterna får vård inom vårdgarantins gräns över hela tidsperioden (figur 4.10).

”

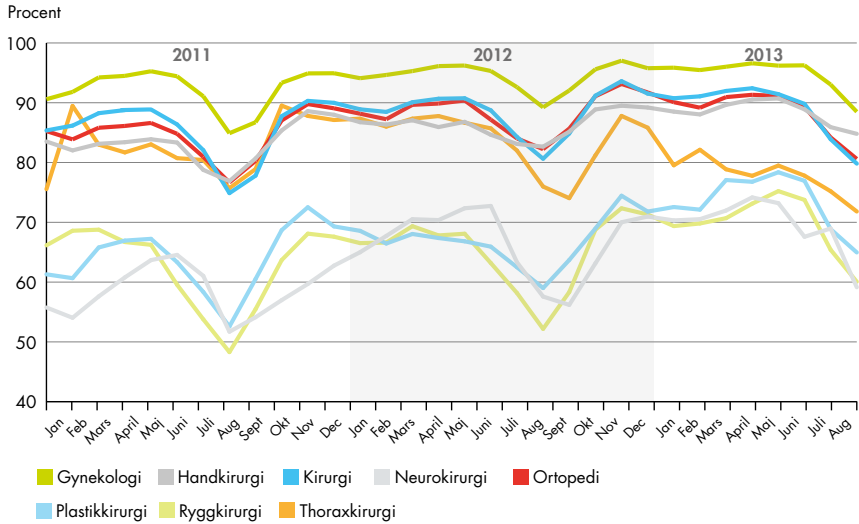
Hösten 2011 började jag få problem med min högra höft. Jag fick remiss till en klinik. Där fick jag höra av ortopederna att jag borde kunna få en tid för artroskopi inom 90 dagar. Jag trodde själv inte på detta – jag har googlat på skadan och jag misstänkte att det skulle ta mer än tre månader. Jag låg därför på, men fick inget annat besked än att de hade svårt att uppskatta väntetiden.

Efter tre månader fick jag hem ett brev om vårdgarantin. Brevet var bra och informativt, men kom först när de 90 dagarna hade gått. Jag tog kontakt med en klinik i ett annat landsting och fick tid inom två månader. Genom att jag var aktiv, sökte information och ringde runt tror jag att jag sparade upp emot ett års väntan. Vårdgarantin fungerade väldigt bra för mig, men jag fick ta allt ansvar själv.

Kvinna, 29 år, storstad⁸

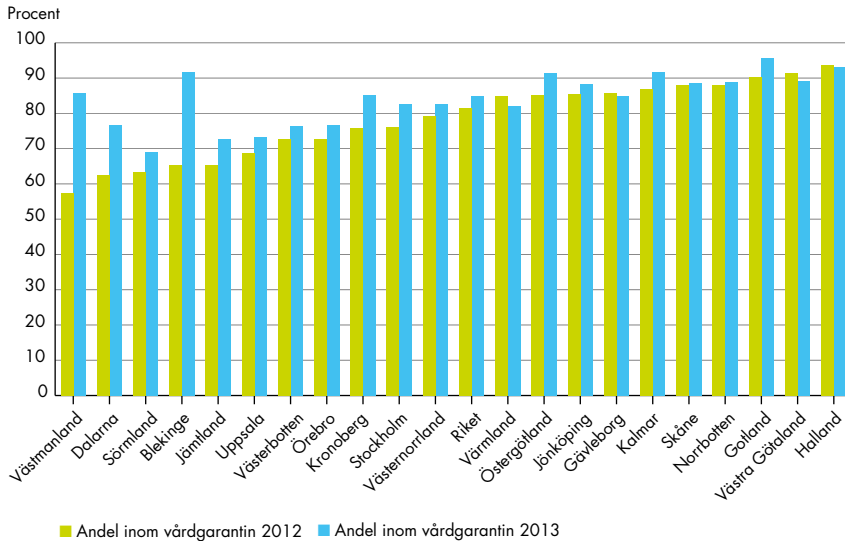
⁸ Denna berättelse är en personlig erfarenhet av vårdgarantin. Syftet med intervjun är endast illustrativt och kan inte utan vidare generaliseras.

Figur 4.10. Andel väntande under 90 dagar till samtliga operationer år 2011–2013, per specialitet.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Uppdatering av figur 9 i Socialstyrelsen (2013a). Vårdanalys bearbetning.

Vid en granskning av data för faktiska väntetider till behandling i den specialiserade vården framkommer också en bild av stora regionala skillnader. Totalt i riket fick 85 procent av patienterna behandling inom 90 dagar år 2013, tre procentenheter fler än 2012, men skillnaderna är stora mellan landstingen med Sörmland (69 procent) i ena änden och Gotland (96 procent) i andra. När väntetidsdata redovisas på detta sätt ökar variationen mellan landstingen och en större andel (15 procent) får vänta längre än vårdgarantins gräns, jämfört med ögonblicksbilderna av antal väntande i slutet av månaden.

Figur 4.11. Andel patienter som fick behandling inom 90 dagar januari–november år 2012 och 2013, per landsting.

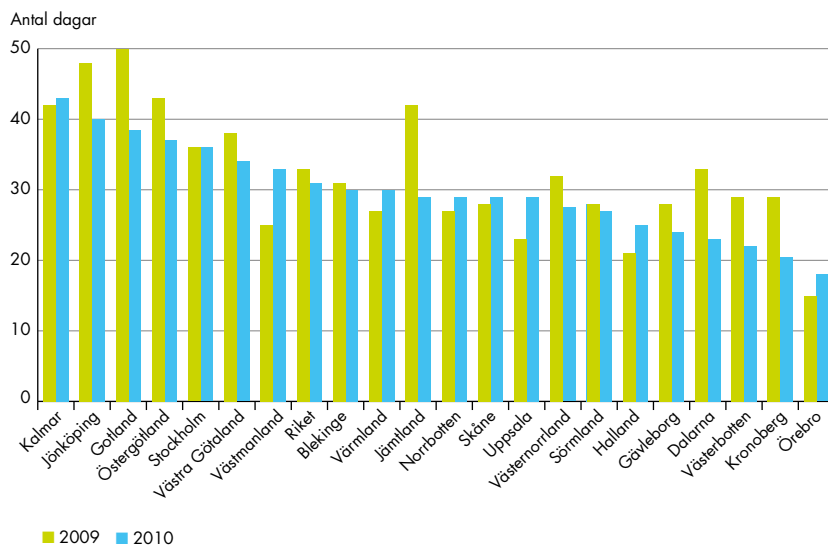
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

Bland de specialiteter som rapporterar faktiska väntetider utmärker sig plastikkirurgi tydligt. Under år 2013 fick var tredje patient vänta mer än 90 dagar på behandling inom plastikkirurgin, men även för ryggkirurgi, neurologi och ortopedi ligger andelen som inte behandlas inom 90-dagarsgränsen på 20–25 procent. Andelen behandlade patienter inom plastikkirurgi utgör dock cirka en procent av det totala antalet patienter. Detta gör att antalet patienter som får vänta längre än vårdgarantins gräns trots allt är betydligt fler inom de större specialiteterna, exempelvis ortopedi och ögonsjukvård.

Inrapporteringen till Väntetidsdatabasen gör det tyvärr inte möjligt att följa olika diagnoser, inte heller enskilda patienter genom vårdkedjan. Tiden från remiss till behandling kan för vissa diagnoser ha stor betydelse för hur framgångsrik behandlingen är. Den senaste tiden har inte minst väntetiderna i cancervården uppmärksammats, där vårdgarantins tidsgränser på 90 dagar till besök och ytterligare 90 dagar till behandling ofta kan vara betydligt längre än medicinskt önskvärt. I Socialstyrelsens särskilda uppföljningar av väntetider i cancervården framgår att även här finns stora skillnader mellan landstingen (Socialstyrelsen 2011, 2012b, 2013c). Vårdanalys har i en tidigare rapport pekat på att medianväntetiden till behandling vid lungcancer i vissa landsting är mer än dubbelt så lång som i andra, att dessa skillnader är både

omotiverade och väsentliga, och att lång väntetid för patienten kan försämra prognosen (Myndigheten för vårdanalys 2013).

Figur 4.12. Medianväntetid från remiss till behandling vid lungcancer år 2009 och 2010, per landsting.



Källa: Socialstyrelsen (2011, 2012b). Publicerad i Myndigheten för vårdanalys 2013.

4.2.6 Patienter bekräftar vissa förbättringar av väntetiderna, men köerna fortfarande långa i internationell jämförelse

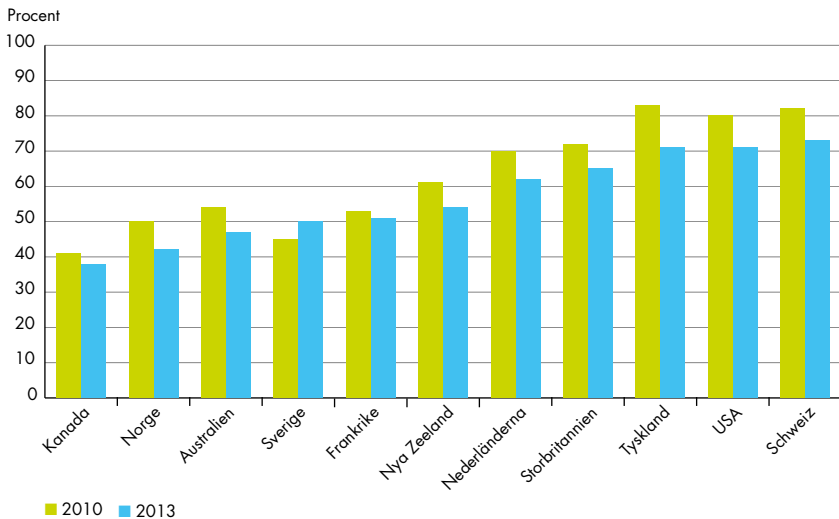
Den internationella befolkningsundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som år 2013 jämförde den vuxna befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvård, visar att 48 procent av svenskarna uppger att den senaste gången de var sjuka fick träffa en läkare eller sjuksköterska samma dag eller dagen efter (se även kapitel tre om vårdvalet). I Norge, USA och Kanada var andelen lägre, men i de övriga sju länder som deltog i studien fick en större andel träffa läkare eller sjuksköterska samma eller nästa dag (The Commonwealth Fund 2013).

I IHP svarar de respondenter som har fått behandling i specialistvården också på hur länge de har fått vänta. En tredjedel av de svenska respondenterna uppger att de fått behandling inom en månad. Även detta resultat är lägre än i flertalet andra länder som deltar i studien. Mellan de två mätningarna ses ingen statistiskt säkerställd förbättring för Sverige. Ett resultat som har förbättrats mellan mätningarna är andelen respondenter som angett att de har väntat längre än

fyra månader. Trots det uppger fortfarande sex procent av de svenskar som väntar på en planerad operation år 2013 att de väntat längre än fyra månader.

De svenska respondenterna anger även att besökstillgängligheten i den specialiserade vården har blivit bättre och andelen som har väntat mer än två månader har sjunkit sedan 2010. Dessutom har andelen som fick besök inom fyra veckor ökat. Undersökningen frågar om eventuella behov av hälso- och sjukvård två år bakåt i tiden, så mätningen 2010 inkluderar patienter som fått vänta även under 2008 och 2009 (The Commonwealth Fund 2013). Detta resultat verkar således bekräfta att en viss förbättring i väntetidsutvecklingen har skett, som väntetidsmätningarna visar, men att Sverige fortfarande har relativt långa väntetider i ett internationellt perspektiv. Det bör dock noteras att denna typ av väntetidsmätningar medför en del osäkerhet, eftersom man inte mäter faktiska väntetider utan frågar om patienternas upplevda väntetid. Vid en internationell jämförelse av länders offentligt publicerade väntetider utförd av svenska forskare konstateras att det finns stora metodologiska utmaningar med att jämföra väntetider mellan länder men att Sverige inte tycks sticka ut som ett land med exceptionellt långa väntetider i ett internationellt perspektiv. (Viberg m.fl. 2013)

Figur 4.13. "Efter att du fick rådet att träffa eller beslutade att träffa en specialist, hur många dagar, veckor eller månader behövde du vänta på besöket?" Andel respondenter som väntade högst fyra veckor på besök år 2010 och 2013.



Källa: The Commonwealth Fund: IHP 2010 och 2013. Vårdanalys bearbetning. 924 respektive 1103 svarande i Sverige år 2010 respektive år 2013.

4.2.7 Väntetidsdata bör tolkas med försiktighet

Ovanstående figurer ger en indikation på utvecklingen av väntetiderna efter införandet av vårdgarantin och Kömiljarden. Siffrorna ska emellertid tolkas med en viss försiktighet vad gäller orsak- och verkansamband. Väntetiderna interagerar både med behovet av vård och utbudet av vård, och kölängden kan avspegla allt från produktionseffektivitet, befolkningens hälsotillstånd, sjukvårdens kompetens till skillnader i medicinsk praxis mellan organisatoriska enheter. På individnivå klarar vissa patienter av att vänta, medan andra måste behandlas omedelbart av medicinska skäl (Siciliani m.fl. 2013).

Det är även svårt att bedöma vad som är reella förbättringar av väntetiderna och vad som har att göra med olika typer av administrativa åtgärder i samband med Kömiljarden och vårdgarantin – som till exempel uppdateringar av listorna på väntande patienter och rensning av inaktuella fall (Socialstyrelsen 2012a).

Väntetidsstatistikens tillförlitlighet har stärkts genom åren i Sverige (se textruta s. 182). Det finns dock utrymme för förbättring på tre punkter. För det första finns endast begränsade möjligheter att koppla ihop väntetidsdatabasen med andra källor. En konsekvent rapportering på individnivå skulle kunna ligga till grund för en mer detaljerad undersökning av vilka bakgrundsfaktorer hos patienten som påverkar väntetiden eller utfallet av vården och bör bygga på en modell som gör det möjligt att i så stor utsträckning som möjligt följa patientens samlade väg genom vården (se Socialstyrelsen 2013b).

För det andra kan mer göras för att resultaten ska komma patienterna till del och därigenom förbättra möjligheterna att utnyttja vården och vårdgarantin. Väntetidsstatistiken redovisas i dag på kliniknivå på webbplatserna vantetider.se och på 1177.se. Det finns dock utrymme för att förbättra informationen till allmänheten genom att erbjuda information anpassad efter olika behov. För stora patientgrupper kan vara mycket värdefullt att jämföra kösituationen på vissa utvalda kliniker, därför kan förmodligen mer göras för att sprida sådan information utanför den allra mest aktiva och välinformerade kretsen av patienter.

För det tredje saknas extern validering av de siffror som rapporteras från de enskilda landstingen. Landstingen tar själva fram väntetidsdata, dels för egna uppföljningar, dels för att rapportera till den nationella väntetidsdatabasen. Det kan därför finnas anledning att tro landstingen själva har ett intresse av goda rutiner för inrapportering, eftersom de vill ha bra underlag för det interna arbetet. Samma data inrapporteras sedan även till den nationella väntetidsdatabasen och offentliggörs på vantetider.se, vilket möjliggör insyn. Samtidigt används väntetidsdata för fördelningen av Kömiljarden vilket talar att den bör valideras på ett systematiskt sätt av en oberoende part.

4.2.8 Befolkningens uppfattning om tillgänglighet

Den svenska befolkningens bedömning att tillgängligheten till hälso- och sjukvård har varit för dålig var ett viktigt skäl för de insatser för ökad tillgänglighet som har genomförts i form av vårdgarantier och så småningom Kömiljarden och lagstadgandet av vårdgarantin. Lagstiftningen av vårdgarantin som infördes år 2010 följde efter att vårdgarantin från 2005 inte hade givit förväntade resultat på väntetiderna, vilket Socialstyrelsens uppföljningar visade (Regeringens proposition 2009/10:67). En Eurobarometerundersökning från 2007 (EU-kommissionen 2007) visade också att väntetiderna fortfarande var långa och att svenskar var mer missnöjda än befolkningen i andra länder (Winblad och Hanning 2013). Vårdbarometern från 2008 visade också att av de 20 procent som inte instämde i att de hade tillgång till den sjukvård de behövde, önskade 30 procent kortare väntetider.

De undersökningar som finns tillgängliga visar inga stora förändringar i befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården, men att en viss förbättring ändå kan skönjas (se kapitel 3 om vårdval i primärvården). Det finns dock skillnader i hur tillgängliga olika delar av hälso- och sjukvården är utifrån patienternas och befolkningens perspektiv. I den nationella patientenkäten (NPE) anger två av tre att de uppfattar mottagningens tillgänglighet per telefon som utmärkt eller bra. I Vårdbarometern ställs sedan år 2010 frågor till samtliga respondenter om hur de uppfattar väntetiderna inom hälso- och sjukvården. Nästan tre av fem, 58 procent år 2012, instämmer i att väntetiderna till vårdcentral är rimliga, medan endast var tredje, 31 procent år 2012, anser att väntetiderna till sjukhus rimliga. Skillnaden är således markant mellan uppfattningarna om väntetiderna för primärvården respektive den specialiserade vården. Det är svårt att bedöma om befolkningen anser att vårdgarantins tidsgränser är rimliga, men de internationella jämförelserna i kombinationen med att en så låg andel av befolkningen anser att väntetiderna till sjukhus är rimliga kan vara en indikation på att vårdgarantins tidsgränser för specialistvård är väl långa i befolkningens ögon.

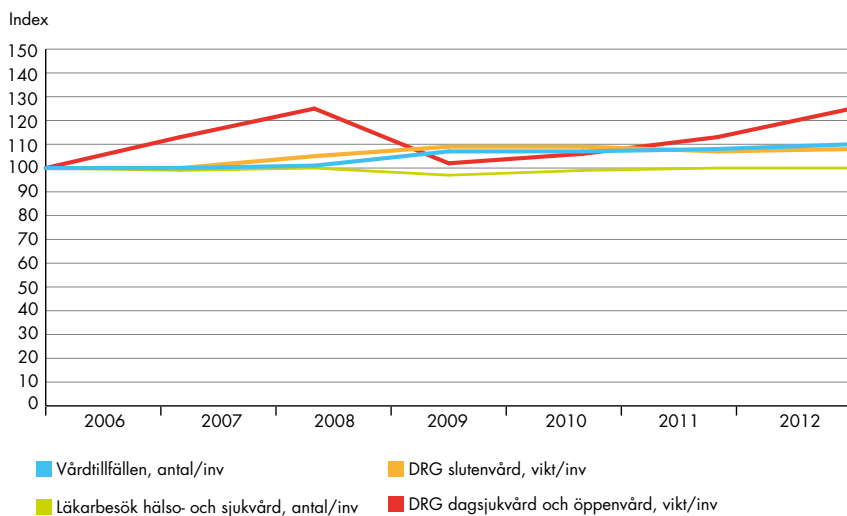
4.2.9 Produktionen av hälso- och sjukvård ökar

Som beskrivet ovan är produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster en central parameter för tillgängligheten. Den medicintekniska utvecklingen utvidgar ständigt mängden behandlingsbara sjukdomar. Samtidigt ställer befolkningen allt större krav och har högre förväntningar på hälso- och sjukvården. Sammantaget pressar detta upp efterfrågan, en tendens som förstärks av den demografiska utvecklingen som leder till fler medborgare med kroniska sjuk-



domar och långvariga behov. För att undvika väntetider och garantera god tillgänglighet behöver produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster anpassas löpande. Nedanstående figur visar produktionsutvecklingen i Sverige över tid.

Figur 4.14. Produktionsutveckling i svensk hälso- och sjukvård år 2006–2012.



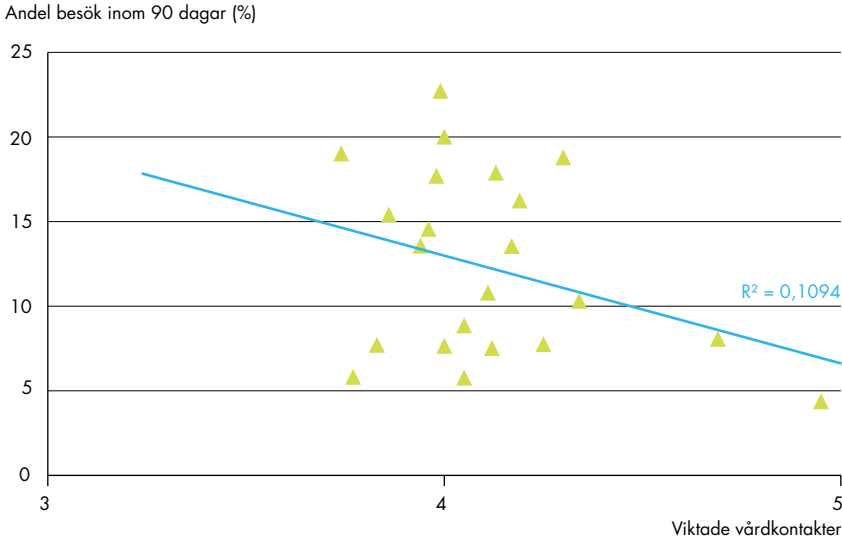
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006–2012) och Socialstyrelsen.

Diagrammet är indexerat med år 2006 som startår och visar en ökning av antalet vårdtillfällen per invånare, medan antalet läkarbesök varit relativt konstant. När hänsyn också tas till resursåtgången (diagnosrelaterade grupper, DRG, är ett sätt att beskriva hälso- och sjukvårdens insatser indelat i olika grupper) ses en ökning för både slutenvården och öppenvården. Med andra ord har produktionen ökat över tid.

Ett annat sätt att tydliggöra förhållandet mellan produktion och väntetider är att jämföra de så kallade viktade vårdkontaktarna med väntetiderna. Antagandet är här att landsting med hög produktion i form av vårdkontakter per invånare även har kortare väntetider. Viktade vårdkontakter innebär att antalet mottagningsbesök, hembesök och telefonkontakter jämförs med resursförbrukningen. Viktning sker därefter även utifrån yrkeskategori, där läkare viktas högre än övriga yrkeskategorier. I diagrammet nedan är måttet viktade vårdkontakter justerat för befolkningsstorlek. Vi ser att det finns ett visst samband mellan viktade vårdkontakter i specialiserad somatisk öppenvård och en lägre andel som väntar mer än 90 dagar på besök. Detta tyder på

att produktionsökningen som förväntat har haft betydelse för antalet patienter som väntar längre än vårdgarantins gränser.

Figur 4.15. Viktade vårdkontakter och andel som väntade mer än 90 dagar på besök i specialistvården år 2012, per landsting.



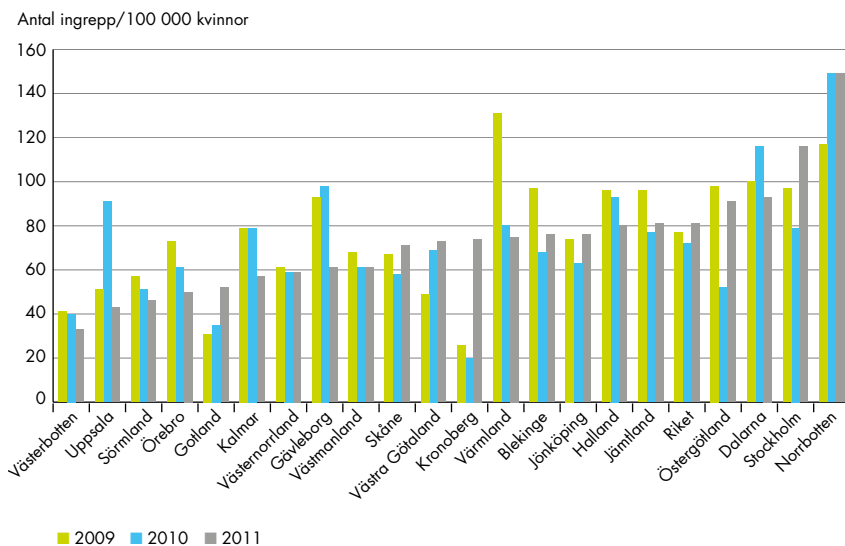
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen och Sveriges Kommuner och Landsting (2006–2012).

4.2.10 Indikationsgränser

När läkare beslutar om remittering eller behandling sker det utifrån kliniska indikationer. Indikationsgränser är beteckningen för de tröskelvärden som föranleder behandling. Under de senaste decennierna har tendensen varit att standardisera bedömningen av indikationer med hjälp av medicinska och administrativa riktlinjer och vårdprogram. I Sverige drivs arbetet med att ta fram nationella indikationer numer av Socialstyrelsen. Trots dessa generella riktlinjer kan vi konstatera att det finns väsentliga skillnader i operationsfrekvens mellan landstingen på flera områden (se figur 4.16, som visar siffror för urininkontinens). Skillnaderna kan dels vara hälsomotiverade, dels handla om politiska prioriteringar eller helt enkelt om lokal praxis. Under alla omständigheter påverkar de tillgängligheten till hälso- och sjukvård.



Figur 4.16. Urininkontinens för kvinnor, antal ingrepp/100 000 kvinnor, år 2009–2011.



Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

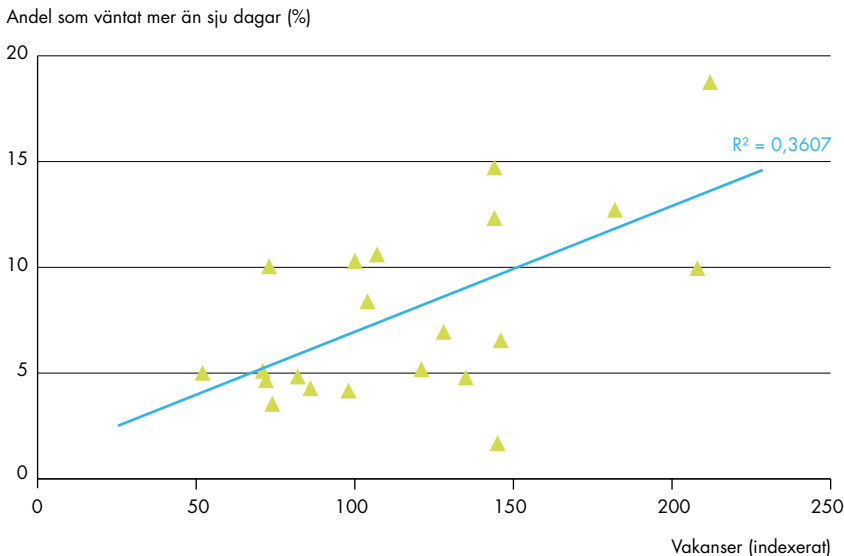
Vårdgarantin och Kömiljarden ger landstingen incitament att förkorta väntetiderna, vilket kan leda till att enskilda kliniker, och i förlängningen även enskilda läkare, känner pressen att inte ha för långa väntelistor. Detta skulle möjligen kunna leda till indikationsglidningar på kliniker eller i enskilda läkares bedömningar.

Det finns ingen övergripande bedömning av skillnader i tillgång till olika behandlingar. Däremot finns jämförelser på enskilda områden som visar stora skillnader. I en undersökning av kataraktsjukvården finner Socialstyrelsen (2013a) att prioriteringarna mellan indikationsgrupper förändrats i och med vårdgarantin. Den viktigaste slutsatsen är att grupper med låg medicinsk prioritering förefaller att ha prioriterats. Om detta stämmer kan vi konstatera att behandlingsgarantin har lett till snabbare behandling av lågprioriterade grupper, och därigenom till en tillgänglighetsförbättring, allt annat lika. Socialstyrelsens rapport visar också att alla indikationsgrupper har fått kortare väntetider. Däremot framgår att de med högst prioritet fortfarande väntar längre än vad som är medicinskt önskvärt, medan de lågt prioriterade skulle klara av att vänta längre, åtminstone ur ett medicinskt perspektiv

4.2.11 Bemanningsproblem kan ge längre väntetider

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal är ojämnt fördelad över landet, och brist på läkare riskerar att försvåra för landstingen att klara av vårdgarantins tidsgränser (Socialstyrelsen 2012a). Avsaknaden av offentlig statistik över bemanning på klinisknivå gör det svårt att analysera denna fråga på djupet. Med hjälp av Läkarförbundets (2013) kartläggning av primärvårdens läkarbemanning har vi dock kunnat ställa antalet vakanta specialistläkartjänster i primärvården i förhållande till befolkningsmängden i varje landsting mot andelen som har väntat längre än sju dagar på besök i primärvården. Nedanstående graf visar det enkla sambandet mellan bemanningsproblem och vårdgarantiuppfyllelse på landstingsnivå och pekar på att de landsting som har relativt många vakanser också har svårare att klara vårdgarantin.

Figur 4.17. Vakanser och andel som väntat mer än sju dagar på besök i primärvården, hösten 2012.



Källa: Sveriges läkarförbund (2013) och Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

4.3 KUNSKAPEN OM VÅRDGARANTIN ÄR GOD, MEN FÅ PATIENTER INFORMERAS NÄR GARANTIN BLIR AKTUELL

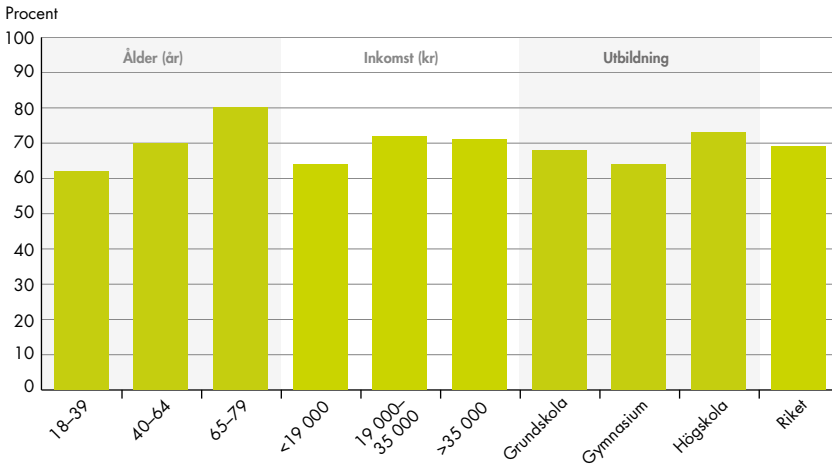
När det gäller *kunskap och information* finns flera huvudteman, som rör patienternas kännedom om vårdgarantin, befolkningens förmåga och vilja att handla utifrån kännedom om vårdgarantin samt systemets informationskanaler och förmåga att nå ut till befolkningen med information om väntetider, vårdgarantin och alternativa möjligheter.

Information om vårdgarantin finns på den nationella tjänsten 1177 Vårdguiden från Sveriges landsting och regioner. Motsvarande information finns normalt sett även på de enskilda landstingens webbplatser tillsammans med beskrivningar av hur garantin fungerar i praktiken (se även översikten i Socialstyrelsen (2012a): bilaga 2). Därtill är författningstexter och förarbeten naturligtvis tillgängliga för allmänheten.

Förutsättningarna för generell kunskap om vårdgarantin är således ganska goda. Men det betyder inte att medborgarna nödvändigtvis känner till reformen och dess konsekvenser. Vi kan få en indikation på medborgarnas generella kunskap om reformen med hjälp av data från den befolkningsundersökning som genomförts av Vårdanalys. Resultaten från denna visar att omkring 70 procent av de tillfrågade kände till vårdgarantin år 2013. Detta är en viss ökning från Vårdbarometerns mätningar år 2008 och 2009, då drygt 60 procent uppgav att de kände till vårdgarantin.

Den generella kunskapen om systemet är alltså ganska god. Denna siffra döljer en viss variation, där mönstret är att män har sämre kunskap än kvinnor, yngre personer (18–39 år) har sämre kunskap än äldre samt att personer med lägre inkomst har sämre kunskap än personer med högre inkomst. Slutligen finns en svag tendens till att personer med högre utbildning har bättre kunskap än personer med kortare utbildning.

Figur 4.18. "Känner du till vårdgarantin?" Andel av respondenterna som anger att de känner till vårdgarantin år 2013.



Källa: Vårdanalys befolkningsundersökning 2013. Antal svarande var 4102.

Förutom att undersöka den generella kunskapen om reformen är det relevant att ta reda på om patienterna även får information om möjligheterna i det konkreta mötet med hälso- och sjukvården. Mer specifikt handlar det om huruvida patienterna i god tid informeras om hur lång väntetid de kan förvänta sig i det egna landstinget och att de, i de fall den förväntade väntetiden överstiger 90 dagar, har rätt att besöka en specialist eller få behandling hos en annan vårdgivare. I samtliga dessa fall har de anställda på landets sjukhus och vårdcentraler en viktig roll. Frågan är emellertid om hälso- och sjukvårdspersonalen i praktiken informerar patienterna. Sannolikheten för detta ökar om personalen ser vårdgarantin och dess gränser som ändamålsenliga. Det har tyvärr inte varit möjligt att göra en djupgående analys av detta inom ramarna för denna rapport, men tidigare studier pekar på en viss variation mellan landstingen och vårdenheterna.

I en undersökning i Region Skåne (Jansson m.fl. 2013) svarar 95 procent av vårdpersonalen att den egna enheten informerar om vårdgarantin. I Vårdanalys egen befolkningsundersökning har vi i stället frågat patienter om de blev informerade om vårdgarantin när de riskerade att få vänta mer än 90 dagar till besök respektive behandling. I båda fallen uppger endast en av fem att de blev informerade om vårdgarantin. Även Socialstyrelsen (2012a) har undersökt frågan genom en enkät till väntetidssamordnarna i landstingen, och drar slutsatsen att många patienter inte kontaktas när deras väntetid förmodas bli längre än vårdgarantins tidsgränser. Det finns alltså olika uppfattningar i den här frågan beroende på om man frågar patienter eller vård-



personal. Ett av syftena med vårdgarantin var att stärka patienternas ställning i förhållande till hälso- och sjukvårdssystemet. Svaren på frågorna om kunskap indikerar att medborgarna på generell nivå känner till sina möjligheter, men att det är sämre ställt med informationen i konkreta situationer.

Vårdanalys befolkningsundersökning 2013 visar att knappt hälften av respondenterna anser att de kan ta upp vårdgarantin i sin kontakt med hälso- och sjukvården. Nästan en tredjedel av medborgarna anger att de inte själva skulle kunna ta upp frågan. Detta visar att det fortfarande finns en maktasymmetri som i alla fall för vissa medborgare fungerar som ett hinder för att ställa krav på systemet utifrån garantin. Vi ser att personer med högre utbildning och högre inkomster är något mer benägna att svara ja på frågan, men olikheterna är inte stora. Lite mer överraskande är kanske att äldre (60–79 år) är mer benägna att svara ja än yngre. Det kan dock avspegla att de i högre grad använder systemet och därmed har större behov och på så sätt fler kontakter med vården, vilket i sin tur ger kunskap om hur vården fungerar.

4.3.1 Väntetider och förtroende hänger ihop

Hur har det då gått med patienternas *förtroende* för hälso- och sjukvården efter införandet av vårdgarantin? Hypotesen är att förtroendet ökar om väntetiderna minskar och befolkningen samtidigt upplever att patientmakten har stärkts i förhållande till hälso- och sjukvårdsorganisationer och vårdpersonal. Som vi har visat minskade väntetiderna fram till år 2010 för att därefter stabiliseras. Vi har samtidigt sett att långt ifrån alla medborgare upplever att de självmant skulle kunna ta upp frågan om väntetidsgarantin med vårdpersonalen. Det finns fortfarande en viss asymmetri i relationen. Men hur ser det ut om vi analyserar väntetider och förtroende för de olika landstingen separat? Finns det ett systematiskt samband? Nedanstående figur visar att det kan finnas ett visst samband mellan väntetider och förtroende. Varje punkt i diagrammet är ett landsting våren 2013, men ett liknande samband finns även för år 2009–2012. Förtroende för primärvården anges på en femgradig skala, där en motsvarar mycket litet förtroende och fem mycket stort.



Jag har haft diabetes i tjugo år och fick en stroke 2012. Jag har just opererat armbågen. Jag var på förstabesök hos handkirurgen i augusti 2013. Jag frågade första läkaren när operationen skulle ske och då sa han att de måste göra operationen sex månader efter det första besöket för att hålla vårdgarantin. Det gjorde de.

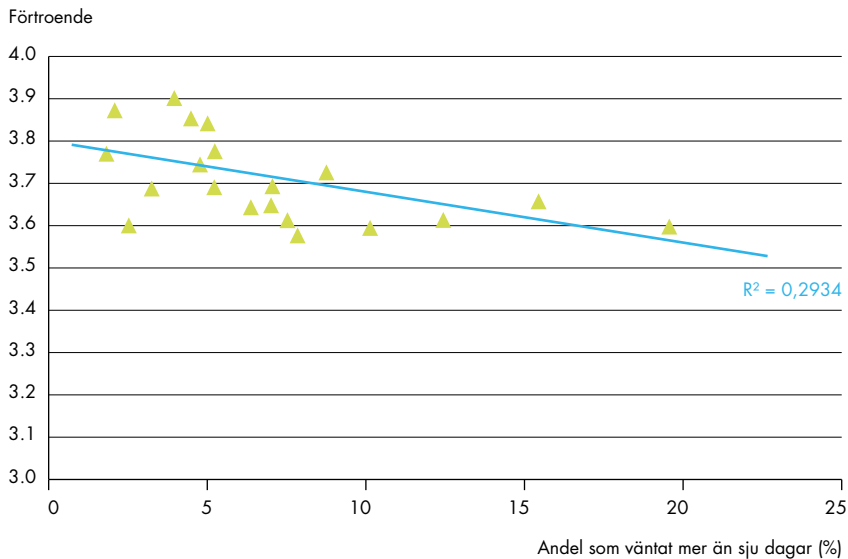
I höstas var jag på besök hos läkaren på vårdcentralen för att förlänga min sjukskrivning. Läkaren sa att angående nästa besök så får du ringa innan jul. Jag ringde över en månad i förväg, men fick höra att det inte fanns någon tid kvar före jul.

Ska jag sammanfatta så fungerar vårdgarantin på pappret. Jag hade hört namnet vårdgaranti, men för mig var det en vit fläck på kartan innan läkaren på handkirurgen tog upp det.

Man, 62 år, tätort⁹

⁹ Denna berättelse är en personlig erfarenhet av vårdgarantin. Syftet med intervjun är endast illustrativt och kan inte utan vidare generaliseras.

Figur 4.19. Väntetider och förtroende för primärvården, våren 2013. Respondenternas svar på frågan "Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/motsvarande i ditt landsting/region?" samt andelen som väntat mer än sju dagar på besök i primärvården.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdanalys bearbetning. 39 645 antal svarande i Vårdbarometern. Förtroende anges på skala 1-5, där 1 motsvarar mycket litet och 5 mycket stort förtroende. Varje observation är ett landsting.

Det finns flera andra indikatorer som pekar i samma riktning. Av dem som i Vårdbarometern 2012 uppger bristande förtroende för sjukhusen i det egna landstinget anger 21 procent "för långa väntetider" som skäl till det låga förtroendet. Detta är den enskilt vanligaste anledningen till bristande förtroende. Av dem som uppger bristande förtroende för vårdcentraler eller motsvarande anger nio procent "för långa väntetider" som orsak till det låga förtroendet.

Bland dem som tar avstånd från påståendet att väntetiderna till vårdcentral är rimliga är förtroendet för vårdcentralerna betydligt lägre än bland dem som instämmer i att väntetiderna är rimliga. Detsamma gäller för sjukhusen. De som tycker att väntetiderna är rimliga har alltså betydligt högre förtroende för hälso- och sjukvården. Omvänt kan man förvänta sig att de som är missnöjda med sjukvården i stort möjligen är mer benägna att uttrycka frustration också över väntetiderna.

4.3.2 Hälso- och sjukvårdspersonalen är viktig för att vårdgarantin ska fungera

Utifrån ett implementeringsteoretiskt perspektiv skulle man kunna förvänta sig att hälso- och sjukvårdspersonalens normer om väntetid, information och val är en viktig parameter för vårdgarantins framgång. Det är i vårdpersonalens möte med patienterna som vårdgarantin omsätts i praktiken, och om vårdpersonalen inte sluter upp bakom systemet är det svårt att se hur det skulle kunna fungera i praktiken.

Det finns anledning att tro att vårdgarantin har varit svår att implementera, eftersom den försöker styra en stark yrkeskår och i praktiken kan utmana läkarnas autonomi (Winblad och Andersson 2010). Tidigare vårdgarantier har fått kritik för att vara oetiska och leda till förskjutningar i de medicinska prioriteringarna – denna kritik finns även mot den nuvarande garantin (Winblad och Andersson 2010, Winblad och Hanning 2013). Undersökningar visar dock att personalen i hälso- och sjukvården i stora drag är positiva till vårdgarantin. Bland annat framkommer att garantin har ökat motivationen att effektivisera arbetet och förbättra samarbetet i vårdkedjan, och många ser det som positivt med tydliga krav på väntetider (Socialstyrelsen 2012a). Samtidigt finns kritik från läkarkåren mot att den nuvarande utformningen är rigid och snedvridande (Sveriges läkarförbund 2012).

Personalens attityder till Kömiljarden är mindre positiv (Socialstyrelsen 2012a). Till exempel anförs att ersättningarna från Kömiljarden går till landsting som redan har god ekonomi, att en tillfällig satsning inte löser mer grundläggande problem samt att systemet har lett till en tendens att ändra praxis och att presentera data så att den egna organisationen får största möjliga utbyte. Båda dessa ämnen behandlas närmare nedan. Ett annat exempel kan hämtas från en revisionsrapport från Jämtlands läns landsting, där vårdpersonalen initialt var positiv till Kömiljarden (Jämtlands läns landstings revisorer 2011). Efter ett år började dock det förväntade utfallet från Kömiljarden räknas in i landstingsbudgeten. Personalen upplevde det hela som en övergång från morot till piska vilket skapade stress och missnöje.

Det går emellertid inte att tolka de olika påståendena om läkarnas inställning och normer på ett entydigt sätt. Man kan tänka sig både positiva och negativa effekter; å ena sidan kan implementeringen ha försvårats och vårdgarantin och Kömiljarden haft svårt att få genomslag, å andra sidan kan läkarkårens värnande om sin autonomi att göra medicinska prioriteringar ha utgjort ett skydd mot undanträngningseffekter. Vilken effekt som dominerar måste avgöras i mer djupgående studier.



4.4 RISK ATT VÅRDGARANTIN PÅVERKAR MEDICINSKA PRIORITERINGAR

I detta avsnitt berörs vårdgarantins och Kömiljardens ändamålsenlighet. Syftet med vårdgarantin var enligt propositionen att korta väntetiderna, stärka patientens ställning och öka tillgängligheten. De medicinska prioriteringarna ska inte påverkas av vårdgarantin; den reglerar inte om vård ska ges eller vilken vård som ska ges utan vårdgarantin gäller först när nödvändiga beslut redan har fattats och prioriteringar har gjorts (Regeringens proposition 2009/10:67). Vårdgarantin kan ses som en garanti om en viss miniminivå när det gäller tillgänglighet som ska gälla för alla oavsett behov, en typ av servicekvalitet. Det är därför relevant att fråga om tillgängligheten har förbättrats i alla patientgrupper eller om det kan ha skett en förskjutning av fokus så att vissa patientgrupper gynnas och andra missgynnas av garantin. Med andra ord: leder vårdgarantin och Kömiljarden till en önskad förskjutning av prioriteringarna inom hälso- och sjukvården? Om så är fallet kan följden bli att vissa grupper även upplever en försämring av den kliniska kvaliteten i de fall då behandlingskrävande tillstånd inte upptäcks eller behandlas i tid. Tillgänglighet kan vara nära kopplat till effekter på klinisk kvalitet. Ett exempel kan vara vissa cancerbehandlingar, där väntetiden är starkt kopplad till prognosen för sjukdomsförloppet.

Det har länge funnits farhågor om att vårdgarantin skapar undanträngningseffekter, i den meningen att det medicinskt motiverade prioriteras ner till förmån för de delar av vårdkedjan som täcks av vårdgarantin. Vårdgarantins eventuella undanträngningseffekter har diskuterats sedan 1990-talet (Socialstyrelsen 1999), men frågan har fått förnyad aktualitet i och med att vårdgarantin lagstodgades och Kömiljarden tillförde ett ekonomiskt incitament. I anslutning till lagändringen pekade flera remissinstanser på risken för undanträngning. Regeringen betonade i propositionen att vårdgarantin inte ska ändra gällande prioriteringar, men signalerade samtidigt sin avsikt att följa frågan (Regeringens proposition 2009/10:67).

Undanträngning i hälso- och sjukvården kan anta många former. Att vissa patienter har större möjligheter att hävda sin rätt och få sin vilja fram kan rubba de medicinska prioriteringarna, men detta behöver inte ha samband med vårdgarantin. Socialstyrelsen (2012a) har identifierat fyra möjliga former av undanträngning till följd av vårdgarantin:

- prioritering av primär- och specialistvård framför akutsjukvård
- prioritering av patienter som närmar sig en vårdgarantigräns framför patienter med större medicinska behov
- prioritering av första besök och behandling framför utredning och undersökning (inom den specialiserade vården)
- prioritering av första besök framför återbesök.

Flera försök har gjorts att få grepp om vårdgarantins eventuella undanträngningseffekter. Dessa kan grovt sett delas in i två ansatser: intervjuer med personal inom vårdsektorn för att fånga deras intryck och erfarenheter samt analyser av den faktiska utvecklingen av väntetider i olika delar av vårdkedjan.

4.4.1 Vårdpersonalen upplever undanträngning

I flera fall har personal inom hälso- och sjukvården rapporterat att de har observerat undanträngningseffekter. Läkarförbundet har genomfört djupintervjuer med 20 läkare, som sammanfattningsvis visar att deras upplevelse är att Kömiljarden, men inte vårdgarantin i sig, ger undanträngningseffekter. Läkarnas intryck är att äldre, livslångt sjuka patienter och patienter med flera diagnoser nedprioriteras i förhållande till starkare patientgrupper och patientgrupper med enklare diagnoser samt att återbesök får stå tillbaka för insatser som täcks av vårdgarantin (Sveriges läkarförbund 2012). Dessa erfarenheter styrks också av ett par rapporter från landstingens revisorer (Landstinget Västmanlands revisorer 2013, Jämtlands läns landstings revisorer 2011).

Ett antal studier och rapporter har även frågat personalen i hälso- och sjukvården om deras bedömning av eventuella undanträngningseffekter. Socialstyrelsen genomförde år 2011 djupintervjuer med 73 yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, där tre av fyra läkare men bara en av fyra administratörer tror att undanträngning förekommer i det egna landstinget. Sjuksköterskornas intryck ligger någonstans däremellan. De huvudsakliga skälen till undanträngning upplevs vara prioriteringsprocessens komplexitet samt individuella påtryckningar (Socialstyrelsen 2012a). Samma år frågade Socialstyrelsen i en enkät landstingens väntetidssamordnare om deras bedömning av väntetiderna för återbesökspatienter. Av 21 respondenter pekade sju ut Kömiljarden och två vårdgarantin som negativa för väntetiderna för återbesök (Socialstyrelsen 2012a). Även i rapporter från landstingens revisorer pekar intervjuade inom vården på risken för undanträngningseffekter (Jansson m.fl. 2013, Västra Götalandsregionens revisorer 2013). Avslutningsvis redovisar en ESO-rapport från år 2010 en enkätundersökning med 985 ortopedier som visar att fyra av tio respondenter instämmer i påståendet att fel patientgrupper prioriteras i och med vårdgarantin. Lika många instämmer till viss del (Winblad och Andersson 2010).



4.4.2 Kvantitativa studier av undanträngning är svårgenomförbara och resultaten är inte entydiga

Tillgången på tillförlitliga och relevanta data är ett problem vid uppföljning av vårdgarantins undanträngningseffekter, men Socialstyrelsen har analyserat återbesöksstatistik från fyra landsting med centraliserade mätningar. Resultaten är inte entydiga, men rapporten visar på några fall där undanträngningseffekter på återbesök kan misstänkas (Socialstyrelsen 2012a).

Socialstyrelsen har även följt tre patientgrupper inom specialistvården: väntetider och prioriteringar bland patienter som opereras för grå starr (katarakt), återbesöksfrekvens för patienter med grön starr (glaukom) samt väntetider för kontrollbesök för patienter med diabetes. I kataraktsjukvården har väntetiderna minskat för alla grupper, dock mest för de med lägre medicinsk prioritet. I de två senare grupperna – glaukom och diabetes – har Socialstyrelsen i det analyserade materialet inte funnit några indikationer på undanträngningseffekter (Socialstyrelsen 2013a).

Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har jämfört antalet nybesök med antalet återbesök i specialistvården 2008–2011 och funnit en större procentuell ökning av nybesöken, vilket kan tyda på undanträngning. Man reserverar sig dock för att det kan finnas andra orsaker till denna utveckling (Stockholms läns landstings revisorer 2012).

Sammantaget ger detta bilden av att personal, framför allt läkare, inom hälso- och sjukvården upplever att Kömiljarden leder till undanträngningseffekter. Denna bild förstärks av att Socialstyrelsen i tillsynsarbetet har kunnat konstatera att vårdgarantin har bidragit till förlängda väntetider för återbesök i enskilda fall. Det har dock varit svårt att kvantifiera denna bild (Socialstyrelsen, 2012a). Det finns statistiska indikationer på att undanträngning kan förekomma, men bilden är långt ifrån entydig och det har varit svårt att skilja ut vårdgarantins och Kömiljardens effekter från andra faktorer.

4.5 VÅRDGARANTINS OCH KÖMILJARDENS ÖVRIGA EFFEKTER

Med Kömiljarden skapas ett starkare ekonomiskt incitament för landstingen att hålla nere väntetiderna. Frågeställningen i detta avsnitt är om det går att spåra andra effekter av Kömiljarden.

4.5.1 Ingen tydlig Matteuseffekt av Kömiljarden

Den första fråga man kan ställa är hur Kömiljarden påverkar landstingens relativa resursbas. Går det att föreställa sig ett slags Matteuseffekt ("Den som har,

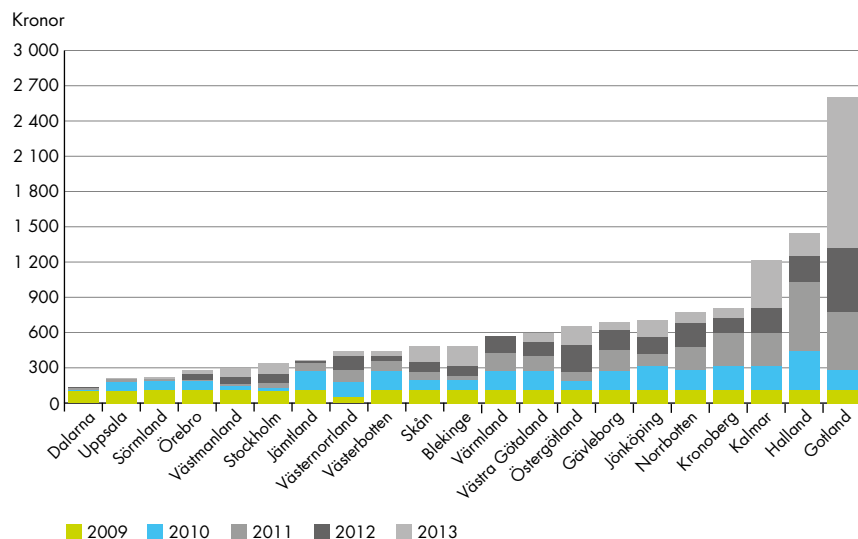
åt honom skall varda givet.”), i enlighet med vad som tas upp i Socialstyrelsens (2012a) undersökning av hälso- och sjukvårdspersonalens attityder till Kömiljarden. Med andra ord: de landsting med mest fördelaktiga socioekonomiska förutsättningar förmodas kunna lägga större resurser på att uppfylla väntetidsmålen, vilket gör att de också lättare får tillgång till Kömiljarden och därmed ännu större resurser att förbättra sin service. På så sätt kan en positiv spiral skapas för ”vinnar”-regionerna och en negativ spiral för ”förlorar”-regionerna, som inte förmår få del av Kömiljarden. Teoretiskt sett ökar risken för en sådan effekt genom att hela Kömiljarden fördelas varje år och de landsting som misslyckas måste ge bort ”sin” andel till de övriga landstingen.

Av dessa skäl kunde man föreställa sig att reglerna inrättades så att Kömiljarden tog hänsyn till landstingens utgångsläge och generella resursbas i förhållande till det förväntade behovet av hälso- och sjukvård. Så var det emellertid inte då systemet infördes och inte heller i dag. Kömiljarden justeras utifrån befolkningsstorlek, men tar ingen särskild hänsyn till landstingens sociodemografiska, ekonomiska eller skattemässiga situation. Det är kanske rimligt med tanke på att Kömiljarden endast täcker omkringen halv procent av de totala utgifterna. Denna siffra kan å andra sidan vara högre för vissa landsting (för Region Gotland år 2013 över fem procent) och pengarna utgör ett flexibelt element som skapar möjlighet till särskilda insatser.

Följande figur visar skillnaderna i landstingens tilldelning av medel från Kömiljarden per capita. Av figuren framgår att vissa av de mindre landstingen, i synnerhet Gotland, men även Halland och Kalmar, har tilldelats en stor del av Kömiljarden i förhållande till landstingens befolkningsstorlek.



Figur 4.20. Fördelning från Kömiljarden per capita.



Källa: Socialdepartementet, *Fördelning av statsbidrag år 2009–2013*.
Vårdanalys bearbetning.

Vi har undersökt sambanden mellan skattekraft¹⁰ och tilldelning av medel, men det tycks inte finnas något systematiskt samband. Det landsting som har mest fördelaktig skattebas, Stockholm, hamnar till exempel bara på plats 16 av 21 i tilldelning per capita från Kömiljarden. Den största tilldelningen av Kömiljarden per capita får i stället Gotland, som också har lägst skattekraft av alla landsting. Hypotesen om en Matteuseffekt kan därmed avfärdas om man endast tar hänsyn till skatteunderlaget.

Det kan dock finnas andra förutsättningar som innebär att vissa landsting har en mer gynnsam situation än andra. Halland har ett fördelaktigt geografiskt läge med många alternativa vårdgivare på nära håll och en ledning som uppmuntrar till anlitanande av privata vårdgivare (Socialstyrelsen 2012a). Gotland är en liten och lätt överblickbar region/landsting som dessutom har tillgång till Stockholms hela vårdutbud. I båda fallen är det därmed lättare för medborgarna att söka sig till andra vårdgivare, vilket minskar pressen på de egna sjukhusen.

¹⁰ Skattekraft är hämtat från Statistiska Centralbyrån (SCB). Det är ett index över skatteunderlag per invånare som ligger till grund för det regionala utjämningsystemet mellan kommuner och landsting i Sverige.

4.5.2 Landstingen köper mer vård

Även förekomst av universitetssjukhus kan vara en faktor av betydelse. Landsting med universitetssjukhus tilldelades i genomsnitt 350 kronor per capita från Kömiljarden under år 2009–2012, jämfört med 580 kronor per capita för landsting som saknar universitetssjukhus. Detta har dock troligen ett nära samband med köp av vård – län med universitetssjukhus säljer också mycket vård. En möjlig effekt av vårdgarantin kan vara att landstingen i högre grad börjar köpa vård från privata leverantörer och från varandra för att minska väntetiderna. På så sätt leder systemet till att marknaden för privat hälso- och sjukvård stimuleras, vilket drar till sig fler privata leverantörer.

Sveriges Kommuner och Landstings (2013) sammanställning av landstingens köp av verksamhet bekräftar att landstingens köp av specialiserad somatisk vård från andra landsting ökar. Vårdgarantin framhålls som en potentiell bidragande förklaring till denna trend. En liknande bild tecknas i en rapport från Socialstyrelsen (2012a), där landstingen har tillfrågats i vilken omfattning de har köpt vård av andra landsting eller andra vårdgivare.

Att köp av tjänster mellan landstingen ökar bör betraktas som ett positivt exempel på att landstingen totalt sett utnyttjar behandlingsresurserna på ett bättre sätt. Emellertid behövs en mer detaljerad undersökning av ”costs” och ”benefits”, både avseende köp från privata leverantörer och från andra landsting, för att kunna avgöra om kostnaderna för dessa köp av snabbare tillgång kan leda till motsvarande grad av ökad nytta för patienterna och hur försäljning av vård påverkar tillgängligheten för landstingets egna patienter.

4.5.3 Stor andel registrerades som patientvald väntan år 2009

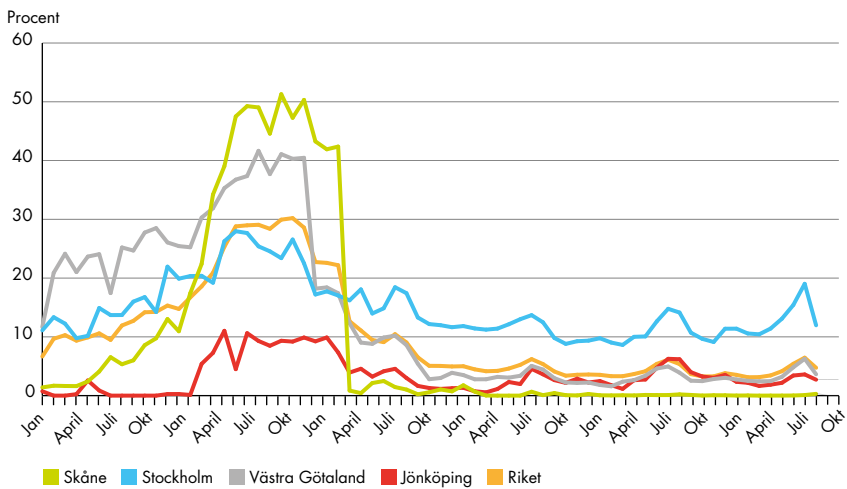
En annan viktig fråga är om det i samband med inrapportering går att spåra tendenser till så kallad ”gaming” och strategisk rapportering. Landstingen har med Kömiljarden teoretiskt sett fått ett incitament att rapportera in så få patienter över vårdgarantins tidsgränser som möjligt. Det kan exempelvis handla om att ändra kodning från något som ligger inom garantin till något som ligger utanför eller att helt enkelt rapportera in felaktiga siffror. Omfattningen av detta påverkas av metoder för inrapportering och rutiner för validering av siffrorna.

En indikation på att en anpassning till de ekonomiska incitamenten har skett är att vissa landsting under år 2009 klassificerade förhållandevis många i gruppen patientvald väntan. Det var tidigare uppenbart fördelaktigt att placera de väntande i denna kategori, vilket även den kraftiga ökningen, framför allt under år 2009, av patientvald väntan visar. I början av år 2010



stabiliserades andelen på en lägre nivå efter att en gemensam definition på patientvald väntan etablerades. Figuren nedan visar andelen som registrerades som patientvald väntan 2008–2011 i ett urval av landsting: de tre största, som samtliga registrerade stora andelar patientvald väntan under år 2009, samt ytterligare ett exempel, Jönköping, som visar att inte alla landsting uppvisade samma explosionsartade ökning av andelen registrerad patientvald väntan.

Figur 4.21. Andel patientvald väntan till operationer år 2008–2011 i riket och i utvalda landsting/regioner.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen. Vårdanalys bearbetning.

För att få ta del av Kömiljarden ska sedan år 2011 en viss andel av patienterna ha väntat högst 60 dagar, i stället för de 90 dagar som var den övre gränsen 2009 och 2010 (se sammanställningen av Kömiljardens kriterier på sidan 174). På motsvarande sätt som en viss opportunistisk registrering av patientvald väntan skedde under år 2009 och tidigare, skulle det kunna vara fördelaktigt att registrera patienter inom intervallet under 60 dagar. Ett sådant mönster kan dock inte ses tydligt. Framför allt har andelen patienter som väntat över 90 dagar minskat.

I slutet av december 2013 slöt regeringen och SKL en ny överenskommelse om Kömiljarden för 2014. Där försöker man att med ekonomiska incitament uppmuntra till automatisk i stället för manuell inrapportering av väntetider. Detta kan ses som ytterligare ett steg i riktning mot att öka datakvaliteten.

4.6 SLUTSATSER

Vi har i detta kapitel följt upp vårdgarantin och Kömiljarden med utgångspunkt i den modell för tillgänglighet som Levesque m.fl. (2013) föreslår. Frågan om fysisk tillgänglighet, som omfattar väntetider och geografisk tillgänglighet, har varit helt central för bedömningen av reformernas effekter. Analysen visar en positiv utveckling för alla fyra väntetidsmålsättningarna. Ungefär nio av tio får år 2013 tillgång till primärvård per telefon samma dag som de söker kontakt. Upp emot 70 procent får läkarbesök samma dag och cirka 93 procent inom loppet av sju dagar. I båda fallen visar siffrorna en svag förbättring i tillgänglighet från år 2009 till 2013.

Andelen som har väntat längre på specialiserad vård än vårdgarantins gräns minskade mer påtagligt fram till år 2010. Därefter stabiliseras nivån av väntande patienter. Det har med andra ord skett en förbättring av hur många personer som väntat på vård under tidsgränsen efter att kömiljarden och lagen om vårdgarantin infördes. Samtidigt tycks det finnas kvar en grupp på drygt tio procent som även under perioden efter år 2010 väntade mer än 90 dagar på besök hos specialist, och en något större andel som väntade mer än 90 dagar på behandling. Mer aktuella siffror för faktiska väntetider bekräftar detta och antyder även att andelen patienter som inte fått behandling inom 90 dagar är något större, kring 15 procent.

Denna utveckling är emellertid resultatet av ett antal samtidiga utvecklingstendenser som samverkar med vårdgarantin och Kömiljarden. Det är således värt att notera att både efterfrågan (i form av viktade vårdkontakter) och produktionen har ökat under perioden. Den specialiserade vården har alltså förmått öka produktionen, vilket under i övrigt identiska förhållanden har stärkt tillgängligheten för fler personer, även om det som sagt fortfarande finns en restgrupp som får vänta längre än de angivna gränserna.

En ökad förståelse av mekanismerna bakom dessa resultat kan fås genom att studera implementeringen av vårdgarantin och Kömiljarden i praktiken. Figur 4.1 i indelningen till detta kapitel visar ett antal förutsättningar som bör infrias innan vårdgarantin och Kömiljarden kan förväntas ge effekter på tillgängligheten.

För det första måste landstingen ha kunskap om avtal och lagstiftning samt acceptera de målsättningar som fastställs i dessa. Lagstiftningen utgör här ett kraftfullare redskap än de tidigare avtalen om vårdgarantier. Förbättringen som skedde fram till år 2010 beror dock i hög grad också på de ekonomiska incitament som infördes från år 2009 med Kömiljarden. Även om det handlar om extrapengar utgör konkurrensen mellan landstingen en press för att uppnå resultat, i alla fall på landstingsnivå.



Den andra förutsättningen är att landstingen faktiskt förmår införa styrningsverktyg som kan påverka deras organisationer att minska väntetiderna. Detta är dels en fråga om landstingens engagemang, administrativa kapacitet och förmåga, dels en fråga om resurser och infrastruktur.

Administrativ kapacitet behövs för rensning av väntelistor, effektivisering och omorganisering. Resurser och infrastruktur är viktiga för att prioritera aktiviteter som med störst sannolikhet påverkar väntetiderna. Resurser spelar också en roll för att kunna köpa vård i andra landsting eller av privata aktörer. Administrativ kapacitet behövs för den tredje viktiga förutsättningen, nämligen att hälso- och sjukvårdsorganisationerna och vårdpersonalen arbetar för väntetidsmålsättningarna. Vårdpersonalens inställning till vårdgarantin och Kömiljarden är viktig för hur systemet fungerar i praktiken, och som vi såg ovan är empirin i detta fall inte entydig. Å ena sidan kan vårdpersonalens bevarande av den egna autonomin i medicinska prioriteringar skydda mot undanträngningseffekter, men detta kan å andra sidan skapa tröghet när det gäller patientinformation och verkställande av vårdgarantin.

Variationen mellan landstingen är relativt stor när det gäller att uppnå varaktiga resultat. Detta tyder på att det finns vissa skillnader i kapacitet och resurser som resulterar i olika implementeringsvägar i de olika landstingen. Dessa skillnader bör utforskas grundligare för att man ska kunna fastställa vad som fungerar bäst samt diskutera möjligheter till utbyte av kunskaper och erfarenheter landstingen emellan.

En annan typ av implementeringsrelaterade förutsättningar handlar om information till och kommunikation med befolkningen och patienter. Det tycks finnas ganska goda förutsättningar för generell kunskap om vårdgarantin via webbplatser, mediedebatt med mera, medan det är sämre ställt med den konkreta information som ges i mötet mellan patienter och hälso- och sjukvårdsorganisationer. Relativt många patienter ger uttryck för att de inte har fått information i situationer där väntetider utöver tidsgränserna i garantin kan förväntas. Detta kan hänga samman med att lagen är utformad som ett krav på landstingen snarare än som en patienträttighet, vilket är en begränsning när det gäller lagens främjande av patientens ställning.

När det gäller lagens utformning och implementering finns vidare frågan om negativa oavsedda effekter. Det kan exempelvis handla om undanträngningseffekter, där vissa diagnosgrupper gynnas av garantin på grund av att fokus har lagts på ett snabbt första besök, medan andra, som exempelvis behöver regelbundna återbesök eller rehabilitering, kan uppleva att väntetiderna har ökat på grund av landstingens prioritering av aktiviteter som ger snabbt tillträde. Det är emellertid svårt att påvisa sådana effekter, men vissa

tidigare undersökningar pekar på att detta kan vara ett problem. Strategisk kodning och sämre datakvalitet är andra möjliga negativa effekter, men även här är det svårt att finna annat än kvalitativa data till grund för studier och det saknas ett pålitligt underlag för att slutsatser ska kunna dras. Erfarenheterna med kodning av patientvald väntan pekar dock på att detta är en risk som måste tas på allvar. Bättre data för att följa patientens hela väg genom vården – inklusive tid till återbesök, utredning och rehabilitering – är önskvärdt för att både få ett bättre statistiskt underlag och för att minska risken för undanträngning.

Har Kömiljarden lönat sig i förhållande till insatsen? Det är svårt att säga. Aktivitetsnivån har ökat och antalet personer som får vänta längre än garanti-målen har minskat. Men det är även tydligt att det finns en grupp av patienter som man inte kommer åt på detta sätt. Det kan eventuellt krävas noggrannare undersökningar av vad som ligger bakom i de enskilda fallen. Det kan finnas flera olika orsaker som stat, landsting och hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans behöver utreda ytterligare och hitta möjliga lösningar på. Det kan vara lämpligt att överväga en differentierad vårdgaranti, på motsvarande sätt som praktiseras i andra nordiska länder. Utifrån ett medicinskt perspektiv kan vissa typer av patienter klara av – och i vissa fall gynnas av – längre väntetider än andra. Det kan till exempel diskuteras om det alltid är ändamålsenligt med snabba operativa insatser (Siciliani 2013).

Kömiljarden har emellertid också lett till att de totala utgifterna för den allmänna hälso- och sjukvården har ökat. Även om beloppet inte är stort i förhållande till de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna är det naturligtvis alltid viktigt att bedöma alternativa insatser för dessa medel och om den samlade nyttan av just denna insats är större än den skulle ha varit med alternativen. Sådana analyser tycks inte ha utförts på förhand. Detta har troligen att göra med den stora uppmärksamheten, både politiskt och i befolkningen, på väntetiderna som en enkel indikator på prestation i en mycket komplex sektor. Väntetider har i det offentligt styrda systemet kommit att få ett nästan symboliskt värde, vilket gör att det av politiska skäl kan vara ett bra val att investera i den frågan. Lyckligtvis förefaller detta också ha lett till kortare väntetider och ökad produktion, men möjligen inte utan negativa sidoeffekter, även om dessa är svårare att dokumentera.

När det gäller bedömningen av utformningen av vårdgarantin och Kömiljarden kan det vara relevant att involvera jämförelser med länder som liknar Sverige, men som har valt andra och till synes ambitiösare väntetidsgarantier. Först och främst bör nog idén om differentierade väntetider undersökas närmare. Regeringen har uttryckt sin avsikt att, liksom i Danmark,



öppna för fritt val till specialistbehandling i andra landsting från dag ett. Detta skulle formellt sett öka tillgängligheten, men man kan fråga sig om patienter som drabbats av allvarlig sjukdom är de rätta att göra sådana val. Här gäller det nog snarare att ställa stränga krav på landstingen och att eventuellt följa exemplen från Danmark och Norge, där livshotande cancer alltid betraktas som akut sjukdom och där "cancerpaket" anger den rekommenderade maximala väntetiden för alla delar av utrednings- och behandlingsförloppen, som följs upp med nationell övervakning.

I vidare perspektiv kan man säga att investeringen i minskade väntetider är ett viktigt redskap för att behålla förtroendet och därmed legitimiteten för det offentliga systemet, och därmed i sista hand välfärdsstaten. Det enkla korrelationsdiagram som visas ovan (figur 4.19) pekar på ett visst samband mellan förtroende och väntetider. Man kan därmed förmoda att även i fråga om den bredare uppbackningen av den offentliga hälso- och sjukvården gäller att bättre prestation i förhållande till väntetider också ger större legitimitet.

Man kan å andra sidan förvänta sig en konstant ökning av efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster på grund av teknikutvecklingen inom medicinen och ökade krav från en åldrande befolkning. Obegränsad tillgänglighet är därmed knappast möjlig av ekonomiska skäl. Utmaningen för framtidens politiker blir att optimera produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster och att samtidigt hitta en rimlig tillgänglighetsnivå.

4.7 REFERENSER

- Askildsen, J. E., Holmås, T.H. och Kaarboe, O.M. (2013). Norway. I Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.). *Waiting Time Policies in the Health Sector - What Works?*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Bech, M. och Christiansen, T. (2013). Denmark. I Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) (2013). *Waiting time policies in the health sector: What works?* OECD Publishing.
- EU-kommissionen (2007). *Health and long-term care in the European Union*. Special Eurobarometer 283.
- Hanning, M. (2005). *Maximum waiting-time guarantee – a remedy to long waiting lists?: Assessment of the swedish waiting-time guarantee policy 1992–1996*. Diss. Uppsala universitet. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Jansson, B., Wiren, M., Thulesius, H. (2013). *Granskning av tillgänglighetskoordinerings*. Granskningsrapport. TJP Analys och utveckling.
- Jämtlands läns landstings revisorer, (2011). *Granskning av vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting*.
- Landstinget Västmanlands revisorer (2013). *Granskning av vårdgarantin inom specialistsjukvården*.
- Levesque, J. F., Harris, M.F. och Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. OECD Health Policy Studies 12(18).
- Myndigheten för Vårdanalys (2013). *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* (PM 2013:3). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Pressman, J. L. och Wildavsky, A. B. (1984). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Berkeley: University of California Press.
- Regeringens proposition (2009/10:67). *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.
- Regeringskansliet (2008). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti*.



- Regeringskansliet (2009). *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*
- Regeringskansliet (S2010/9125/HS). *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*
- Regeringskansliet (S2011/11007/FS). *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*
- Regeringskansliet (S2012/8767/FS). *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2013.*
- Regeringskansliet (S2013/8788/FS). *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2014 (kömiljarden).*
- Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Köp av verksamhet. Kommuner, landsting och regioner 2006–2012.*
- Socialdepartementet 2010. *Fördelning av statsbidrag 2009.* Tillgänglig på www.vantetider.se/sv/veta-mer/Komiljarden/. [2013-12-10].
- Socialdepartementet 2011. *Fördelning av statsbidrag 2010.* Tillgänglig på www.vantetider.se/sv/veta-mer/Komiljarden/. [2013-12-10].
- Socialdepartementet 2012. *Fördelning av statsbidrag 2011.* Tillgänglig på www.vantetider.se/sv/veta-mer/Komiljarden/. [2013-12-10].
- Socialdepartementet 2013. *Fördelning av statsbidrag 2012.* Tillgänglig på www.vantetider.se/sv/veta-mer/Komiljarden/. [2013-12-10].
- Socialdepartementet 2014. *Fördelning av statsbidrag 2013.* Tillgänglig på www.vantetider.se/sv/veta-mer/Komiljarden/. [2014-02-26].
- Socialstyrelsen (1999). *En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012a). *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012b). *Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (Elektronisk.) *Patientregistret.* Tillgänglig på <http://www.>

- sos.se/statistik [2014-02-05].
- Socialstyrelsen (2013a). *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Patientens väg genom vården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013c). *Väntetider i cancervården – väntetider från remiss till behandling i cancervården. Delrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stockholms läns landstings revisorer (2012). *Vårdgaranti och vårdval – Hur följs effekterna för patienter med störst behov*.
- Sundhedsstyrelsen (2012). *Pakkeforløb for brystkræft*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006–2012). *Statistisk om hälso- och sjukvårdsvård samt regional utveckling*.
- Sveriges läkarförbund (2012). *Medicin med detsamma? Förslag till en rättvisare vårdgaranti*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Sveriges läkarförbund (2013). *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens bemanning*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- The Commonwealth Fund (2013). *International Health Policy Survey*
- Viberg, N., Forsberg B.C., Borowitz, M. och Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care limitations and prospects. *Health Policy* 112(1–2): 53–61.
- Winblad, U. och C. Andersson (2010). *Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård*.
- Winblad, U. och M. Hanning (2013). Sweden. I Siciliani, L. Borowitz, M. och Moran, V. (red.). *Waiting Time Policies in the Health Sector*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Winter, S. C. and Nielsen, V. L. (2008). *Implementering af politik*. København, Academia.
- Västra Götalandsregionens revisorer (2013). *Granskning av arbetet med att utveckla effektiviteten i hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen*.
- Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdottir, G. och Sahlin-Andersson, K. (1999). *Når styringsambitioner møder praksis: Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag.





Vårdanalys samlade bedömning

I detta kapitel gör Vårdanalys en samlad bedömning av hur de tre reformerna apoteksomregleringen, vårdval i primärvården samt vårdgarantin och Kömiljarden har påverkat tillgängligheten till hälso- och sjukvård för befolkning och patienter. Till grund för bedömningen ligger huvudsakligen forskarnas analyser i kapitel 2–4, men Vårdanalys har också använt andra underlag i form av vetenskapliga artiklar, rapporter samt synpunkter från expertgruppen, Vårdanalys patientråd och dialogmöten i bedömningen. Vårdanalys har valt att lyfta fram de av forskarnas slutsatser som myndigheten bedömt som särskilt betydelsefulla samt några ytterligare slutsatser baserade på de övriga underlagen. I det första avsnittet gör Vårdanalys en övergripande bedömning av påverkan på tillgänglighet för respektive reform, därefter görs en samlad bedömning av reformernas påverkan på tillgänglighet och slutligen ger Vårdanalys rekommendationer till regeringen och landstingen för fortsatt utveckling.

5.1 VÅRDANALYS BEDÖMNING AV HUR TILLGÄNGLIGHETEN HAR PÅVERKATS AV RESPEKTIVE REFORM

5.1.1 Apoteksomregleringen: Fler apotek på väg till arbetet men läkemedlet finns inte alltid

Vårdanalys samlade bedömning är att apoteksomregleringen har inneburit förbättrad tillgänglighet i form av fler apotek, längre öppettider och ökad tillgänglighet till vissa receptfria läkemedel. Sedan reformen har en mindre del av befolkningen fått närmare till ett apotek än tidigare och en stor del av befolkningen har fått fler apotek i sin närhet att välja mellan. Apotek har också öppnat på platser som många besöker i andra ärenden, exempelvis i gallerior och större köpcentra, vilket bidrar till bättre tillgänglighet. I förhållande till



befolkningsmängd har ökningen av apotek varit jämnt fördelad över landet, men huvuddelen av apoteken har öppnat i områden med en redan hög tillgänglighet till service. Apoteksföretagen har utökat sortimentet av receptfria läkemedel, egenvårdsprodukter samt kosmetika. Försäljningen av den typen av produkter kan därmed sägas ha delvis finansierat den ökade tillgängligheten till apotek.

En utmaning efter omregleringen är befolkningens möjlighet att hämta ut receptbelagda läkemedel vid första apoteksbesöket. Det stora antalet nya apotek har inneburit att apotekens genomsnittliga storlek har minskat, vilket i sin tur återspeglas i mindre lager. Detta tillsammans med systemet för månadens vara för generika tycks ha medfört att lagerhållningen har blivit mer svårhanterlig. Även restnoteringar kan vara en anledning till att kunder inte kan få sina läkemedel vid första besöket. Restnoteringarna är dock inte orsakade av omregleringen och är också vanliga i andra länder, såväl i Europa som resten av världen. Kunderna upplever också oftare än tidigare att de inte kan få sitt förskrivna läkemedel vid första apoteksbesöket. Det är ett problem som har lyfts av Vårdanalys patientråd och av patientorganisationerna på de dialogmöten som Vårdanalys har hållit i anslutning till projektet. Det behöver undersökas vidare hur vanligt det är att kunder lämnar apoteket utan att ha kunnat hämta ut sitt läkemedel och istället vänder sig till ett annat apotek i samma ärende.

En till detta nära kopplad utmaning är att öka tillgängligheten och effektivisera distribution, försäljning och rådgivning om läkemedel genom olika lösningar via internet och telefon. Det finns redan i dag tjänster för att se om ett läkemedel finns på ett visst apotek, för att köpa eller beställa läkemedel, men också för att kontinuerligt prenumerera på läkemedel. Det gör att kunden inte behöver besöka apoteket i onödan. Vårdanalys ser att sådana tjänster kan effektivisera läkemedelsförsörjningen och motverka en del av lagerproblematikens konsekvenser för kunderna. Sådana lösningar bör ha särskilt stor potential att öka tillgängligheten för individer med ett kontinuerligt läkemedelsbehov. Det är dock viktigt att den farmaceutiska kontrollen och kvaliteten i rådgivningen kan upprätthållas även med sådana lösningar. Med dagens system med fasta försäljningspriser på receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen är det inte möjligt att, som i många andra branscher, hålla lägre priser i apotekens webbhandel än i de fysiska butikerna. Detta kan vara en del av förklaringen till att befolkningens användning av dessa tjänster fortfarande är liten.

En tredje utmaning består i marknadsregleringen och det ekonomiska incitamentsystemet. Den enhetliga handelsmarginalen ger inga särskilda

incitament att etablera apotek i glesbygd. Istället lokaliseras apotek ofta nära andra apotek vilket leder till en hög apotekstäthet i vissa områden. Det är även tydligt att antalet expedieringar då farmaceuterna motsätter sig generika-utbyte (apotekskryss) har ökat kraftigt och det råder också stora skillnader mellan kedjorna i hur ofta apotekskryss används. Dessa stora skillnader kan tolkas som att tillämpningen av regelverket skiljer sig mellan apoteksaktörerna. Att ha en högre andel apotekskryss kan vara ett sätt att konkurrera om kunderna och/eller vara ett sätt att hantera små lager. Apotekskedjornas tolkning och användning av apotekskryss bör undersökas vidare.

I samband med omregleringen skärptes kraven på generiskt utbyte så att apoteken ålades att byta ut det förskrivna läkemedlet till den månadens billigaste generika på marknaden. Generikautbytet innebär stora kostnadsbesparingar för samhället, motsvarande cirka åtta miljarder kronor per år. Detta motsvarar den årliga kostnaden för att driva nästan 300 vårdcentraler (Läkemedelsverket och TLV 2013). Det finns dock anledning att vara vaksam på de risker för felanvändning av läkemedel som generikautbytet kan medföra, då det billigaste generiska läkemedlet kan variera från månad till månad. Läkemedlen kan ha olika utseende, vilket gör att användaren kanske inte alltid känner igen sitt läkemedel. Detta medför risker för att blanda ihop läkemedel.

Med försäljningen utanför apotek har tillgängligheten till vissa receptfria läkemedel ökat avsevärt. Det är viktigt att följa eventuella negativa effekter av den ökade tillgängligheten, såsom läkemedelsskador. Giftinformationcentralen uppger att antalet samtal från vården om paracetamolförgiftningar har ökat kraftigt sedan omregleringen.

Omregleringen har endast i liten utsträckning tagit fasta på hur den farmaceutiska kompetensen används mest effektivt i hälso- och sjukvården och för distribution, försäljning och rådgivning avseende läkemedel. Antalet anställda farmaceuter har ökat i hälso- och sjukvården och svensk forskning visar på positiva effekter på förskrivningen och på resultaten för läkemedelsbehandling när farmaceuter är en del av till exempel multiprofessionella vårdteam (Bondesson m.fl. 2012) och i sjukhusvård av äldre (Gillespie m.fl. 2009). I den senare studien minskade återbesöken på akuten med nästan hälften och de läkemedelsrelaterade återinläggningarna med 80 procent när det fanns farmaceuter på avdelningarna, jämfört med i kontrollgruppen. Den farmaceutiska kompetensen tillsammans med apotekens framtida roll i hälso- och sjukvården är viktiga frågor för att säkerställa en effektiv, säker, ändamålsenlig och tillgänglig läkemedelsanvändning.



5.1.2 Vårdvalet: Fler vårdcentraler och fler besök

Vårdvalet i primärvården har till stora delar uppnått de uppsatta målen med reformen. Tillkomsten av fler vårdcentraler och en ökad besöksfrekvens visar att den fysiska tillgängligheten har ökat men huvudsakligen i områden med hög grad av närhet till tätort och god tillgänglighet till övrig service. Väntetidsmätningarna inom primärvården visar också på en viss förbättring, men de påverkas troligen även av vårdgarantireformen. Den goda kännedomen om vårdvalet och befolkningens nöjdhet med att kunna välja indikerar att sökbarheten till primärvården har förbättrats. Legitimiteten för primärvården har även stärkts något då förtroendet för primärvården har uppvisat en svag men positiv utveckling.

Utvecklingen avseende nyetableringar och vårdkonsumtion varierar mellan regionerna. Det kan delvis förklaras av skillnader i vårdvalssystemens utformning. Vårdvalsreformen gav stor frihet till landstingen att utforma vårdvalssystemen efter regionala och lokala förutsättningar. Men även andra faktorer, som bemanningssituationen, har betydelse för nyetableringar och vårdkonsumtion. Skillnader i vårdkonsumtion kan vara motiverade om de baseras på skillnader i behov hos befolkningen i olika regioner, men de kan också vara ett tecken på ojämlikhet. Tillgängligheten till primärvården för olika grupper påverkas delvis av vårdvalssystemens utformning, till exempel om vårdcentralerna får en högre ersättning för listade patienter från ett område med sämre socioekonomiska förutsättningar. Det är därför viktigt att följa utvecklingen och analysera skillnader som finns både inom och mellan olika regioner och för olika grupper.

En studie som jämfört besöksutvecklingen för patientgrupper med stora vårdbehov och övrig befolkning sedan vårdvalet infördes i olika landsting visar att antalet läkarbesök ökade mer för befolkningen i allmänhet än för vårdtunga grupper. Rapporten visar också att individer med högre inkomst verkar vara mer nöjda med tillgänglighetens utveckling (Myndigheten för vårdanalys 2013). Uppföljningen av vårdvalet i Stockholm visar också att de med högre inkomster har ökat sitt vårdutnyttjande mer än de med lägre inkomster, men samtidigt har de med kortare utbildning ökat sitt vårdutnyttjande mer än de med längre utbildning (Sveréus m.fl. 2013). En studie från Skåne visar också att besöken i primärvården har ökat mer för de som kommer från familjer med en inkomst över medianinkomsten (Beckman och Anell 2013). Både studien i Stockholm och studien 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 finns dock tecken på att ökningen i tillgänglighet inte är jämnt fördelad över alla

socioekonomiska grupper men resultaten är dock tvetydliga med avseende på inkomst och utbildning.

Eftersom vi saknar data när det gäller besök i primärvården på individnivå, inte vet vad besöken specifikt avser eller vilka som besöker primärvården ofta är det svårt att följa upp vårdkonsumtionen för olika grupper och analysera om det finns undanträngningseffekter.

Även bemanningssituationen är av betydelse för tillgänglighet och kontinuitet. Bemanningsproblemen är större i glesbygd, vilket ytterligare begränsar tillgängligheten och kontinuiteten i patient-läkarkontakter i de områdena.

Det har länge funnits en tydlig utvecklingspotential för kontinuitet i den svenska primärvården. En stor andel patienter och medborgare värderar kontinuitet högt vilket framgår av flera undersökningar. Samtidigt är andelen med fast läkarkontakt lägre än i många andra länder. Svenska patienter får också mer sällan träffa en läkare som känner till deras medicinska historia jämfört med flera andra länder och den svenska primärvården hjälper mer sällan till med koordinering av vården (The Commonwealth Fund 2013). En god och kontinuerlig relation mellan patient och läkare, men även annan vårdpersonal, har i studier visat på positiva effekter för patienten.

Primärvårdens roll är bred och omfattar flera aspekter såsom grundläggande behandling, preventivt arbete och rehabilitering. Flera studier visar att en stark primärvård har en central roll i ett välfungerande hälso- och sjukvårdssystem (Janlöv m.fl. 2013, Starfield och Shi 2002, Starfield m.fl. 2005). Trots detta har det varit svårt att bygga upp en stark primärvård i Sverige och omfattningen av den svenska primärvården är mindre jämfört med i andra länder. Primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet har heller inte förändrats nämnvärt sedan införandet av vårdvalet och primärvårdens kostnadsandel av hela hälso- och sjukvården har inte ökat. Att fortsatt stärka primärvårdens roll är en viktig del i utvecklingen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

5.1.3 Vårdgarantin och Kömiljarden: Väntetiderna har minskat men en av tio väntar mer än 90 dagar

Långa väntetider har varit ett långvarigt problem i svensk hälso- och sjukvård, liksom i flertalet OECD-länder. Mer än hälften av OECD-länderna har långa väntetider för elektiva behandlingar (Siciliani 2013).

Vårdgarantier har funnits i olika former i Sverige sedan år 1992 och de har flera gånger kompletterats med särskilda statliga medel för att korta köer. Även om satsningarna har givit kortsiktiga förbättringar av kösituationen har



de haft svårt att få bestående effekt. I denna rapport har den senaste vårdgarantisatsningen följts upp, det vill säga den vårdgaranti som år 2010 infördes i hälso- och sjukvårdslagen och som sedan år 2009 understöds ekonomiskt genom Kömiljarden. Det är tydligt att både väntetiderna och antalet väntande i specialistvården har minskat. Den stora förbättringen skedde under år 2009 och 2010, därefter har väntetiderna stabiliserats men inte fortsatt att minska. Tio procent väntar fortfarande mer än 90 dagar på besök och 15 procent mer än 90 dagar på behandling i den specialiserade vården. Till skillnad från tidigare vårdgarantisatsningar har vi fortfarande inte sett några tecken på att köerna, nu några år efter införandet, är på väg att återgå till de initiala nivåerna. Att Kömiljarden fortfarande är i bruk kan spela in. Det är också möjligt att lagstadgandet av vårdgarantin har haft en mer långsiktig effekt.

Jämfört med till den mjuka styrningen genom avtal mellan staten och SKL/Landstingsförbundet som har präglat tidigare vårdgarantisatsningar innebär den lagstadgade vårdgarantin ett tydligare krav på landstingen att klara vårdgarantins tidsgränser och annars erbjuda patienten vård hos en annan vårdgivare eller i ett annat landsting. Medan tidigare satsningar har inneburit generella anslag för att korta köerna tillför Kömiljarden ekonomiska incitament för landstingen att nå väntetidsmålen. Även om resurserna från Kömiljarden är relativt små i förhållande till landstingens totala hälso- och sjukvårdskostnader verkar detta bidra till att hålla fokus på väntetidsarbetet.

Vårdgarantierna har över decennierna fått kritik för att de riskerar att gå på tvärs med medicinska prioriteringar. Kömiljardens ekonomiska incitament ställer denna fråga än mer på sin spets. Det finns vissa indikationer på att vårdgarantin och framför allt Kömiljarden ger undanträngningseffekter, men det är fortsatt svårt att belägga detta orsakssamband och bedöma omfattningen med dagens data.

Ett underliggande motiv till väntetidssatsningarna har varit att upprätthålla legitimiteten för hälso- och sjukvården. Denna rapport ger empiriskt stöd till det förväntade sambandet mellan väntetider och förtroende för hälso- och sjukvården.

Att mäta och inkludera en större del av vårdkedjan i vårdgarantin skulle minska risken för undanträngning av sådant som i dag inte ingår i vårdgarantin, exempelvis undersökningar och röntgen. Med en mer differentierad vårdgaranti kan mer och mindre brådskande behov separeras. I mer brådskande fall kan väntetiden ha stor medicinsk betydelse, medan patienter med mindre brådskande diagnoser ibland kan vänta längre utan att utfallet påverkas.

Vårdgarantin innebär att landstingen ska erbjuda patienter som inte kan få besök eller behandling inom 90 dagar vård hos en annan vårdgivare utan

extra kostnad. Många patienter har dock svårt att i praktiken använda sig av vårdgarantin. Denna rapport visar att endast en av fem patienter i Vårdanalys befolkningsundersökning uppger att de har blivit informerade när de riskerar att vänta mer än 90 dagar på besök eller behandling i specialistvården. En stor andel i Vårdanalys befolkningsundersökning uppger även att de själva inte skulle lyfta denna fråga i kontakten med hälso- och sjukvården. Att personalen informerar patienterna om vårdgarantin i enlighet med lagstiftningen är en förutsättning för att garantin ska fungera. I detta finns ett implementeringsproblem eftersom läkare har uttryckt missnöje över att den egna autonomin begränsas i vårdtillfället.

Lagstadgandet av vårdgarantin och den ökade transparensen i och med väntetidsmätningarna bidrar förvisso till att stärka patientens ställning i vården, men ur ett patientmaktsperspektiv når vårdgarantin inte sin fulla potential. En bidragande faktor är att många patienters kontakt med hälso- och sjukvården inte följer den raka väg vårdgarantin ritat upp, från första kontakt till behandling i specialistvården. Detta medför att patienter kan ha svårt att veta när vårdgarantin faktiskt gäller. Av dessa skäl är det viktigt att följa upp vilka patienter som använder sig av vårdgarantin för att resa till en annan vårdgivare. Det är också viktigt att följa hur landstingens försäljning av vård till utomlänspatienter påverkar tillgängligheten för den egna befolkningen. Regeringen har nyligen uttalat en ambition att öppna för patienter att välja vårdgivare i specialistvården från dag ett (Lagrådsremiss 2014), i likhet med vad som har varit fallet i Danmark sedan 1993 och Norge sedan 2001.

5.2 BEDÖMNING AV REFORMERNAS SAMMANTAGNA PÅVERKAN PÅ TILLGÄNGLIGHET

Apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden har haft som syfte att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård och läkemedel. I detta avsnitt gör Vårdanalys en sammanvägd bedömning av reformernas samlade påverkan på tillgänglighet. Det är viktigt att påpeka att det sällan är möjligt att isolera effekten av en omreglering helt från andra påverkande faktorer. Det är ett samspel mellan många faktorer som avgör om vården är tillgänglig för patienter och befolkning. Vårdanalys utgår i bedömningen från den modell för tillgänglighet som beskrivs i inledningen och som används i analyserna av respektive reform.



5.2.1 Reformerna har främjat den fysiska tillgängligheten för en majoritet av befolkningen, men för vissa grupper har förbättringarna varit små eller inga alls

De tre reformerna har till stor del syftat till att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård och läkemedel för hela befolkningen. Reformerna utgörs av omstruktureringar av systemen för att öka tillgängligheten och valfriheten på bred front och därmed inte av insatser för att stärka tillgängligheten till vård för särskilda grupper. Samtliga tre reformer kan något förenklat sägas ha förbättrat tillgängligheten för den breda allmänheten. Med ett ökat antal apotek och vårdcentraler har en stor andel av befolkningen fått fler apotek och vårdcentraler i sin närhet att välja mellan. En mindre andel av befolkningen har fått påtagligt minskad körtid från hemmet till närmsta vårdcentral eller apotek. Däremot kan vi konstatera att den geografiska tillgängligheten generellt sett var god redan innan reformerna.

Den fysiska tillgängligheten påverkas även av andra faktorer än geografisk närhet till apotek och vårdcentraler. Apotekens öppettider har tydligt förbättrats och fler besök utförs i primärvården, vilket är tecken på en ökad tillgänglighet. Samtidigt har väntetiderna till specialistvård minskat. Minskningen skedde de första två åren efter att Kömiljarden infördes och väntetiderna verkar nu ha stabiliserats på en lägre nivå än innan vårdgarantireformen och Kömiljarden. I dag får nio av tio patienter besök inom 90 dagar och 85 procent behandling inom ytterligare 90 dagar. För en stor del av befolkningen innebär detta att den fysiska tillgängligheten till hälso- och sjukvården har ökat.

Samtidigt finns det grupper i befolkningen som inte har fått samma förbättringar i fysiskt tillgänglighet. Boende i delar av landet med låg befolkningstäthet har inte i samma utsträckning märkt av tillgänglighetsförbättringarna som befolkningen i de mer tätbefolkade delarna av landet. De flesta nya apotek och vårdcentraler har öppnat i tätbefolkade områden som redan innan reformerna hade en god tillgänglighet. I flera landsting i norra Sverige är antalet vårdcentraler och apotek oförändrat. Med hänsyn till befolkningstäthet har dock utvecklingen av apotek varit relativt jämn över hela landet.

Besöken i primärvården har ökat, men en studie i tre landsting visar att vårdtunga grupper tycks ha fått en något mindre andel av ökningen i förhållande till befolkningen som helhet. Det finns också vissa indikationer på att det ökade vårdutnyttjandet inte är helt jämnt fördelat över alla socioekonomiska grupper.

Mycket tyder också på att det har blivit svårare att hämta ut receptbelagda läkemedel vid första försöket på apoteket. Särskilt svårt tycks det vara för de

med behov av många, dyra eller ovanliga läkemedel.

Det finns också vissa indikationer från tidigare studier på att Kömiljarden riskerar att påverka de medicinska prioriteringarna, och tränga undan grupper med ett kontinuerligt behov av hälso- och sjukvård. Vårdgarantin och Kömiljarden är åtgärder som är fokuserade på att minska väntetiden till första besök och behandling, inte till återbesök.

I hälso- och sjukvården gäller den av riksdagen beslutade behovs- och solidaritetsprincipen, det vill säga att den med störst behov ska ges företräde till vården. De tre reformer som utreds här har inte haft till syfte att påverka denna princip, utan söker snarare öka tillgängligheten i bred bemärkelse, givet att hälso- och sjukvården följer behovs- och solidaritetsprincipen. Kunskapsläget är oklart, men indikationerna på undanträngning och socioekonomiska fördelningseffekter gör att man bör vara vaksam på riskerna för en viss förskjutning av resurser bort från dem som har det största behovet av hälso- och sjukvård.

5.2.2 Reformerna har syftat till att stärka patienternas ställning, men förutsätter att individen har förmåga att utnyttja de nya möjligheterna

Samtliga tre reformer har på olika sätt syftat till att stärka befolkningens och patienternas ställning i förhållande till hälso- och sjukvården. Valfrihet att välja vårdcentral, ökad konsumentmakt gentemot apoteken samt skyldighet för landstingen att erbjuda patienterna vård hos en annan vårdgivare om väntetiderna blir för långa, är de medel som har använts för att stärka patientens ställning. Vårdanalys bedömer att reformerna har ökat patienternas inflytande och möjligheter att påverka när, var och hur vården ska ges. Fokus har därmed flyttats från hälso- och sjukvårdens organisationer och professioner till patienternas och befolkningens behov och önskemål. I apoteksomregleringen och vårdvalet, och i viss mån vårdgarantin, har marknadsmekanismer använts på olika sätt för att uppnå målen med reformerna.

Överföring av makt till patienterna och befolkningen förutsätter dock att patienterna *vill, förstår och kan* använda de nya möjligheterna. För vissa grupper, exempelvis de med omfattande vård- och omsorgsbehov, vissa typer av funktionsnedsättningar eller bristande språkkunskaper, kan det vara svårt att utnyttja möjligheterna som reformerna erbjuder. Till exempel gör personer med lång utbildning oftare ett aktivt val och söker efter mer information inför ett val av vårdcentral än personer med kortare utbildning (Myndigheten för vårdanalys 2014). Samtidigt bör det i sammanhanget påpekas att konkurrens kan ha en positiv effekt även för dem som inte gör aktiva val – även om



bara en viss andel av befolkningen gör aktiva val tvingar det apoteken och vårdcentralerna att ta hänsyn till risken att bli utkonkurrerad om servicekvaliteten är sämre än hos andra enheter i samma upptagningsområde.

Apoteksomregleringen har gjort att antalet apotek har ökat kraftigt. Därmed har möjligheten att välja apotek och genom det påverka apotekens sortiment och service ökat. Samtidigt motverkas fördelarna med att ha många apotek att välja mellan om kunden behöver besöka fler apotek för att kunna hämta ut sina läkemedel. Å andra sidan kan konkurrensen driva fram lösningar för att öka tillgängligheten, till exempel genom apotekens internet- och telefontjänster. Det är rimligt att tänka sig att grupper med ett kontinuerligt behov av läkemedel, exempelvis kroniskt sjuka, är de som apoteken helst vill knyta till sig genom olika tillgänglighetsökande lösningar.

I och med lagstadgandet av vårdgarantin tydliggjordes landstingens skyldighet att ge individen vård inom vårdgarantins gränser eller, i de fall man inte klarar detta, skyldighet att erbjuda patienten vård hos en annan vårdgivare. Befolkningens kännedom om vårdgarantin är någorlunda god, men när vårdgarantin väl blir aktuell i det enskilda fallet är det få patienter som upplever sig ha blivit informerade om möjligheterna att söka sig till andra vårdgivare utan extra kostnad. En annan faktor som försvagar effekten på patientens ställning är att vårdgarantin inte omfattar hela vårdkedjan utan endast vissa delar. Det kan göra det svårt för en patient att förstå och använda vårdgarantin i kontakten med hälso- och sjukvården. Vårdgarantin och Kömiljarden är insatser för att korta väntetiderna till första kontakt, till första besök och till behandling, och är inte fokuserade på att stärka tillgängligheten för den som behöver kontinuerlig hälso- och sjukvård.

Samtidigt som kännedomen om möjligheten att välja vårdgivare i primärvården är mycket god uppger framför allt kvinnor att bristen på information hindrar dem från att byta vårdcentral (Myndigheten för vårdanalys 2013, 2014). Den information som eftersöks varierar mellan olika grupper i befolkningen, exempelvis efterfrågar äldre personer oftare information om kontinuitet.

Det finns anledning att se över hur de grupper som har svårare att tillgodogöra sig de nya möjligheterna som dessa reformer erbjuder kan stärkas. I detta avseende är information av stor betydelse. Den öppna redovisningen av väntetider i vården och av kvalitets- och utbudsindikatorer för olika vårdcentraler har stärkt patienternas ställning i hälso- och sjukvården, både för att den ger en inblick i hur den offentligt finansierade vården presterar och för att den kan användas i valet av utförare. Det är dock viktigt att informationen når ut även utanför den mest aktiva och insatta gruppen av patienter.

Det viktigt att påpeka att överföringen av makt till patienter bör ske med

hänsyn till vad patienterna själva vill bestämma över. Det finns grupper för vilka kontinuiteten är viktigare än för merparten av patienterna och för vilka kontinuiteten ofta brister. Dit hör till exempel multisjuka äldre, personer med missbruksproblem eller personer med svår psykisk sjukdom. Kontinuitet skattas dock generellt högt av alla patienter; 90 procent av de som har besvarat den nationella patientenkäten anger att det är viktigt.

Utformningen av valfrihetssystemen i framför allt primärvården gör att det i stor utsträckning är marknadsmekanismerna (efterfrågan från befolkningen) som ska säkerställa att behov av kontinuitet tillgodoses. Det är dock angeläget både för dessa individer och för samhället att regelverket och ersättningssystemen anpassas så de främjar samordning och kontinuitet. Det finns också studier som visar att medicinsk kvalitet inte är en aspekt som allmänheten främst kan eller vill basera sina val av utförare i primärvården på (Myndigheten för vårdanalys 2013). Allmänhetens val av vårdcentral kan tänkas främst bero på tillgänglighet och bemötande, varför landstingen måste fortsätta att kontinuerligt följa upp och säkra verksamhetens samlade kvalitet (Myndigheten för vårdanalys 2013). Detta indikerar att det offentliga även fortsättningsvis måste agera som en ställföreträdande konsument avseende vissa kvalitetsdimensioner och för dem som av olika anledningar har svårare att företräda sig själva i vården.

5.2.3 Reformerna har ännu inte lett till genomgripande innovationer eller nya sätt att organisera vården

En tanke bakom både vårdvalet och apoteksomregleringen var att valfrihet och konkurrensutsättning skulle stimulera nytänkande och kostnadseffektiva lösningar. En mångfald av aktörer borde i teorin leda till en större dynamik och fler innovationer. Även vårdgarantin och Kömiljarden ska stimulera till nytänkande: genom prestationsbaserade incitament ska landstingen förmås finna lösningar på de långa vårdköer som funnits i årtionden. Hittills har vi dock sett få tillgänglighetsökande innovationer med stor spridning. Reformerna infördes relativt nyligen vilket medför att det kan ta ett tag innan vi ser större innovationseffekter av regelförändringarna.

Bristen på innovation har flera tänkbara förklaringar förutom tillväxningstiden: apoteksomregleringens fokus på fysiska apotek kan ha saktat ned utvecklingen av internetbaserade tjänster och distanshandel, utformningen av vårdvalssystemen i primärvården riskerar hålla tillbaka innovationer och vårdgarantin och Kömiljardens fokus på delar i vårdkedjan främjar inte nödvändigtvis helhetslösningar för ökad tillgänglighet.



Det är självfallet omöjligt att räkna upp vilka nya tjänster och organisationer som *inte* har kommit till stånd, men i förhållande till den övriga samhällsutvecklingen är frånvaron av väletablerade och spridda webblösningar – till exempel online-bokning av besök i primärvården och internetservice för beställning av läkemedel – anmärkningsvärd. Trots att sådana funktioner finns har de inte nått ut brett i någon större utsträckning. Att hälso- och sjukvården inte har kunnat utnyttja potentialen i den tekniska utvecklingen för att öka tillgängligheten beror rimligen även på faktorer som ligger utanför dessa reformer, till exempel en splittrad IT-struktur.

Enligt Vårdanalys bedömning borde det även finnas potential för organisatoriska innovationer, exempelvis utveckling av rollerna för olika delar i hälso- och sjukvårdssystemet, för att bättre möta patienternas behov och göra systemet mer effektivt. I primärvården är nya mottagningsformer, specialisering mot särskilda grupper och en utvecklad koordinerande roll möjliga utvecklingsområden. Så har också skett på vissa håll, om än i begränsad utsträckning. Här förefaller det dock som om landstingens utformning av vårdvalssystemen inte främjar innovationer i någon större utsträckning, snarare är beställningen ofta utformad efter hur egenregiverksamheten har varit organiserad tidigare. Samtidigt uppger en majoritet av landstingens vårdvalssamordnare i en enkät från Vårdanalys att det i viss utsträckning skapats nya tjänster och nya sätt att komma i kontakt med vården samt att vårdvalet bidragit till detta.

Att köerna har minskat i specialistvården utan omfattande resurstillskott kan tyda på att Kömiljarden, vårdgarantin och de öppna väntetidsmätningarna har stimulerat tillgänglighetsarbetet i specialistvården. Det återstår dock att se vad som är kortsiktiga insatser och vad som får bestående effekt.

Även inom distribution, försäljning och rådgivning om läkemedel finns utrymme för innovation. Ett antal exempel på nya lösningar för ökad tillgänglighet finns redan i bruk och andra håller på att utvecklas. Det finns också utrymme för organisatoriska innovationer. Det finns exempelvis indikationer på att farmaceuternas kompetens inte utnyttjas optimalt för rådgivning om läkemedel.

Det kan krävas en längre tillväjningsperiod till de nya förutsättningarna för att betydelsen av det organisatoriska arvet ska minska och skapa utrymme mer genomgripande innovationer. Avsaknaden av innovationer kan också bero på att patienter och befolkningen inte efterfrågar och använder nya lösningar samt att beställarna inte efterfrågar och finansierar innovationer. Innovationsfrågan förtjänar dock att studeras mer systematiskt och ingående för varje reform.

5.2.4 Ekonomiska incitament är kraftfulla styrverktyg men ökar risken för negativa sideeffekter

Gemensamt för de tre reformerna är att de har skapat starkare ekonomiska incitament på offentligt konstruerade och, i varierande grad, offentligt finansierade marknader. Kömiljarden är en prestationsbaserad ersättning som ska driva landstingens väntetidsarbete framåt, medan apoteksomregleringen innebär att en rad aktörer ska konkurrera om kunderna på en marknad med fasta priser för receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen. I vårdvalssystemen ska vårdcentraler konkurrera med kvalitet och tillgänglighet om patienterna och den ersättning som följer med dem. Med denna typ av styrning blir utformningen av de ekonomiska incitamenten en nyckelfråga – styr incitamenten i rätt riktning?

Det är tydligt att de ekonomiska incitamenten har bidragit till en högre tillgänglighet – framför allt har den fysiska tillgängligheten ökat. Konkurrensen och de friare etableringsreglerna för apotek och vårdcentraler har gjort att antalet apotek och vårdcentraler har ökat samt att öppettiderna har utökats. Patienternas omdömen om vårdcentralernas tillgänglighet och väntetider är också bättre i de områden där konkurrensen är hög.

Kömiljarden har bidragit till att minska antalet väntande på besök och behandling i specialistsjukvården, vilket tidigare vårdgarantier och statliga bidrag inte lyckats med (Winblad och Hanning 2013). En nyligen genomförd jämförelse mellan ett antal OECD-länders policyinstrument för att korta väntetider visar att utökad finansiering till utförare för att de ska korta köer inte får bestående resultat. Istället är det konkurrens, prestationsbaserade ersättningar samt vårdgarantier och prioritering av elektiva behandlingar som nu används i större utsträckning (Siciliani 2013).

I alla de tre reformerna har de ekonomiska incitamenten bidragit till ökad tillgänglighet och måluppfyllelse för reformerna. Det finns dock en risk för att externa incitament som ersättningssystem konkurrerar ut interna incitament som yrkesstolthet (Deci m.fl. 1999). Därför finns det goda skäl att noga analysera förutsättningarna vid användning av prestationsbaserade ersättningssystem i hälso- och sjukvården.

Med Kömiljarden fanns i ett tidigt skede i flera landsting en mycket omfattande och högst tveksam registrering av så kallad patientvald väntan, samtidigt som det finns vissa indikationer på en oönskad förskjutning i prioriteringar, så kallade undanträngningseffekter. I den praktiska utformningen av vårdvalet i landstingen krävs avvägningar kring hur vårdcentralerna ska ersättas - med fast, rörlig, målrelaterad ersättning eller med kombinationer av dessa. Den faktiska tillämpningen visar också



att det finns stora variationer mellan landstingen. Stockholms läns landsting utmärker sig med en större andel rörlig ersättning. Ett flertal landsting har istället en ersättning som inte innehåller någon rörlig del alls. Det finns en risk att ersättningsystemen medför negativa sidoeffekter, exempelvis i form av ovilja bland vårdcentralerna att ta sig an mer än ett problem per besök i system med en hög besöksersättning eller att undvika besök om ersättningen är fast.

Med ett ökat antal apotek blir kundunderlaget mindre för varje enskilt apotek, vilket riskerar att leda till sämre lagerhållning. Den enhetliga handelsmarginalen på receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen kan också innebära att incitamenten att öppna och driva apotek i glesbygd och att driva webbhandel blir svagare än önskvärt ur tillgänglighetssynpunkt. Det kan också finnas incitament för apoteken att under vissa förutsättningar använda sig av apotekskryss för att undvika generikautbyte.

Alla tre reformer har förändrats över åren för att möta risker och problem. Kömiljardens utformning har uppdaterats för att hantera risker för både strategisk kodning och undanträngningseffekter. Ett särskilt statsstöd för apotek i glesbygd har införts. I vårdvalet har flera landsting justerat ersättningsmodellerna. Det är dock svårt att utforma ekonomiska incitament mot bakgrund av de ofta komplexa uppdragen i hälso- och sjukvården. För att få ut maximal effekt av denna typ av styrning krävs en god beredskap att ta sig an risken för negativa sidoeffekter. För att säkerställa att de ekonomiska styrmodellerna styr mot önskvärda resultat och för att minska riskerna för negativa sidoeffekter bör effekterna följas noga och vissa åtgärder vidtas. Vi återkommer till möjliga åtgärder i avsnitt 5.3, Vårdanalys rekommendationer.

5.2.5 Kunskapen om tillgänglighet har förbättrats, men uppföljningsmöjligheterna behöver stärkas

En positiv effekt av dessa tre reformer är att de har förbättrat kunskapsläget kring en av svensk hälso- och sjukvårds största utmaningar – tillgängligheten. De har drivit på arbetet med väntetidsmätningar och mätningar av befolkningens och patienters uppfattning om bland annat kvaliteten i primärvården. Därmed har de också bidragit till att det är lättare både för beslutsfattare och för patienter att bedöma hur väl olika delar av hälso- och sjukvården fungerar. Flera myndigheter har också uppföljnings- och utvärderingsuppdrag från regeringen. Deras rapporter och ytterligare forskning har genererat kunskap om bland annat valmöjligheter avseende vårdcentraler, geografisk tillgänglighet till apotek och undanträngningsrisker med vårdgarantin. Ett genomgående

problem är dock att utan en tydlig kartläggning av läget innan reformerna är det svårt att uttala sig om dess effekter. Detta gjordes inte vid genomförandet av dessa tre reformer, vilket påverkar Vårdanalys möjligheter att ge tydliga svar på hur reformerna har påverkat tillgängligheten. Avsaknad av information från innan reformernas genomförande är delvis möjligt att kompensera för, exempelvis genom tillbakablickande frågor till berörda aktörer. Detta kan dock inte göras med annat än att det innebär en stor metodologisk osäkerhet.

Det saknas fortfarande data på flera viktiga områden exempelvis avseende primärvårdens prestationer och kvalitet (inklusive för privata vårdgivare), bemanning hos vårdgivarna generellt, graden av direktexpedieringar och uppfyllelse av 24-timmarsregeln på apotek. Det gör att vissa aspekter av reformerna inte alls kan studeras och att resultaten i de studier som man kan genomföra blir osäkra.

Väntetidsmätningarna ger en övergripande bild av väntetidsutvecklingen, men registreringen sker inte på individnivå i specialistvården och det finns ingen information om vilka eller hur många patienter som använder möjligheten att få vård hos en annan vårdgivare eller i ett annat landsting om vårdgarantins tidsgränser inte kan hållas. Det gör det svårt att göra analyser av skillnader mellan olika grupper, av undanträngning och av hur väntetiderna påverkar utfallet av vården, till exempel avseende dödlighet eller återgång i arbete. Mätningarna av väntetider har också avsett vissa delar av vårdkedjan, som tiden till en operation, men inte inkluderat tiden till en undersökning eller tiden mellan undersökning och beslut om åtgärd. Ur ett patientperspektiv är tiden för alla moment i vårdkedjan av betydelse för upplevelsen av den samlade vårdprocessen och uppföljningen bör omfatta hela vårdprocessen. En modell för det har nyligen tagits fram av Socialstyrelsen (2013) och bygger på att väntetider bör vara en del av Patientregistret.

5.3 VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

5.3.1 Överväg en differentierad vårdgaranti utifrån behov och att låta vårdgarantin omfatta en större del av vårdkedjan

För att minska risken för undanträngning bör *regeringen* överväga en differentiering av vårdgarantin utifrån behovsprincipen på motsvarande sätt som finns i andra skandinaviska länder, där brådskande diagnoser har en mer ambitiös vårdgaranti än mindre brådskande diagnoser. Vårdgarantin bör också ha som målsättning att omfatta hela vårdkedjan, från undersökning, utredning och röntgen till rehabilitering och uppföljning. Avsikten bör vara



att göra vårdgarantin enklare att ta till sig ur ett patientperspektiv, men också att minska risken för undanträngningseffekter. Att landstingen nu rapporterar in faktiska väntetider och väntetider till återbesök och att Socialstyrelsen har tagit fram en modell för uppföljning av väntetider inom cancervården, som myndigheten har föreslagit ska vidareutvecklas för andra delar av vården, stödjer en sådan ambitionshöjning när det gäller omfattningen av vårdgarantin.

Tillämpningen av vårdgarantin skulle också stärkas av en mer systematisk och patientanpassad information, framför allt i situationer då vårdgarantin blir aktuell för den enskilde patienten. Vidare är det angeläget att *landstingen* säkerställer, enligt 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), att alla patienter får rätt information om vårdgarantin vid rätt tillfälle, vilket annars riskerar att förstärka skillnader mellan olika grupper i befolkningen.

5.3.2 Följ upp och undersök förutsättningarna på apoteksmarknaden

Vid apoteksomregleringen var antalet fysiska apotek i fokus och omregleringen har resulterat i att antalet apotek har ökat kraftigt och till att öppettiderna har förbättrats. Lokaliseringen av apoteken verkar också ha blivit bättre, men antalet apotek är i det närmaste oförändrat i glesbygd. Det finns också starka indikationer på att det har blivit svårare att hämta ut receptbelagda läkemedel vid första besöket på apoteket.

Apoteksföretagen har själva vidtagit en del åtgärder som en överenskommelse om att hjälpa kunden vidare till ett annat apotek om inte läkemedlet finns, en kommande informationstjänst om var läkemedlet finns i lager via fass.se, prenumerationstjänster samt en gemensam lagersaldotjänst för att kunna hänvisa kunder vidare. Den senare har diskuterats om den kan störa konkurrensen på marknaden.

Det kvarstår dock frågor om marknaden effektivt hanterar tillgängligheten till ovanliga eller dyra läkemedel samt tillgängligheten för boende i glesbygd och för individer som har svårt att använda webbaserade tjänster. Vidare finns det indikationer på att apoteksmarknaden inte utvecklas lika snabbt som är önskvärt vad gäller framför allt tekniska lösningar, nya tjänster och effektiva former för att utnyttja farmaceuternas unika kompetens om läkemedel.

Regeringen bör därför följa upp och undersöka om det föreligger hinder på apoteksmarknaden för att utveckla och sprida nya lösningar för tillgänglighet som möter befolkningens, patienternas och samhällets behov. Nya lösningar för ökad tillgänglighet bör beakta säkerheten

i receptexpeditionen och läkemedelsrådgivningen och det är viktigt att det följs upp att så sker. Det har nu gått fem år efter omregleringen och det finns skäl att överväga att utveckla den valda modellen för ersättning av apotekstjänster och regleringen av marknaden. Ytterligare en angelägen fråga är hur farmaceuters kunskap om läkemedel kan nyttjas på bästa sätt för en säker, effektiv och ändamålsenlig läkemedelsanvändning.

5.3.3 Möjliggör ansvarstagande för kontinuitet och koordinering, särskilt för personer med omfattande eller särskilda behov

Kontinuitet och koordinering är två stora svagheter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet trots kraven i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Enligt 5 § i hälso- och sjukvårdslagen är det landstingens skyldighet att organisera primärvården så att alla kan få välja en utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Det är också verksamhetschefens skyldighet, enligt 29 a § i hälso- och sjukvårdslagen, att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Det är också verksamhetschefen som ska utse en fast vårdkontakt om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov eller om patienten begär det. För vissa grupper är kontinuitet och samordning av vården särskilt viktigt och det är ofta just de som upplever att detta saknas. Dit hör till exempel multisjuka äldre, personer med missbruksproblem och personer med svår psykisk sjukdom. Andelen som tycker att primärvården hjälper till att koordinera vården från andra vårdgivare och som anser att den läkare eller motsvarande som man vanligtvis träffar känner till viktig information om ens medicinska historia är lägre i Sverige än i många andra länder. Andelen med fast läkarkontakt är också lägre i Sverige i jämförelse med många andra länder.

För en stor del av befolkningen och patienterna är primärvården den primära vårdkontakten. Primärvården är därmed oftast bäst lämpad att ansvara för koordinering och kontinuitet. Men för en stor andel av patienter med omfattande och särskilda behov är den primära vårdkontakten inte primärvården. I de fall det är lämpligt och patienten själv önskar det bör ansvaret för koordinering och kontinuitet ligga där patienten har sin primära vårdkontakt, exempelvis hos en specialistmottagning.

Landstingen bör tydliggöra ansvaret för kontinuitet och koordinering i vården samt ge mandat och verktyg till den som har ansvaret, oavsett om ansvaret är i primärvården eller i andra delar av hälso- och sjukvården. Detta gäller särskilt för patienter med omfattande eller särskilda behov. Arbetet



omfattar bland annat att tydliggöra och vidareutveckla de mandat och verktyg som vårdgivare behöver för att tillsammans med patienter och närstående axla rollen som koordinator av vården. Det omfattar även att, i enlighet med lagen, fortsatt främja utvecklingen för att patienter som vill eller har behov av fast vårdkontakt får en sådan i primärvården, men också i andra delar av hälso- och sjukvården. Landstingen bör också noga följa upp och utveckla sina styr- och ersättningssystem så att svagare grupper eller de med stora vårdbehov får sina behov av kontinuitet och koordinering i hälso- och sjukvården tillgodosedda på ett bättre sätt.

5.3.4 Utveckla data på särskilt prioriterade områden

Regeringen bör ta ansvar för och säkra uppföljningsmöjligheterna på flera områden som är centrala för hälso- och sjukvården. 1) Det är nödvändigt att utveckla registerdata avseende prestationer och kvalitet i primärvården (inklusive privata vårdgivare). 2) Statistiken över vårdgivarnas bemanningssituation behöver förbättras. 3) Det är viktigt att utveckla mätningar av den reella tillgängligheten till läkemedel. I dag saknas exempelvis uppgifter om hur stor andel av kunderna som lämnar apoteket utan att vare sig ha fått ut sina läkemedel eller beställt dem för att komma och hämta dem senare. 4) Tillgång till och inflytande över kontinuerliga undersökningsdata om patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården och apoteken behöver säkerställas. 5) Likaså bör tillgången till väntetidsdata som används för beslut om fördelning av statliga medel, uppföljning och tillsyn säkras, men också utvecklas så att den blir individ- och ärendebaserad. 6) Slutligen bör det, redan under lagstiftningsprocessen eller i samband med att reformer beslutas, säkerställas att det finns en plan för hur reformerna ska utvärderas samt att det finns jämförelsedata från tidpunkten innan reformens genomförande.

5.3.5 Undanröj hinder för innovativa lösningar för ökad tillgänglighet

Landstingen och regeringen bör arbeta kontinuerligt för att undanröja hinder för befolkningens och patienters delaktighet i sin egen hälso- och sjukvård, men också efterfråga och finansiera innovationer i större utsträckning. De tre utvärderade reformerna har fokuserat på vissa dimensioner av tillgänglighet där det har funnits stora utmaningar. Det finns även andra dimensioner som i mindre utsträckning har adresserats, men som är av avgörande betydelse för om hälso- och sjukvården är tillgänglig och främjar hälsa i befolkningen på ett resurseffektivt sätt.

Hälso- och sjukvårdens förmåga att låta patienter vara delaktiga i sin egen vård och behandling är en sådan central dimension. Befolkningens förväntningar och förutsättningar att delta i vården förändras i takt med den övriga tekniska utvecklingen i samhället, vilket kräver att hälso- och sjukvården hela tiden utvecklas och anpassas. En tillgänglighetsökande lösning kan snabbt bli obsolet.

Det finns belägg för att patientcentrerad hälso- och sjukvård ger bättre hälsoresultat och nöjdare patienter samt att det gör att patienterna i högre grad följer ordinerade behandlingar (Myndigheten för vårdanalys 2012). Med ökad delaktighet kan också hälso- och sjukvårdens resurser användas mer effektivt. Särskilt i vården av kroniska sjukdomar finns stora möjligheter i att hälso- och sjukvården och patienterna tillsammans monitorerar och utvärderar sjukdomens utveckling. Om patienterna och hälso- och sjukvården tillsammans använder tekniska hjälpmedel och kommunikationsteknik kan patientens hälsa kontrolleras kontinuerligt utan onödiga besök, vilket gagnar såväl patienten som hälso- och sjukvården. På så vis blir hälso- och sjukvården mer tillgänglig samtidigt som patienten utför en del av arbetet vilket i sin tur gör att besök och åtgärder kan riktas mot de patienter som mest behöver dem. Det finns flera exempel på ett sådant arbetssätt, exempelvis inom vården av reumatologiska sjukdomar, HIV och diabetes. Denna utveckling bör stödjas genom att staten och landstingen kontinuerligt undanröjer tekniska och organisatoriska hinder för tillgänglighet och delaktighet. Landstingen bör också efterfråga och finansiera innovativa lösningar för delaktighet och tillgänglighet i sin roll som beställare.

5.5 REFERENSER

- Beckman, A. och 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 Services Research*, 13, s. 452.
- Bondesson, A., Holmdahl, L., Midlov, P., Hoglund, P., Andersson, E. och Eriksson, T. (2012). Acceptance and importance of clinical pharmacists' L IMM-based recommendations. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 34(2), s. 272–6.
- Deci, E.L., Koestner, R. och Ryan, R.M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), s. 627–68; discussion 692–700.
- Gillespie, U., Alassaad, A., Henrohn, D., Garmo, H., Hammarlund-Udenaes,



- M., Toss, H., Kettis-Lindblad, A., Melhus, H. och Morlin, C. (2009). A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(9), s. 894–900.
- Janlöv, N., Anell, A. och Lyttkens, C. (2013). Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i sjukvården? *Ekonomisk Debatt*, nr 8 2013 årgång 41. Regeringskansliet (2014). *Patientlag*. Lagrådsremiss.
- Levesque, J.F., Harris, M.F. och Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Läkemedelsverket och Tandvårds och läkemedelsförmånsverket (2013). *För farmaceuter. Ett tryggt byte på apotek – likvärdigt läkemedel till lägre pris. Kunskapsunderlag om det generiska utbytet för farmaceuter på apotek*.
- Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring* (Rapport 2012:5). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården* (Rapport 2013:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2014). *Vem vill veta vad för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation* (Rapport 2013:4). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) (2013). *Waiting time policies in the health sector: What works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Socialstyrelsen (2013). *Patientens väg genom vården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starfield, B. och Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), s. 201–18.
- Starfield, B., Shi, L. och Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), s. 457–502.
- Sveréus, S., Brorsson, H., Dahlgren, C. och Rehnberg, C. (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*. Del 4: Jämlikhet, Stockholms läns landsting/Karolinska Institutet.
- The Commonwealth Fund (2013). *International Health Policy Survey*.
- Winblad, U. och M. Hanning (2013). Sweden. I Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) *Waiting time policies in the health sector*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.



BILAGA 1 ANALYSMODELL

Nedan följer en mer utförlig beskrivning av analysmodellen för tillgänglighet till hälso- och sjukvård som rapporten bygger på. Modellen utgår från den konceptualisering av begreppet tillgänglighet som Levesque m.fl. (2013) föreslår i en aktuell översikt över den vetenskapliga litteraturen på området.

Levesque m.fl. (2013) relaterar tillgänglighet till hälso- och sjukvård till:

1. befolkningens behov och förutsättningar (efterfrågan)
2. hälso- och sjukvårdens organisation och uppbyggnad (utbud)
3. samspelet dem emellan.

Figur A.1 illustrerar den översättning och bearbetning Vårdanalys har gjort av den analysmodell Levesque, Harris m.fl. (2013) föreslår. Mot bakgrund av att de tre reformerna har varit riktade mot vissa aspekter av tillgänglighet är framställningen gjord med vissa förenklingar. De aktuella reformerna har inte direkt haft som mål att påverka de dimensioner som gäller befolkningens behov och förutsättningar att ta del av den tillgänglighet som systemet erbjuder. Men befolkningens behov och förutsättningar är ändå centrala för att analysera de samlade *effekterna* på tillgänglighet för patienter och befolkning. Som ett exempel kan nämnas att effekten av skriftlig vårdvalsinformation påverkas av om patienten har kognitiva funktionsnedsättningar eller inte talar svenska.

Vi utgår därför från fem huvudsakliga dimensioner av tillgänglighet som rör hälso- och sjukvårdens (i figuren: "systemets") egenskaper. I kapitlen om

respektive reform analyseras inte nödvändigtvis alla aspekter – exempelvis berörs kostnadsdimensionen endast mycket översiktligt i kapitlet om vårdgarantin, mot bakgrund av att denna reform har mycket liten påverkan på den enskildes kostnader.

Figur A.1. Analysmodell för tillgänglighet, fritt efter Levesque m.fl. 2013.



Källa: Levesque m.fl. 2013. Vårdanalys har översatt och bearbetat modellen. Vårdanalys ansvarar för den bearbetade versionen.

Kunskap och information

Den första dimensionen av tillgänglighet rör hur enkelt det är att förstå hur hälso- och sjukvården är organiserad och var man ska vända sig med sina behov. Dimensionen omfattar om befolkningen har förutsättningar att bedöma sina vårdbehov och identifiera vart inom hälso- och sjukvårdsorganisationen man ska vända sig. En analys av denna dimension kan röra:

- hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa information och kommunikationsinsatser till befolkning och patienters behov
- hälso- och sjukvårdens informationskanaler och förmåga att nå ut till befolkningen

- befolkningens kunskap och kännedom om hälso- och sjukvården, läkemedel och hälsa.

Kunskap och kännedom om hälso- och sjukvård och hälsa behövs för att bedöma potentiella vårdbehov. För att hitta rätt i hälso- och sjukvården krävs att den är transparent och har fungerande informationskanaler.

Förtroende och legitimitet

Den andra dimensionen av tillgänglighet tar sikte på hälso- och sjukvårdens legitimitet och befolkningens förtroende för systemet. Finns det exempelvis sociala eller kulturella faktorer som hindrar människor från att söka vård? En analys av denna dimension kan röra:

- befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården
- befolkningens möjligheter och kapacitet att söka vård
- hälso- och sjukvårdens förmåga att möta grupper med olika kulturella och socioekonomiska förutsättningar.

För att söka vård måste befolkning och patienter lita på att hälso- och sjukvården kan möta ens behov. Detta ställer krav på hälso- och sjukvården att uppfattas som legitim, men även på förmåga att möta människor och grupper med olika förutsättningar.

Fysisk tillgänglighet

Den tredje dimensionen av tillgänglighet handlar om att fysiskt kunna nå hälso- och sjukvården. Denna dimension är det som vanligtvis förknippas med "tillgänglighet". Dimensionen omfattar om befolkning och patienter har förutsättningar att kontakta och besöka hälso- och sjukvården eller nå ett apotek på ett enkelt sätt inom rimlig tid. En analys av denna dimension kan röra:

- geografisk närhet och transportmöjligheter
- telefontider
- lokalernas utformning
- öppettider
- besöksmekanismer
- väntetider
- produktion/kapacitet.

Telefontider, öppettider och hälso- och sjukvårdens geografiska tillgänglighet

är centrala för att över huvud taget komma i kontakt med vården. För besökstillgängligheten är även mekanismerna för att få ett besök, eventuella väntetider, sektorns produktivitet samt, lokalernas utformning viktigt.

Kostnader

Den fjärde dimensionen av tillgänglighet omfattar de kostnader som är förenade med att få hälso- och sjukvård och läkemedel. En analys av denna dimension kan röra:

- avgifter och priser
- indirekta kostnader
- alternativkostnader.

Direkta kostnader i form av avgifter och priser påverkar naturligtvis tillgängligheten, men även indirekta kostnader som resekostnader kan vara betydelsefulla. Alternativkostnaden för att besöka hälso- och sjukvården i stället för att lönearbete kan också påverka.

Ändamålsenlighet

Den femte dimensionen av tillgänglighet avser om hälso- och sjukvården kan möta befolkningens behov på ett funktionellt sätt. Får man adekvat vård och rådgivning av tillfredsställande kvalitet? Om det för vissa grupper är enkelt att ta del av all hälso- och sjukvård, medan andra grupper endast har reell möjlighet att nyttja tjänster av låg kvalitet finns i praktiken en skillnad i tillgänglighet. Även ändamålsenlighet och anpassning av tjänsterna i förhållande till vårdbehov är enligt samma resonemang av betydelse. Avslutningsvis inkluderas här, även patientens ställning och förmåga att interagera med hälso- och sjukvården utifrån de egna behoven. En analys av denna dimension kan röra:

- anpassning och ändamålsenlighet
- kvalitet, kompetens och kontinuitet
- patientmakt.

BILAGA 2 EXPERTGRUPP OCH DIALOGMÖTESDELTAGARE

Expertgrupp

En expertgrupp har varit knuten till projektet. Den har bistått både Vårdanalys projektgrupp och forskarna med värdefulla inspel och synpunkter. I gruppen har följande personer ingått:

Stefan Jönsson, Konkurrensverket
 Anders Anell, Lunds universitet
 Stefan Ackerby, SKL
 Agneta Rönn, SKL
 Pontus Johansson, Socialdepartementet
 Marianne Hanning, Socialstyrelsen
 Maarten Sengers, Socialstyrelsen
 Thomas Ringbom, Statskontoret
 Jonas Björnerstedt, TLV
 Kristin Wisell, Uppsala universitet

Dialogmöten

Den 23 januari 2014 arrangerade Vårdanalys två dialogmöten för att hämta in synpunkter från en bredare sfär av patient-, brukar- och pensionärorganisationer, branschsammanlutningar, fackförbund, landstingsrepresentanter och berörda myndigheter. Följande personer deltog:

Dialogmöte 1: Ann-Charlotte Grönblad (Reumatikerförbundet), Ann-Sofie Söderberg (Anhörigas riksförbund), Birgitta Lindskog Boklund (Mag- och tarmförbundet), Birgitta Odelstierna (Anhörigas Riksförbund), Calle Waller (Prostataförbundet), Elisabeth Wallenius (Riksförbundet Sällsynta Diagnoser), Eva Sahlin (SPF), Eva-Maria Dufva (Astma- och allergiförbundet), Evy Eriksson (SKPF), Gerd Winoy Mowitz (Mag- och tarmförbundet), Gösta Bucht (SPF), Karin Jeppsson (Riksförbundet HjärtLung), Kristina Söderlund (Reumatikerförbundet), Lars Berge Kleber (HSO), Lillemor Fernström (Svenska Diabetesförbundet), Mailis Lundgren (Anhörigas Riksförbund), Malin Grände (Riksförbundet Sällsynta Diagnoser), Monica Bäckman (SKPF), Monika Titor (Demensförbundet), Stina-Clara Hjulström (Demensförbundet), Sven Andréason, (STROKE-Riksförbundet), Ulf Brändström (Astma- och allergiförbundet).

Dialogmöte 2: Anders Rånlund (Riksrevisionen), Ann-Britt Bern (Konkurrensverket), Annika Babra (Läkemedelsverket), Carina Jansson (Unionen), Carl Magnus Berglund (Konsumentverket), Dimitris Ioannidis (Riksrevisionen), Eric Wahlberg (Vårdföretagarna/Praktikertjänst), Hannele Kangas (Vårdförbundet), Harald Grönquist (SKL), Heidi Stensmyren (Läkarförbundet), Henrik G Ehrenberg (Sveriges Apoteksförening), Inger Erlandsson (TLV), Inger Näsman (LIF), Jan Cedervärn (Tillväxtanalys), Johan Wallér (Sveriges Apoteksförening), Karin Liljeblad (Vårdföretagarna), Kristina Niemi (Sveriges Farmaceuter), Liz Silke (Kommunal), Marianne Hanning (Socialstyrelsen), Marina Skarbövik (SLL), Svante Petterson (Sveriges läkarförbund), Thony Björk (Sveriges Farmaceuter), Tove Gemzell (IVO), Åsa Andersson (Svensk sjuksköterskeförening).

BILAGA 3: FRÅGEFORMULÄR FÖR VÅRDANALYS PATIENT- OCH BEFOLKNINGSUNDERSÖKNING

Frågeformulär:

1. Känner du till apoteksomregleringen som genomfördes 2009?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

Apoteksomregleringen genomfördes 2009 och innebar att Apoteket ABs monopol på apoteksmarknaden togs bort och andra aktörer fick öppna apotek. Det innebar också att vissa receptfria läkemedel fick börja säljas på andra platser än apotek.

Nu följer några frågor om vilka förändringar apoteksomregleringen har lett till.

2. Hur anser du att följande områden förändrats efter apoteksomregleringen (2009)?

- a) Avstånd till närmaste apotek
- b) Apotekens öppettider (tider och dagar)
- c) Apotekspersonalens rådgivning om läkemedel och dess användning
- d) Apotekspersonalens bemötande
- e) Apotekens förmåga att vid första apoteksbesöket försörja dig med ditt förskrivna läkemedel
- f) Priser på receptbelagda läkemedel
- g) Priser på receptfria läkemedel
- h) Priser på de övriga apoteksvarorna (t ex produkter för sårvård, fotvård, hårvård etc, frågan avser dock INTE kosmetiska produkter)

Svarsalternativ:

- 1) Blivit mycket bättre
- 2) Blivit bättre
- 3) Blivit varken bättre eller sämre
- 4) Blivit sämre
- 5) Blivit mycket sämre
- 6) Tveksam/vet ej

Nu följer några frågor som handlar om dina inköp av receptbelagda läkemedel.

3. Har du under det senaste året hämtat ut receptbelagda läkemedel på apotek?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Osäker/vet ej

Om Nej eller Osäker/vet ej på fråga 3: gå till fråga 12

4. Hur stort behov har du av att i förväg veta om ditt receptbelagda läkemedel finns vid ett visst apotek?

- 1) Inget alls
- 2) Litet
- 3) Varken litet eller stort
- 4) Ganska stort
- 5) Mycket stort
- 6) Vet ej

5. Vet du var du i förväg kan hitta information om ett receptbelagt läkemedel finns på ett visst apotek?

- 1) Ja
 - 2) Nej
-

6. Om du tänker på senaste gången du hämtade ut ett receptbelagt läkemedel: Anser du att apotekspersonalen informerade dig tillräckligt om läkemedlet och hur du ska använda det?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Osäker/Vet ej
-

7. I vilken utsträckning väljer du ett och samma apotek för att hämta ut dina receptbelagda läkemedel?

- 1) Alltid
 - 2) Nästan alltid
 - 3) Ibland
 - 4) Sällan
 - 5) Aldrig
 - 6) Vet ej
-

8. Om du tänker på tiden innan apoteksomregleringen – dvs före 2009 då endast Apoteket AB drev apotek – handlade du då oftare receptbelagda läkemedel på samma apotek än du gör idag?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Vet ej
-

Nu följer några frågor som handlar om apotekens sortiment och lagerhållning av läkemedel.

9. Har det under det senaste året någon gång hänt att det läkemedel du fått på recept inte funnits på det första apotek du besökt?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

Om Nej eller Vet ej på fråga 9: gå till fråga 12.

10. Vad gjorde du när ditt förskrivna läkemedel inte fanns när du besökte apoteket?

- 1) Jag gick tillbaka till apoteket några dagar senare och hämtade ut det
- 2) Jag vände mig till ett annat apotek för att hämta ut läkemedlet
- 3) Jag vände mig till flera andra apotek innan jag kunde hämta ut läkemedlet
- 4) Jag valde att inte hämta ut läkemedlet alls
- 5) Jag valde att beställa hem läkemedlet via apotekets internetsida
- 6) Annat: _____
- 7) Vet ej/ej svar

11. Vad blev konsekvensen för din läkemedelsbehandling när ditt läkemedel inte fanns när du besökte apoteket? ETT SVAR

- 1) Inga konsekvenser för min läkemedelsbehandling, ag hade läkemedel kvar hemma som räckte tills jag kunde införskaffa mer läkemedel
- 2) Inga konsekvenser för min läkemedelsbehandling, jag kunde hämta läkemedlet samma dag på annat apotek
- 3) Jag fick påbörja min läkemedelbehandling senare än jag planerat
- 4) Jag fick ett avbrott i min kontinuerliga läkemedelsbehandling
- 5) Jag avslutade min läkemedelsbehandling
- 6) Jag påbörjade aldrig min läkemedelsbehandling
- 7) Annat: _____
- 8) Vet ej/ej svar

Har du andra kommentarer eller synpunkter på apoteksomregleringen? (Öppen fråga)

Nu följer ett antal frågor rörande vårdgarantin

12. Känner du till vårdgarantin?:

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

Om Nej eller Vet ej: gå vidare till fråga 14.

Vårdgarantin innebär att man ska få vård inom en viss tid. Vårdgarantin gäller både primärvård och specialiserad vård. Däremot berörs inte akut vård. Den 1 juli 2010 lagstodgades Vårdgarantin. Vårdgarantin har även tidigare funnits i olika former.

13. Upplever du att du, i din kontakt med vården, själv skulle kunna ta upp eller hänvisa till vårdgarantin?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Vet ej
-

14. Vårdgarantin är en lag som innebär att man ska få vård inom en viss tid. Vårdgarantin ger dig bland annat rätt till läkarbesök på vårdcentral eller annan mottagning i primärvården inom sju dagar. Har du under de senaste tre åren fått vänta längre än så?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Vet ej
-

15. Har du använt dig av vårdgarantin för att snabbare få ett besök på vårdcentral eller annan mottagning i primärvården?en inom sju dagar. Har du under de senaste tre åren fått vänta längre än så?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

16. Har du besökt en specialistklinik/sjukhus under de senaste tre åren? Med detta avses här besök hos läkare specialiserad på exempelvis ögonsjukdomar, hudsjukdomar, kirurgi och gynekologi men inte allmänmedicin eller akutsjukvård.

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

Om nej eller vet ej: gå vidare till fråga 23

17. Vårdgarantin ger dig rätt till besök hos en specialist inom 90 dagar efter remiss. Har du under de senaste tre åren fått vänta längre än så för besök hos specialist?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

Om nej eller vet ej: gå vidare till fråga 23

18. Om du inte kan erbjudas besök hos specialist inom 90 dagar har du rätt att få veta detta. Du har då möjlighet att utan extra kostnad söka dig till en annan läkare, en annan mottagning eller ett annat landsting. Blev du informerad om denna möjlighet?n inom sju dagar. Har du under de senaste tre åren fått vänta längre än så?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Vet ej
-

19. Har du använt dig av denna möjlighet?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Vet ej
-

20. Om din specialistläkare bedömer att du behöver behandling har du enligt vårdgarantin rätt till detta inom 90 dagar. Har du under de senaste tre åren fått vänta längre än 90 dagar på behandling?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Vet ej
 - 4) Har inte behövt behandling senaste tre åren
-

21. Om du inte kan erbjudas behandling inom 90 dagar har du rätt att få veta detta. Du har då möjlighet att utan extra kostnad söka dig till en annan läkare, en annan mottagning eller ett annat landsting. Blev du informerad om denna möjlighet?

- 1) Ja
 - 2) Nej
 - 3) Har inte behövt behandling senaste tre åren
-

22. Har du använt dig av denna möjlighet?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

23. Med din erfarenhet av specialistvården, hur svårt upplever du att det är att:

- a) Få besök hos specialistläkare efter remiss
- b) Få tid för operation/behandling
- c) Få tid för återbesök
- d) Få besök för rehabilitering efter behandling

Svarsalternativ:

1= Mycket enkelt

2=Enkelt

3=Varken enkelt eller svårt

4=Svårt

5=Mycket svårt

6=Vet ej/ej aktuellt

Har du andra kommentarer eller synpunkter på vårdgarantin? (Öppen fråga)

Nu följer några frågor om möjligheter att välja vårdcentral/ husläkarmottagning i primärvården**24. Känner du till att du har rätt att välja vårdcentral/mottagning i primärvården?**

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

2010 infördes vårdval i primärvården i hela landet. Vårdvalet innebär att du som patient får välja vårdcentral/mottagning i primärvården utifrån de vårdcentraler som landstinget har godkänt. Vissa av landstingen införde liknande reformer även tidigare. I ditt landsting infördes reformen 2009.

Nedan följer frågor om dina erfarenheter av primärvården efter att vårdvalet infördes. Vi ber dig att besvara frågorna utifrån erfarenheterna av din vårdcentral/mottagning i primärvården.

25. Hur bedömer du att tillgängligheten till din vårdcentral/mottagning i primärvården (kan gälla telefon, e-post, personligt besök) har förändrats efter vårdvalets införande?

Tillgängligheten är...

- 1) Mycket bättre än tidigare
 - 2) Något bättre än tidigare
 - 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
 - 4) Något sämre än tidigare
 - 5) Mycket sämre än tidigare
 - 6) Vet ej
-

26. Hur väl har ditt behov av sjukvård tillgodosetts vid besök hos läkare på vårdcentral/ mottagning i primärvården efter vårdvalets införande?

Mitt behov av sjukvård hos läkare i primärvården har tillgodosetts...

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

27. Under vilken tidsperiod har du haft en fast vårdkontakt, exempelvis läkarkontakt på vårdcentral/mottagning i primärvården, för dina medicinska behov?

- 1) Både före och efter vårdvalets införande
- 2) Endast före vårdvalets införande
- 3) Endast efter vårdvalets införande
- 4) Varken före eller efter vårdvalets införande
- 5) Vet ej

28. Hur upplever du den avsatta tiden för ditt besök vid vårdcentral/mottagning i primärvården efter vårdvalets införande?

- 1) Tillräcklig i större utsträckning
- 2) Otillräcklig i större utsträckning
- 3) Oförändrad
- 4) Vet ej

29. Vilket är ditt helhetsintryck av vårdcentraler/mottagningar i primärvården efter vårdvalets införande?

- 1) Bättre än tidigare
- 2) Sämre än tidigare
- 3) Oförändrat jämfört med tidigare
- 4) Vet ej

30. Har du bytt vårdcentral/mottagning i primärvården efter vårdvalets införande?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

Nej eller vet ej – gå till fråga 32.

31. Varför har du bytt vårdcentral/mottagning i primärvården efter vårdvalets införande?

Det finns möjlighet att svara fler alternativ

- 1) Det har öppnats en ny mottagning som ligger bättre till geografiskt
- 2) Jag var inte nöjd med tillgängligheten på min tidigare mottagning
- 3) Jag var inte nöjd med bemötandet på min tidigare mottagning
- 4) Jag var inte nöjd med vårdkvaliteten på min tidigare mottagning
- 5) Jag var inte nöjd med informationen (T ex om vårdbehov, tillstånd/sjukdom, behandling) på min tidigare mottagning
- 6) Min tidigare vårdcentral har lagt ned
- 7) Min fasta läkarkontakt har slutat/bytt vårdcentral
- 8) Annat skäl än ovan
- 9) Vet ej/ej svar

32. Vilket av följande är viktigast att få välja?

- 1) Vårdcentral/mottagning i primärvården
- 2) Fast läkarkontakt i primärvården
- 3) Vet ej

**33. Vilka tre av nedanstående faktorer anser du är viktigast vid ditt val av vårdcentral/mottagning i primärvården?
Markera det som är viktigast först, därefter det näst viktigaste och slutligen det tredje viktigaste.**

- 1) Geografisk närhet
- 2) Bekanta har rekommenderat
- 3) Bemötandet från personalen
- 4) Jämförande statistik om medicinsk kvalitet
- 5) Patientnöjdhet
- 6) Öppetider
- 7) Personalens kompetens
- 8) Vårdgivarens rykte

34. Vad tycker du om att ha möjligheten att få välja vårdcentral/mottagning i primärvården?

- 1) Mycket bra
- 2) Bra
- 3) Varken bra eller dåligt
- 4) Dåligt
- 5) Mycket dåligt
- 6) Vet ej

Har du andra kommentarer eller synpunkter på vårdvalet? (Öppen fråga)

35. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

36. Ungefär hur ofta har du köpt eller hämtat ut läkemedel på ett apotek det senaste året?

- 1) Tre gånger eller mer per månad
- 2) En till två gånger per månad
- 3) En gång varannan till var tredje månad
- 4) En till två gånger per år
- 5) Mer sällan än en gång per år
- 6) Vet ej

37. Har du besökt en vårdcentral/mottagning i primärvården det senaste året?

- 1) Ja
Om Ja; Vilken vårdcentral.....(fritext)
- 2) Nej
- 3) Vet ej

38. Har du en hälso- och sjukvårdsutbildning? (exempelvis läkare, sjuksköterska, undersköterska, farmaceut)

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Ej svar

BILAGA 4

KATEGORISERING AV LANDSTING

Tabell A.1. Kategorisering av landsting.

Landsting	Ersättning	Införande vårdval	PV-roll	Läkar- dominans	Närhet till tätort
Stockholm	3	1	3	2	3
Uppsala	2	1	1	2	3
Sörmland	2	2	2	2	2
Östergötland	2	1	2	1	3
Jönköping	2	2	3	2	2
Kronoberg	2	1	1	2	2
Kalmar	1	2	2	2	1
Gotland	2	2	1	1	1
Blekinge	1	2	2	2	2
Skåne	1	1	1	2	3
Halland	2	1	3	2	2
VGR	1	1	2	2	3
Värmland	1	2	1	1	1
Örebro	2	2	1	2	3
Västmanland	2	1	2	2	3
Dalarna	2	2	3	1	1
Gävleborg	2	2	3	2	2
Västernorrland	2	2	1	2	1
Jämtland	2	2	3	2	1
Västerbotten	2	2	2	1	2
Norrboten	2	2	3	1	1

Tabellen visar respektive landstings indelning i de grupper som beskrivs i tabell 3.2.

BILAGA 5

HERFINDAHL–HIRSCHMAN INDEX

Herfindahl-Hirschman Index (HHI) används i vårdvalskapitlet. Indexet är relativt enkelt och beräknas enligt formeln:

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

Där s är marknadsandelen för respektive producent och i är antalet producenter. Marknadsandel kan i till exempel fallet med primärvård mätas med antalet listade per enhet eller antalet besök per enhet. Om vi har en marknad med endast två producenter som har halva marknaden vardera får vi följande värde på HHI:

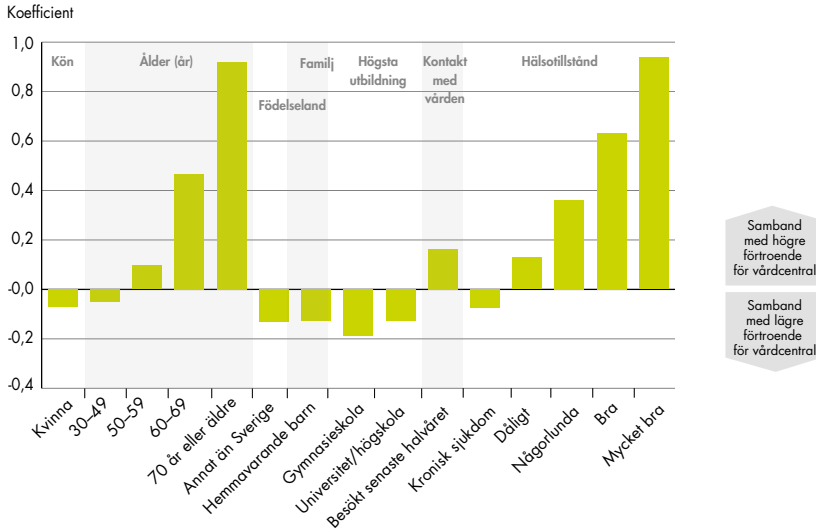
$$0,50^2 + 0,50^2 = 1/2$$

Indexet har således ett värde på 1,0 om vi har ett monopol, men faller till 0,5 om två lika stora producenter konkurrerar. Allteftersom fler producenter träder in på marknaden sjunker indexet mot noll. Det bör noteras att indexet är baserat på producenternas marknadsandelar och inte på marknadsupp-trädande. I två olika marknader kan vi således finna samma koncentration men trots detta stora skillnader i faktisk konkurrens.

HHI som mått på konkurrens är känsligt för hur marknaden avgränsas. Om ett helt landsting betraktas som en marknad är indexet mycket lågt (konkurrensen är mycket hög). En sådan siffra avser dock hela länet och det kan ifrågasättas om alla individer betraktar alla alternativen i länet vid sina val. Detta problem finns även om indexet används i kommuner med stor yta och alternativen ligger långt från varandra. Reseavstånd och kommunikationer påverkar och begränsar valen.

BILAGA 6 REGRESSIONSANALYS: FÖRTROENDE FÖR VÅRDcentral

Figur A.2. Resultat av ordinal logistisk regression för "ditt förtroende för vårdcentraler/motsvarande i ditt landsting/region" (N = 84 328)

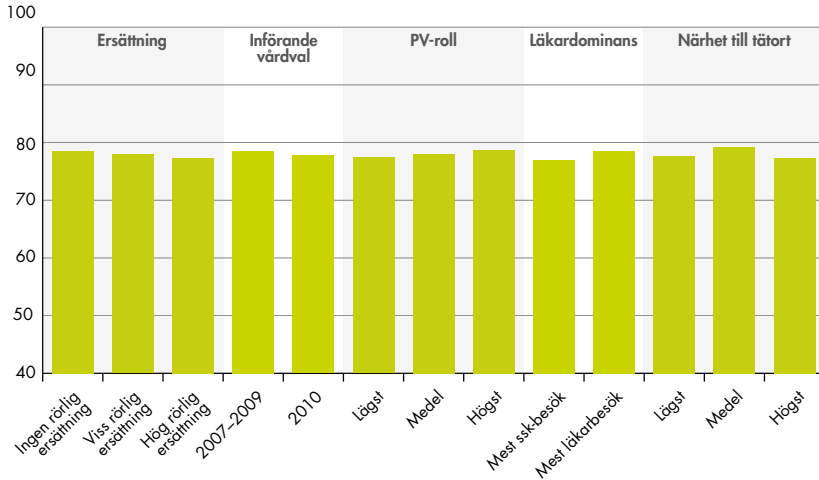


Källa: Vårdbarometern 2010-2012. Vårdanalys bearbetning.

BILAGA 7 INDEX FÖR HELHETSINTRYCK AV PRIMÄRVÅRDEN

Figur A.3. Index för åtta frågor om helhetsintryck utifrån landstingsgrupper

Genomsnittligt PUK-värde 2011

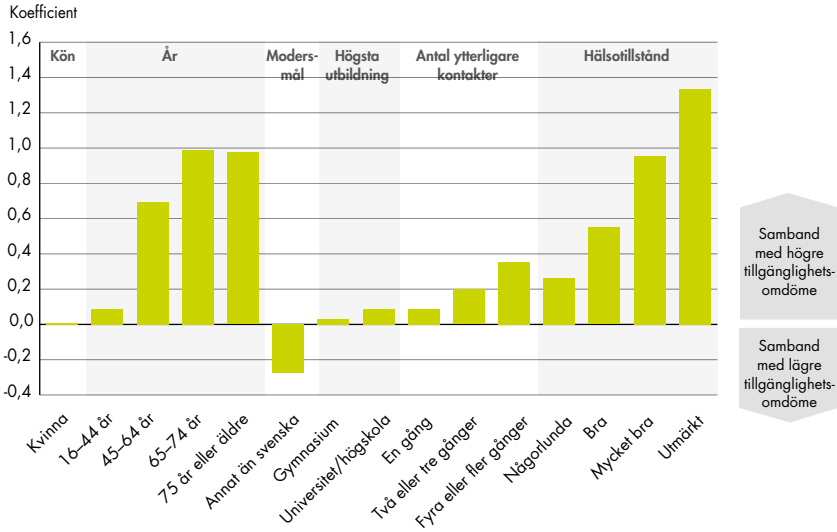


Källa: Nationell patientenkät 2011. Vårdanalys bearbetning.

Som framgår av figuren är det svårt att utifrån ovanstående indelningar förklara de regionala skillnaderna. Landsting med högre närhet till tätort erhåller inte högre omdöme för tillgänglighet eller vårdens helhetsintryck. Helhetsintrycket är något bättre för landsting med hög andel läkarbesök i förhållande till övriga personalkategorier. Det verkar även finnas ett positivt samband mellan andel resurser i primärvården och helhetsintryck.

BILAGA 8 REGRESSIONSANALYS: MOTTAGNINGENS TILLGÄNGLIGHET I PRIMÄRVÅRDEN

Figur A.4. Resultat av ordinal logistisk regression för "Hur bedömer du mottagningens tillgänglighet" och ett antal bakgrundsfaktorer (N = 117 204)



Källa: Nationell patientenkät 2011. Vårdanalys bearbetning.

BILAGA 9

OPERATIONER/ÅTGÄRDER SOM REDOVISAS SPECIFIKT I VÄNTETIDSDATABASEN

Axel eller skuldra, vid nervinklämning
 Axelinstabilitet
 Bröstförminskning
 Bröståteruppbyggnad efter tumör
 Diskbråck i halsryggrad
 Diskbråck i ländryggrad
 Finger, krokande (Dupuytrens kontraktur)
 Gallsten
 Gråstarr
 Halsmandel, borttagning
 Hand- eller handledsreumatism
 Hand, nervinklämning (karpaltunnel)
 Hand, sjukdom i ledhinna eller sena
 Hjärtklaff eller kroppspulsåder
 Hängbuk, plastik
 Höftled (ledprotes)
 Höftled (ledprotes) omoperation
 Hörselförbättrande operation
 Knäled (ledprotes)
 Knäledsartroskopi
 Korsband i knä
 Kotförskjutning
 Kranskärl
 Livmoder, borttagning vid godartad indikation
 Livmoderframfall
 Ljumskbråck
 Magsäck eller tarm, vid övervikt
 Navelbråck
 Nässkiljevägg, plastik
 Prostataförstoring, godartad indikation
 Pungbråck (vattenbråck)
 Rotkanalförträngning i ländryggrad
 Skelning

Sköldkörteloperation (struma)

Testikel, ej nedstigen

Tumbasförslitning (artros)

Tår vid hallux valgus/rigidis, hammartå

Urinläckage, kvinnor

Utprovning av hörapparat

Åderbräck, ej kosmetiska

Ändtarmssjukdom

Ärrbräck

BILAGA 10

FRÅGEFORMULÄR FÖR ENKÄT TILL VÅRDVALSSAMORDNARE

Frågeformulär:

1. I vilket landsting arbetar du?

..... (fritext)

2. Hur har tillgängligheten till vårdcentraler förändrats för befolkningen/patienterna sedan vårdvalets införande?

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

3. Har vårdcentralerna blivit bättre eller sämre anpassade till befolkningens behov och efterfrågan sedan vårdvalets införande

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

4. Har tillgängligheten till primärvården försämrats för någon särskild grupp sedan vårdvalets införande?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej

Om Ja; ge gärna exempel på sådana grupper..... (fritext)

5. Hur har tillgängligheten till information om vilka vårdcentraler som finns och hur man kommer i kontakt med dem förändrats sedan vårdvalets införande?

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

6. Hur har tillgängligheten till information om primärvården på olika språk förändrats sedan vårdvalets införande?

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

7. Hur har tillgängligheten avseende elektronisk kommunikation (t.ex. e-post och webb-bokningar) förändrats sedan vårdvalets införande?

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

8. Hur har tillgängligheten avseende öppettider på vårdcentraler/mottagningar förändrats sedan vårdvalets införande?

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

9. Hur har tillgängligheten avseende drop-in-mottagningar på vårdcentraler/mottagningar förändrats sedan vårdvalets införande?

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare
- 6) Vet ej

10. Har det sedan vårdvalets införande skapats nya tjänster i primärvården (t.ex. häl-sofrämjande tjänster eller koordineringstjänster)?

- 1) Ja, i stor utsträckning
- 2) Ja, i viss utsträckning
- 3) Nej, inte alls
- 4) Vet ej

Om Ja, ge gärna exempel på detta..... (fritext)

Nej, inte alls eller Vet ej – gå till fråga 12.

11. Har vårdvalet bidragit till detta?

- 1) Ja, i stor utsträckning
- 2) Ja, i viss utsträckning
- 3) Nej, inte alls
- 4) Vet ej

12. Har det sedan vårdvalets införande skapats nya sätt att komma i kontakt med vården (t.ex. webb-baserad kontakt, uppsökande verksamhet, drop-in-mottagningar)?

- 1) Ja, i stor utsträckning
- 2) Ja, i viss utsträckning
- 3) Nej, inte alls
- 4) Vet ej

Om Ja, ge gärna exempel på sådana tjänster..... (fritext)

Nej, inte alls eller Vet ej – gå till fråga 14.

13. Har vårdvalet bidragit till detta?

- 1) Ja, i stor utsträckning
- 2) Ja, i viss utsträckning
- 3) Nej, inte alls
- 4) Vet ej

14. Har vårdcentralernas utbud blivit mer anpassat till särskilda grupper (t.ex. vissa kronikergrupper, äldre personer eller personer som inte talar svenska) sedan vårdvalets införande?

- 1) Ja, i stor utsträckning
- 2) Ja, i viss utsträckning
- 3) Nej, inte alls
- 4) Vet ej

Om Ja, ge gärna exempel (fritext)

Nej, inte alls eller Vet ej – gå till fråga 16.

15. Har vårdvalet bidragit till detta?

- 1) Ja, i stor utsträckning
- 2) Ja, i viss utsträckning
- 3) Nej, inte alls
- 4) Vet ej

16. Hur har samverkan mellan primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården påverkats av vårdvalets införande? Den har blivit:

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare

Kommentarer..... (fritext)

17. Hur har samverkan mellan primärvården och den kommunala vården och omsorgen påverkats av vårdvalets införande? Den har blivit:

- 1) Mycket bättre än tidigare
- 2) Något bättre än tidigare
- 3) Varken bättre eller sämre än tidigare
- 4) Något sämre än tidigare
- 5) Mycket sämre än tidigare

Kommentarer..... (fritext)

18. Vilket år började ni med att ha jämförande information om olika vårdgivare i primärvården på landstingets hemsida?

..... (fritext)

19. Har du några andra kommentarer som rör tillgängligheten till primärvård eller har du rapporter eller liknande som du vill att vi ska ta del av?

..... (fritext)

Låt den rätte komma in

Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?

Apoteken har blivit fler, men läkemedlen finns inte alltid i lager. Utbudet och vårdutnyttjandet inom primärvården har ökat, men kontinuiteten kan förbättras. I den specialiserade vården har köerna kortats, men en av tio väntar fortfarande över 90 dagar. Vårdanalys har på regeringens uppdrag gjort en samlad uppföljning av hur tillgängligheten till hälso- och sjukvården har påverkats av omregleringen av apoteksmarknaden, vårdvalet samt den nationella vårdgarantin och Kömiljarden. Rapporten ger en helhetsbild av de samlade effekterna på tillgängligheten, men lämnar också ett antal rekommendationer för en mer tillgänglig hälso- och sjukvård.

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

