

Hur kan svensk primärvård bli bättre?

Diskussionsunderlag inför workshop 20 september 2011.

Anders Anell

Institutet för ekonomisk forskning och
företagsekonomiska institutionen, Ekonomihögskolan,
Lunds universitet

Varför primärvård?

En väl fungerande primärvård kan betraktas som en nödvändig förutsättning för att nå hälso- och sjukvårdens övergripande mål om kostnadseffektivitet och rättvis fördelning av resurserna (Saltman et al 2006, WHO 2008). Primärvård kan dock organiseras på olika sätt och det är inte självklart vad som kan anses optimalt. Vad som är optimalt beror också på vilken roll primärvården ska uppfylla (Lamarche et al 2003). Under lång tid har argumenten för en utbyggd primärvård i Sverige handlat om att patienter ska tas om hand på lägsta effektiva omhändertagandenivå, den s.k. LEON-principen. Primärvård ska avlasta sjukhusen från patienter som inte kräver mera specialiserade resurser. Mera sällan har hävdats att vården blir bättre och mer rättvis med primärvård. I än mindre grad har argumenterats för att primärvården kan ge individer stöd genom att koordinera de vårdinsatser som görs av andra. Historiskt har svensk primärvård till stor del handlat om att ge vårdsökande patienter allmänmedicinsk diagnostik och behandling under kontorstid.

Utgångspunkten i detta diskussionsunderlag är att införandet av vårdval förbättrat tillgängligheten och produktiviteten i primärvården och är en intressant innovation sett till existerande modeller för primärvård internationellt. Vårdval har dock hittills inte lyckats lyfta primärvården till en ny och mera framträdande roll i hälso- och sjukvårdssystemet. En sådan ny och mera framträdande roll finns det behov av. Framtidens primärvård bör få ett både djupare och bredare åtagande än i nuläget. För att klara framtida krav och pågående förändringar inom specialistvården krävs att primärvården blir än mer tillgänglig och individers självklara och kontinuerliga resurs i allmänmedicinska frågor. Det är fortfarande många allmänmedicinska problem som hanteras av andra vårdresurser. Primärvårdens andel av den öppna vården (s.k. täckningsgrad) är låg jämfört med många andra länder. Det finns dessutom ett stort behov av att utveckla andra viktiga funktioner i primärvården. Det gäller för det första att hjälpa patienter med att hitta rätt specialiserad vårdgivare. Ett införande av vårdval inom specialistvården kommer accentuera ett sådant behov av oberoende agent som kan hjälpa patienter i deras val. För det andra har primärvården bättre förutsättningar än någon annan vårdgivare att ta ett ökat ansvar för att koordinera de vårdinsatser som ges till exempelvis multisjuka äldre. Frågan är då vad som krävs för att få en sådan utveckling av svensk primärvård till stånd.

Vilka är problemen?

Brister i den öppna vården utanför sjukhusen i Sverige konstaterades redan i slutet av 1940-talet i den s.k. Höjer-utredningen (SOU 1948:14). Utredningens förslag att utveckla en öppen vård i offentlig regi inom ramen för hälsocentraler som prioriterade förebyggande insatser mottogs dock inte väl av läkarprofessionen. Fram till och med början av 1970-talet svarade nämligen svenska sjukhusläkare för en stor andel av den basala öppna vården i privat regi. Den lön man fick från landstinget avsåg enbart insatser inom den slutna vården. Heidenheimer (1980) menar att läkarprofessionen (dominerad av sjukhusläkare) uppfattade förslaget som så radikalt att det kan ha motverkat sitt syfte genom att sjukhusvårdens

dominans snarast förstärktes. Flera av Höjers förslag genomfördes, men långt efter det att förslagen presenterades.

De privatekonomiska incitamenten för sjukhusläkare att tillhandahålla öppen vård försvann bokstavligen över en natt efter sjukvårdsreformen 1970. Reformen innebar att patienterna skulle betala ett fast belopp i samband med besök (7 kronor) och att sjukhusläkarna även skulle svara för den öppna vården vid sjukhusen som del av sin anställning. Utbyggnaden av primärvården i landstingens regi gick dock mycket långsamt. Befolkningen fortsatte dessutom att söka vård vid sjukhusen som tidigare. Under lång tid har det funnits för få allmänläkare per invånare och för lite pengar i primärvård. Gapet mellan uppdrag och resurser blev uppenbart i takt med att sjukhus- och äldreomsorgen förändrades under 1990-talet. Den s.k. ”ofullgångna strukturuomvandlingen”¹ var också en viktig utgångspunkt för den nationella handlingsplan som introducerades år 2000 i syfte att stärka primärvårdens resurser med bl. a. fler allmänläkare (Prop. 1999/2000:149).

Primärvårdens grundläggande problem är dock knappast en brist på finansiella eller reala resurser. Bakom denna resursbrist har i första hand funnits en ovilja i landstingen att prioritera primärvård i enlighet med den nationella policy som utvecklades i början av 1970-talet. I grunden innebär det att primärvård inte haft det höga förtroende som verksamheten kräver hos beslutsfattare. Förtroende har också saknats bland övriga specialister och i befolkningen. Andra specialister har sällan accepterat primärvård och allmänläkare som grindvakter till den egna verksamheten. I befolkningen har tidigare analyser pekat på att förtroendet för allmänläkare förvisso är högt, men att det är än högre för andra specialister (Anell 2005). Det större förtroendet för specialister är inte unikt för Sverige utan återfinns även i andra länder (Saltman, 2005). En tänkbar förklaring är att specialister i större utsträckning baserar sin legitimitet på djupa medicinska kunskaper medan allmänläkarna får sin legitimitet utifrån en roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvårdens och allmänläkarnas legitimitet baseras på en svagare organisatorisk bas, jämfört med specialisternas legitimitet baserad på djupa fackkunskaper.

Bristen på förtroende och legitimitet kan även förklara varför svensk primärvård aldrig fått något uttalat ansvar för att koordinera andra vårdgivares insatser. Ett sådant koordineringsansvar kräver naturligtvis stort förtroende från både patienter och andra vårdgivare. I Sverige har primärvården och allmänläkarna haft svårt att etablera sig som en naturlig förstahandskontakt för vårdsökande, särskilt i de större städerna. Allmänläkarnas breda kompetens har inte varit ett tillräckligt argument för att nå en sådan position (Svalander, 1999). Befolkningen har varit vana vid möjligheten att gå direkt till specialist utan att passera primärvård och allmänläkare. Utan förstahandskontakten blir det naturligtvis också svårt för att inte säga omöjligt att koordinera andras insatser. Primärvården har saknat legitimitet för uppgiften och vet inte ens vilka vårdkontakter individer har.

¹ Med detta avsågs att primärvårdens resurser inte anpassats för de förändringar som skett i sjukhusvård och kommunal äldreomsorg.

Svensk primärvård har på så sätt varit hänvisad till att utveckla allmänmedicinsk prevention, diagnostik och behandling. Även denna funktion har dock varit undanträngd av andra specialisters djupare medicinska kunskaper om vilken vård patienter med olika diagnoser ska ha. Många allmänläkare har därför varit skeptiska till vårdprogram. Det blir för mycket fokus på diagnoser och specialisters perspektiv. I strävan att utveckla den egna professionen har man istället sökt avgränsningar gentemot andra genom att själv definiera sitt uppdrag. Det framgångskoncept som använts av andra specialister har kopierats. Allmänläkare är vanligtvis också noga med att påpeka att man precis som andra läkare minsann är specialist.

För patienterna innebär det att det finns gott om specialiserade resurser i vården som kan ta hand om avgränsade problem. Ingen, inte ens primärvården, förmår dock se till helheten och de komplexa problem som hamnar mellan stolarna. Genom att agera som andra specialister har allmänläkare snarast blivit en del av problemet snarare än en lösning. Detta är naturligtvis inte en följd av något medvetet val eller illvilja från allmänläkarnas eller primärvårdens sida. Det har dock till stor del saknats förutsättningar i form av förtroende, legitimitet, pengar, personal och kompetens för att agera på något annat sätt.

Vilka konsekvenser får bristen på väl fungerande primärvård?

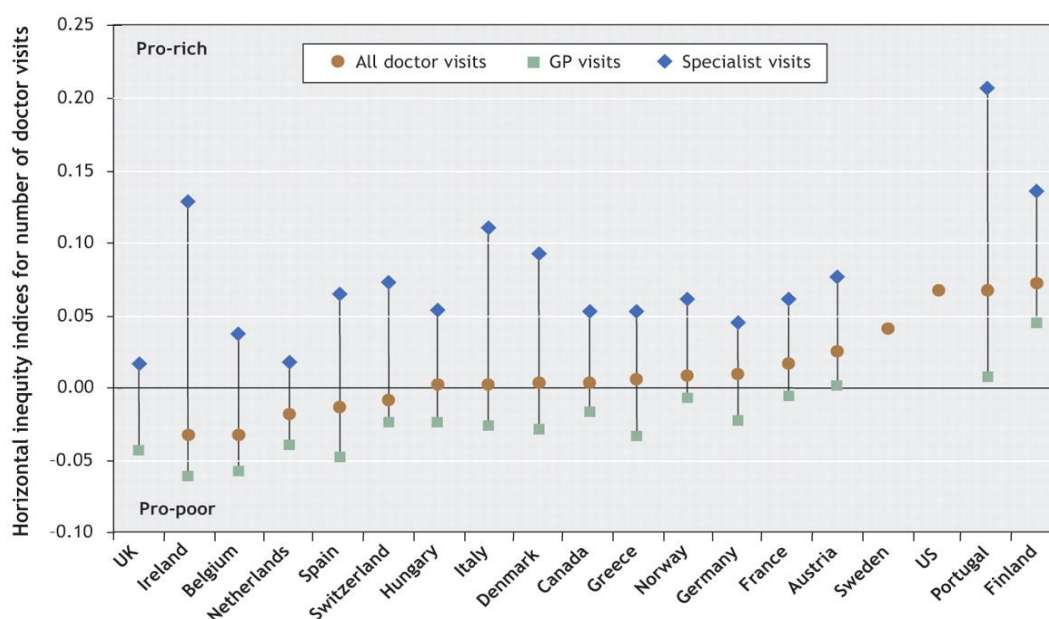
Svensk sjukvård har enligt flera internationella jämförelser mycket bra resultat med avseende på medicinska resultat och patientsäkerhet, trots bristerna i primärvården. Det kan naturligtvis bero på att primärvården i andra länder också har en utvecklingspotential, t.ex. när det gäller att koordinera insatser för multisyjuka äldre där problem tycks finnas i alla länder. Den centrala frågan är också vilka resultat som skulle kunna uppnås med en bättre primärvård. En sådan fråga är naturligtvis mycket svår att svara på. Studier baserade på data från Medicare i USA pekar dock mot att hälso- och sjukvårdssystem med relativt sett fler primärvårdsläkare samvarierar med både lägre kostnader och högre kvalitet (Chernew m.fl. 2009). Däremot påverkade inte andelen primärvårdsläkare de årliga utgiftsökningarna. Dessa resultat förstärker tidigare forskning som ger allmänt stöd för att primärvård lönar sig (Starfield 1998). Motsvarande fynd vad gäller påverkan på absolut kostnadsnivå och indikationer på kvalitet har gjorts i svensk hälso- och sjukvård baserat på jämförelser av primärvårdens kostnadsandel i olika landsting (Janlöv 2008).

Data från öppna jämförelser om s.k. undvikbar slutenvård sedan 2004 ger också mera direkta indikationer på att det finns anledning att förbättra den öppna vården utanför sjukhusen i Sverige. Det finns i nuläget ingen internationell standard om vilka sjukdomar och akuta händelser som ska inkluderas när undvikbar slutenvård beräknas. I den svenska definitionen av undvikbara slutenvårdstillfällen ingår sjukdomar som anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL och kärlekskramp. Dessutom ingår akuta händelser som blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner. År 2009, fanns det totalt sett 1 051 personer per 100 000 invånare med undvikbara slutenvårdstillfällen enligt denna definition (SKL och Socialstyrelsen 2010). Det samlade vårdutnyttjandet motsvarade nästan 1 miljon

vårdagar eller 2 700 vårdplatser. Omräknat i andel av samtliga vårdplatser för akutvård skulle det innebära att ungefär 14% av alla vårdplatser är upptagna av personer med slutenvårdstillfällen som är undvikbara med en optimal öppen vård. Även om denna potential är teoretiskt beräknad och aldrig går att hämta hem fullt ut finns stora variationer mellan landstingen som tyder på förbättringsutrymme; från 934 till 1 302 personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare.

En viktig uppgift för primärvården är att vara hela befolkningens vårdresurs. Bristerna i svensk primärvård har därigenom också fått negativa konsekvenser för möjligheterna att uppnå en rättvis fördelning av vårdresurserna. Det är väl belagt i olika studier att tillgången till primärvård respektive annan specialistvård varierar mellan olika socioekonomiska grupper. Specialistvården är vanligtvis skevt fördelad till förmån för individer med högre inkomst medan det motsatta gäller för primärvård. Med en svagt utbyggd primärvård kan man därför förvänta sig att individer med lägre inkomster får mindre tillgång till vård. Enligt en studie om läkarbesökens fördelning utifrån inkomst i 19 OECD länder (van Doorslaer m.fl. 2006) hade USA, men även Sverige, Finland och Portugal, en ojämlig fördelning av läkarbesöken totalt sett och till förmån för högre inkomstgrupper (se figur 1).

Figur 1. Läkarbesökens fördelning i några OECD-länder.



Källa: van Doorslaer m.fl. 2006

För svenskt vidkommande kan det negativa resultatet förmodligen kopplas samman med den svaga utbyggnaden av primärvård. För övrigt kan noteras att både Finland och Portugal precis som Sverige har mycket primärvård i offentlig regi. En primärvård i offentlig regi är således inte alls någon garanti för en jämlik fördelning av vården. En rad andra länder med privat produktion av primärvård har enligt studien av Doorslaer m.fl. en mer jämlik fördelning av

läkarbesöken än i Sverige. Det är naturligtvis inte ojämlikheten i tillgång till läkarbesök i sig som är det stora problemet utan snarare de negativa effekterna bristerna kan ge i form av förlorad hälsa. Man kan förmoda att antalet undvikbara slutenvårdstillfällen är fler i socioekonomiskt svaga grupper med sämre tillgång på vård. Det finns också andra skillnader i den specialiserade vårdens resultat som kan ha sin upprinnelse i brist på preventiva insatser och sämre förutsättningar för tidig upptäckt av sjukdomar i socioekonomisk svaga grupper. Dit hör exempelvis att överlevnaden i bröstcancer är lägre för kvinnor med begränsad utbildning (Socialstyrelsen 2009).

Varför inte besluta om remisstväng?

Man kan naturligtvis fråga sig varför Sverige inte gör som många andra OECD-länder och inför obligatoriskt krav på remiss för besök till andra specialister, eller att patientavgifterna för besök till specialistvården utan remiss blir väsentligt högre än idag. På så sätt skulle man ju snabbt kunna öka primärvårdens andel av den samlade öppenvården. En översikt bland OECD-länder visar att Sverige tillhör de länder som är minst restriktiva när det gäller att begränsa den direkta accessen till specialistvård (Joumard et al 2010). Det finns dock anledning att påminna om det grundläggande problemet i primärvården i form av brist på förtroende. Primärvården och allmänläkare kan få en roll som ”grindvakter” i hälso- och sjukvården, men i så fall genom politiska beslut snarare än att man har legitimitet för en sådan roll i befolkningens ögon. En sådan roll kan i så fall bli bekymmersam för primärvården själv genom att förtroendet i befolkningen reduceras ytterligare. Primärvården har fått en roll genom uppvaktning av politiker och andra beslutsfattare, snarare än att man förtjänat ökad legitimitet genom insatser som värderas högt av patienter.

Sambanden mellan primärvårdens roll i hälso- och sjukvården och det förtroende man har i befolkningen är en intressant men dåligt belyst forskningsfråga. I allt fler länder finns förhoppningar om att primärvårdens ska ta ett större ansvar för hälso- och sjukvårdens svåra prioriteringar. En studie av Kroneman et al (2006) visade att det finns en tendens till negativt samband mellan primärvårdens roll som ”gate-keepers” och andel i befolkningen som bedömde kvaliteten i primärvården som ”excellent” (se Figur 2). I länder med lägre krav på remiss från allmänläkare för tillgång till specialistvård fick primärvården (”GP-care”) ett bättre betyg. En möjlig förklaring är att den organisatoriska rollen som ”grindvakt” blir en belastning för primärvården genom att patienterna uppfattar primärvården som ett hinder för att nå andra vårdresurser.

Proportion population evaluating GP-care overall as excellent %

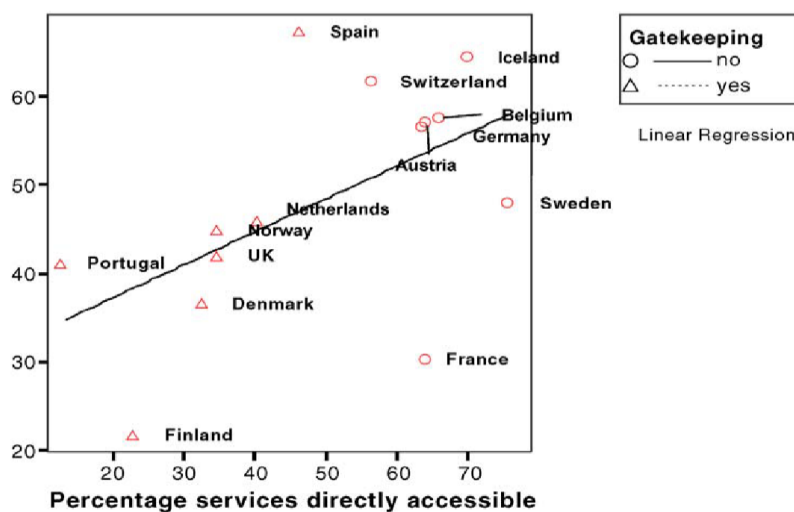


Fig. 2. Patient evaluation of GP-care (overall) related to direct accessibility in 14 countries.

Även om syftet med beslut om remisstvång och liknande begränsningar kan vara vällovtligt kan sådana beslut således slå tillbaka i form av försämrat förtroende för primärvården. Det kan dock finnas andra vägar att nå samma mål. I stället för att prata om remisstvång kan man erbjuda en kompetens i primärvården som tilltalar befolkningen så att man frivilligt söker sig dit. Det kan handla om att hjälpa individer till rätt specialistvård och erbjuda möjligheten att koordinera de insatser som ges av andra vårdgivare. Men budskapet från primärvården till befolkningen måste då förändras -- *"Kom till primärvården så ska vi hjälpa dig till rätt specialist; vi har översikten och kunskaper om skillnader i kvalitet. Vi kan dessutom koordinera de insatser du får av andra vårdgivare"*.

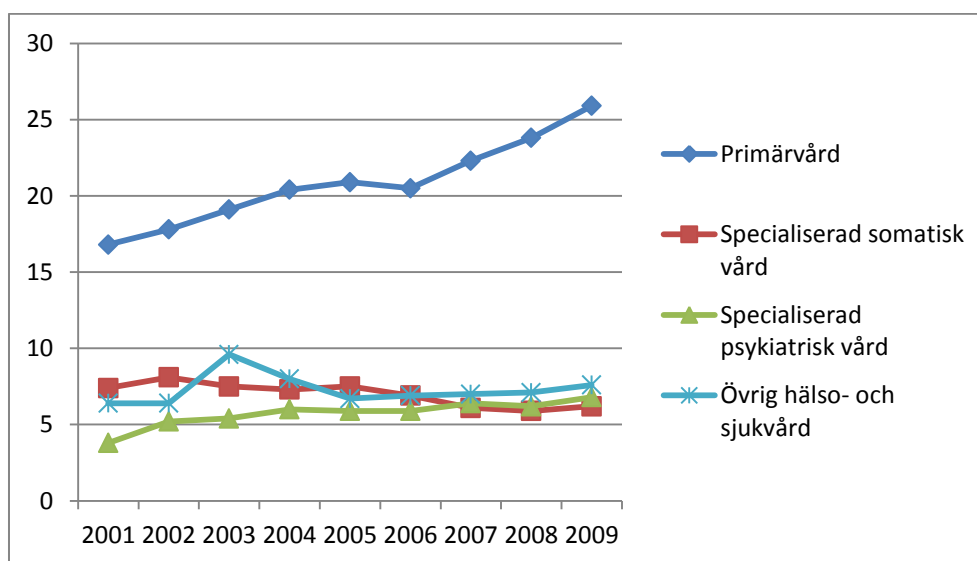
Självklart måste det också finnas ett uppdrag och en finansiering från landstingen som svarar mot detta budskap. Även med sådana förutsättningar blir sannolikt omställningen för både primärvård och andra vårdgivare förmodligen stor. Förändringen tar därmed längre tid och blir mera osäker. Det ska då ställas mot de potentiella vinsterna i form av ökad legitimitet för en primärvård som tar större ansvar för den samlade öppenvården.

Vad har införandet av vårdval gett så här långt?

Införandet av vårdval i primärvården är potentiellt sett en omfattande förändring. Eftersom det inte finns någon nationell modell för hur vårdval ska utformas finns emellertid möjligheter för landstingen att utforma helt olika lösningar i praktiken. Det gäller t.ex. kravspecifikation för vårdgivarna, principer för ersättningar och kostnadsansvar för vårdgivarna, regler för uppföljning och villkor för ackreditering samt principer för listningen. Beroende på hur systemen utformas skapar man olika incitament för de vårdenheter som är etablerade. Inträdet på primärvårdsmarknaden för nya privata aktörer kan göras mer eller mindre attraktivt.

Utfallet av vårdval i form av nyetableringar varierar också mellan landstingen. Sett i ett längre tidsperspektiv har införandet av vårdval inneburit fortsatta privatiseringar inom primärvården (se Figur 3). Taxeläkare och entreprenader, som använts tidigare för att locka fram privata alternativ, förefaller inte vara en lösning för framtiden. Det är istället vårdvalssystem med ackreditering av vårdenheter som dominerar utvecklingen under senare år.

Figur 3. Landstingens och regionernas köp av verksamhet från privata företag 2001–2009, exklusive tandvård.(Procentuell andel av nettokostnaden, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen.)



Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, olika år.

Enligt statistik från Konkurrensverket (2010) etablerades 223 nya vårdenheter i svensk primärvård fram till augusti 2010 som följd av vårdvalssystem. Det är en ökning med 23 procent som nästan helt kan tillskrivas privata vårdgivare. De nya enheterna är dock ojämnt fördelade mellan landstingen. Flest nya alternativ har tillkommit i Västra Götaland, Stockholm och Region Skåne som tillsammans svarar för 62 procent av den totala ökningen av antalet vårdenheter. Andra landsting med många nya privata enheter är Halland och Jönköping.

De utvärderingar som gjorts av landstingen själva och av Konkurrensverket visar att tillgängligheten i primärvården har förbättrats genom fler enheter och mer generösa öppettider. Det gäller naturligtvis främst i landsting och områden där det tillkommit nya alternativ. De nya enheternas geografiska etablering inom respektive landsting uppvisar ett ganska enhetligt mönster. Flest nya enheter har etablerats där det funnits underlag, dvs. i befolkningstäta områden (Vårdföretagarna 2010). Bäst kunskaper om vårdvalets effekter återfinns från Stockholm. I en rapport baserad på en uppföljning av de första två åren med vårdvalsreformen konstateras att produktiviteten ökat i både offentlig och privat verksamhet

och att vårdutnyttjandet ökat i alla åldersgrupper men mer i vårdtunga grupper liksom i områden med lägre inkomster (Rehnberg m. fl. 2010). De positiva fördelningseffekterna kan tyckas ologiska men stämmer ganska väl med resultaten från studier om hur primärvård utnyttjas av olika socioekonomiska grupper. Primärvård är som tidigare nämnts vanligtvis skevt fördelad till förmån för individer med lägre inkomst. Om vårdval bidrar till en utbyggnad av primärvården blir det därför logiskt att fördelningen blir som i Stockholm.

Även om införandet av vårdval bidragit till förbättrad tillgänglighet (fler enheter och generösare öppettider) och produktivitet (fler viktade besök inom samma kostnadsram) inom både privat och offentlig verksamhet är det oklart om vårdval kommer att ge några andra vinster. En uttalad målsättning när vårdval infördes i Halland var att vårdenheterna skulle ta ett större ansvar för den samlade produktionen av öppenvård. Den s.k. täckningsgraden, som är ett mått på andelen besök i närsjukvården, varierar dock fortfarande mellan enheter och kommuner och förändringarna har enbart varit blygsamt positiva (Paulsson 2009). Vårdvalet har hittills inte påverkat hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer. Det finns inte heller några tydliga tecken på att vårdenheter tagit ett större ansvar genom att man blivit bättre på att remittera patienter till specialistvård eller bättre på att koordinera de insatser som görs av andra vårdgivare. Från SKLs sida har t.o.m. hävdats att primärvården efter introduktionen av vårdval tar mindre ansvar för multisjuka äldre och behovet av förebyggande insatser i denna grupp.²

Hur kan ekonomiska incitament bidra till en fortsatt utveckling?

En vanlig utgångspunkt för diskussion av vårdgivares ekonomiska incitament är vilka ersättningsprinciper som används. I praktiken påverkas de ekonomiska incitamenten av flera faktorer som även samverkar:

- Förutsättningar för befolkningens val av vårdenhet, dvs. grad av konkurrens
- Åtagande och kostnadsansvar från uppdragsgivare/finansiär
- Ersättningsprinciper och ersättningsnivåer
- Ägarskap och principer för vinstdelning.

En och samma ersättningsprincip kan ha helt olika effekt på vårdgivares beteende beroende på förutsättningar i övrigt. En fast ersättning utifrån befolkningens val ger exempelvis ekonomiska incitament att vara tillmötesgående mot patienternas krav och förväntningar. Något sådant beteende behövs inte om den fasta ersättningen istället utgår från ett geografiskt befolkningsansvar där individer inte kan välja bort de enheter som har långa väntetider eller ett dåligt bemötande. De incitament som följer av viss ersättningsprincip påverkas även av kostnadsansvaret. En fast ersättning ger exempelvis incitament att skicka patienterna till andra vårdgivare eftersom man då också överlåter kostnaderna på annan. Med en rörlig ersättning

² <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2011/Nr-4-2011-4>

per prestation får man istället ekonomiska incitament att göra mer själv eftersom ökad egen produktion ger mer intäkter. Om kostnadsansvaret inkluderar kostnader för de remisser som skickas till annan vårdgivare ändras incitamenten. Nu får även en enhet med fast ersättning större anledning att behålla patienterna och undvika remisser. Om kostnadsansvaret för remisser är begränsat, t.ex. att man bara betalar en del av kostnaderna, så kan det fortfarande vara en god ekonomisk affär att skicka patienterna till annan. Likaså kan det löna sig att remittera till annan om den rörliga ersättningen betraktas som för låg jämfört med de kostnader som uppstår vid egen produktion.

En viktig faktor som påverkar de ekonomiska incitamenten är även former för ägarskap. Egentligen är det inte ägarskapet i sig som avgör utan hur eventuella vinster och underskott fördelas i verksamheten. Om allmänläkarna inte själva direkt berörs av över- eller underskott i verksamheten, som är fallet i offentlig verksamhet, blir de ekonomiska incitamenten svagare. Störst betydelse har rimligen de ekonomiska incitamenten om ersättning och kostnadsansvar påverkar allmänläkares privata ekonomi.

Hur väl fungerar vårdval?

Två villkor kan anses nödvändiga för att konkurrens mellan vårdenheter inom ramen för ett vårdvalssystem ska uppnås (Le Grand 2007; Anell 2010). Ett första villkor är att det finns minst två alternativ för befolkningen att välja mellan. Ett andra villkor är att befolkningen är intresserad av att välja och dessutom någorlunda välinformerade om hur alternativen skiljer sig åt. I en enkätundersökning våren 2010 till 3 000 invånare i nio olika kommuner i Halland, Region Skåne respektive Västra Götalandsregionen framkom att ungefär 60 procent av befolkningen ansåg att de själva gjort ett eget val av vårdenhet efter införandet av vårdval (Glenngård et al 2011). De vanligaste skälen till att man valt en ny enhet var att man inte gjort något val tidigare eller att en ny vårdenhet etablerat sig. Även i kommuner med relativt gles befolkning där inga eller få nya enheter etablerat var det många (minst 48%) som ansåg att man valt enhet. Oavsett var man bor, ålder eller utbildning så ansåg en klar majoritet att det är viktigt att kunna välja. Det senare resultatet stämmer väl med internationella undersökningar (Le Grand 2007; Dixon et al 2010).

Mot bakgrund av det uttalade intresset kan man naturligtvis fråga sig varför inte fler individer anser att man valt enhet. En förklaring kan vara att man inte vet hur det går till eller inte är välinformerad om alternativen. Undersökningen i Halland, Västra Götaland och Skåne visar dock att en majoritet anser att det är enkelt att välja och att man har tillräcklig information. De flesta individer har dock i praktiken valt den enhet som föreslagits från landstinget i samband med introduktionen av vårdval. De viktigaste informationskällorna är den vårdenhet man känner till sedan tidigare och tips från vänner och anhöriga. Det är också få individer som väljer om till någon ny vårdenhet när man väl gjort sitt val. Även dessa trögheter i befolkningens vårdval stämmer väl överens med resultaten från internationell forskning (Dixon et al 2010). I synnerhet de individer som behöver uppsöka vården ofta och sätter stort värde på kontinuitet är mindre benägna att välja ny vårdgivare.

Det innebär dock inte att man är ointresserad av att välja. Många människor läser samma morgontidning under i stort sett hela sitt liv. De flesta av dessa människor är dock knappast ointresserade av att själv välja sin morgontidning. Resultat från forskning om hur individer väljer i primärvården är också helt logiska med tanke på att kontinuitet är viktigt för många patienter. Studier visar att intresset av att kunna välja snarast är högre bland äldre, som i genomsnitt har större vårdbehov och behov av kontinuitet.

I ett konkurrensperspektiv kan befolkningens trögheter till omval betraktas som ett problem. Om patienterna eftersträvar kontinuitet kan detta i värsta fall utnyttjas av mindre nogräknade vårdgivare. Vården och erbjudandena kan urholkas eftersom det ändå finns en preferens för att välja samma hos patienterna. Detta är inte unikt för vårdval utan något som kan ske på alla marknader. Som privatpersoner förväntas vi göra en mängd val i stort sett varje dag, månad och år. Det är en omöjlig uppgift att kalkylera alla för- och nackdelar med olika alternativ vid varje enskilt tillfälle. Istället utvecklar vi vanor som får styra det mesta av vårt beteende. På så sätt kan vi också fokusera vår mentala kapacitet på det som är viktigast för stunden. Därför ”väljer” vi ofta samma morgontidning, bank, elbolag, försäkringsgivare, livsmedelsaffär etc. som tidigare.

För primärvårdens del tillhör val av vårdenhet kanske inte det mest angelägna valet för flertalet i befolkningen. Det är först när vi har anledning att bekymra oss för vår hälsa som ett val kan komma upp på dagordningen och tränga undan alla andra val som ska göras. Det kan betraktas som en utmaning för både landsting och vårdenheter. För landstingen blir det svårare att skapa en väl fungerande konkurrens om individer inte är tillräckligt motiverade att jämföra egenskaper hos alternativ. För vårdgivare blir det en utmaning att ta emot nya individer eftersom dessa troligen är mera vårdkrävande för stunden. Beroende på ersättningssystemens konstruktion kan det ge anledning för vårdgivare att hindra individers möjligheter att välja ny enhet, t.ex. genom att hänvisa till långa egna väntetider och att det är bättre att man vänder sig till den enhet där man redan är listad. Individers trögheter att välja ett nytt alternativ skapar på så sätt även ett beteende på utbudssidan som förstärker barriärerna för omval. En viktig policyfråga för landstingen blir därmed hur man kan underlätta för befolkningens vårdval. Det är inte mängden val som är avgörande för att konkurrensen ska fungera utan snarare hotet att individer ska välja något annat alternativ. Om det är enkelt för individer att välja kan konkurrensen mellan enheter vara högst påtaglig även om det inte görs ett enda omval i landstinget under ett år.

Individers val kan underlättas genom bättre information om alternativen (se Winblad 2011). Det är också möjligt att ge konkret hjälp från en särskilt tillsatt ombudsman till individer som stöter på problem (exempelvis avvisande vårdenheter). En annan möjlighet är att stimulera vårdenheter att lista nya patienter med hjälp av ekonomiska incitament. Men det finns också skäl att se realistiskt på i vilken utsträckning individers vårdval kan selektera bort vårdenheter med sämre medicinsk kvalitet. Som komplement till vårdval måste landstingen agera som uppdragsgivare och utestänga icke-önskvärda vårdenheter från vårdvalsmarknaden, även om dessa vårdenheter skulle ha tillräckligt antal listade. Vårdenheter får på detta sätt bevakning från två håll. Dels från individer avseende främst tillgänglighet, bemötande och andra

egenskaper som patienterna är bäst på att observera, dels från landstingen vad gäller medicinsk kvalitet och prioriteringar som patienter i regel är sämre på att bedöma.

Risk för undervård med kostnadsansvar och fast ersättning

På övergripande nationell nivå är det möjligt att urskilja två modeller i landstingen för vårdenheters kostnadsansvar och ersättningar (Anell 2010). Den ena modellen återfinns i Stockholm och kan förknippas med begränsat kostnadsansvar för familjeläkarmottagningar samt huvudsakligen rörlig ersättning baserad på antal besök. Den rörliga ersättningen kombineras med en fast och åldersbaserad ersättning för de invånare som aktivt listat sig på mottagningen. Den andra modellen återfinns i resterande landsting som i stor utsträckning följt de principer som först utvecklades i Halland. Det innebär ett mera omfattande kostnadsansvar, som inkluderar ersättningsansvar om listade individer väljer att uppsöka andra enheter inom primärvården och ofta även utgifter för allmänläkemedel.

Ersättningsprinciperna i dessa landsting baseras i huvudsak på en fast ålders- eller diagnosbaserad ersättning för individer som listat sig aktivt eller passivt på enheten. I flera landsting kombineras den fasta ersättningen med en mera blygsam rörlig ersättning som motsvarar patientavgifterna. Sett till detaljer finns skillnader inom denna grupp av landsting avseende både vårdgivares uppdrag, hur man får betalt och vilket kostnadsansvar man har. Ett gemensamt drag är dock att vårdenheter i princip får ta ett helhetsansvar för listade individers konsumtion av primärvård, oavsett vid vilken enhet konsumtionen äger rum. Detta förklarar också önskemålen från landstingen att lista hela befolkningen. För vårdgivarnas del innebär detta att man även har kostnadsansvar för sådana vårdinsatser som man inte direkt kan kontrollera, vilket sällan uppskattas från vårdgivarna själva.

För att motverka att vårdgivare undviker att registrera individer med större vårdbehov finns anledning att riskjustera ersättningen utifrån de förväntade kostnaderna (Robinson 2001; Gosden et al 2004). En sådan riskjustering kan dock göras mer eller mindre grovt. En enkel riskjustering baserat på ålder och kön gör det ekonomiskt sett omöjligt för vårdenheter att inrikta sin verksamhet mot exempelvis multisjuka äldre. Det kan på samma sätt finnas anledning för sådana enheter att motarbeta listning av äldre med många sjukdomar och stora behov. För att hantera sådana problem och variationer i de förväntade vårdkostnaderna inom olika åldrar behövs ytterligare riskjustering. En metod är att justera ersättningen för olika diagnoser, t.ex. utifrån ACG ("Adjusted Clinical Groups") som introducerades i Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

Utöver riskjusteringen baserat på förväntad vårdtyngd givet ålder och diagnoser kan det även finnas anledning att justera ersättningen efter socioekonomiska skillnader (Rosen et al 2003). Så görs också i flertalet landstings vårdvalssystem. I en svensk registerstudie visas också att kostnadsvariationer mellan vårdenheter till stor del förklaras av socioekonomi snarare än skillnader i sjukdomsbörda (Borgquist m. fl. 2010). En socioekonomisk ersättning kan på så sätt ge ökad rättvisa i resursfördelningen och bättre förutsättningar för preventiva insatser där behoven är som störst. På individnivå har dock skillnader i sjukdomsbörda störst betydelse. Eftersom det är individer som väljer i ett vårdvalssystem kan därför aldrig en utvecklad

ersättning för socioekonomiska faktorer ersätta riskjusteringen efter förväntat vårdbehov baserat på sjuklighet.

En riskjusterad ersättning utifrån sjukdomsburda och socioekonomi kan lösa problem med att vårdenheter annars ”plockar russin ur kakan” och försöker lista individer där förväntade kostnader är lägre än ersättningen. En riskjustering med hänsyn till både vårdtyngd och socioekonomi blir dock mera komplicerad och leder till högre administrativa kostnader. Oavsett om ersättningen riskjusteras eller inte så ger också en fast ersättning ekonomiska incitament att underbehandla. Med en fast ersättning är det enbart genom att sänka kostnaderna som vårdenheter kan förbättra lönsamheten för de listade patienterna. Det kan i bästa fall ge vårdenheter incitament att utveckla innovationer som leder till nya arbetssätt och bättre vård till lägre kostnader. Men det kan i värsta fall också handla om att vårdenheter inte genomför de återbesök som är motiverade för kroniskt sjuka eller att man snålar på den diagnostik eller behandling som kan anses motiverad och är kostnadseffektiv sett i ett bredare hälsoekonomiskt perspektiv. Det finns också empiriskt visat att läkare ägnar mindre tid åt patienter med fast ersättning jämfört med patienter där ersättningen är rörlig (Melichar 2009).

Med fast ersättning ökar också anledningen för vårdenheter att försöka bli av med kostnader genom att remittera patienterna till någon annan (Krasnik et al 1990; Iversen och Lurås 2000). Det finns förvisso möjligheter att motverka detta problem genom att vidga vårdenheters kostnadsansvar så att den även omfattar remisser. Samtidigt som detta löser problemen med kostnadsöverväldningar så ökar snarast risken för att vårdenheter snålar på den vård som ges. Med ett heltäckande kostnadsansvar finns även anledning för vårdenheter att snåla på de remisser som skickas till andra. I den utsträckning som patienter har information om sådana brister kan naturligtvis vårdval motverka incitamenten. Vid perfekt konkurrens med obegränsad tillgång på information för patienter kommer vårdenheter med svag kvalitet att väljas bort. Men om det finns brister i individens möjligheter eller intresse av att välja, vilket nog stämmer bättre med praktiken, finns anledning för landstinget att komplettera styrningen.

Miller (2009) anger fler olika sätt att balansera de ekonomiska incitament till undervård som följer av en fast ersättning. Ett alternativ är att öka den rörliga ersättningen. Förvisso kan detta innebära att det blir svårare att uppnå kostnadskontroll. En rörlig ersättning riskerar också att konservera ett traditionellt synsätt på hur vårdkontakter ska utföras. Dessa nackdelar ska då vägas mot fördelarna i form av minskad risk för undervård och bättre villkor för nyetableringar. Potentiella nackdelar med rörlig ersättning i form av att vårdkontakter styckas upp för att vårdgivare får betalt per besök är också enklare för patienter att genomskåda. Åtminstone i jämförelse med patienternas möjligheter att bedöma om man får sämre medicinsk vård än vad som är befogat. Andra möjligheter som diskuteras av Miller är att undanta vissa patientgrupper eller kostnader från vårdenheters ansvar, eller att införa en övre gräns för hur mycket kostnadsansvar en vårdenhet ska ta för viss patient. Ytterligare möjligheter är att finansiären ställer direkta krav på att vårdenheter följer riktlinjer för behandling av olika patientkategorier, exempelvis genom ackrediteringsvillkoren. De vårdenheter som avviker från kraven kan bli föremål för medicinsk revision och i sista hand uteslutning från vårdmarknaden. Det är också möjligt att påverka indirekt genom målbaserad ersättning som kopplas till samma riktlinjer.

Flertalet landsting använder sig idag av en målbaserad ersättning som komplement till den fasta ersättningen per individ. Ersättningen är dock en begränsad del av de totala intäkterna för vårdenheter, som mest 4-5%. Internationella erfarenheter från USA och främst brittisk primärvård visar att effekterna av målbaserad ersättning vanligtvis är blygsamma (Anell 2010). Det finns också risk att man styr fel, t.ex. tränger undan den vård som inte belönas. Av stor betydelse är vilken typ av indikatorer som används. Riskerna med de processmått som oftast används i målbaserade program är att man inför ekonomiska incitament att vårda patienter utifrån protokoll och vad som ger mest ersättning, snarare än att man ser till behov och resultat för varje enskild patient. Om agendan i varje kontakt med patienterna bestäms av ett protokoll som anger vilka frågor som ska tas upp och vilka åtgärder som ska ges finns risk att patientens verkliga problem marginaliseras.

För primärvården finns även mer generell kritik att de mål och indikatorer som används i målbaserad ersättning i alltför stor utsträckning baseras på vertikala vårdprogram utifrån enskilda diagnoser. Heath et al (2009) menar att detta synsätt inte tar hänsyn till primärvårdens viktiga uppgift att integrera vården horisontellt. För patienter med flera diagnoser kan summan av följsamhet till alla förslag på insatser sett i det vertikala sjukdomsperspektivet leda till en sämre situation. En viktig uppgift för primärvården är att integrera vården sett till patientens egen situation och kapacitet att tillgodogöra sig behandlingar. De värden som man skapar genom en sådan integration är svårare att mäta och måste utgå från resultaten som de bedöms av patienterna själva.

Påverkan på konkurrensförhållanden

Fast ersättning och mycket kostnadsansvar påverkar också konkurrensförhållandena genom att de ekonomiska incitamenten premierar större eller horisontellt integrerade vårdenheter. Med ett bredare kostnadsansvar för vårdenheter, som inkluderar exempelvis läkemedel och alla förekommande utredningar och behandlingar på primärvårdsnivå, ökar spridningen i kostnaderna på individnivå. Oavsett hur väl man riskjusterar ersättningen kommer det att finnas skillnader i individuella kostnader inom de grupper som identifierats, som blir större ju fler aspekter av vården som inkluderas. De faktiska kostnaderna för alla diabetiker i en viss åldersgrupp är inte helt lika. Skillnaderna ökar om även läkemedel inkluderas. Patienter har helt enkelt olika individuella behov och svarar olika på de läkemedel som sätts in. Det enklaste sättet för vårdenheter att hantera den slumpmässiga kostnadsvariationen är att lista fler individer. Om fler listas så finns större förutsättningar för att ”gungor och karuseller” tar ut varandra. Ersättningen för individer med lägre vårdkostnader än förväntat kompenseras för individer som har högre vårdkostnader än förväntat.

Enligt både Vårdföretagarnas (2010) och Konkurrensverkets (2010) tidigare undersökning finns en begränsad ägarkoncentration bland nya enheter som tillkommit efter införande av vårdval. Ungefär två tredjedelar av antalet nyetableringar tillhörde *inte* någon lokal, regional eller nationell kedja. Ägarkoncentrationen är dock högre om man ser till den sammanlagda privata marknaden inom primärvården. Enligt Konkurrensverkets rapport fanns omkring 450 privata vårdmottagningar i augusti 2010. Praktikertjänst, Carema och Capio ägde tillsammans

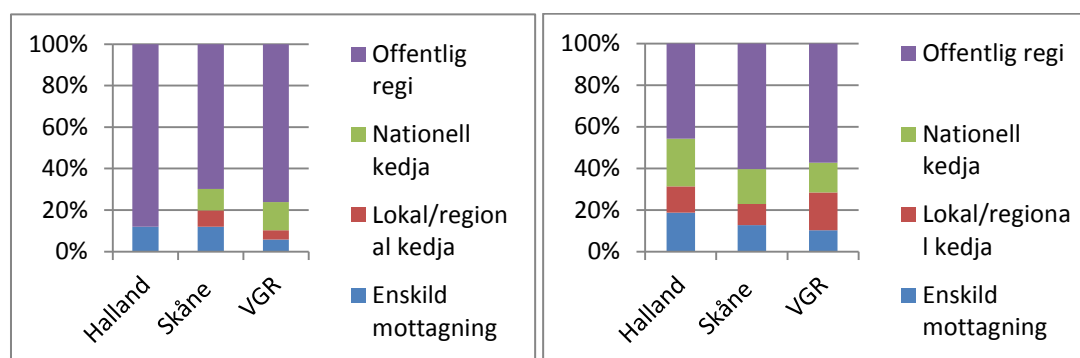
ungefär en tredjedel av dessa. Ytterligare 13 procent av de privata vårdenheterna ägs av mindre kedjor med fler än fem vårdmottagningar inom primärvården. Sammanlagt är det således nära hälften av de privata vårdenheterna som ingår i en lokal, regional eller nationell kedja med fem eller fler enheter.

Den bilden över ägarkoncentrationen stämmer också med mer detaljerad statistik från ett urval landsting. För Stockholms del var 62 procent av antalet mottagningar år 2009 privata. Knappt hälften tillhörde en större aktör. Praktikertjänst var precis som på nationell nivå den största aktören följt av Carema och Capio. Fördelningen mellan offentlig och privat regi i Halland, Region Skåne respektive Västra Götalandsregionen i december 2010 jämfört med före introduktionen av vårdvalsframgång av figur 4. Andelen privata enheter är högre i Halland, som genomförde vårdvalsreformen 2007, jämfört med Region Skåne och Västra Götalandsregionen, som införde motsvarande reform år 2009. Andelen privata enheter som tillhör någon lokal kedja eller nationell aktör är i majoritet i både Halland, Skåne och Västra Götalandsregionen. De största aktörerna är liksom i Stockholm Praktikertjänst, Carema och Capio.

Figur 4. Fördelningen mellan olika typer ägare av vårdenheter inom i primärvården, före vårdval respektive per december 2010.

Före vårdval

December 2010



Not: VGR=Västra Götalandsregionen

Källa: Uppgifter från respektive sjukvårdshuvudman.

Eftersom ägarkoncentrationen inte varierar systematiskt mellan Stockholm och Halland finns ännu inga belegg på att villkoren i Halland premierar en ägarkoncentration. Man ska dock komma ihåg att vårdenheter i Halland inte har kostnadsansvar för läkemedel, vilket reducerar behovet att lista fler för att utjämna kostnader. De befolkningsmässiga förutsättningarna för konkurrens är också sämre i Halland. Om utvecklingen i Skåne och Västra Götalandsregionen kommer att premiera en ökad ägarkoncentration genom samgåenden och uppköp återstår att se. Om så skulle ske behöver det inte betraktas som ett problem i sig. Detta är viktigt att påpeka. En utveckling mot större och/eller horisontellt integrerade enheter skulle också kunna

bidra till att primärvården kan ta det bredare ansvar som skisserats i denna rapportens inledning. Det kan bli enklare att ”hämta hem” primärvård som görs på andra håll och förutsättningarna för att utveckla särskild kompetens för att koordinera andra vårdgivares insatser kan vara bättre. Nationella och regionala kedjor kan också underlätta för de individer som vill ha möjlighet att söka vård på olika orter utan att välja om, t.ex. både där man bor och arbetar eller där man har sitt fritidshus. En ytterligare fördel är att horisontellt integrerade kedjor med egna varumärken har ekonomiska incitament att utöva intern kontroll så att de vårdenheter som ingår i kedjan följer regelverket och har god kvalitet. En enskild vårdenhet med dålig kvalitet skadar nämligen inte bara sig själv utan även andra vårdenheter som verkar under samma varumärke. Det är en stor skillnad jämfört med enskilda privata alternativ där det enbart är landstinget som har incitament och möjligheter att utöva motsvarande kontroll.

En utmaning för större enheter är att befolkningen i genomsnitt tenderar att vara mer nöjda med mindre enheter (Glenngård, pågående arbete). Det ger större enheter anledning att fundera på hur man kan kombinera fördelarna med många listade med de små enheternas bättre resultat för patientnöjdhet. En möjlig väg är att i större utsträckning arbeta med filialer med olika placeringar men med gemensam ekonomi. Även i detta avseende kan horisontellt integrerade kedjor ha fördelar framför andra. Landstingen har anledning att utforma de egna uppdragsbeskrivningarna och villkoren för ackreditering så att flexibla lösningar som kan kombinera fördelar hos små och stora enheter möjliggörs.

Vilken primärvård vill vi ha i framtiden?

Inom svensk primärvård finns numera snarast utrymme för mer konkurrens och innovationer än vad som finns i andra länder där privata aktörer varit i majoritet under lång tid. I andra länder förekommer ofta begränsningar i befolkningens möjligheter att välja primärvård, t.ex. att man bara får välja ny vårdgivare en gång per år och bara välja vårdgivare i närheten av där man bor. Etableringsfriheten för nya aktörer är ofta mer begränsad. Stora sjukvårdsföretag ägda av riskkapitalister är ovanliga. Inte sällan har de befintliga privata aktörerna själva strävat efter att behålla olika former av konkurrensbegränsningar och hinder för nya ägare. I Sverige har privata aktörer som kan ha mycket att förlora på en omreglering tidigare saknats. Numera finns privata aktörer inom primärvården som kommer att hävda sina intressen på annat sätt än vad som varit möjligt för offentliga vårdcentraler. Det kan vara bra för både primärvården och patienterna. Men det kommer samtidigt att bli viktigt för landstingen att ”vårda marknaden”.

Som visats i diskussionsunderlaget finns barriärer för individers val av vårdenhet. Det gäller framför allt intresset att ta reda på information om alternativen och göra ett väl avvägt val. För de patienter som är mest intresserade av att välja är förmodligen kontinuitet en av de viktigaste egenskaperna man söker hos vårdgivare. Det innebär att bristerna måste vara uppenbara för att man ska investera i ett nytt val. Detta är egentligen inte unikt för vårdval i primärvården utan gäller även när vi väljer bank, försäkringsbolag, morgontidning, elleverantör etc. Det mest av våra ”val” styrs av vanor och att vi ger de leverantörer vi tidigare

valt förnyat förtroende. Det är först när gapet blir tillräckligt stort mellan det vi får från befintliga leverantörer och det vi tror oss kunna få från någon annan som vi väljer något nytt. För vårdgivare kan det bli svårt att locka till sig nya listade som representerar en normalbefolkning. Ett byte av vårdenhet aktualiseras förmodligen mest bland dem som av någon anledning har behov av vårdkontakter och är missnöjda. I det korta tidsperspektivet lär därför kostnaderna av att lista någon ny individ bli högre än intäkterna för vårdgivare. Följden kan bli att man på olika sätt försöker hindra individers val.

Det finns därför anledning för landstingen att stödja individers val och att förbättra konkurrensen mellan vårdenheter så långt möjligt. Det kan åstadkommas på flera sätt:

- Möjliggöra fler alternativ genom att se till att etableringshindren för nya aktörer inte blir för stora. Landstingens ackrediteringsvillkor bör främja innovationer och vara flexibla avseende verksamhetens organisation.
- Öka konkurrensen genom att sälja ut verksamhet i egen regi till privata aktörer. Omregleringen inom apoteksbranschen där enheter sålts i kluster och där särskilt kluster premierar enskilda ägare kan ge värdefulla lärdomar.
- Bättre information om alternativen, vilket kräver större satsningar på att utveckla uppföljningssystemen respektive indikatorer som kännetecknar en bra primärvård.
- En särskild ombudsman kan få uppdraget att kartlägga olika hinder för val och vara en resurs som enskilda individer kan vända sig till vid problem. Det kan vara en poäng att skilja detta uppdrag från landstinget så perspektivet renodlas. Möjligen kan flera landsting dela på resursen.

Individers val kan också främjas eller motverkas via ersättningssystemens konstruktion. Som noterats i diskussionsunderlaget finns risk för undervård med de lösningar i form av fast ersättning och mycket kostnadsansvar som de flesta landsting använder sig av. Sådana ekonomiska villkor premierar dessutom stora enheter och horisontell integration, vilket kan ge negativa effekter på möjligheterna att skapa konkurrens. Utvecklingen i landstingens väcker mot denna bakgrund flera frågor:

- Kan den fasta ersättningen bli mer riskjusterad, så att man tar hänsyn till mer specifika förväntade kostnader inom olika patientgrupper? Finns anledning för fler landsting att följa de principer med ersättning utifrån diagnos som infördes först i Region Skåne och Västra Götalandsregionen?

- Kan den fasta ersättningen bli mer prospektiv, t.ex. genom att vårdenheter som listar ny individ ges ett års ersättning i förskott, med återbetalningsplikt om individen väljer annan enhet under denna period?
- Kan man som alternativ utbetala en extra fast ersättning, t.ex. dubbla kapiteringen eller annat fast belopp, för vårdenhet som tar emot ny listad?
- Väger den fasta ersättningen för tungt i förhållande till en rörliga? Finns anledning att öka den rörliga ersättningen? Finns möjligheter att i så fall få in ett hälsoekonomiskt ”tänk” så att man premierar kostnadseffektiva aktiviteter och insatser?
- Vilken typ av vertikala indikatorer kan användas i målbaserad ersättning till primärvård, för att lyfta fram primärvårdens uppgift att se till individer i sin helhet snarare än individers diagnoser?
- Har vårdenheter belastats med alltför mycket kostnadsansvar, t.ex. för diagnostik, läkemedel och behandlingar av sjukgymnaster, psykologer m.fl.? Finns anledning att undanta vissa kostnader eller patienter med de tyngsta behoven?

Oavsett utformning av ersättningssystemen och kostnadsansvaret kommer det att finnas brister i de ekonomiska incitamenten. Det gäller i all form av styrning. En viktig egenskap i alla styrsystem är därför att de underliggande bristerna fångas upp. Med den utformning av de ekonomiska incitamenten som hittills dominerat i landstingen finns risk för undervård och att individers vårdval undergrävs. En cynisk kommentar är att detta kanske inte alltid upplevs som ett problem bland landstingen som finansiärer. Det blir enklare att kontrollera kostnaderna och mindre krångligt om få väljer om. Problemen är inte heller så synliga. Problem till följd av en rörlig besöksersättning är på så sätt mer transparenta. Om besöken styckas upp i onödan lär åtminstone en del patienter märka och påtala detta. En utveckling mot glesare besök bland multisjuka äldre eller mer restriktiva indikationer för diagnostik och behandling är svårare för en lekman att uppmärksamma. Som patient tycker man nog dessutom att besök i onödan (när ett telefonsamtal eller mail varit tillräckligt) är ett mindre problem jämfört med om man inte får tillgång till den vård man har behov av.

De ekonomiska incitamenten som följer av vårdval, kostnadsansvar och ersättningsprinciper måste därför kompletteras med annan styrning. Det finns anledning att satsa mer resurser på uppföljning och revision av vårdenheters medicinska kvalitet och praxis på sätt som sker i t.ex. Region Skåne. En typ av revision kan göras utifrån teman och med syftet att hjälpa vårdenheter att utvecklas. Den typen av revisioner kan betraktas som en kvalitetsstämpel och kan kommuniceras som positiv signal till befolkningen. En annan typ av revision kan göras på förekommen anledning om den kontinuerliga uppföljningen ger anledning. Det måste naturligtvis också finnas incitament för vårdenheter att ta landstingens uppföljning och revision på allvar. Om anledning finns bör landstingen ställa krav på förändring inom viss tid och ytterst att man utestänger vårdenhet från vårdmarknaden. Likväl som det ska vara enkelt

att ta sig in på vårdmarknaden ska det finnas tydliga regler för ”exit” om man inte klarar landstingens krav.

Revisioner och beslut bör vara transparenta gentemot befolkningen precis om annan uppföljning av kvalitet i primärvården. På detta sättas skapas tryck på vårdenheter från två håll. Dels från individer utifrån de egenskaper som individer är bäst på att bedöma (tillgänglighet, bemötande etc.); dels från landstingen avseende de egenskaper som patienter i regel är sämre på att bedöma (medicinsk kvalitet, koordinering av andras insatser etc.). En transparent uppföljning i kombination med medicinska revisioner som baseras på primärvårdens egen kompetens leder därutöver även till ett ökat kollegialt tryck på verksamheten.

Uppföljningen och kraven måste naturligtvis anpassas till vad man vill att primärvården ska åstadkomma. Om det är önskvärt att primärvården ska ta ett större ansvar för den samlade öppenvården måste ersättningsnivåerna anpassas därefter. Om en utveckling mot större ansvar för koordinering av andras insatser är önskvärd och ingår i åtagandet så måste detta uppdrag ersättas och följas upp likaväl som den allmänmedicinska kvaliteten. Primärvårdens roll som koordinator av andras insatser är inte alls självklar. Multisjuka äldre kräver ofta avancerad vård (Wahlund 2010) och insatserna från specialistvården kan vara långt mera betydande än insatserna från primärvård. Någon måste dock ta ansvar för att insatserna blir bättre koordinerade och man kan hävda att primärvården har en unik position och möjlighet att arbeta förebyggande så att åtminstone en del av de problem som alltför ofta uppstår undviks. En förändrad primärvårdspraktik som kan bidra till lösningar för multisjuka äldre är angelägen även om den inte är självklar.

En stor del av diskussionen i detta underlag har utgått från ekonomiska incitament för vårdgivare. Det är naturligtvis också relevant att diskutera hur incitamenten för vårdsökande individer kan ändras. Kan man införa ekonomiska incitament som innebär att individer får större anledning att välja primärvård och vara trogen den vårdenhet man valt, t.ex. via än mer differentierade patientavgifter? Enligt tidigare argument i underlaget är det förmodligen fel strategi att på kort sikt tvinga in individer i primärvården genom att införa remisstvång eller andra restriktioner. Ett bättre alternativ är att bygga på positiva incitament som inte riskerar att skada förtroendet för primärvård. Det finns generellt sett anledning att ta större hänsyn till hur primärvårdens förtroende i befolkningen påverkas vid beslut om verksamhetens uppdrag och ekonomiska villkor. Befolkningens förtroende är förmodligen helt avgörande för att primärvården ska kunna utvecklas på ett positivt sätt.

Med dessa utgångspunkter behövs en ny vision för svensk primärvård som baseras dels på vårdvalets logik, dels på vilken ny roll primärvården ska ha i hälso- och sjukvården. En ny vision måste dock komma från primärvården själv och baseras på forskning för att vara långsiktigt hållbar. Det behövs därför forskningscenter som kan driva utvecklingen om primärvårdens roll och organisation genom att ta fram ny kunskap. Det finns också utrymme för en branschorganisation för primärvård som kan lyfta fram och utveckla just primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet och utgöra bryggan mellan forskning, praktik och policy. För båda verksamheterna krävs att inte minst allmänläkarna själva tar ett ledningsansvar.

Referenser

- Anell, A. (2005) Primärvård i förändring. Studentlitteratur: Lund.
- Anell, A. (2010) Choice and privatization in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*. doi:10.1017/S1744133110000216.
- Anell A. (2010) Värderna i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.
- Borgquist L, m. fl. (2010) Primärvårdsersättning efter socioekonomi eller sjukdomsbörda. *Läkartidningen*; 37: 2158-2163.
- Chernew, M.E., Sabik, L., Chandra, A., Newhouse, J.P. (2009), "Would having more primary care doctors cut health spending growth?" *Health Affairs*; 28(5): 1327-1335.
- Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N, Magee H. (2010) Patient Choice – How patients choose and how providers respond. London: The Kings Fund.
- van Doorslaer E, et al. (2006) Unequal access to medical care in the OECD countries. *CMAJ*; 17: 177-183.
- Glenngård A, Anell A, Beckman A. (2011) Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy*.
- Gosden, T. m.fl. (2004), "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians." *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library.
- Le Grand, J. (2007), *The Other Invisible Hand*. Princeton University Press: Princeton.
- Heath I, et al. (2009) Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ*; 338: 911-913.
- Heidenheimer A J. (1980) Conflict and compromises between professionals and bureaucratic health interests 1947–72. I Heidenheimer A J, Elvander N, (red.) *The Shaping of the Swedish Health System*. Croom Helm: London.
- Iversen, T., Lurås, H. (2000), "The effect of capitation on GP:s referral decisions." *Health Economics*; 9: 199--210.
- Janlöv N. (2010) Measuring Efficiency in the Swedish Health Care Sector – Levels, Trade-offs and Determinants. Doktorsavhandling, Nationalekonomiska inst, Lunds universitet.
- Konkurrensverket (2010) Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3.
- Krasnik, A., Groenewegen, P.P., Pedersen, P.A., Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., Flierman, H.A., Damsgaard, M.T. (1990), "Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice." *British Medical Journal*; 360: 1698--1701.

Kroneman et al. (2006) Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy*; 76: 72-79.

Lamarche, P.A. et al (2003), Choices for change: The path for restructuring primary healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation (www.chrsf.ca).

Melichar, L. (2009) The effect of reimbursement on medical decision making: Do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? *Journal of Health Economics*; 28: 902-907.

Miller, H. D. (2009), "From volume to value: Better ways to pay for health care." *Health Affairs*; 28(5): 1418--1428.

Paulsson, G. (2009), Vårdval Halland. Utvärderingsrapport 2008.

SOU (1948:14) Den öppna läkarvården i riket. Stockholm.

Rehnberg C, m.fl. (2010) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska institutets folkhälsoakademi rapport 2010:12.

Robinson, JC. (2001), "Theory and practice in the design of physician payment incentives." *The Milbank Quarterly*; 79(2): 149--177.

Saltman, RB (2005) Primary care in the driver's seat? John Fry Lecture, Nuffield Trust: London.

Saltman, R.B., Rico, A., Boerma, W. (red.) (2006), Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press: Berkshire.

Starfield B. (1998) Primary care – Balancing health needs, services and technology. Oxford University Press: New York.

Svalander PA. (1999) Primärvården inför framtiden – "ett sprucket krus". Landstingsförbundet: Stockholm.

SKL och Socialstyrelsen (2010) Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. SKL och Socialstyrelsen: Stockholm.

SKL (2010) http://www.skl.se/press/nyheter_2/mest-sjuka-aldre-kartlagda

Vårdföretagarna (2010) Vårdutbudet och vårdvalet. Rapport från Vårdföretagarna.

Wahlund L-O. (2010) Ökat antal multisjuka ställer krav på sjukvården. *Läkartidningen*; 44: 2702.

WHO (2008), The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. World Health Organization: Geneva.

Winblad U. (2011) Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården? Diskussionsunderlag inför workshop 10 maj 2011.