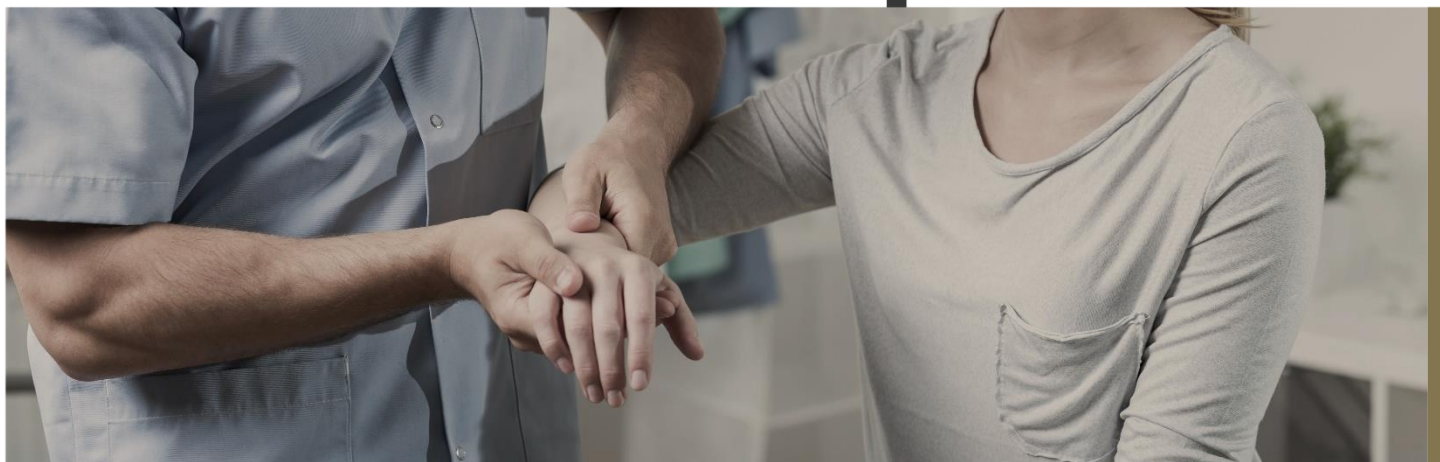




Liberalisering af praksissektoren – erfaringer fra Sverige

Baggrundsrapport

Indholdsfortegnelse

1	Resumé	3
1.1	Baggrund	3
1.2	Konklusion og perspektivering	3
2	Baggrund	5
2.1	Udfordringer ved den nuværende danske regulering	5
2.2	Reform af praksissektoren i Sverige	5
2.3	Formål med denne undersøgelse	6
2.4	Metode for undersøgelsen	7
2.5	Rapportens struktur	7
3	Sammenligning af det danske og det svenske marked	8
4	Erfaringer og effekter af den svenske reform	11
4.1	Konkurrence	11
4.2	Udvikling i offentlige udgifter	15
4.3	Sundhedsfaglighed	17
4.4	Sundhedspolitik	19
5	Referencer	22
A	Uddybet metodebeskrivelse	23
A.1	Desk study	23
A.2	Telefoninterviews	23
A.3	Interviewguide	23
B	Kort over de svenske regioner	26

Kolofon

Kontakt

Forfattere: Lise Hagelund, David Sjöberg,
Sandra Stallknecht & Claus Galbo-Jørgensen

Incentive, Holte Stationsvej 14, 1., DK-2840 Holte

Dato: 17. november 2016

T: (+45) 61 333 500, E: kontakt@incentive.dk

www.incentive.dk

1 Resumé

1.1 Baggrund

Denne analyse har til formål at undersøge de svenske erfaringer med og effekter af en liberalisering af markedet for sundhedsydelser i praksissektoren med fokus på fysioterapi. Rapporten er primært baseret på et desk study af den tilgængelige litteratur og statistik om emnet.

I Sverige er fysioterapi tilknyttet praksissektoren enten i tværfaglige sundhedshuse sammen med læger og andre faggrupper; som privatpraktiserende i egne klinikker, eller helt uden for sundhedsvæsenet. Kiropraktorer er i Sverige rent privat drevne og indgår ikke som en del af det offentligt finansierede sundhedsvæsen.

Fra 2007 til 2010 blev der i Sverige gennemført en reform, der havde til formål at give patienterne frit valg af sundhedscenter og give fri etableringsret for sundhedscentre. Reformen i Sverige gjorde det muligt for nye sundhedsudbydere at etablere sig og drive sundhedscentre. Da det svenske sundhedsvæsen er decentralt drevet af de 21 regioner, blev reformen udrullet i forskellige år i de forskellige regioner, men fra 2010 kunne man i alle svenske regioner frit etablere et nyt sundhedscenter. Derudover har tre regioner gjort det muligt at etablere og drive private fysioterapiklinikker.

Sundhedscentre i Sverige

I Sverige udbydes sundhedsydelser i praksissektoren som hovedregel gennem tværfaglige sundhedscentre (*vårdcentraler*). Borgerne registreres hos ét sundhedscenter, og de kan frit vælge, hvilket center de vil tilknyttes. I sundhedscentre er der altid tilknyttet mindst én læge og typisk også andre sundhedsfaglige personalegrupper, såsom sygeplejersker og fysioterapeuter.

Sundhedscentre har historisk primært været offentligt drevne, men efter reformen om valgfrihed og fri etableringsret er flere og flere centre drevet privat. Alle sundhedscentre finansieres (ud over brugerbetaling) af regionerne. Den offentlige finansiering blev før reformen fastsat ved en national takst, mens de nyoprettede sundhedscentre i dag finansieres af regionale takster, som er den samme inden for hver region, men varierer i størrelse og struktur mellem regionerne.

Sundhedscentre kan ejes af alle, herunder eksempelvis kapitalfonde, så længe de regionale krav til sundhedscentre overholdes. Halvdelen af regionerne har eksempelvis krav til, at sundhedscenteret skal have en fysioterapeut ansat eller tilknyttet gennem en samarbejdsaftale.

1.2 Konklusion og perspektivering

Den svenske reform har ført til, at der er kommet flere sundhedscentre. Fra 2007 til 2015 er antallet af sundhedscentre steget med 14%. Væksten er fordelt over næsten alle regioner i Sverige. Stort set alle de nye centre er drevet af private udbydere. De fleste nye sundhedscentre er åbnet, kort tid efter reformen trådte i kraft i den pågældende region.

Reformen har ikke medført en stigning i antallet af konsultationer i praksissektoren. Antallet af konsultationer har været stort set uændret siden 2010, mens det steg med ca. 1,1% p.a. i årene før. De offentlige omkostninger pr. konsultation følger den generelle lønudvikling i det svenske samfund både

før og efter reformen. Patienternes egenbetaling ser heller ikke ud til at være påvirket af reformen, idet vækstraten har været på samme niveau før og efter reformen. Udviklingen i de samlede udgifter til praksissektoren synes derfor blot at have fulgt udviklingen i antallet af konsultationer.

Data indikerer ikke, at der er sket ændringer i den faglige kvalitet som følge af reformen. Der er heller ikke sket tydelige ændringer i den borgeroplevede kvalitet. Nogle kilder vurderer, at der ikke er sket en ændring, mens andre beskriver en mindre forbedring.

I Sverige, såvel som i Danmark, er der sundhedspolitiske målsætninger om lige adgang til sundhed for alle borgere. Ved at lempe reguleringen af den geografiske placering af sundhedscentre er der risiko for, nogle borgere får længere til deres nærmeste sundhedscenter. Det ser dog ikke ud til, at dette er sket væsentligt omfang. Tværtimod indikerer data, at flere svenskere har fået kortere afstand til sundhedscentrene, og kun meget få har fået længere til sundhedscentrene – selv i tyndt befolkede regioner. Fra 2009 til 2010 steg andelen af svenskere, der har højst 5 minutter til det næstnærmeste sundhedscenter med 5,5%-point, mens andelen af svenskere, der har mere end 30 minutter til næstnærmeste sundhedscenter faldt med 0,5%-point. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at mange sundhedscentre i Sverige fortsat er offentligt ejet og støttet.

De studier og statistikker, som indgår i vores analyse, beskriver udviklingen i praksissektoren i Sverige henover den periode, hvor reformen blev implementeret. Vi kan ikke sige med sikkerhed, hvad udviklingen ville have været, hvis reformen ikke havde fundet sted. Stigningen i antal sundhedscentre, og den resulterende forbedring i tilgængeligheden, er imidlertid en direkte konsekvens af reformen. Vi kan derfor med ret stor sikkerhed konkludere, at der er tale om en kausal effekt fra reformen på denne parameter. På de øvrige parametre (økonomi, antal konsultationer, sundhedsfaglighed), er der ikke på samme måde en åbenbar kausal sammenhæng til reformen. Men vores analyse viser, at der – med undtagelse af væksten i antal konsultationer – ikke er sket markante ændringer på disse parametre i perioden.

Den nuværende regulering af praksissektoren i Danmark er især begrundet i samfundsmæssige formål, herunder hensynet til en fri og lige adgang til sundhedsydelser og mulighed for udgiftsstyring i den offentlige sektor. Erfaringerne fra Sverige peger på, at det er muligt at gennemføre en liberalisering af området uden at sætte disse hensyn over styr.

2 Baggrund

2.1 Udfordringer ved den nuværende danske regulering

I 2013 gennemførte Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (KFST) en undersøgelse af markederne for fysioterapi og kiropraktik, hvor de konkluderede, at den danske regulering hæmmer effektiv konkurrence på markederne. Reguleringen medfører ifølge KFST vilkår, der gør det vanskeligt for udbydere på markedet at tilrettelægge driften af deres virksomheder effektivt. Rapportens hovedkonklusion er, at en mere hensigtsmæssig regulering af markederne vil give mere fysioterapi og kiropraktik for pengene.

Analysen byggede dels på en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer, dels på KFST's egne analyser af potentialet ved en ændret regulering af området.

KFST fandt frem til, at det især er reguleringen af fem forhold, der begrænser udbyderne på markederne for fysioterapi og kiropraktik: Antal af udbydere, geografisk placering af klinikker, ejerskab af klinikker, kapacitet i klinikker og priser på ydelser.

Regulering af antal og geografisk placering af klinikker gennem ydernumre skaber risiko for lokale monopoler. Udbydere, der alene har en forretningsmæssig baggrund, er udelukket fra at drive klinikker, da det i dag kun er personer, der har tiltrådt en overenskomst, der må eje klinikker personligt eller have bestemmende indflydelse i selskaber, der driver klinikker.

På grund af det offentlige tilskud på ydelser i praksissektoren bliver det billigere for borgerne at købe ydelser hos klinikker med et ydernummer. Desuden er udbydere i praksissektoren sikret en vis automatisk efterspørgsel og indtjening gennem henvisninger fra alment praktiserende læger. Disse forhold udgør en reel offentlig støtte til udbydere i praksissektoren og giver derfor ulige vilkår for klinikker, der ikke er tilknyttet den offentlige sygesikring.

Samlet set kan reguleringen siges at svække udbydernes økonomiske incitament til at udvikle sig og tilbyde ydelser af høj kvalitet til en lav pris samt at drive klinikkerne mere produktivt. Reguleringen mindsker ligeledes muligheden for, at de mest produktive klinikker kan vokse på bekostning af de mindst produktive klinikker (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2013).

Den nuværende regulering af markederne for fysioterapi og kiropraktik har især samfundsmæssige formål, herunder fri og lige adgang til sundhedsydelser og udgiftsstyring af sundhedsydelser i den offentlige sektor. KFST vurderer dog, at reguleringen af markederne for fysioterapi og kiropraktik kan tilrettelægges mere hensigtsmæssigt, så den både understøtter effektiv konkurrence mellem udbydere, sundhedspolitiske mål og udgiftsstyring i det offentlige sundhedsvæsen.

2.2 Reform af praksissektoren i Sverige

Den svenske regulering af praksissektoren er i dag mindre restriktiv end den danske, efter man over en årrække har arbejdet med at konkurrenceudsætte offentlige ydelser i Sverige (Andersson et al., 2014). I mange tilfælde er fysioterapi i Sverige tilknyttet offentlige eller private sundhedscentre, mens kiropraktik ikke er en del af det offentlige sundhedsvæsen. Vi fokuserer derfor i denne rapport på sundhedscentre generelt, med et særligt fokus på fysioterapi, mens vi ikke ser på udviklingen på markedet for kiropraktik i Sverige.

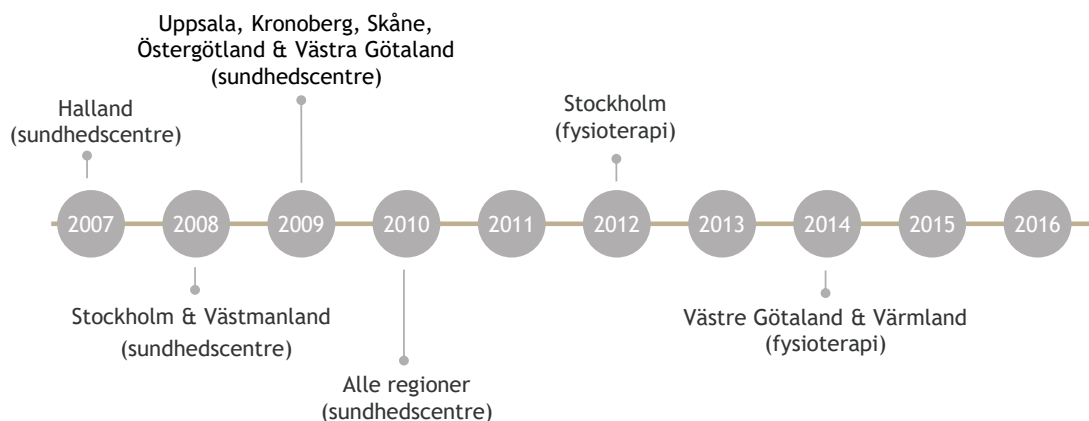
Det svenske marked for sundhedsydelser, herunder fysioterapi, er udpræget decentralt med betydelige forskelle i reguleringen mellem de enkelte regioner. I årene 2007-2010 gennemførte man reformer i hele Sverige, som blandt andet gav frit valg og fri etableringsret for sundhedscentre, det såkaldte ”Vårdval”. Formålet med reformerne var at give borgerne valgfrihed og skabe bedre konkurrence, og især at sundhedsudbydere skulle konkurrere på kvaliteten i sundhedsydelserne.

Med Vårdval-reformen (herefter blot kaldet reformen) ophævedes regulering af både antal og geografisk placering af sundhedsudbydere i den primære sundhedssektor. Fra 2010 var det dermed obligatorisk for alle regioner at give udbydere fri mulighed for at etablere sig. De nye udbydere finansieres ved regionale takster, hvor de eksisterende udbydere typisk finansieres ved nationale takster. Taksterne er faste inden for hver region, men varierer i størrelse og struktur mellem regionerne. Reformen ændrede ikke på vilkårene omkring patienternes egenbetaling.

Reformen er primært rettet mod de egentlige lægeydelser i sundhedscentrene, men man kan frit etablere sundhedscentre, der har fysioterapeuter tilknyttet. De enkelte regioner kan derudover selv vælge, om de ønsker fri etableringsret for privatpraktiserende fysioterapeuter uden for sundhedscentre, hvilket kun tre regioner har implementeret (Stockholm, Värmland og Västra Götaland). Figur 1 viser en tidslinje over implementeringen af reformen i de forskellige regioner i Sverige.

I kapitel 3 sammenligner vi det danske og det svenske system hhv. før og efter reformen mere detaljeret.

Figur 1. Tidslinje for frit valg og fri etablering-ordninger i Sverige



2.3 Formål med denne undersøgelse

Konkurrencerådet har besluttet at følge op på KFST's anbefalinger fra rapporten i 2013 ved at gennemføre en afdækning af de svenske erfaringer og ”lessons learned” efter gennemførelsen af den landsdækkende reform i Sverige.

Denne undersøgelses formål er dermed at beskrive de svenske erfaringer med reformen og specifikt reformens effekter på de offentlige udgifter, konkurrencen, sundhedsfaglighed og sundhedspolitiske mål.

2.4 Metode for undersøgelsen

Denne undersøgelse baserer sig delvist på et ”desk study”, hvor vi har gennemgået litteratur og andet tilgængeligt datamateriale, der beskriver effekter af den svenske reform på følgende udvalgte parametre:

- + Antal udbydere
- + Antal konsultationer
- + Udvikling i offentlige udgifter
- + Udvikling i faglighed
- + Oplevet kvalitet og brugertilfredshed
- + Lighed i sundhedsudbuddet
- + Kontinuitet i behandlingen.

Dertil har vi gennemført telefoninterviews i august 2016 med fem respondenter fra fire organisationer, som vist i tabellen nedenfor.

Tabel 1. Oversigt over gennemførte interviews

Organisation	Kontaktperson	Titel, afdeling
Konkurrensverket	Leif Nordqvist	Økonomisk ekspert, Avdelningen för analys
Folkhälsomyndigheten	Anders Tegnell	Afdelingschef, Avdelningen för epidemiologi och utvärdering
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	Olle Olsson	Fuldmægtig, Patientinflytande och patientlagen
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	Lars Kolmodin	Økonomichef, Region Halland
Fysioterapeuterna	Jörgen Lundqvist	Ombudsmand, Blekinge och Kalmar

Derudover kontaktede vi repræsentanter fra Socialstyrelsen, Socialdepartementet og Finansdepartementet. Kontaktpersoner fra disse organisationer ønskede ikke at deltage i et interview, men henviste os til de øvrige organisationer.

2.5 Rapportens struktur

Resten af denne rapport er struktureret som følger: I kapitel 3 beskriver vi forskelle og ligheder mellem de svenske og danske markeder for fysioterapi og kiropraktik mere dybdegående. Derefter gennemgår vi i kapitel 4 de erfaringer og effekter, vi har identificeret i forhold til henholdsvis konkurrenceaspekter, offentlige udgifter, sundhedsfaglige effekter og sundhedspolitiske effekter af den svenske reform.

I bilag A findes en uddybet metodebeskrivelse for vores desk study og telefoninterviews samt interviewguiden for disse. Bilag B indeholder et kort over Sverige med navnene på de enkelte regioner.

3 Sammenligning af det danske og det svenske marked

I dette kapitel beskriver vi kort forskelle og ligheder mellem det danske og det svenske sundhedsvæsen før og efter reformen med fokus på praksissektoren og markederne for fysioterapi. Tabel 2 giver et samlet overblik.

Strukturelt adskiller det danske og svenske sundhedsvæsen sig især ved, at der generelt er mere decentral styring med større beslutningskompetence i de svenske regioner (län/landsting). Begge systemer er overvejende skattefinansierede, men i Sverige opkræver regionerne selv skatter, mens de danske regioner primært modtager finansiering fra stat og kommuner (Anell et al., 2012; Olejaz et al., 2012).

I begge sundhedsvæsen er fysioterapi placeret i praksissektoren. I Sverige udbydes sundhedsydelser i praksissektoren oftest gennem tværfaglige sundhedscentre, hvor alment praktiserende læger og andre faggrupper er tilknyttede.

Svenske borgere, der ønsker fysioterapi, behøver ingen visitation, mens danske borgere skal have en henvisning fra egen læge, hvis de skal have tilskud til behandlingen. I Sverige betaler borgerne selv mellem 100 og 250 SEK pr. behandling i praksissektoren (dog maksimalt 1100 SEK på 12 måneder for alle konsultationer i praksissektoren). Egenbetalingen er fast inden for hver region, men den varierer mellem regionerne. I mange regioner er prisen for konsultationer hos alment praktiserende læger og fysioterapeuter den samme, mens nogle regioner har lavere priser for fysioterapi. I Danmark betaler man ikke for konsultation hos alment praktiserende læge, men man betaler cirka 60% af prisen for fysioterapi (cirka 165 kr. for en normal behandling) og mellem 76% og 82% af prisen for kiropraktik (cirka 175 kr. for en normal behandling) (Anell et al., 2012; RLTN og Dansk Kiropraktorforening, 2016; RLTN og Danske Fysioterapeuter, 2016).

Kiropraktorer er i Sverige ikke offentligt finansierede eller under offentlig regulering og er i stedet rent private udbydere af sundhedsydelser. Dette er forskelligt fra Danmark, hvor begge faggruppers ydelser kan dækkes af offentligt tilskud, hvis borgeren har en henvisning fra en alment praktiserende læge (Anell et al., 2012; Olejaz et al., 2012). Denne forskel gør, at vi i denne undersøgelse har valgt ikke at se på udviklingen i det svenske marked for kiropraktik.

Før den svenske reform i 2010 var sundhedscentrene i praksissektoren reguleret af de regionale myndigheder i forhold til antallet af centre, kapacitet på centrene og den geografiske placering af centrene (Isaksson et al., 2016). Der er i dag en lignende regulering af de danske fysioterapeuter og kiropraktorer gennem ydernumre og praksisplaner i regionerne (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2013).

Vi har ikke kunnet identificere studier eller rapporter, der har undersøgt effekterne på markedet for fysioterapi specifikt. Til gengæld findes der en række rapporter, som beskriver effekterne for sundhedscentrene generelt. Vi tager derfor primært udgangspunkt i den viden, der er genereret i Sverige for sundhedscentrene.

Tabel 2. Oversigt over forskelle og ligheder mellem det danske og svenske sundhedsvæsen

	Danmark	Sverige før reform	Sverige efter reform
Sundhedsvæsenets struktur			
Administrative niveauer	Stat, regioner, kommuner.	Stat, regioner (län/landsting), kommuner.	Stat, regioner (län/landsting), kommuner.
Styring	Mest centralt.	Mest decentralt.	Mest decentralt.
Finansiering af sundhedsvæsen	Primært skattefinansieret (80% stat, 20% kommune).	Primært skattefinansieret (20% stat, 80% region).	Primært skattefinansieret (20% stat, 80% region).
Planlægning og forvaltning af sundhedsudbud	Regionerne.	Regionerne.	Regionerne.
Organisatorisk placering af fysioterapi	Privatpraktiserende, men 80-90% af udbydere i praksissektor har overenskomst med sundhedsvæsenet.	Ansatte i overvejende offentlige sundhedscentre. Dertil privatpraktiserende fysioterapeuter i selvstændige klinikker med eller uden overenskomst med sundhedsvæsenet.	Ansatte i private og offentlige sundhedscentre. Dertil privatpraktiserende fysioterapeuter i selvstændige klinikker med eller uden overenskomst med sundhedsvæsenet.
Offentligt finansiering af fysioterapeuter	Aktivitetsbaseret og brugerbetaling.	Aktivitetsbaseret finansiering og evt. basishonorar + brugerbetaling.	Aktivitetsbaseret finansiering og evt. basishonorar + brugerbetaling.
Adgang til behandling i praksissektoren			
Valg af udbyder	Frit valg (med visse begrænsninger) ¹ , dog kun tilskud til behandling hos behandlere med ydernummer.	Frit valg i mange regioner siden starten af 1990'erne.	Frit valg i alle regioner, dog kun tilskud hos sundhedscentre og øvrige udbydere med overenskomst med sundhedsvæsenet.
Egenbetaling for konsultationer	Ingen egenbetaling for alment praktiserende læger mv. 60% af den overenskomst-bestemte pris for fysioterapi (ca. 165 DKK) og 76%-82% for kiropraktik (ca. 175 DKK). Uden for praksissektor er der 100% egenbetaling.	Ja, samme størrelsesorden som efter reformen ² .	Mellem 100 og 250 SEK per konsultation i praksissektoren (varierer mellem regioner). Satsen er en fast takst, som er fastsat af de enkelte regioner. Max egenbetaling for konsultationer 1.100 SEK over 12 måneder, derefter 100% offentligt finansieret.

¹ Hvis man vælger en alment praktiserende læge, som ligger mere end 15 km fra sin bopæl, frasiger man sig visse rettigheder omkring hjemmebesøg mv. I visse kommuner er grænsen 5 km. Lægen skal have åbent for tilgang. Kilde: sundhed.dk.

² Egenbetalingernes størrelse og sammensætning varierer mellem regionerne. I perioden 2005-2010 var den gennemsnitlige stigning i egenbetalingen for en konsultation hos en alment praktiserende læge 2,1% pr. år, mens

Liberalisering af praksissektoren – erfaringer fra Sverige

	Danmark	Sverige før reform	Sverige efter reform
Visitation	Ingen visitation til alment praktiserende læge. Læge visiterer fysioterapi. Uden for praksissektor er der fri adgang.	Ingen visitation.	Ingen visitation.
Regulering af udbydere			
Antal udbydere	Reguleret gennem ydernumre.	Reguleret af regionale myndigheder.	Fri etableringsret for sundhedscentre ved opfyldelse af akkrediteringsbetingelser. Fri etableringsret for selvstændige fysioterapiklinikker i tre regioner.
Geografi	Reguleret gennem ydernumre og praksisplaner.	Reguleret af regionale myndigheder.	Fri etableringsret for sundhedscentre ved opfyldelse af akkrediteringsbetingelser. Fri etableringsret for selvstændige fysioterapiklinikker i tre regioner.
Ejerskab	Man kan kun eje klinik/praksis i praksissektoren, hvis man har tiltrådt overenskomst.	Reguleret af regionale myndigheder.	Alle kan eje et sundhedscenter (herunder også fx kapitalfonde).
Kapacitet	Reguleret gennem ydernumre og praksisplaner.	Reguleret af regionale myndigheder.	Fri etableringsret for sundhedscentre ved opfyldelse af akkrediteringsbetingelser. Fri etableringsret for selvstændige fysioterapiklinikker i tre regioner.
Pris	Reguleret af overenskomst mellem regionernes lønnings- og takstnævn og de faglige organisationer.	Fastsat ved nationale takster.	Nyetablerede udbydere: Fastsat ved regionale takster (fast takst inden for hver region). Eksisterende udbydere kan typisk fortsat anvende de nationale takster.

det samme tal i perioden 2010-2016 var 2,3% (vægtet gennemsnit på tværs af regioner). Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra SKL.

4 Erfaringer og effekter af den svenske reform

I dette kapitel vil gennemgå vi analysens resultater. Hovedkonklusionerne for analysen er, at der efter reformen:

- + Er kommet flere sundhedscentre i Sverige, og væksten er fordelt over næsten alle regioner (afsnit 4.1).
- + Har været tæt på nulvækst i antal konsultationer i praksissektoren (afsnit 4.1).
- + Ikke har været tendens til, at omkostningerne pr. konsultation er steget (afsnit 4.2).
- + Ikke har været markante ændringer i ventetider eller den oplevede kvalitet (afsnit 4.3).
- + Langt de fleste svenskere har fået uændret eller kortere rejsetid til sundhedscentre, også i tyndest befolkede regioner (afsnit 4.4).

I de følgende afsnit gennemgår vi de enkelte punkter mere detaljeret.

4.1 Konkurrence

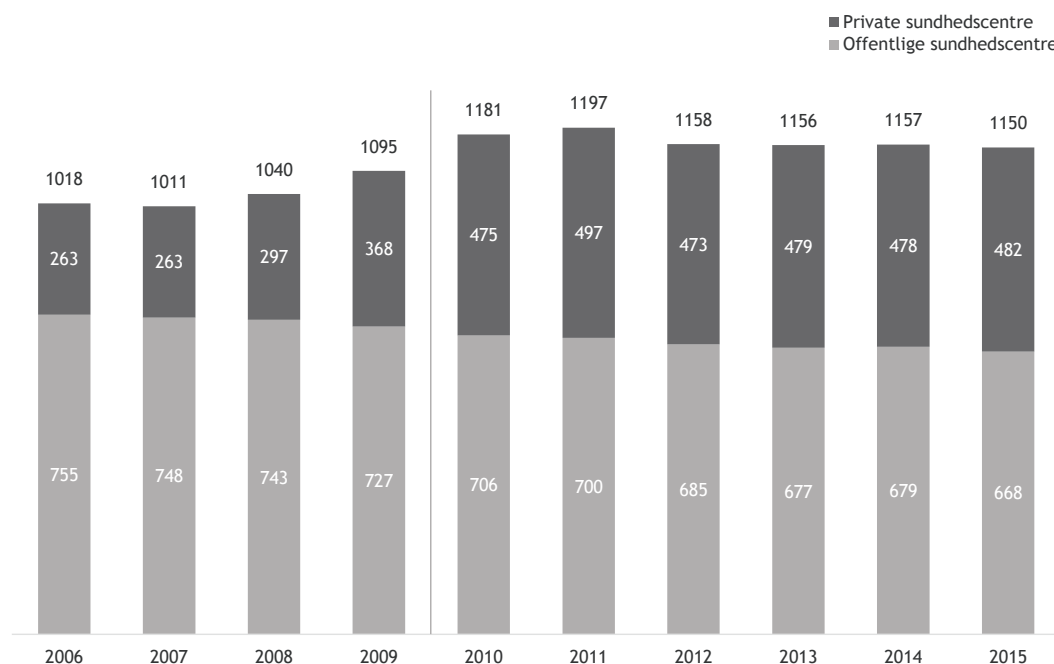
Antal og typer af udbydere

Den frie etableringsret i Sverige havde, ifølge Konkurrenceverket, blandt andet også til formål at stimulere flere udbydere til at gå ind på markedet for primære sundhedsydelser i Sverige for derigennem at skabe bedre adgang.

Siden reformen blev gennemført, har der været en betydelig stigning i antallet af sundhedscentre, jf. figur 3. Stigningen er især sket i perioden fra de første liberaliseringer i 2007 frem mod 2011, hvorefter der er sket et lille fald igen. Fra 2011 til 2015 er den samlede stigning 14%. Størstedelen af de nyoprettede sundhedscentre er drevet privat, mens der er blevet færre offentlige sundhedscentre år for år. Der findes ikke data specifikt på antallet af udbydere af fysioterapi.

At det netop er i 2007-2011, at der er sket en stigning, bemærkes også af Riksrevisionen (2014), der på baggrund af data fra de regioner, der tidligt gennemførte reformen, konkluderer, at de fleste nye sundhedscentre åbnede i det første år efter strukturændringen. I interviewet med Konkurrenceverket nævnte respondenterne, at mange nye sundhedscentre etableres, ved at personale fra offentlige sundhedscentre køber centrene fra regionerne for derefter at drive dem i privat regi.

Figur 2. Udvikling i antal og typer af sundhedscentre



Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting.

Samme tendens bliver vist i et studie af Isaksson et al. fra 2016, som undersøgte, hvordan antallet af sundhedscentre ændredes efter reformen. Oversigten i tabel 3 viser ligesom figuren ovenfor, at langt størstedelen af de nyetablerede centre er privat drevet, og at der derudover er cirka lige mange offentlige og private sundhedscentre, der er lukket, efter reformen er gennemført³. I 2012 var cirka en tredjedel af de knap 500 private sundhedscentre er ejet af tre landsdækkende virksomheder. De to af virksomhederne var ejet af venturekapitalfonde, mens den tredje var ejet af en sammenslutning af læger (Anell et al., 2012).

Tabel 3. Sundhedscentre før og efter reformen

	Offentlig	Privat	Total
Sundhedscentre før reformen	762	327	1089
Nye sundhedscentre	+15	+270	+285
Lukkede sundhedscentre	-32	-34	-66
Sundhedscentre efter reformen	745	563	1308

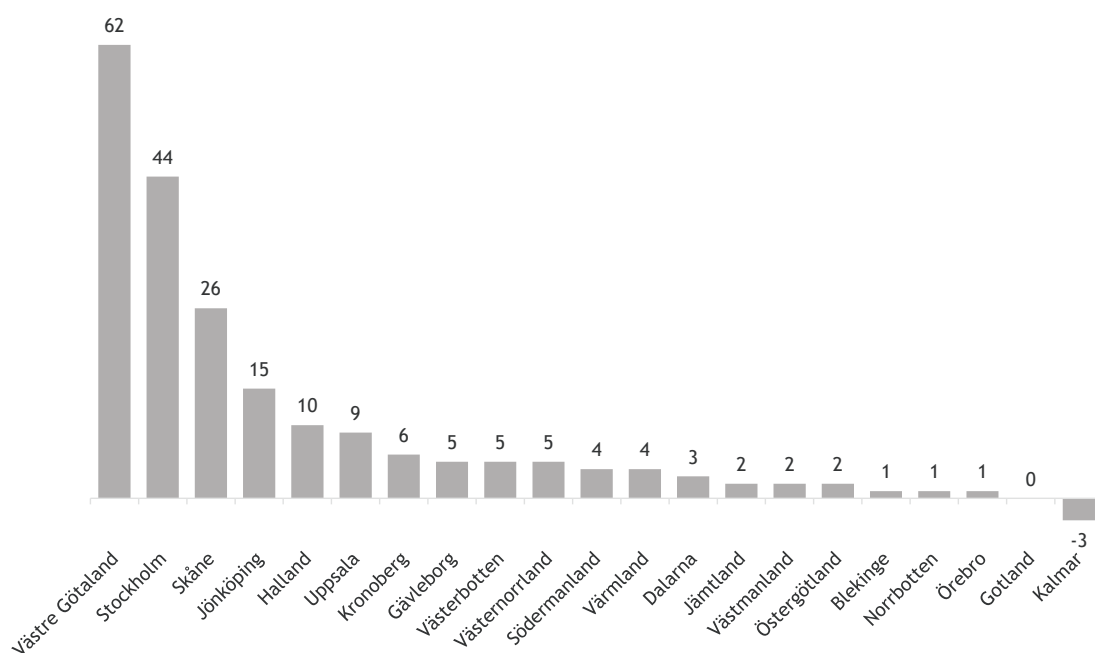
Kilde: Isaksson et al., 2016.

³ Der er uoverensstemmelse mellem tallene fra SKL og fra Isaksson et al. Vi bemærker i den forbindelse, at hverken SKL eller Isaksson et al. beskriver, hvordan de opgør antallet af sundhedscentre.

I næsten alle regioner er der kommet flere sundhedscentre efter reformen, men der er stor forskel på antallet i de enkelte regioner. Figur 3 viser nettoudviklingen i det totale antal sundhedscentre pr. region fra før reformen og frem til 2013. Den største vækst i antal sundhedscentre er set i de tre største regioner (Skåne, Stockholm og Västra Götaland). Det er også disse regioner, der har arbejdet med elementer af reformen i længst tid; også inden reformen blev landsdækkende.

I andre regioner (fx Blekinge, Norrbotten og Örebro) er der kun sket en mindre vækst i antallet af sundhedscentre, og i Gotland har der ikke været nogen ændring. Kun i en enkelt region (Kalmar) har man set et decideret fald i antallet af sundhedscentre efter reformen. Det skal bemærkes, at de ovennævnte regioner alle har små befolkningstal.

Figur 3. Nettoudvikling i det samlede antal af sundhedscentre i de 21 regioner efter reformen

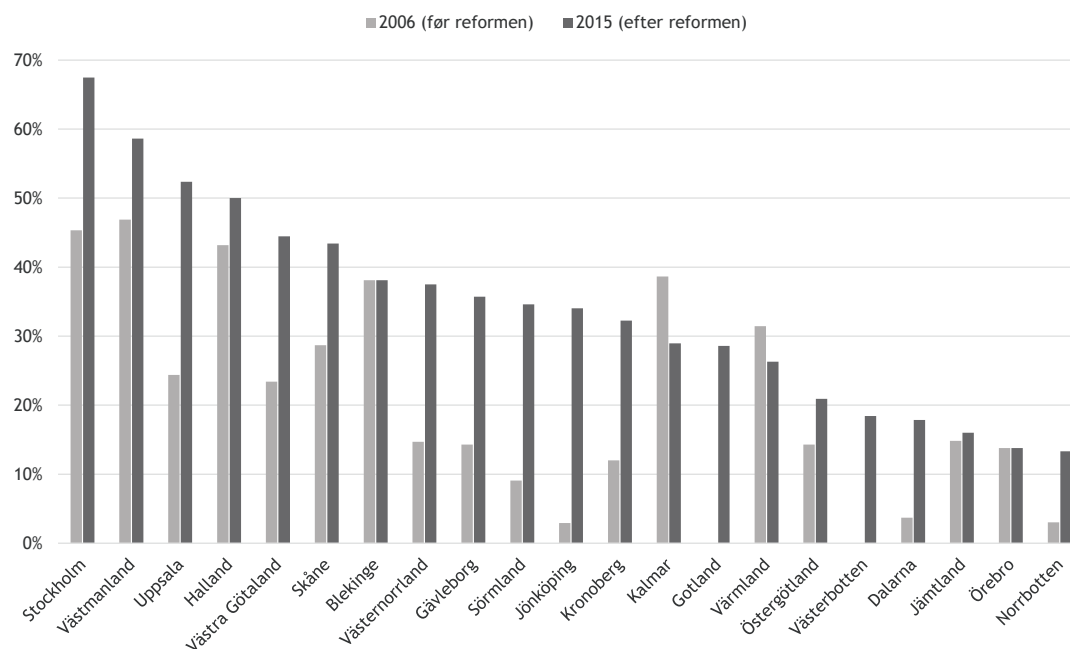


Kilde: Riksrevisionen, 2014.

Andelen af private sundhedscentre er steget i langt de fleste regioner. Som der fremgår af figur 4 steg andelen af private sundhedscentre i 17 regioner, mens andelen var uændret i to regioner og faldt i yderligere to regioner. Det peger på, at private sundhedsudbydere har fundet det attraktivt at åbne nye eller overtage eksisterende offentlige centre i langt de fleste regioner.

Konkurrensverket oplyser i et telefoninterview, at en række offentlige sundhedscentre i yderområder i enkelte regioner kører med et underskud, og at det derfor ofte ikke er rentabelt for nye private klinikker at etablere sig i disse områder. Vi har ikke afdækket retningslinjerne for driften af de offentlige sundhedscentre.

Figur 4. Andelen af private sundhedscentre i de 21 regioner før og efter reformen



Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting 2005-2015.

I afsnit 4.4 beskriver vi nærmere, hvordan de nye sundhedscentres placering har påvirket den geografiske lighed i adgangen til sundhedsydelser.

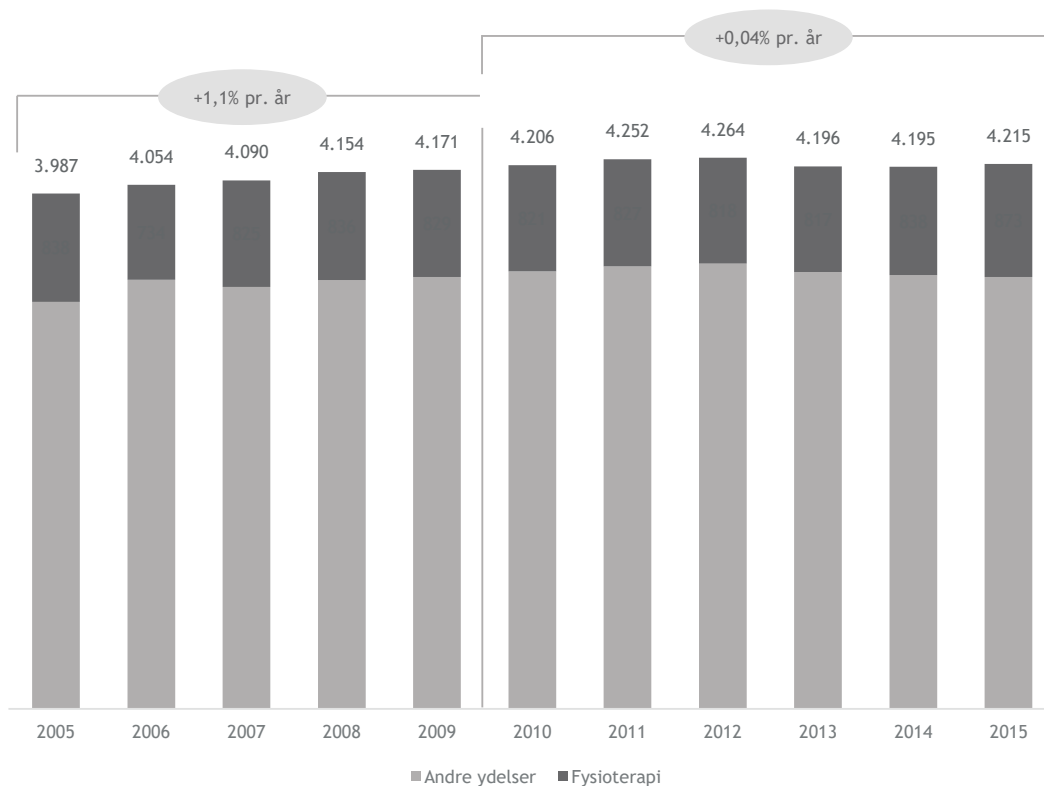
Antal konsultationer

Den øgede adgang til sundhedscentre kunne potentielt lede til flere konsultationer, hvilket kunne føre til større udgifter for det offentlige. Det ser dog ikke ud til, at antallet af konsultationer er steget som følge af reformen. Næsten modsat ser vi i stedet, at væksten er aftaget i årene efter reformen sammenlignet med årene før.

Som det fremgår af figuren nedenfor, var der en trend med en generel stigning i antallet af konsultationer i praksissektoren på cirka 1,1% pr. år fra 2005 til 2009. Efter reformen er rullet ud i hele Sverige, er antallet af konsultationer næsten stabilt med en gennemsnitlig stigning på 0,04% pr. år. Vi bemærker i den forbindelse, at egenbetalingen ikke ser ud til at være påvirket af reformen, idet den steg med gennemsnitligt 2,1-2,3% i årene både før og efter reformen (se også tabel 2 i kapitel 3).

I forhold til fysioterapikonsultationer specifikt har der både før og efter været en årlig stigning i antal konsultationer på omkring 1,2%.

Figur 5. Antal årlige konsultationer i praksissektoren i Sverige pr. 1000 borgere



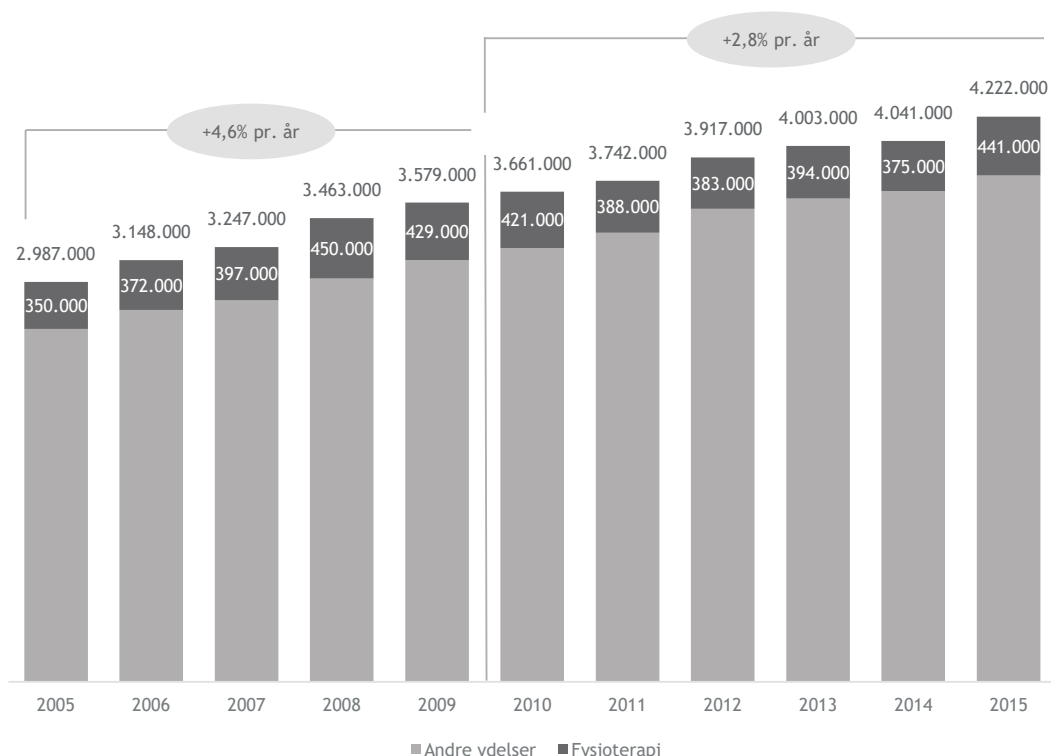
Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting 2005-2015.

4.2 Udvikling i offentlige udgifter

Både før og efter reformen har der været en ikke ubetydelig stigning i omkostningerne til sundhedsydelser i praksissektoren. Den årlige stigning er imidlertid noget lavere i årene efter reformen, hvilket hænger tæt sammen med den lavere vækst i antallet af konsultationer. Analysen tyder ikke på, at udviklingen skyldes lavere priser (se figur 7 sidst i dette afsnit).

Som det fremgår af figuren nedenfor, er de samlede årlige omkostninger for ydelser i praksissektoren steget i gennemsnit 4,6% pr. år fra 2005 til 2009 og 2,8% pr. år fra 2010 til 2015. Omkostningerne forbundet specifikt med fysioterapi steg i perioden 2005-2009 med gennemsnitligt 9,7% pr. år og i perioden 2010-2015 med gennemsnitligt 0,9% pr. år, men der er betydelige udsving i de enkelte år.

Figur 6. Årlige offentlige omkostninger i praksissektoren pr. 1000 borgere (SEK)



Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting 2005-2015.
 Note: Eksklusive tilskud til lægemidler.

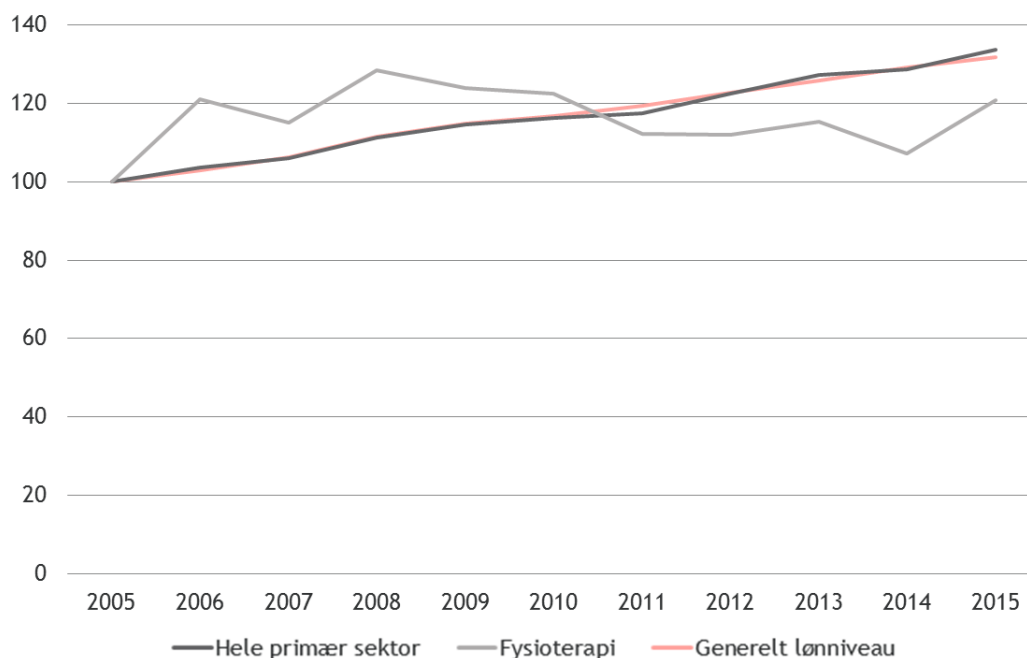
SKL oplyser, at man havde forventet, at reformen ville mindske udgifterne til administration af kvalitetskontrol, fordi borgerne i højere grad ville benytte de sundhedscentre, som havde høj kvalitet (interview). Dermed skulle borgerne være med til at kontrollere kvaliteten, hvilket kunne sænke omfanget af administration. Der har dog været eksempler på kvalitetsproblemer efter reformen i visse regioner, hvilket har ført til øgede udgifter til kvalitetskontrol efter reformen. SKL nævnte samtidig, at det var for tidligt at konkludere noget endeligt på omfanget af administration som følge af reformen.

Prisudvikling

Formålet med reformen var at give borgerne mere valgfrihed og at sikre, at sundhedsudbyderne konkurrerer på kvaliteten af sundhedsydelserne. Derimod var det ikke en del af reformen at skabe priskonkurrence. Taksterne bliver fortsat fastsat centralt (nationalt og regionalt), ligesom egenbetalingen fortsat er fast. Data indikerer da også, at reformen ikke har haft indflydelse på prisen pr. konsultation, jf. figur 7. Regionernes gennemsnitlige omkostning pr. konsultation i praksissektoren følger således udviklingen i det generelle lønniveau tæt i hele perioden.

Omkostningen pr. konsultation specifikt for fysioterapi har udviklet sig noget mere ujævnt, men er generelt faldet siden 2008. De kilder og interviewpersoner, der har været tilgængelige for os, har ikke kunnet forklare denne udvikling, men det kan have en sammenhæng med, at man efter reformen i højere grad er gået over til at afregne udbyderne efter regionale takster fremfor nationale takster (se afsnit 2.2).

Figur 7. Omkostninger per konsultation i praksissektoren i Sverige. Indeks 2005=100.



Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting 2005-2015 (omkostninger og antal konsultationer i praksissektoren) og Statistiska Centralbyrån (generelt lønniveau).
Note: Kurven "Generelt lønniveau" viser udviklingen i den gennemsnitlige månedsløn for en fuldtidsansat inkl. tillæg og bonus for hele den svenske økonomi.

Patienternes egenbetaling for behandling i praksissektoren var ikke påvirket af reformen og steg i gennemsnit med omtrent samme årlige vækstrate før og efter reformen, jf. tabel 2 i kapitel 3.

4.3 Sundhedsfaglighed

Udvikling i faglig kvalitet

Vi har ikke fundet nogen studier, der specifikt har undersøgt, hvordan liberalisering af den svenske praksissektor har påvirket den faglige kvalitet. Vores kontakt i fagforbundet Fysioterapeuterna oplyste i interviewet, at den faglige kvalitet ifølge deres opfattelse er uændret. I vores interview med Konkurrenceverket oplyste de, at der efter deres vurdering *ikke* er kommet nogle nye typer af konsultationer (som fx mere telemedicin eller videokonsultationer).

Oplevet kvalitet og brugertilfredshed

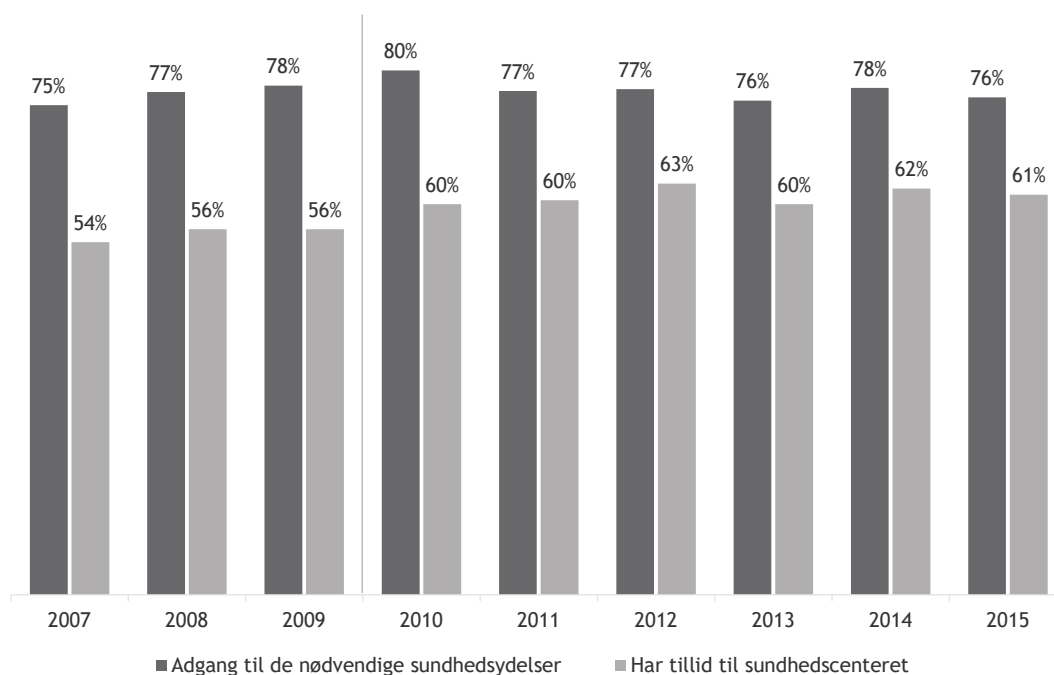
Det ser ikke ud til, at der er sket store ændringer i den borgeroplevede kvalitet af sundhedsydelserne i praksissektoren. Nogle kilder siger, at kvaliteten er uændret, andre rapporterer en lille forbedring.

For eksempel finder Riksrevisionens i deres evaluering af reformen, at den patientoplevede kvalitet var stort set uændret i perioden fra 2009 til 2014.

Et lignende mønster kan ses i den nationale svenske undersøgelse Vårdbarometern. Det afdækker blandt andet borgernes opfattelse af adgangen til de sundhedsydelser, de behøver, og deres tillid til sundhedscentrene. I figur 8 viser vi udviklingen i svarene fra 2007 til 2015. Efter 2010 er der sket en

stigning i andelen af respondenter, der har *meget stor* eller *ganske stor* tillid til deres sundhedscenter. Der ser ikke ud til at være nogle store ændringer i svenskernes opfattelse af, om de har adgang til de sundhedsydelser, de har brug for.

Figur 8. Adgang og tillid til sundhedsydelser



Kilde: Vårdbarometern 2007-2015.

Antal respondenter varierer fra år til år, men er omkring 41.000 i gennemsnit

Spørgsmål: "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" (instämmer helt/instämmer delvis).

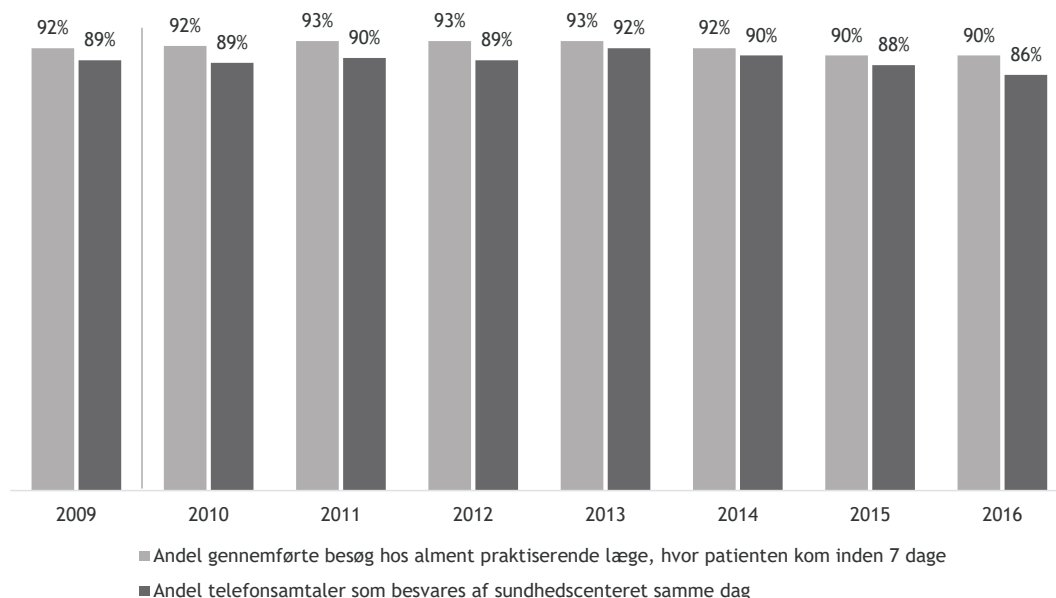
"Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/motsvarande? (mycket stort/ganske stort).

En række rapporter af effekterne af reformen i region Stockholm viser, at reformen overordnet set har haft positive effekter på den patientoplevede kvalitet, servicekvalitet og visse proceskvalitetsmål (Janlöv and Rehnberg, 2011; Rehnberg et al., 2009). Paulsson har gennem en årrække på lignende vis evalueret effekterne af reformen i region Halland (Paulsson, 2010, 2009, 2008). Han fandt ud af, at patienttilfredsheden steg for de fleste aspekter det første år efter reformen, mens der blandt andet sås et fald i andelen af patienter, der var tilfredse med adgangen. Både de positive og negative ændringer er dog marginale.

Tilgængelighed og ventetid

Det ser ud til, at reformen ikke har haft stor indflydelse på de overordnede ventetider til lægekonsultationer og telefonsamtaler med sundhedscenteret. Det er målet i Sverige, at alle telefonsamtaler skal besvares af sundhedscenteret samme dag, og at man skal kunne konsultere en læge inden for 7 dage. Figur 9 viser målopfyldelsen på de to områder fra 2009 til 2016. Selvom målopfyldelsen ligger stabilt på omkring 92% for lægekonsultationer og 90% for telefonsamtaler, er der et mindre fald på begge mål i 2015 og 2016 til henholdsvis 90% og 86% i foråret 2016.

Figur 9. Ventetid telefonsamtaler og konsultationer med alment praktiserende læger



Kilde: *vantetider.se*

Note: Både offentlige og private sundhedscentre

4.4 Sundhedspolitik

Lighed i sundhedsudbud

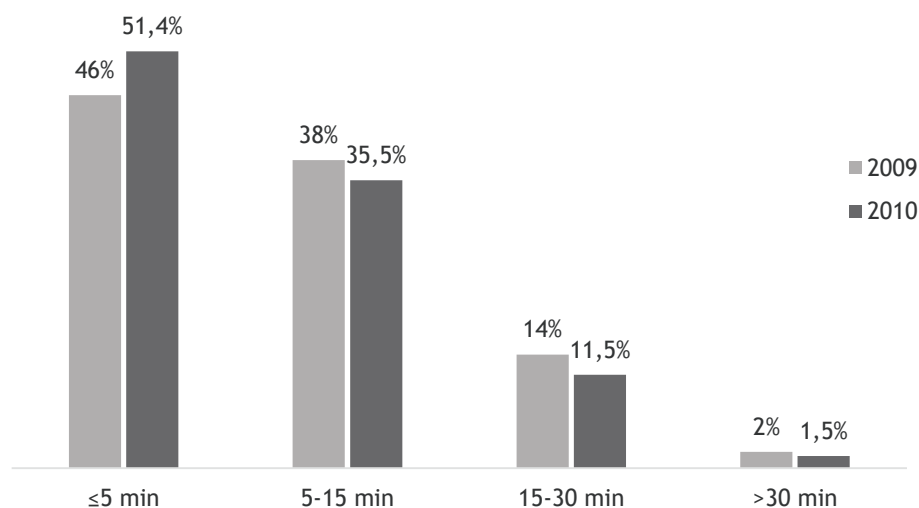
Et af de primære sundhedspolitiske mål i Sverige, såvel som i Danmark, er, at der er lige adgang til sundhedsydelser for alle. Ved at lempe reguleringen af den geografiske placering af sundhedscentre er der risiko for, at borgerne i nogle områder i mindre grad har adgang til sundhedsydelser, ikke kan udnytte det frie valg, og at borgeren får længere til deres nærmeste sundhedscenter. Det ser dog ikke ud til, at dette er sket væsentligt omfang. Tværtimod peger studier på, at flere svenskere har fået kortere afstand til sundhedscentrene, og kun meget få har fået længere til sundhedscentrene. Det skal i den sammenhæng understreges, at mange sundhedscentre i Sverige fortsat er offentligt ejet og støttet (se også afsnit 4.1).

Det svenske Konkurrencesverket undersøgte i en analyse fra 2010, hvordan reformen har påvirket transporttiden til det næstnærmeste sundhedscenter for at undersøge, om man kan tale om reel konkurrence mellem sundhedscentrene. I figuren nedenfor fremgår det, at flere svenskere nu har højst fem minutter til det næstnærmeste sundhedscenter, mens færre svenskere har henholdsvis 5-15 minutter, 15-30 minutter og over 30 minutter til næstnærmeste sundhedscenter.

Selvom tallene ikke direkte beskriver, hvor langt der er til det nærmeste sundhedscenter, så indikerer analysen, at de fleste svenskere har fået kortere til sundhedscentrene. Samtidig fremgår det direkte, at flere svenskere har fået et reelt valg mellem forskellige sundhedsudbydere, da de har kortere transporttid til det næstnærmeste sundhedscenter. Det betyder, at der i højere grad er kommet mulighed for reel konkurrence mellem sundhedscentrene, at borgerne har fået flere centre at vælge imellem samt at centrene som udgangspunkt er kommet tættere på borgerne.

Vi bemærker, at studiet er fra 2010, dvs. umiddelbart efter reformen var trådt i kraft i hele Sverige, og den store stigning i antallet af sundhedscentre havde fundet sted (se figur 2). Vi har ikke fundet nyere studier, som belyser spørgsmålet.

Figur 10. Ændring i transporttid til næstnærmeste sundhedscenter



Kilde: Nilsson et al., 2010.

Tabellen nedenfor viser ændringerne i transporttid opgjort for hver enkelt region. Tallene viser, at forbedringerne i transporttiden er sket bredt i mange regioner. Det er interessant at bemærke, at der ikke er nogen regioner, hvor andelen af personer med mere end 30 minutter til det næstnærmeste sundhedscenter er steget. Dette indikerer, at langt de fleste har enten uændret eller fået forbedrede transporttider til sundhedscentrene – også i de tyndtbefolkede regioner.

Tabel 4. Ændring i transporttid til næstnærmeste sundhedscenter i %-point i 2009-2010

	≤5 min.	5-30 min.	>30 min.
Värmland	19,9%	-11,9%	-8,0%
Västra Götaland	13,7%	-13,5%	-0,3%
Jönköping	13,1%	-13,0%	0,0%
Västernorrland	9,1%	-8,8%	-0,2%
Västerbotten	8,7%	-3,9%	-4,8%
Sörmland	8,1%	-8,1%	0,0%
Kronoberg	4,6%	-4,6%	0,0%
Skåne	4,4%	-4,5%	0,0%
Stockholm	2,5%	-2,5%	0,0%
Gävleborg	2,4%	-2,4%	0,0%
Uppsala	1,7%	-1,7%	0,0%
Halland	0,7%	-0,7%	0,0%
Kalmar	0,3%	1,2%	-1,6%
Blekinge	0,1%	-0,1%	0,0%
Dalarna	0,0%	0,0%	0,0%
Gotland	0,0%	0,0%	0,0%
Jämtland	0,0%	0,0%	0,0%
Norrbottnen	0,0%	0,1%	-0,1%
Västmanland	0,0%	0,0%	0,0%
Örebro	0,0%	0,0%	0,0%
Östergötland	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Nilsson et al., 2010.

Mens ovenstående tyder på, at svenskerne overordnet er kommet tættere på sundhedscentrene, viser et studie af Isaksson et al. (2016), at de nye sundhedscentre, der er etableret efter reformen, primært har forbedret tilgængeligheden i de mere velstående områder. De nytilkomne sundhedscentre er således i højere grad lokaliseret i områder med færre enlige, færre ældre mennesker og færre enlige forsørgere.

Et lignende resultat finder Riksrevisionen (2014), der blandt andet analyserede, hvad der karakteriserer de områder, som har fået henholdsvis flere og færre sundhedscentre. Analyserne viser, at de nye sundhedscentre i stigende grad er blevet etableret i tætbefolkede områder og i områder, hvor de sundhedsmæssige behov er lavere, og hvor borgerne er socioøkonomisk bedre stillet end gennemsnittet og/eller i områder med en lav procentdel af personer over 70 år.

5 Referencer

- Andersson, Janlöv, Rehnberg, 2014. Konkurrence, kontrakt og kvalitet - hälso- och sjukvård i privat regi. Finansdepartementet.
- Anell, Glenngård, Merkur, 2012. Health system review - Sweden. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Isaksson, D., Blomqvist, P., Winblad, U., 2016. Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. BMC Health Serv. Res. 16, 28. doi:10.1186/s12913-016-1259-z
- Janlöv, N., Rehnberg, C., 2011. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm - år 2010. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm.
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2013. Markederne for private kiropraktik og fysioterapeuter.
- Nilsson, J., Jönsson, S., Persson, M.W., 2010. Uppföljning av vårdval i primärvården - Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverket, Stockholm.
- Olejz, Juul Nielsen, Rudkjøbing, Okkels Birk, Krasnik, Hernandez-Quevedo, 2012. Health system review - Denmark. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Paulsson, G., 2010. Vårdval Halland 2009. Region Halland.
- Paulsson, G., 2009. Vårdval Halland - Utvärderingsrapport 2008. Lunds Universitet.
- Paulsson, G., 2008. Vårdval Halland - Utvärderingsrapport 2007. Lunds Universitet.
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J., 2009. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm.
- Riksrevisionen, 2014. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? Stockholm.
- RLTN og Dansk Kiropraktorforening, 2016. Priser og tilskud pr. 1. april 2016, kiropraktorer.
- RLTN og Danske Fysioterapeuter, 2016. Takster Fysioterapi 2016.
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2005-2015. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling - Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner.
- Vårdbarometern 2007-2015. Årsrapport.

A Uddybet metodebeskrivelse

Analysen, der ligger til grund for denne rapport, blev gennemført i perioden juli-september 2016. Analysen bestod i et desk study og en række telefoninterviews, som vi beskriver i det følgende.

A.1 Desk study

For at afdække de svenske erfaringer med reformen om frit valg og fri etableringsret søgte vi efter tilgængelige rapporter, videnskabelige artikler og offentlig statistik. Vi søgte materialer, der enten direkte undersøgte reformens effekter eller indirekte beskrev udviklingen i det svenske sundhedsvæsen på de nedenstående parametre, som vi var interesserede i:

- + Antal udbydere
- + Antal konsultationer
- + Udvikling i offentlige udgifter
- + Udvikling i faglighed
- + Oplevet kvalitet og brugertilfredshed
- + Lighed i sundhedsudbuddet
- + Kontinuitet i behandlingen.

A.2 Telefoninterviews

Vi supplerede vores desk study med en række telefoninterviews. Vi kontaktede en række organisationer, som vi mente, kunne have viden om effekterne af den svenske reform. Nogle af disse ønskede ikke at deltage og henviste os videre til andre organisationer. Interviewene blev gennemført på svensk af en svensktalende konsulent fra Incentive.

Tabel 5. Oversigt over telefoninterviews

Virksomhed	Deltog	Kontaktperson	Titel, afdeling
Konkurrensverket	X	Leif Nordqvist	Økonomisk ekspert, Avdelningen för analys
Socialdepartementet	-		
Socialstyrelsen	-		
Folkhälsomyndigheten	X	Anders Tegnell	Afdelingschef, Avdelningen för epidemiologi och utvärdering
Finansdepartementet	-		
Svenske Kommuner og Landsting (SKL)	X	Olle Olsson	Fuldmægtig, Patientinflytande och patientlagen
Svenske Kommuner og Landsting (SKL)		Lars Kolmodin	Økonomichef, Region Halland
Fysioterapeuterna (Brancheforening)	X	Jörgen Lundqvist	Ombudsmand, Blekinge och Kalmar

A.3 Interviewguide

Telefoninterviewene blev gennemført med udgangspunkt i nedenstående spørgeramme.

Introduktion til undersøgelsen

På opdrag fra den danske Konkurrence- og Forbrugerstyrelse gennemfører vi en vidensindsamling af svenske erfaringer efter reformen om frit valg af sundhedsudbydere og fri etablering i praksissektoren. Vi

er hovedsageligt interesserede i erfaringer inden for fysioterapi, men også generelle erfaringer fra praksissektoren.

Vores spørgsmål falder inden for tre perspektiver/temaer:

- + Konkurrence - det vil sige, hvordan reformen har påvirket mulighederne for at komme ind og konkurrere på markedet, konkurrencen mellem tilstedeværende aktører, og om der er kommet nye og andre typer af aktører, prisudvikling og lignende.
- + Offentlige udgifter - det vil sige, hvordan reformen har påvirket de offentlige udgifter til praksissektoren.
- + Sundhedsfagligt - det vil sige, hvordan reformen har påvirket den sundhedsfaglige kvalitet, den oplevede kvalitet, brugertilfredshed og lignende.
- + Sundhedspolitisk - det vil sige, hvordan reformen har påvirket overordnede sundhedspolitiske mål, såsom geografisk lighed eller lighed mellem patientgrupper.

Konkurrenceperspektiv

Q 1 Har reformen om valgfrihed og fri etableringsret påvirket konkurrencen på markedet for fysioterapi?
(Først åbent spørgsmål og dernæst til de nedenstående temaer, respondenterne ikke selv har nævnt).

- + Antal konsultationer
- + Typer konsultationer
- + Antal aktører
- + Typer af aktører
- + Prisudvikling
- + Innovation.

Q 2 Hvilke datakilder findes der til at belyse de forskellige områder? Er der lavet nationale eller internationale studier?

Offentlige udgifter

Q 3 Har reformen om valgfrihed og fri etableringsret påvirket de offentlige udgifter? Hvordan?

Sundhedspolitisk perspektiv

Q 4 Har reformen om valgfrihed og fri etableringsret påvirket sundhedspolitiske mål for fysioterapi?
(Først åbent spørgsmål og dernæst til de nedenstående temaer, respondenterne ikke selv har nævnt).

- + Geografisk lighed
- + Lighed mellem patientgrupper
- + Ventetid til behandling (nye typer organisering – aftenåbent eller lignende).

Q 5 Hvilke datakilder findes der til at belyse de forskellige områder? Er der lavet nationale eller internationale studier?

Sundhedsfagligt perspektiv

Q 6 Har reformen om valgfrihed og fri etableringsret påvirket kvalitet i behandlingen?

(Først åbent spørgsmål og dernæst til de nedenstående temaer, respondenterne ikke selv har nævnt).

Liberalisering af praksissektoren – erfaringer fra Sverige

- + Faglig udvikling, herunder nye typer ydelser (telemedicin, tværfagligt samarbejde)
- + (Oplevet) kvalitet
- + Brugertilfredshed.

Q 7 Hvilke datakilder findes der til at belyse de forskellige områder? Er der lavet nationale eller internationale studier?

Andet

Q 8 Har I oplevet andre ændringer, du synes, vi skal være opmærksomme på?

Det kan være ændringer i organisering, for medarbejdere, for patienter eller andre interessegrupper?

Q 9 Har der været nogen ting, der har været uhensigtsmæssige ved reformen? Nogen ting, man skulle være opmærksom på, hvis man skulle gennemføre en lignende reform i Danmark?

B Kort over de svenske regioner

Figur 11. Sveriges 21 regioner

