



VG PRIMÄRVÅRD I FÖRHÅLLANDE TILL  
RIKSREVISIONENS RAPPORT  
”PRIMÄRVÅRDENS STYRNING – EFTER  
BEHOV ELLER EFTERFRÅGAN?”

Hälso- och sjukvårdsavdelningen: Vårdvalsenheten/Område Uppföljning och Analys

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

December 2014

## Innehåll

Sammanfattning .....	2
1. Inledning .....	4
1.1 Motiv och syfte till Västra Götalandsregionens rapport .....	4
1.2 Metod för datainsamling och analys .....	5
1.3 Osäkerhet i Riksrevisionens rapport.....	5
2 Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården? .....	6
2.1 Utveckling av tillgänglighet i primärvården.....	6
2.1.1 Telefontillgänglighet .....	6
2.1.2 Besökstillgänglighet .....	7
2.2 Utveckling av antal besök inom primärvård.....	7
2.2.1 Viktade vårdkontakter per invånare .....	8
2.3.2 Utveckling av antal besök .....	9
3 Etableras vårdcentraler där vårdbehoven finns? .....	12
3.1 Utvecklingen av antalet vårdcentraler .....	12
3.2 Har befolkningens sammansättning betydelse för var vårdcentraler etableras? 12	
4 Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?.....	14
4.1 Tillgången till läkare i primärvården .....	14
4.2 Tillgången till ST-läkare i primärvården .....	14
4.3 Tillgången till andra yrkesgrupper i primärvården .....	14
4.4 Finns förutsättningar för läkarkontinuitet där behoven är som störst? .....	14
5 Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?.....	17
5.1 Kort beskrivning av ACG och RUB.....	17
5.1.1 Förflyttning mellan RUB-kategorier, så kallade "RUB-hoppers" .....	17
5.1.2 Förekomsten av "RUB-hoppers" och konsekvenser för studien.....	18
5.2 Besöksutveckling för olika patientgrupper.....	18
5.2.1 Besöksutveckling utifrån antagande om konstant sjuklighet .....	18
5.2.2 Besöksutveckling utifrån faktisk sjuklighet .....	20
5.3 Undanträngning av vårdkrävande grupper? .....	21
5.4 ACG och diagnosättning/diagnosinflation .....	21
6 Har tillgänglighetsreformerna påverkat kostnaderna avseende primärvård? .....	23
6.1 Primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna .....	23
6.2 Primärvårdens kostnad per invånare .....	24

## Sammanfattning

Riksrevisionen har i en rapport<sup>1</sup> granskat hur de statliga reformerna för vårdval och vårdgaranti har påverkat primärvården. Deras slutsatser är att vårdkostnaderna tycks öka och att vårdkrävande personer missgynnas i valfrihetssystemen, medan de positiva resultaten av reformerna i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökad besöksfrekvens i högre utsträckning tycks ha kommit patienter med lägre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del.

I föreliggande rapport studeras om de förhållanden som Riksrevisionen har noterat finns också inom Västra Götalandsregionen och VG Primärvård. De fynd som har gjorts sammanfattas i det följande:

### **Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?**

Precis som Riksrevisionen påpekar förbättrades telefontillgängligheten redan innan vårdvalet infördes, men den har fortsatt att förbättras också senare. I Västra Götaland är tillgängligheten för både telefonkontakt och besök god i förhållande till riket.

Antalet läkarbesök ökade initialt vid vårdvalets införande. Antalet sjuksköterskebesök har inte följt med, även om ersättningsmodellen stimulerar till vård på annan vårdnivå än läkare. Antalet besök hos personalkategorier för psykisk ohälsa minskade vid vårdvalets införande för att sedan öka igen. Vårdcentraler har anställt psykologer sannolikt för att krav- och kvalitetsboken gjort gällande att detta blir ett krav i framtiden.

### **Etableras vårdcentraler där vårdbehoven finns?**

Befolkningens sammansättning har betydelse för var vårdcentraler väljer att etablera sig, men inte på det vis riksrevisionen beskriver. VG Primärvårds ersättningsmodell stimulerar till etablering i socioekonomiskt tunga områden samt i mer glest befolkade områden. Vårdcentraler som nyetablerat sig i vårdvalsmodellen har en högre socioekonomisk tyngd än vårdcentraler som var verksamma innan vårdvalets införande. Samtliga geografiska områden i Västra Götaland fick nyetableringar vid vårdvalets införande och de flesta geografiska områden har också fått nya etableringar efter vårdvalets införande.

### **Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?**

Tillgången till läkare i primärvården är enligt genomförd enkätundersökning sämre än riksrevisionen redovisar. Tillgången till ST-läkare i allmänmedicin har ökat kraftigt efter vårdvalets införande men tillgången till andra yrkesgrupper i primärvården har inte ökat.

---

<sup>1</sup> "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?" (RIR 2014-22)

Det finns inget som talar för att vårdcentraler i socioekonomiskt tunga områden har en sämre läkarbemanning än vårdcentraler i socioekonomiskt lättare områden. Det finns inte heller något som talar för att privata vårdcentraler väljer att etablera sig i socioekonomiskt lätta områden, snarare tvärt om. I Västra Götaland har privata vårdcentraler i genomsnitt ett högre relativt CNI än offentliga, och en bättre läkarbemanning per listad.

### **Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?**

Riksrevisionen syns ha dragit slutsatser om vårdutnyttjandet utifrån hypotesen att en individs sjuklighet och behov av vård är konstant över tid. Västra Götalandsregionens granskning visar att detta antagande inte är korrekt.

De effekter som riksrevisionen påtalar om undanträngningseffekter efter införandet av vårdval kan inte ses i Västra Götalandsregionen. Antalet läkarbesök i primärvård stiger för de personer som är svårast sjuka och antalet läkarbesök i primärvård för de med minst sjuklighet minskar. Vårdvalsmodellen ligger därmed i linje med medicinsk prioritering och resurser fördelas utifrån medicinska behov.

Diagnosregistreringsgraden i primärvård var låg innan genomförandet av VG Primärvård. Den ökade registreringen av diagnoser inom primärvård har medfört en betydligt bättre bild av sjukligheten i Västra Götaland.

### **Påverkar tillgänglighetsreformerna kostnaderna i primärvården?**

Primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Västra Götaland har minskat sedan vårdvalets införande. Införande av vårdval har inte bidragit till kostnadsökning inom primärvårdsområdet.

## 1. Inledning

Riksrevisionen publicerade den 11 november 2014 rapporten "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?"<sup>2</sup> (RIR 2014-22). Rapportens ansats är att granska hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat primärvårdens möjligheter att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Riksrevisionens slutsats är att reformerna gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter och fler vårdcentraler, men att de också fått stark styreffekt och lett till att det blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer. Riksrevisionen påpekar också att vårdkostnaderna tycks öka, att skillnaderna mellan landstingen inte minskar och att vårdkrävande personer missgynnas i valfrihetssystemen.

Rapporten bygger på resultat från tidigare studier samt på ny bearbetning av data från olika källor och intervjuer med bland annat Konkurrensverket, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Statistiska Centralbyrån (SCB), fyra<sup>3</sup> landsting (Jämtlands läns landsting, Region Skåne, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen) samt intervjuer med vårdgivare, forskare och andra statliga myndigheter.

De frågeställningar som fokuseras i Riksrevisionens rapport är:

- Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?
- Har den fria etableringen lett till att vårdcentralerna finns där behoven finns?
- Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?
- Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?
- Har landstingen utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård ökat?
- Påverkar tillgänglighetsreformerna kostnaderna i primärvården?

### 1.1 Motiv och syfte till Västra Götalandsregionens rapport

Riksrevisionens rapport ställer sig starkt kritisk till vårdvalsreformen. Bland annat dras följande slutsatser:

- Tillgängligheten har inte förbättrats nämnvärt efter reformens införande
- Nya vårdcentraler har i huvudsak etablerats i befolkningstäta områden där vårdbehovet är lägre och invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet
- Nedläggning av vårdcentraler har främst drabbat områden där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kan antas vara större
- Nya vårdcentraler är bättre bemannade men är etablerade i områden där behov av kontinuitet antas vara mindre

---

<sup>2</sup> <http://www.riksrevisionen.se/sv/rapporter/Rapporter/EFF/2014/Primarvardens-styrning--efter-behov-eller-efterfragan/>

<sup>3</sup> Jönköpings län deltog i förstudien men granskades inte i rapporten

- Vårdutnyttjandet har blivit mer ojämnt. Besökare med lättare och lindriga symptom gör fler besök och de sjukaste patienterna gör färre besök
- Landstingens vårdvalssystem har inte blivit mer lika
- Kostnaderna för primärvård har inte minskat. Trenden visar att kostnaderna ökar även efter reformens införande

Syftet med Västra Götalandsregionens rapport är att studera de slutsatser som Riksrevisionen drar och söka svar på om motsvarande förhållanden finns inom Västra Götalandsregionen och VG Primärvård. Den korta tid som har funnits till förfogande har bidragit till att det inte varit möjligt att genomlysna varje del av Riksrevisionens rapport. Fokus har därför varit att granska några av de viktigaste delarna. Denna rapport är uppbyggd utifrån de rubriker som används i Riksrevisionens rapport.

### 1.2 Metod för datainsamling och analys

Denna rapport använder sig i möjligaste mån av resultat från tidigare studier och kartläggningar, men i några fall har nya beräkningar gjorts. Data är hämtade från:

- Västra Götalandsregionens vårddatabas VEGA är källa för besöksstatistik och analyser avseende vårdtyngd, mätt i ACG (Adjusted Clinical Groups) och RUB (Resource Utilization Bands). Data för jämförelser har också hämtats från SKLs ekonomi och verksamhetsstatistik.
- Bemanning på vårdcentraler är hämtade från en enkätundersökning som genomförts av Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli under 2014.
- Statistiska Centralbyrån (SCB) levererar CNI (Care Need Index) per vårdcentral. CNI är en sammanvägning av socioekonomiska faktorer och antas spegla förväntad vårdtyngd.
- Antal listade invånare hämtas från Västra Götalandsregionens vårdvalssystem.
- Tillgänglighetsinformation för besök och telefonkontakt är hämtade från Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården<sup>4</sup>.

Analyserna har genomförts och rapporten sammanställts av medarbetare inom Västra Götalandsregionens Vårdvalsenhet samt Område uppföljning och analys. De personer som har deltagit i arbetet är Stefan Bengtsson, Anneth Lundahl, Marcus Edenström, Martin Fredriksson, Lars Björkman, Sara Ribacke och Hans Möller.

### 1.3 Osäkerhet i Riksrevisionens rapport

Det är värt att uppmärksamma att Riksrevisionen på många ställen i rapporten använder formuleringar av typen "det är svårt att mäta utvecklingen", "Riksrevisionen har funnit indikationer på", "det är svårt att dra några slutsatser om", "Det är svårt att jämföra", "Det är svårt att undersöka", "Det är svårt att värdera", "Det är svårt att säga", "Det är svårt att utläsa". Detta gör det naturligtvis komplicerat att dra slutsatser om att Riksrevisionens rapport med säkerhet kan påvisa nämnda problemområden eller brister på nationell nivå och än mindre på regional nivå.

---

<sup>4</sup> <http://www.vantetider.se/>

## 2 Har det blivit lättare att få kontakt med primärvården?

Riksrevisionen skriver i sin rapport att telefon- och besökstillgängligheten har blivit bättre över tid, men att förbättringarna i huvudsak inträffade före införandet av vårdvalsreformen och den lagstadgade vårdgarantin. Ett syfte med vårdvalsreformen var att förbättra tillgängligheten till primärvård genom viss avreglering av marknaden och större etableringsfrihet av privata vårdgivare.

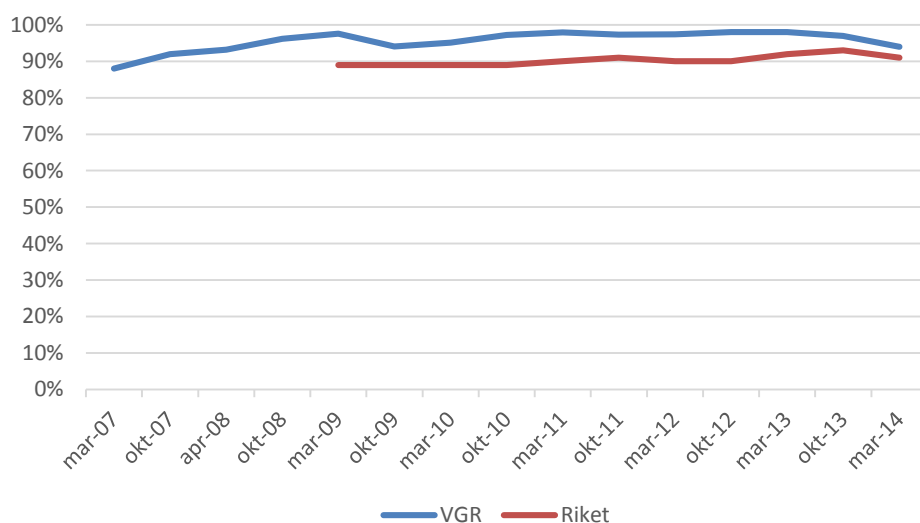
### 2.1 Utveckling av tillgänglighet i primärvården

Sveriges kommuner och landsting (SKL) mäter två gånger per år telefontillgänglighet respektive besökstillgänglighet (andel patienter som får en tid till läkarbesök inom sju dagar) i primärvård. Resultatet redovisas på en webbsida<sup>5</sup>. Den senaste mätningen genomfördes våren 2014. Det är värt att notera att metodiken i tillgänglighetsmätningarna gör att resultaten är påverkbara och därmed i viss mån osäkra.

#### 2.1.1 Telefontillgänglighet

I de telefontillgänglighetsmätningar som SKL genomför står Västra Götalandsregionen sig väl i jämförelse med övriga landsting. I följande bild framgår utvecklingen över tid.

Figur 2.1: Telefontillgänglighet i Västra Götalandsregionen från 2007, jämfört med riket från 2009<sup>6</sup>. Källa SKL och VGR.



I diagrammet syns att telefontillgängligheten till vårdcentralerna i Västra Götaland förbättrades det första året efter genomförandet att VG Primärvård och därefter i flera år låg på en relativt jämn nivå 7-8 procentenheter över riksgenomsnittet. Det senaste året har telefontillgängligheten i Västra Götaland försämrats och resultatet närmar sig riksgenomsnittet. Minskningen syns för både offentliga och privata vårdgivare. Det kan vara värt att notera att telefontillgänglighet till primärvård i Stockholms Läns Landsting

<sup>5</sup> [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)

<sup>6</sup> Källa: [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) samt VGR data.

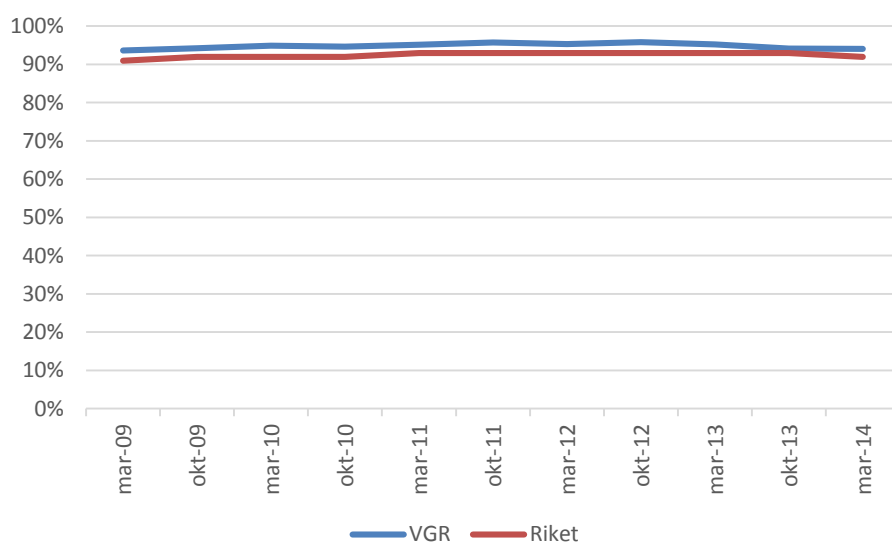
inte ingår i siffrorna för "riket" eftersom de inte rapporterar telefontillgänglighet till SKL. Detta uppmärksammas inte i Riksrevisionens rapport.

### 2.1.2 Besökstillgänglighet

I Västra Götaland har väntetid till besök inom primärvård följts på ett enhetligt sätt sedan mars 2009. Detta gör att det inte finns möjlighet att jämföra egna uppgifter med de som Riksrevisionen presenterar, att den positiva utvecklingen av tillgänglighet till besök började redan i samband med den överenskommelse om vårdgaranti som slöts mellan staten och SKL 2005. Det är därmed svårt att dra slutsatsen att vårdvalet haft positiva effekter på tillgängligheten till besök. Eftersom antalet besök ökade markant efter vårdvalets införande är det dock sannolikt att detta har inverkat.

I följande bild framgår att tillgänglighet till besök i primärvård i Västra Götaland är bättre än snittet i riket. En positiv utveckling kan utläsas från mätningarnas början 2009 fram till slutet av 2012. Därefter syns tillgängligheten i Västra Götaland ha minskat, men den ligger fortfarande över riksgenomsnittet.

Figur 2.2. Andel läkarbesök inom 7 dagar. Källa SKL



### 2.2 Utveckling av antal besök inom primärvård

Riksrevisionen har noterat att jämförelse av besöksfrekvens över tid säger något om hur antalet vårdmöten har utvecklats, men ingenting om hur långa dessa möten är, vilket innehåll de har eller resultatet av dem. Man hänvisar till Myndigheten för Vårdanalys som har uttalat att det inte är möjligt att mäta kvalitet eller innehåll i vården utifrån enbart information om antalet vårdkontakter<sup>7</sup>. Patienter med mer komplexa vårdbehov kan behöva längre besök och ett bredare omhändertagande vid varje besök.

<sup>7</sup> <http://www.vardanalys.se/Rapporter/2013/Vem-har-vardvalet-gynnat/> s. 22



Riksrevisionen konstaterar att antalet besök ökar mer i landsting med hög andel prestationsersättning. I rapporten nämns en undersökning<sup>8</sup> som Myndigheten för Vårdanalys har genomfört, vilken visar att patienter i Stockholms län upplevt att det efter vårdvalsreformen har krävts fler besök än tidigare för att tillgodose samma vårdbehov. Stockholms läns landsting har ett ersättningsystem som i hög grad bygger på besöksersättning.

Det har varit en tydlig strategi att ersättningsmodellen för VG Primärvård ska stimulera till ett större och mer ansvarsfullt omhändertagande av de med störst vårdbehov snarare än till ökad produktion. I VG Primärvårds ersättningsmodell är därmed en relativt liten (knappt 8 %) andel baserad på utförda prestationer. Detta via ersättning för täckningsgrad, vilken ger vårdcentralerna ersättning utifrån den andel besök som personer som har sitt vårdval vid vårdcentralen gör på denna eller inom sådan vård som vårdcentralen har kostnadsansvar för, i förhållande till alla deras besök inom offentligt finansierad sjukvård<sup>9</sup>.

I beräkningen av täckningsgrad har ett mottagningsbesök samma värde (1.0)<sup>10</sup> oavsett vilken personalkategori som utför det. Därmed bidrar täckningsgradsersättningen med incitament till omhändertagande på lägsta effektiva vårdnivå.

En faktor att ta hänsyn till är att avreglering och konkurrensutsättning av primärvården sannolikt har medfört att vårdgivarna fokuserar på att erbjuda de tjänster som bedöms vara mest efterfrågade. Detta kan antas ha medfört att besök hos läkare prioriterats framför besök hos andra yrkeskategorier.

#### 2.2.1 Viktade vårdkontakter per invånare

Riksrevisionen har i sin rapport beskrivit utvecklingen av viktade vårdkontakter, mätt enligt SKL:s metod.

Under åren 2009 till 2011 ökade antalet viktade vårdkontakter i Västra Götaland och i riket, för att sedan stabiliseras. Vårdvalets införande syns ha förstärkt en tidigare påbörjad uppåtgående trend.

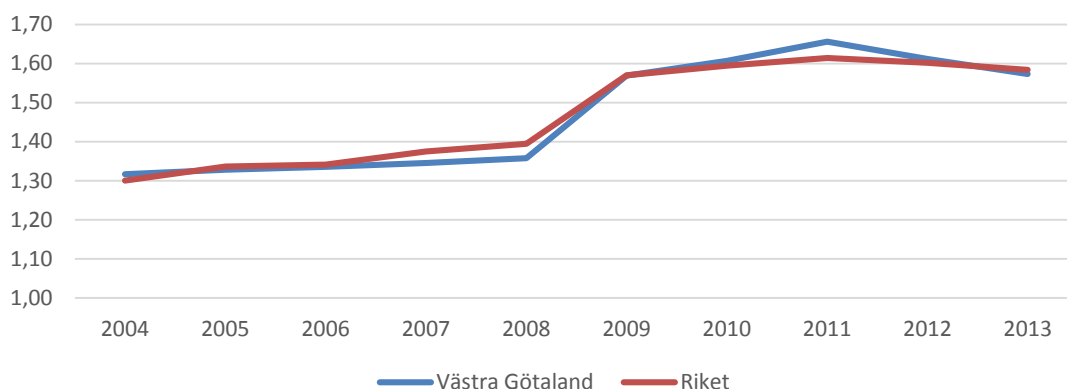
---

<sup>8</sup> <http://www.vardanalys.se/Rapporter/2013/Vem-har-vardvalet-gynnad/> s.147

<sup>9</sup> Dagkirurgi samt besök inom riks- och regionsjukvård ingår inte

<sup>10</sup> Från 2015 ersätts hembesök i VG PV med \*5 i täckningsgraden och telefonkontakt med \*0,3 för att stimulera till dessa arbetssätt

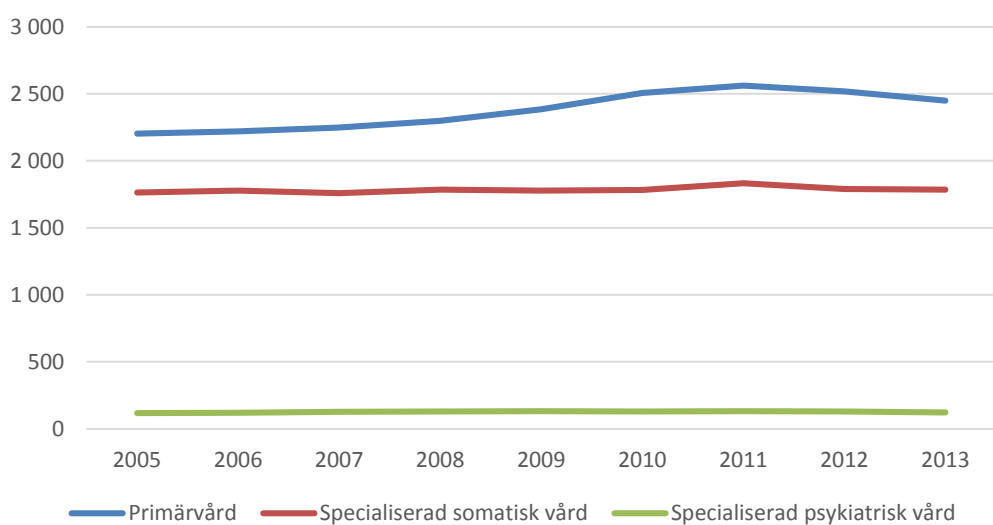
Figur 2.3 Viktade vårdkontakter per invånare i primärvården, allmänläkarvård 2004-2013. Källa: Vega



### 2.3.2 Utveckling av antal besök

Utvecklingen av antal läkarbesök inom primärvården följer ungefär samma mönster som antalet viktade vårdkontakter. Det gick att urskilja en ökning mellan åren 2005 till 2008. Under perioden 2008 till 2011 ökade antalet besök för att sedan minska till ungefär samma nivå som vid vårdvalets införande. Det är sannolikt att vårdvalets införande med konkurrensutsättning av den befintliga vården bidragit till den initiala ökningen av producerade besök, då vårdgivarna försökte möta efterfrågan av läkarbesök som ett konkurrensmedel. Antalet besök hos läkare i den specialiserade somatiska respektive psykiatriska vården har i stort varit oförändrat under hela perioden. En tendens till nedgång i antal besök inom den specialiserade somatiska vården kan ses från 2011, enligt samma mönster som inom primärvården. Det finns därmed inget tydligt tecken på att antalet läkarbesök inom primärvården avlastar den specialiserade somatiska eller psykiatriska vården.

Figur 2.4 Antal läkarbesök, 1 000-tal, 2005-2013. Källa SKL



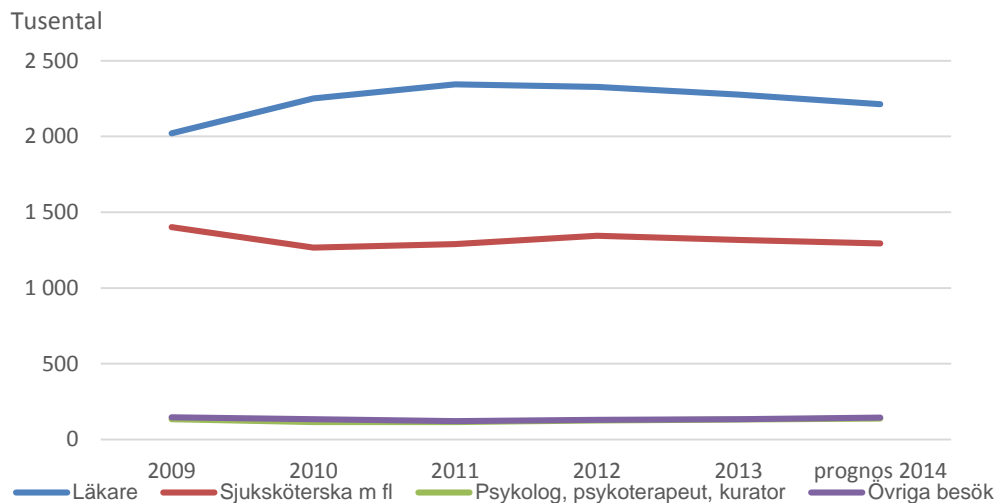
När utvecklingen av antal läkarbesök i primärvård studeras uppdelat på offentliga och privata vårdgivare framgår att antalet läkarbesök hos offentliga vårdcentraler minskar, medan antalet ökar hos de privata vårdgivarna.

Det är värt att notera att Närhälsan i sin årsredovisning för 2013 beskriver att man under vårdvalets införande satsat mer på tillgänglighet än omhändertagandet av de äldre och de kroniskt sjuka, men att de nu arbetar för att avsätta mer tid åt de som anses behöva ett bredare omhändertagande.

Riksrevisionen hänvisar i sin rapport till uppgifter från SKL om utförda läkarbesök. Det bör noteras att dessa siffror även inkluderar besök utförda av läkare verksamma inom lag om läkarvårdsersättning. Det är också viktigt att analysera besök hos andra vårdgivarkategorier eftersom omhändertagande på rätt vårdnivå eftersträvas och att detta inte alltid är hos läkare

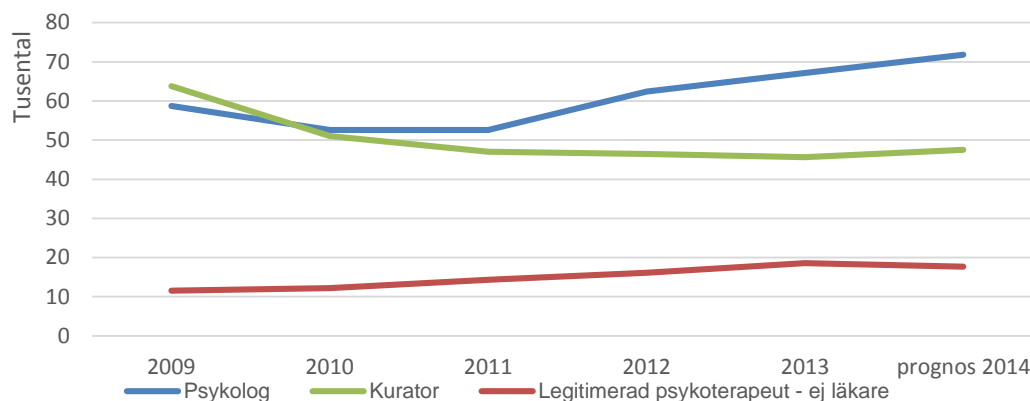
Då vårdvalet infördes ökade som tidigare beskrivits antalet läkarbesök. Antalet sjuksköterskebesök minskade initialt efter införandet, för att sedan öka igen under åren 2010 till 2012. Man kan konstatera att den intention som fanns vid införandet av VG Primärvård om omhändertagande på rätt vårdnivå, och inte bara hos läkare, inte verkar ha infriats. Däremot syns antalet andra kontakttyper ha ökat, som till exempel telefonkontakt och vårdplaneringsmöten.

Figur 2.5. Antal besök till läkare, sjuksköterska, psykolog, psykoterapeut, kurator samt övriga personalkategorier. Källa: Vega.



Under ett par år efter införandet av VG Primärvård sjönk antalet utförda besök hos vårdgivarkategorier som omhändertar patienter med psykisk ohälsa. I Krav- och kvalitets-bok 2012 skrevs en text in att krav att ha psykolog på vårdcentralerna skulle ställas från och med 2015. Detta är sannolikt en orsak till att psykologbesöken från 2012 ökar på bekostnad av besök hos kurator, då vårdcentralerna prioriterat att anställa psykolog före kurator för att kunna leva upp till kraven från 2015.

Figur 2.6 besök psykolog, kurator och legitimerad psykoterapeut. Källa Vega



*Slutsats: Precis som Riksrevisionen påpekar förbättrades telefontillgängligheten redan innan vårdvalet infördes, men den har fortsatt att förbättras också senare. I Västra Götaland är tillgängligheten för både telefonkontakt och besök god i förhållande till riket.*

*Antalet läkarbesök ökade initialt vid vårdvalets införande. Antalet sköterskebesök har inte följt med, även om ersättningsmodellen stimulerar till vård på annan vårdnivå än läkare. Antalet besök hos personalkategorier för psykisk ohälsa minskade vid vårdvalets införande för att sedan öka igen. Vårdcentraler har anställt psykologer sannolikt för att krav- och kvalitetsboken gjort gällande att detta blir ett krav i framtiden.*

### 3 Etableras vårdcentraler där vårdbehoven finns?

Riksrevisionen skriver i sin rapport att antalet vårdcentraler har blivit fler och att närheten till vårdcentraler har förbättrats för många invånare, men att nya vårdcentraler i större utsträckning har etablerats i befolkningstäta områden samt i områden där vårdbehoven är lägre och invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Enligt Lag Om Valfrihetssystem (LOV) kan inte Västra Götalandsregionen påverka var en vårdgivare får etablera sig, utan vårdgivaren ansöker om etablering på en adress som vårdgivaren själv bedömer vara lämplig. Detta ställer stora krav på den ersättningsmodell som tillämpas, för att stimulera att etableringar finns i alla delar av regionen oavsett geografiska, socioekonomiska eller andra förutsättningar.

#### 3.1 Utvecklingen av antalet vårdcentraler

För att förstå hur riksrevisionens definierar vad som är en "vårdcentral" har studerats hur rapportering till SKL av antal vårdcentraler sker. Det som redovisas till SKL baseras på inrapportering till Västra Götalandsregionens vårddatabas VEGA, och grundar sig i antalet unika primärvårdsenheter med inrapporterade läkarbesök under ett år. Detta inkluderar då läkare verksamma enligt lag om läkarvårdsersättning (så kallade taxeläkare), mottagningar verksamma inom lag om valfrihetssystem (LOV) efter 2009-09-30 samt mottagningar verksamma inom primärvård med andra avtal som hade slutdatum efter 2009-09-30 och därmed löpte en tid efter vårdvalets införande för att sedan avslutas.

För att få en mer relevant jämförelse hur antalet vårdcentraler förändrats sedan vårdvalets införande måste först en definition göras vad som är en vårdcentral. Efter införandet av vårdvalet är definitionen enkel, då alla vårdcentraler med aktivt kontrakt i VG Primärvård räknas som vårdcentral. Denna rapport jämför vårdcentraler före och efter vårdvalets införande baserat på samma definition som VGR använt vid annan uppföljning, till exempel VG Primärvårds årsrapporter.

#### 3.2 Har befolkningens sammansättning betydelse för var vårdcentraler etableras?

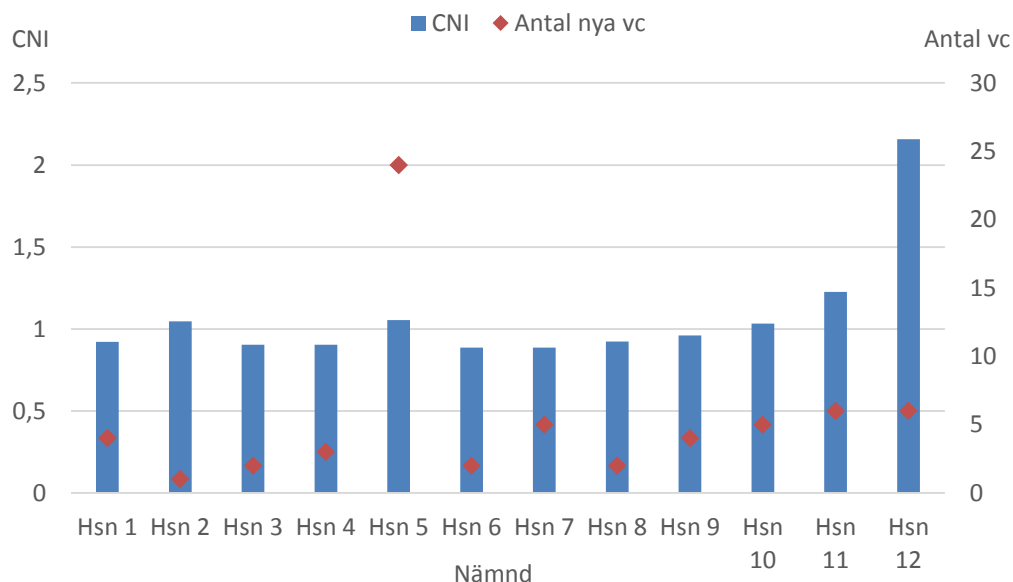
Riksrevisionen skriver i sin rapport att de undersökt hur socioekonomi och vårdtyngd påverkat utvecklingen av antal vårdcentraler i olika områden. Riksrevisionen har försökt beskriva sannolikheten för att ett område ska få fler vårdcentraler.

Denna rapport beskriver förutsättningarna för de nya vårdcentraler som tillkom i samband med vårdvalets införande, samt har de som har startat senare.

I samband med införandet av VG Primärvård, den 1 oktober 2009, startade 64 nya vårdcentraler. Samtliga nämndområden fick nya etableringar. De flesta etableringarna skedde i Göteborgsområdet, där primärvården bedömdes ha varit eftersatt under en längre tid. Snittet för relativ CNI på samtliga nya vårdcentraler är vid senaste kända tillfälle 1,12 (VGR-snitt = 1,0) alltså högre än på de vårdcentraler som fanns innan införandet.

Framförallt valde vårdcentraler i Göteborgsområdet (Nämnd 5, centrum Göteborg, nämnd 11, Göteborg Hisingen samt nämnd 12 Göteborg nordost) att etablera sig i socioekonomiskt tyngre områden.

Figur 3.7 Antal nya vårdcentraler 1 oktober 2009 per nämnd samt senaste tillgängliga CNI. Källa: VGR



Efter vårdvalets införande har 17 nya vårdcentraler etablerats i Västra Götaland. Etableringar har skett i samtliga nämndområden utom nämnd 2 (Dalsland) och 6 (Mittenälvsborg). De 17 vårdcentralerna har vid senast kända tillfälle ett CNI-snitt på 1,37.

Det är värt att notera att i skrivande stund är en (1) ny vårdcentral godkänd att starta i Hammarkullen, Göteborg, och ytterligare tre vårdcentraler har ansökt om godkännande i Noltorp (Alingsås), Bergsjön (Göteborg) och Trollhättan (Granngården) som alla är socioekonomiskt tunga områden.

*Slutsats: Befolkningens sammansättning har betydelse för var vårdcentraler väljer att etablera sig, men inte på det vis riksrevisionen beskriver. VG Primärvårds ersättningsmodell stimulerar till etablering i socioekonomiskt tunga områden samt i mer glest befolkade områden. Vårdcentraler som nyetablerar sig i vårdvalsmodellen har en högre socioekonomisk tyngd än vårdcentraler som varit verksamma innan vårdvalets införande. Samtliga geografiska områden i Västra Götaland fick nyetableringar vid vårdvalets införande och de flesta geografiska områden har också fått nya etableringar efter vårdvalets införande.*

## 4 Kan primärvården erbjuda patienterna bättre kontinuitet?

Riksrevisionen skriver i sin rapport att de har funnit indikationer på att förutsättningarna för kontinuitet har försämrats sedan tillgänglighetsreformerna infördes.

### 4.1 Tillgången till läkare i primärvården

Det är svårt att jämföra bemanningssiffror eftersom de bygger på ögonblicksbilder som kan förändras. Riksrevisionen redovisar att den genomsnittliga läkarbemanningen för riket 2012 var cirka 1 läkare per 1 900 invånare. Vi har jämfört detta med siffror avseende läkarbemanning som framkommit i enkätundersökning som genomförts av Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli under 2014. Enligt denna undersökning är bemanningen 1 läkare per 2 530 listade individer. Räknas hyrläkare med korta kontrakt in är bemanningen 1 läkare per 2 385 listade individer. Spridningen är stor mellan vårdcentralerna, mellan 1 läkare per 5 848 listade till 1 läkare per 928 listade.

### 4.2 Tillgången till ST-läkare i primärvården

När VG Primärvård infördes fanns 220 ST-läkare i allmänmedicin under utbildning i Västra Götaland. Detta antal har sedan ökat för varje år och är nu över 400. Vårdvalets införande bedöms ha skapat ett ökat intresse att utbilda sig inom allmänmedicin. För att ytterligare stimulera att ta emot utbildningsplatser har en särskild ersättning införts, vilket sannolikt har bidragit till utvecklingen.

### 4.3 Tillgången till andra yrkesgrupper i primärvården

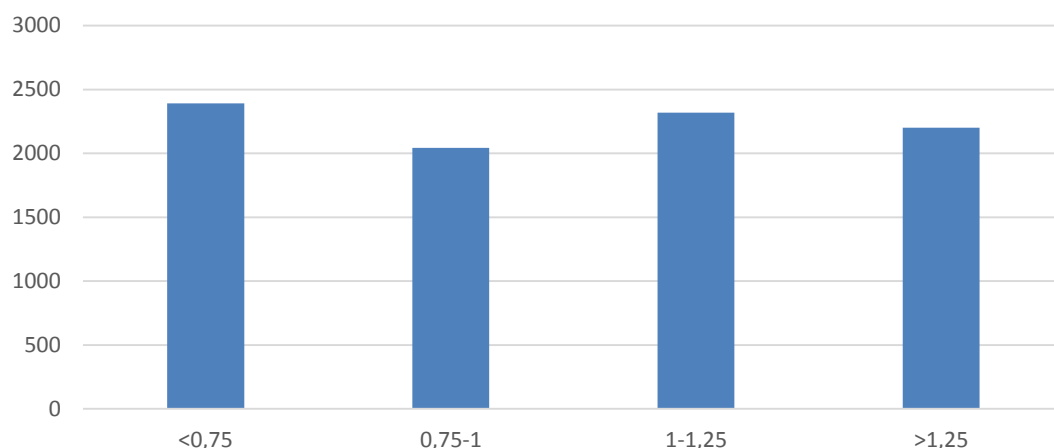
Ett av målen med införandet av vårdvalet var att försöka få ut läkare med andra specialiteter än allmänmedicin i primärvården. I syfte att stimulera detta får vårdcentralerna tillgodoräkna sig dessa besök i täckningsgradsersättningen. Det kan konstateras att detta inte varit incitament nog och att det fortfarande är väldigt få läkare med andra specialiteter än allmänmedicin på vårdcentralerna. Detsamma gäller även andra yrkesgrupper, såsom dietister och logopedier, med undantag av psykologer där antal besök ökar (se avsnitt 2.3.2).

### 4.4 Finns förutsättningar för läkarkontinuitet där behoven är som störst?

Riksrevisionen har i sin analys funnit att antalet listade individer per läkare är mindre om vårdbehovet bedöms vara lägre, mätt i CNI (Care Need Index). En analys för hur det ser ut i VG Primärvård visar att den slutsatsen inte stämmer.

I en enkätundersökning som genomförts 2014 har vårdcentralerna uppgett hur många fast anställda läkare som finns på vårdcentralen samt hur många läkare som har längre kontrakt. Detta har sedan jämförts med det CNI som de listade på respektive vårdcentral ger, samt grupperats i enlighet med riksrevisionens rapport. Resultatet är att vårdcentraler i VGR generellt har fler listade per läkare än vad riksrevisionen anger, men att det inte finns belägg för att det är en lägre bemanning på socioekonomiskt tunga vårdcentraler.

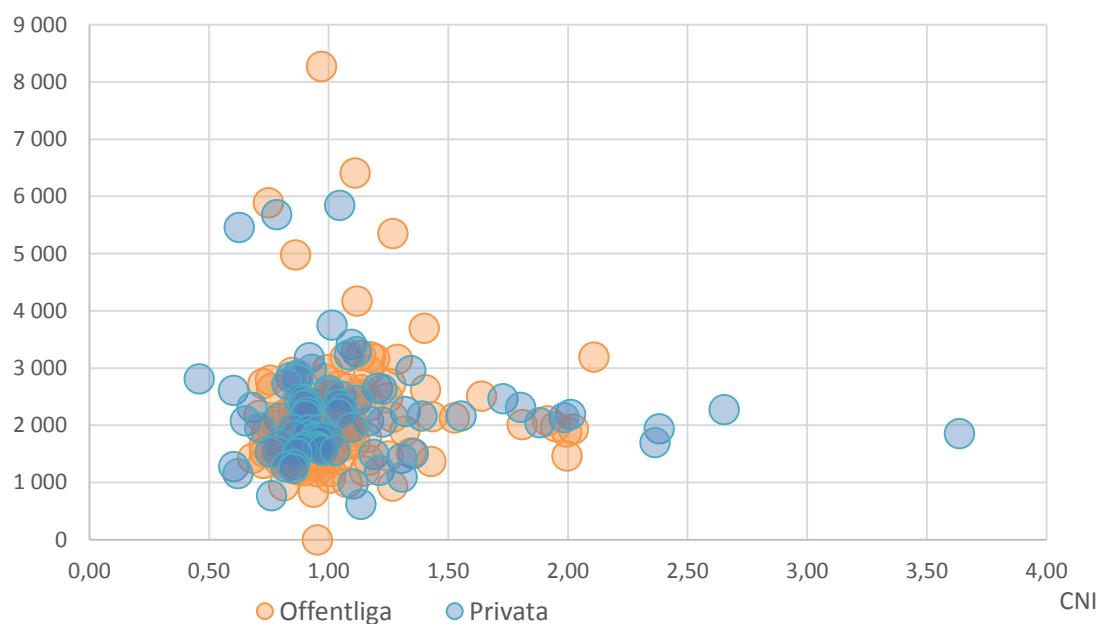
Figur 4.1 Antal listade per läkare i genomsnitt för vårdcentraler med olika grad av förväntat vårdbehov, relativ Care Need Index (CNI). Källa: VGR.



Riksrevisionen konstaterar också att privata vårdgivare oftast väljer att etablera sig i socioekonomiskt lätta områden, där medelinkomsten är högre. Detta är inte den utveckling vi kan se i Västra Götaland.

Nedanstående bild visar att vårdcentraler med högst CNI i Västra Götaland drivs av privata vårdgivare med en förhållandevis bra läkarbemannning.

Figur 4.2 Listade per fast läkare/långt kontrakt och CNI per vårdenhet och driftsform. Källa: VGR



Värt att notera i sammanhanget är också att medelvärdet för relativ CNI i juli 2014 är högre för vårdcentraler i privat regi, än för vårdcentraler i offentlig regi. Riksrevisionen hävdar i sin rapport att nya vårdcentraler etablerar sig främst i områden med låg socioekonomisk belastning. De flesta nya vårdcentraler är privata och inget talar således för att de valt att etablera sig i socioekonomiskt lätta områden.



Tabell 4.1 Listade per fast läkare/långt kontrakt och relativ CNI efter vårdenhet och driftsform. Källa: VGR

Driftform	Snitt antal listade per läkare	Antal vårdcentraler	Medel CNI
Privat	2 500	85	1,11
Offentlig	2 560	110	1,08
Totalt	2 530	195	1,09

Sju vårdcentraler har inte svarat på enkäten. Det relativa CNI snittet för samtliga 202 vårdcentraler är 1.0.

*Slutsats: Tillgången till läkare i primärvården är enligt enkätundersökning sämre än riksrevisionen redovisar. Tillgången till ST-läkare i allmänmedicin har ökat kraftigt efter vårdvalets införande. Tillgången till andra yrkesgrupper i primärvården har inte ökat efter vårdvalets införande.*

*Det finns inget som talar för att vårdcentraler i socioekonomiskt tunga områden har en sämre läkarbemanning än vårdcentraler i socioekonomiskt lättare områden. Det finns inte heller något som talar för att privata vårdcentraler väljer att etablera sig i socioekonomiskt lätta områden, snarare tvärt om. I Västra Götaland har privata vårdcentraler i genomsnitt ett högre relativt CNI än offentliga, och en bättre läkarbemanning per listad.*

## 5 Har vårdutnyttjandet blivit mer jämlikt?

Riksrevisionen skriver i sin rapport att vårdutnyttjandet verkar bli mer ojämnt i vården som helhet, att många patienter med lätta och lindriga symtom har tillkommit efter reformen och att denna grupp gör fler läkarbesök medan de sjukaste patienterna gör färre läkarbesök. Man anger att slutsatserna baseras på undersökning i två regioner, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I en bilaga beskrivs en studie av sjuklighet enligt RUB och olika gruppers konsumtion av läkarbesök.

### 5.1 Kort beskrivning av ACG och RUB

ACG (Adjusted Clinical Groups) delar in individerna i en befolkning i grupper utifrån de diagnoser som registrerats under en viss period, i VGR 15 månader. Dessa diagnoser anses, tillsammans med individernas ålder och kön, kunna spegla befolkningens hälsotillstånd. Fokus ligger på individens samlade sjukdomsbyrå. I ACG-verktyget finns flera funktioner för att spegla patienternas resursbehov. En av dessa är RUB (Resource Utility Band) som kategoriserar patienterna i sex kategorier, från noll (i låg grad resurskrävande) till fem (mycket resurskrävande). I varje RUB-kategori hamnar de individer vars bakomliggande ACG-grupp förväntas ta en likvärdig resursmängd i anspråk. Detta görs för att förtydliga det faktum att trots att olika ACG-grupper speglar olika sjuklighet så bedöms resursåtgången vara likvärdig.

#### 5.1.1 Förflyttning mellan RUB-kategorier, så kallade "RUB-hoppers"

I Riksrevisionens rapport studeras individer i Skåne som kategoriserats i RUB 4 och 5, det vill säga de mest resurskrävande individerna. Individerna identifieras utifrån RUB år 2008 och deras konsumtion av läkarbesök under period 2007-2008 jämförs sedan med motsvarande konsumtion under period 2010-2011. Någon bedömning av individernas sjuklighet den senare perioden görs inte.

I den internationella ACG-forskningen finns sedan ett antal år ett eget forskningsfält kring det som i engelsk litteratur kallas "RUB-hoppers". Det är alltså välkänt att en individ inte är statistiskt fast i en RUB-klass. Sjukligheten varierar över tid och en individ byter RUB-klass både till högre och lägre klasser. I Västra Götalandsregionen syns följande mönster för RUB och "RUB-hoppers" för patienter 2008 jämfört med 2011:

Individer i samma RUB 2008/2011	41,5%
Individer med lägre RUB 2011 än 2008	19,8%
Individer med högre RUB 2011 än 2008	38,7%

I det bakomliggande materialet finns alla varianter av "RUB-hopping", till exempel förflyttning från RUB 3 till 4 eller från RUB 5 till 2. En förflyttning kan exempelvis ske när en patient med flera kroniska stabila sjukdomar upplever en tillfällig försämring, som då gör att hen flyttas till en högre RUB-klass. Den aktuella försämringen åtgärdas medicinskt och patienten förbättras och flyttas tillbaka i en lägre RUB-klass.

### 5.1.2 Förekomsten av "RUB-hoppers" och konsekvenser för studien

I tabellen nedan framgår antal individer i Västra Götaland som grupperas till var och en av RUB-klass 0-5 utifrån data från perioden 2007/2008 (RUB2008) respektive perioden 2010/2011 (RUB2011). Endast personer som är i livet vid båda mätpunkterna ingår i den studerade populationen. De gråmarkerade sifferfälten markerar individer som är i samma RUB 2008 och 2011.

		RUB2011					
		0	1	2	3	4	5
RUB 2008	0	1 666	4 971	11 900	12 282	1 802	348
	1	3 074	21 157	41 357	39 240	5 268	665
	2	6 782	37 869	108 131	128 745	18 079	2 875
	3	3 443	17 417	62 729	219 816	57 927	17 412
	4	420	2 940	8 107	29 211	21 378	8 045
	5	22	97	371	3 381	3 880	3 877

Ur tabellen kan utläsas att av de individer som grupperades till RUB 4 och 5 den första mätperioden kvarstår cirka 45 % vid den andra mätningen, medan 55 % har en lägre RUB-klass och därmed ett antaget minskat resursbehov. Hänsyn behöver tas till denna förflyttning när man drar slutsatser om utveckling av vårdkonsumtion i grupper med olika vårdtyngd. Så har inte skett i Riksrevisionens rapport.

För att jämförelsen ska bli rättvisande behöver vårdkonsumtionen för individer som år 2007-2008 klassades som RUB 4 och 5 jämföras med vårdkonsumtionen för individer som fortfarande klassas som RUB 4 och 5 år 2010 - 2011.

### 5.2 Besöksutveckling för olika patientgrupper

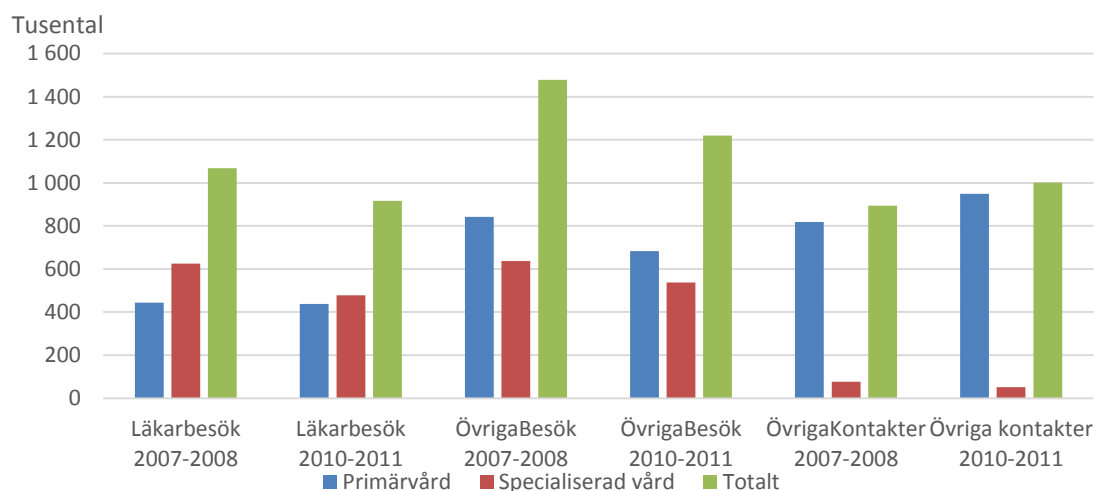
Riksrevisionen har i sin studie av utveckling av olika patientgruppers vårdutnyttjande endast fokuserat besök hos läkare. Eftersom sjukligheten och resursbehovet varierar över tid behöver studien, för att det ska vara möjligt att dra relevanta slutsatser, även inkludera besök hos andra vårdgivarkategorier samt övriga kontakter såsom telefon och vårdplaneringsmöte. Följande analys inkluderar också denna vårdkonsumtion.

#### 5.2.1 Besöksutveckling utifrån antagande om konstant sjuklighet

I de två diagrammen i detta avsnitt har vårdkonsumtionen i Västra Götaland beräknats enligt samma metod som Riksrevisionens använt i sin rapport, det vill säga de individer som studeras har identifierats utifrån den RUB som de grupperades till i perioden 2007-2008 och som var i livet i perioden 2010-2011. Ingen hänsyn har tagits till vilken RUB dessa individer tillhör i jämförelseperioden 2010-2011. Antalet övriga kontakter vilka bland annat inkluderar telefonkontakt och vårdplaneringsmöte, ökar tämligen genomgående, framförallt i primärvården. Detta beror på att dessa kontakter är underrapporterade i den specialiserade vården samt att en stor rapporteringssökning har skett i primärvården mellan perioderna.

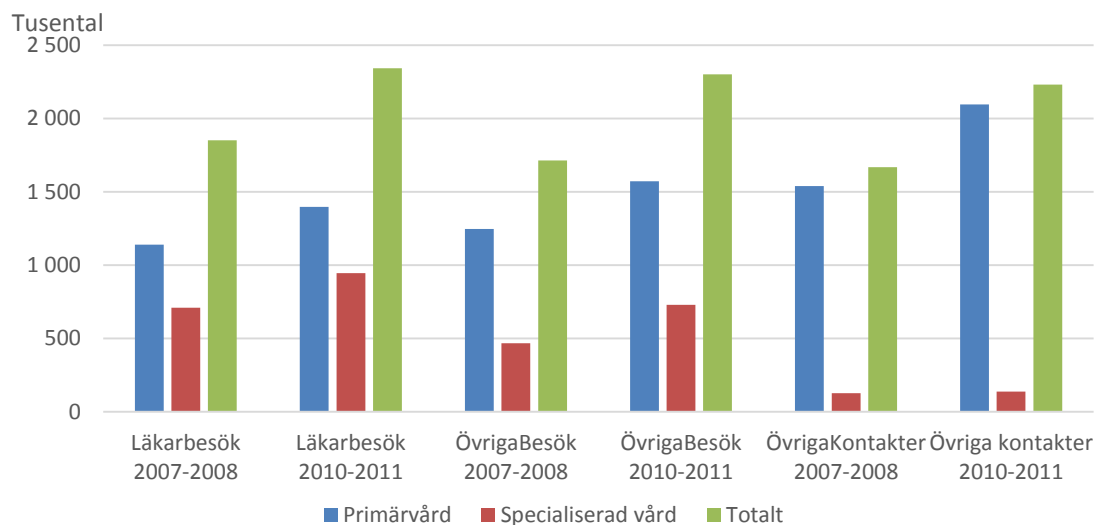
Det första diagrammet visar vårdkonsumtion för individer som var klassade som RUB 4 och 5 perioden 2007-2008. Det bekräftar Riksrevisionens bild av att dessa individer har minskat sin konsumtion av läkarbesök mellan perioderna 2007-2008 och 2010-2011. Minskningen har i huvudsak skett inom den specialiserade vården. Konsumtionen av besök hos övriga yrkeskategorier har minskat mellan perioderna i både primärvård och specialiserad vård. Övriga kontakter, vilka bland annat inkluderar telefonkontakt och vårdplaneringsmöte, ökar däremot. Denna ökning återfinns i primärvården.

Figur 5.1 Vårdkontakter 2007-2008 respektive 2010-2011 för individer som 2008 var i RUB 4 och 5. Källa: VGR



I diagrammet nedan framgår vårdkonsumtion för individer som i perioden 2007-2008 klassades som RUB 0-2 och som var i livet i perioden 2010-2011. Riksrevisionens bild av att denna grupp har ökat sin konsumtion av läkarbesök bekräftas. Ökningen återfinns i både primärvård och specialiserad vård. Gruppens konsumtion av besök hos andra yrkeskategorier har ökat mellan perioderna i både specialiserad vård och primärvård. Även konsumtionen av övriga kontakter ökar. Denna ökning återfinns i primärvården.

Figur 5.2 Vårdkontakter 2007-2008 respektive 2010-2011 för individer som 2008 var i RUB 0-2. Källa: VGR

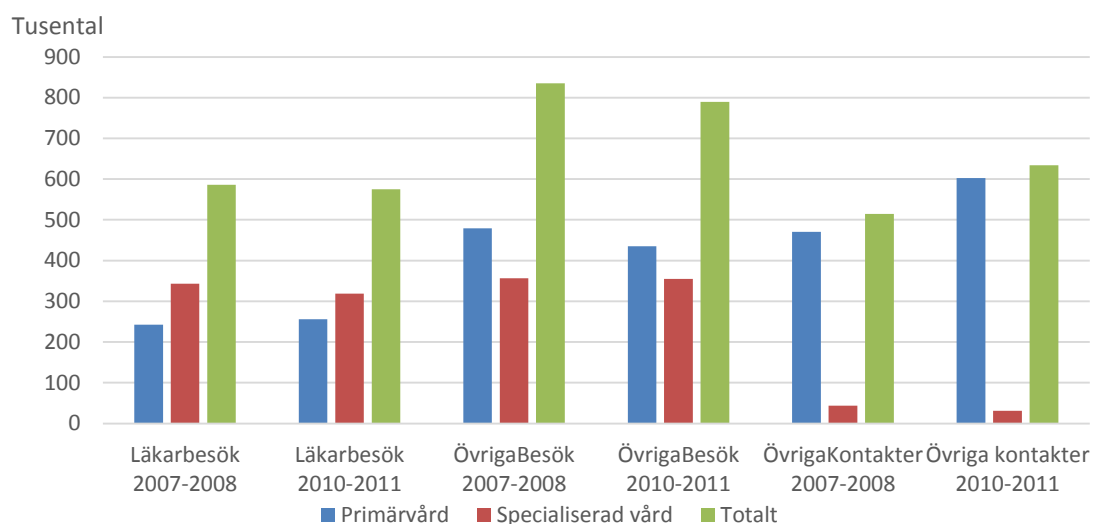


### 5.2.2 Besöksutveckling utifrån faktisk sjuklighet

I detta avsnitt har studeras utvecklingen av vårdkonsumtion för individer som grupperats till samma grupp av RUB år 2007-2008 respektive 2010-2011. Studiepopulationens resursbehov bedöms alltså vara likartat vid båda mätpunkterna.

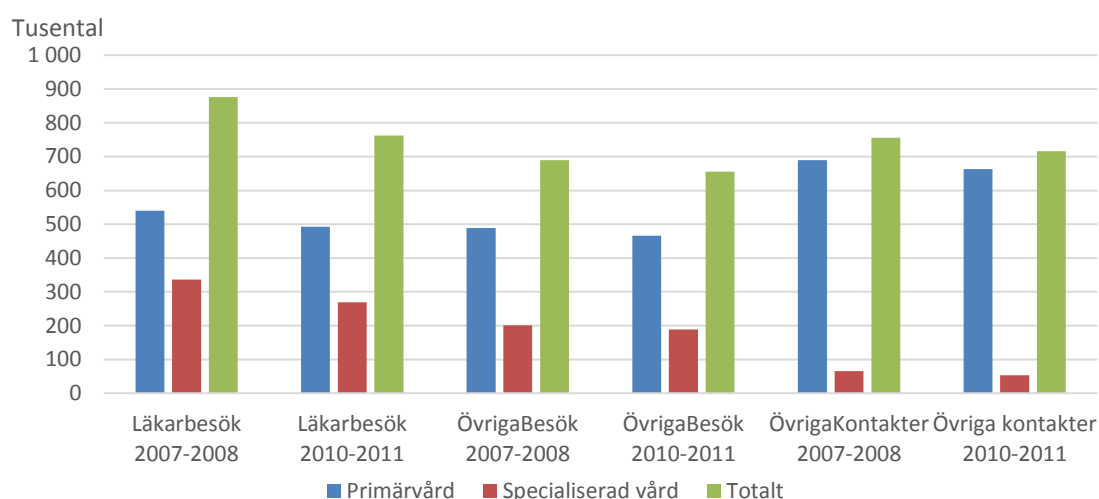
Det första diagrammet visar vårdkonsumtion för individer som klassades som RUB 4 och 5 både 2007-2008 och 2010-2011. Den bild som visas är en helt annan än den som Riksrevisionen malar upp i sin rapport. Det syns en liten minskning i totalt antal besök hos läkare, vilken helt kan härledas till den specialiserade vården. Antalet läkarbesök i primärvården har ökat för dessa svårt sjuka individer. Antalet övriga besök har minskat mellan mätpunkterna, framförallt i primärvården. Fler av dessa patienter har alltså setts av läkare istället för andra vårdgivarkategorier i primärvården. Övriga kontakter, vilka bland annat inkluderar telefonkontakt och vårdplaneringsmöte, ökar. Ökningen återfinns i primärvården, vilket beror på att dessa kontakter är underrapporterade i den specialiserade vården samt att en stor rapporteringssökning skedde i primärvård mellan perioderna.

Figur 5.3 Vårdkontakter för individer som både 2008 och 2011 var i RUB 4 och 5. Källa: VGR



I det kommande diagrammet framgår vårdkonsumtionen för individer som klassades som RUB 0-2 både år 2007-2008 och 2010-2011. Gruppens konsumtion av läkarbesök har totalt sett minskat mellan mätperioderna, något mer i den specialiserade vården än i primärvården. Också för antalet besök hos övriga vårdgivarkategorier syns en minskning, relativt jämnt fördelat mellan primärvård och specialiserad vård. Däremot ökar antalet övriga kontakter i primärvården, vilket till del förklaras av den stora rapporteringssökningen som skett mellan perioderna. Totalt sett minskar antalet vårdkontakter för dessa individer med mindre sjuklighet.

Figur 5.4 Vårdkontakter för individer som både 2008 och 2011 var i RUB 0-2. Källa VGR



### 5.3 Undanträngning av vårdkrävande grupper?

I Riksrevisionens rapport konstateras att det i Skåne fanns 1 700 individer som åren 2007-2008 grupperades till RUB 4 och 5, fortfarande levde år 2011 och inte hade något registrerat läkarbesök i perioden 2010-2011. Vid motsvarande utsökning i Västra Götaland identifieras 999 individer. Dessa har inom denna studie granskats mer i detalj. Av nämnda 999 individer återfinns 671 i en lägre RUB än 4 i perioden 2010-2011. Deras sjukdomsbörda har alltså minskat och de har därmed sannolikt inte längre lika stora behov av insatser från vården.

De ovan identifierade 999 individerna i Västra Götaland har alltså inte något registrerat läkarbesök under perioden 2010-2011. Däremot har 827 av dem registrerade besök hos någon annan vårdgivarkategori, till exempel sjuksköterska, under denna period. Av återstående 172 individer (999-827) har 9 varit inskrivna på sjukhus minst en gång under perioden 2010-2011. Samtliga övriga 163 (172-9) individer hade någon annan kontakt med sjukvården under perioden, till exempel i form av telefonkontakt eller vårdplaneringsmöten. Det sistnämnda är en vanligt förekommande kontakttyp när personen finns på ett särskilt boende.

Det kan alltså konstateras att av de individer i Västra Götaland som identifierats som resurskrävande med den metod som beskrivs att Riksrevisionen har använt i Skåne hade samtliga kontakt med sjukvården i Västra Götalandsregionen under uppföljningsperioden på ett eller annat sätt. Detta oavsett att en betydande andel av dem inte längre bedöms tillhöra den mest resurskrävande gruppen.

### 5.4 ACG och diagnosättning/diagnosinflation

Riksrevisionen framför i sin rapport att det faktum att registrering av diagnoser påverkar ersättningen kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser.

Utvecklingen av diagnosregistrering har följts noga i Västra Götalandsregionen sedan före införandet av VG Primärvård. Det kan konstateras att arbetet med diagnos-

registrering inom primärvård intensifierades när det blev känt att vårdtyngd skulle påverka ersättningen inom VG Primärvård. Totalt har antalet diagnoser satta i primärvård ökat med över 200 procent sedan vårdvalet infördes. Det finns flera bakomliggande faktorer som tillsammans förklarar den till synes mycket stora ökningen. Det fanns vid VG Primärvårds start en stor variation i vilken omfattning diagnoser registrerades som ICD-koder i journalen. Få vårdcentraler hade en hög diagnoskodningsgrad. Några vårdcentraler registrerade någon diagnos vid mindre än 50 procent av de läkarbesök som skedde där. Idag har de flesta vårdcentraler en hög diagnoskodningsaktivitet. I vissa fall bedöms den vara onödigt hög, då samma eller liknande diagnos registreras flera gånger. Västra Götalandsregionen har, bland annat på grund av detta, genomfört betydande insatser för att informera vårdcentralerna om diagnoskodning och ACG.

Tack vare den ökade diagnosregistreringen har vi idag en mycket bättre bild av sjukligheten i Västra Götaland än vad som tidigare var fallet. Den samlade bedömningen är att diagnosregistreringen nu har stabiliserats.

*Slutsats: De effekter som riksrevisionen påtalar om undanträngningseffekter efter införandet av vårdval kan inte ses i VGR. Istället ses att antalet läkarbesök i primärvård stiger för de svårast sjuka och att antalet läkarbesök i primärvård för de med minst sjuklighet minskar. Detta ses som ett tecken till att införandet av vårdval ligger i linje med medicinsk prioritering, att resurser har fördelats utifrån medicinska behov.*

*Diagnosregistreringsgraden i primärvård var låg innan genomförandet av VG Primärvård. Den ökade registreringen av diagnoser inom primärvård har medfört en betydligt bättre bild av sjukligheten i Västra Götaland.*

## 6 Har tillgänglighetsreformerna påverkat kostnaderna avseende primärvård?

Riksrevisionen skriver att "ett av syftena med vårdvalsreformen var att en mångfald av vårdgivare skulle stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar" (sid 91).

Riksrevisionen skriver vidare att kostnaderna för primärvården inte verkar minska vid vårdvalets införande och att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader verkar vara relativt stabil. Detta ämne har belysts i VG Primärvårds årsrapport 2013<sup>11</sup>

Inför införandet av VG Primärvård genomfördes en analys av hur stor andel av hälso- och sjukvårdens resurser som ansågs vara avsatt till vårdcentralverksamhet. Den ekonomiska ramen för vårdvalet baserades på detta belopp. Då VG Primärvård infördes 1 oktober 2009 startade 64 nya vårdcentraler inom oförändrad ekonomisk ram.

### 6.1 Primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna

Till de vårdcentraler som är verksamma inom VG Primärvård utbetalades under 2010 cirka 5,0 miljarder kronor och under 2013 cirka 5,3 miljarder kronor. Regionens kostnadsökning för VG Primärvård var under perioden 2010-2013 cirka 5,7 procent. Som jämförelse kan nämnas att VGRs sjukhus under samma period hade en kostnadsökning motsvarande cirka 9,1 procent (24,3 miljarder kronor 2010 jämfört med 26,5 miljarder kronor 2013)<sup>12</sup>. Man kan alltså konstatera att primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna har minskat sedan vårdvalets införande.

Under perioden 2010-2013 har andelen resurser till vårdcentraler inom VG Primärvård av totala andelen resurser ökat i fem nämnder och minskat sex nämnder<sup>13</sup>. Den nämnd som ökat sin andel mest är nämnd 8, Sjuhärad och den nämnd som minskat sin andel mest är nämnd 2, Dalsland. Sammanlagt har andelen resurser som utbetalats till VG Primärvård av Hälso- och sjukvårdsnämndernas regionbidrag minskat med 1,3 procentenheter under perioden 2010-2013.

---

<sup>11</sup>

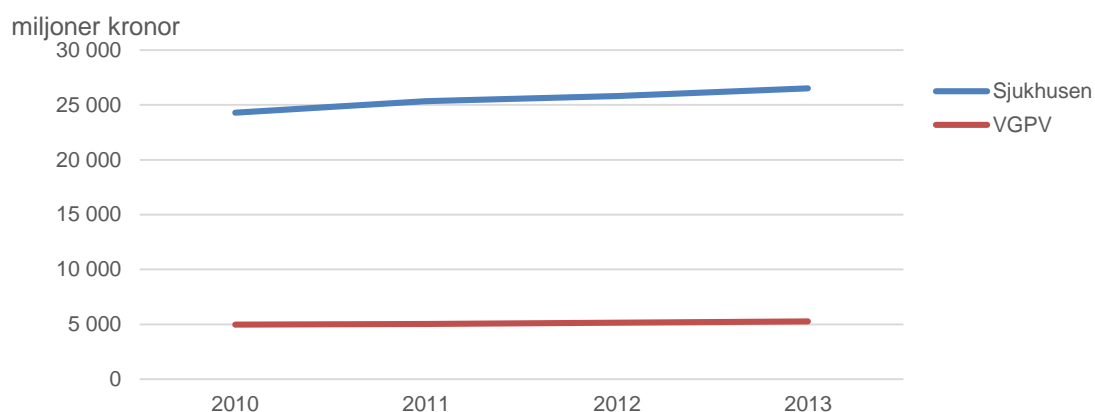
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%c3%a4rv%c3%a5rd/Uppf%c3%b6ljning%20V%c3%a5rdval%20VG%20Prim%c3%a4rv%c3%a5rd%202013.pdf>

<sup>12</sup> Enligt Västra Götalandsregionens årsbokslut 2010-2013

<sup>13</sup> Utbetalad ersättning enligt VG Primärvårds ersättningssystem 2010-2013 i förhållande till Hälso- och sjukvårdsnämndernas regionbidrag enligt detaljbudget 2010-2013.



Figur 6.1 Kostnadsutveckling VG Primärvård och VGRs sjukhus 2010-2013. Källa VGR

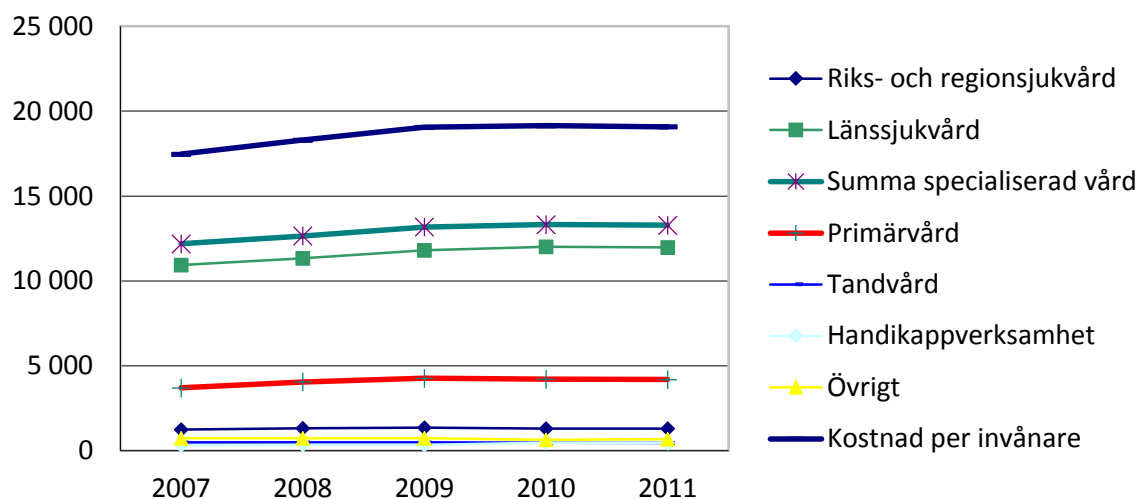


## 6.2 Primärvårdens kostnad per invånare

En kostnadsberäkning av primärvårdens (vårdval och icke konkurrensutsatt primärvård) kostnader per invånare genomfördes 2012. Denna visade att primärvårdens kostnader per invånare ökade under åren före vårdvalets genomförande och därefter minskade något, till skillnad från den specialiserade vården som istället ökade något. Riksrevisionen skriver att "Vårdvalsreformen verkar alltså inte ha påverkat primärvårdens kostnadsutveckling" (sid 41). Genomförandet av VG Primärvård kan konstateras ha påverkat kostnadsutveckling för primärvård positivt.

Man kan också se att kostnadsökningen i den specialiserade vården minskade i samband med VG Primärvårds införande, men några analyser att detta beror på vårdvalet finns inte gjorda.

Figur 6.2 Kostnad per invånare fördelad på verksamhetsområden, 2007-2011. Källa VGR



*Slutsats: Primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Västra Götaland har minskat sedan vårdvalets införande. Införande av vårdval har inte bidragit till kostnadsökning inom primärvårdsområdet.*