

PM 2017:4

Primärvården i Europa

En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse

Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN: 978-91-87213-78-6
www.vardanalys.se

Primärvården i Europa

En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektör Fredrik Lennartsson.
Projektdirektör Nils Janlöv har varit föredragande.

Stockholm 2017-12-13

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson

Generaldirektör

Nils Janlöv

Föredragande

Förord

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsunderlag som analyserar förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. I uppdraget har vi genomfört flera delstudier med utgångspunkt i befintlig kunskap och data. Baserat på dessa studier sammanfattar vi kunskapen och identifierar lärdomar för den fortsatta utvecklingen av primärvården. Vi identifierar tre utvecklingsområden för att primärvården ska bli den tydliga bas i hälso- och sjukvården som den är tänkt att vara - primärvårdens uppdrag och funktion behöver tydliggöras, den behöver få en ändamålsenlig kompetens och resurser samtidigt som dess utvecklingskraft och förutsättningar för lärande behöver stärkas. Resultaten presenteras i rapporten *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (2017:3)*.

Som en del i detta uppdrag vände sig Vårdanalys till Clas Rehnberg, professor vid Karolinska Institutet, för att göra en övergripande redogörelse av primärvårdens finansiering, organisation, roll och funktion i ett antal Europeiska OECD-länder. Denna promemoria är hans redovisning av arbetet och ett underlag till Vårdanalys huvudrapport (2017:3). Just nu pågår intensiva diskussioner om hur svensk primärvård kan stärkas. Det är vår förhoppning att denna promemoria kan tjäna som ett kunskapsunderlag för dessa diskussioner.

Stockholm i december 2017

Fredrik Lennartsson
Generaldirektör

Sammanfattning

En väl fungerande primärvård bidrar till övergripande hälsopolitiska målsättningar, vilket flera studier visar. Generellt har primärvården en viktig roll som "första linjens vård", med vilket avses vård av lindrigare akut karaktär, vård av kroniskt- och multisjuka som inte behöver annan specialist- eller sjukhusvård samt i viss mån jour- och akutverksamhet på kvällar och helger. Tillgång till primärvårdstjänster har i flertalet länder även en fördelningsprofil som gynnar låginkomsttagare i jämförelse med andra öppna vårdformer.

Med en väl fungerande och tillgänglig primärvård stärks dessutom förutsättningarna att ge vård på rätt nivå, vilket anses bidra till såväl positiva hälsoeffekter som en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Primärvården har även en roll för att koordinera patientens vård i sjukvårdssystemet.

Det finns stora skillnader mellan olika länder beträffande vårdens finansiering, organisation och struktur – även om det råder en relativt stor enighet om att primärvården har en central roll inom hälso- och sjukvården. Det gäller hur ersättningssystemen har utformats, vilka ägandeformer som förekommer, primärvårdens storlek och i vilken utsträckning målsättningar och resultat uppnås. Sammanställningar och jämförelser har gjorts mellan primärvårdssystem i olika länder men det föreligger knappast konsensus om vilken struktur och organisation som är att föredra.

Syftet med föreliggande rapport är att ge en övergripande redogörelse för primärvårdens finansiering, organisation, roll och funktion i ett antal europeiska OECD-länder med liknande hälsopolitiska målsättningar som det svenska systemet. Det gäller mål som allmän tillgång, jämlik vård samt liknande vårdstandard oavsett inkomst och geografi. Länder med mer renodlad marknadsstyrning av hälso- och sjukvården – som USA – har inte tagits med i sammanställningen. Avsikten är att tillämpa en komparativ ansats för att identifiera skiljelinjer mellan sjukvårdssystem liksom gemensamma trender och utmaningar.

Ett delsyfte är även att kartlägga tillämpningar av väsentliga styrmekanismer som används på såväl central som regional nivå för primärvården. Andra aspekter som belyses i rapporten är en kartläggning av resurser, effekter och fördelningsaspekter kopplade till styrsystem och ersättningsprinciper.

SÅ HÄR HAR VI GENOMFÖRT STUDIEN

Rapporten har en övergripande karaktär med syfte att visa hur svensk primärvård förhåller sig till andra sjukvårdssystem för ett antal indikatorer om struktur, organisation men även vissa måluppfyllelser. Analysen baseras på en genomgång av relevant litteratur av dels rapporter och statistik från ett antal internationella organisationer, dels ett urval av vetenskapliga artiklar. Rapporten gör inte gällande att vara en fullständig litteraturgenomgång av området. Underlag för statistik och jämförelser kommer främst från olika studier av internationella organisationer som OECD, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies samt Commonwealth Fund. Jämförelser av hur primärvårds-

system fungerar i olika länder är förknippat med problem som skillnader i definitioner och tillgång till statistik. Under senare år har dock flera internationella organisationer, men även forskare, mer systematiskt kartlagt och analyserat strukturer och organisatoriska aspekter i relation till insatta resurser, prestationer och måluppfyllelser. En fördel med dessa sammanställningar är utarbetandet av mer enhetliga definitioner och mer jämförbar statistik, även om det fortfarande återstår problem med jämförelser. I dessa översikter framgår även att det finns strukturella och kontextuella skillnader mellan länder som bland annat berör omfattningen av primärvårdens uppdrag, avgränsningen mot såväl specialist- och sjukhusvård som mot äldreomsorg samt skillnader i hälsostatus och levnadsförhållanden.

RESULTAT OCH SLUTSATSER

Offentlig finansiering dominerar – tilläggsförsäkringar reglerade

Utvecklingen inom de europeiska OECD-länderna har gått mot en ökad eller bibehållen hög andel offentlig finansiering av såväl primärvård som övrig hälso- och sjukvård. Länder med socialförsäkringssystem uppvisar idag samma andel offentlig finansiering som skattebaserade system. Den privata finansieringen består till största delen av patientavgifter och en mindre del tilläggsförsäkringar. I flera länder tas inga patientavgifter ut i primärvården, vilket ofta är kombinerat med ett remissförfarande till specialistvård. Inom primärvården spelar tilläggsförsäkringar en mindre roll. Vissa undantag finns, till exempel Danmark, där invånarna kan teckna en tilläggsförsäkring som innebär att man har rätt till annan specialistvård utan remiss. I Tyskland finns sedan en längre tid möjligheten att gå ur den obligatoriska socialförsäkringen om man som individ/familj kan visa att man tecknat en privat sjukvårdsförsäkring som täcker fler tjänster än socialförsäkringen.

Primärvårdens andel av resurserna låg i Sverige

Generellt sett utgör primärvården en mindre andel av de totala resurserna inom hälso- och sjukvården i jämförda länder. Oavsett mått på andelen av den totala hälso- och sjukvården är det emellertid uppenbart att svensk primärvård relativt sett är resursmässigt svag och har en mindre andel av resurserna när det gäller läkare. Även vårdutnyttjandet inom svensk primärvård är lägre än i de flesta jämförbara länder. Utvecklingen visar dessutom att i flertalet länder är primärvårdens andel av de totala resurserna konstant eller minskar något. I andra länder sker detta dock utifrån en högre nivå än i Sverige.

Kombinerade ersättningsprinciper vanligast

Utvecklingen i flertalet länder har gått mot att olika ersättningsprinciper kombineras. Tidigare har vissa länder haft renodlade prestationsersättningar baserade på besök eller åtgärder, medan andra tillämpat fasta ersättningsprinciper baserade på budgetanslag eller kapitering. Idag dominerar kombinationer av principer där rörlig prestationsersättning kombineras med olika kapiteringsmodeller. Kapiteringsandelen i ersättningarna har även utvecklats med indikatorer för vårdbehov.

Tyngdpunkten mellan olika ersättningsprinciper varierar mellan länderna. I den mån ersättning baseras på kvalitetsindikatorer utgör denna andel i regel en mindre del. Ersättningsystemen i de flesta svenska landsting domineras av fast ersättning – i likhet med

principerna i länder som Finland, Island och Italien. Ersättningssystemet i Stockholms läns landsting skiljer sig från många andra landsting i Sverige men uppvisar istället likheter med flera europeiska länder med en högre andel rörlig ersättning, som Danmark, Norge och Nederländerna.

I flera länder pågår en utveckling för att förbättra ersättningssystemen och anpassa dem till utvecklingen av nya arbetssätt, organisationsformer, behandlingsmetoder och ny teknologi. Det gäller inte minst utformningen av prestations- och kvalitetsbaserade ersättningssystem för nya typer av tjänster och arbetssätt. Ett uppmärksammat system är det brittiska som kombinerar målrelaterad ersättning med kapitering. En annan intressant ersättningsform som provas i Nederländerna är kapitering för patienter med kroniska sjukdomar där vårdgivaren har ett totalt ansvar under ett år och där patienten kan välja vårdgivare.

Privata driftsformer dominerar

I samtliga socialförsäkringssystem finns en lång tradition med privata primärvårdsenheter. Den privata vården dominerar även i de flesta skattebaserade system, där Sverige och några länder utgör undantag. I regel finns även en reglerad konkurrens mellan vårdgivare. Den privata driftsformen är med få undantag kombinerad med en offentlig finansiering. I flertalet länder domineras ägandeformerna av läkarägda mottagningar som drivs som aktiebolag eller motsvarande. Inslaget av privat icke vinstdrivande primärvård är i dessa länder mycket litet.

Lång tradition av valfrihet

Möjligheten att välja läkare eller mottagning inom primärvården har funnits en längre tid i socialförsäkringssystem och i flera skattebaserade system som Danmark och Storbritannien. I Norge och senare i Sverige har valfrihetsreformer genomförts under de senaste decennierna. Valfriheten är dock reglerad utifrån hälsopolitiska målsättningar om allmän tillgång och lika villkor för samtliga medborgare. Det gäller bland annat uttag av avgifter, etablering, ackreditering och principer för listning.

Utveckling mot större teambaserade organisationer

I flertalet länder har primärvårdens organisation varit baserad på relativt små läkarmottagningar med endast läkare och sjuksköterskor anställda. Det finns emellertid stora variationer mellan länderna och utvecklingen går mot större enheter där även andra professioner är anställda vid mottagningarna. Sverige har vid en internationell jämförelse stora vårdcentraler med ett bredare utbud av fler professioner och mer av teamarbete. Flera studier tyder på att en nackdel med stora enheter kan vara bristande kontinuitet och där uppvisar Sverige internationellt sett ett sämre resultat.

Tillgången till primärvård utanför kontorstid är begränsad

Primärvårdens utbud är i flertalet länder begränsat till kontorstid under vardagar. Det finns emellertid skillnader där enskilda läkare och mottagningar i vissa länder är tillgängliga under ickekortstid. Andra organisationsformer bygger på samverkan mellan olika primärvårdsenheter och uppbyggnad av jourmottagningar. Utvecklingen mot målsättningen att minska sjukhusens ansvar för att omhänderta mindre allvarligt akuta besvär innebär en utökad roll för primärvården utanför kontorstid för att kunna avlasta sjukhusvården. I flera

länder noteras dock ett visst motstånd från professionen mot utökade öppettider inom primärvården.

Jämlik vård – större vårdutnyttjande av socioekonomiskt svaga grupper inom primärvården

I de mer systematiska jämförelser som genomförts av jämlikt vårdutnyttjande framgår tydligt att primärvården i så gott som samtliga ingående länder har en profil som gynnar låginkomsttagare. Primärvården uppvisar ett större vårdutnyttjande för lägre inkomstgrupper (så kallad *pro poor*), medan övrig specialiserad öppenvård vanligtvis uppvisar ett omvänt förhållande (så kallad *pro rich*). Detta gäller även vid kontroll för skillnader i behov, i såväl socialförsäkringssystem som skattebaserade system. Primärvården kompenserar således för ett ojämnt vårdutnyttjande i den specialiserade öppenvården. Utifrån en deskriptiv analys förefaller inte inslag av valfrihet och privata driftsformer påverka denna fördelning vid en jämförelse mellan länder. Flera länder med både valfrihet och privata driftsformer inom primärvården visar på ett relativt jämlikt vårdutnyttjande.

Bristande tillgänglighet och svagt omdöme om svensk primärvård

I en internationell jämförelse uppvisar svensk primärvård sämre resultat för ett antal indikatorer med relevans för primärvården. Det är emellertid svårt att jämföra primärvårdens prestationer och effekter mellan länder. Utifrån befintlig statistik tycks Sverige ha satsat mindre på primärvård än andra länder; tillgänglighet, samordning och kontinuitet är sämre samtidigt som såväl patienter som professionen uttrycker visst missnöje. För indikatorer som antibiotikaföreskrivning uppvisar däremot Sverige goda resultat.

Avslutande synpunkter

Avslutningsvis kan vi konstatera att det föreligger stora skillnader i hur primärvården är strukturerad och organiserad i de västeuropeiska länderna. I litteraturen finns referenser där vissa primärvårdssystem betraktas som förhållandevis starka. Utgångspunkten har då varit att primärvårdens andel av de totala resurserna är relativt stora i länder som Danmark, Nederländerna, Norge och Storbritannien (Kringos m.fl. 2015). Även om vi betraktar dessa fyra länder i relation till sammanställningen i denna rapport är det svårt att uttala sig om en enhetlig optimal struktur och organisation av primärvården som leder till de bästa prestationerna eller resultaten. De fyra länderna satsar visserligen en större andel av resurserna och har ett högre vårdutnyttjande av primärvård än Sverige. Samtidigt uppvisar de skillnader i struktur och organisation.

Generellt uppvisar flertalet länder i studien större satsningar på primärvården i jämförelse med Sverige. Såväl andelen allmänläkare av den totala läkarkåren som antalet läkarbesök per invånare i öppenvården är betydligt lägre i Sverige. Dessa resultat överensstämmer med bedömningar av medborgare och patienter att tillgängligheten är sämre i svensk primärvård. Den svenska primärvården uppvisar även sämre resultat när det gäller kontinuitet, undvikbar slutenvård och potentiellt undvikbara besök vid akutmottagning. När det gäller ändamålsenlig antibiotikaföreskrivning ligger Sverige på samma nivå som de bästa länderna.

Innehåll

1 Inledning	11
1.1 Så här har analysen genomförts.....	12
1.2 Rapportens disposition	12
2 Resurser, finansiering och organisation	13
2.1 Kostnader och resurser	13
2.2 Finansiering av primärvård	16
2.3 Ersättningsprinciper inom primärvård	18
2.4 Struktur och organisation	21
2.5 Valfrihet och etablering	23
3 Effekter och måluppfyllelse	27
3.1 Vårdutnyttjande	27
3.2 Tillgänglighet	28
3.3 Effekter av primärvårdens arbete – kvalitet och omdömen.....	32
3.4 Fördelningsaspekter – jämlik vård	35
4 Styrmekanismer och regleringar	39
4.1 Styrmekanismer	39
4.2 Avslutande synpunkter	44
Referenser.....	46
Bilaga.....	50

1 Inledning

Primärvårdens centrala roll inom hälso- och sjukvårdssystemen har betonats i såväl internationella som nationella sjukvårdspolitiska målsättningar. Vid WHO:s konferens 1978 antogs den så kallade Alma-Ata-deklarationen, där primärvårdens betydelse inom hälso- och sjukvård och folkhälsoarbete poängterades. Primärvårdens roll inom sjukvårdssystemen avser förebyggande insatser, rehabilitering, koordinering av vård, ”grindvaktfunktion” med mera. I flera länder utgör primärvårdssektorn en större andel av den totala hälso- och sjukvården än i Sverige. Behovet av att stärka och bygga ut primärvården i Sverige har tidigare diskuterats och senast aktualiserats i utredningsbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2).

Det finns en utbredd uppfattning att en väl fungerande primärvård bidrar till övergripande hälsopolitiska målsättningar (Starfield 2006). Generellt har primärvården en viktig roll som ”första linjens vård”, med vilket avses vård av lindrigare akut karaktär, vård av kroniskt sjuka och multisjuka som inte behöver annan specialist- eller sjukhusvård samt i viss mån jour- och akutverksamhet på kvällar och helger. En väl utbyggd primärvård väntas också bidra till en mer jämlik hälso- och sjukvård.

Empirisk forskning från flertalet länder tyder till exempel på att tillgången till primärvårdstjänster har en jämlik profil som gynnar låginkomsttagare i jämförelse med andra öppna vårdformer (van Doorslaer m.fl. 2006, Devaux och de Looper 2012). Med en väl fungerande och tillgänglig primärvård ökar förutsättningarna att ge vård på rätt nivå, vilket bidrar till såväl hälsoeffekter som en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Primärvården ska även koordinera patientens vård i sjukvårdssystemet (Starfield m.fl. 2005). Studierna är dock inte entydiga när det gäller primärvårdens bidrag till en övergripande effektivitet inom hälso- och sjukvården (Kringos m.fl. 2013).

Även om det råder en relativt stor enighet om att primärvården har en central roll inom hälso- och sjukvården är skillnaderna stora mellan länder när det gäller vårdens finansiering, organisation och struktur. Det gäller hur ersättningssystem utformats, ägandeformer, sektorns storlek och i vilken utsträckning målsättningar och resultat uppnås. Sammanställningar och jämförelser har gjorts mellan primärvårdssystem i olika länder, ändå föreligger knappast konsensus om vilken struktur och organisation som är optimal (Starfield m.fl. 2005, Kringos m.fl. 2013, Masseria m.fl. 2009).

Syftet med föreliggande rapport är att på en övergripande nivå redogöra för primärvårdens finansiering, organisation, roll och funktion i ett antal europeiska OECD-länder med liknande hälsopolitiska målsättningar. Det gäller mål som allmän tillgång, jämlik vård samt liknande vårdstandard oavsett inkomst och geografi – som det svenska. Länder med mer renodlad marknadsstyrning av hälso- och sjukvården, till exempel USA, har inte tagits med i sammanställningen. Avsikten är att tillämpa en komparativ ansats för att identifiera skilje-linjer mellan sjukvårdssystem liksom gemensamma trender och utmaningar.

Ett delsyfte är även att kartlägga tillämpningar av de huvudsakliga styrmekanismer som används på såväl central som regional nivå för primärvården. Andra aspekter som belyses i

rapporten gäller kartläggning av resurser, effekter och fördelning kopplade till styrsystem och ersättningsprinciper.

1.1 SÅ HÄR HAR ANALYSEN GENOMFÖRTS

Rapporten har en övergripande karaktär med syfte att visa hur svensk primärvård förhåller sig till andra sjukvårdssystem för ett antal indikatorer om struktur, organisation men även vissa måloppfyllelser. Analysen baseras på en genomgång av relevant litteratur, dels rapporter och statistik från ett antal internationella organisationer, dels ett urval av vetenskapliga artiklar. Rapporten är inte en fullständig litteraturgenomgång av området. Underlag för statistik och jämförelser kommer främst från olika studier av OECD, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies samt Commonwealth Fund. Jämförelser av hur primärvårdssystem fungerar i olika länder är förknippat med problem som skillnader i definitioner och tillgång till statistik. Under senare år har dock flera internationella organisationer, men även forskare, mer systematiskt kartlagt och analyserat strukturer och organisatoriska aspekter i relation till insatta resurser, prestationer och måloppfyllelser. En fördel med dessa sammanställningar är utarbetandet av mer enhetliga definitioner och mer jämförbar statistik, även om det fortfarande återstår problem med jämförelser. I dessa översikter framgår även att det finns kontextuella skillnader mellan länder som bland annat berör omfattningen av primärvårdens uppdrag, avgränsningen mot såväl specialist- och sjukhusvård som mot äldreomsorg.

1.2 RAPPORTENS DISPOSITION

Rapporten inleds med en redogörelse för resurser, finansiering och organisation av primärvården för de aktuella länderna. I denna del redovisas skillnader mellan länder som gäller primärvårdens kostnader och resurser som andel av hälso- och sjukvården. Vidare beskrivs i vilken utsträckning finansieringen omfattar samtliga medborgare samt vilka ersättningsprinciper som dominerar i olika länder. Avsnittet om struktur och organisation behandlar ägandeformer, primärvårdsenheternas storlek och uppdrag samt andra skillnader i utbudet av primärvård. Dessutom redovisas hur medborgarnas möjligheter och rätt till valfrihet inom sektorn regleras.

Därefter följer ett kapitel med olika dimensioner av resultat och måloppfyllelse. Detta avsnitt baseras på indikatorer som redovisats i litteraturen om effekter som kan kopplas till primärvårdens funktion och arbetssätt. Det gäller olika mått på tillgänglighet, kontinuitet, bedömningar av medborgare och profession, effekter för andra vårdformer samt den socioekonomiska fördelningen av primärvårdstjänster.

Avslutningsvis i rapporten diskuteras jämförelser av olika dimensioner av primärvårdssystemens egenskaper, struktur och uppnådda resultat. Ett antal observationer med relevans för svensk hälso- och sjukvård anges.

2 Resurser, finansiering och organisation

Primärvården ingår som en vårdform i det totala hälso- och sjukvårdssystemet i ett land och delar därmed i regel grundprinciper om främst finansiering samt i vissa fall organisation och ägandeformer med den övriga vårdsektorn. Naturligtvis finns det även skillnader beträffande hur olika vårdformer utformats. Patientavgifterna är till exempel ofta låga för slutenvård, något högre i primärvård och högst för läkemedel och hjälpmedel. Även när det gäller organisation, ägandeform och styrformer skiljer sig primärvården ofta från annan vård.

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa har i flera jämförelser karakteriserats som antingen skattebaserade eller socialförsäkringsbaserade system, även benämnda *Beveridge*-respektive *Bismarck*-system. Som exempel på det förstnämnda systemet brukar de nordiska länderna och Storbritannien nämnas, medan Frankrike, Nederländerna, Schweiz, Tyskland med flera länder är exempel på det senare. Gemensamt för båda systemen är en offentlig finansiering och rätt till vård för samtliga medborgare. Även om skatteuttag och socialförsäkringsavgifter/premier för hälso- och sjukvård administreras olika följer man principen att finansieringen tas ut efter inkomst och oberoende av risk för sjukdom (för en översikt se Rehnberg 2007 samt van der Zee och Kroneman 2007).

En skillnad mellan de skatte- och socialförsäkringsbaserade systemen är separationen mellan finansiering och vårdproduktion. I socialförsäkringssystem finns en tydlig uppdelning där sjukförsäkringsskassor ansvarar för finansieringen medan oberoende vårdgivare, såväl vinstdrivande som icke vinstdrivande, svarar för vårdutbudet. Skattefinansierade system utmärks av ett integrerat system där huvudmannen (stat eller region) ansvarar för såväl finansiering som produktion av vårdtjänster. Det innebär att den huvudsakliga vården bedrivs i offentlig regi, även om kontraktering med privata vårdgivare ökat som andel under senare decennier.

De senaste decenniernas utveckling med en privatisering av vårdformer, främst primärvård och planerad sjukhusvård, har inneburit att systemen närmat sig varandra beträffande struktur och organisation. Samtidigt har finansieringsprinciperna i socialförsäkringssystemen haft en utveckling där den offentliga andelen idag är jämförbar med motsvarande andel i de skattebaserade systemen. I båda systemen ligger idag den offentliga finansieringens andel av de totala sjukvårdskostnaderna på cirka 75 procent (Rehnberg 2007, van der Zee och Kroneman 2007).

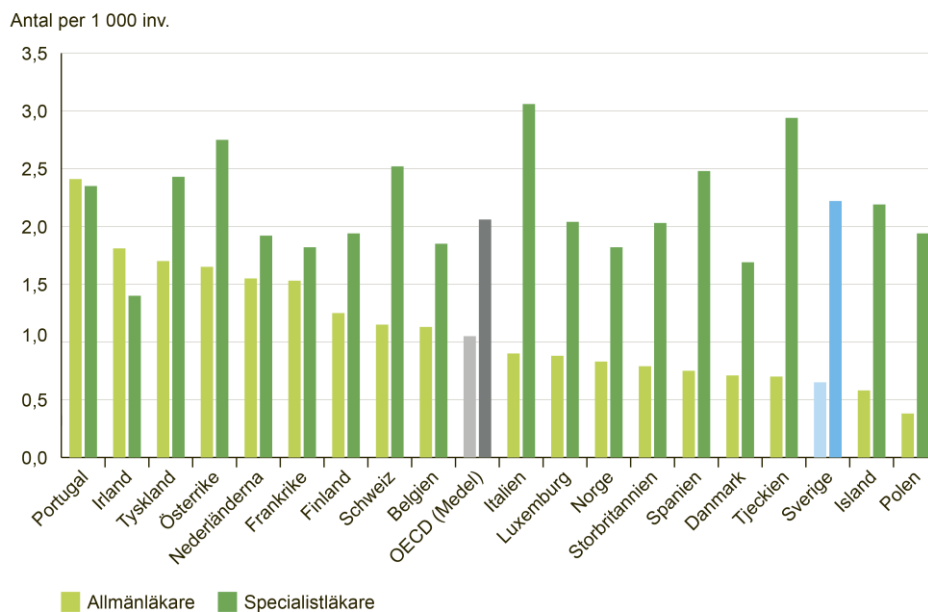
2.1 KOSTNADER OCH RESURSER

Primärvårdens andel av de totala sjukvårdsresurserna varierar mellan länderna. Det finns olika mått på hur stor andel som primärvården står för. Ett sätt vore att redovisa primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna. Den internationella statistiken är dock alltför bristfällig för en sådan jämförelse. I en jämförelse av Kringos med flera (2015) kartlades primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården där

skillnaderna varierade från 6 procent för Norge till 25 procent för Schweiz. För många länder, däribland Sverige, saknades motsvarande information om primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Andra mått är andelen allmänläkare av den totala läkarkåren samt hur andelen öppenvårdsbesök hos läkare fördelas mellan primärvård och annan specialiserad öppenvård. För övriga yrkeskategorier saknas idag jämförbar statistik mellan olika länder.

Vid en jämförelse mellan länder ses skillnader när det gäller såväl den totala tillgången på läkare som fördelningen mellan olika specialiseringsriktningar. I figur 1 redovisas läkartätheten för såväl allmänläkare som övriga specialister i OECD-länderna.

Figur 1. Allmänläkare och specialistläkare inom OECD, 2015 (eller senaste år, per 1000 invånare).



Källa: OECD Health Database.

Som framgår av figuren är den totala läkartätheten god i Sverige, främst inom specialist- och sjukhusvård. Andelen allmänläkare är emellertid låg och även antalet allmänläkare per invånare ligger på en låg nivå internationellt sett. Finland är det nordiska land som har högst andel allmänläkare. I OECD-statistiken finns för vissa länder även en grupp läkare som inte fördelats mellan kategorierna allmänläkare och specialistläkare.

Oavsett vilket mått som används varierar primärvårdens storlek mellan länderna. Frankrike, Irland, Nederländerna, Portugal, Tyskland och Österrike utmärks av en stark primärvård, i bemärkelsen att andelen allmänläkare är hög, antalet allmänläkare per invånare ligger på en hög nivå och en stor andel av resurserna har lagts på primärvården. Island, Polen, Sverige och Tjeckien utmärks däremot av en svag primärvård enligt motsvarande kriterier. I OECD-statistiken framgår att primärvårdens andel sjunker något över tiden i flertalet länder, medan skillnaderna mellan länder är relativt bestående.

I det nordiska samarbetet om hälso- och sjukvårdsstatistik NOMESKO (Nordiska medicinalstatistiska kommittén) sammanställs den totala läkartillgängligheten i Norden. Även i jämförelse med de nordiska grannländerna har Sverige en klart sämre tillgång på allmänläkare (NOMESKO 2016).

Tabell 1. Allmänläkare i de nordiska länderna 2014.

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Antal allmänläkare	3509	5090	188	6097	5910
Antal inv. per allmänläkare	1571	1028	1741	1002	1624

Källa: NOMESKO (2016).

Ett syfte med NOMESKO:s arbete är att förbättra jämförelsen mellan de nordiska länderna med mer enhetliga definitioner. Det återstår dock fortfarande en del olikheter. Ett exempel är att i de norska siffrorna ingår även läkare som arbetar i primärvården men som saknar specialistutbildning mot allmänläkarvård. Som framgår av tabell 1 visar även NOMESKO:s sammanställning att Island och Sverige har minst antal allmänläkare i förhållande till befolkningens storlek.

En slutsats är att det svenska sjukvårdssystemet har en struktur där specialist- och sjukhusvård dominerar. Till skillnad från flera andra länder har inte bara den slutna vården helt naturligt, utan även den öppna vården koncentrerats till sjukhusen. Dessutom visar utvecklingen att fördelningen mellan allmänläkare och andra specialister är bestående över tiden. Den finns också en tendens att allmänläkarnas andel minskar något. I figur 2 redovisas utvecklingen mellan allmänläkare och övriga specialistläkare baserat på Socialstyrelsens register över verksamma läkare.

Även andra källor som statistik över de olika läkarförbundens medlemsregister visar att sjukhusläkarna ökar sin andel av den totala läkarkåren, medan allmänläkarnas andel är konstant eller minskar något (Sveriges Läkarförbund, olika år).

I Sverige svarar således primärvården i ett internationellt perspektiv för en mindre andel av den totala hälso- och sjukvården baserat på fördelningen av läkare med olika inriktningar. Den slutsatsen dras även i utredningsbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har en lång tradition där sjukhusen varit den dominerande vårdgivaren. Här kan det finnas historiska förklaringar, till exempel att landstingens ursprungliga uppgift var att driva somatiska sjukhus. Den öppna vården bedrevs ursprungligen av staten via provinsialläkarsystemet samt ett utbud av privatpraktiker i städerna. Dessa båda vårdformer svarade för delar av det som idag ses som primärvård.

Figur 2. Fördelning allmänläkare och övriga specialister, Sverige 1995–2014.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Provinsialläkarsystemet avskaffades i mitten av 1960-talet och privatpraktikernas roll minskade från 1970-talet och framåt när landstingen fick till uppgift att bygga ut primärvården i egen regi (Spri 1978). I landstingens flerårsplaner (LKELP) redovisades under många år planer och målsättningar på en utbyggnad av primärvården vilka inte uppfylldes. Vid införandet av Husläkarreformen i början av 1990-talet angavs en förbättrad tillgänglighet som mål samt ett vidgat åtagande för primärvården som en möjlighet.

I utredningen från Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) poängterades behovet av att primärvården tar över uppgifter från den öppna specialistvården samt sjukhusvård (SOU 1996:163). Med införandet av vårdvalet under de senaste tio åren har besöken och tillgängligheten i primärvården ökat något. Däremot syns inte någon nämnvärd förändrad fördelning av resurser och läkare mellan vårdformer (SKL 2017). Trenderna de senaste åren i Sverige visar inte på några större förändringar av resursfördelningen trots uttalade målsättningar om en expansion av primärvården.

2.2 FINANSIERING AV PRIMÄRVÅRD

Finansieringen av hälso- och sjukvård i de skattebaserade systemen och socialförsäkrings-systemen i Europa uppvisar såväl likheter som skillnader. En grundläggande princip i båda typerna av system är dock att den offentliga finansieringen dominerar och att hälso- och sjukvården inklusive primärvården omfattar hela eller större delen av befolkningen. Finansieringen kan tas ut på olika nivåer, vilket gäller både inom de skattebaserade systemen och socialförsäkringssystemen. De nordiska länderna har en tradition av att ta ut skatter till hälso- och sjukvård på regional eller lokal nivå, medan det brittiska systemet NHS finansieras med en nationell skatt.

I socialförsäkringssystem tas de obligatoriska avgifterna oftast ut efter inkomst och oberoende av risk för sjukdom, vilket i praktiken är en form av beskattning. Finansieringen är i dessa system decentraliserad men staten kontrollerar totalkostnaderna genom att den reglerar den statliga delfinansieringen och åtgärderna för att begränsa intäkter på regional eller lokal nivå. Tidigare var anknytningen till sjukförsäkring baserad på geografisk tillhörighet eller yrkestillhörighet, men under senare tid har reformer införts som gett medborgarna valfrihet mellan sjukförsäkring. Det gäller främst i Nederländerna och Schweiz, men även delvis i andra länder med socialförsäkringssystem (OECD 2016).

I länder där medborgarna har möjlighet att välja sjukförsäkring kompenserar staten för skillnader i åldersstruktur och andra behovsindikatorer – som ett sätt att utjämna förutsättningarna och undvika patientselektering mellan försäkringarna. I vissa länder finns möjlighet att teckna tilläggsförsäkringar som ger snabbare tillgång och täcker service som den offentliga finansieringen inte omfattar.

I främst Tyskland – men till viss del även Belgien, Danmark och Österrike – finns möjligheter att teckna privata tilläggsförsäkringar som även täcker delar av primärvården. I det tyska systemet har det under en lång period funnits en möjlighet att lämna den obligatoriska socialförsäkringen – förutsatt att man som individ tecknar en privat försäkring som täcker merparten av vården. Vid ett utträde bidrar individen emellertid fortfarande indirekt till subventionering av socialförsäkringen via skatter, vilket privata försäkringar inte erhåller (Busse och Blümel 2014). I Danmark kan medborgarna välja alternativ med ökad valfrihet och mindre krav på remiss mot att man betalar en högre avgift (Olejz m.fl. 2012). I Storbritannien gäller de privata försäkringarna för vissa reglerade tjänster som den offentliga vården erbjuder (Boyle 2011).

I Sverige regleras privata sjukvårdsförsäkringar genom att dessa inte kan användas för vård vid offentliga mottagningar. Det innebär även att staten eller landstingen inte reglerar någon samverkan mellan privata försäkringar och den offentligt finansierade vården. Marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar blir då relativt oreglerad och separeras helt från offentligt finansierad vård. I andra länder, som Storbritannien, accepteras privata försäkringar vid offentliga sjukhus som ger tillgång till eget rum och andra förmåner (Boyle 2011).

Generellt utgör de privata försäkringarnas andel av finansieringen en mindre andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Sverige tillhör en grupp länder tillsammans med övriga nordiska länder där de privata försäkringarna endast uppgår till 1–5 procent av de totala kostnaderna. De länder som uppvisar hög andel privat försäkring, 5–15 procent, är Frankrike, Irland, Schweiz och Tyskland (Paris m.fl. 2010).

I övrigt består den privata finansieringen inom primärvården främst av patientavgifter. Dessa varierar emellertid mellan länder. Flera länder har inga patientavgifter inom primärvården medan dessa tas ut för övrig vård. I länder där patientavgifter saknas, finns ofta ett tydligt remissförfarande för tillgång till specialist- och sjukhusvård.

2.3 ERSÄTTNINGSPRINCIPER INOM PRIMÄRVÅRD

Inom primärvården tillämpas företrädesvis ett antal ersättningsprinciper i form av fast och/eller rörlig ersättning. De olika principerna framgår av faktarutan nedan.

Ersättningsprinciper inom primärvården

Budget/anslag. Tilldelningen baseras på en i förväg bestämd budgetram som utgör en fast prospektiv ersättning. Traditionellt har ramen inte varit relaterad till antal patienter, prestationer eller målpuppfyllelse, utan ofta baserad på historiska kostnader.

Per besök. En prestationsersättning som utgår per besök för olika yrkeskategorier. Brukar differentieras om besök ägt rum vid mottagning eller i hemmet. Extra ersättning kan förekomma för besök i glesbygd eller andra kostnadskrävande faktorer.

Fee-for-service. En prestationsersättning som utgår från utförda tjänster som besök, röntgen/laboratorieundersökning, kirurgisk åtgärd med mera.

Kapitering. Ersättningens storlek baseras på antalet listade individer och kan justeras utifrån individernas egenskaper som ålder, vårdtyngd, socioekonomi och andra behovsvariabler. Ersättningen kan betraktas som fast, men varierar med antalet listade individer.

Målrelaterad ersättning. Ersättningen baseras på att vårdgivarna uppnått vissa i förväg uppställda kvalitetsmål där såväl bonus som viten/böter kan utgå. I flertalet länder är målrelaterad ersättning en relativt liten andel av den totala ersättningen.

Episodersättning (bundled payment). Ersättningen är fast/prospektiv och omfattar alla insatser under en vårdepisod. Inom primärvården saknas definitioner för episodersättning. Ett exempel är dock försöken i det nederländska systemet med en fast/prospektiv ersättning för kroniker under en viss tidsperiod.

Dessa principer varierar mellan och inom skattebaserade system och socialförsäkringssystem. I de förstnämnda har dock fasta ersättningar i form av budgetanslag och kapitering varit vanligare, medan länder med socialförsäkringssystem ofta haft ett större inslag av prestationsersättningar enligt *fee-for-services*-principen (FFS).

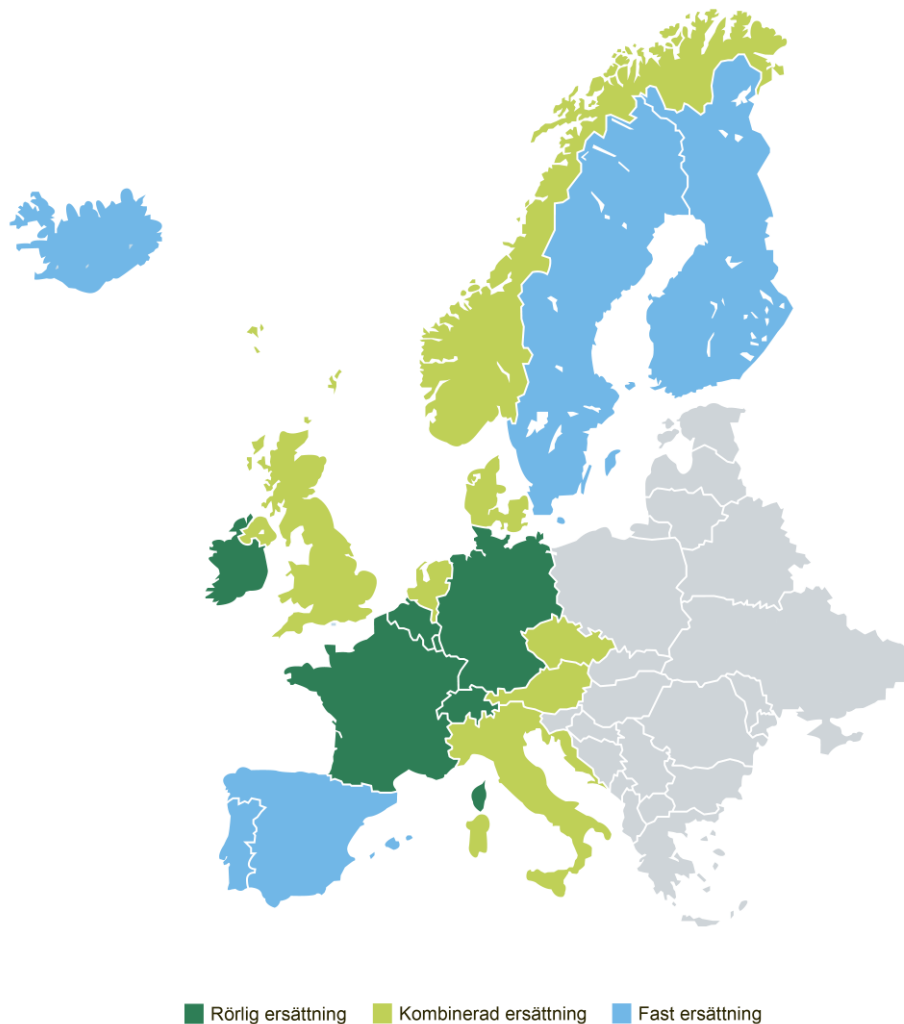
Precis som inom sjukhusvården har ersättningsprinciperna utvecklats för att ge incitament för olika typer av målsättningar. När det gäller fasta ersättningsprinciper har budgettilldelning i stor utsträckning ersatts av kapitering, det vill säga en ersättning per invånare eller individ. Kapiteringen har även utvecklats genom behovsjustering baserad på ålder, kön samt faktorer som avser att spegla behov: sjuklighet, socioekonomisk status, etnicitet med mera. Kapiteringsprincipen tillämpas även olika beroende på om den ges för en definierad population i ett geografiskt upptagningsområde eller om den är individuellt utformad i ett valfrihetssystem där en behovsjusterad ersättning fördelas efter patientens val av primärvårdsgivare. De rörliga ersättningsformerna utgörs av betalning för prestationer som olika typer av besök och/eller åtgärder som behandlingar, diagnostik med mera. Ett nytt inslag är att låta en del av den rörliga ersättningen utgöras av kvalitetsindikatorer eller målpuppfyllelse.

En översikt av ersättningssystem inom primärvården måste baseras på förenklingar mot bakgrund av förekomst av en mängd ersättningsprinciper och en pågående utveckling. Figur 3 redovisar det dominerande ersättningssystemet för respektive land baserat på en sammanställning av OECD (2016). Det är uppenbart att ersättningssystemen har utformats på olika sätt i olika länder. Samtidigt existerar även skillnader inom länderna, där regionala aktörer har utformat ersättningssystemen på olika sätt. Utvecklingen går dock mot flera kombinationer med rörlig och fast ersättning. Motivet är att undvika de incitament som renodlade ersättningar ger. Genom att kombinera olika ersättningsmekanismer kan man fånga de positiva effekterna och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningssystem. En renodlad kapitering är bra ur kostnadskontrollsynpunkt och fördelningsperspektiv, medan incitament saknas för hög produktivitet och tillgänglighet (Docteur och Oxley 2003).

Kapitering anses ibland vara ett sätt att uppmuntra förebyggande åtgärder, men evidens för detta saknas. Kapitering har även funnits ge incitament för selektivt urval och inriktning av relativt friska patienter, vilket dock kan motverkas med behovsjustering av ersättningen (Robinson 2001). En renodlad prestationsersättning leder ofta till problem med kostnadskontroll, men ger samtidigt incitament för god tillgänglighet och hög produktivitet (Krasnik m.fl. 1990, Iversen och Lurås 2000).

Det finns dock en stor osäkerhet kring hur en optimal kombination mellan en fast grundersättning och rörlig ersättning ska utformas, vilket kan förklara förekomsten av kombinerad ersättning. Införandet och prövning av nya ersättningsprinciper är ofta ingen engångsåtgärd utan kräver kontinuerlig uppföljning, utvärdering och utveckling. Utformning av ersättningsmodeller pågår i flera länder och idag ifrågasätts gamla modeller och nya prövas. I det brittiska NHS utgörs den rörliga ersättningen av olika kvalitetsparametrar enligt principen om målrelaterad ersättning (*payment-for-performance*). Den kombineras med en behovsbaserad kapitering (Boyle 2011).

En intressant modell är utvecklandet av en kapitering för avgränsade sjukdomsgrupper – ofta kroniker. Modellen som ibland kallas *bundled payment* kan ses som en kombination av kapitering och episodbaserad ersättning som täcker vården under ett helt år. Ersättningen bygger i likhet med DRG-systemet (diagnosrelaterade grupper – en klassifikation av vårdepisoder/åtgärder för specialist- och sjukhusvård) på att ett förväntat belopp (eller en förväntad vikt) beräknas, som varierar mellan till exempel olika grupper av patienter med kronisk sjukdom. Med ersättningen följer ett ansvar för samtliga åtgärder under ett år för en definierad patientgrupp.

Figur 3. Dominerande ersättningssystem inom primärvården i Europa.

Not: Med dominerande ersättningssystem avses det mest förekommande systemet oavsett andel av sektorn det tillämpas för. I regel tillämpas dock det dominerande systemet för huvudparten av vårdgivarna.

Källa: OECD (2016).

Syftet med ersättningsformen är att vårdgivaren ges en större flexibilitet att optimera olika insatser för kroniker under en viss tidsperiod. Modellen anses även ge större frihet för vårdgivare och uppmuntra till innovativa lösningar. Samtidigt riktas resurser tydligare till mer vårdkrävande patientgrupper beroende på deras vårdbehov. Modellen prövas bland annat i det nederländska sjukvårdssystemet (OECD 2016).

2.4 STRUKTUR OCH ORGANISATION

Primärvårdens funktion inom hälso- och sjukvård har definierats som att sektorn ska vara den initiala kontakten för en vårdsökande patient samtidigt som primärvården ska agera förebyggande och uppsökande. Primärvården har även till uppgift att guida patienten inom vårdssystemet och samordna vårdinsatser. Dessa målsättningar uppfylls i varierande grad samtidigt som struktur och organisation varierar mellan länder. Detta gäller inte minst ägandeformer och utbud av tjänster.

2.4.1 Ägandeform

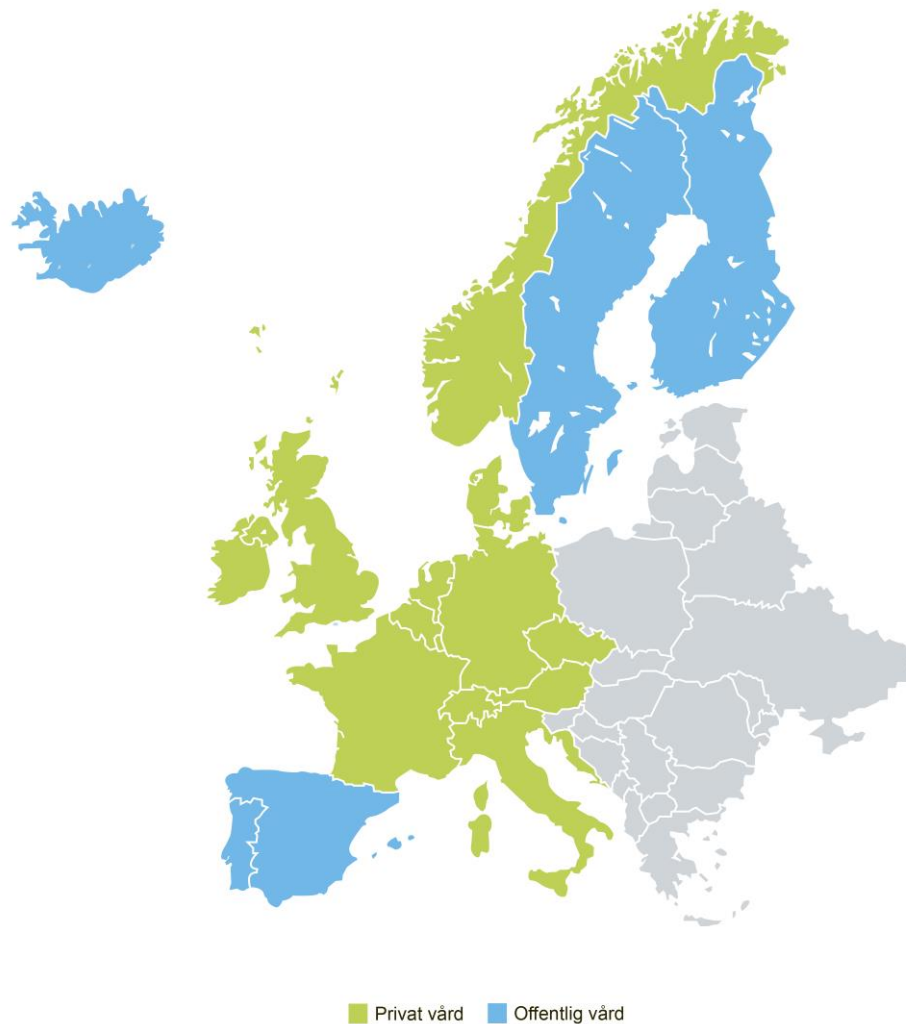
Som inledningsvis redovisats har den centrala skillnaden mellan skattebaserade system och socialförsäkringssystem varit att de förstnämnda varit integrerade system med finansiering och produktion under samma huvudman. I socialförsäkringssystem har det funnits en tydlig uppdelning där sjukkassor svarat för finansieringen och främst privata vårdgivare svarat för produktionen. Dessa skillnader gäller emellertid inte för primärvården som i båda systemen i huvudsak bedrivs i privat regi. I socialförsäkringssystem finns en lång tradition med relativt små privata allmänläkarmottagningar, även om utvecklingen går mot något större mottagningar där flera läkare arbetar (OECD 2016).

I vissa skattebaserade system finns en liknande tradition med privata allmänläkarmottagningar – exempelvis Danmark och Storbritannien – medan andra länder har en tradition av offentligt drivna vårdcentraler med flera läkare i samverkan med andra professioner (Finland, Sverige med flera). De sistnämnda har i regel utgjorts av större enheter med ett områdesansvar.

I figur 4 ges en översiktlig bild av hur driftsformerna ser ut för primärvården i Europa. Där presenteras den dominerande ägarformen inom primärvården för ett antal OECD-länder. Klassificeringen baseras på en sammanställning från OECD och för flertalet länder utgör den dominerande ägarformen mer av 50 procent av primärvårdssektorn.

Som framgår av kartan dominerar privata vårdgivare inom primärvården. I Västeuropa har detta mönster varit stabilt under en längre period. Efter Berlinmurens fall och omstruktureringen av sjukvården har även primärvården i Östeuropa övergått i privat regi. De länder där det offentliga vårdutbudet svarar för huvuddelen av primärvården är Finland, Island, Sverige samt Medelhavsländerna Portugal och Spanien.

De privata vårdgivarna inom primärvården drivs i huvudsak som fåmansföretag i vinstdrivande form, där främst läkare är ägare och samtidigt verksamma i företaget. Inslaget av icke vinstdrivande organisationer inom primärvården är minimalt i båda systemen. Den tradition av icke vinstdrivande sjukhus som existerar i socialförsäkringssystem saknas inom primärvården (Paris m.fl. 2010, OECD 2016).

Figur 4. Dominerande ägarform inom primärvården.

Källa: Paris m.fl. (2010), OECD (2016).

2.4.2 Organisation

Utformningen av primärvårdens organisation skiljer sig markant mellan länderna. Ett mönster är emellertid att privata primärvårdsmottagningar oftast drivs av enskilda läkare oavsett system. Gruppraktik förekommer dock även vid privata mottagningar i ett antal länder. I skattebaserade system, där offentliga vårdgivare svarar för utbudet, dominerar större enheter som kliniker eller vårdcentraler. Tabell 2 ger en översikt av olika dominerande organisationsformer inom primärvården i OECD-länderna. Det är uppenbart att primärvårdens organisation inte är enhetlig. I flera länder förekommer en blandning av organisationsformer och tabell 2 presenterar endast de dominerande ägande- och organisationsformerna i respektive land. Offentligt ägande av vårdenheter förekommer endast i skattebaserade system där större enheter dominerar utbudet. I övrigt är det svårt att

se ett tydligt mönster, men enligt OECD:s analys finns en trend mot en ökad andel av gruppraktik och större enheter (OECD 2016).

Tabell 2. Dominerande organisationsformer inom primärvården i Europa 2008–2009.

Land	Sjukvårdssystem	Driftsform	Typ av praktik
Belgien	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik
Danmark	Skattebaserat	Privat	Gruppraktik
Finland	Skattebaserat	Offentlig	Klinik
Frankrike	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik
Island	Skattebaserat	Offentlig	Klinik
Irland	Skattebaserat	Privat	Ensampraktik
Italien	Skattebaserat	Privat	Klinik
Nederländerna	Socialförsäkring	Privat	Gruppraktik
Norge	Skattebaserat	Privat	Ensampraktik
Polen	Socialförsäkring	Privat	Klinik
Portugal	Skattebaserat	Offentlig	Klinik
Schweiz	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik
Spanien	Skattebaserat	Offentlig	Klinik
Storbritannien	Skattebaserat	Privat	Gruppraktik
Sverige	Skattebaserat	Offentlig	Klinik
Tjeckien	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik
Tyskland	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik
Österrike	Socialförsäkring	Privat	Gruppraktik

Källa: Paris, Devaux och Wei (2010).

Enligt OECD finns i högre uträkning en läkardominans i system med ensampraktiker och små enheter. I länder med större enheter finns mer av teamwork mellan olika professioner. En nackdel som noteras för större enheter är bristande kontinuitet – där patienterna träffar många läkare – och bristande samordning (OECD 2016). Det saknas dock generellt kunskap och studier om vad som är en optimal storlek och personalsammansättning vid en primärvårdsmottagning.

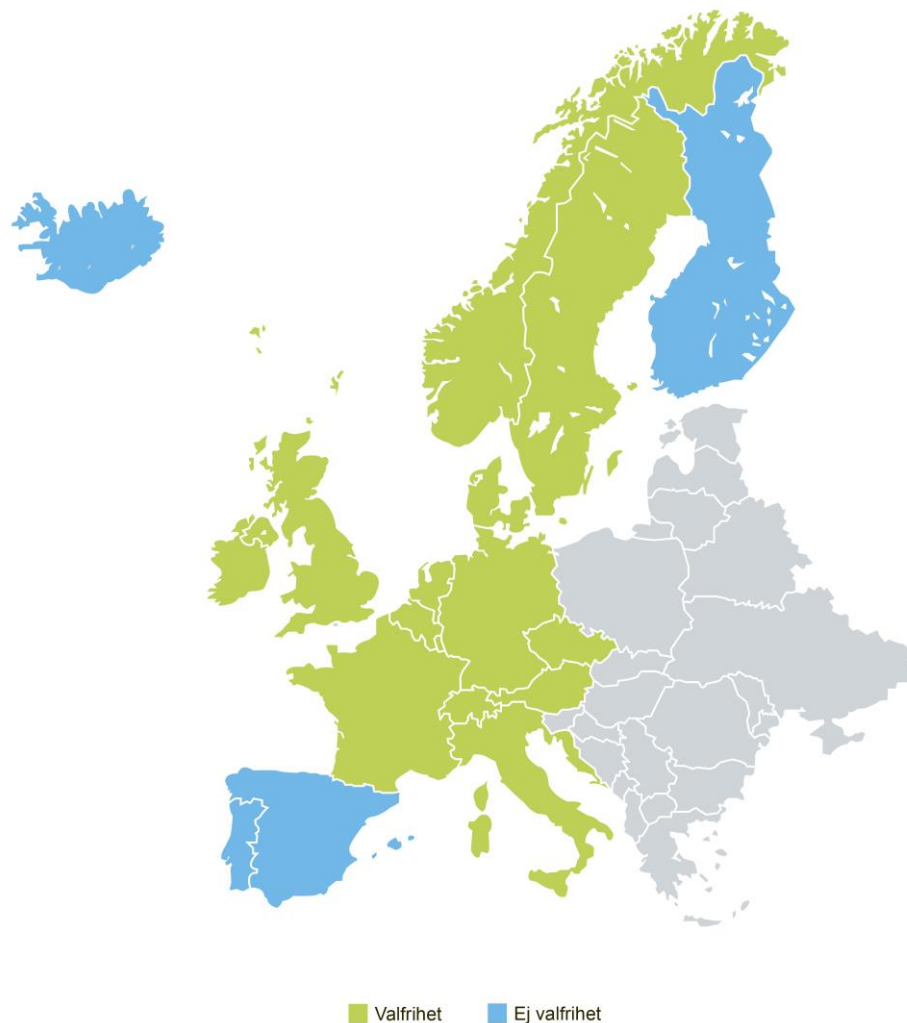
2.5 VALFRIHET OCH ETABLERING

Primärvården är den vårdform där valfrihet är mest etablerad och möjligheterna att välja i regel större än inom annan vård. Till skillnad från andra vårdformer är de flesta individer relativt friska när man gör sitt val och listar sig hos en primärvårdsmottagning. Listningen sker oftast innan man insjuknar eller behöver vård, och beslut om val baseras inte endast på kliniska utfall utan även konsumentens egna preferenser och hänsyn till svårsmärkbar eller subjektiv kvalitet.

Vidare är hinder för inträdet till marknaden mindre än för andra vårdformer eftersom investeringar och andra kostnader för nyföretagande är lägre (Andersson m.fl. 2014).

Primärvården är också den vårdform där medborgarna i flera länder haft möjligheter att välja vårdgivare, och resurserna fördelas efter principen att ”pengarna följer patienten”. I figur 5 redovisas i vilka länder medborgarna har möjligheter och rätt att välja sin primärvårdsmottagning eller primärvårdsläkare.

Figur 5. Förekomst av valfrihet inom primärvården i Europa.



Källa: OECD (2016).

I länder med socialförsäkringssystem finns en lång tradition av valfrihet kombinerat med privata driftsformer. Även skattebaserade system som Danmark, Irland och Storbritannien har en lång tradition av valfrihet. Norge – och senare Sverige – är exempel på skattebaserade system som senare infört olika valfrihetsmodeller inom primärvården.

Valfriheten är dock reglerad i flertalet system. Valfriheten är samtidigt kombinerad med i huvudsak offentligt finansierade sjukvårdssystem där patientavgifter och privata

sjukvårdsförsäkringar är reglerade. Vidare är utbudet reglerat genom olika typer av ackrediteringsförfaranden. En viktig princip är reglering om att vårdgivare inte kan neka en patient listning och en annan hur en så kallad full lista ska hanteras med väntetider eller andra ransoneringsmetoder. Det förekommer även regler om hur ofta patienten har möjlighet att byta vårdgivare, incitament att gå till den vårdgivare man är listad vid och så vidare.

Tillgången till och etableringen av främst primärvårdsläkare är ojämnt fördelade geografiskt i flera länder. Främst glesbygdsområden, men även socioekonomiskt utsatta områden, har ofta läkarbrist. I länder med valfrihetssystem har olika strategier testats för att få en mer jämn geografisk spridning av läkartillgången. I vissa länder finns ingen fri etablering utan vårdgivarna måste ansöka om etablering. Det är dock osäkert om denna typ av styrmekanism leder till ett mer jämlikt utbud geografiskt sett. I andra länder har incitament getts för etablering i områden med läkarunderskott (Paris m.fl. 2010). Erfarenheterna i Sverige efter vårdvalets införande visar att den ökade tillgängligheten inte kommit delar av glesbygdsområden tillgodo (Konkurrensverket 2010). Frågan är dock om det kan lösas genom en mer strikt etableringskontroll eller genom incitament för etablering i glesbygd. I tabell 3 ges en översikt av förekomsten av etableringskontroll inom primärvården.

Tabell 3. Inslag av etableringskontroll inom primärvården

Land	Sjukvårdssystem	Etableringskontroll
Belgien	Socialförsäkring	Nej
Danmark	Skattebaserat	Ja
Finland	Skattebaserat	Nej
Frankrike	Socialförsäkring	Nej
Island	Skattebaserat	Nej
Irland	Skattebaserat	Nej
Italien	Skattebaserat	Ja
Nederländerna	Socialförsäkring	Nej
Norge	Skattebaserat	Ja
Polen	Socialförsäkring	Nej
Portugal	Skattebaserat	Nej
Schweiz	Socialförsäkring	Ja
Spanien	Skattebaserat	Nej
Storbritannien	Skattebaserat	Nej
Sverige	Skattebaserat	Nej
Tjeckien	Socialförsäkring	Nej
Tyskland	Socialförsäkring	Ja
Österrike	Socialförsäkring	Ja

Källa: Paris m.fl. (2010), OECD (2016).

Etableringskontroll innebär att inträdet till en geografisk marknad sker genom ansökningsförfarande där sjukvårdshuvudmän eller regleringsmyndighet bedömer behovet av

nyetablering. De åtgärder som tredjepartsfinansiärer använder för att undvika över- eller underetablering i olika geografiska områden är – vid sidan av etableringskontroll – bonus via ersättningssystem samt selektiv kontraktering där det råder brist på främst läkare (Paris m.fl. 2010, OECD 2016).

Valfriheten inom hälso- och sjukvård är mest utbredd inom primärvården. För specialist- och sjukhusvård varierar valfriheten och kravet på remiss reglerar i flera länder tillgången till vård och behandlingar. Det finns även krav på att medborgarna ska lista sig vid en enskild husläkare eller mottagning som är ackrediterad och kontrakterad med tredjepartsfinansiär. Förekomst av och krav på remiss från primärvården för att få annan specialistvård inom ett sjukvårdssystem varierar mellan både skattebaserade system och socialförsäkringssystem. I glesbygd existerar dessutom ett naturligt remissförfarande i många länder genom avstånds- och tidskostnader. För att få ersättning för transport krävs i regel remiss – med undantag för akut sjukdom.

I vissa länder finns incitament för såväl listning som remiss, genom att patienterna får en reducerad avgift eller avgiftsbefrielse för olika vårdformer om de accepterar listning vid en husläkare/mottagning och krav på remiss till annan specialistläkare. I flera länder föreligger även geografiska begränsningar vid val av primärvårdsmottagning, ofta angivna med en maximal tidsgräns eller distans från boendeorten till vårdgivaren. I detta sammanhang är valfriheten och etableringsfriheten inom svensk primärvård relativt stora efter införandet av LOV. Flera länder med en betydligt längre erfarenhet av valfrihet och privata vårdgivare än Sverige har mer regleringar av både valfrihet och tillträde till marknaden.

3 Effekter och måluppfyllelse

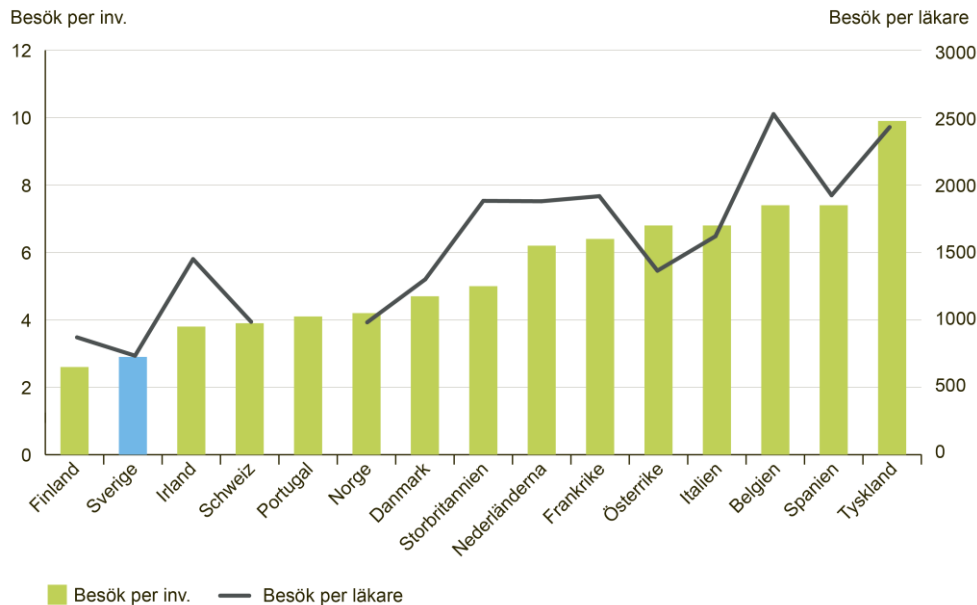
Primärvårdens uppdrag i förhållande till den specialiserade vården är brett och omfattar insatser som förebyggande insatser, diagnostik, behandling och rehabilitering för ett brett spektrum av sjukdomar. Det breda och omfattande uppdraget innebär samtidigt att det är svårt att bedöma effekter av primärvårdens insatser. En väl utbyggd primärvård påverkar sannolikt befolkningens hälsa, som dock samtidigt påverkas av en mängd andra faktorer utanför hälso- och sjukvårdssystemet. I detta avsnitt summeras de resultat där primärvården i flera länder jämförts när det gäller prestationer och ett antal effektmått eller måluppfyllelser som antas vara ett resultat av primärvårdens insatser.

3.1 VÅRDUTNYTTJANDE

Idag saknas jämförbar statistik över vårdutnyttjande i primärvården i olika länder. Det gäller i synnerhet tjänster som utförs av andra professioner än läkare. Däremot finns statistik över läkarbesök i den öppna vården som inkluderar såväl primärvård som öppen specialistvård. Statistiken är dock inte helt jämförbar eftersom innehållet i besöken varierar mellan länderna. I figur 6 presenteras såväl vårdutnyttjande (läkarbesök per invånare) som prestationer inom den öppna vården (antal besök per läkare).

Sverige och Finland uppvisar ett lågt utnyttjande av den öppna vården. I jämförelse med andra länder framstår även antalet besök per läkare som väsentligt lägre i Sverige. Siffrorna som redovisas här avser hela den öppna vården; mönstren är dock sannolikt likartade om man ser till endast primärvården. Från svensk nationell statistik vet vi att primärvårdens andel av läkarbesök utgör ungefär hälften av alla läkarbesök (SKL olika år).

Av figuren framgår att det finns ett visst samband mellan vårdutnyttjande och prestation, där antal besök per läkare är positivt korrelerat till vårdutnyttjande. Det högre vårdutnyttjandet i vissa länder är således inte en effekt av en högre läkartäthet utan snarare av en högre produktivitet. Skillnaderna i vårdutnyttjande och antal besök per läkare kan även spegla att olika länder tillämpar olika arbetssätt inom såväl primärvården som den öppna specialistvården. I Finland och Sverige utför till exempel sjuksköterskor i primärvården uppgifter som i andra länder ligger på läkare (Delamairie och Lafortune 2010). Enligt nationella sammanställningar utgör läkarbesöken endast en tredjedel av samtliga primärvårdsbesök i Sverige (SKL 2016).

Figur 6. Besök per invånare och läkare (2013 eller senaste år).

Källa: OECD Health Database 2017.

3.2 TILLGÄNGLIGHET

Tidigare i rapporten konstaterades skillnader mellan länderna i primärvårdens resurstilldelning när det gäller andelen läkare inom primärvården. Sverige tillhör en grupp av länder där primärvården utgör en mindre andel av den totala hälso- och sjukvården. Detta påverkar sannolikt tillgängligheten och vårdutnyttjandet hos befolkningen och avspeglas även i IHP:s internationella undersökning (se faktaruta) om omdömen av medborgare och läkarprofessionen där en bristande tillgänglighet noteras inom svensk primärvård (Vårdanalys 2015).

Som framgår ovan är tillgängligheten i form av antal läkarbesök per invånare sämre i Sverige än i andra jämförbara länder. Nivån på besökstillgängligheten beror både på få besök per läkare och ett lågt antal primärvårdsläkare per invånare internationellt sett. Tänkbara förklaringar till att antal besök per allmänläkare är lågt i Sverige kan vara relaterade till besökens innehåll och längd. Besöken är längst i Sverige men relativt långa även i Finland och Norge (Irving m.fl. 2017). Även IHP:s undersökning av primärvårdsläkarnas och befolkningens bedömningar av hälso- och sjukvården visar relativt långa besökstider för Sverige liksom bristande kontinuitet. Samtidigt som allmänläkare i Sverige anger att de har längst tid per besök för patienterna är de mest missnöjda med den tid de har till förfogande (Vårdanalys 2015).

Den längre besökstiden kan förklaras av ett annat arbetssätt där mer tid ges till kroniker och patienter med komplexa problem. Långa besökstider kan även vara relaterade till bristande kontinuitet där läkaren saknar kunskap om patientens medicinhistoria och

bakgrund. Det finns svenska studier som tyder på att en bristande kontinuitet leder till högre vårdutnyttjande av akutsjukvård och slutenvård samt högre totalkostnader med hänsyn till patientsammansättning (Kohnke m.fl. 2017, Svereus m.fl. 2017). Tyvärr saknas studier där innehåll och kvalitet i besöken bedöms. Ett undantag är IHP:s undersökning av patienternas omdömen där Sverige inom områden som berör information, delaktighet samt koordinering och samordning får sämre resultat än flertalet andra länder i undersökningen (Vårdanalys 2016).

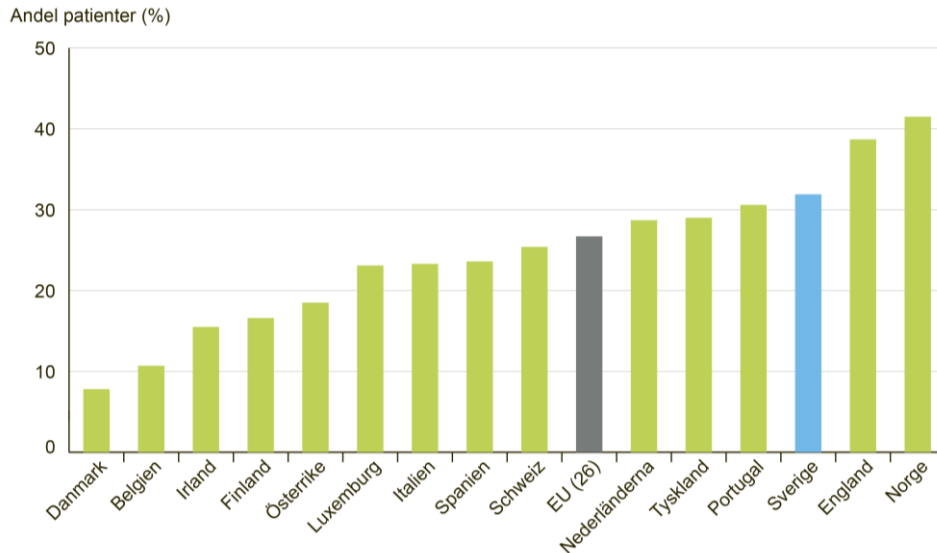
The Commonwealth Fund's International Health Policy Surveys (IHP)

Commonwealth Fund är en amerikansk stiftelse som löpande genomför internationella undersökningar av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvårdssystem i ett antal länder. IHP-studien är en årlig undersökning i ett rullande treårsschema där tre olika grupper ingår i studierna: befolkning (18 år och äldre), patienter (65 år och äldre) samt läkare i primärvården. I Sverige samordnas undersökningen av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Primärvården är den huvudsakliga vårdgivaren för första linjens vård och kan styra och påverka tillgängligheten till andra vårdformer. Genom primärvårdens åtagande, omfattning, tillgänglighet och arbetssätt finns möjligheter att styra och förebygga utnyttjandet av sjukhusens specialist- och akutmottagningar. För den planerade specialistvården är remisser ett centralt verktyg som tillämpas i flera länder (OECD 2016).

Primärvårdens roll för att förebygga och styra patientflödet till akutmottagningar har diskuterats alltmer under senare tid. Detta kräver emellertid en ökad tillgänglighet när det gäller primärvårdens öppettider och lokalisering. I figur 7 redovisas resultaten från en internationell studie där man uppskattat andelen patienter som besökt akutmottagningen på grund av bristande tillgänglighet i primärvården. Studien omfattade flera europeiska länder och baserades på en enkätundersökning till cirka 7 000 allmänläkarmottagningar. Sverige hade som framgår av figur 7 en högre andel patienter som sökte akutmottagning än EU-genomsnittet, eftersom primärvården inte var tillgänglig. Studien visade även att patienter med fast läkarkontakt hade en lägre sannolikhet för besök vid akutmottagning (van der Berg m.fl. 2016).

Figur 7. Andelen patienter som besökte en akutmottagning eftersom primärvården inte var tillgänglig, 2011–2013.



Källa: van den Berg m.fl. (2016).

3.2.1 Tillgång till primärvård utanför kontorstid

Patienttillströmning till akutsjukhusen berör även tillgängligheten till primärvård utanför kontorstid. Primärvården har en avgörande roll som vårdgivare för första linjens vård. Vid sidan av vård av lindrigare akut karaktär diskuteras alltmer att primärvården bör erbjuda jour och akutverksamhet på kvällar och helger. I Sverige och flera andra länder har den sistnämnda funktionen varit begränsad eftersom primärvårdens utbud och tillgänglighet varit koncentrerade till kontorstid under vardagar. För behov av primärvård kvällstid och helger har olika typer av primärvårdsjourer och närakuter varit tillgängliga i begränsad utsträckning. Den begränsade tillgången till primärvård utanför kontorstid innebär att patienter med lindriga akuta åkommor ofta söker vård på sjukhusens akutmottagningar. Frågan är således relaterad till ovanstående resultat av hur primärvården påverkar tillströmningen av patienter till akutmottagningarna (Berchet och Nader 2016, OECD 2016).

Behovet av en förbättrad tillgänglighet av primärvård generellt men även utanför kontorstid har lyfts fram som väsentligt för ett välfungerande sjukvårdssystem i framtiden. Omhändertagande av allt fler äldre med kroniska och komplexa sjukdomsproblem kan i många fall ske utanför akutsjukhus. I analyser av fungerande system, där primärvården ansvarar för akut verksamhet, har man noterat effekter som reducerad duplicering av diagnostik och förbättrad kvalitet (O'Malley m.fl. 2012).

En god kontinuitet, patientcentrerad vård och kunskap om patienternas sjukdomsbild kan också bidra till ett bättre omhändertagande om primärvården svarar för delar av den akuta vården. Krav från medborgare och patienter om förbättrad tillgänglighet och utökade öppettider bidrar dessutom till en utveckling där akut omhändertagande allt oftare sker utanför sjukhus.

I olika sjukvårdssystem har vad som kallas *out-of-hours primary care* (i fortsättningen benämnt primärvård utanför kontorstid) organiserats på olika sätt. I internationella översikter har ett antal modeller för primärvård utanför kontorstid beskrivits baserat på erfarenheter i olika länder (Huibers m.fl. 2009). OECD har i en rapport summerat modellerna i tabell 4.

Tabell 4. Modeller för primärvård utanför kontorstid

Modeller för primärvård	
Mottagningsbaserad service	Läkare vid vårdcentral och motsvarande svarar på egen hand för service utanför kontorstid för sina egna patienter
Rotation ("Rota groups")	Flera läkare vid vårdcentral och motsvarande samverkar för service till mottagningens patienter utanför kontorstid
Kontrakterad service	En extern aktör (företag) svarar för service till mottagningens patienter utanför kontorstid via kontrakt
Primärvårdsenheter/närakuter	Enheter, ibland kopplade till sjukhus, med drop-in mottagning för mindre akuta besvär/sjukdom. Bemannade med läkare eller sjuksköterskor
Samverkan mellan primärvårdsenheter	Ett antal större primärvårdsenheter går samman och svarar för service utanför kontorstid för alla patienter anslutna/listade till enheterna
Mottagningar lokaliserade med apotek eller detaljhandel	Enheter, bemannade med främst sjuksköterskor, lokaliserade vid livsmedelsbutiker eller apotek
Akutmottagning	Patienter hänvisas till sjukhusens akutmottagningar för behov utanför kontorstid

Källa: OECD (2016).

I rapporten konstateras att i flera länder förekommer kombinationer av modeller som svarar för behov av primärvård utanför kontorstid. De vanligast förekommande modellerna är i) akutmottagning, ii) rotationsmodellen samt iii) mottagningsbaserad service. De två sistnämnda modellerna är ofta kombinerade med att akutmottagningarna svarar för en andel av servicen. I rapporten noteras en trend mot fler mottagningar som primärvårdsenheter/närakuter och modeller med samverkan mellan primärvårdsenheter. Modeller baserade på i) kontrakterad service och ii) mottagningar lokaliserade med detaljhandel förekommer i mindre utsträckning inom OECD-länderna (OECD 2016).

Baserat på en kartläggning av vård utanför kontorstid inom 27 OECD-länder (där dessvärre Sverige inte medverkade) klassificerades länderna utifrån de ovan beskrivna modellerna. I tabell 5 redovisas fördelningen av modellerna mellan länderna.

Tabell 5. Dominerande modeller för akut omhändertagande i ett antal OECD-länder.

Land	Akutmottagning (N=24)	Primärvårdsenh./ närakuter (N=21)	Mottagningsbaserad service (N=18)	Rotation (N=16)
Belgien	✓	✓	✓	✓
Danmark	✓	✓		
Finland	✓		✓	
Frankrike	✓	✓	✓	✓
Island	✓	✓		✓
Nederländerna	✓		✓	
Norge		✓		✓
Schweiz	✓	✓	✓	✓
Spanien	✓	✓		✓
Storbritannien	✓	✓	✓	
Tyskland	✓		✓	✓
Österrike	✓	✓	✓	✓
Sverige	✓	✓		✓

✓ Dominerande modell

✓ Övrigt förekommande modell

Källa: Berchet och Nader (2016).

Som framgår av tabell 5 är akutmottagningarna vid sjukhus den dominerande vårdgivaren för akuta mindre allvarliga sjukdomsproblem i flertalet länder. I övrigt finns olika lösningar för vård utanför kontorstid, vilket delvis kan förklaras av skillnader i driftsform och organisation av primärvården. I länder med mindre privata primärvårdsmottagningar är det vanligare att mottagningarna på egen hand organiserar vård utanför kontorstid genom att ta hand om patienterna eller i frivillig samverkan med andra primärvårdsgivare. I sjukvårdssystem med offentliga vårdgivare är det vanligare med reglerad samverkan och försök med utbud av speciella primärvårdsenheter med uppdrag utanför kontorstid.

Från vissa studier framgår att utvecklingen mot ett utvidgat ansvar för primärvården när det gäller akut omhändertagande utanför kontorstid ofta bromsas av professionen. Enligt Huibers med flera (2014) och Thompson med flera (2004) föreligger ett motstånd inom primärvården att arbeta utanför kontorstid. Det baseras för Europa på studier som genomförts i bland annat Belgien, Norge och Österrike (Berchet och Nader 2016).

3.3 EFFEKTER AV PRIMÄRVÅRDENS ARBETE – KVALITET OCH OMDÖMEN

Primärvårdens bidrag till hälsoutfall för såväl folkhälsa som behandling av olika sjukdomar är svåra att uppskatta av flera skäl. Folkhälsan inom ett geografiskt område påverkas främst

av faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll: sociala och ekonomiska förhållanden i samhället samt individens eget beteende i form av matvanor, arbete och fritid.

Även effekter av behandling kan vara svåra att uppskatta då behandlingsresultat påverkas av andra vårdgivare där primärvårdens roll är begränsad. Med ett utbud av förebyggande åtgärder och behandlingar som täcker en mängd sjukdomar och diagnoser föreligger stora svårigheter att relatera resultat till insatser. Primärvården har även en roll att identifiera och samordna behandling av vissa sjukdomar i samverkan med övrig vård via remisser och koordinering av vårdinsatser. Det innebär att effekterna av behandlingen inte endast kan kopplas till primärvårdens insatser.

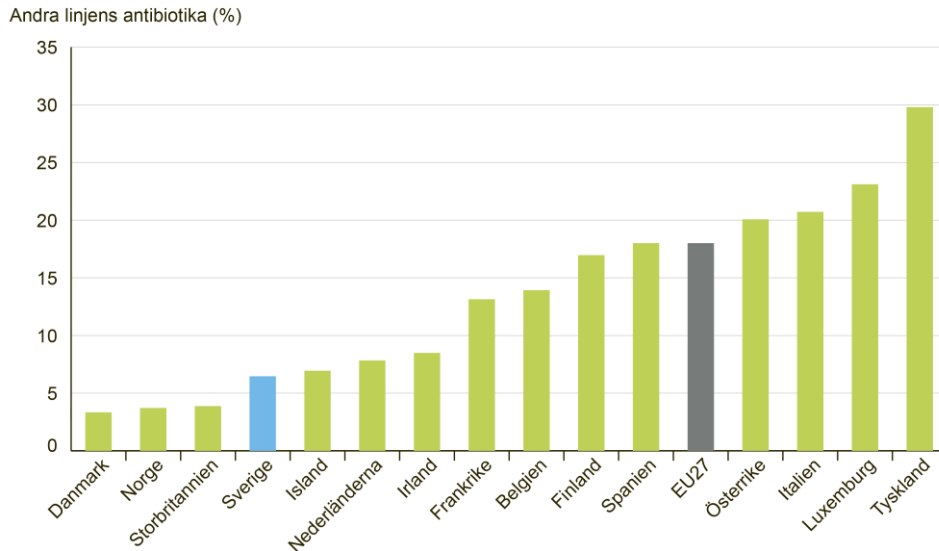
Under senare år har emellertid ett antal mått utvecklats såväl nationellt som internationellt för jämförelser mellan enheter och system. I Sverige har ett antal mått i arbetet med öppna jämförelser kopplats till primärvårdens insatser (bland annat blodtryck och blodsockervärde för diabetiker). Internationellt har OECD valt ut ett antal indikatorer som man anser ger information om primärvårdens effekter. Vid sidan av effekter på vårdutnyttjandet finns ett antal undersökningar där medborgarnas, patienternas och professionens bedömningar av primärvården kartlagts.

3.3.1 Effekter och resultat

Globala utmaningar kring antibiotikaförskrivningen är överförskrivning och problem med resistens. I Sverige och internationellt pågår ett arbete med att begränsa förskrivning av antibiotika. Viss antibiotika förskrivs främst i primärvården och har uppfattats som ett problem i form av överutnyttjande. Inom forskningsfältet för antibiotikaförskrivning samt från riktlinjer utarbetade av myndigheter inom området råder konsensus om att det som kallas andra linjens antibiotika endast ska användas när första linjens antibiotika inte ger effekt. Studier har visat att andra linjens antibiotika som kinoloner och cefalosporiner driver resistensutvecklingen hos vissa bakterier och ofta förskrivs i onödan och därför endast bör ges vid givna indikationer (Adriaenssens m.fl. 2011).

I figur 8 redovisas hur stor andel dessa antibiotika utgör av all antibiotika som skrivs ut av primärvården. Ett lågt värde (andel) indikerar en återhållsamhet med förskrivning av dessa antibiotika. En låg andel anses därför vara en markör för en mer ändamålsenlig förskrivning inom primärvården (OECD 2016).

Figur 8. Andra linjens antibiotika (kinoloner och cefalosporiner) som andel av alla antibiotika som förskrevs i primärvården, 2014.



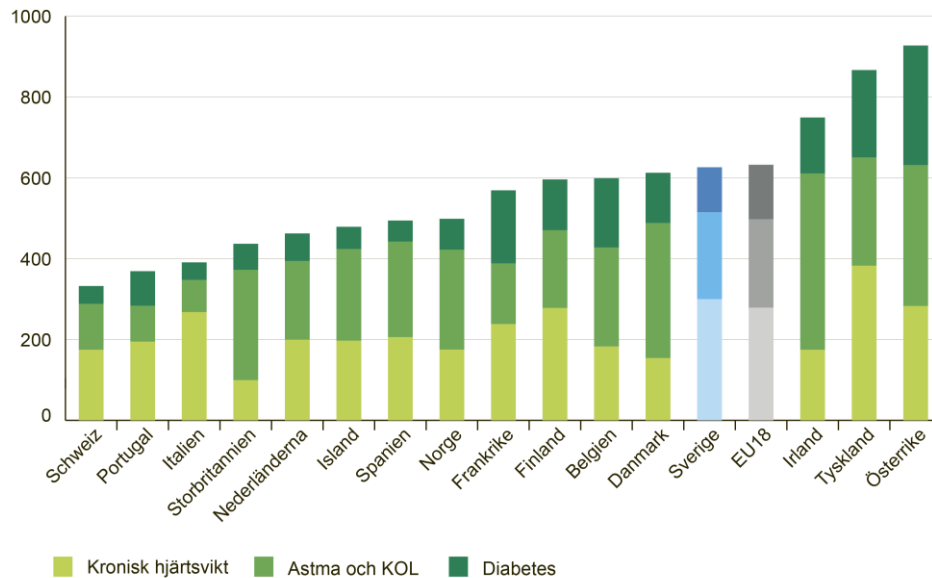
Källa: OECD (2016).

Även om arbetet att begränsa antibiotikaförskrivningen ofta drivs av centrala myndigheter – i Sverige av Folkhälsomyndigheten och andra aktörer – har naturligtvis förskrivande vårdgivare som primärvårdsläkare en central roll för användningen. Av figur 8 framgår att det finns stora variationer i Europa som antyder att det föreligger en överförskrivning i vissa länder. Sverige ligger mycket bra till tillsammans med länder som Danmark, Norge, Storbritannien och Nederländerna, alla med en låg användning av kinoloner och cefalosporiner. Det är svårt att se ett visst mönster när det gäller primärvårdens struktur och organisation som skulle kunna förklara variationerna. Skillnaderna mellan länderna kan snarare bero på nationella åtgärder för att begränsa antibiotikaförskrivningen. Samtidigt kan resultaten tolkas som att samverkan mellan nationella myndigheter och primärvård om minskad antibiotikaförskrivning fungerar bra för vissa länder, däribland Sverige.

Ett annat mått som tillämpats för att bedöma primärvårdens effektivitet och arbetssätt är undvikbar slutenvård. En utgångspunkt för måttet är att en välfungerande primärvård i större utsträckning ska svara för behandling av kroniskt sjuka och förebygga inläggningar på sjukhus. Måttet fångar dels vård av ett större antal sjukdomar och diagnoser vid sjukhus som borde ha kunnat förhindras med en optimalt fungerande öppenvård, dels enskilda sjukdomsgrupper där primärvården anses ha möjlighet att förhindra inläggning på sjukhus. I figur 9 redovisas måttet undvikbar slutenvård för sjukdomarna hjärtsvikt, astma/KOL samt diabetes.

Figur 9. Undvikbar slutenvård för kroniska sjukdomar, 2013 (eller närmaste året).

Undvikbar slutenvård per 100 000 inv.



Källa: OECD (2016).

Enligt OECD har de flesta europeiska länder en potential att minska andelen undvikbara slutenvårdstillfällen för diabetes, astma/KOL och hjärtsvikt. För dessa tre sjukdomar anses även primärvården kunna bidra till ett lägre slutenvårdsutnyttjande. Som framgår av figur 9 uppvisar Schweiz, Portugal, Italien, Storbritannien och Nederländerna lägst nivå på undvikbar slutenvård. Den svenska primärvården ligger nära snittet för EU-länderna. I många länder ses en positiv utveckling där förekomsten av undvikbar slutenvård har minskat. I OECD-rapporten nämns framförallt satsningar på omhändertagandet och vård av kroniskt sjuka utanför sjukhusen som den avgörande faktorn för att reducera slutenvårdstillfällen. Även för detta mått är det svårt att dra tydliga slutsatser om hur primärvårdens struktur och organisation skulle kunna påverka resultaten.

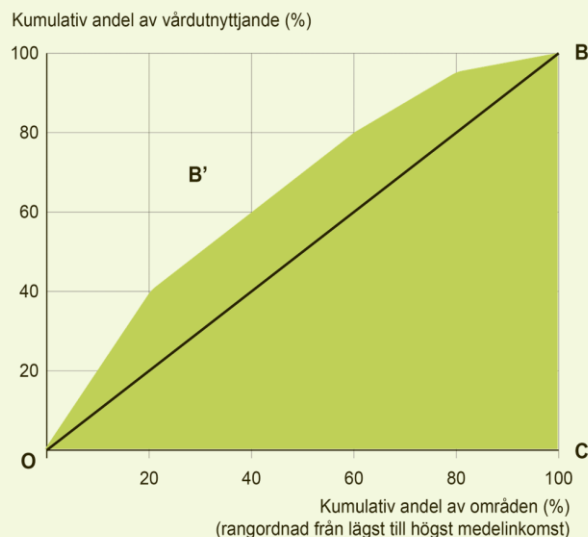
3.4 FÖRDELNINGASPEKTER – JÄMLIK VÅRD

Flera studier visar att vårdutnyttjandet i primärvården i flertalet länder har en fördelningsprofil som gynnar låginkomsttagare och individer med låg utbildning (se bland annat van Doorslaer m.fl. 2006). Länder där primärvården utgör en relativt stor andel av hälso- och sjukvården har därför sannolikt en mer jämlik eller omfördelade vård. Jämförelser av jämlik vård är dock förknippade med svårigheter som metodval för analys samt data som inte alltid är jämförbara. Den mest systematiska internationella jämförelsen av jämlikt vårdutnyttjande genomfördes inom EU-projektet "Equity in the finance and delivery of health care in Europe". Med metoden rangordnas individer efter disponibel inkomst och den kumulativa andelen av vårdutnyttjandet beräknas, efter kontroll av ålder, kön och sjuklighet.

Lorenzkurva och koncentrationskoefficient

Det mått på vårdutnyttjande som används i studierna är läkarbesök. Metoden kan illustreras grafiskt i form av en så kallad Lorenzkurva som används för att skatta ett värde på ett koncentrationsindex som visar ojämlikhet i vårdutnyttjande (läkarbesök). Med denna metod jämförs den faktiska fördelningen av vårdutnyttjandet mellan individer med en tänkt situation då varje individ har exakt samma vårdutnyttjande.

I en situation där samtliga individer har lika vårdutnyttjande kommer Lorenzkurvan att representeras av den rätta linjen (diagonalen). Koncentrationsindexet får då värdet 0 och det betyder till exempel att 20 procent av befolkningen konsumerar 20 procent av vården. Om Lorenzkurvan ligger till vänster om diagonalen har vi en situation där de med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst. Koncentrationskoefficienten har då ett negativt värde som högst är -1. Ett motsatt läge där de med hög inkomst konsumerar mer än de med låg inkomst ger ett positivt värde på högst +1. Index varierar således mellan värdena -1 och +1.



I figuren ovan illustreras en situation (B') där individer med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst. Vi kan se att 40 procent av befolkningen med lägst inkomst konsumerar cirka 60 procent av vården. Minusvärden innebär således en koncentration av vårdutnyttjande till individer med låg medelinkomst och positiva värden anger att de med hög medelinkomst konsumerar mer. Ett positivt värde (+) indikerar vårdutnyttjande till fördel för individer med hög medelinkomst, medan ett negativt värde (-) indikerar ett vårdutnyttjande till fördel för individer med låg medelinkomst.

I studien applicerades ett rättvisebegrepp som innebär att vården bör fördelas i proportion till behovet så att individer med lika behov ska tilldelas lika mycket vård och att individer med större behov bör tilldelas mer vård.

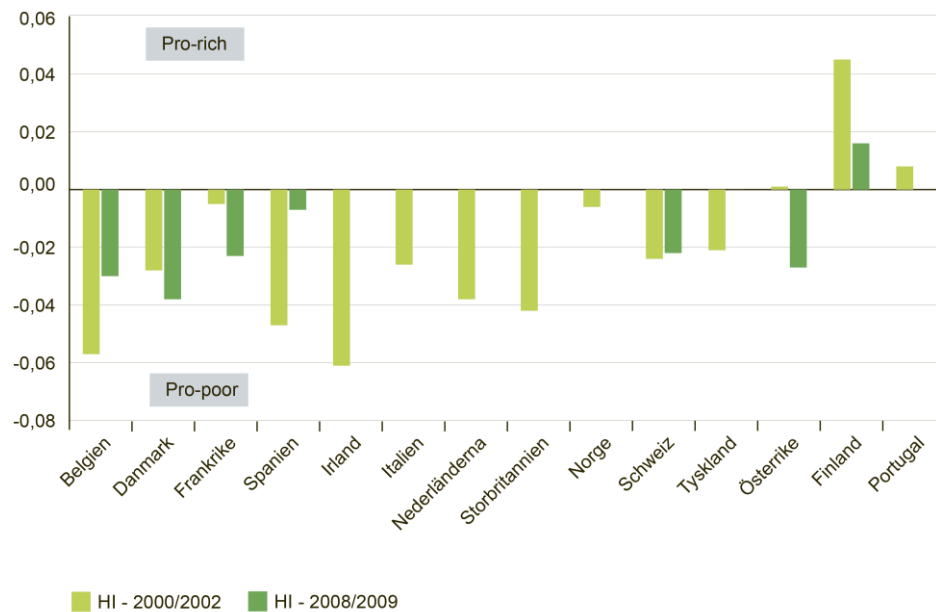
Analysen av fördelningen för den öppna vården har följts upp med samma metod i senare studier i ett projekt inom OECD där data samlats in från 00-talet. En fördel med dessa analyser är att för den öppna vården har läkarbesök i flertalet länder delats upp i primärvård och specialistvård. Tyvärr saknades denna uppdelning för Sverige och flera andra länder. I detta avsnitt presenteras resultaten för hur det totala antalet läkarbesök inom primärvården fördelas mellan olika socioekonomiska grupper. Presentationen kopplas även till inslag av valfrihet och driftsform.

I figur 10 presenteras jämlikhetsindex för läkarbesök i primärvården justerat för behov för ett antal OECD-länder. Ett positivt värde (>0) innebär att höginkomsttagare har en högre andel av vårdutnyttjandet och ett negativt värde (<0) att låginkomsttagare har en högre andel av vårdutnyttjandet. Om indexet har värdet noll är vården jämnt fördelad mellan inkomstgrupperna.

Som framgår av figur 10 har primärvården i flertalet länder en profil där vårdutnyttjandet relativt sett är större hos låginkomsttagare, det vill säga indexet är negativt. Detta gäller även efter justering av behov. Finland och Portugal har i de två studierna uppvisat en profil som gynnar höginkomsttagare. Resultaten för dessa två länder kan förklaras av speciella egenskaper som den roll företagshälsovården har i Finland där den yrkesverksamma befolkningen – med högre inkomst – har bättre tillgång till primärvård och annan öppenvård i jämförelse med äldre och andra grupper som står utanför arbetsmarknaden. I Portugal kan resultatet förklaras av relativt höga patientavgifter inom den offentliga vården som en ekonomisk barriär för låginkomsttagare.

Efter justering av vårdbehov har låginkomsttagare ett relativt högre utnyttjande av primärvård, medan höginkomsttagare ofta har ett relativt högre vårdutnyttjande av öppen specialistvård (Wagstaff m.fl. 1999, van Doorslaer och Masseria 2004). De flesta länder som uppvisar ett högre vårdutnyttjande för låginkomsttagare kännetecknas av valfrihet inom primärvården, men även av låga patientavgifter och i viss mån av att primärvården fungerar som grindvakt (gatekeeper) med remisskrav för vård vid sjukhus eller specialistmottagning.

Figur 10. Horisontell jämlikhet för årligt medel av läkarbesök i primärvården i ett antal OECD-länder, 2000–2002 samt 2008–2009.



Källa: van Doorslaer och Masseria (2004), Devaux och de Looper (2012).

Denna översikt av fördelningsprofiler mellan länder ger heller inget stöd för att valfrihet och privata driftsformer inom primärvården skulle vara kopplade till en ojämlik vård. Flera länder med ett vårdutnyttjande som gynnar låginkomsttagare har en lång tradition av såväl privat ägande som valfrihet. Se vidare i appendix för en sammanställning av fördelningen av vårdutnyttjande inom primärvården och olika indikatorer för struktur, organisation, valfrihet med mera.

Dessa studier beaktar emellertid inte kvalitetsskillnader och selektering utifrån behov som är svåra att mäta eller uppskatta. Resultat och jämförelser mellan länder och över tid bör tolkas med viss försiktighet eftersom urval av data skiljer sig åt mellan åren och mellan länderna. Samtidigt finns en systematik i datainsamlingen och metoden som tillämpats på ett relativt enhetligt sätt i båda studierna.

4 Styrmekanismer och regleringar

De flesta OECD-länder uppvisar en utveckling där finansieringen inom hälso- och sjukvården omfattar hela befolkningen, oavsett i vilken utsträckning en enskild individ bidrar till finansieringen. Det gäller även primärvården där flertalet länder inte har några eller låga avgifter för besök. Vid en jämförelse mellan länder finns däremot stora skillnader i vårdens struktur, styrmekanismer, ägandeformer, ersättningssystem liksom när det gäller valfrihet. Mot bakgrund av de presenterade resultaten diskuteras i detta avsnitt vilka styrmekanismer som tillämpas för att uppnå en god tillgång och rättvis fördelning av vård samt rätt och effektiv vårdnivå för patienterna.

4.1 STYRMEKANISMER

Primärvårdssektorns struktur, organisation och styrning skiljer sig väsentligt åt mellan länder. Det gäller såväl mellan som inom skattebaserade system och socialförsäkringssystem. Men det finns också gemensamma utvecklingstendenser och egenskaper. De styrmekanismer som är centrala i olika länder hanteras olika beroende på fördelningen av ansvar mellan aktörer. Den centrala statsmakten har i de flesta länder ett övergripande ansvar och styr via lagstiftning och reglering. I vissa länder är staten även huvudman för hälso- och sjukvården. Rollen som finansiär – eller tredjepartsfinansiär – innehas däremot av skilda aktörer.

De ekonomiska transaktionerna går i mindre utsträckning mellan patient och vårdgivare och därför har tredjepartsfinansiären möjlighet att styra vårdgivare genom utformning av ersättningssystem och regleringar. Denna roll kan innehas av den centrala statsmakten, regionala offentliga myndigheter eller mer oberoende försäkringsgivare som sjukkassor i socialförsäkringssystem och privata försäkringsbolag.

Utifrån den svenska strukturen och ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården utgörs aktörerna med styrbefogenheter av den centrala statsmakten och landstingen är tredjepartsfinansiärer. Förenklat innebär det att statens uppgifter inom hälso- och sjukvården avser lagstiftning/reglering, utbildning samt riktade och utjämnande insatser, medan landstingen/regionerna har det huvudsakliga ansvaret för finansiering, produktion och reglering på en mer detaljerad nivå.

För landsting och regioner finns ett ansvar för målsättningar om säkerhet, tillgänglighet, effektiv vård och jämlikt vårdutnyttjande. Med den integrerade strukturen av finansiering och produktion som landstingen har kan man välja mellan egen vårdproduktion och kontrakt med privata vårdgivare. För primärvården har staten via lagstiftning överlåtit detta val till medborgarna genom lagen om valfrihetssystem som även är inskriven i hälso- och sjukvårdslagen (hälso- och sjukvårdslag 2017:30). Landstingen som tredjepartsfinansiärer utformar dock regelverk och ersättningssystem om hur valfrihet och etablering ska implementeras.

4.1.1 Styrmedel på central statlig nivå

Den statliga centrala styrningen påverkas till stor del av vilken roll den centrala statsmakten har. Staten har helt naturligt en större roll i system som det brittiska NHS i jämförelse med sjukvårdssystem där regionala aktörer, sjukförsäkringar och försäkringsbolag är tredjepartsfinansiärer. De flesta europeiska länder har dock sjukvårdssystem där frågor om finansiering, reglering och produktion är decentraliserade. I såväl socialförsäkringssystem som skattebaserade system är det sjukförsäkringar (Belgien, Tyskland, Österrike), försäkringsbolag (Nederländerna) och regionala myndigheter (Danmark, Finland, Sverige) som är tredjepartsfinansiärer.

Resursfördelning för målsättningar om jämlik vård

Resursfördelning för målsättningar om jämlik vård finns i de flesta europeiska sjukvårdssystem. Det främsta styrmedlet för att uppnå en jämlik vård är att avlägsna de ekonomiska restriktionerna för medborgarna att söka vård. Utvecklingen inom de europeiska OECD-länderna har gått mot en ökad eller bibehållen hög andel offentlig finansiering av såväl primärvård som övrig hälso- och sjukvård. Länder med socialförsäkringssystem uppvisar idag samma andel offentlig finansiering som skattebaserade system.

Staten har i flertalet länder dels ett övergripande ansvar för kontroll av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, dels en viktig roll för att utjämna skillnader mellan olika tredjepartsfinansiärer. Det innebär att staten i regel har ansvaret för att utjämna skillnader och kompensera för större vårdbehov. Det kan gälla utjämning mellan geografiska områden med olika skattekraft där finansieringen tas ut genom regionala skatter. Ett exempel är det svenska skatteutjämningssystemet.

En motsvarande utjämning svarar den holländska staten för genom att kompensera sjukförsäkringar med en större andel äldre, fler kroniskt sjuka invånare eller andra faktorer som påverkar behovet av vård. Det gäller inte minst i länder med valfrihetssystem där staten kan reglera kompensationen till försäkringsgivare och vårdgivare utifrån patientsammansättning och behov av vård.

I de flesta länder har staten eller någon tredjepartsfinansiär reglerat patientavgifterna och marknaden för kompletterande sjukvårdsförsäkringar. I vissa länder är patientavgifter och högkostnadsskydd enhetliga för alla medborgare, medan några länder accepterar olika storlek på patientavgifterna, däribland Sverige. Oftast finns emellertid skyddsnät som innebär att de ekonomiska konsekvenserna för sjukvårdsutnyttjande begränsas till ett maximalt belopp. Beträffande privata sjukvårdsförsäkringar finns lagstiftning och regleringar som begränsar deras åtaganden och funktionssätt i samtliga länder. Eftersom den offentliga finansieringen täcker 70–80 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader inom de europeiska OECD-länderna har privata sjukvårdsförsäkringar främst en kompletterande funktion.

I vissa länder – som Sverige – innebär regleringar att privata försäkringar inte accepteras vid offentlig vårdinrättningar, vilket också betyder att staten inte reglerar någon samverkan mellan privat och offentlig finansiering. Den privata försäkringen har inga direkta kopplingar till den offentligt finansierade vården. En konsekvens av detta är att den privata marknaden avgränsas och separeras från den offentligt finansierade vården men samtidigt blir relativt oreglerad inom denna avgränsning.

Ett antal länder reglerar de privata försäkringarna, vilket även avser hur dessa kan interagera med offentligt finansierad vård. I Danmark finns möjligheten att teckna tilläggsförsäkring inom primärvården (Olejaz 2012). I det tyska systemet har det under en lång period funnits en möjlighet att lämna den obligatoriska socialförsäkringen med villkor om att man som individ tecknar en privat försäkring som täcker merparten av vården (Busse och Blumel 2014). I Storbritannien gäller de privata försäkringarna för vissa reglerade tjänster som erbjuds av den offentliga vården (Boyle 2011).

4.1.2 Regional nivå (tredjepartsfinansiär)

För huvuddelen av de styrmedel som används inom hälso- och sjukvård svarar så kallade tredjepartsfinansiärer. Som tidigare beskrivits utgörs dessa i huvudsak av sjukförsäkringssystem och beställarorganisationer – eller motsvarande – i skattebaserade system. I vissa länder med socialförsäkringar, till exempel Nederländerna, ligger detta ansvar på privata försäkringsbolag och i en del skattebaserade system finns inte tydliga beställarenheter utan ansvaret ligger på den offentliga förvaltningen. Även i ett centralt styrt system som det brittiska NHS är frågor om styrning och kontraktering nödvändigtvis decentraliserade till regionala beställarenheter.

4.1.3 Uppdrag och ackreditering

Uppdragen inom primärvården skiljer sig markant främst mellan länder men uppvisar även variationer inom länder. I vissa länder är uppdraget relativt smalt och fokuserat på läkarmottagningar där professionen består av allmänläkare och sjuksköterskor. Samverkan med andra professioner sker genom olika form av nätverk eller genom att patienten på egen hand koordinerar vården. I andra länder är uppdraget bredare och omfattar till exempel rehabilitering, barn- och mödravård samt förebyggande arbete. Detta kräver större enheter som kliniker eller vårdcentraler med en bemanning som vid sidan av läkare och sjuksköterskor omfattar paramedicinsk personal som kuratorer, psykologer och sjukgymnaster.

Primärvårdens roll som "grindvakt" (*gate-keeper*) varierar mellan länder. I vissa system är kravet på remiss för vård inom annan specialistvård tydligt och omfattar hela befolkningen. Här finns ofta ett samband med låga eller inga avgifter för patienterna vid tillgång till primärvård. Regler för remisskrav är ett viktigt styrmedel som används av både stat och olika regionala tredjepartsfinansiärer för att styra och prioritera tillgången till specialistvård.

4.1.4 Resursfördelning och ersättningssystem

Ersättningen till vårdgivare är ett av de mest kraftfulla verktygen för att styra deras beteende. Det är emellertid inte alltid de ekonomiska incitamenten får avsedd effekt. Det föreligger fortfarande en osäkerhet om hur ersättningen ska utformas för att ge bästa resultat: en effektiv och ändamålsenlig vård kombinerad med en jämlik tillgång till vård. Det betyder att det måste finnas incitament att ta emot – listning – och ge vård till vårdtunga patienter.

Idag saknas konsensus om en optimal ersättningsform för primärvården, men utvecklingen visar att ensidiga ersättningar minskar. Det gäller bland annat i sjukvårdssystem

där primärvården ersatts efter endast prestationer (FFS) samt i länder där fast budget eller kapitering utgjort hela ersättningen. Utvecklingen har under senare år gått mot en kombination av ersättningsprinciper. Flera länder kombinerar kapitering – ofta korrigerad för behov via justering för socioekonomiska förhållanden och sjuklighet – med olika typer av prestationsersättningar.

Vid en internationell jämförelse är den fasta ersättningen per listad i regel högre vid svenska landsting – med undantag av Stockholm (Anell m.fl. 2012). De flesta länder i Europa, såväl socialförsäkringssystem som skattebaserade system, har en högre andel rörlig ersättning. Enligt en litteratursammanställning (Jacobsson 2007) är fördelen med en kombination att det ger möjligheter att fånga de positiva och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningssystem. En renodlad kapitering är bra ur kostnadskontrollsynpunkt och fördelningsperspektiv, medan incitament saknas för hög produktivitet och tillgänglighet (Docteur och Oxley 2003).

En renodlad prestationsersättning leder ofta till problem med kostnadskontroll men samtidigt incitament för hög produktivitet (Krasnik m.fl. 1990, Iversen och Lurås 2000). De flesta sjukvårdssystem tillämpar idag en kombination av ersättningsprinciper inom primärvården för att dels kompensera vårdgivare som har en stor andel kroniker och tunga patienter, dels ge incitament för en god tillgång till vård rent generellt.

En viktig del av regelverket för listning och ersättning är hanteringen av så kallad full lista vid valfrihet. För att undvika selektering av patienter har flertalet länder regler om att vårdgivare inte kan neka en patient att lista sig. Om en lista är full ska patienten erbjudas en väntelista. I detta avseende har även de svenska landstingen infört regler vid full listning för att undvika att svårt sjuka patienter och kroniker diskrimineras (Anell m.fl. 2012).

Gemensamt för flera länder som utvecklat nya typer av ersättningsmodeller är att ansvaret för att utforma grundprinciperna ofta ligger på nationell nivå – eller regional nivå i länder med stor befolkning. Det är i allmänhet staten eller någon form av samordnad organisation för tredjepartsfinansiärerna som ansvarar för utformningen av ersättningen. Det gäller länder som Danmark, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland. Ersättningssystemen är relativt enhetliga för hela landet även om variationer förekommer i form av lokala tilläggsavtal (Norge) och tilläggsförsäkringar (Nederländerna). I Danmark, Storbritannien och Tyskland finns dessutom en tradition av att förhandla ersättningen med representanter för den medicinska professionen, vilket även påverkar följsamheten av ingångna avtal om ersättningen (Busse och Blumel 2014).

Utvecklingen av nya innovativa ersättningssystem kräver speciell kunskap och god administrativ kompetens. Därför finns det sannolikt stordriftsfördelar när det gäller utformningen av nya system. Samtidigt föreligger en risk för att centralstyrning förhindrar regionala jämförelser och innovativa initiativ på lokal nivå.

4.1.5 Utbud, driftsform och organisation

Ska primärvården bedrivas i offentlig regi eller kontrakteras ut till privata vårdgivare? Det är en central fråga. I flera socialförsäkringssystem har sjukförsäkrarna inte haft rättigheter att driva vård i egen regi. Det har inneburit att dessa länder haft en lång tradition med privata vårdgivare som ersatts via kontrakt och avtal. Historiskt har de skattebaserade systemen varit

en kontrast eftersom de offentliga aktörerna haft till uppgift att bygga upp en integrerad modell för både finansiering och vårdproduktion. Denna typ av vertikal integration ifrågasattes sällan under uppbygganden av flera offentliga system. Ett undantag har dock varit primärvården i Storbritannien där ägandeformen varit privat.

Under de senaste decennierna har den vertikala integrationen med gemensamt huvudmannaskap för finansiering och produktion ifrågasatts inom de skattebaserade systemen. Med införandet av olika beställar- och utförarmodeller har kontraktering med privata vårdgivare ökat, inte minst inom primärvården (Rehnberg 1995, Anell m.fl. 2012). Samtidigt har det skett en utveckling inom socialförsäkringssystemen där sjukkassor i högre grad tecknat mer detaljerade avtal med vårdgivare (Masseria m.fl. 2009). I det avseendet har systemen således närmats sig varandra, där främst den integrerade modellen i skattebaserade system delvis upplösts och sjukkassor blivit mer aktiva som beställare. Denna utveckling är tydligast inom primärvården, medan sjukhusstrukturen endast ändrats i mindre grad.

Ska driftsformen integreras med finansiären eller vara fristående? Den frågan är avgörande. Till skillnad från sjukhusvården finns ett tydligt mönster för primärvården, där tredjepartsfinansiärer i såväl socialförsäkringssystem som skattebaserade system i hög utsträckning valt att kontraktera ut primärvården till privata vårdgivare. Privatisering och kontraktering av vårdtjänster har i huvudsak genomförts enligt två modeller: offentlig upphandling – entreprenad – och kundvalsmodellen. Vid offentlig upphandling köper tredjepartsfinansiären tjänster från främst privata utförare, enligt regler för upphandling och kontraktsavtalade villkor. Modellen karakteriseras således av *konkurrens om marknaden*. I en kundvalsmodell – vårdval – får patienten själv välja mellan de vårdgivare som godkänts av beställaren. Med andra ord privatiseras konsumtionsbeslutet. Vårdgivarna kan vara antingen privata – inklusive icke vinstdrivande – eller offentliga. Det innebär att patienternas val styr resursflödet till producenterna, det uppstår *konkurrens på marknaden*. För en översikt av dessa modeller, se Andersson med flera (2014). Valet mellan dessa modeller ligger ofta på tredjepartsfinansiärer på regional nivå. I Sverige begränsas dock denna frihet av lagen om valfrihetssystem, LOV (2008:962), som stipulerar en kundvalsmodell för primärvården. Kundvalsmodellen existerar även i andra skattebaserade system som i Norge och Danmark samt i de flesta länder med socialförsäkringssystem.

Primärvårdens organisation uppvisar stora skillnader mellan och inom de olika systemen samt även inom länder. Den organisatoriska utformningen har skett utifrån de villkor som tredjepartsfinansiären formulerat, med regleringar om till exempel utbud av service och tillgänglig kompetens eller genom de marknadskrafter som blir följden av konkurrens och kundval. Som redovisats tidigare finns stora skillnader mellan ensampraktik, gruppraktik och större kliniker/vårdcentraler inom primärvården. Här kan tredjepartsfinansiärer ställa olika krav genom till exempel ackreditering på vilket utbud som ska finnas hos vårdgivare inom primärvården.

Det finns inte konsensus om optimalt vårdutbud men däremot en trend mot större enheter, om än inte i den storleksordning som många svenska vårdcentraler har. Samverkan mellan läkare, sjuksköterskor och paramedicinsk profession kan organiseras genom team eller olika former av nätverkslösningar. En viktig fråga är att genom ackreditering fastställa vilket utbud som är obligatoriskt. Genom att göra vissa tjänster och tillgänglig kompetens

obligatoriska minskar risken för att vårdgivare inriktar sig mot mindre krävande patientgrupper.

En central fråga är även kravet på remiss från primärvården för tillgång till annan specialistvård. I detta avseende har såväl statliga myndigheter som andra tredjepartsfinansiärer olika policyer i olika länder. I till exempel Danmark, Nederländerna, Norge och Storbritannien är remisskravet en tydlig reglering för tillgång till specialistvård (*gate-keeping*), medan länder som Sverige och Tyskland har mer liberala regler för tillgång till specialistvård. I detta avseende finns en skillnad i vilka styrmekanismer som används för tillgång till specialistvård. Ett alternativ är att uppmuntra tillgång till primärvård genom att inte ta ut patientavgifter men i stället ha krav på remiss. Ett annat alternativ är att styra med prismekanismer som varierar mellan primärvård och specialistvård.

Primärvårdens tillgänglighet utanför kontorstid under vardagar (*out-of-hours service*) är en fråga som aktualiserats i flera länder under senare tid. Traditionellt har akutmottagningar vid sjukhusen svarat för utbudet av beredskap och akutverksamhet. Samtidigt har en utveckling ägt rum där vårdgivare som primärvård, närakuter med flera svarar för vissa delar av akut vård med varierande beredskap och utbud utanför kontorstid. I flera länder noteras dock ett motstånd från profession och anställda inom primärvården för att medverka i vård utanför kontorstid.

4.2 AVSLUTANDE SYNPUNKTER

Avslutningsvis kan vi konstatera att det föreligger stora skillnader i hur primärvården är strukturerad och organiserad i de västeuropeiska länderna. Inledningsvis refererades till studier där vissa primärvårdssystem betraktas som förhållandevis starka. Utgångspunkten har då varit att primärvårdens andel av de totala resurserna är större i länder som Danmark, Nederländerna, Norge och Storbritannien (Kringos m.fl. 2015). I en sammanställning av OECD, som analyserar effekter som kan tillskrivas primärvården, anges Danmark och Nederländerna som de system som uppnår bäst målpåfyllelse i dessa avseenden (OECD 2016).

Det är svårt att uttala sig om en enhetlig optimal struktur och organisation av primärvården som leder till de bästa prestationerna eller resultaten – även om vi betraktar dessa fyra länder i relation till sammanställningen i denna rapport. De fyra länderna satsar visserligen en större andel av resurserna och har ett högre vårdutnyttjande av primärvård än Sverige. Samtidigt uppvisar de skillnader i struktur och organisation. Det finns dock vissa gemensamma nämnare som att primärvården uteslutande drivs i privat regi där medborgarna har valfrihet att välja mottagning eller läkare men måste acceptera remisstvång för tillgång till specialist- och sjukhusvård. Samtliga fyra länder har en lång tradition av valfrihet och möjligheter för vårdgivare att etablera sig. Regleringen av möjligheterna att välja vårdgivare samt den geografiska etableringen är emellertid något hårdare än i Sverige.

Skillnader finns emellertid: det norska systemet är baserat på små läkarmottagningar medan övriga tre länder har olika former av gruppraktik. De ersättningssystem som tillämpas i samtliga fyra länder är främst kombinerade ersättningsprinciper, dock med olika konstruktioner. I Storbritannien är den rörliga ersättningen främst baserad på målpåfyllelse,

medan de övriga länderna har prestationsersättning baserad på besök och åtgärder. Kapiteringsandelen ligger ofta mellan 40 och 60 procent av den totala ersättningen och är justerad för ålder och andra behovsindikatorer.

Det finns relativt stora skillnader mellan dessa fyra länder när det gäller effekter och måluppfyllelser som kan tillskrivas primärvården. När det gäller besök vid akutmottagningar – som förklaras av bristande tillgänglighet av primärvård – ligger Norge sämst till på ungefär samma nivå som Sverige, medan Danmark har den lägsta nivån. För indikatorn undvikbar slutenvård, för sjukdomar där primärvården har förutsättningar att minska inläggningar på sjukhus, uppvisar Storbritannien bästa resultat, följt av Nederländerna. Norge ligger sämst till med en nivå som motsvarar Sveriges.

För antibiotikaförskrivning uppvisar samtliga dessa fyra länder – liksom Sverige – mer ändamålsenliga nivåer av så kallade andra linjens antibiotika än jämförbara länder i Europa. Beträffande fördelningsaspekterna visar Danmark, Nederländerna och Storbritannien en profil där vårdutnyttjandet är relativt högre för låginkomsttagare. I Norge är fördelningen i stort sett lika mellan hög- och låginkomsttagare.

Generellt uppvisar flertalet länder i studien större satsningar på primärvård än Sverige. Såväl andelen av läkarkåren som antalet besök per invånare är betydligt lägre i Sverige. Dessa resultat överensstämmer med bedömningar av medborgare och patienter att tillgängligheten är sämre i svensk primärvård. Den svenska primärvården uppvisar även sämre resultat när det gäller kontinuitet, undvikbar slutenvård och onödiga besök vid akutmottagning. När det gäller ändamålsenlig antibiotikaförskrivning ligger Sverige på samma nivå som de bästa länderna.

Referenser

- Adriaenssens, N. m.fl. (2011). European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): Disease Specific Quality Indicators for Outpatient Antibiotic Prescribing. *BMJ Quality and Safety*, 20 s. 764–772.
- Andersson, F., Janlöv, N., Rehnberg, C. (2014). *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:5. Stockholm: Finansdepartementet och Myndigheten för vårdanalys.
- Anell, A., Nylinder, P., Glenngård, A.H. (2012). *Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: SKL.
- Berchet, C., Nader, C. (2016). The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. OECD Health Working Papers 89. Paris: OECD.
- van den Berg, M.J., van Loenen, T., Westert, G.P. (2016). Accessible and Continuous Primary Care May Help Reduce Rates of Emergency Department Use. An international Survey in 34 Countries. *Family Practice*, 33(1) s. 42–50.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1) s. 1–486.
- Busse, R., Blümel, M. (2014). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2) s. 1–296.
- Delamaire, M.L., Lafortune, M. (2010). Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers 54. Paris: OECD.
- Devaux, M., de Looper, M. (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008–2009. Paris: OECD.
- Docteur, E., Oxley, H. (2003). Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers 9. Paris: OECD.
- van Doorslaer, E., Masseria, C. (2004). Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OECD Health Working Paper. Paris: OECD.
- van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2) s. 177–183.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. m.fl. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19 s. 553–583.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2015). Beskrivningar av olika länders sjukvårdssystem (Health system reviews–HiT series).

- Fujisawa, R., Lafortune, G. (2008), The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? OECD Health Working Papers 41. Paris: OECD.
- Huibers, L. m.fl. (2014). EurOOHnet – the European research network for out-of-hours primary health care. *European Journal of General Practice*, 20(3) s. 229–232.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
- Irving, G., Neves, A.L., Dambha-Miller, H. m.fl. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 2017:7.
- Iversen, T., Lurås, H. (2000). The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Economics*, 9(3) s. 199–210.
- Jacobsson, F., Lindvall, S. (2007). *Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård: en översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer*. Stockholm: SKL.
- Kohnke, H., Zielinski, A. (2017). Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2) s. 113–119.
- Konkurrensverket (2010). *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar*. Slutrapport (Konkurrensverkets rapportserie 2010:3). Stockholm: Konkurrensverket.
- Krasnik, A., Groenewegen, P.P., Pedersen, P.A. m.fl. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ*, 300 s. 1698–1701.
- Kringos, D.S., Boerma, W., Hutchinson, A., Saltman, R. (red.) (2015). *Building primary care in a changing Europe. European observatory on health systems and policy*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.
- Kringos, D.S., Boerma, W., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4) s. 686–694.
- Lag om valfrihetssystem (2008:962).
- Masseria, C., Irwin, R.I., Thomson, S., Gemmill, M., Mossialos, E. (2009). *Primary care in Europe*. London: London School of Economics.
- OECD/EU (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2) s. 1–192.
- O'Malley, A.S. m.fl. (2012). After-hours care and its coordination with primary care in the US. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11) s. 1406–1415.

- O'Malley, A.S. (2013). After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Affairs*, 32(1) s. 175–183.
- Paris, V., Devaux, M., Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers 50. Paris: OECD.
- Rehnberg, C. (1995). The Swedish Experience with Internal Markets. I Jérôme-Forget, M., White, J., Wiener, J.M. *Health Care Reform Through Internal Markets – Experience and Proposals*. Montreal: Brookings/IRPP.
- Rehnberg, C. (2007). Jämförelse av förutsättningar för idéburna vårdgivare inom EU/EES-området. Bilaga 6 i SOU 2007:37, *Vård med omsorg – möjligheter och hinder. Betänkande från Delegationen för mångfald inom vård och omsorg*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Robinson, J.C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2) s. 149–177.
- Socialstyrelsens statistikdatabas (olika år), Stockholm.
- SOU 1996:163. *Behov och resurser i vården – en analys*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SPRI (1978). Primärvård – innehåll och utveckling. I samarbete mellan Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Spri. Spri rapport 101, Stockholm.
- Starfield, B. (2006). State of art in research on equity in health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, nr. 1, s. 11–32.
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3) s. 457–502.
- Sveréus, S., Larsson, K., Rehnberg, C. (2017). Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. *European Clinical Respiratory Journal*, 4(1).
- Sveriges Kommuner och Landsting (olika år). Statistik över verksamhet och ekonomi, Stockholm.
- Sveriges Läkarförbund (olika år). Läkarfakta, Stockholm.
- Thompson, K., Parahoo, K., Farrell, B. (2004). An evaluation of a GP out-of-hours service: meeting patient expectations of care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(3) s. 467–474.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. m.fl. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18 s. 263–290.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2015). Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv: en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Rapport 2015:9. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. PM 2016:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

van der Zee, J., Kroneman, M.W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Services Research 2007, 7:94.



BILAGA

Tabell 6. Justerade jämlikhetsindex för primärvården tillsammans med uppgifter om valfrihet, driftsformer och ersättningsmodeller.

Fördelning primärvård	Land	HI - 2000/2002	HI - 2008/2009	HI - Öppen- vård totalt	Valfrihet	Driftsform	Dominerande ersättningsmodell	Sjukvårdssystem
Pro-Poor				(senaste år 2000-2009)				
Länder som ingått i båda studierna (2000/2002 samt 2008/2009)	Belgien	-0,057	-0,030	-0,031	Ja	Privat	Rörlig	Socialförsäkring
	Danmark	-0,028	-0,038	0,005	Ja	Privat	Kombinerad	Skattebaserat
	Frankrike	-0,005	-0,023	0,017	Ja	Privat	Rörlig	Socialförsäkring
	Spanien	-0,047	-0,007	-0,012	Nej	Offentlig	Kombinerad	Skattebaserat
Länder som ingick i studien 2000/2002	Irland	-0,061	--	-0,032	Ja	Privat	Rörlig	Skattebaserat
	Italien	-0,026	--	0,004	Ja	Privat	Kombinerad	Skattebaserat
	Nederländerna	-0,038	--	-0,017	Ja	Privat	Kombinerad	Socialförsäkring
	Storbritannien	-0,042	--	--	Ja	Privat	Kombinerad	Skattebaserat
Indifferent								
	Norge	-0,006	--	0,009	Ja	Privat	Kombinerad	Skattebaserat
	Schweiz	-0,024	-0,022	0,022	Ja	Privat	Rörlig	Socialförsäkring
	Tyskland	-0,021	--	0,014	Ja	Privat	Rörlig	Socialförsäkring
	Österrike	0,001	-0,027	0,026	Ja	Privat	Kombinerad	Socialförsäkring
Pro-rich								
	Finland	0,045	0,016	0,039	Nej	Offentlig	Fast	Skattebaserat
	Portugal	0,008	--	0,068	Nej	Offentlig	Fast	Skattebaserat
	Sverige	--	--	0,042 [#]	Nej [#]	Offentlig	Fast	Skattebaserat

Primärvården i Europa

En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har uppdragit åt professor Clas Rehnberg vid Karolinska Institutet att ta fram en övergripande redogörelse av primärvårdens finansiering, organisation, roll och funktion i ett antal europeiska OECD-länder. Denna promemoria är hans redovisning av arbetet och ett underlag till Vårdanalys rapport En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (Rapport 2017:3).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.