

Ersättningsmodeller i primärvården

Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och
andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Runtom i Sverige pågår omställningen till Nära vård och det är både spännande och viktigt att belysa omställningens alla delar och perspektiv.

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg där personcentring är vägledande. Det innebär att vi behöver ställa om hälso- och sjukvården och omsorgen så att den utgår från personens behov och förmågor, främjar hälsa i större utsträckning, att insatser hålls ihop och planeringen blir enkel för den person som behöver vårdens stöd. För personen innebär rörelsen att bli en aktiv samskapare av sin hälsa och vård, i stället för en passiv mottagare av stöd och insatser.

Primärvården är navet i den nära vården, samtidigt som omställningen är en angelägenhet för hela hälso- och sjukvårds- och omsorgssystemet eftersom den utgår från personens behov och förmågor, snarare än från hur vården organiserat sig historiskt sett. Alla delar i systemet behöver därför engageras och vara delaktiga i omställningen.

En central del i SKR:s arbete med att stödja omställningen till Nära vård är att skapa insikter, öka kunskap och bidra till lärande. Denna rapport är en delredovisning av vårt arbete med att stödja lärandet om principer för ändamålsenliga ersättningssystem. Kunskapen om hur ersättningssystemen påverkar omställningen till Nära vård behöver utvecklas.

SKR har tillsammans med regionerna sammanställt uppgifter om ersättningsprinciper och andra ekonomiska villkor inom vårdval primärvård. Uppgifterna avser förhållanden år 2021.

SKR fortsätter uppdraget att tillsammans med regionerna under 2022 fördjupa analysen om ersättningsmodellernas roll i styrningen och finansiella styrningens effekter på utfall och resultat.

Sveriges Kommuner och Regioner, juni 2022.

Lisbeth Löpare Johansson
Samordnare Nära vård
Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

Ersättningsmodeller i primärvården	1
Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	5
Inledning	6
Omställning nära vård	9
Ersättningsprinciper inom primärvården	11
Översikt nuläge	23
Utvecklingstendenser	26
Förekomst av ersättningsformer 2021	29
Tabellbilagor	44

Sammanfattning

Primärvården är i delar statligt styrd genom lagstiftning om ett gemensamt primärvårdsuppdrag och organisering i vårdvalssystem. Demokrati, kommunalt självstyre samt olika geografiska och demografiska förutsättningar har emellertid påverkat den finansiella styrningen att i delar utvecklas åt olika håll. Flera statliga utredningar har framfört en uppfattning att skillnaderna är omotiverade och utgör hinder för målet om en likvärdig och behovsbaserad vård. Som konsekvens har lämnade betänkanden innehållit förslag på en ökad statlig finansiell styrning av primärvården.

En genomlysning som SKR och regionerna genomfört kan på en övergripande nivå påvisa gemensamma utgångspunkter i den finansiella styrningen av primärvården. När detaljgraden i analysen ökar kan emellertid skillnader i tillämpning av olika principer skilja sig åt mellan regioner, till exempel variationer i hur olika ersättningskomponenter viktas mot varandra eller skillnader i kostnadsansvar.

I många fall finns goda grunder för valet av ersättningsprincip och det finns väl dokumenterat att den valda principen också fått avsedd effekt och bidragit till måluppfyllelse. Här kan nämnas exempel som att ökat inslag av besöksersättning bidragit till ökad produktivitet och förbättrad tillgänglighet, socioekonomisk ersättning bidragit till ett större vårdutbud i socioekonomiskt svaga områden, att glesbygdersättning gett fler etableringar i geografiska områden med lägre befolkningsunderlag och större avstånd till sjukhus samt att resultatbaserad ersättning bidragit till fokus och högre kvalitet på utpekade områden.

I analysen över förändring över tid, noteras en viss grad av harmonisering av regionernas ersättningsmodeller inom primärvården samt utvecklingstendenser som går mot lägre grad av komplexitet och mindre detaljstyrning. Utvecklingen sammanfaller väl mot vad som i utredningar framförts som önskvärd.

Inledning

Stort intresse ägnas att redovisa och förklara skillnader inom svensk hälso- och sjukvård. En del skillnader kan tillskrivas demografiska och socioekonomiska förutsättningar, sjukvårdsresurser i kronor per invånare eller tillgången till läkare och vårdcentraler per tusen invånare. Andra skillnader i resultat och utfall kan tillskrivas regionala variationer i styr- och ersättningsprinciper.

Att kunna härleda skillnader i tillgång på hälso- och sjukvård, kvalitet eller resursutnyttjande till vad som faktiskt orsakade utfallet är emellertid en svår uppgift. Även om det kan föreligga ett statistiskt samband mellan två variabler är det inte säkert att det ändå föreligger ett orsakssamband (kausalitet). En tredje variabel kan spela in som samvarierar med någon av variablerna.

Regionala variationer ifrågasatt


Olika nationella utredningar har i närtid granskat regionernas styrning av hälso- och sjukvård. Kritiken grundas på att man funnit relativt stora skillnader mellan regionerna. Flera utredningar har också bedömt det nödvändigt med en ökad statlig styrning för att säkerställa målsättningen om en jämlik hälso- och sjukvård vilket innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

En sådan åtgärd är förstås ett ingrepp i det lokala självstyret och regionens ansvar att styra och leda över den verksamhet man enligt lag ansvar för. En bättre och mer relevant utgångspunkt är i stället att stödja insatser som ökar kunskapen och främja samverkan mellan regioner i syfte att utbyta motiv för olika ersättningsprinciper och erfarenheter om effekter av finansiell styrning.

Finansiell styrning

Finansiell styrning handlar förstås om att styra med ekonomiska incitament, eller med *pengar* om man vill. Finansiell styrning adresserar olika organisatoriska nivåer som den övergripande resursfördelning mellan verksamhetsområden, utförare och invånare. Fokus i denna rapport är emellertid styrningen riktad till utförare.

Figur 1 Den finansiella styrningens huvudsakliga delar.

Styrning riktad till:	Delar	
 System och struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Resurssättning • Resursfördelning 	<p>Storlek på avsatta resurser för finansiering av till exempel hälso- och sjukvården</p> <p>Fördelning av resurser till exempel till olika nivåer och former av hälso- och sjukvård</p>
 Utförare	<ul style="list-style-type: none"> • Ersättningsmodell • Ersättningsnivå • Kostnadsansvar 	<p>Modell för kompensation till utförare, till exempel kapitering eller prestationsbaserad ersättning</p> <p>Nivån på ersättning för olika delar i ersättningsmodellen, till exempel för olika sorters vårdkontakter</p> <p>Ansvar hos utföraren för kostnader, till exempel medicinsk service</p>
 Invånare	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomiska incitament 	<p>Anpassning av kostnader för invånarna för att verka för önskade beteenden eller sökmönster, till exempel nivå på besöksavgift</p>

Källa: Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård, SOU 2019:42, Digifysiskt vårdval; Lumell Associates-analys

Den finansiella styrningen är en del av den totala styrningen, vilka alla samverkar och påverkar det faktiska utfallet. Om styrningen som helhet fungerar bra kan sällan en dåligt utformad ersättningsmodell stjälpa helt. Analogt så kan en väl genomtänkt och utformad ersättningsmodell troligtvis inte rädda en i övrigt icke-fungerande styrning. (Delbetänkande från Tillitsdelegationen SOU 2017:56)

Den omständigheten att styrningen utgörs av många olika delar är utmanande för den som har ambitionen att förstå och kanske mäta effekter som enbart beror på den finansiella styrningen.

Disposition

Denna rapport, delrapport 1, är en första avrapportering om sjukvårdens ersättningsmodeller. Delrapporten har en deskriptiv ansats, att sammanfatta och beskriva tillämpade ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor som till exempel kostnadsansvar på utförarnivå inom regionernas primärvård.

I första delen av rapporten görs en beskrivning av förekommande ersättningsformer och principer. Den andra delen är en nulägesbeskrivning (2021) av förekommande ersättningsformer och -komponenter i den del av primärvården för vilken regionen är huvudman.

Projektet *ändamålsenliga ersättningsmodeller* fortsätter under 2022 och kommer att lämna ytterligare rapporter. I delrapport 2 görs en motsvarande beskrivning av förekommande ersättningsprinciper inom specialistvården.

Metod för datainsamling

Uppgifterna har inhämtats från respektive region genom en enkätundersökning juli-augusti 2021. En rimlighetsbedömning har gjorts av svaren, men regionerna ansvarar själva för att uppgifterna är korrekt lämnade.

Avgränsning

En avgränsning i uppdraget att beskriva primärvårdens ersättningsprinciper har varit nödvändig då vårdvalssystem inom primärvård inte är ett entydigt begrepp och liktydigt utformat i olika regioner. Den nulägesbeskrivning av ersättningsformer i svensk regiondriven primärvård som sker genom denna rapport avser det vårdvalssystem där allmänläkarverksamhet ingår i vårdvalsuppdraget.

Av denna anledning omfattas inte andra begränsade vårdvalssystem som till exempel enbart avser barnhälsovård, enbart mödrahälsovård eller enbart primärvårdsrehabilitering i undersökningen. Inte heller primärvård som inte omfattas av vårdvalssystem ingår i undersökningen, till exempel mödrahälsovård när den drivs i regionens egen regi.

Omställning nära vård

Utveckling av styrning till stöd för omställningen

Många olika insatser på flera områden sker nu för att stödja omställningen till nära vård. Finansiell styrning och ersättningsmodeller är ett område som antingen kan hindra eller bidra till omställningen. Kunskap om ändamålsenliga ersättningsmodeller kan ge förutsättningar för ekonomisk bärkraft och stödja omställningen nära vård.

Ersättningsmodeller och ekonomiska villkor har egenskaper som påverkar tillgång, kvalitet och resursutnyttjandet i hälso- och sjukvården. En angelägen fråga för ekonomisk bärkraft i omställningen är att ersättningsprinciper styr åt samma håll och samverkar i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Omställningen omfattar såväl den specialiserade vården på sjukhus och mottagningar som vårdval primärvård och den kommunala sjukvården.

Vad är nära vård?

Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.

En god och nära vård:

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Figur 2 En omställning till nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i sättet att arbeta.



Ersättningsprinciper inom primärvården

Gemensamma principer och lokala beslut

En utveckling av nya former av ersättningsprinciper genomfördes samtidigt och som en konsekvens av det fria vårdvalet. I lagen om valfrihetssystem inklusive förarbeten finns bestämmelser och vägledning om hur ersättning och villkor ska utformas i ett sjukvårdssystem med en blandning av offentliga och privata utförare. På en övergripande nivå finns därför stor igenkänning i de ersättningsprinciper och andra ekonomiska villkor som utformats regionalt.

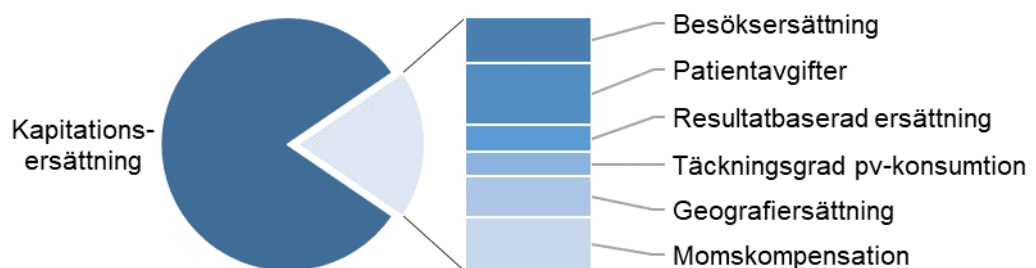
I detaljerna finns emellertid skillnader mellan regionerna. På regional nivå behöver nationella bestämmelser och riktlinjer tolkas och appliceras på en regional kontext. Kommunala självstyret ger möjlighet för regionala beslut i linje regionfullmäktiges mål och inriktning. Även demografiska och geografiska skilda förutsättningar behöver tas i beaktande vid utformning av den regionala styrningen. Sammantaget har detta bidragit till att det över tid utvecklats variationer i primärvårdens ekonomiska styrning.

En gemensam nämnare är att det i alla regioner finns ett vårdvalssystem som inkluderar allmänläkarverksamhet. Men därutöver har regionala skillnader i förutsättningar haft påverkan när regionen planerat och organiserat sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov och att den kan ges nära befolkningen. Uppdragen som omfattas av ett ”vårdvalssystem” har därför utvecklats åt olika håll. I en del regioner är vårdvalsuppdraget brett och spänner över hela primärvårdens olika verksamhetsområden, medan det i andra regioner är smalare, ibland organiserat i flera olika primärvårdsuppdrag eller att delar av primärvårdsuppdraget enbart utförs i regionens egen regi. Sannolikt har vårdvalsuppdragets bredd också fått konsekvenser för hur ersättningsprinciperna utformats.

Översikt av olika ersättningskomponenter och villkor

Samtliga regioner i Sverige tillämpar för vårdval primärvård¹ en kombination av fast och rörlig ersättning. Vanliga delar i ersättningsmodellerna är kapitationsersättning för listade personer, ersättning kopplat till besök eller åtgärd, resultatbaserad ersättning baserad på utvalda indikatorer som återspeglar uppnått resultat, täckningsgrad på primärvårds konsumtion samt ersättning baserad på ett i något avseende ogynnsamt geografiskt läge.

Figur 3 Grunddelar i ersättning för listade individer



Vilka komponenter som inkomponerats i de regionala ersättningsmodellerna och deras inbördes storlek varierar mellan regionerna, vilket vi kommer att visa i denna rapport.

I regel utgår också en särskild ersättning, en momskompensation, enbart till privata utförare. Syftet med ersättningen är neutralisera skattemässiga skillnader mellan regiformer och göra ersättningen konkurrensneutral.

¹ Med vårdval primärvård avses här det ”vårdvalssystem” som inkluderar allmänläkarverksamhet. Inom andra vårdval kan ersättningsmodellerna vara annorlunda utformade.

Kapitationsersättning

Den övervägande delen av ersättningen i primärvården utgår som ersättning baserad på patientens val. Ersättningen är fast för varje listad person (per capita), men varierar med antalet personer som väljer att lista sig på vårdcentralen och kan därför – ur vårdcentralens perspektiv – uppfattas som halvfast.

Ersättningen utgör en grundersättning för uppdraget. Genom att lista sig har personer, oavsett om de är i behov av vård eller ej, i de flesta fall gjort ett aktivt val och ett förstahandsalternativ för framtida kontakter med sjukvården. Med ersättningen följer ett åtagande med ett helhetsansvar för patienten och ansvar, och möjlighet, att organisera verksamheten utifrån patientens behov.

Kapitationsersättningen fyller två syften, dels bidragande till en rättvis och likvärdig fördelning av resurser mellan olika mottagningar som – givet patient-sammansättningen – speglar förväntad resursåtgång, dels utgörande en del i styrningen. En väl avvägd och riskjusterad ersättning kan bidra till att skapa förutsättningar för en jämlik tillgång till primärvård och en behovsbaserad sjukvård där patienter med de största behoven prioriteras.

Styrkor och svagheter

En stor andel fast eller halvfast ersättning ger verksamheten stor flexibilitet och ett stort handlingsutrymme. Fast ersättning skapar incitament för utveckling av områden som kan bidra till ökad kostnadseffektivitet, patientsäkerhet och prevention. Det finns emellertid risker med stor fast ersättning som patientselektering, att i första hand rikta sig till befolkningsgrupper med låg risk för ohälsa, eller friska individer. Avsaknad av besöksersättning skapar incitament för låg produktivitet. Andra aspekter bland annat konkurrensen från andra vårdcentraler och risken att patienten väljer en annan vårdcentral, skapar däremot incitament för god tillgänglighet och patientupplevd kvalitet.

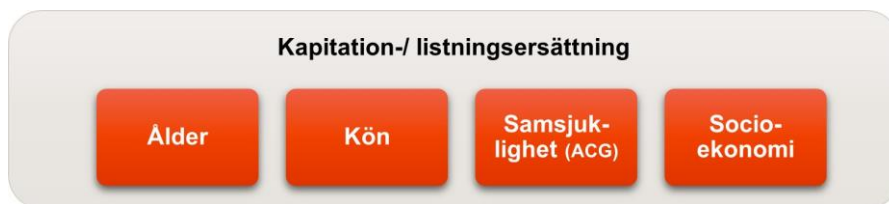
Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none">• Kostnadskontroll för finansären• Frihetsgrader att förändra arbetsformer inom givna resurser	<ul style="list-style-type: none">• Inga direkta incitament till förändring• Risk att vårdgivare undviker patienter med stora vårdbehov• Risk för underproduktion/-vård

Riskjustering av kapitation

I vissa grupper är hälsan god och sjukvårdsbehoven litet och det kan gå flera år mellan en enskild persons kontakter med sjukvården. Inom andra grupper är sjukvårdsbehoven större med många besök inom primärvården varje år. Kapiteringsersättning utbetalas till vårdcentralen för samtliga listade på vårdcentralen och oavsett om en enskild individ har ett sjukvårdsbehov eller inte. Därför finns det ett behov att justera ersättningen, så att en lägre ersättning betalas för listade patienter med små behov och högre för de med stora behov. Kapitationsersättning *riskjusteras* för förväntad ohälsa på gruppnivå.

Riskjustering baseras på individkaraktäristika som speglar risken att drabbas av ohälsa. Olika variabler som kön, ålder, socioekonomiska egenskaper samt samsjuklighet (komorbiditet) används ensamt eller tillsammans för att justera nivån på kapitationsersättningen.

Figur 4 Variabler för riskjustering av kapitationsersättning

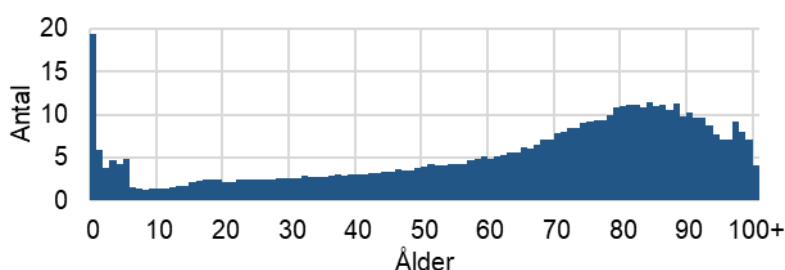


Åtminstone tre variabler används som indikatorer på *förväntad* ohälsa; ålder, kön och socioekonomi. Dessa metoder är alla prediktiva, baserade på antaganden om gruppens genomsnittliga sjukvårdsbehov. En alternativ metod baseras i stället på individers faktiska och samlade sjukdomsbörda och på uppgifter som finns dokumenterade om patienten. Genom ACG-systemet kan ett index för populationens samsjuklighet beräknas.

Riskjustering för ålder

Ålder är en enkel metod för att vikta en population. Ålder baseras på personnummer för de som är listade på vårdcentralen. Viktning baserad på ålder är transparent och robust genom att den inte går att manipulera. Ålder är också en god indikator på en åldersgrupps förväntade sjukvårdsbehov och genomsnittliga resursåtgång. Med ökad ålder ökar sjukvårdsbehoven för de allra flesta och därför ökar också vikten med ökande ålder.

Diagram 1 Antal besök per invånare relativt befolkningsantalet inom motsvarande grupp.



Källa: SKR.

På grund av att ålder är prediktiv för en given population är dess nackdel att den inte tar hänsyn till faktisk sjukdomsbörda. Nyetablerade vårdcentraler kan uppleva en ekonomiskt pressad situation, då de flesta som väljer en ny vårdcentral har ett existerande sjukvårdsbehov. Tidigare etablerade vårdcentraler lever delvis på intäkter från personer som inte är patienter.

Vanligt är att gruppera flera åldrar i grupper och ge gruppen en relativ vikt, men även viktlistor med vikt för varje enskild ålder kan användas.

Vikter baseras på analys över respektive åldersgrupps relativa resursåtgång. Resursåtgång kan beräknas på olika sätt och baseras på till exempel vårdkonsumtion, viktade vårdkontakter, kostnader eller kostnad per patient (KPP).

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none">• Lätt att använda, transparent• Går inte att manipulera	<ul style="list-style-type: none">• Ingen hänsyn till faktiska vårdbehov.

Riskjustering för kön

Kön kan, beroende på vilka andra metoder för riskjustering som används, vara relevant för riskjustering av kapitationsersättning. Tillsammans med ålder tillför kön ytterligare värde för en rättvis resursfördelning, då kvinnors konsumtion av primärvård som regel är högre än mäns.

Diagram 2 Antal besök per invånare relativt befolkningsantalet inom motsvarande grupp, ålder och kön.

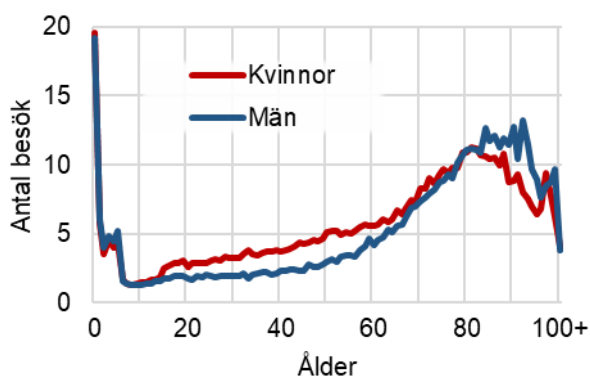
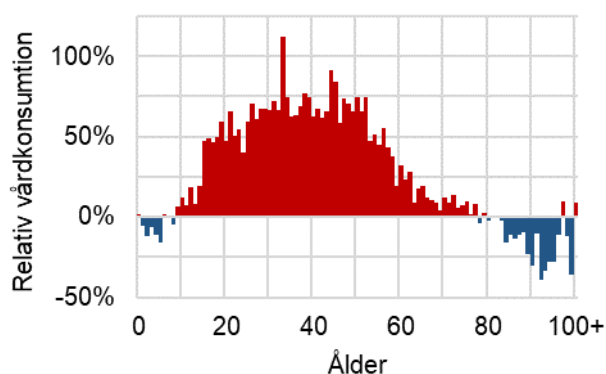


Diagram 3 Kvinnors vårdkonsumtion av primärvård relativt mäns.



Källa: SKR

I exemplet ovan baserat på 1,5 miljoner besök på vårdcentral i en region under ett år var kvinnors konsumtion totalt 27 procent högre än männens. I besöken är mödrahälsovård exkluderad. I hela åldersintervallet 20–60 år är kvinnors vårdkonsumtion av primärvård relativt männens högt, runt 50 procent högre än männens.

Allt annat lika, innebär det att en vårdcentral med övervägande andel kvinnor listade har högre resursförbrukning än vårdcentraler med en jämnare könsfördelning, eller övervägande manliga listade. Riskjustering som tar hänsyn till kön kan därmed bidra till en mer rättvis fördelning av resurser och likvärdiga förutsättningar.

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none">Lätt att använda, transparentGår inte att manipulera	<ul style="list-style-type: none">Ingen hänsyn till faktiska vårdbehov.

Riskjustering för socioekonomiska variabler

Socioekonomiska förhållanden kan användas för att identifiera risk för ohälsa. Högt socioekonomiskt index är indikation på högre förväntad ohälsa bland populationen och som konsekvens därav förväntad ökad vårdtyngd och högre kostnader.

Care Need Index

En metod för att mäta en populations socioekonomiska vikt är Care Need Index (CNI). Metoden baseras på sju socioekonomiska egenskaper.

1. Ålder över 65 år och ensamstående
2. Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
3. Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år
4. Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
5. Person ett år eller äldre som flyttat in i området
6. Lågutbildad 25–64 år
7. Ålder yngre än fem år

Dessa egenskaper och dess inbördes vikt är baserad på en undersökning av läkares uppfattning av faktorer som bidrar till förväntad ohälsa.

Genom en e-tjänst beräknar Statistiska centralbyrån, SCB, vårdcentralens socioekonomiska index, baserat på personuppgifter över vårdcentralens listade individer.

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none">• Lätt att använda, transparent• Går inte att manipulera	<ul style="list-style-type: none">• Ingen hänsyn till faktiska vårdbehov.• Black box, ej transparent• Evidensen osäker om de parametrar som care-need-index grundar sig på (och deras inbördes vikt) är välgrundade objektiva markörer för ohälsa• Svagt stöd för att högre ersättning leder till effekter på utförd vård, tillgänglighet eller patientnöjdhet• Bör kompletteras med ett specifikt uppdrag och följas upp

Riskjustering för samsjuklighet

Att riskjustera för samsjuklighet är den enda metoden som inte baseras på en populations genomsnittliga expektans för ohälsa. Denna metod baseras på vårdcentralens listade individers faktiska hälsa eller ohälsa. Metodiken baseras på diagnosdata som registrerats för patientens vårdkontakter inom hälso- och sjukvården under de senaste 15, 18 eller 24 månaderna. Listade individers diagnoser sorteras och grupperas efter vissa kriterier för att beskriva sjukdomsbilden i avgränsbara grupper (adjusted-clinical-groups, ACG) som ges olika resursvikt.

Patienterna är basen, inte vårdtillfällena. Patienten sorteras enligt ett grupperingsschema, efter ålder och kön respektive följande fem kriterier:

- tillståndets varaktighet
- tillståndets allvarlighetsgrad
- diagnostisk säkerhet vid bedömning
- bakomliggande orsak (etiologi)
- behov av specialiserad vårdnivå

För varje grupp finns en på förhand definierad kostnadsvikt, beräknad utifrån svenska kostnadsdata inom hälso- och sjukvården (kostnad per patient, KPP).

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none">• Användning av ACG för riskjustering ger sannolikt en god korrelation mellan ersättning och resursåtgång, då den inte baseras på genomsnittliga förväntningar på ohälsa och resursåtgång.	<ul style="list-style-type: none">• Black box, ej transparent• Till skillnad från andra metoder för riskjustering finns för ACG-metoden en risk för manipulation. Det är väldokumenterat att verksamheter ökat mottagningens vårdtyngdindex i syfte att öka ersättningsnivån. Detta sker genom registrering av för besöket ovidkommande diagnoser.• ACG förutsätter också löpande förvaltning och utbildning av vårdpersonal för att undvika omedvetna och omotiverade skillnader mellan verksamheter. Diagnosskolor kan behöva genomföras för att uppnå en likvärdig vårddokumentation om vilka diagnoser som bör registreras och hur många.

Besöksersättning

Aktivitetsbaserad ersättning för utförda besök eller vårdkontakter är en vanlig form av ersättning inom hälso- och sjukvården. Inom primärvården utgör den emellertid en marginell andel av total ersättning för listade personer. Desto större betydelse har besöksersättningen för så kallade *otrohetsbesök*, det vill säga när patienten söker vård på en annan vårdcentral än där hen är listad. Besöksersättning för otrohetspatienter är ofta förknippad med motsvarande kostnadsansvar för vårdcentralens listade personers primärvårdskonsumtion på andra mottagningar.

Styrkor och svagheter

Det finns god evidens för att besöksersättning bidrar till en större volym besök, jämfört med en fast ersättning. Detta kan ha positiva effekter som att besök på akutmottagning minskar.² Samtidigt finns det indikationer på besöksersättning inte nödvändigtvis ökar den sammanlagda behandlingstiden för patienten, utan att det har skapats motiv för att dela upp behandling i flera men mindre resursintensiva besök och återbesök.

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none">• Driver besök och produktivitet• Positivt för tillgänglighet och väntetider• Färre remisser• Avlastar akutmottagning	<ul style="list-style-type: none">• Svag kostnadskontroll (utan kompletterande pris-/volymtak)• Risk för överkonsumtion• Risk för uppdelade vårdärenden• Risk för undanträngningseffekter

Geografiersättning

En särskild tilläggsersättning kan utgå om vårdcentralen har ett geografiskt läge vilket innebär särskilda svårigheter som påverkar de ekonomiska förutsättningarna att bedriva verksamhet på just denna plats. Typiskt sätt handlar det om glesbygd med ett mindre befolkningsunderlag.

Ersättning kan också baseras på att vårdcentralen avståndsmässigt ligger långt från sjukhus som påverkar patientens val av vårdinrättning. Vårdcentraler långt från sjukhus får typiskt sett ta hand om många fler och svårare patientärenden än vårdcentraler närmare sjukhus. En extra ersättning för geografiskt läge utgår i något fall också för vårdcentraler belägen på en ö utan fast förbindelse till fastland.

² Brekke KR, Holmås TH, Monstad K, Straume OR. How does the type of remuneration affect physician behavior? *American Journal of Health Economics* 2020; 6(1): 104-138.

Styrkor och svagheter

Liksom alla former av ersättningsprinciper kan en förväntad effekt uppnås om nivån är tillräckligt hög. Erfarenheten från en glesbygdsregion är att det glesbygdstillägg bidraget till att ett stort antal etableringar skett utanför residentsstaden. Nivån på glesbygdstillägget uppgår här till elva procent, betydligt mer än i någon annan region. Ersättningsnivån har här bedömts varit tillräckligt hög för att motivera de merkostnader och intäktsbortfall som en etablering i glesbygd innebär.

Resultatbaserad ersättning

Resultatbaserad ersättning³ syftar till att skapa incitament för att åtgärder vidtas inom ett visst område. Ersättningens nivå kan påverka i vilken omfattning utföraren finner det intressant ur ett ekonomiskt perspektiv att utföra de aktiviteter som krävs för att nå målet.

Resultatbaserad ersättning baseras av nödvändighet på något som går att följa upp och mäta på ett objektivt sätt. För bästa effekt bör resultatet kunna påverkas och uppnås på relativt kort sikt, då incitamenten för att nå mål som ligger långt i framtiden är låga. Det kan också vara svårt att mäta den verkliga effekten av en insats, ofta upplevd av mottagaren av insatsen. Av dessa anledningar kan valet av indikator ofta falla på någon form av antingen processmått eller intermediärt mått, ett mått som kan antas bidra till att nå den eftersökta effekten på individ- eller populationsnivå.

Styrkor och svagheter

Resultatbaserad ersättning har kritiserats för att bidra till en detaljstyrning och lämna mindre utrymme åt professionens bedömning av den för stunden bästa behandlingsåtgärden. Resultatbaserad ersättning sätter förvisso fokus på det område huvudmannen pekat ut som ett utvecklingsområde, men kan samtidigt skapa undanträngningseffekter för andra lika angelägna områden som för tillfället inte är i fokus.

Täckningsgrad på primärvårdskonsumtion

Täckningsgrad på primärvårdskonsumtion används som styrmedel och incitament för vård på primärvårdsnivå i första hand. Täckningsgrad kan därmed räknas in bland de målrelaterade ersättningarna, men i denna redovisning presenteras det som en egen ersättningskomponent.

³ På engelska *Pay For Performance* eller endast förkortat till *P4P*.

Att koppla pengar till detta mått syftar till att skapa incitament och en ekonomisk möjlighet att så långt möjligt utreda och behandla patienter på primärvårdsnivå. Vårdcentraler med högt utfall har lyckats tillgodose patienternas vårdbehov i huvudsak på primärvårdsnivå, företrädesvis på den valda vårdcentralen.

Ett lågt utfall på täckningsgraden indikerar att patienterna i högre grad söker annan vård än den som tillhandahålls på vårdcentralen eller i primärvården. Ett lågt utfall kan indikera att vårdcentralen inte har den tillgänglighet som efterfrågas eller att det finns god tillgång på specialiserad öppenvård i närområdet – eller både och. Ett lågt utfall föranleder en lägre ersättning, eller avdrag, vilket är logiskt och kan motiveras av att det finns ett gap mellan patienternas efterfrågan på vård och vårdcentralens utbud. Oaktat orsaken är konsekvensen att vårdcentralen blir avlastad en del ärenden som handläggs på en högre vårdnivå och får en lägre vårdtyngd och resursåtgång än vad som annars hade varit fallet.

Det förekommer olika definitioner på täckningsgrader, här ovan har beskrivits den vanligast förekommande – antalet vårdkontakter i primärvården som andel av samtliga öppenvårdskontakter, beräknat på vårdcentralens listade population. Andra definitioner kan vara andel besök på patientens valda vårdcentral, andel besök på jour- eller akutmottagning etcetera

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none"> • Driver besök inom primärvård, snarare än minskning inom specialiserad öppenvård 	<ul style="list-style-type: none"> • Svår för verksamheten att påverka – i huvudsak patientstyrd • I praktiken komplicerad att förvalta • Erfarenheter indikerar försämrade samverkan mellan vårdnivåer

Momskompensation

En särskild ersättning som enbart utgår till privata utförare, syftar till att neutralisera skattemässiga skillnader. Då hälso- och sjukvårdsverksamhet är befriad från mervärdesskatt har verksamheter som drivs i privat regi högre kostnader på inköp av varor och tjänster än motsvarande verksamhet i offentlig regi. Ersättningen används för att neutralisera dessa effekter och göra ersättningen konkurrensneutral.

Kostnadsansvar

Utöver ersättningsprinciper och ersättningsnivåer utgör utförarens kostnadsansvar en del i den finansiella styrningen.

Med en stor andel fast ersättning följer i regel ett omfattande kostnadsansvar, antingen baserat på beställda/förskrivna/ remitterade tjänster eller för kostnader som vårdcentralens listade individer ”konsumerar”.

Material och tjänster som kan vara föremål för kostnadsansvar och stora kostnader är förskrivna och uthämtade läkemedel, laboratoriemedicin (analyser), bild- och funktionsmedicin (röntgen), listade individers vårdkonsumtion (besök och digitala vårdkontakter) på andra primärvårdsmottagningar inom eller utanför den egna regionen, sjukvårdsmaterial till exempel efter utskrivning från sjukhus, personliga hjälpmedel (om patienten inte är inskriven i kommunal hemsjukvård).

Styrkor och svagheter

Kritik mot ett allt för omfattande kostnadsansvar förekommer, främst avseende kostnader som inte vårdcentralen själv initierat eller kan påverka.

Kostnadsansvar kan skapa incitament för underbehandling, att patienten till exempel inte får tillgång till den undersökning eller behandling som vore optimal. Å andra sidan tenderar tjänster som kan erhållas utan kostnad, s.k. fria nyttigheter, att överutnyttjas vilket kan leda till flaskhalsar, kapacitetsbrist, väntetider och kostnadsökningar. Beslutet om kostnadsansvar och dess effekter behöver därför övervägas noga.

Inte minst har kostnadsansvaret för digital utomlänsvård hamnat i fokus när volymerna och kostnaderna ökat. Digital vård kan potentiellt avlasta vårdcentralen, men kan vara en tillkommande kostnad om det är patienter som inte annars hade sökt vårdcentral för sina besvär. Motivet för ett kostnadsansvar för digital utomlänsvård är att skapa incitament att utföraren själv ska möta individens upplevda behov av vård. Om digital utomlänsvård i stället är en fri nyttighet kan utföraren potentiellt dra en ekonomisk fördel av denna genom att systematiskt hänvisa patienter till aktörer som tillhandahåller vård online.

Översikt nuläge

I detta kapitel ges en deskriptiv redovisning av förhållanden under 2021, samt hur den finansiella styrningen inom primärvården utvecklats över tid.

På en övergripande nivå är ersättningsprinciper och andra ekonomiska villkor lika eller liknande i alla regioner. Inte desto mindre finns i detaljerna skillnader, bland annat vilken betydelse enskilda ersättningsformer ges eller dess inbördes vikter samt omfattning av kostnadsansvar.

Trots konstaterade skillnader mellan regionerna kan också påvisas en viss grad av harmonisering samt en utveckling mot mindre detaljstyrning. Denna utveckling är positiv mot bakgrund av kritik mot regionala skillnader, att ersättningssystemen är ”spretiga och komplexa” samt förslag mot ökad statlig styrning för att säkerställa enhetliga principer över hela landet.

Uppdragsersättning – översikt

Huvuduppdraget i vårdval primärvård är den som svarar mot *listade personers* behov av öppenvård som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Grundersättningen svarar mot detta huvuduppdrag. Det är i huvudsak denna uppdragsersättning som avses när ersättningsmodellen för primärvård kommer på tal.

Den helt dominerande ersättningsprincipen i uppdragsersättningen för vårdval primärvård utgörs av listningsersättning (kapitation), vilken baseras på antal listade personer. I alla regioner är kapitationsersättningen den enskilt största delen i ersättningen till vårdcentralerna och uppgår i medeltal (oviktat) till 87 procent, med variation mellan 74–100 procent.

Utöver kapitationsersättning utgår annan kompletterande ersättning i varierande grad och baserad på andra principer. I sju regioner får vårdcentralen behålla patientavgiften som betalas direkt av patienten. Här förekommer också att regionen kompenserar vårdcentralen med ett belopp motsvarande patientavgiften om patienten har en avgiftsbefrielse om patienten är under 20 eller över 85 år, eller uppnått gränsen för högkostnadsskydd. I andra regioner där patientavgiften i stället tillfaller huvudmannen, kan denna i stället användas för att finansiera annan ersättning till vårdcentralen.

Fem regioner tillämpar besöksersättning (utöver patientavgift) för patientbesök av vårdcentralens listade personer. I totalt 11 regioner utgår därmed ersättning per besök som görs av listade personer som antingen utgörs av enbart

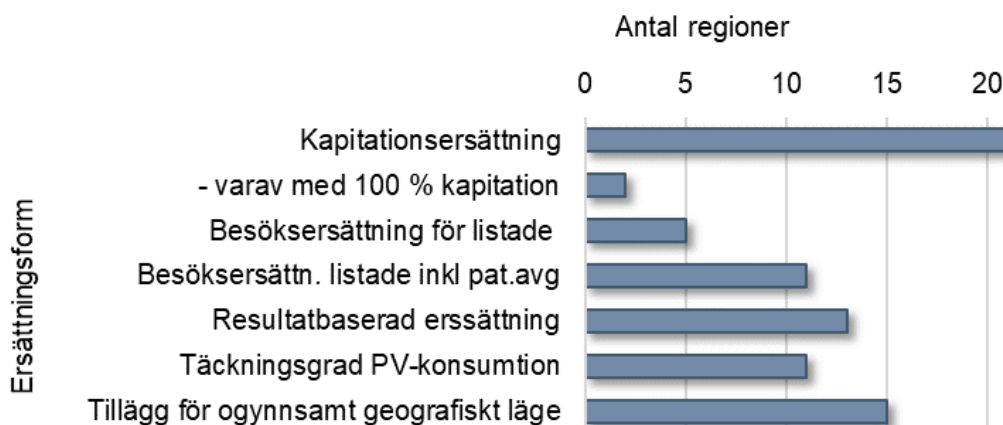
patientavgift, enbart av besöksersättning från regionen eller, i ett fall, både besöksersättning från regionen och patientavgift.

13 regioner använder resultatbaserad ersättning för att skapa fokus och incitament på vissa indikatorer där det finns förbättringspotential.

11 regioner använder måttet *Täckningsgrad på primärvårdskonsumtion* som grund för extra ersättning eller avdrag, beroende på vårdcentralens listade individers vårdkonsumtion. Högre ersättning eller tillägg utgår om de listade har en hög andel av sin öppenvårdskonsumtion på primärvårdsnivå.

15 regioner använder tilläggsersättning för vårdcentraler verksamma i särskilt utmanande geografiska områden som påverkar förutsättningarna att bedriva verksamheten. I regioner som betalar sådan tilläggsersättning utgår sådan med i genomsnitt (oviktat) 3 procent, med variationer mellan 1–11 procent.

Diagram 4 Översikt av olika ersättningsformer i primärvården 2021 (antal regioner)



Ersättning för andra än listade

Utöver huvuduppdraget för *listade personer* har vårdcentralen också ett i lag reglerat ansvar och skyldighet att ge vård på lika villkor för andra personer, som inte är listade där eller för personer bosatta i andra län. Om det finns en ersättningslogik för vårdcentralens listade personer, så är logiken för alla andra personer som får vård på vårdcentralen en helt annan. Personer från samma eller andra län väljer av olika anledningar att ha vårdkontakter också med andra vårdcentraler än den man valt att lista sig vid. För dessa patienter utgår till vårdcentralen som utför vården i stället en rörlig besöksersättning. Denna besöksersättning kan vara antingen enhetlig eller differentierad beroende på;

- yrkeskategori som handlägger vårdärendet⁴
- inomläns- eller utomlänspatient
- kontaktform, fysiskt eller digitalt

I fem regioner är besöksersättningen lika oavsett om det är en inom- eller utomlänspatient. I 16 är den olika.

I 13 regioner är ersättningen per vårdkontakt lika oavsett om det är ett fysiskt läkarbesök eller en digital vårdkontakt med läkare, när det är *inomlänspatienter* listade på annan vårdcentral. I åtta är den olika. Annorlunda är det om det i stället är *utomlänspatienter*. Då är ersättningen lika i bara tre regioner, olika i 17 regioner. I en region erhåller vårdcentralerna ingen ersättning alls för utomlänspatienter.

⁴ Ersättning för andra yrkeskategorier än läkare har inte ingått i denna undersökning.

Utvecklingstendenser

En jämförande analys påvisar över tid en harmonisering av tillämpade principer. De skillnader som förekommer mellan regioner minskar.

Ökad andel kapitationsersättning och förändringar vilka metoder som används för riskjustering och dess inbördes betydelse bidrar till en minskad komplexitet och högre grad av robusthet. Revideringar i riskjustering sker i syfte att skapa förutsättningar för en behovsbaserad vård, säkerställa tillgänglighet för de med störst behov och patienter inte ska uppfattas som olönsamma.

Andra förändringar kan återspegla att principerna för tillitbaserad styrning fått fäste. Minskad andel besöksersättning och minskad användning av mål- och resultatbaserad ersättning är båda indikationer på minskad grad av detaljstyrning. Förväntningarna på att finansiell styrning ska bidra till en bättre vård har successivt tonats ned.

Ytterligare förändringar indikerar en ökad insikt att allokering av resurser till vårdcentralerna inom länet behöver vara rättvis. Att verksamheten ges likvärdiga villkor för sin kontext är en förutsättning för att vården ur patientperspektiv ska uppfattas som jämlik.

Utveckling av kapitering och riskjustering

Andel kapitationsersättning ökar och variationen minskar. Användning av ålder och kön som metodik för riskjustering ökar på bekostnad av index på samsjuklighet bland listade (ACG-systemet). En region har helt upphört att använda ACG. Andra regioner där index på samsjuklighet haft en hög betydelse för riskjustering har kraftigt minskat dess vikt, efter att vårdgivare påkommit med att manipulera vårddokumentation i syfte att höja ersättningsnivån.

Riskjustering för socioekonomiska variationer i populationen används fortsatt i alla regioner, men dess betydelse i viktningen är förhållandevis låg. Dess vikt i kapiteringen är genomsnitt 12 procent är oförändrad jämfört med tidigare, men variationen mellan regionerna har minskat.

Tabell 1 Fast ersättning per listad (kapitationsersättning)

Kapitation	2012	2016	2019	2021
Andel av total ersättning (medel, %)	..	84 %	83 %	87 %
Andel av total ersättning (min-max, %)	40-100 %	60-100 %	59-96 %	74-100 %

Tabell 2 Riskjustering av kapitationsersättning (antal regioner)

Riskjusteringsprincip	2012	2016	2019	2021
Ålder bland listade	13	18	18	20
Kön bland listade	..	3	4	5
Socioekonomi bland listade	16	21	21	21
Samsjuklighet bland listade	8	13	14	13

Tabell 3 Riskjustering av kapitationsersättning, andel av kapitation (medel, %)

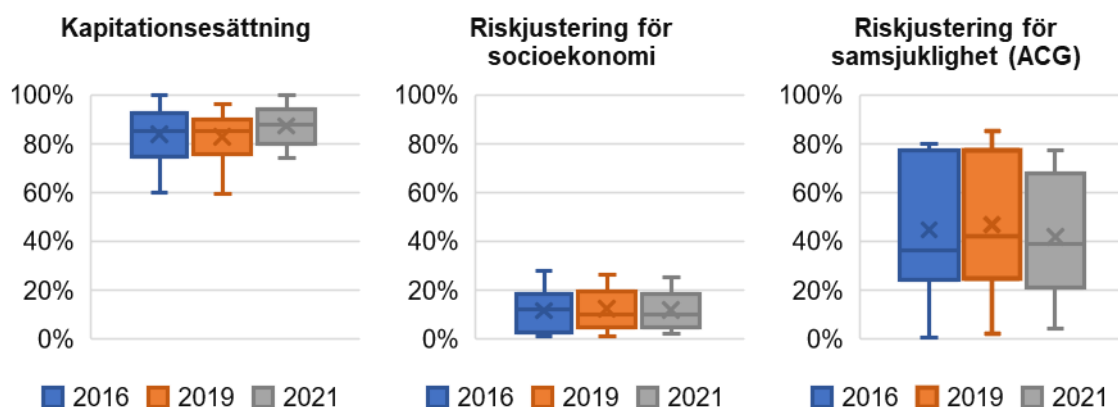
Riskjusteringsprincip	2012	2016	2019	2021
- ålder & kön bland listade	56 %
- socioekonomi bland listade	..	11 %	12 %	12 %
- samsjuklighet bland listade (ACG)	..	45 %	47 %	42 %

Tabell 4 Riskjustering av kapitationsersättning, andel av kapitation (min-max, %)

Riskjusteringsprincip	2012	2016	2019	2021
- ålder & kön bland listade	4-95 %
- socioekonomi bland listade	..	1-28 %	1-26 %	2-25 %
- sjuklighet bland listade (ACG)	..	0-80 %	2-85 %	4-77 %

Källa: Glenngård (2012) och SKR

Diagram 5 Spridning i kvartiler på andel kapitationsersättning respektive riskjustering för socioekonomi och samsjuklighet, 2021



Utveckling av andra ersättningsformer

Endast fem regioner betalar ersättning per besök som görs av listade patienter, som del av ersättningen till vårdcentral. Om man också räknar med patientavgiften så uppgår antalet regioner med besöksersättning till 11 stycken. Av intresse för utvecklingen är att den andel som besöksersättningen utgör totalt minskat (Region Stockholm). Besöksersättning kan uppfattas som detaljstyrande och i högre grad påverka handlingsutrymme och arbetsmiljö negativt.

Även användning och betydelsen av resultatbaserad ersättning inklusive täckningsgrad för primärvårdskonsumtion har minskat över tid och bidrar till en samlad bild av minskad detaljstyrning och större handlingsutrymme.

Tabell 5 Målbaserad ersättning 2012–2021.

	2012	2016	2019	2021
Antal regioner	20	18	14	13
Antal mål (medel)	..	7	6	4
Antal mål (min-max)	1-40	1-34	1-11	1-9
Andel av total ersättning (medel, %)	..	2,1 %	2,1 %	2,1 %
Andel av total ersättning (min-max, %)	..	0,5-5,0 %	0,8-5,0 %	0,5-5,0 %

Tabell 6 Täckningsgrad primärvårdskonsumtion 2012–2021.

Justering för täckningsgrad	2012	2016	2019	2021
Antal regioner	..	14	13	11

Tabell 7 Geografiskt läge 2012–2021.

Geografitillägg	2012	2016	2019	2021
Antal regioner	..	12	14	15
Andel av total ersättning (medel, %)	3 %
Andel av total ersättning (min-max, %)	1-11 %

Källa: Glenngård (2012) och SKR

Förekomst av ersättningsformer 2021

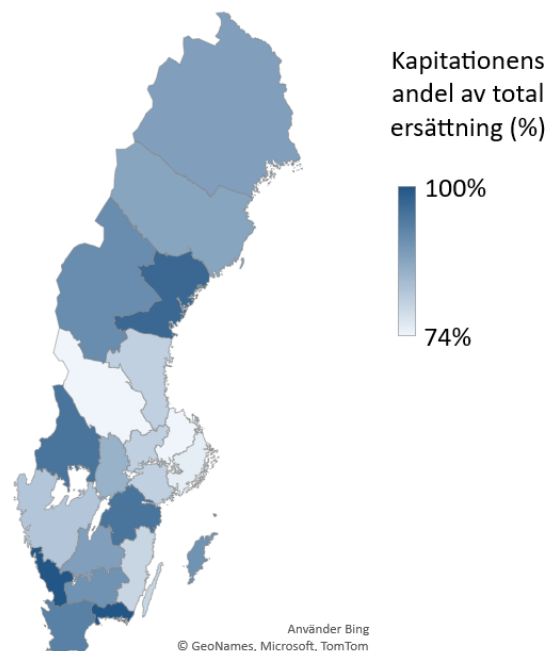
Kapitationsersättning

Kapitationsersättningen redovisas som dess relativa andel av total ersättning till vårdcentraler. Hur stor kapitationsersättning är i kronor har inte ingått i undersökningen. En jämförelse i kronor är svår att göra då både ersättningsmodellerna, uppdragen samt kostnadsansvar skiljer åt mellan regionerna.

Kapitationsersättning utgör den absolut största delen av ersättningen och har om möjligt ökat i betydelse relativt andra komponenter. Dess ökning kan sannolikt härledas till kritiken mot en allt för överdriven ekonomistyrning under benämningen *New public management*. Kapitationsersättningen uppfattas mindre detaljstyrande än andra ersättningsformer och ger typiskt sett större handlingsutrymme.

Kapitationsersättningens andel av total ersättning varierar mellan 74–100 procent, med ett oviktat medeltal på 87 procent. I Halland och Blekinge så utgör kapitationsersättningen 100 procent. Ersättningsformen har över tid ökat i betydelse, som andel av total ersättning, främst på grund av att Region Stockholm i flera steg har minskat betydelsen av besöksrelaterade ersättningar till förmån för kapitationsersättning som ökat från 40 procent 2012 till 75 procent 2021.

Diagram 6 Kapitationsersättning i primärvården, andel av total ersättning (procent)



Fakta om kapitationsersättning

Antal regioner	21 st
Medel (%)	87 %
Min-max (%)	74-100 %
Trend	↗

Riskjustering för ålder

Ålder är den allra vanligaste metoden att riskjustera ersättningen. Några regioner upphörde med ålder (och kön) som metod för riskjustering för att i stället använda index för samsjuklighet. Till 2021 har antalet regioner som använder ålder åter ökat, från 18 till 20 stycken. Endast Region Kalmar använder inte vare sig ålder eller kön som variabel för riskjustering.

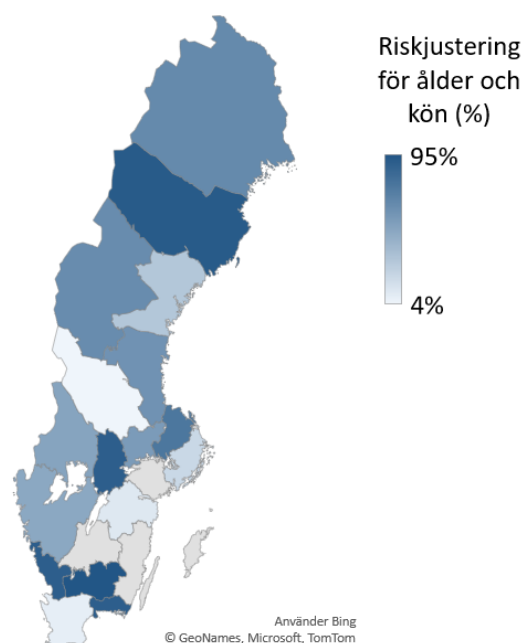
Riskjustering baserad på ålder (och kön) sker i olika utsträckning, naturligtvis kopplat till vilka andra metoder som används. Spridningen är stor vilken betydelse man tilldelar ålder (och kön) och varierar mellan 4 och 95 procent.

Riskjustering görs genom viktlistor, där varje ålder eller åldersgrupp ges en vikt baserad på sannolikheten för ohälsa och förväntad resursåtgång i genomsnitt. Viktlistor kan omfatta varje enskild ålder eller grupperas i större eller mindre grupper. Det finns en tendens att indelning sker i allt fler åldersgrupper, eller ålder i stället för åldersgrupp. Kronoberg gick 2021 från 5 till 86 åldersgrupper. Skåne, Västra Götaland och Värmland viktat samtliga både på enskild ålder och kön och viktlistan omfattar därmed 200 grupper.

Ett större antal åldersgrupper, eller indelning i ett-årsklasser, bidrar till sannolikt till en mer rättvis resursallokering mellan vårdcentralerna.

Bortfall av värden från 3 regioner av 20 som rapporterat att man använder ålder som riskjustering; Region Sörmland, Region Jönköpings län och Region Gotland.

Diagram 7 Riskjustering för ålder (och kön), som andel av total kapitationsersättning (procent)



Fakta om ålder (för riskjustering)

Antal regioner	20 st
Medel (%)	56 %
Min-max (%)	4-95 %
Trend	↗
Åldersgrupper	
Median (antal)	6 st
Min-max (antal)	2-101 st

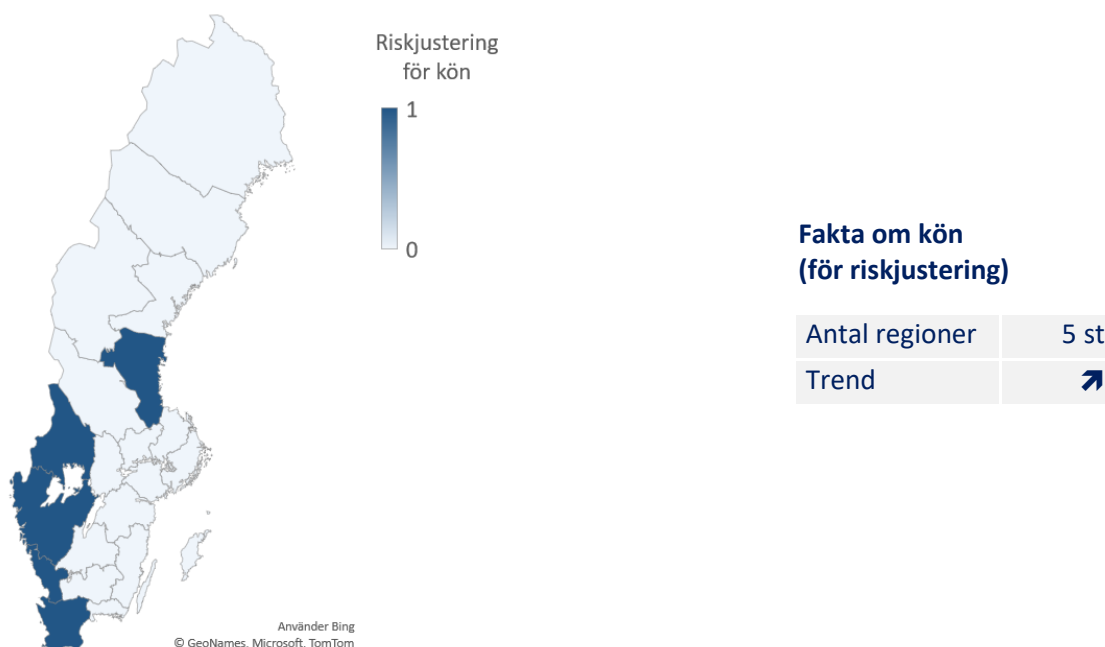
Riskjustering för kön

Kön som bas för riskjustering av kapitationsersättning används av fem regioner. Om riskjustering inte görs för samsjuklighet (ACG) där ålder och kön ingår i viktning, kan kön vara relevant som variabel för riskjustering då kvinnors vårdkonsumtion är högre än mäns. I en studerad exempelregion överstiger kvinnors primärvårdsbesök⁵ männens med 27 procent.

Viktning (viktlista) sker aldrig enbart för kön, utan alltid tillsammans med ålder. Viktning för kön innebär att antalet viktgrupper dubblas jämfört med enbart ålder. I regioner med en vikt på ålder, till exempel Västra Götalandsregionens 101 viktgrupper för ålder, innebär 202 viktgrupper när kön adderas.

Trenden att riskjustera för kön är ökande. 2016 använde 3 regioner kön för riskjustering, 2021 5 regioner.

Diagram 8 Regioner som riskjusterar kapitationsersättning med kön, 2021.



⁵ Fysiska besök i primärvård exklusive mödrahälsovård

Riskjustering för socioekonomiska egenskaper

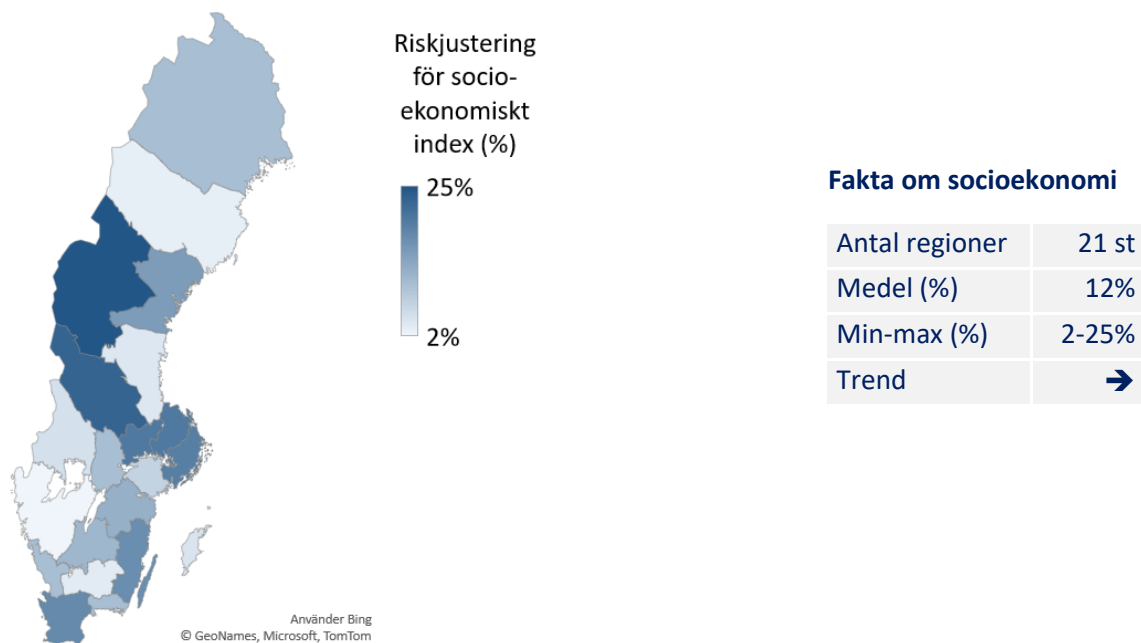
Riskjustering baserat på vårdcentralens listade populations socioekonomiska sammansättning förekommer fortsatt i samtliga regioner.

En relativt liten andel av kapitationsersättningen viktas baserat på populationens socioekonomiska utsatthet. I genomsnitt för alla regioner riskjusteras kapitationsersättningen med 12 procent grundat på socioekonomiskt index.

Trenden är att tillämpning av socioekonomiskt index är stabilt oförändrad.

Att socioekonomiskt index står för en mindre del i riskjusteringen kan eventuellt spegla en osäkerhet hur en högre ersättning används i verksamheten eller vilka effekter som uppnås i populationer med en större socioekonomisk utsatthet.

Diagram 9 Andel av kapitationsersättning som riskjusteras för socioekonomiska utsatthet, år 2021 (procent).

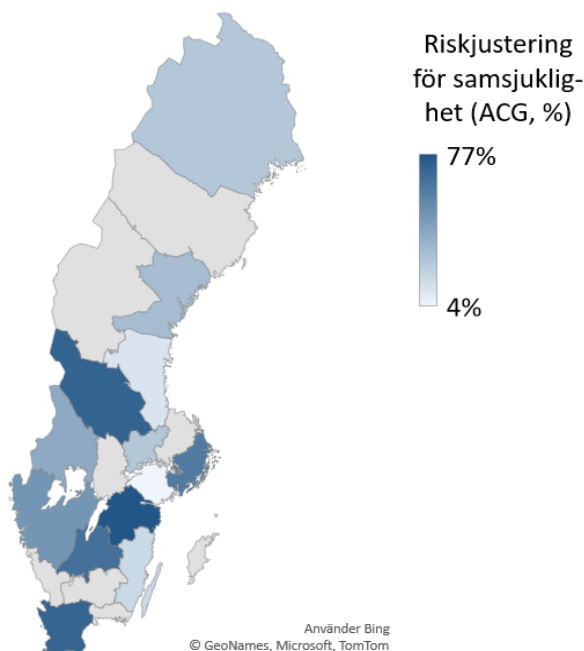


Riskjustering för samsjuklighet

Tillämpning och intresse för riskjustering för samsjuklighet (komorbiditet) varierar mellan regioner och är frekvent också föremål för politiska beslut; införande, avveckling eller förändring vilken vikt den ges vid beräkning av kapitationsersättning. Medan Region Stockholm som relativt nyligen infört ACG 2021 viktade upp ACG's betydelse för riskjusteringen till 60 %, har Region Jönköpings län viktat ner från 85 till 65 procent och Region Skåne från 80 till 70 %. Region Kronoberg avvecklade till 2021 ACG helt och hållet från tidigare 85 %.

År 2021 använde 13 regioner ACG-index som mått på listade personers samsjuklighet. Mot bakgrund av att det i flera fall av granskning framkommit överkodning för ekonomisk vinning, har en viss försiktighet infunnit sig. Trenden avseende användande bedöms därför nedåtgående.

Diagram 10 Andel av kapitationsersättning som riskusteras för samsjuklighet (komorbiditet, ACG-systemet) 2021 (procent).



Fakta om samsjuklighet (ACG)

Antal regioner	13 st
Medel (%)	42 %
Min-max (%)	4-77 %
Trend	↘
Diagnoser	
Primärvård	2 st
Öppenvård	1 st
Öppen- och slutenvård	9 st
bortfall	1 st
Månader	
15 månader	2 st
18 månader	9 st
24 månader	1 st
bortfall	1 st

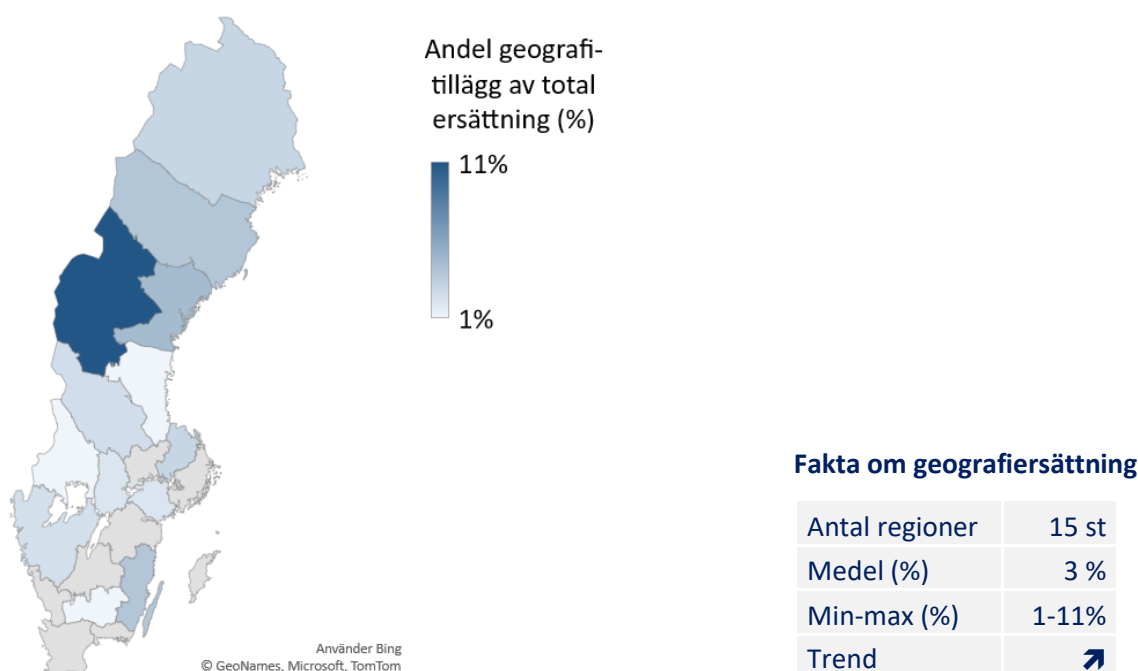
Geografiersättning

15 regioner använder sig av en tilläggsersättning när vårdcentralen har ett ur ekonomiskt perspektiv ogynnsamt geografiskt eller demografiskt läge. Tendensen är att fler regioner tillämpar geografiersättning för att möjliggöra etablering och skapa tillgänglighet där det annars skulle saknas ekonomiska förutsättningar eller utbud.

I de regioner som betalar extra för geografiskt läge utgör denna andel mellan 1 och 11 procent, av regionens totala ersättning till vårdcentraler.

I glesbygdsregionen Jämtland-Härjedalen är ersättningen hög. Detta har fått en avsedd och positiv effekt på tillgängligheten genom att nyetableringar framför allt skett utanför residensstaden.

Diagram 11 Ersättning för ogynnsamt geografiskt läge i primärvården 2021, andel av total ersättning (procent)



Bortfall av värden från två regioner av 15 som rapporterat att man har ersättning för geografiskt läge; Region Östergötland och Region Västmanland.

Täckningsgrad på primärvårdskonsumtion

Elva regioner använder indikatorn *Täckningsgrad på primärvårdskonsumtion* som grund för justering av ersättning och incitament att vårdcentralen ska vara befolkningens förstahandsval vid ohälsa.

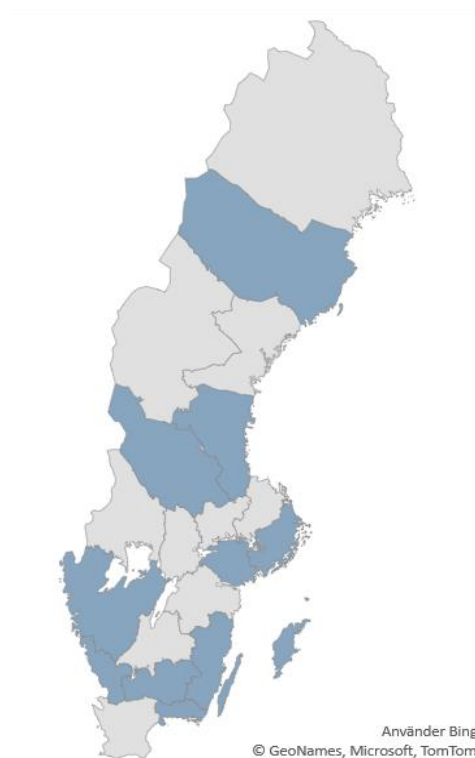
Olika definitioner på täckningsgrader förekommer, men den definition som flest (6) regioner använder⁶ är andel vårdkontakter i primärvård som andel av samtliga öppenvårdskontakter. 5 regioner använder andra definitioner på täckningsgrad på vårdkonsumtion.

Intresset för ersättningsformen är avtagande, då den kan uppfattas svår att förändra och mest påverkas av patientens valmöjligheter och närheten till annan vård. Samtidigt kan den tillföra ett rättviseperspektiv, då täckningsgraden speglar primärvårdsuppdragets omfattning.

Olika kontaktformer kan ha olika vikt vid beräkning av indikatorn. 5 regioner använder differentierad viktning av vårdkontakter vid beräkningen. I en sådan viktning väger läkarbesök högre än andra yrkeskategorier, och hembesök högre än mottagningsbesök som i sin tur väger högre än distanskontakter.

Tillägg eller avdrag utgår från ett definierat mål- eller i förhållande till genomsnittet för samtliga vårdcentraler i regionen, olika definierat i regionerna.

Diagram 12 Regioner som justerar ersättning baserat på täckningsgrad för primärvårdskonsumtion 2021



Fakta om täckningsgrad

Antal regioner	11 st
Differentierade vikter	5 st
Trend	↘

⁶ I tabell 3 anges denna under rubriken ”normal definition”

Resultatbaserad ersättning

Intresset för mål- eller resultatbaserad ersättning (pay-for-performance, P4P) var stort och ökade snabbt efter vårdvalets införande. Det fanns stora förhoppningar till att ekonomiska incitament skulle kunna bidra till kvalitetsförbättringar. Efter kritik mot en allt för detaljerad styrning och en uppfattad bristande tilltro för professionens handläggning, har förekomsten av resultatbaserad ersättning successivt minskat från 18 regioner 2016, 14 regioner år 2019 till 13 regioner år 2021.

Antalet mål som utgör grund för resultatbaserad ersättning har också successivt minskat i antal, medan den relativa nivån på den målrelaterade ersättningen som andel av total ersättning ligger oförändrad.

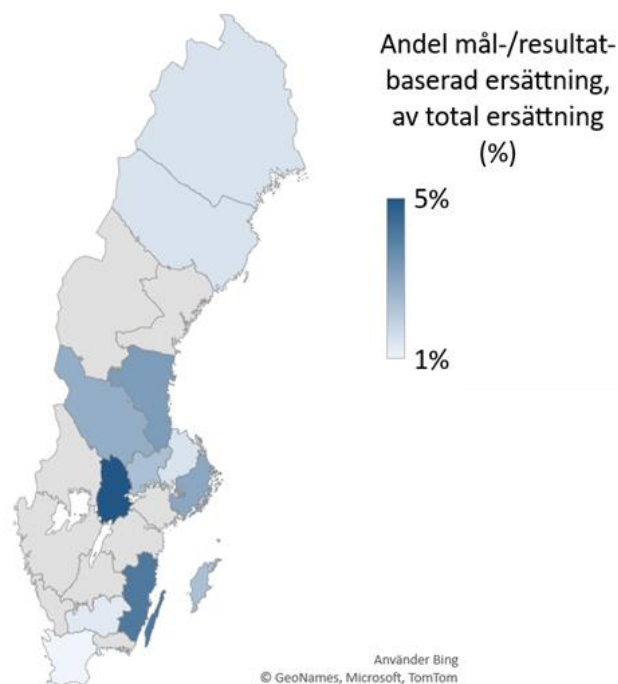
Det största antalet indikatorer som används i en enskild region har minskat från 34 år 2016 till nio stycken år 2021. Medeltalet (oviktat) har minskat från sju till fyra stycken indikatorer 2021.

Den högsta andelen resultatbaserad ersättning om fem procent finns i Region Örebro. Medeltalet (oviktat) i de 13 regioner som 2021 använde resultatbaserad ersättning är 2 procent.

Fakta om resultatbaserad ersättning

Regioner	13 st
Medel	2%
Min-max	0,5-5,0%
Trend	↘

Diagram 13 Målrelaterad ersättning i primärvård, andel av total ersättning (procent)



Bortfall på värden från Region Blekinge som rapporterat att man tillämpar resultatbaserad ersättning.

Besöksersättning

Besöksersättning förekommer i form av patientavgifter, besöksersättning för listade patienter (uppdragsersättning) respektive besöksersättning för andra som inte är listade. Som tidigare nämnts följer ersättning för listade och andra helt olika logiker och ersättningsnivåer, vilket kan bidra till att vård inte ges på lika villkor och efter behov.

Patientavgifter

Patientavgifter är en del i den finansiella styrningen, dels som medel för att styra patienten i vården, dels som delfinansiering av hälso- och sjukvården. Det skiljer sig emellertid åt mellan regionerna om patientavgifterna utgör en direkt finansiering av vårdcentralernas verksamhet, eller inte.

I sju regioner tillföll patientavgiften år 2021 vårdcentralen och utgjorde därmed en *direkt* del av vårdcentralens finansiering. Det är då också vanligt att regionen tillskjuter medel om/när patienten omfattas av någon form av avgiftsfrihet som till exempel frikort eller barn under 20 år. I sex av dessa sju regioner utgör patientavgiften den enda besöksersättningen som vårdcentralen erhåller.

I övriga 14 regioner antingen avräknas patientavgifterna annan ersättning från regionen eller tillfaller regionen direkt genom tillämpning av central fakturering från regionen för patientens samtliga vårdkontakter. Patientavgiften kan *indirekt* finansiera vårdcentralernas verksamhet och utbetalas från regionen i form av till exempel en högre kapiteringsersättning.

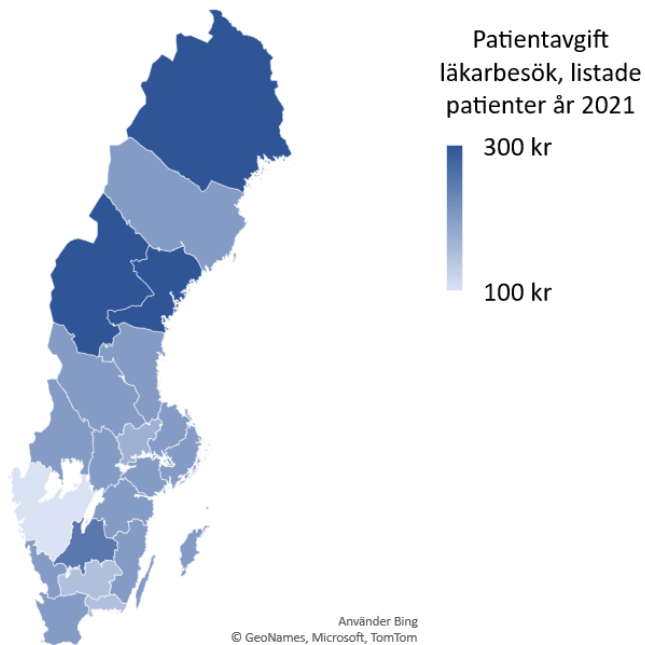
Tio regioner uppfattar att man själv tillämpar en enhetlig avgiftstaxa, vilket bör uppfattas som att avgiften är densamma oavsett vilken yrkeskategori patienten träffar på vårdcentralen, alternativt att avgiften är densamma oavsett om det är ett fysiskt besök eller vård online.

Efter att tagit del av regionernas olika patientavgifter i primärvården år 2021 kan konstateras att;

- 14 regioner hade samma patientavgift oavsett yrkeskategori
- 14 regioner hade samma patientavgift oavsett om det är ett fysiskt läkarbesök eller en läkarkontakt online. I de sju regioner där avgifterna skiljer sig, är det i samtliga fall en lägre avgift för vård online.
- 16 regioner hade samma patientavgift hos andra yrkeskategorier än läkare, oavsett om det är fysiska besök eller vård online.

Patientavgifterna varierade år 2021 mellan 100 och 300 kronor för ett läkarbesök på vårdcentral. I Västra Götaland är patientavgiften differentierad och utgör de facto en del i styrningen av patienten. Med en lägre avgift (100 kronor) ges patienten incitament att besöka sin valda vårdcentral, i stället för en mottagning där patienten inte är listad (300 kronor). I 17 regioner låg patientavgiften på nivån 200 till 300 kronor.

Diagram 14 Patientavgift för läkarbesök på patientens valda vårdcentral 2021 (listad patient, kronor)



Besöksersättning för listade

Besöksersättning utgör alltså en relativt liten del av vårdcentralens uppdragsersättning och i många fall endast bestående av patientavgiften. Endast fem regioner har en ersättning för listade patienters läkarbesök, som går utöver patientavgiften (Diagram 15). Om patientavgiften räknas in i besöksersättningen så är det ytterligare sex regioner, eller totalt 11 regioner, som tillämpar besöksersättning för listade personers läkarbesök på vårdcentral. Besöksersättning varierar mellan 100 – 310 kronor per läkarbesök, inklusive eventuell patientavgift (Diagram 16). I tio regioner utgår varken patientavgift eller besöksersättning till vårdcentralen.

I 20 av 21 regioner är ersättning för vårdkontakt densamma, oavsett om det är ett fysiskt läkarbesök eller en digital läkarkontakt⁷ med vårdcentralens listade patienter, alternativt att det inte utgår någon ersättning alls för vårdkontakter varken för besök eller digital vårdkontakt med en listad patient. Undantaget är Region Sörmland som trots att det inte utgår någon ersättning för ett fysiskt besök, ersätter en digital vårdkontakt med 200 kronor, år 2021.

Diagram 15 Besöksersättning för läkarkontakt, listade patienter (exklusive patientavgifter)

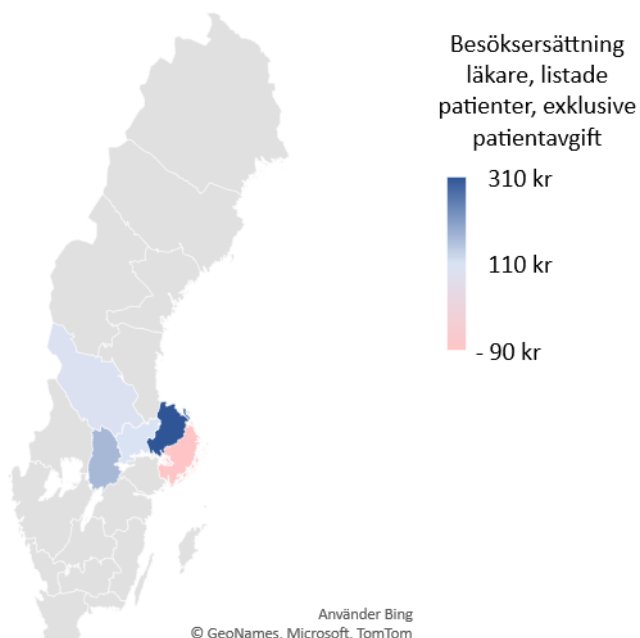
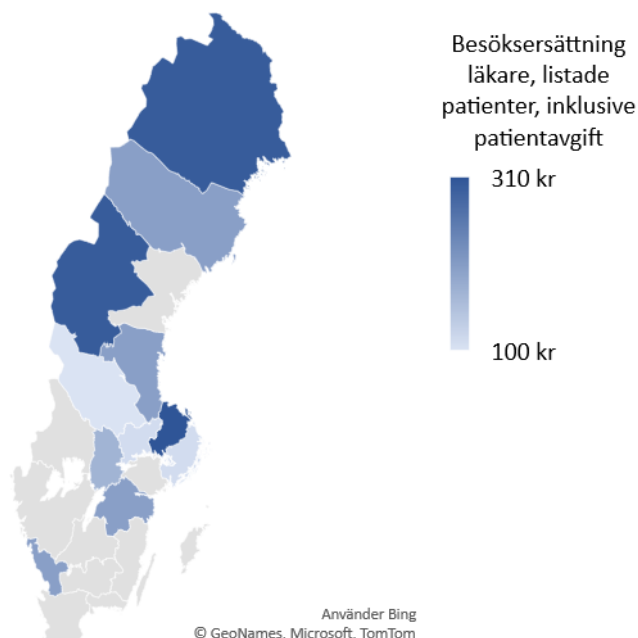


Diagram 16 Besöksersättning för läkarkontakt, listade patienter (inklusive patientavgifter)



⁷ Distanskontakt, vård online via video eller chatt.

Besöksersättning för andra än listade

I kategorin patienter som inte är listade kan urskiljas i huvudsak tre typer, sådana som inte är listade någonstans (olistade), sådana som är listade på en annan vårdcentral inom länet (inomlänspatient) samt personer folkbokförda i annat län (utomlänspatienter).

Skillnader mellan inom- och utomlänspatienter

Hälso- och sjukvårdslagen är tydlig med att vård ska ges åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. Trots likabehandlingsbestämmelsen finns relativt stora skillnader i vårdersättning inom regionerna just avseende på var patienten är folkbokförd. Differentierade ersättningar beroende på folkbokföring kan ge upphov till snedvridande effekter med avseende på tillgång till vård.

Besöksersättning

Fyra regioner, Regionerna Uppsala, Jönköpings län, Skåne och Västra Götaland, tillämpar likabehandlingsprincipen och ersätter vårdcentralen med samma ersättningsnivå för fysiska läkarbesök, oavsett det är en inom- eller utomlänspatient. I Region Västernorrland fick vårdcentralen ingen ersättning alls för besök, för varken inom- eller utomlänspatienter.⁸ Övriga 16 regioner hade differentierad ersättning där ersättningen för utomlänspatienter är tre till fyra gånger högre än för motsvarande inomlänspatient. I dessa 16 regioner används utomlänsprislistan som grund för besöksersättningen till vårdcentraler för utomlänspatienter, i stället för vårdvalets interna prislista för personer listade på annan vårdcentral.

Ersättning för digital vård

Fem regioner, regionerna Uppsala, Kronoberg, Skåne, Västra Götaland och Värmland tillämpar likabehandling för digitala vårdkontakter. Ersättningsnivån var densamma oavsett om vårdkontakten avsåg en inom- eller utomlänspatient. Varken Gävleborg eller Västernorrland ersatte vårdcentraler för digital vård, varken för inom- eller utomlänspatienter. Övriga 14 regioner tillämpade en differentierad ersättning. Skillnaderna är relativt små. Ersättningen i några regioner är högre ersättning för utomlänspatienter jämfört med

⁸ I Västernorrland är ersättning för både fysiska besök och vård online helt borttagen från år 2020. Först beslutades att ta bort besöksersättningen som ett sätt att möta de konsekvenser pandemin hade på primärvården, därefter beslutades att den skulle tas bort även framgent. Medel för besöksersättningen fördelades i stället till den fasta kapitationsersättningen.

inomlänspatienter. I andra regioner tvärt om, högre ersättning för inomlänspatienter, Se vidare tabellbilaga, tabell 13.

Skillnader mellan besök och digitala vårdkontakter

Det kan också vara önskvärt att ersättningen är neutral i förhållande till arbetssätt, att ersättningen ska vara lika oavsett vilken yrkeskategori eller om patienten erbjuds ett fysiskt besök eller vård ”online”. Skillnader mellan yrkeskategorier har inte studerats vid detta tillfälle, däremot skillnader i ersättning beroende på kontaktform. Men det är egentligen inte ersättningsnivån i sig som är intressant och styr utvecklingen av vårdutbud, utan vinsten (nettointäkten)⁹ för vårdkontakten. Är vinsten större för fysiska besök kommer dessa att föredras av vårdcentralen på bekostnad av ett digitalt vårdutbud och vice versa.

Inomlänspatienter

Tolv regioner tillämpade 2021 en ersättningsnivå för inomlänspatienter där kontaktformen saknade betydelse. Vårdcentralen fick samma ersättning oavsett om vården ges fysiskt eller ”online”. I Västernorrland utgick ingen ersättning alls för inomlänspatienter. I övriga åtta regioner var besöksersättningen högre än för digitala vårdkontakter.

Utomlänspatienter

Endast tre regioner tillämpar på samma sätt en enhetlig ersättning för utomlänspatienter. Regionerna styr i dessa fall med interna prislistor för vårdvalet i stället för att koppla vårdcentralens ersättning till utomlänsprislistan. I regionerna Uppsala, Skåne och Västra Götaland var ersättningen lika för utomlänspatienters läkarkontakter oavsett om vården ges fysiskt eller ”online”. I Västernorrland utgick ingen ersättning alls för utomlänspatienters läkarkontakter, varken fysiska för besök och vård online.

Övriga 17 regioner tillämpades en differentierad ersättning där ersättningsnivån för utomlänspatienters läkarbesök var betydligt högre än för läkares digitala vårdkontakter. Ersättningsnivån för utomlänspatienter var år 2021 tre till fyra gånger högre för fysiskt läkarbesök än för läkares vård online.

Utomlänsprislistan används som regel som grund för ersättning till vårdcentralen, i regel både för fysisk vård och vård online, i stället för vårdvalets interna prislista för inomlänspatienters så kallade otrohetsbesök, besök på en annan vårdcentral än där hen är listad.

⁹ Nettointäkten är skillnaden mellan den ersättning vårdcentralen erhåller och självkostnaden för att utföra vårdkontakten.

Kostnadsansvar

Kostnadsansvaret inom primärvården är generellt omfattande, vilket förstås också återspeglas i ersättningsnivån.

Kostnadsansvar för listades vårdkonsumtion

Grundprincipen för valfrihetssystem är att invånaren i förväg väljer en vårdcentral, listar sig vid denna och i första hand väljer denna för sin vård. Valfrihet ger emellertid möjlighet att välja annan mottagning för besök. Patient och utförare kan båda ges incitament att upprätthålla relationen utifrån listning, för att stödja utvecklingen mot ökad kontinuitet. Utföraren har därför i stor utsträckning kostnadsansvar för patientens vårdkontakter på andra primärvårdsmottagningar.

Diagram 17 Kostnadsansvar för listade personers vård på andra primärvårdsmottagningar, 2021

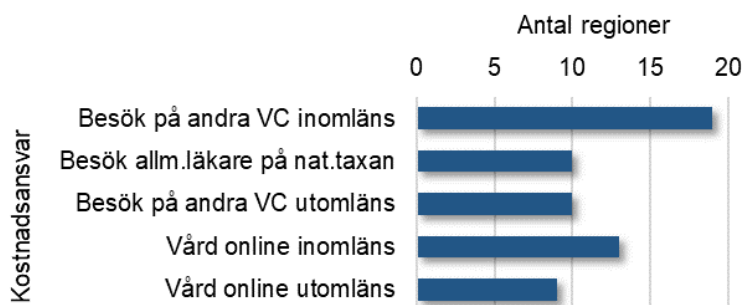
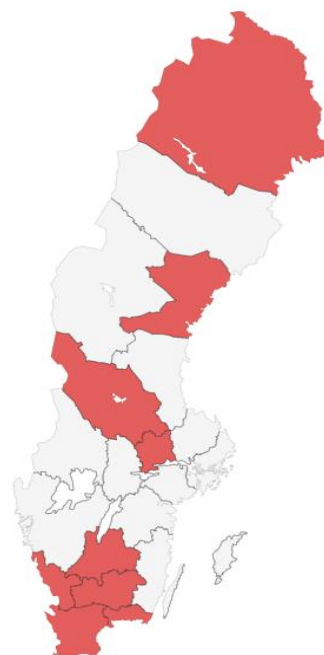


Diagram 18 Regioner med till vårdcentral decentraliserat kostnadsansvar för digital utomlänsvård, 2021



Förekomst av kostnadsansvar varierar mellan regioner. Nivån på kostnadsansvaret varierar likaså, då prislistan för vårdcentralens kostnadsansvar beslutas på regional nivå. Nivån på kostnadsansvaret för en vårdkontakt samvarierar ofta med ersättningsnivån för motsvarande vårdkontakt.

I ett avseende har relativt stor förändring skett i närtid. I takt med att volymen digital utomlänsvård¹⁰ ökat har ett till vårdcentralen decentraliserat kostnadsansvar vuxit till en svår börda, som inte uppfattas väga upp en motsvarande avlastning på den egna mottagningen. Fram till 2021 har antalet regioner med decentraliserat kostnadsansvar för digital utomlänsvård ökat. Men därefter har olika åtgärder vidtagits för att avlasta vårdcentralen, antingen ett beslut att lyfta kostnaderna centralt,

¹⁰ Aktörer, huvudsakligen med ett digitalt utbud, etablerade med offentlig finansiering i annan region, kontrakterad leverantör till den regionen, eller som underleverantör till privat vårdcentral ansluten till vårdval primärvård. Även kallad "nätläkare".

eller som i Västmanland rabattera styckekostnaden med 80 procent. I nio regioner hade vårdcentraler hela eller delat kostnadsansvar för digitala utomlänsvård.

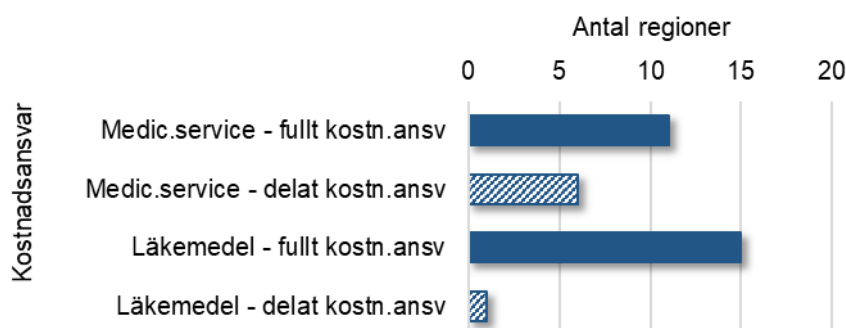
Kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel

Det är vanligt med ett kostnadsansvar för beställd och remitterad medicinsk service och förskrivna expedierade läkemedel inom förmånen.

I 17 regioner tillämpas antingen ett fullständigt eller delvis kostnadsansvar för laboratorieanalyser och röntgen (bild- och funktionsmedicin). I fyra regioner är detta fria nyttigheter.

I 16 regioner tillämpas ett decentraliserat kostnadsansvar för uthämtade läkemedel inom förmånen. Kostnadsansvaret kan antingen baseras på förskrivning eller listade patienters konsumtion av läkemedel, det vill säga expedierade läkemedel oavsett förskrivare.

Diagram 19 Kostnadsansvar för medicinsk service och expedierade läkemedel inom förmånen, 2021



Tabellbilagor

8. Huvudkomponenter i uppdragsersättning för listade personer
9. Riskjustering av kapitationsersättning för listade personer
10. Patientavgifter för olika yrkeskategorier och kontaktformer
11. Besöksersättningar inom vårdval primärvård
12. Mål- eller resultatbaserad ersättning
13. Ersättning för täckningsgrad på primärvårdskonsumtion
14. Mål- eller brytvärden för täckningsgrad på primärvårdskonsumtion

Tabell 8 Huvudkomponenter i uppdragsersättning för listade personer inom vårdval primärvård, år 2021.

Region	Kapitations- ersättning, andel (%)	Kapitering för utomläns- patienter	Patientavgift till vårdcentral	Besöks- ersättning egenlistad	Geografi ersättning	Mål-/resultat- baserad ersättning	Täckningsgrad PV-konsumtion
01 Stockholm	75%	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
03 Uppsala	74%	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
04 Sörmland	80%	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
05 Östergötland	95%	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
06 Jönköping	88%	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
07 Kronoberg	90%	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
08 Kalmar	79%	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
09 Gotland	90%	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
10 Blekinge	100%	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
12 Skåne	93%	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
13 Halland	100%	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
14 Västra Götaland	82%	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
17 Värmland	95%	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
18 Örebro	85%	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
19 Västmanland	80%	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
20 Dalarna	74%	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
21 Gävleborg	80%	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
22 Västernorrland	97%	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
23 Jämtland Härjedalen	91%	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
24 Västerbotten	87%	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
25 Norrbotten	88%	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej

.. uppgift saknas

- uppgift ej relevant, N/A

Tabell 9 Riskjustering av kapitationsersättning för listade personer inom vårdval primärvård, år 2021

Region	Riskjustering för kön	Riskjustering för ålder	Riskjustering ålder/kön, andel av kapitation	Riskjustering för samsjuklighet (ACG)	Riskjustering samsjuklighet, andel av kapitation	ACG diagnoser från verksamhet	ACG diagnoser månader	Riskjustering för socioekonomi	Riskjustering socioekonomi, andel av kapitation	CNI enligt SCB:s 7 variabler
01 Stockholm	Nej	Ja	20%	Ja	60%	ÖV+SV	18	Ja	19%	Ja
03 Uppsala	Nej	Ja	76%	Nej	-	-	-	Ja	20%	Ja
04 Sörmland	Nej	Ja	..	Ja	4%	Ja	7%	Ja
05 Östergötland	Nej	Ja	11%	Ja	77%	ÖV+SV	18	Ja	12%	Nej
06 Jönköping	Nej	Ja	..	Ja	65%	ÖV+SV	18	Ja	11%	Ja
07 Kronoberg	Nej	Ja	95%	Nej	-	-	-	Ja	4%	Nej
08 Kalmar	Nej	Nej	-	Ja	17%	ÖV+SV	18	Ja	17%	Ja
09 Gotland	Nej	Ja	..	Nej	-	-	-	Ja	4%	Ja
10 Blekinge	Nej	Ja	90%	Nej	-	-	-	Ja	10%	Ja
12 Skåne	Ja	Ja	8%	Ja	70%	ÖV+SV	18	Ja	18%	Ja
13 Halland	Ja	Ja	90%	Nej	-	-	-	Ja	10%	Ja
14 Västra Götaland	Ja	Ja	48%	Ja	48%	PV	18	Ja	2%	Ja
17 Värmland	Ja	Ja	50%	Ja	39%	PV	15	Ja	5%	Ja
18 Örebro	Nej	Ja	90%	Nej	-	-	-	Ja	10%	Nej
19 Västmanland	Nej	Ja	55%	Ja	25%	ÖV+SV	15	Ja	20%	Nej
20 Dalarna	Nej	Ja	4%	Ja	71%	ÖV+SV	18	Ja	23%	Nej
21 Gävleborg	Ja	Ja	60%	Ja	12%	ÖV+SV	24	Ja	4%	Nej
22 Västernorrland	Nej	Ja	30%	Ja	30%	ÖV	18	Ja	15%	Ja
23 Jämtland Härjedalen	Nej	Ja	64%	Nej	-	-	-	Ja	25%	Ja
24 Västerbotten	Nej	Ja	92%	Nej	-	-	-	Ja	3%	Ja
25 Norrbotten	Nej	Ja	65%	Ja	25%	ÖV+SV	18	Ja	10%	Ja

.. uppgift saknas

- uppgift ej relevant, N/A

Tabell 10 Patientavgifter inom vårdval primärvård för olika yrkeskategorier och kontaktformer, år 2021 (kronor)

Region	Patientavgift till vårdcentral	Kompensation vid avgiftsbefrielse	Differentierad patientavgift listad/olistad	Enhetlig avgiftstaxa	Patientavgift läkarbesök	Patientavgift besök annan yrkeskategori	Patientavgift digital vårdkontakt läkare	Patientavgift digital vårdkontakt annan yrkeskategori
01 Stockholm	Ja	Ja	Nej	Ja	200	100/200	100/200	100/200
03 Uppsala	Nej	Ja	Nej	Ja	200	200	200	200
04 Sörmland	Nej	Nej	Nej	Nej	200	200	100	0/100
05 Östergötland	Ja	Nej	Nej	Ja	200	200	200	200
06 Jönköping	Nej	Nej	Nej	Ja	250	250	250	250
07 Kronoberg	Nej	Nej	Nej	Nej	150	100	100	100
08 Kalmar	Nej	Nej	Nej	Ja	200	200	200	200
09 Gotland	Nej	Nej	Nej	Ja	200	200	200	0
10 Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej	150	100	100	100
12 Skåne	Nej	Nej	Nej	Nej	200	0/200	200	0/200
13 Halland	Ja	Ja	Nej	Nej	200	100	200	100
14 Västra Götaland	Nej	Nej	Ja	Nej	100/300	50/100	100/300	50/100
17 Värmland	Nej	Nej	Nej	Ja	200	200	200	200
18 Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej	200	200	100	100
19 Västmanland	Nej	Nej	Nej	Ja	170	170	170	170
20 Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej	200	150	100	100
21 Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Ja	200	200	200	200
22 Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej	300	300	300	300
23 Jämtland Härjedalen	Ja	Nej	Nej	Nej	300	300	300	300
24 Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Nej	200	200	100	100
25 Norrbotten	Ja	Ja	Nej	Ja	300	300	300	300

Tabell 11 Ersättning per vårdkontakt med läkare för listade respektive olistade (inomläns- respektive utomlänspatienter) inom vårdval primärvård, år 2021 (kronor)

Region	Fysiskt besök egenlistad, exklusive patientavgift	Fysiskt besök egenlistad, inklusive patientavgift	Fysiskt besök, patienten inomlänspatient	Fysiskt besök, utomlänspatient	Lika besöksersättning inom-/utomlänspatient	Digital vårdkontakt, egenlistad	Digital vårdkontakt, inomlänspatient	Digital vårdkontakt, utomlänspatient	Lika ersättning digitala vårdkontakter inom-/utomlänspatient
01 Stockholm	-90	110	410	1 800	Nej	110	410	500	Nej
03 Uppsala	310	310	620	620	Ja	310	620	620	Ja
04 Sörmland	0	0	200	1 960	Nej	200	200	475	Nej
05 Östergötland	0	200	700	2 275	Nej	200	200	500	Nej
06 Jönköping	0	0	650	650	Ja	0	650	490	Nej
07 Kronoberg	0	0	640	1 736	Nej	0	500	500	Ja
08 Kalmar	0	0	500	1 595	Nej	0	300	0	Nej
09 Gotland	0	0	425	950	Nej	0	0	425	Nej
10 Blekinge	0	0	400	1 688	Nej	0	200	500	Nej
12 Skåne	0	0	500	500	Ja	0	500	500	Ja
13 Halland	0	200	650	1 737	Nej	200	650	500	Nej
14 Västra Götaland	0	0	500	500	Ja	0	500	500	Ja
17 Värmland	0	0	500	2 178	Nej	0	500	500	Ja
18 Örebro	170	170	500	2 178	Nej	170	0	500	Nej
19 Västmanland	110	110	600	2 178	Nej	110	600	500	Nej
20 Dalarna	100	100	500	2 178	Nej	100	500	0	Nej
21 Gävleborg	0	200	900	2 178	Nej	200	0	0	Ja
22 Västernorrland	0	0	0	0	Ja	0	0	0	Ja
23 Jämtland Härjedalen	0	300	300	2 135	Nej	300	300	500	Nej
24 Västerbotten	0	200	400	2 335	Nej	200	400	500	Nej
25 Norrbotten	0	300	730	2 135	Nej	300	0/730 kr	300	Nej

Tabell 12 Mål- eller resultatbaserad ersättning inom vårdval primärvård år 2021

Region	Resultatbaserad ersättning	Antal indikatorer	Tillägg/avdrag	Andel
01 Stockholm	Ja	8	Både och	2,7%
03 Uppsala	Ja	6	Både och	1,0%
04 Sörmland	Nej	-	-	-
05 Östergötland	Nej	-	-	-
06 Jönköping	Nej	-	-	-
07 Kronoberg	Ja	2	Tillägg	0,8%
08 Kalmar	Ja	3	Tillägg	4,0%
09 Gotland	Ja	2	Både och	2,0%
10 Blekinge	Ja	1	Både och	..
12 Skåne	Ja	1	Tillägg	0,5%
13 Halland	Nej	-	-	-
14 Västra Götaland	Nej	-	-	-
17 Värmland	Nej	-	-	-
18 Örebro	Ja	5	Tillägg	5,0%
19 Västmanland	Ja	9	Tillägg	2,0%
20 Dalarna	Ja	3	Tillägg	2,5%
21 Gävleborg	Ja	6	Tillägg	3,0%
22 Västernorrland	Nej	-	-	-
23 Jämtland Härjedalen	Nej	-	-	-
24 Västerbotten	Ja	4	Tillägg	1,0%
25 Norrbotten	Ja	4	Ingetdera	1,0%

.. uppgift saknas

- uppgift ej relevant, N/A

Tabell 13 Ersättning för täckningsgrad på primärvårdskonsumtion

	Täcknings- grad	Normal definition	Enhetlig viktning
01 Stockholm	Ja	Nej	Ja
03 Uppsala	Nej		
04 Sörmland	Ja	Nej	Nej
05 Östergötland	Nej		
06 Jönköping	Nej		
07 Kronoberg	Ja	Nej	Ja
08 Kalmar	Ja	Ja	Ja
09 Gotland	Ja	Nej	Nej
10 Blekinge	Ja	Ja	Nej
12 Skåne	Nej		
13 Halland	Ja	Ja	Ja
14 Västra Götaland	Ja	Nej	Nej
17 Värmland	Nej		
18 Örebro	Nej		
19 Västmanland	Nej		
20 Dalarna	Ja	Ja	Ja
21 Gävleborg	Ja	Ja	Nej
22 Västernorrland	Nej		
23 Jämtland Härjedalen	Nej		
24 Västerbotten	Ja	Ja	Ja
25 Norrbotten	Nej		

Tabell 14 Mål- eller brytvärden för täckningsgrad på primärvårdskonsumtion

Region	Mål- eller brytvärden
01 Stockholm	Ja, under 2,1 besök hos annan vårdgivare per listad ger bonus. Över 2,6 besök per listad ger vite.
07 Kronoberg	Det finns ett målvärde som uppgår till 60 %. Brytpunkten för tillägg/avdrag är inte något fast värde utan utgörs av den genomsnittliga täckningsgraden för samtliga vårdcentraler i länet. Ligger den enskilda vårdcentralens täckningsgrad över den genomsnittliga täckningsgraden i länet så ger det ett tillägg. Ligger vårdcentralen under genomsnittet så ger det ett avdrag.
13 Halland	Officiellt målvärde om 80%. Avdrag/tillägg utgår från hallandsgenomsnittet (brytpunkt). Täckningsgraden regleras genom avdrag eller tillägg på ersättningen och är direkt proportionerlig mott vårdenhetens hälso- och sjukvårdspeng. Om vårdenhetens utfall överstiger hallandssnittet görs ett tillägg med 1,2% per procentenhet i avvikelse från snittet. När vårdenhetens utfall understiger snittet görs motsvarande avdrag enligt samma princip.
14 Västra Götaland	Tröskel 50 % max ersättning vid 80 %
20 Dalarna	Brytpunkten är 63%, har VC en täckningsgrad som är högre än brytpunkten får de mer i ersättning och har de en lägre täckningsgrad än brytpunkten så får de mindre ersättning.
21 Gävleborg	Ersättning från 55% och målet är 80%
24 Västerbotten	Tillägg vid 54% och uppåt, tre intervaller med olika ersättningar. Mål och högsta/full ersättning 60% och uppåt

Ersättningsmodeller i primärvården

Denna rapport är en delredovisning av ett insatsområde inom ramen för överenskommelsen Nära vård 2021/2022 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner. Uppdraget syftar till att öka kunskapen om effekter av finansiell styrning inom hälso- och sjukvården och om principer för ändamålsenliga ersättningsmodeller.

I rapporten redovisas ersättningsprinciper och förekomsten av olika ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom vårdval primärvård, där vård-/hälsocentraler och husläkarmottagningar i regionens egen regi verkar sida vid sida med mottagningar i privat regi. Uppgifterna har sammanställts av SKR tillsammans med regionerna och avser förhållanden i regionerna år 2021.

Upplysningar om innehållet
Lars Kolmodin, lars.kolmodin@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022
ISBN: 978-91-8047-037-7
Text: Lars Kolmodin
Illustration/foto: Lars Kolmodin
Produktion: Nära vård
Tryck: SKR