

Konkurrencerådet

VELFUNDERENDE MARKEDER

02 | 2017

SVENSKE ERFARINGER MED FRIERE RAMMER I PRAKSISSEKTOREN

Sverige har gennemført en reform af sundhedssystemet, som skaber mulighed for mere effektiv konkurrence i praksissektoren. Med reformen har udbydere af sundhedsydelser fået ret til frit at etablere sig, og ejerrestriktioner er fjernet, så alle nu kan eje et sundhedscenter.

Efter reformen er der kommet flere sundhedscentre, og mange svenskere har dermed fået kortere rejsetid til centre.

Der er ikke umiddelbart tegn på, at reformen har været udgiftsdrivende. Efter reformen har der været omtrent nulvækst i antallet af konsultationer, og omkostningerne pr. konsultation følger den generelle lønudvikling. Endvidere har den patientoplevede kvalitet været stort set uændret i perioden 2009-2013.

Disse erfaringer fra reformen af den svenske praksissektor er indsamlet som en opfølgning på en analyse af markederne for private kiropraktorer og fysioterapeuter, som Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen offentliggjorde i 2013.

Analysen viser, at regulering af den danske praksissektor minder om den, som svenskerne havde før reformen og peger samtidig på, at der kan være samfundsmæssige gevinster forbundet med at lempe restriktionerne for etablering og ejerskab inden for hhv. fysioterapi og kiropraktik.

Læs den fulde artikel på næste side¹ →

Sverige er praksissektorens sundhedstilbud som hovedregel forankret i tværfaglige sundhedscentre (vårdcentraler), hvor der er tilknyttet læge og andet sundhedsfagligt personale, for eksempel sygeplejersker og fysioterapeuter.

Den svenske reform (Vårdval-reformen) har haft til formål at give borgerne valgfrihed mellem sundhedstilbud og bedre tilgængelighed til sundhedscentre.² Samtidig ønskede man at skabe konkurrence inden for praksissektorens regulerede udbud.

Vårdval-reformen blev implementeret i perioden 2007-10 og gav borgerne frit valg af sundhedsudbydere. Alle borgere har således siden 1. januar 2010 frit kunnet vælge, hvilket sundhedscenter, de ønsker at være knyttet til, jf. boks 1.³ Dermed kan sundhedscentrene tiltrække borgerne ved at tilbyde højere kvalitet

Boks 1

Sundhedscentre i Sverige

Sundhedscentrene i Sverige har historisk primært været offentligt drevne, men efter reformen om valgfrihed og fri etableringsret er flere centre drevet privat. Alle sundhedscentre finansieres af regionerne. Den offentlige finansiering blev før reformen fastsat ved en national takst, mens de nyoprettede sundhedscentre i dag finansieres efter regional takst samt brugerbetaling. Taksterne er således de samme inden for hver region, men varierer i størrelse og struktur mellem regionerne. Patienternes egenbetaling pr. konsultation fastsættes decentralt af regionerne og varierer mellem 100 og 250 SEK, dog maksimalt 1100 SEK pr. år.

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

Incentive, Liberalisering af praksissektoren – erfaringer fra Sverige, 2016.

Reformen var først og fremmest rettet mod praktiserende læger, men den omfattede også øvrige behandlere som for eksempel fysioterapeuter.⁴

Vårdval-reformen har medført, at alle frit kan eje og etablere sundhedscentre. Etableringen kan ske, hvis centrene opfylder en række betingelser, som er opstillet af det län (regionen), som sundhedscenteret ligger i (såkaldte akkrediteringsbetingelser).

Når sundhedscentret opfylder regionens betingelser, har

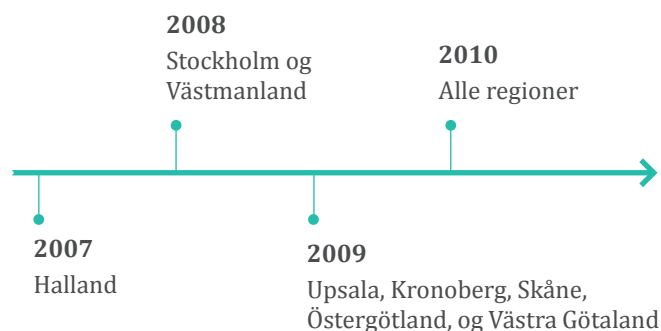
sundhedscenterets patienter desuden ret til offentligt tilskud.⁵

Betingelserne for akkrediteringen har primært fokus på at sikre et minimumsniveau af sundhedsfaglige kompetencer.⁶

Regionerne kunne vælge at gennemføre Vårdval-reformen før 1. januar 2010, som var fristen for implementeringen. Tre regioner valgte allerede i 2007 at gennemføre reformen, mens de sidste havde implementeret de nye regler den 1. januar 2010, jf. figur 1.⁷

Figur 1

Tidslinje for gennemførelsen af Vårdval-reformen i Sverige



Kilde: Incentive, Liberalisering af praksissektoren – erfaringer fra Sverige, 2016.

De svenske erfaringer

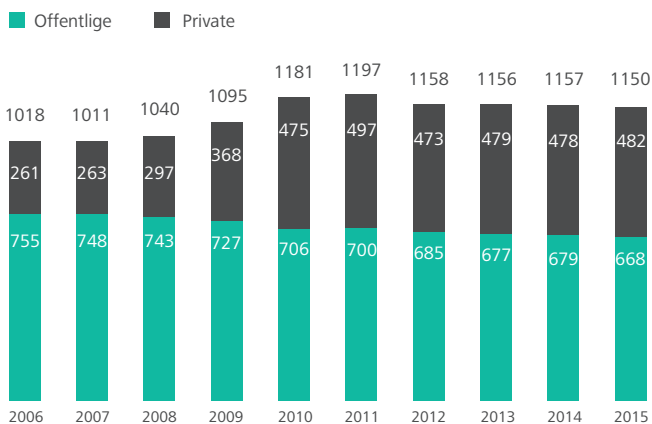
Som opfølgning på Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyse af markederne for private kiropraktorer og fysioterapeuter fra 2013, er der gennemført en indsamling af erfaringer med den svenske reform, bl.a. med hjælp fra Incentive,⁸ jf. boks 2 sidst i artiklen

Analysen af den svenske reform viser, at mange svenskere har fået kortere afstand til sundhedscentrene efter reformen. Konkret steg andelen af svenskere (fra 2009 til 2010), der havde højst fem minutter til det næstnærmeste sundhedscenter med 5,5 procentpoint, mens andelen af svenskere, der havde mere end 30 minutter til næstnærmeste sundhedscenter faldt med 0,5 procentpoint.

Den større tilgængelighed afspejler, at reformen har ført til, at der er kommet flere sundhedscentre. Fra 2007 til 2015 er antallet af sundhedscentre steget med 14 pct., jf. figur 2a. De fleste nye sundhedscentre er åbnet kort tid efter, at reformen trådte i kraft i det pågældende län.

Antallet af sundhedscentre er steget i næsten alle län, men der er stor forskel imellem de enkelte län. jf. figur 2b. Den største stigning i antal sundhedscentre er sket i Skåne, Stockholm og Västra Götaland. Det er de tre befolkningsrigeste län og de er blandt de mest velstående områder i

Figur 2a
Udvikling i antal private og offentlige sundhedscentre

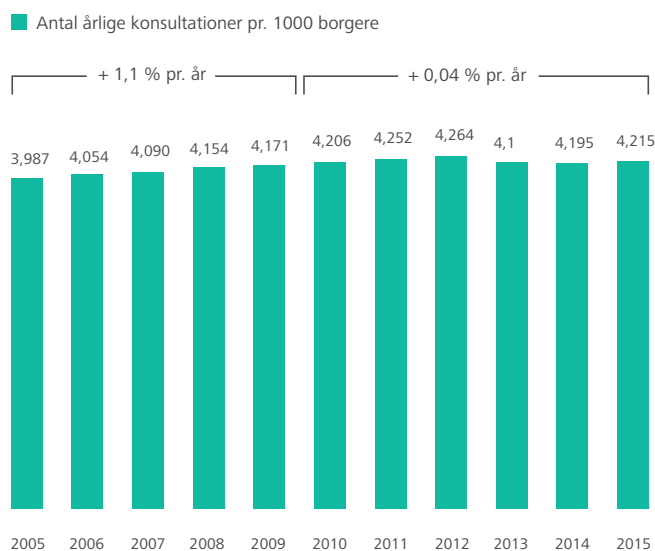


Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling – Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, 2006-2015.*

Sverige. Det er også i disse län, hvor der er arbejdet med elementer af reformen i længst tid.

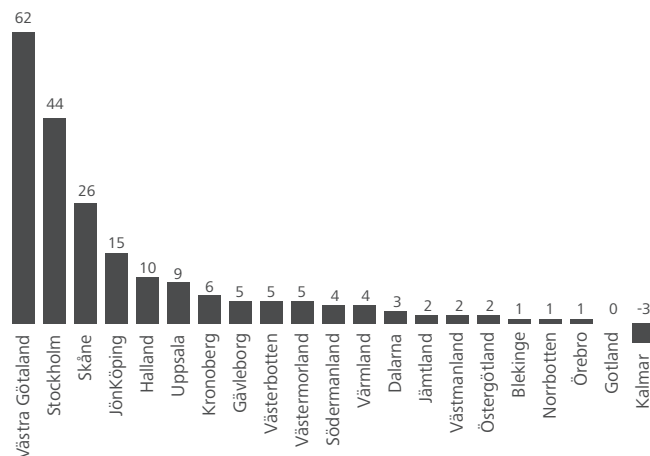
I andre län (fx Blekinge, Norrbotten og Örebro) er der sket en mindre stigning i antallet af sundhedscentre, og i Gotland har der ikke været nogen ændring. Kalmar har – som det eneste län – haft et decideret fald i antallet af sundhedscentre efter reformen. Disse län har alle små befolkningstal.

Figur 3
Antal årlige konsultationer i primærsektoren i Sverige pr. 1000 borgere



Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling – Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, 2005-2015.*

Figur 2b
Udvikling i det samlede antal sundhedscentre i de 21 regioner efter reformen



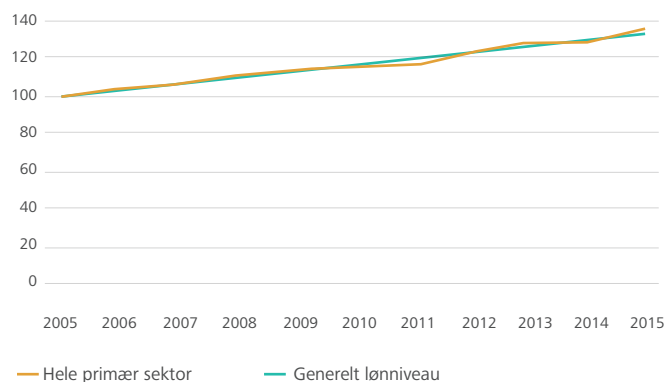
Kilde: Riksrevisionen, *Primærvårdens styrning – efter behov eller efter frågang, 2014.*

Årsagen til, at tilgængeligheden til sundhedscentre også synes at være blevet bedre i tyndtbefolkede områder, kan være, at der fortsat er sundhedscentre, der er offentligt ejet og støttet i disse områder. Stort set alle de nye centre, der er kommet til efter reformen, er drevet af private udbydere. Andelen af private sundhedscentre er steget i 17 af de 21 län, uændret i to län og faldet i to län (Kalmar og Värmland).

Med flere sundhedscentre kunne man forvente, at antallet af konsultationer ville stige på grund af lettere tilgængelighed for patienterne. Det er der ikke umiddelbart tegn på. Antallet af konsultationer steg således med godt 1 pct. om året fra 2005 til 2010, og er derefter bremsset op, jf. figur 3. Endvidere følger udviklingen i omkostningerne pr. konsultation den generelle lønudvikling i Sverige i hele perioden 2005-2010, jf. figur 4. Vilkaere for patienternes egenbetaling for behandling i praksissektoren er ikke påvirket af reformen.

Analysen af de svenske erfaringer finder ikke større ændringer i den patientoplevede kvalitet i årene omkring reformen. Nogle kilder vurderer, at der ikke er sket en ændring, mens andre peger på en mindre forbedring af kvaliteten. Fx viser en undersøgelse foretaget af Sveriges Kommuner og Landsting, at den patientoplevede kvalitet stort set var uændret i perioden 2009-2013.⁹ Det skal samtidig nævnes, at kvaliteten, omkostningerne og antallet af konsultationer selv sagt også påvirkes af andre forhold end reformen i den pågældende periode.

Figur 4
Omkostninger per konsultation i praksissektoren i Sverige.
Indeks 2005=100.



Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting 2005-2015 (omkostninger og antal konsultationer i primærsektoren) 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.

Relevans for Danmark

De svenske erfaringer med reformen af praksissektoren er også relevante for Danmark. Det skal ses i lyset af, at reguleringen i Danmark minder om den svenske før reformen.

I Danmark besluttes det i dag regionalt, hvem der må behandle inden for praksissektoren, ligesom antallet af praksisser, kapaciteten på praksisserne og den geografiske placering af praksisserne er reguleret. Det sker bl.a. via det såkaldte ydernummersystem og praksisplanerne, som fastlægges med udgangspunkt i overenskomster mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RTLN) og de respektive faglige organisationer.¹⁰

Med hjemmel i sundhedsreguleringen fastlægger overenskomsterne også, at det alene er behandlere, der har tiltrådt den faglige overenskomst, der må eje klinikker personligt samt have bestemmende indflydelse i selskaber (ejerskabsbestemmelser). Endelig følger det af sundhedsloven, at patienter i Danmark alene kan få offentligt tilskud til behandlingen, hvis behandleren praktiserer inden for praksissektoren.

De svenske erfaringer peger på, at en lempelse af fx ejerskabsrestriktionerne kan styrke tilgængeligheden til behandling mv i praksissektoren uden at andre overordnede sundhedsmæssige hensyn påvirkes i en utilsigtet retning.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyse af markederne for fysioterapi og kiropraktik fra 2013,¹¹ som er en del af praksissektoren i Danmark, peger desuden på, at den eksisterende danske regulering udelukker effektiv konkurrence mellem behandlere. Regulering af antal behandlere og deres geografiske placering i Danmark gennem ydernummer skaber samtidig risiko for lokale monopoler.

Analysen fra 2013 pegede på, at reguleringen skaber ulige konkurrencevilkår mellem behandlere med og uden ydernummer selv om alle behandlere er autoriseret af Sundhedsstyrelsen. Patienter får således kun tilskud til behandlere med et ydernummer. Det skaber ulige vilkår for behandlere, der ikke har et ydernummer.

Reguleringen af kiropraktorer og fysioterapeuter begrænser behandlernes incitament til at forbedre produktiviteten og deres mulighed for at drive klinikkerne effektivt. Desuden begrænses muligheden for, at de mere produktive og effektive klinikker kan vokse og erstatte de mindre produktive og effektive klinikker. Samlet set hæmmer det produktivitetsvæksten i brancherne og det kan medføre tab for danske forbrugere.

Boks 2.

Hovedkonklusioner fra rapport om liberalisering af praksissektoren i Sverige

I hovedtræk er erfaringerne efter reformen i 2010 følgende:

- Der er kommet flere sundhedscentre i 19 af de 21 svenske regioner.
- Der har været uændret eller kortere rejsetid til sundhedscentre for langt de fleste svenskere, også i tyndest befolkede regioner.
- Der har været tæt på nulvækst i antal konsultationer i praksissektoren.
- Der har været en udvikling i omkostningerne pr. konsultation, som følger den generelle lønudvikling i Sverige.
- Der har ikke været ændret på vilkårene for patienternes egenbetaling.
- Der har ikke været markante ændringer i ventetider eller den oplevede kvalitet.

Kilde: Incentive, *Liberalisering af praksissektoren – erfaringer fra Sverige*, 2016.

Anm: Rapporten er baseret på et litteraturstudie af eksisterende undersøgelser af effekten af Vårdval-reformen suppleret med interviews med Konkurrenceverket, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner og Landsting (SKL) samt Fysioterapeuterna.

-
1. Artiklen er udarbejdet for Konkurrencerådet af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.
 2. Rehnberg C et al. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter, Karolinska institutets folkhälsoakademi rapport, 2010: 12.
 3. European Observatory, Sweden Health System Review, 2012.
 4. Anell, A, Choice and privatization in Swedish primary care, Health Economics, Policy and Law, 2011, 6: 549-569.
 5. Nyetablerede praktiserende læger fungerer under akkrediteringsbetingelserne. Der findes dog stadig læger, som har etableret sig før Vårdals-reformen, og som praktiserer under den tidligere ordning med national takst.
 6. European Observatory, Sweden Health System Review, 2012.
 7. Anell, A, Choice and privatization in Swedish primary care, Health Economics, Policy and Law, 2011, 6: 549-569.
 8. Incentive, Liberalisering af praksissektoren – erfaringer fra Sverige, 2016.
 9. Riksrevisionen, Primærvårdens styrning – efter behov eller efter frågang, 2014, side 39.
 10. www.rtl.n.dk.
 11. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Markederne for private kiropraktorer og fysioterapeuter, 2013.
-

Konkurrencerådet

Konkurrencerådet har det overordnede ansvar for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens administration af konkurrence-loven og regler udstedt i medfør heraf. Konkurrencerådet træffer afgørelser i principielle og større sager. Konkurrencerådet og Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen er uafhængige af erhvervsministeren i alle opgaver i relation til konkurrence-loven.

Konkurrencerådet består af syv medlemmer, herunder en formand og en næstformand. Medlemmerne udpeges af erhvervsministeren på baggrund af deres personlige og faglige kvalifikationer.
