

Förändringar av ersättningssystem för husläkaruppdraget 2016-2022 Region Stockholm

Stockholm centrum för hälsoekonomi (StoCHE) utreder hur hälso- och sjukvårdens resurser kan användas för att bidra till ett effektivt och jämlikt vårdutnyttjande samt förbättrad hälsa. Analyserna baseras på hälsoekonomisk teori och metod och avser att informera politiker och andra beslutsfattare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Vi bidrar även med expertkunskap kring hälsoekonomiska resultat och metoder till Region Stockholms hälso- och sjukvårdsverksamhet samt stödjer regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Citera gärna Stockholm centrum för hälsoekonomi, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Förändringar av ersättningssystem för husläkaruppdraget 2016-2022 - Region Stockholm. Stockholm centrum för hälsoekonomi, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2024. Rapport StoCHE 2024:05

Medverkande

Från StoCHE

- Projektledare: Clas Rehnberg
- Medverkande: Michael Högberg, Nils Janlöv, Gunnar Ljunggren
- Ansvarig chef: Emelie Heintz

Stockholm centrum för hälsoekonomi (StoCHE)

Tomtebodavägen 18A, 171 65 Solna

stoche.slso@regionstockholm.se

Dnr: 2024-1789

Stockholm OKTOBER, 2024

Rapporten kan laddas ner från stoche.regionstockholm.se

Innehållsförteckning

Ordlista	1
Sammanfattning	2
1. Bakgrund	4
2. Syfte	5
3. Förändringar av ersättningsmodellen 2016-2022	6
3.1 Husläkarsystemets utformning i Region Stockholm	6
3.2 Utveckling av avtal och ersättningsystem	6
4. Data och metod	9
4.1 Databaser	9
4.2 Metod	10
5. Fördelning av resurser baserat på fast och rörlig ersättning	12
5.1 Utvecklingen av kapiteringsersättningen	12
5.2 Utvecklingen av rörlig ersättning	13
5.3 Utvecklingen av den totala ersättningen	14
6. Förändringar av ersättningssystem och fördelning av resurser mellan geografiska områden	16
6.1 Resurstilldelning per geografiskt område	16
6.2 Socioekonomisk fördelning per geografiskt område	19
6.3 Samband mellan olika ersättningskomponenter	22
7. Diskussion och slutsatser	23
Bilagor	23
Bilaga 1 Ersättningsmodell HLM och basal hemsjukvård 2016-2022	24
Bilaga 2 Listningsbaserad ersättning 2016-2022	27

Ordlista

ACG	Adjusted Clinical Groups – ett index baserat på individens hälsotillstånd för att fastställa vårdbehov
Aktiv listning	Principen om aktiv listning förutsätter att patienten väljer och listar sig vid en vårdcentral för att kapiteringsersättningen ska betalas ut
CNI	Care Need Index - socioekonomiskt index för vårdbehov
Digitala besök	Digitala besök avser distanskontakter i form av videobesök hos läkare, sjuksköterska, psykolog, psykoterapeut eller kurator inom husläkarverksamheten. Videobesöken fångas med en kombination av åtgärds-koden UX007 (videomöte) och besökstypen distansbesök i VAL-databasen.
FFU	Förfrågningsunderlag. Ett förfrågningsunderlag är det underlag som en upphandlande myndighet lämnar till leverantörerna. I förfrågningsunderlaget finns de aktuella krav som gäller för vårdgivare inom vårdvalet enligt LOV. Inom husläkarverksamheten gäller det uppgifter om avtal, uppdragets innehåll, uppföljningsindikatorer samt principer/utbetalning av fast och rörlig ersättning
HUSLVAL	Databas för Husläkarlistningar (del av VAL) – ibland kallat ListON
LOV	Lagen om valfrihetssystem (LOV) reglerar vad som ska gälla när upphandlande myndigheter konkurrensutsätter delar av sin verksamhet genom att inrätta ett valfrihetssystem där brukaren får välja bland leverantörerna i systemet. Lagen om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen gäller för kommuner och regioner när de inrättar valfrihetssystem för hälsovård- och socialtjänster. Det är frivilligt för kommuner att införa valfrihetssystem men obligatoriskt för regionerna inom primärvården.
OVR	Databas för all öppenvård, inklusive primärvård (del av VAL)
Passiv listning	Med passiv listning erhåller vårdcentralerna kapiteringsersättning för boende i närområdet även om de inte aktivt listat sig
Raindance	Region Stockholms centrala ekonomi- och fakturerings-system
VAL	Datalager för uppföljning av vårdhändelser i Region Stockholm

Sammanfattning

Ersättningsprinciperna för husläkarverksamheten i Region Stockholm har under åren genomgått flera förändringar. När vårdvalet infördes tillämpade Region Stockholm en ersättningsmodell baserad på prestationer och utfall (cirka 60 procent) och kapitering per listad individ (cirka 40 procent), vilket skilde sig från flertalet övriga landsting och regioner som främst tillämpade ersättningsprinciper där kapiteringen utgjorde mer än 90 procent av den totala ersättningen. Samtliga regioner tillämpade dock ersättningsprincipen att *”pengar följer patienten”*, det vill säga att patientens val av vårdgivare styr resursfördelningen enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV) - även angivet i Hälso- och sjukvårdslagen

Under de senaste åren har Region Stockholm förändrat ersättningsmodellen för husläkarverksamheten genom att dels öka andelen av den fasta ersättningen (kapitering), dels genom att nya komponenter införts vid sidan av ålderskapitering i främst den fasta ersättningen. Det är främst två index för vårdbehov: Care Need Index (CNI) som är ett socioekonomiskt baserat index och Adjusted Clinical Groups (ACG) som baseras på patientens hälsotillstånd. Andra större förändringar är att ersättningen baserat på yrkeskategorier neutraliserats – det vill säga samma ersättning för ett besök utgår oavsett yrkeskategori.

Syftet med rapporten är att redogöra för de förändringar av ersättningssystemet för husläkarverksamheten med basal hemsjukvård som ägt rum inom Region Stockholm de senaste åren. I uppdraget ingår att fastställa hur andelarna för olika komponenter (fast och rörliga delar) i ersättningssystemet utvecklats inom regionen som helhet samt för husläkarenheter och geografiska områden.

Studien baseras på data om ekonomisk resurstilldelning till vårdcentralerna från Region Stockholms ekonomiska redovisning (*Raindance*) samt uppgifter från VAL-databasen med uppgifter om listning, boende och vårdutnyttjande för olika grupper. Priser för prestationer och kapitering (det vill säga erhållen ersättning) har hämtats från Förfrågningsunderlagen (FFU) olika år vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Beräkningarna av resurstilldelningen är det faktiska utfallet, vilket innebär att justeringar för vårdbehov inte genomförts.

Resultaten visar att kapiteringens andel av den totala ersättningen ökat från cirka 60 procent år 2016 till cirka 80 procent år 2022. Inom kapiteringsandelen har ålderskomponenten, som tidigare varit den dominerade fasta ersättningen fram till och med år 2017, därefter minskat i betydelse. CNI introducerades år 2016 och har därefter utgjort en konstant andel runt 15 procent av den totala ersättningen. ACG introducerades år 2017 och har därefter ökat i betydelse och är den dominerande andelen av den fasta ersättningen. ACG utgjorde vid införandet 12 procent av den totala ersättningen och var år 2022 uppe i cirka 45 procent. Den rörliga ersättningen – främst den produktionsrelaterade delen - var stabil till och med år 2019 på cirka 40 procent av den totala ersättningen, men har därefter minskat under åren 2020-2022 till cirka 20 procent. Ersättning för jour och hälsofrämjande åtgärder utgör en relativt liten andel av den totala ersättningen.

I studien har fördelningen av de ekonomiska tilldelningarna sammanställts för geografiska områden baserat på kommuner i regionen och stadsdelar inom Stockholms stad. Generellt är förändringarna relativt små. Tilldelningen genom CNI gynnar områden med låg inkomst och utbildning, hög arbetslöshet m.m. ACG samvarierar till stor del med åldersfaktorn och gynnar områden med en befolkning med hög genomsnittsålder. Över tid finns ett stabilt mönster med något högre total resurstilldelning till låginkomstområden. Den rörliga prestationsersättningen har dock en större

omfördelande effekt än den fasta ersättningen, trots en minskad andel av den totala ersättningen. Detta förklaras av att dessa områden har fler besök per invånare. För innerstadsdelar finns relativt stora skillnader mellan produktion och konsumtion, vilket förklaras av att vårdcentraler i innerstaden har en större andel listade från andra områden. Det gäller främst vårdgivare med stort utbud av digitala vårdtjänster.

1. Bakgrund

Ersättningssystemen för husläkarverksamheten inom Region Stockholm har ändrats sedan vårdvalsreformens införande år 2009. Under de första åren hade Stockholms läns landsting (SLL) en modell som till skillnad från flertalet landsting hade en relativt hög andel prestationsersättning. Den fasta så kallade kapiteringsdelen utgjorde emellertid då cirka 40 procent av den totala ersättningen. Under de följande åren ökade den fasta andelen något samtidigt som principerna för kapitering ändrades. Inledningsvis var kapiteringen baserad på endast ålderssammansättningen, men i senare modeller har även hänsyn tagits till socioekonomiska och sjukdomsrelaterade index.

I denna rapport redogörs för hur principerna för ersättningen inom husläkarverksamheten med basal hemsjukvård förändrats under perioden 2016-2022. Rapporten ger en översikt hur ersättningen ändrats över tid, inklusive förändringar mellan och inom de fasta och rörliga ersättningarna. Även förändringarna inom den fasta ersättningen behandlas. I rapporten redovisas förändringar av ersättningen för hela regionen samt dess effekter för stadsdelar och kommuner inom Region Stockholm.

Ersättningsprinciperna för husläkarverksamheten i Region Stockholm innehöll under de inledande åren en relativt hög andel prestationsrelaterad ersättning. Med olika förändringar av systemet har denna andel minskat och med ersättningsystemet som infördes den 1 februari 2021 kom fördelningen mellan fast (kapitering) och rörlig ersättning i Stockholm att närma sig motsvarande fördelning i andra regioner. Samtidigt innehåller ersättningsystemet från 2021 flera andra förändringar där bland annat ersättningen mellan vissa yrkeskategorier neutraliserades – det vill säga samma ersättning för ett besök utgår oavsett yrkeskategori. En nyhet var att annan typ av extra ersättning utgår för olistade patienter samt extra ersättning för nyetablerade mottagningar.

Mot bakgrund av att förändringarna i ersättningsystemet delvis är oprövade och det saknas evidens om effekterna, även om målsättningar om systemet har satts upp, finns ett stort behov av uppföljning av förändringarna.

2. Syfte

Syftet med rapporten är att redogöra för de förändringar av ersättningssystemet för husläkarverksamheten med basal hemsjukvård som ägt rum inom Region Stockholm de senaste åren. I uppdraget ingår att fastställa hur andelarna för olika komponenter i ersättningssystemet utvecklats totalt, för samtliga husläkarenheter samt för geografiska områden.

3. Förändringar av ersättningsmodellen 2016-2022

3.1 Husläkarsystemets utformning i Region Stockholm

Vårdvalssystemet inom husläkarverksamheten är obligatoriskt enligt hälso- och sjukvårdslagen sedan 2010. Det innebär att huvudprinciperna om valfrihet och etableringsfrihet inte är förhandlingsbara för regionerna. Regionerna har dock relativt stor frihet att utforma regelverken inom ramen för lagstiftningen. Ett av de mer kraftfulla regelverken är utformningen av principerna om ersättningssystemen samt andra villkor för vårdgivarna. Genom att regionerna själva utformar dessa kan de anpassas till egna förutsättningar och målsättningar. Det innebär även att ersättningssystemen varierar mellan regioner. Det finns i princip tre olika typer av ersättningar som kan tillämpas var för sig eller i kombination med varandra.

1. En rörlig besöks- respektive åtgärdsersättning. Ju fler besök eller åtgärder desto högre ersättning.
2. En fast kapiteringsersättning i form av ett belopp per listad patient på mottagningen. Beloppet kan justeras efter olika behovskomponenter och påverkas inte av besöksvolymen.
3. En målrelaterad ersättning, vilket kopplats till process och/eller kvalitetskrav. Denna ersättning kan utgå som en bonus för uppfyllda mål men även i form av vite då mål inte uppnåts.

I Region Stockholm har utformningen av ersättningssystemet angivits i de så kallade. Förfrågningsunderlagen för husläkarmottagningar och basal hemsjukvård (FFU). Under de inledande åren med vårdvalen inom husläkarverksamhet utmärkte sig dåvarande Stockholm läns landsting (SLL) med en hög andel rörlig ersättning, motsvarande cirka 60 procent av den totala ersättningen, medan den fasta ersättningen (huvudsakligen listningsersättning baserad på kapitering) och målrelaterad ersättning utgjorde de resterande 40 procenten. Den målrelaterade ersättningen utgjorde som mest 3 procent av den totala ersättningen.

Vid sidan av ersättningssystemen specificeras ett antal regleringar och ansvarstaganden i avtalen inom husläkarverksamheten, vilka ändras över tiden. Det gäller omfattningen av kostnadsansvaret, främst vilka kostnader utanför själva vårdenheten som man har ansvar för. Det gäller särskild medicinsk service och medverkan i jour/närakuter, men även de listades vårdutnyttjande vid andra enheter än där man listat sig. Även användning av tolk vid besök har under åren hanterats på olika sätt. Härtill finns ytterligare krav på ekonomisk stabilitet, lokaler, utrustning, kompetens och bemanning.

3.2. Utvecklingen av avtal och ersättningsystem

I avtal och uppdragsbeskrivningar anges vilken vård som omfattas av husläkarverksamhet och basal hemsjukvård, med specifikation av insatser om psykisk ohälsa, smittskydd, sjukskrivning med mera. Husläkarverksamheten anges vara förstahandsvalet av hälso- och sjukvård inom ramen enligt den så kallade LEON-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå). Från år 2024 kommer begreppet och principen att ersättas av BEON-principen (Bästa effektiva omhändertagandenivå) som i högre utsträckning tar

hänsyn till den kompetens som behövs för olika vårdbehov. Båda principerna betonar en vård med hög kontinuitet, koordinering av vård och läkemedelsbehandling samt prioritering av individer med ”svåra kroniska sjukdomar, omfattande funktionsnedsättning, långvarig psykisk ohälsa och sköra äldre”. Dessa personer ska erbjudas listning på namngiven fast läkarkontakt. Såväl läkare som sjuksköterska med samordningsansvar kan vara patientens fasta vårdkontakt. I uppdraget ingår även ett visst områdesansvar för framför allt listade vid enheten samt olistade inom närområdet.

Vidare beskrivs i avtal och uppdragsbeskrivningar principerna för listningsförfarande där Stockholm tillämpar principen om aktiv listning, vilket innebär att ingen ersättning utgår för olistade individer inom närområdet. Det finns dock speciella skrivelser för ansvaret för vård till flyktingar och individer som vistas tillfälligt i närområdet. Även krav på tillgång på personal, kompetens och utrustning samt ansvar för forskning och utbildning beskrivs.

Vid sidan om att den fasta ersättningen per listad individ ökade som andel av total ersättning under perioden 2016-2022, har komponenterna i den fasta ersättningen ändrats. Den fasta ersättningen var inledningsvis baserad på ålderskapitering men har sedan år 2016 i allt större utsträckning baserats på olika index som anger graden av vårdbehov. Det är dels Care Need Index (CNI) samt dels Adjusted Clinical Groups (ACG). CNI är ett index som baseras på socioekonomiska faktorer, medan ACG beräknas utifrån indikatorer på de listade patienternas tidigare vårdutnyttjande och därmed tar hänsyn till främst förekomst av kroniska sjukdomar. I tabell 1 redovisas principerna för hur dessa behovsindex beräknas.

Tabell 1. Principerna för Care Need Index (CNI) och Adjusted Clinical Groups (ACG).

CNI (socioekonomiskt index):	ACG (patientens hälsotillstånd):
• Ålder över 65 och ensamstående • Utlandsfödd (främst utanför EU) • Arbetslös 16–64 år • Ensamstående förälder med barn • Person som flyttat in i området • Lågutbildad 25–64 år • Ålder yngre än fem år	• Ålder/kön • Sjukdomshistoria • Baseras på alla rapporterade diagnoskoder från en individs vårdkontakter under de senaste 18 månaderna samt för kroniska tillstånd 36 månader bakåt i tiden. • Diagnoser hos alla yrkeskategorier vid öppen och slutet vård räknas in för både primärvård och specialiserad vård

Under perioden 2016-2022 har Region Stockholm stegvis förändrat ersättningsmodellen. Flertalet ersättningstyper som fanns redan år 2015 har kvarstått medan ett antal har tagits bort och några har tillkommit. Den övergripande förändringen var att fördelningen mellan rörlig och fast ersättning förändrades. Förhållandet 60 procent rörlig produktionsrelaterad ersättning och 40 procent fast kapiteringsersättning kom under åren 2016-2017 att gå till det omvända, närmare 60 procent fast ersättning och cirka 40 procent produktionsrelaterade ersättningar. Ersättning för kompetensutveckling

upphörde efter 2015 och utfärdande av telefonrecept var ersättningsgrundande 2015-2016 men har exkluderats därefter. Samtidigt har även storleken på ersättningsbeloppen ändrats för flera besök och åtgärder, varför de olika ersättningsgrundernas relativa roll ökat eller minskat. I tabell 2 nedan redovisas utvecklingen för kapiteringsersättningen.

Tabell 2. Ersättning per listad, kapitering, 2016-2022.

Ersättning per listad	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ålderskapitering							
0-5	953	776	478	360	360	360	390
6-64	794	647	390	290	290	290	310
65+	2064	1680	1091	820	820	920	1117
75+						1000	1217
CNI (vikt 1,0)	307	274	278	339	356	376	410
ACG (vikt 1,0)		273	557	699	718	1 126	1 200
Jour (om uppdrag, annars 0)			48	48	48	24	

Före år 2016 tillämpades uteslutande en ålderskapitering som sedan succesivt reduceras genom att CNI och ACG har införts. Som framgår av tabellen har ersättningen baserat på ACG ökat kraftigt under senare år. Ersättningen för olika åldersgrupper minskar, medan CNI är relativt stabilt. I tabell 3 redovisas utvecklingen för de mest förekommande rörliga besöks- och kontaktersättningarna (för detaljer se bilagor).

Tabell 3. Rörlig ersättning baserat på besök och vårdkontakter.

Rörlig ersättning per besök/kontakt	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Mott-besök Läk	250	250	260	260	260	110	115
Digital kontakt Läk			260	260	260	110	115
Hembesök Läk	500	500	500	500	500	200	210
Mott-besök övr	200	200	210	230	230	110	115
Digital kontakt övr			210	230	230	110	115
Hembesök övr	100	100	90	90	90	160	165

Som framgår av tabellen har ersättningen främst minskat under åren 2021-2022. Den differentiering som tidigare fanns främst mellan läkarbesök och besök hos övrig vårdpersonal har tagits bort. Ersättningen är nu i regel densamma för läkare och övrig vårdpersonal.

I avtalen ingår förutom principer om ersättningar även årliga uppföljningar som ett centralt och viktigt styrmedel där krav ställs på vårdgivare för inrapportering av vissa uppgifter. Uppföljningsindikatorerna för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård är hänvisade till i avtalen. Det är drygt 60 indikatorer som följs upp med olika syfte per kvalitetsområde. Dessa omfattar korrekt diagnostisering, förebyggande vård, vissa behandlingar, förskrivningar, effekter, tillgänglighet med mera. Data från olika register över vårdutnyttjande, effekter, läkemedelsförskrivning med mera används i uppföljningen. De så kallade kvalitetsområdena som ingår i uppföljningsplanen för år 2023 omfattar indikatorer som diagnostisering som underlag för att bland annat följa patientgrupper i vårdkedjan, underlag för kvalitetsbedömningar och bidrag till vissa kvalitetsregister. De diagnoser som följs upp är främst KOL/astma, fetma, demens, osteoporos, hjärt-kärlrelaterade sjukdomar samt diabetes.

4. Data och metod

I projektet har den centrala uppgiften varit att analysera hur den totala ersättningen av medel till vårdcentraler för husläkarverksamhet samt basal hemsjukvård fördelats mellan geografiska områden och vårdcentraler för att besvara frågeställningarna i projektet. Utfallet av ersättningen till vårdcentralerna baseras på Region Stockholms centrala ekonomi- och faktureringsystem (*Raindance*) där uppgifter om tilldelning per vårdcentral och områdestillhörighet redovisas. Därefter har uppgifter om främst listning, boende, produktion samt priser (för listning och prestationer) använts för att beräkna resursfördelningen (en typ av dekomponering) till vårdgivare samt kommuner och stadsdelar. I följande avsnitt redovisas de datakällor och metoder som tillämpats. Vissa detaljer återfinns i bilagor.

4.1 Databaser

Den ekonomiska redovisningen i *Raindance* innehåller information om utbetalningar per vårdgivare för olika verksamheter. I projektet har ersättning för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård inhämtats (koder: 300 och 302). *Raindance* innehåller även vissa detaljer för specifika utbetalningar som använts i studien, det gäller bland annat ersättning för uppnådda målsättningar (kvalitetsindikatorer, utbildning av ST-läkare, extra ersättning för nystartade mottagning med mera). Uppgifter om ersättning för basal hemsjukvård anges som särskild post och ingår i studien.

Den totala ersättningen har delats upp i olika komponenter baserat på olika uppgifter från regionens så kallade VAL-databas. VAL-databasen innehåller uppgifter om bland annat patienternas vårdutnyttjande, ålder och boendeområde. I VAL finns i deldatabasen HUSLVAL/ListON även uppgifter om vilken vårdcentral där patienten är listad samt uppgifter om de individer som är olistade. Från VAL-databasen hämtas således dessa uppgifter om besök, prestationer/åtgärder och listning/boende för att uppskatta andelen av resurser per typ av ersättning som går till respektive vårdgivare och kommun/stadsdel. Med dessa uppgifter beräknas även fördelningen av olika komponenter för den fasta och rörliga ersättningen inom husläkarverksamheten (se metodavsnitt nedan).

En tredje datakälla är uppgifter om priser eller ersättningsbelopp för utförda tjänster, uppdrag, samt för listning. Dessa uppgifter finns i de så kallade Förfrågningsunderlagen (FFU) som tas fram årligen av HSF. Det gäller uppgifter om ersättning per besök, vårdkontakt, uppdrag och eventuella åtgärder. Även uppgifter om hur listningen per individ ersätts baserat på ålder och olika index för vårdbehov (CNI, ACG – beskrivs i nedanstående metodavsnitt). I tabell 4 summeras de databaser och underlagsdokument som används i studien.

Tabell 4: Databaser och dokument för beräkningar

Datakälla	Innehåll	Uppgifter, variabler
Raindance	Ekonomi- och faktureringsystem	Utförda utbetalningar till husläkarmottagningar för olika ersättningskomponenter (inklusive datum)
VAL	Datalager för uppföljning av vårdhändelser i Region Stockholm	Variabler för olika typer av besök, åtgärder och andra insatser. Även diagnoser och åtgärds-koder, med mera. (inklusive datum)
HUSLVAL	Databas för Husläkarlistningar (del av VAL)	Information om patientens listning vid mottagning (månadsvis inrapportering) – ger även geografisk tillhörighet för listning
FFU	Förfrågningsunderlagen (olika år)	Uppgifter om avtal, uppdragets innehåll, uppföljningsindikatorer samt principer/utbetalning av fast och rörlig ersättning

Data från respektive källa har hämtats och summerats årligen. Uppgifterna om olika priser för ersättningen från de årliga förfrågningsunderlagen avser endast de volymmässigt största posterna.

4.2 Metod

Med utgångspunkt från ersättningen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård har utbetalda belopp brutits ned i ett antal steg för att beräkna fördelningen och utvecklingen mellan fast och rörlig ersättning. Även förändringar inom den fasta ersättningen där ålderskapitering minskat i betydelse och delvis ersatts av behovsindex som CNI och ACG beräknas. Denna nedbrytning har gjorts i flera steg:

- 1) Utgångspunkten är den totala ersättningen per år och vårdcentral för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård. Denna ersättning baseras dels på antalet listade per vårdcentral, dels på de prestationer och uppdrag som vårdcentralen utfört.
- 2) Beräkningen av den fasta ersättningen (kapitering) baseras på antal listade och viktning för de komponenter som ligger till grund för kapiteringsersättningen (ålder, CNI, ACG). Eftersom dessa vikter ändrats under åren har olika vikter tillämpats baserat på uppgifter från FFU-dokumenten för olika år.
- 3) Beräkningen av den rörliga ersättningen baseras på antal utförda tjänster och priset/ersättningen per tjänst. I beräkningen har vissa förenklingar gjorts där endast de mest förekommande tjänsterna utgör grund för beräkning av belopp. Beräkningarna baseras främst på tjänster utförda av läkare och sjuksköterskor, där viktning för de sistnämnda även tillämpats för andra yrkeskategorier. Olika vikter tillämpas sedan för olika besökstyper som mottagningsbesök, hembesök och digital vårdkontakt. Under de år då ersättningen för besök och prestationer varit olika beroende på ålder har ersättningsberäkningen differentierats baserat

på uppgifter i FFU. Under några år utgick högre belopp för ersättning av besök för de allra äldsta patienterna.

- 4) Vissa vårdcentraler har under olika år erhållit ersättning för uppdrag som riktade hälsofrämjande insatser och jourverksamhet. Ersättningen för dessa har beräknats utifrån uppgift om genomförd verksamhet, ersättning för digitala tjänster och "otrohetsersättningar" – det vill säga att patienter sökt vård hos andra vårdgivare än där man är listad.
- 5) Den totala ersättningen per vårdcentral – och även uppräknat per geografiskt område – har relaterats till olika perspektiv (boende, listning och produktion). Med boende avses att ersättningen per område relateras till de boende i området, vilket innebär att icke-listade omfattas. Ersättningen relaterad till antal listade exkluderar icke-listade, vilket kan motiveras med att ingen kapiteringsersättning utgår för dessa då Region Stockholm inte tillämpar så kallad passiv listning.

I sammanställningarna har även hänsyn tagits till förändringar av de geografiska områdena över tid. Dessa har getts en enhetlig indelning över åren med utgångspunkt från de senaste årens indelning. Detta har påverkat vilka vårdcentraler som tillhör ett visst område.

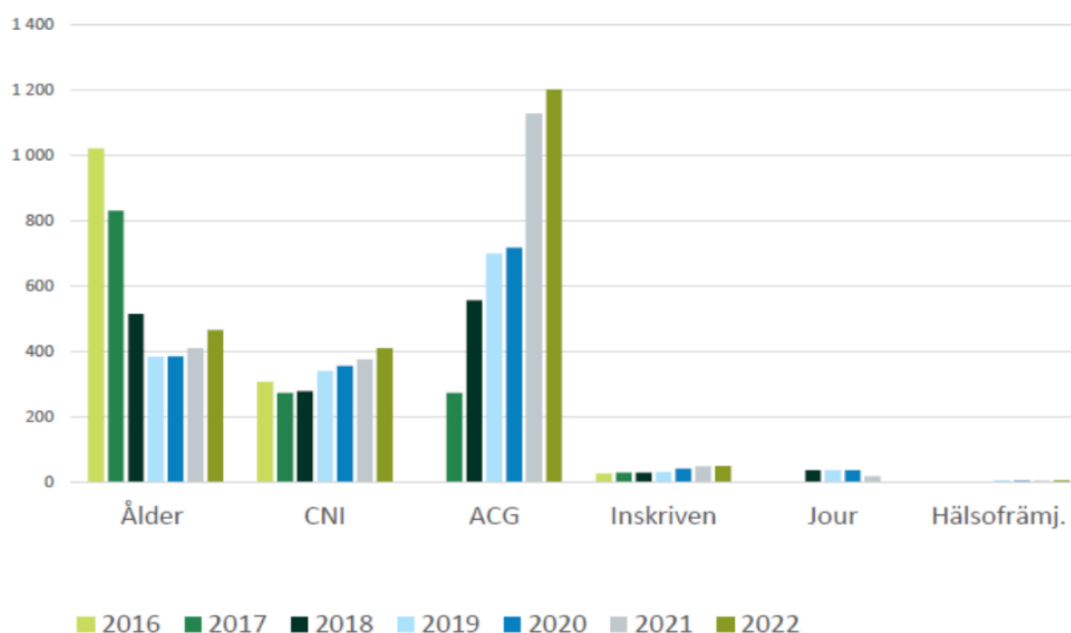
5. Fördelning av resurser baserat på fast och rörlig ersättning

I detta kapitel redogörs för hur den totala resurstilldelningen inom husläkarverksamheten utvecklats för den fasta kapiteringsdelen och de rörliga ersättningarna samt fördelningen mellan dessa tilldelningar. I ett första avsnitt presenteras utvecklingen inom den fasta kapiteringsersättningen där fördelningen mellan komponenter som ålder, CNI och ACG beskrivs. Därefter presenteras motsvarande utveckling för den rörliga prestationsersättningen. Slutligen presenteras hur fördelningen av den totala ersättningen uppdelad i den fasta och rörliga delen utvecklats.

5.1 Utvecklingen av kapiteringsersättningen

Kapiteringsersättningen består som angetts tidigare främst av komponenterna ålder, CNI och ACG. Därutöver består den av mindre belopp för inskrivning i äldreboende, jourverksamhet och hälsofrämjande åtgärder. I figur 1 redovisas ersättningen per listad individ för de olika komponenterna som ingår i kapiteringen för åren 2016-2022.

Figur 1: Fördelningen av ersättning per listad individ (kapitering) för respektive ersättningskomponent, 2016-2022.

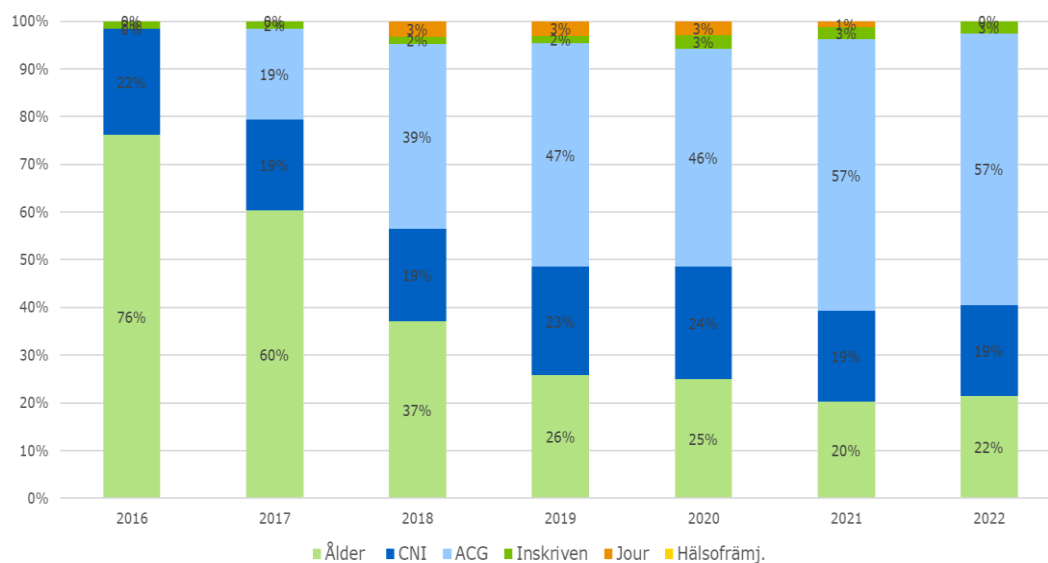


Som framgår av figuren har ålderskomponenten minskat i betydelse efter år 2016, då CNI infördes och sedan ACG år 2017. Ersättningsbeloppen baserad på CNI visar en mindre ökning över tid medan ersättningen baserad på ACG ökat kraftigt¹. Med begreppet inskriven avses att individen erhåller hembesök för vilket utgår en fast ersättning.

¹ Beloppen är inte inflationsjusterade. Inflationen var under större delen av perioden relativt låg.

I figur 2 presenteras motsvarande utfall av ersättningen för de olika komponenterna som andel av den totala fasta ersättningen (det vill säga kapiteringen per listad).

Figur 2: Fördelning inom kapiteringsersättningen (andel %)

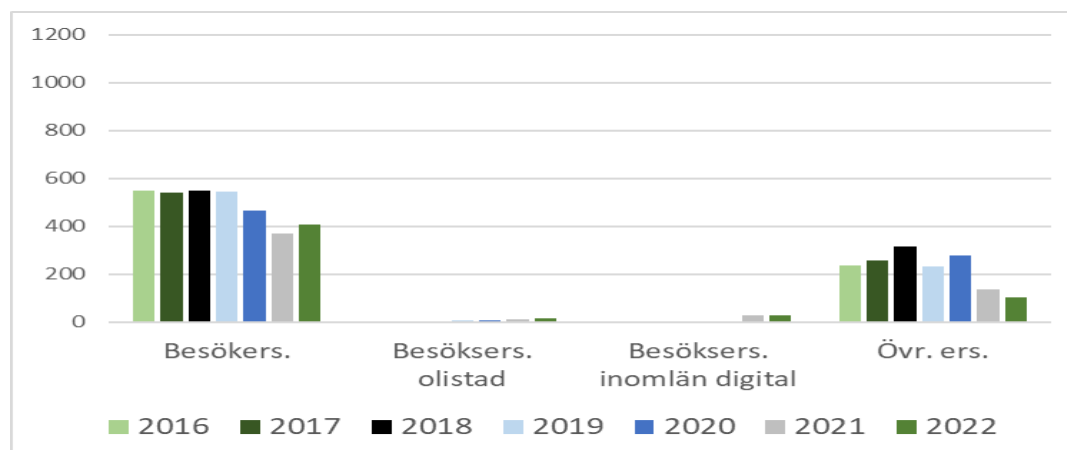


Från figuren framgår tydligt att ålderskomponenten minskar som andel från 76 procent år 2016 till 22 procent år 2022. CNI-andelen ligger i genomsnitt på ca 20 procent och ACG uppvisar en ökning från 19 procent första året (år 2017) till 57 procent år 2022. Totalt utgör CNI och ACG drygt tre fjärdedelar av kapiteringsersättningen. Den fasta ersättningen för individer som är inskrivna i hemsjukvård ligger på ca 3 procent och jour samt hälsofrämjande åtgärder på knappt 2 procent. Observera att andelarna gäller endast den fasta ersättningen.

5.2 Utvecklingen av rörlig ersättning

Den rörliga ersättningen utgörs främst av besök hos olika yrkeskategorier, men har under de studerade åren i viss mån även omfattat vissa åtgärder och behandlingar (övrig ersättning), vilka dock minskat under 2021 och 2022. Ersättningen för besök hos olika yrkeskategorier var tidigare olika för bland annat läkare och sjuksköterskor, men har senare ersatts enhetligt oavsett yrkeskategori. Under senare år utgår även separat ersättning för vissa digitala vårdkontakter. Utvecklingen för ersatta belopp per listad individ redovisas nedan i figur 3.

Figur 3: Fördelningen av ersättning per listad individ (rörlig ersättning) för respektive ersättningskomponent, 2016-2022.

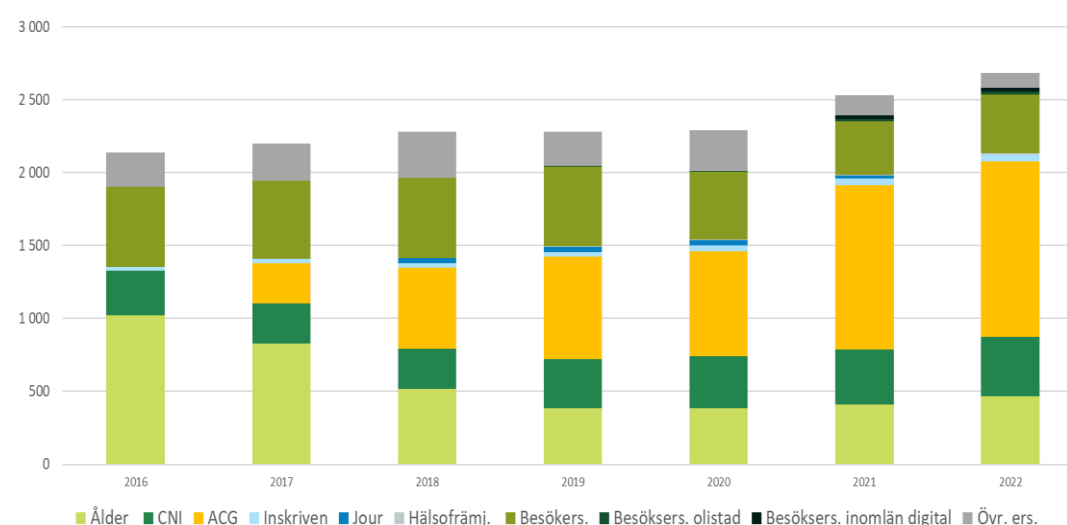


Den rörliga ersättningen fördelas här ut på alla listade individer, oavsett om de själv gjort ett besök eller inte. Det utbetalda beloppet per listad individ som kommer från den rörliga ersättningen har minskat över tiden för såväl olika typer av besök som övrig ersättning (åtgärder med mera). Observera att dessa belopp inte justerats för inflation. Den övriga ersättningen utgörs främst av betalning för olika åtgärder och behandlingar, vilket minskat över tid och togs bort helt år 2023.

5.3 Utvecklingen av den totala ersättningen

Detta avsnitt summerar den fasta och rörliga ersättningen för att ge en bild av hur den totala ersättningen utvecklats. I figur 4 redovisas utvecklingen av belopp per listad individ för såväl den fasta som den rörliga ersättningen. Beloppen avser nominell utbetalning, d.v.s. inte justerat för inflation.

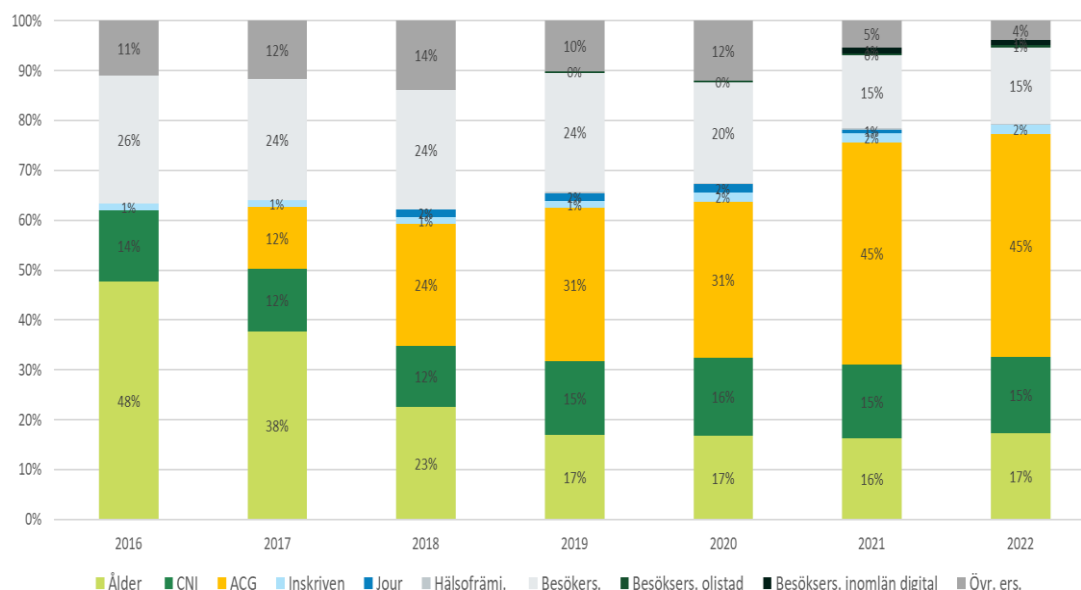
Figur 4: Utvecklingen av den totala ersättningen för husläkarverksamheten per komponent 2016-2022 per listad individ.



Av figuren framgår att den rörliga ersättningen minskar betydligt. Det gäller även ålderskapiteringen, medan CNI-ersättningen ligger relativt konstant och ACG-

ersättningen ökat kraftigt under perioden. I figur 5 redovisas motsvarande utveckling som andelar av den totala ersättningen.

Figur 5: Fördelningen av den totala ersättningen inom husläkarverksamheten per komponent 2016-2022 per listad individ.



Från figuren framgår tydligt utvecklingen mot en kraftig ökad andel av ersättningen baserad på kapitering och då främst ACG-ersättningen som ökat från 12 procent år 2017 till 45 procent år 2022. CNI ligger fast på en andel på ca 15 procent. Den rörliga ersättningen har minskat från ca 35-40 procent till knappt ca 20 procent under år 2022.

Utvecklingen av ersättningen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård kan sammanfattas i följande punkter:

- Ålderskapitering dominerade den fasta ersättningen fram till och med år 2017 – har därefter minskat i betydelse
- CNI introducerade år 2016 – har haft en konstant andel runt 15 procent av den totala ersättningen
- ACG introducerades 2017 och har ökat i betydelse – idag dominerande andel av fast och total ersättning
- Den produktionsrelaterade ersättningen utgör en stabil andel till och med år 2019, därefter ses en minskning under 2020-2022
- Jour och hälsofrämjande åtgärder relativt liten andel

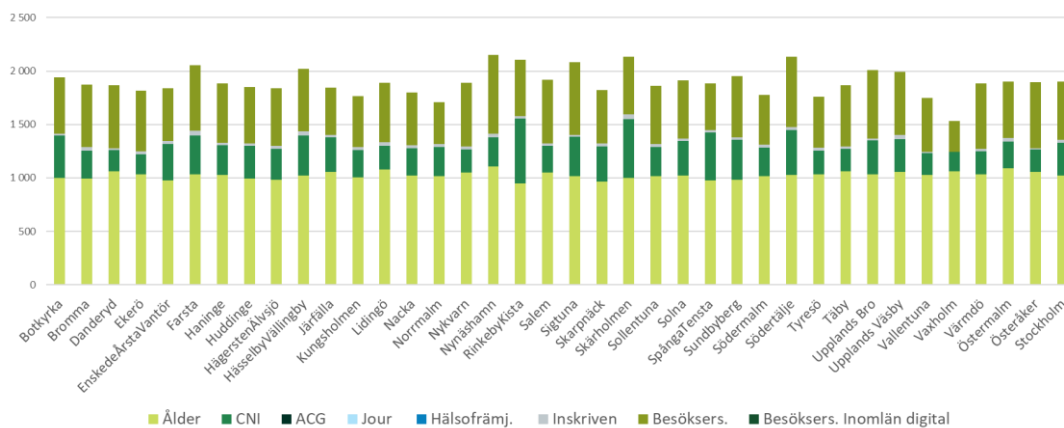
6. Förändringar av ersättningssystem och fördelning av resurser mellan geografiska områden

Utvecklingen av den genomsnittliga ersättningen för husläkarverksamheten inom Region Stockholm öppnar naturligtvis upp för frågor om konsekvenser för olika geografiska områden och även för olika patientgrupper. I detta avsnitt redogörs för utvecklingen för kommuner och stadsdelar inom Region Stockholm. Det baseras på 14 stadsdelar inom Stockholms stad samt övriga kommuner inom Region Stockholm. Inledningsvis presenteras hur resurstilldelningen utvecklats per geografiskt område. Därefter redovisas beräkningar om fördelningsaspekter utifrån områdenas socio-ekonomiska status samt hur sambanden ser ut mellan de olika ersättningskomponenterna.

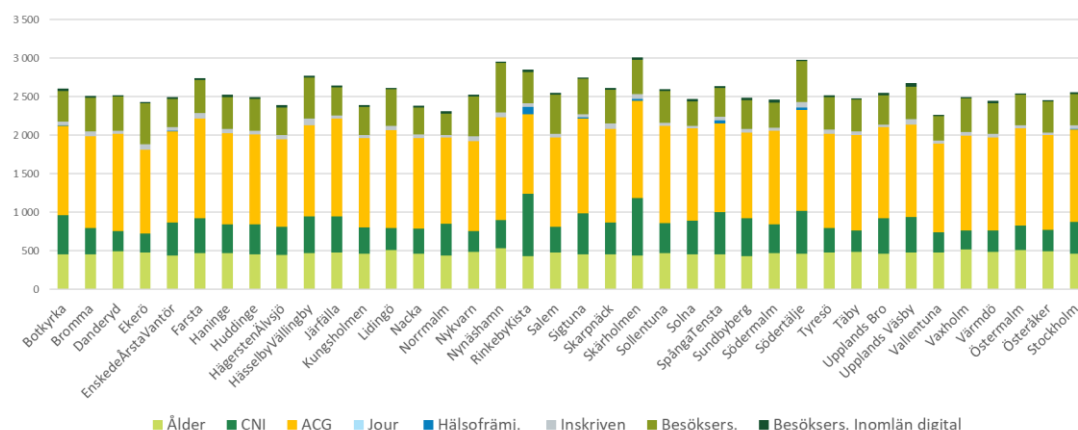
6.1. Resurstilldelning per geografiskt område

Fördelningen mellan olika ersättningskomponenter skiljer sig åt mellan geografiska områden. Det beror på förekomst av sjuklighet och socioekonomisk situation, men även beroende på vårdutnyttjande av främst olika typer av besök. I figur 6 och 7 presenteras den totala ersättningen per listad individ samt fördelningen mellan ersättningskomponenterna för de geografiska områdena för åren 2016 respektive 2022.

Figur 6. Ersättning per listad individ för respektive ersättningskomponent, 2016 (konsumtionsperspektiv).



Figur 7. Ersättning per listad individ för respektive ersättningskomponent, 2022 (konsumtionsperspektiv).

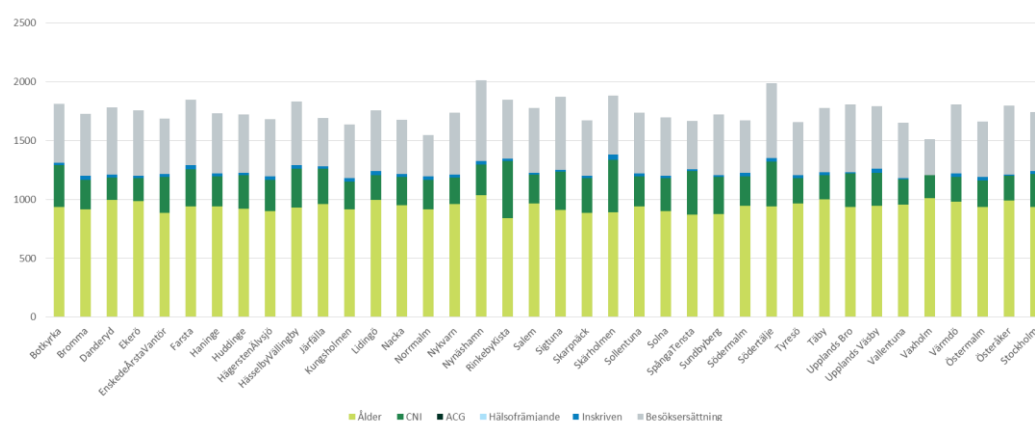


Den tidigare redovisade utvecklingen framgår även för enskilda områden, det vill säga att ålderskapiteringen minskat, ACG ökar och den rörliga ersättningen minskat. Förändringarna mellan områdena är relativt små. Under båda åren 2016 och 2022 erhöll Södertälje, Skärholmen och Nynäshamn mest resurser, medan Norrmalm och Vaxholm erhöll minst.

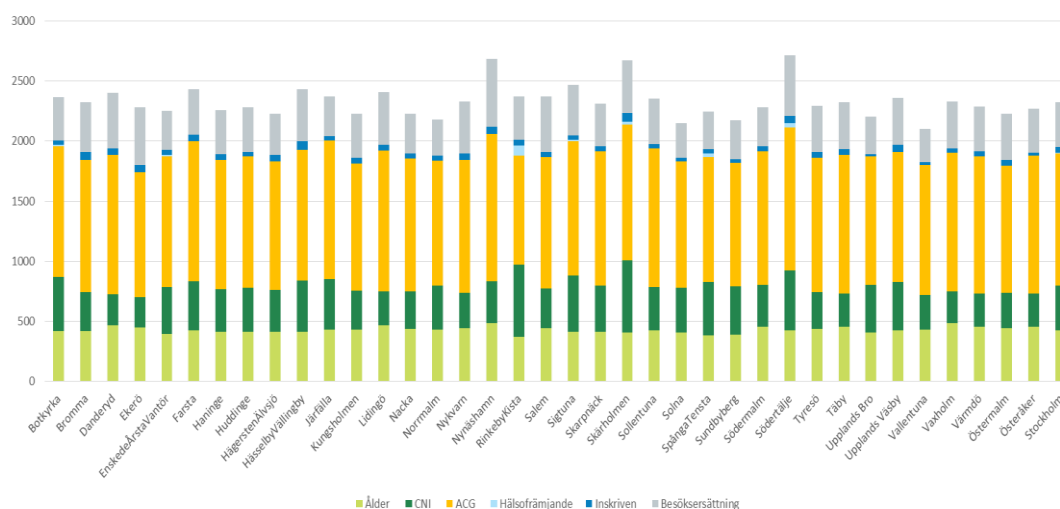
I figurerna ovan har ersättningen fördelats per listad individ. Det innebär till exempel att den ersättning som utgår för en patient som är listad utanför innerstaden, men som söker vård i innerstaden (bland annat digital vård), hänförs till området utanför innerstaden.

Ett alternativ för att presentera utvecklingen per geografiskt område är att presentera ersättningen per boende i olika områden. Ersättningen relateras då även till de som inte är listade. Dock ingår deras besöksersättning ifall de konsumerat vårdtjänster, oavsett var besöken ägt rum. I figur 8 och 9 presenteras den totala ersättningen per boende samt fördelningen mellan ersättningskomponenterna för de geografiska områdena för åren 2016 respektive 2022.

Figur 8. Ersättning per invånare 2016 (boendeperspektiv)



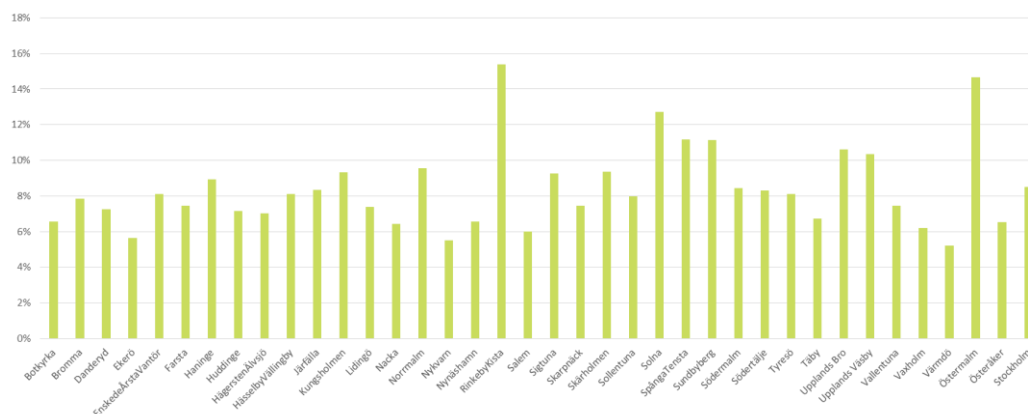
Figur 9. Ersättning per invånare 2022 (boendeperspektiv)



Även här framgår en kraftig minskning av ålderskapitering för samtliga områden, medan CNI tillkommit och en ökning av ACG samtidigt som den rörliga ersättningen minskat. Förändringarna mellan områdena är relativt små. Under båda åren 2016 och 2022 erhöll Södertälje, Skärholmen och Nynäshamn mest resurser, medan Norrmalm och Vallentuna erhöll minst.

Skillnaderna mellan listningsperspektiv och boendeperspektiv beror således på hur många som är olistade, vilket varierar mellan kommuner och stadsdelar. I figur 10 redovisas andelen olistade per kommun och stadsdel för år 2022.

Figur 10. Andel olistade per kommun och stadsdel 2022

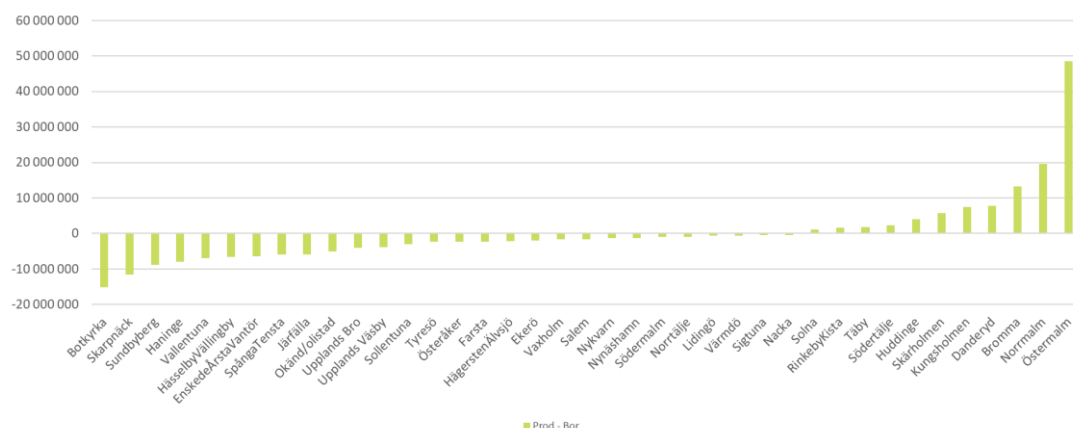


I genomsnitt är cirka 8 procent av alla invånare i region Stockholm olistade. Störst andel olistade finns i Rinkeby/Kista, Solna och Östermalm och minst andel i Ekerö, Nykvarn och Vårholm. Om en passiv listning tillämpades skulle områden med hög andel olistade sannolikt få mer resurser beroende på listningsersättningen för dessa personer.

Vårdvalet inom husläkarverksamhet med basal hemsjukvård ger medborgarna rätt att lista sig vid vilken vårdcentral som helst inom Region Stockholm, även utanför sin egen kommun eller stadsdel. Med listning utanför det område där individen är boende följer att det i vissa områden produceras mer vård än vad som konsumeras av de boende i området. I figur 11 redovisas skillnaden mellan de boendes konsumtion av vård

(vårdutnyttjandet) och produktionen av vårdtjänster (främst mottagningsbesök och digitala kontakter) per geografiskt område.

Figur 11. Produktion av besök i relation till konsumtion per kommun/stadsdel 2022

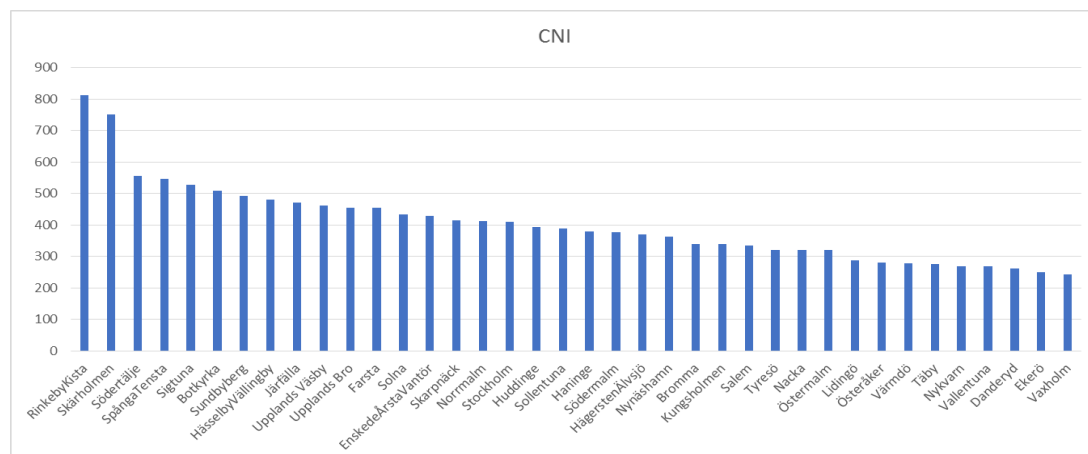


Norrmalm och Östermalm uppvisar då en högre produktion än konsumtion av tjänster, vilket förklaras av att individer listade och boende utanför innerstaden efterfrågar vård där. För Botkyrka, Skarpnäck och Sundbyberg råder det omvända förhållandet, det vill säga att boende/listade individer konsumerar mer vård utanför sina geografiska områden.

6.2. Socioekonomisk fördelning per geografiskt område

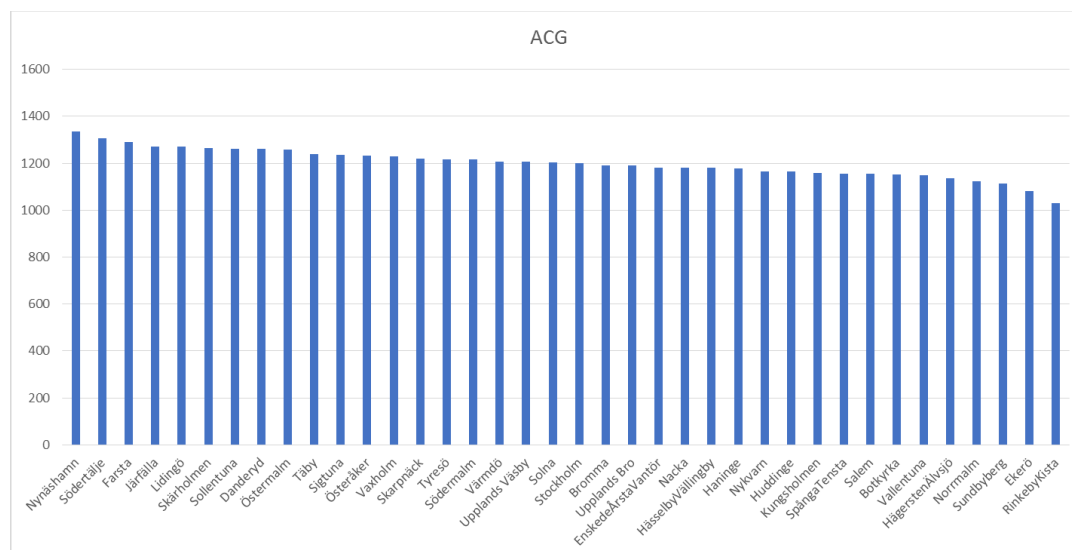
Fördelningen av resurser varierar mellan de geografiska områdena främst beroende på förekomst av vårdbehov baserat på socioekonomiska indikatorer och förekomst av kroniska sjukdomar. Härtill har vårdutnyttjandet genom den rörliga ersättningen även en stor betydelse. För att ge en bild av hur fördelningen av resurser påverkas av de olika ersättningskomponenterna presenteras ersättningen baserad på CNI, ACG och vårdutnyttjandet separat för de olika stadsdelarna och kommunerna för det senaste året, 2022. I figurerna är de rangordnade efter storleken på ersättningen per invånare. I figur 12 redovisas ersättningen per listad baserad på CNI.

Figur 12. Ersättning per listad baserad på CNI, år 2022



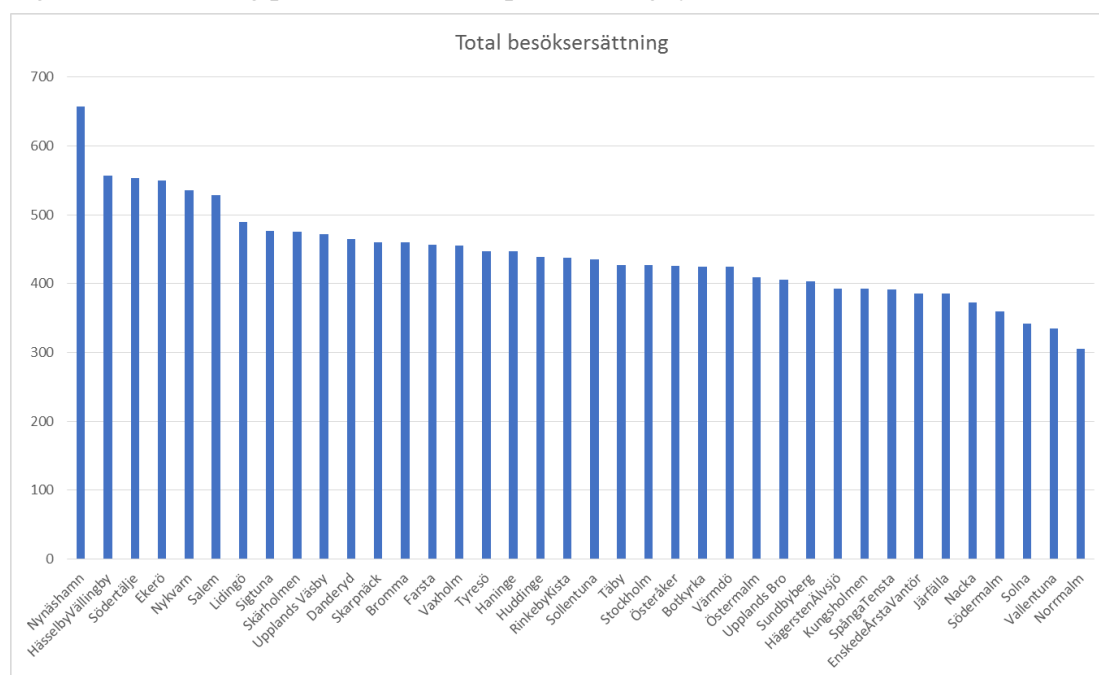
Ersättningen baserad på CNI uppvisar stora variationer och visar de socioekonomiska skillnader som finns i regionen. Det är främst Rinkeby-Kista och Skärholmen som erhåller mer resurser än övriga områden. I figur 13 redovisas motsvarande ersättning baserat på ACG.

Figur 13. Ersättning per listad baserad på ACG, år 2022



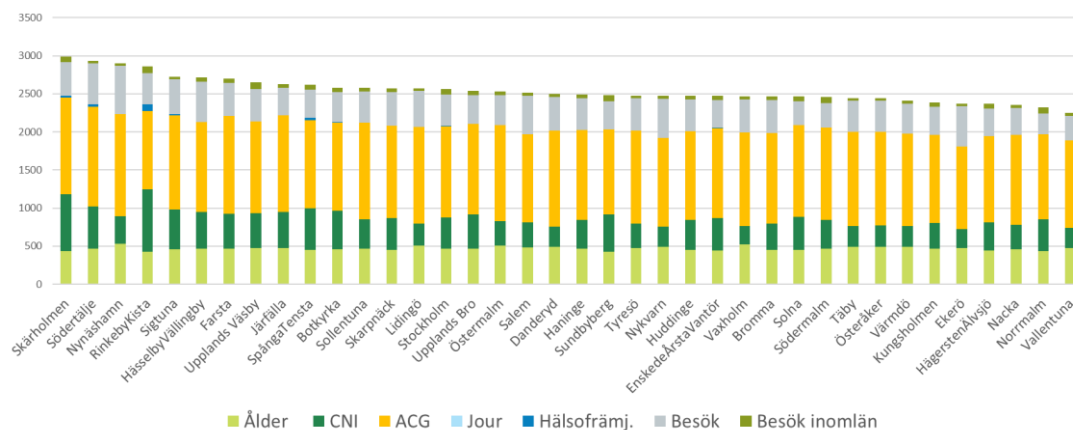
Som framgår av figuren är variationerna mellan områdena mindre för ersättning baserad på ACG. Vissa områden uppvisar tydliga skillnader i ersättning baserad på CNI och ACG. Det gäller främst Rinkeby-Kista med hög CNI-ersättning och låg ACG-ersättning. Lidingö är ett exempel på motsatsen. Skärholmen visar hög ersättning för båda indexen, medan Ekerö erhåller låg ersättning för båda indexen. I figur 14 redovisas motsvarande utfall baserat på vårdutnyttjandet (främst besök).

Figur 14. Ersättning per listad baserad på vårdutnyttjande, år 2022



Även för den ersättning som baseras på vårdutnyttjandet finns relativt stora skillnader. För vissa kommuner och stadsdelar påverkas den totala ersättningen av ett stort antal hembesök. I figur 15 nedan summeras den totala ersättningen per individ där förutom de tre större ersättningskomponenterna (CNI, ACG och vårdutnyttjande) även andra ersättningsdelar med mindre belopp ingår.

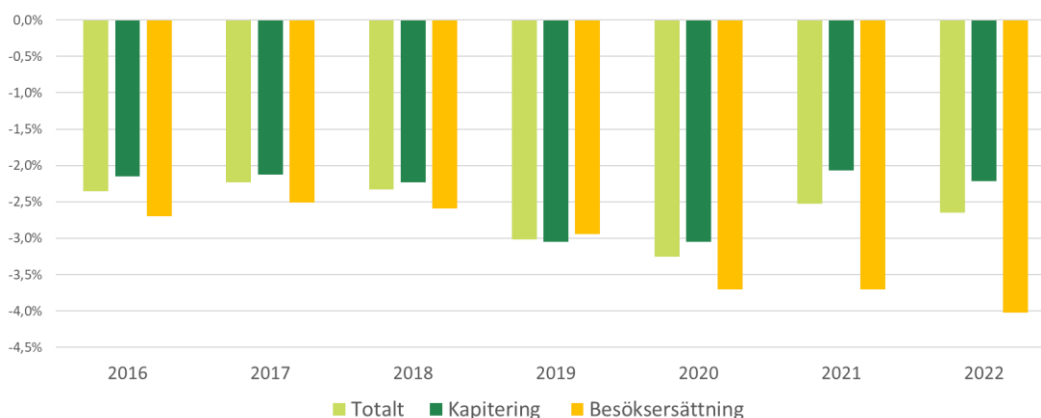
Figur 15: Total ersättning baserad på listning och vårdutnyttjande, år 2022.



Som framgår av figuren är den totala ersättningen högst för låginkomstområden som Skärholmen, Södertälje, Nynäshamn och Rinkeby/Kista. CNI-andelen är högst i Skärholmen och Rinkeby/Kista, medan ACG-andelen är störst i såväl socioekonomiskt starka områden (Östermalm, Lidingö) som socioekonomiskt svagare område (Södertälje, Farsta, Nynäshamn).

I figur 16 redovisas en analys baserad på ett så kallat koncentrationsindex där områdena rangordnats utifrån disponibel medelinkomst. Tolkningen av indexet är att ett värde över noll gynnar rikare områden, medan ett värde under noll gynnar fattigare områden.

Figur 16. Koncentrationsindex utifrån total ersättning, fast (kapitering) och rörlig ersättning (baserat på listning), stadsdelar/kommuner, år 2016-2022.



Som framgår av figuren är värdet på koncentrationsindexet negativt för samtliga år. Det betyder att områden med lägre medelinkomst erhåller något mer resurser än de med högre inkomst. Dessa siffror har dock inte standardiserats för vårdbehov, men givet syftet att studera förändringar över tid är det intressant att notera att förändringarna är relativt små². Koncentrationsindexet för den totala ersättningen var år 2016, - 0,023, och år

² Vårdbehov antas vara relativt oförändrade över en kortare tidsperiod.

2022, -0,026, det vill säga i princip oförändrat. Utvecklingen kan förklaras av att ACG ökat och utgjort den största andelen av ersättningen. Det är även intressant att notera att den rörliga ersättningen (trots en minskad andel) har en större omfördelningseffekt än den totala fasta ersättningen. Det beror troligtvis på att områden med lägre inkomst konsumerar mer besök.

6.3. Samband mellan olika ersättningskomponenter

De olika ersättningssystemen ger olika resurstilldelning för olika geografiska områden. Det ger möjlighet att studera hur relationen mellan ersättningskomponenterna ser ut. I tabell 5 redovisas enkla korrelationssamband mellan komponenterna.

Tabell 5. Korrelationer mellan ersättningskomponenter

2022 Produktion		Ersättning tot.	Ålder	CNI	ACG
Kapitering	Ersättning tot.	1,00			
	Ålder	0,21	1,00		
	CNI	0,35	-0,67	1,00	
	ACG	0,33	0,60	-0,25	1,00
	Jour				
	Hälsofrämj.	0,33	-0,37	0,76	-0,34
	Inskrivn hemsjukvård	0,42	0,04	0,13	0,05
Rörlig ersättning	Besökers.	0,69	0,47	-0,08	0,38
	Besöksers. Olistad	0,54	0,00	0,18	0,26
	Besökers. inoml. Digital	0,67	0,18	-0,07	0,18
	Besökers. inoml. Fysisk	0,00	-0,07	0,00	0,08
Övrigt	Övr. ers.	0,66	0,32	-0,08	-0,02

Ur tabellen framgår att ACG och ålderkapitering samvarierar starkt (0,60) vilket är naturligt då sjuklighet ökar med högre ålder. Däremot är sambandet mellan ålder och CNI negativt (-0,67), vilket stöds av tidigare studier som visar att medelåldern är lägre i socioekonomiskt svagare område. Även sambandet mellan ACG och CNI är negativt, om än på en lägre nivå. Den rörliga ersättningen har ett positivt samband mellan ålder och ACG, det vill säga fler besök med ökad ålder och sjuklighet.

7. Diskussion och slutsatser

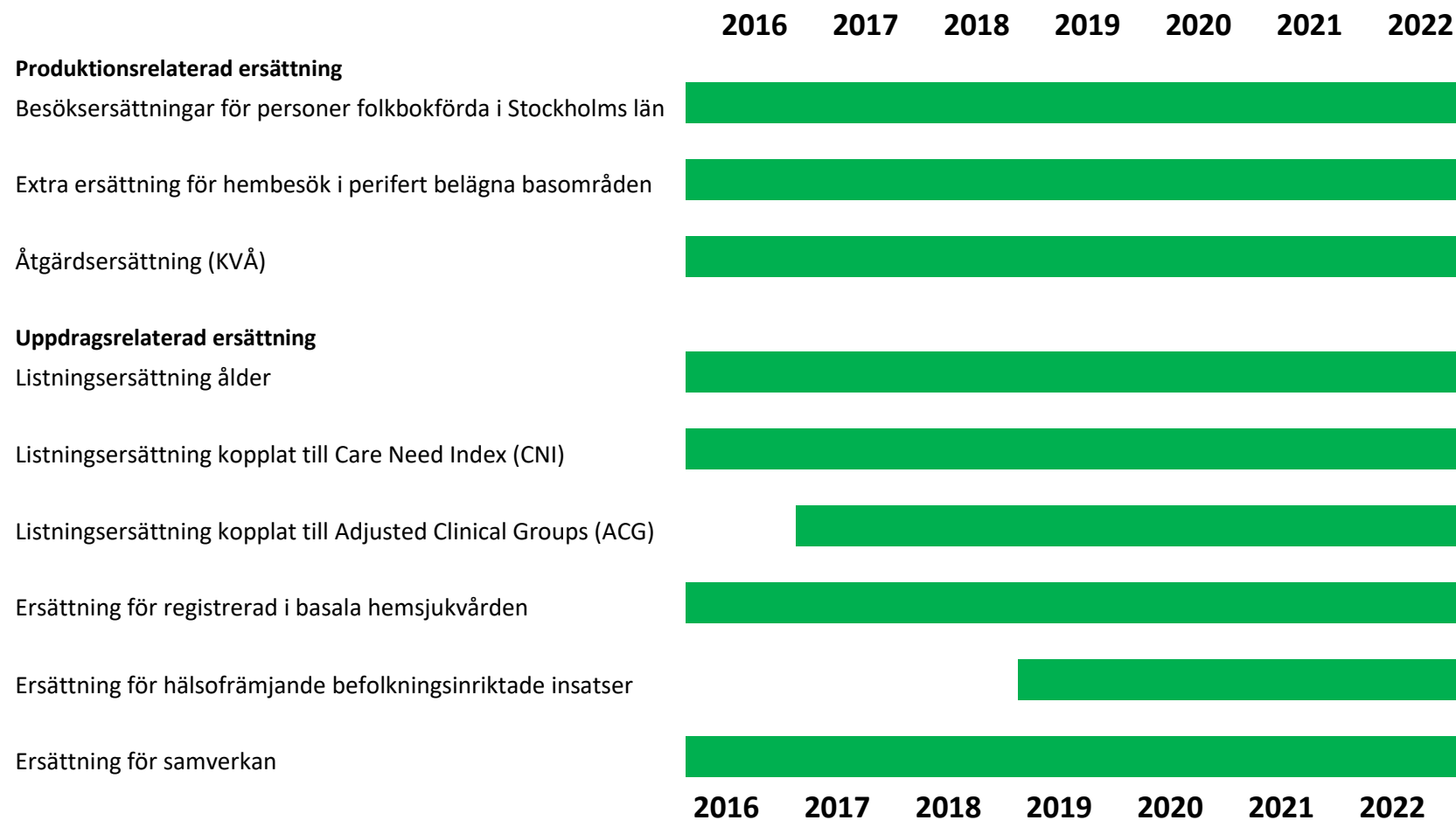
Med de förändringar som gjorts av ersättningssystemet inom husläkarverksamhet med basal hemsjukvård har den tidigare relativt stora andelen rörlig ersättning minskat. Inom den fasta ersättningen har fördelningen av olika komponenter ändrats genom att ålderskapitering drastiskt minskat och ersatts av främst ACG och till viss del CNI.

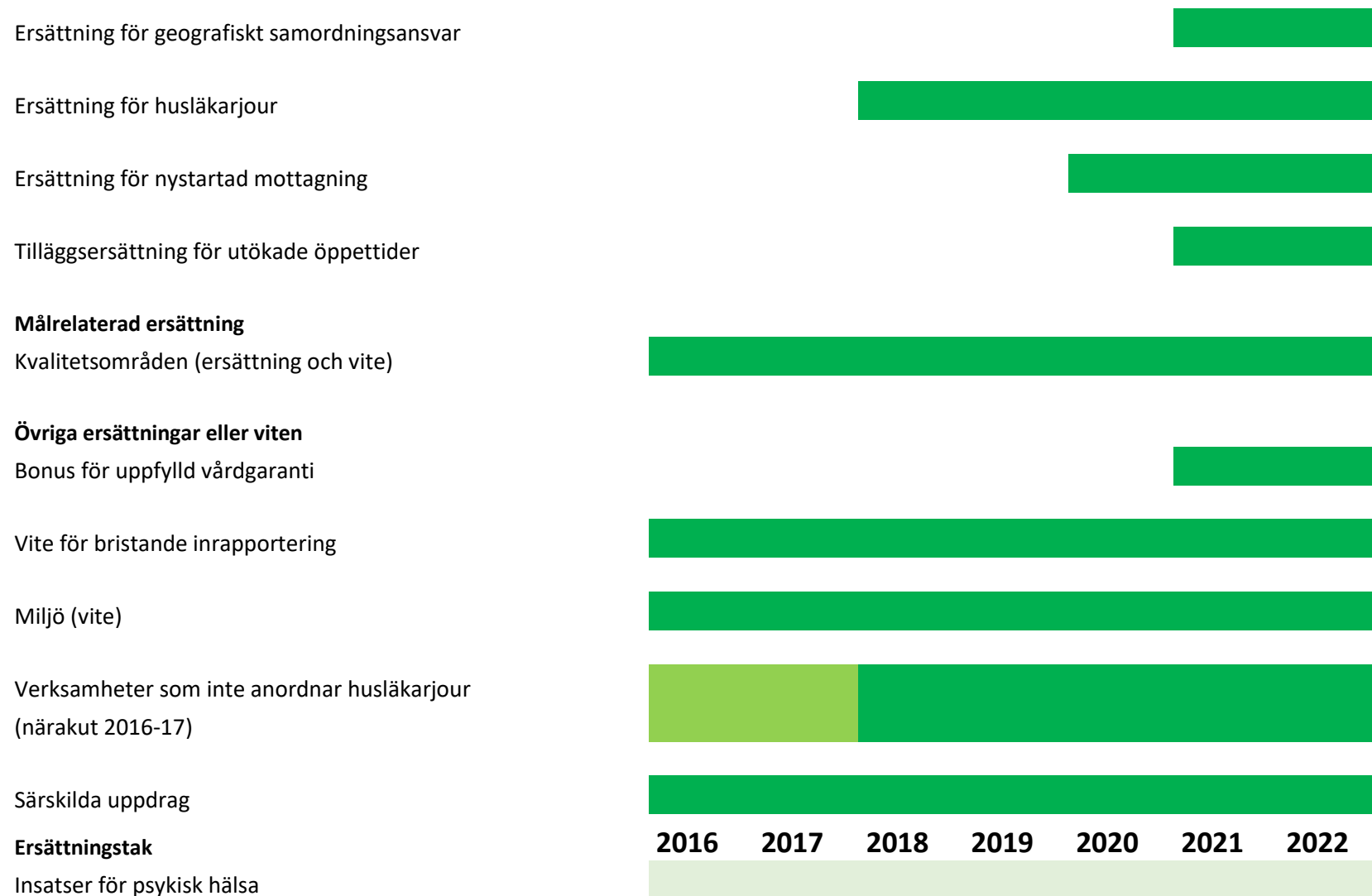
I studien har fördelningen av resursfördelningen sammanställts för geografiska områden baserat på kommuner i regionen och stadsdelar inom Stockholms stad. Generellt är förändringarna av den totala resursfördelningen relativt liten, men för vissa vårdgivare och stadsdelar/kommuner kan förändringarna vara stora. Fördelningen genom CNI gynnar områden med låg inkomst och sociala problem. ACG samvarierar till stor del med åldersfaktorn och gynnar områden med en befolkning med hög genomsnittsålder och förekomst av kroniska sjukdomar. Över tid finns ett stabilt mönster med en högre nivå av den totala resurstilldelningen till låginkomstområden. Den rörliga prestationsersättningen har dock en större omfördelande effekt än den fasta ersättningen, trots en minskad andel av den totala ersättningen. Detta förklaras av att dessa områden har fler besök per invånare. För innerstadsstadsdelar finns relativt stora skillnader mellan produktion av vård och de boendes konsumtion av vård, vilket förklaras av att vårdcentraler i innerstaden har en större andel listade från andra områden. Det gäller främst vårdgivare med stort utbud av digitala vårdtjänster.

Relationen mellan de olika ersättningskomponenterna varierar och tar ibland ut varandra. ACG och ålder har en hög samvariation. Valet mellan ACG och ålderskapitering kan dock ha betydelse genom att de påverkar huruvida områden med relativt friska äldre erhåller mindre resurser än områden med sjuka äldre. Dock uppvisar såväl ACG som ålder ett negativt samband med CNI. Detta ställer frågor om hur vårdbehov bäst definieras – utifrån sjuklighet eller socioekonomisk status. Det kan även betyda att båda komponenterna är väsentliga och kompletterar varandra genom att socioekonomiskt svaga områden med speciella hälsoproblem ges mer resurser trots lägre förekomst av sjuklighet inom ACG-definitionen. Det kan även vara så att individer eller grupper med hälsoproblem inte söker vård vilket ger en låg ACG-vikt.

Generellt har förändringarna av ersättningssystemen en marginell effekt rörande fördelningen mellan socioekonomiskt svaga och starka områden. Däremot finns ett samband mellan trenden mot färre antal läkarbesök och högre kapitering. En intressant fråga för fortsatt analys är hur förändringarna av ersättningssystemet påverkat vårdutnyttjandet för olika patientgrupper. Det gäller i synnerhet hur ökningen av ACG-tilldelningen tillfallit patienter med hög sjuklighet och kroniska sjukdomar. I ett fortsatt arbete bör även den erhållna ersättningen justeras för variationer i vårdbehov.

Bilaga 1. Ersättningsmodell HLM och basal hemsjukvård 2016 – 2022.





Ersättningstak för KVÅ åtgärder

Tak för nyöppnade mottagningar

Patientavgifter

Kostnadsansvar

Vårdgivarens kostnadsansvar för egna listade personers besök på annan husläkarmottagning

Kostnadsansvar för besök på närakuter

Medicinsk service:

Undersökningar där Beställaren har hela kostnadsansvaret

Undersökningar med delat kostnadsansvar (20% beställaren)

Lokaler, utrustning, hjälpmedel, tolkar, m.m.

Utbildningsåtaganden

Bilaga 2. Listningsbaserad ersättning 2016-2022.

FFU 2016 – 2023: UPPDRAG DÄR ERSÄTTNING ÄR BASERAD PÅ LISTNING

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
UPPDRAGS- RELATERAD									
Listning ÅLDER	0-5,6-64,65- w 754, 630, 1636	0-5,6-64,65-w 953, 794, 2064	0-5,6-64,65- w 776, 647, 1680	0-5,6-64,65-w 478, 390, 1091	0-5,6- 64,65w 360, 290, 820	0-5,6-64,65- w 360, 290, 820	0-5,6-64,65- 74,75-w 360, 290, 920, 1000	0-5,6-64,65- 74,75-w 390, 310, 1117, 1217	0-5,6- 64,65- 74,75-w 480, 335, 1185, 1290
Kopplat till CNI	-	307 kr/år o listad vid CNI 1,0	274 kr/år o listad vid CNI 1,0	278 kr/år o listad vid CNI 1,0	339 kr/år o listad vid CNI 1,0	356 kr/år o listad vid CNI 1,0	376 kr/år o listad vid CNI 1,0	410 kr/år o listad vid CNI 1,0	475 kr/år o listad vid CNI 1,0
Kopplat till ACG	-	-	274 kr/år o listad vid ACG 1,0	557 kr/år o listad vid ACG 1,0	700 kr/år o listad vid ACG 1,0	718 kr/år o listad vid ACG 1,0	1133 kr/år o listad vid ACG 1,0	1200 kr/år o listad vid ACG 1,0	1300 kr/år o listad vid ACG 1,0
Utlandsfödd	326 kr/år	-	-	-	-	-	-	-	-
Kompetens- utveckling	5 kr/listad	-	-	-	-	-	-	-	-

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser	-	-	-	-	Fast ersättn 6,4 milj kr lika delat ml mottagn + 6,4 milj kr fördelas mellan mottagn eft antal listade	400000 kr + 6 milj kr	400000 kr + 6 milj kr	415000 kr + 6,5 milj kr	430000 kr + 6,5 milj kr
Husläkarjour	-	-	-	Ersättning per listad, 48 kr/år	Ersättning per listad, 48 kr/år	Ersättning per listad, 48 kr/år	Ersättning per listad, 48 kr/år	NEJ borttaget	NEJ borttaget
Tilläggsersätt utökade insatser psykisk hälsa barn och unga (from 1/12 2021)	-	-	-	-	-	-	Ersättning per listad 6-17 år, 203 kr/år	D:o 205 kr/år	D:o 325 kr/år
Tilläggsersätt koordinering insatser för sjukskrivna personer	-	-	-	-	-	-	Ersättning per listad 16-68 år 36 kr/år	D:o 37 kr/år	D:o 37 kr/år

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ersättning för nystartad mottagning Ersättningar gäller till och med månaden som infaller 12 månader efter driftstart eller till och med månaden då mottagningen har 4 000 listade. Höjningen görs på egna listade patienters besök.	5000 kr/mån from driftstart och under hela nästkommande kalenderår	-	-	-	-	Besöksersättning höjs med 50% under 12 mån efter driftstart eller tills månaden efter då mottagningen har 4 000 listade. Listningstak får inte införas. Höjningen gäller enbart grundersättning, ej tilläggs- eller KVÅ ersättn.	Besöksersättning höjs med fastställda belopp. Gäller grundersättning för fysiskt besök hos Läkare, Ssk, Usk, annan leg pers. Vårdkontakt som sker via video hos leg hälso- och sjukv.pers på mottagn. Teambesök samt grupp-teambesök på mottagn	D:o =2021	D:o =2021

MÅLRELATERAD ERSÄTTNING									
Kvalitet	13 kvalitets-indikatorer +/- 3%	8 områden, Max 45 kr/listad	8 områden, Max 45 kr/listad	7 områden, Max 45 kr/listad	7 områden, Max 45 kr/listad	7 områden, Max 45 kr/listad	6 områden Max 26 kr/listad	7 områden Max 30 kr/listad	7 områden Max 30 kr/listad
Vite	av total ersättning	3 områden, Max 15 kr/listad	3 områden, Max 15 kr/listad	3 områden, Max 15 kr/listad	3 områden, Max 15 kr/listad	3 områden, Max 15 kr/listad	2 områden Max 10 kr/listad	3 områden, Max 15 kr/listad	2 områden Max 10 kr/listad
ÖVRIGA ERSÄTTNINGAR OCH VITEN									
Vite verksamheter som inte anordnar närakut	1:80 kr/listad per månad	Vite per listad, 2,70 kr per månad Nacka, Värmdö Sollentuna, Uppl-Väsby, Sigtuna, Spånga-Tensta, Rinkeby-Kista	D:o =2016	NEJ borttaget	NEJ borttaget	NEJ borttaget	NEJ borttaget	NEJ borttaget	NEJ borttaget
Bonus uppfyllt vårdgaranti	-	-	-	-	-	-	4 kr/listad o månad Om ≥85% av alla pat fått medicinsk bedömning inom 3 dagar	D:o =2021	D:o =2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ERSÄTTNINGSTAK									
Mottagnings verksamheten och de psykosociala insatserna: Om antalet besök dividerat med genomsnittliga antalet listade under kalenderåret överstiger nedan angivna nivåer reduceras Vårdgivarens ersättning. Som besök räknas besök som Vårdgivarens listade patienter gör i Vårdgivarens egen verksamhet. Besökstaket beräknas i	Reducering av ersättning med 33 %: Läkarbesök högre än 1,9 SSK högre än 0,7 Psykosociala insatser högre än 0,20	Reducering av ersättning med 33 %: Läkarbesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård. Vid nivå högre än 1,9 Sjuksköterskebesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård Vid nivå högre än 1,0 Psykosociala insatser , besök per listad Vid nivå högre än 0,20 Besök i hemsjukvård	Reducering av ersättning med 33 %: Läkarbesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård. Vid nivå högre än 1,9 Sjuksköterskebesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård Vid nivå högre än 1,0 Psykosociala insatser , besök per	Reducering av ersättning med 33 %: Läkarbesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård. Vid nivå högre än 1,9 Sjuksköterskebesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård Vid nivå högre än 1,0 Psykosociala insatser , besök per listad Vid nivå högre än 0,30 Besök i hemsjuk-	Reducering av ersättning med 33 %: Läkarbesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård. Vid nivå högre än 1,9 Psykosociala insatser , besök per listad Vid nivå högre än 0,50	Reducering av ersättning med 33 %: Läkarbesök , per listad, avser inte besök i hemsjukvård. Vid nivå högre än 1,9 Psykosociala insatser , besök per listad Vid nivå högre än 0,50	Reducering av ersättning med 33 %: Insatser för psykisk hälsa , besök per listad: Reducering av ersättning med 33 % Vid nivå högre än 0,70	Reducering av ersättning med 33 %: Insatser för psykisk hälsa , besök per listad: Reducering av ersättning med 33 % Vid nivå högre än 0,70	NEJ, borttaget

förhållande till genomsnittligt antal listade personer per månad under kalenderåret. Takavstämning görs per kalenderår i efterskott.	Besök i hemsjukvård högre än 7,0	en av ssk och usk dividerat med antal listade 65 år eller äldre Vid nivå högre än 7,0	listad (nivå högre än 0,30) Besök i hemsjukvården av ssk/usk dividerat med antal listade 65 år eller äldre Vid nivå högre än 7,0	vården av ssk och usk dividerat med antal listade 65 år eller äldre Vid nivå högre än 7,0					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ersättningstak för KVÅ åtgärder: Taket beräknas i förhållande till genomsnittligt antal listade i åldersgruppen per månad under kalenderåret	= 2016 upp till kvoten 0,8 av antalet listade personer som under året är 75 år och äldre.	Extraersättning en för KVÅ-åtgärden ”Fördjupad läkemedelsgenomgång” utbetalas högst upp till kvoten 0,8 av antalet listade pers. som under året är 75 år och äldre.	D:0 =2016	D:0 =2016	D:0 =2016	D:0 =2016	D:0 =2016	D:0 =2016	NEJ borttaget

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning består av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP), Stockholm centrum för hälsoekonomi (StoCHE) och HTA Region Stockholm. CHIS är en universitetsjukvårdsenhet, vilket bland annat innebär att vi bedriver forskning av hög nationell och internationell kvalitet, bedriver utbildning av hög kvalitet samt bidrar till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra våra egna forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder.