

Vårdval i primärvården

JÄMFÖRELSE AV UPPDRAG,
ERSÄTTNINGSPRINCIPER OCH KOSTNADSANSVAR



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Vårdval i primärvården

JÄMFÖRELSE AV UPPDRAG, ERSÄTTNINGSPRINCIPER
OCH KOSTNADSANSVAR



Upplysningar om innehållet:
Olle Olsson, olle.olsson@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012
ISBN:978-91-7164-826-6
Text: Anders Anell, Pia Nylinder, Anna H Glenngård
Omslagsfoto: Maskot
Produktion: ETC Kommunikation
Tryck: LTAB, september 2012

Förord

Vårdvalssystem i primärvården är obligatoriskt enligt hälso- och sjukvårdslagen. Landstingen har dock rätt att själva utforma regelverken. Det är därför intressant att studera vilka variationer som finns och hur olika utformning av system kan kopplas samman med olika styreffekter. Syften med denna rapport är att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting år 2012 med avseende på uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter samt att studera hur villkoren förändrats sedan vårdval infördes. En jämförelse görs också av verksamhetschefers uppfattningar om vårdvalssystemen och dess styreffekter.

Anders Anell har genomfört studien tillsammans med Pia Nylinder och Anna H Glenngård, samtliga knutna till Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU) och Ekonomihögskolan vid Lunds universitet. Författarna ansvarar själva för innehåll och slutsatser i rapporten.

Vi vill särskilt tacka de personer från landsting/regioner samt verksamhetschefer i privat och offentlig regi som genom intervjuer och svar på enkäter medverkat till denna rapport.

Stockholm i september 2012

Lennart Hansson
Sektionen för demokrati och styrning
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 7 Sammanfattning och slutsatser
- 23 Kapitel 1. Introduktion
- 25 Kapitel 2. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar
 - 25 Uppdrag
 - 29 Ersättningsprinciper
 - 39 Kostnadsansvar
- 43 Kapitel 3. Resultat från enkät till verksamhetschefer i primärvården
 - 43 Metod och material
 - 44 Indelning av landstingen i grupper
 - 45 Resultat
- 67 Kapitel 4. Förändringar i ersättningsprinciper inom vårdvalsystemen
 - 68 Från ålder till ACG vid beräkning av fast ersättning per individ
 - 69 Justering av ersättningen utifrån täckningsgrad
 - 72 Utveckling av målrelaterad ersättning
 - 75 Förändringar i besöksersättningen
- 77 Bilaga A. Enkät till kontaktpersoner i landsting/regioner
- 83 Bilaga B. Kontaktpersoner i landsting och regioner
- 85 Bilaga C. Enkät till verksamhetschefer i primärvården

Sammanfattning och slutsatser

Vårdvalssystem i primärvården är obligatoriskt enligt hälso- och sjukvårdslagen sedan 2010. Landstingen har dock rätt att själva utforma regelverken och de närmare villkoren för godkända leverantörer. Det är därför intressant att studera dels vilka variationer som finns mellan landstingen när det gäller vårdvalssystemens utformning, dels vilka olika styreffekter som kan uppkomma som konsekvens av dessa variationer. Mot den bakgrunden finns två övergripande syften bakom denna studie. Det första syftet är att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting år 2012 med avseende på uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdval infördes. Material för kartläggningen har inhämtats via kontakter med utvecklingsansvariga i respektive landsting. Det andra syftet är att jämföra verksamhetscheferns uppfattningar om vårdvalssystemen och dess styreffekter. Material för denna jämförelse baserar på en enkät till privata och offentliga verksamhetschefer i primärvården i samtliga landsting. Allt material insamlades under våren 2012.

Vårdenheters uppdrag

I kartläggningen studerades i vilken utsträckning barnhälsovård (BHV), mödrahälsovård (MHV), rehabilitering respektive medicinsk fotvård ingår i vårdenheters grunduppdrag.

- › BHV ingår i grunduppdraget i de flesta landsting. I Sörmland och Gävleborg är BHV tilläggsuppdrag. I Stockholm, Uppsala och Skåne organiserar BHV inom separata vårdval. Rehabilitering ingår helt eller delvis i

grunduppdraget i 17 landsting. För MHV och medicinsk fotvård finns en större variation där uppdragen ingår i vårdvalet i ungefär hälften av landstingen.

- › I Dalarna, Jämtland, Norrbotten, Västernorrland och Västerbotten ingår samtliga namngivna verksamheter i grunduppdraget. Stockholm och Uppsala organiserar i hög grad de studerade verksamheterna inom ramen för separata vårdvalssystem, vilket leder till ett smalare uppdrag för vårdenheter. Ett jämförelsevis smalt uppdrag för vårdenheter återfinns även i Kalmar.
- › En jämförelse med tidigare sammanställningar av Socialstyrelsen och Konkurrensverket visar att uppdragens utformning i huvudsak varit stabila över tiden.

Ersättningsprinciper

Samtliga 21 landsting tillämpar en kombination av fast ersättning per listad individ, rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärder samt målrelaterad ersättning baserat på indikatorer som återspeglar kvalitet och effektivitet. Det enda undantaget är Jämtland som saknar målrelaterad ersättning. Med undantag för Stockholm är den fasta ersättningen per listad individ den viktigaste delen av ersättningen till vårdenheter. Även bland övriga landsting finns dock förhållandevis stora skillnader i de principer som används år 2012.

- › I Stockholm utgör den fasta ersättningen per listad individ ungefär 40 procent av den totala ersättningen för vårdenheter. Motsvarande andel i Uppsala och Kalmar är 70 procent och i övriga landsting minst 80 procent. Andelarna kan variera för enskilda vårdenheter beroende på antal besök av både listade och olistade.
- › 13 landsting använder ålder för justering av ersättningen per individ utifrån förväntade genomsnittliga vårdkostnader. Övriga åtta landsting justerar den fasta ersättningen utifrån diagnosklassificering enligt Adjusted Clinical Groups (ACG). Fem av dessa åtta landsting kombinerar ACG och ålder i beräkningarna.
- › 16 landsting justerar den fasta ersättningen utifrån socioekonomiska förutsättningar. Samtliga landsting utom Östergötland och Sörmland använder Care Need Index (CNI) som grund för att mäta socioekonomisk tyngd bland listade. I Östergötland används uppgifter om genomsnittlig inkomst inom det område där listade är bosatta. I Sörmland ges särskild ersättning till socioekonomiskt utsatta områden efter kommunernas bedömning. Andelen av ersättningen per individ som justeras utifrån socioekonomiska förutsättningar varierar mellan 5 och 30 procent.

- 14 landsting justerar den fasta ersättningen utifrån vårdenheters lokalisering. En extra ersättning utgår till vårdenheter i särskilda orter eller baserat på avstånd till närmaste sjukhus kombinerat med andra faktorer som återspeglar gles befolkning i närområdet. Storleken på ersättningen utifrån vårdenhetens lokalisering varierar.
- 15 landsting justerar ersättningen till vårdenheter utifrån så kallad täckningsgrad, det vill säga andel av de totala öppenvårdsbesöken som sker i primärvården. Det finns dock stora skillnader i hur landstingen definierar täckningsgrad. I nio av de 15 landstingen justeras ersättningen även utifrån lokalisering. Det innebär att vårdenheter som ligger längre från andra vårdresurser kompenseras på två olika sätt; dels direkt utifrån lokaliseringen i sig, dels indirekt utifrån den vanligtvis högre täckningsgraden för vårdenheter som ligger längre från andra vårdresurser.
- I Stockholm utgör besöksersättningen en högre andel av den totala ersättningen jämfört med andra landsting. Tydligast i Stockholm, men även i Uppsala, är besöksersättning även mer differentierad med avseende på yrkeskategori som möter patienten och typ av åtgärd. I en majoritet av de övriga landstingen utgår en låg besöksersättning för listade individer, vanligtvis motsvarande patientavgifterna. I flera landsting utgår samma besöksersättning oavsett yrkeskategori. I fem landsting får vårdenheter ingen besöksersättning alls för listade individer.
- Samtliga landsting utom Jämtland använder sig av någon form av målbase- rad ersättning. Principerna varierar avseende både antalet mål och ersättnings storlek och konstruktion. Landsting med förhållandevis många mål är i första hand Västra Götaland (40 mål), men även Kronoberg (17 mål), Sörmland (17 mål) och Stockholm (15 mål). Landstingen avsätter mellan en och fem procent av den totala ersättningen till målrelaterad ersättning. Det finns ingen tydlig koppling såtillvida att landsting som har definierat många mål även sätter av mer resurser till målrelaterad ersättning.

Förändringar i ersättningsprinciperna

- Förändringar i ersättningsprinciperna under senare år syftar till att finna nya vägar att nå mål som etablerats tidigare, snarare än att nya mål införts. Viktiga övergripande mål är rättvisa i fördelningen av resurser mellan vårdenheter och med avseende på patientgrupper med olika behov, prioritering av insatser för patientgrupper med särskilda behov samt att främja en utveckling mot att en större andel av öppenvårdsbesöken ska ske i primärvården.

- Ytterligare minst fem landsting planerar att införa ACG som grund för den fasta ersättningen per individ från 2013 eller 2014. System för målrelaterad ersättning utvecklas vidare när det gäller mål och indikatorer. Däremot finns inga landsting som planerar någon väsentligt ökad andel av ersättningen baserat på målpuppfyllelse.
- Vid förändringar av ersättningsprinciperna sker ofta en omfördelning av resurserna mellan vårdenheter, vilket också är syftet. Invändningar mot nya principer kommer i de flesta fall från vårdenheter som utgör förlorare. Ett exempel är att vårdenheter som listat många friska äldre blir förlorare vid en övergång från ålder till ACG vid beräkning av fast ersättning per individ. Förändringar som inte leder till en uppdelning i vinnare respektive förlorare är på så sätt enklare att genomföra. Omfördelning mellan vårdenheter ställer ofta krav på att förändringar införs stegvis.
- Samtliga landsting inspireras i sitt utvecklingsarbete av lösningar i andra landsting. Samarbete och utbyte av information finns både mellan enskilda landsting och inom ramen för olika nationella och regionala nätverk. Det är dock lokala förutsättningar som styr vid utformning av ersättningsprinciper i detalj samt vid beslut om nivåer för ersättningen.

Kostnadsansvar

I kartläggningen studerades i vilken utsträckning sex olika typer av kostnader ingick i vårdenheters kostnadsansvar: listade individers besök hos allmänläkare och sjukgymnaster finansierade via nationell taxa, listade individers primärvårdsbesök i andra landsting, listade individers besök hos annan vård-enhet inom vårdvalet, allmänläkemedel, medicinsk service samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar. Kostnadsansvaret för inte minst medicinsk service samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar framstår som svåröverblickbart med definitioner, avgränsningar och ”gråzoner” gentemot vårdgrannar i form av sjukhus och kommuner. Det material som samlats in ger främst underlag för att analysera skillnader mellan landstingen.

- Stockholm men även Kalmar, Örebro, Gotland och Uppsala utmärker sig genom att vårdenheter har ett relativt snävt kostnadsansvar. På samma sätt finns en grupp landsting som har ett relativt brett kostnadsansvar. Det gäller i första hand Dalarna, Jönköping och Gävleborg.
- Det finns även variationer inom ett och samma landsting när det gäller graden av kostnadsansvar. Vårdenheter kan ha omfattande kostnadsansvar på ett område medan det samtidigt är mera begränsat på ett annat område. Vårdenheter i Kalmar har till exempel ett långtgående kostnads-

ansvar för hjälpmedel och förbrukningsartiklar respektive läkemedel, men däremot inget kostnadsansvar alls för medicinsk service.

- Med undantag för Kalmar och Stockholm har vårdenheter kostnadsansvar för så kallade otrohetsbesök, det vill säga besök som listade individer gör hos andra primärvårdsresurser inom vårdvalet. Principerna varierar dock vad avser avdragens storlek och omfattning.
- För allmänläkemedel finns i de flesta landsting ett relativt omfattande kostnadsansvar. Undantag är Halland, Sörmland, Stockholm, Gotland och Örebro. De flesta landsting utgår från principen att vårdenheter ansvarar för kostnader för listades allmänläkemedel oavsett förskrivare. Definitionen av allmänläkemedel och gränsdragningar mellan primärvårdens och specialistvårdens ansvarsområde kan variera.
- När det gäller medicinsk service är det framför allt röntgenundersökningar samt (i flera fall) klinisk fysiologi, klinisk patologi/cytologi, endoskopier samt mera sällsynta och dyra undersökningar som är helt eller delvis undantagna från vårdenheters kostnadsansvar. Sådana undantag inom medicinsk service förekommer främst i Norrbotten, Västmanland, Kalmar, Stockholm och Gotland.
- För hjälpmedel och förbrukningsartiklar finns stor variation. Definitioner och gränsdragningar gentemot kommunernas kostnadsansvar varierar. I ett flertal landsting är tekniska, personliga aktivitetshjälpmedel generellt undantagna från kostnadsansvar.

Verksamhetschefers uppfattningar om styreffekter

I syfte att studera uppfattningar om olika vårdvalssystem skickades en enkät till verksamhetschefer vid privata och offentliga vårdenheter inom primärvården i samtliga landsting. Enkäten omfattade 21 frågor om hur verksamhetschefer uppfattade uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Frågorna var utformade som påståenden som verksamhetscheferna ombads ta ställning till. Förutom jämförelser mellan de 21 landstingen analyserades även skillnader i svar från privata och offentliga verksamhetschefer, med särskilt fokus på skillnader i Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Vad gäller uppfattningar om uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar framkom flera skillnader.

- Knappt hälften av verksamhetscheferna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i att grunduppdraget är alltför omfattande. Som kan förväntas är andelen lägre i Stockholm, med begränsat uppdrag för husläkarmottagningar, och högre i de landsting som har ett brett uppdrag för vårdenheter.

- Nästan 9 av 10 verksamhetschefer instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i att kraven på vårdenheterna är för stora i förhållande till den ekonomiska ersättningen. Med undantag för Skåne, där nästan alla verksamhetschefer instämmer, finns inga större variationer mellan landstingen.
- Ungefär en tredjedel av verksamhetscheferna anser att de ekonomiska riskerna för den egna vårdenheten än hanterbara i ganska eller mycket stor utsträckning. Med undantag för Skåne, som redovisar en lägre andel, finns inga större variationer mellan landstingen. Privata verksamhetschefer instämmer i högre grad i påståendet.
- 85 procent av verksamhetscheferna anser att det är för stor osäkerhet i storleken på framtida intäkter. Andelen är högre i de landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av fast ersättning per individ. Denna skillnad kan återspegla att ACG och socioekonomi som grund för beräkningarna uppfattas som mindre transparent och leder till större problem för verksamhetschefer att förutspå framtida intäkter.
- Andelen som i ganska eller mycket hög utsträckning anser att de har möjlighet att kontrollera de kostnader de ansvarar för är högst i Stockholm (83 procent) och lägst i Skåne (33 procent). I gruppen med mest omfattande kostnadsansvar (Dalarna, Jönköping och Gävleborg) noteras en lägre andel som instämmer i påståendet jämfört med gruppen med minst omfattande kostnadsansvar (Kalmar, Örebro, Uppsala och Gotland).
- Nästan tre fjärdedelar av verksamhetscheferna menar i ganska eller mycket stor utsträckning att ersättningen till vårdenheter i högre grad bör justeras utifrån individers förväntade vårdbehov. Andelarna är lika höga i Västra Götaland och Skåne som i Stockholm. Däremot finns en skillnad mellan övriga landsting. I landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar för beräkning av ersättningen är andelen respondenter som instämmer i påståendet lägre än i landsting som enbart utgår från ålder vid beräkningen. Andelen som instämmer är högre bland offentliga verksamhetschefer jämfört med privata, särskilt i Stockholm.
- Tre fjärdedelar av verksamhetscheferna instämmer i påståendet att andelen fast ersättning per listad individ bör öka, jämfört med drygt hälften som instämmer i motsvarande påstående för andelen besöksersättning. Det skulle kunna tolkas som att det finns preferenser för en ökning av andelen ersättning som baseras på antalet listade individer snarare än besök. Dessa preferenser återfinns dock i första hand bland offentliga verksamhetschefer.
- Knappt hälften av verksamhetscheferna vill se en ökning i andelen ersättning som baseras på kvalitetsindikatorer, vilket ställer högst krav

på anpassning från vårdenheternas sida. Andelen som instämmer i detta påstående är lägst i Västra Götaland som har flest kvalitetsindikatorer inom ramen för sin målrelaterade ersättning. Däremot finns ingen större skillnad mellan den grupp landsting som har högst andel målrelaterad ersättning (Uppsala, Dalarna, Kalmar och Örebro) och de flesta andra landsting. Det finns inte heller några större skillnader mellan privata och offentliga verksamhetschefer.

När det gäller verksamhetschefer uppfattningar om styreffekter var skillnaderna mellan landsting och mellan privata och offentliga verksamhetschefer i flera fall markanta.

- Nio av tio verksamhetschefer i Stockholm instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning att nuvarande ersättningsprinciper premierar korta besök. Andelen verksamhetschefer som instämmer är väsentligt lägre i landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av den fasta ersättningen per individ. Även i dessa landsting instämmer dock omkring hälften av verksamhetscheferna i påståendet. Det kan bero på uppfattningar om att vårdvalssystemen i sig premierar korta besök, genom krav på hög tillgänglighet för listade individer, oavsett ersättningens utformning. Även justering av den fasta ersättningen utifrån täckningsgrad ger incitament till många besök. Uppdelat på privata och offentliga verksamhetschefer finns mycket stora skillnader i uppfattningar. Offentliga verksamhetschefer instämmer i högre utsträckning än privata.
- Ungefär en femtedel av respondenterna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att nuvarande ersättningsprinciper stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov. Andelen är mycket låg i Stockholm jämfört med övriga landsting. I de landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar som utgångspunkt för beräkningarna är andelen som instämmer i påståendet högre. Offentliga verksamhetschefer instämmer i lägre grad än privata.
- Två tredjedelar av verksamhetscheferna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att nuvarande ersättningsprinciper riskerar undanträngning av patientgrupper. Med undantag för Västra Götaland är andelen lägre i landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av fast ersättning per individ. Den högre andelen som instämmer i Västra Götaland kan förklaras av att justeringen utifrån ACG och socioekonomiska förutsättningar har mindre betydelse. Genomgående instämmer en högre andel av offentliga verksamhetschefer i påståendet jämfört med privata.

- En sjättedel av verksamhetscheferna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i att nuvarande ersättningsprinciper främjar de prioriteringar man vill arbeta utifrån. Med undantag för Västra Götaland är andelen högre i landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av fast ersättning per individ. Andelen är mycket låg i de landsting som enbart använder ålder för beräkning av fast ersättning per individ.
- Ungefär en tredjedel av respondenterna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att nuvarande ersättningsprinciper stödjer styrningen av den egna verksamheten. Det finns inga större skillnader mellan landstingen. Däremot är andelen som instämmer att nuvarande ersättningsprinciper stimulerar nytänkande och innovationer högre i Skåne jämfört med övriga landsting.

”Även om flertalet landsting arbetar med likartade övergripande principer finns viktiga skillnader i hur till exempel den fasta ersättningen beräknas, former för besöksersättning och vilka indikatorer som den målrelaterade ersättningen utgår ifrån.”

Några slutsatser

Det material som presenterats i rapporten ger i olika utsträckning grund för bestämda slutsatser. Kartläggningen av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar inom ramen för landstingens vårdvalssystem är baserad på ett relativt komplett material som ger god grund för slutsatser om hur principerna varierar. Däremot är det mer öppet för tolkningar och bedömningar när det gäller förklaringar bakom de variationer som observerats. Resultaten från enkätstudien om verksamhetscheferns uppfattningar om vårdvalssystemen och dess styreffekter är mer osäkra. Även om skillnader i svar från olika landsting och typer av verksamhetschefer kan beskrivas exakt i kvantitativa termer finns en osäkerhet orsakat av bortfall och att data från flera landsting är begränsade. Verksamhetscheferns uppfattningar i frågor om styreffekter behöver inte heller återge faktiska prioriteringar. Uppfattningar kan påverkas av den interna debatten i respektive landsting samt egna önskemål om

hur villkoren borde ändras. Det är därför mer öppet för tolkningar och bedömningar även när det gäller resultat från enkäten till verksamhetschefer.

Uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar

Kartläggningen visar att landstingens utformning av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar inom primärvården varierar. Även om flertalet landsting arbetar med likartade övergripande principer finns viktiga skillnader i hur till exempel den fasta ersättningen beräknas, former för besöksersättning och vilka indikatorer som den målrelaterade ersättningen utgår ifrån. När väl en ersättningsprincip etablerats är det svårt att förändra villkoren eftersom det skapar omfördelningar av resurser mellan vårdenheter. Det är också en förklaring till att förändringarna av villkoren i olika landsting i huvudsak varit blygsamma. I vilken utsträckning det finns motsvarande eller större variationer i hur landstingen utformat andra viktiga delar av vårdvalssystemen, till exempel principer för godkännande samt uppföljning och revision av vårdenheter, har inte studerats inom ramen för rapporten.

Det finns flera tänkbara förklaringar bakom variationerna. En första förklaring är att landsting lyft fram olika målsättningar och prioriteringar i samband med att vårdvalssystemen introducerats och reviderats. Det är också tydligt att debatten om vårdvalets potentiellt negativa effekter har styrt prioriteringarna och inte minst ersättningsprincipernas utformning. De landsting som först introducerade vårdval – Halland, Stockholm och Västmanland – använde förhållandevis enkla principer där enbart ålder användes för att justera den fasta ersättningen per individ. De landsting som införde vårdval under 2009 och 2010 har i flera fall mer komplicerade ersättningssystem där den fasta ersättningen per individ justeras utifrån flera faktorer som vårdtyngd, socioekonomi och enheternas lokalisering. Detta kan ses som ett svar på den tidiga kritiken mot vårdval i primärvården, i synnerhet i Stockholm. De viktigaste argumenten mot vårdval har varit risken för en undanträngning av vårdtunga och socioekonomiskt utsatta patientgrupper samt att det skulle vara svårare att locka vårdenheter att etablera sig i glesbygd. Vårdvalssystemens utformning i Skåne och Västra Götaland tycks i detta avseende ha varit en viktig inspirationskälla för många andra landsting. En utveckling av systemen i främst Västmanland, som infört ACG och CNI år 2012, och delvis Stockholm, som planerar en behovsjusterad besöksersättning, kan noteras på senare tid. Halland har dock behållit samma principer som introducerades år 2007.

Medan den principiella utformningen av ersättningsprinciper i hög grad varit en politisk fråga tycks tidigare traditioner och praktiska omständigheter haft större betydelse när det gäller utformning av uppdrag och kostnadsansvar. Det uppdrag och kostnadsansvar vårdenheter i primärvården hade före vårdval i respektive landsting har vanligen tagits med i kravspecifikationen

när vårdval införts. Olika tillgång till data och möjligheter att följa upp verksamheter kan förklara varför kostnadsansvaret för olika typer av kostnader kan vara mer eller mindre omfattande i ett och samma landsting. Även om mycket fokus i den allmänna debatten riktats mot variationer i ersättningsprinciperna förefaller variationerna i kostnadsansvaret att vara minst lika stora. Det är också svårare att exakt beskriva hur kostnadsansvaret ser ut eftersom det finns ”gråzoner” gentemot vårdgrannar med möjligheter för enskilda vårdenheter att ta ett större eller mindre ansvar i praktiken. Särskilt för små vårdenheter skapar ett omfattande kostnadsansvar större osäkerhet och potentiella kostnadsproblem beroende på vilka individer som listar sig på enheten. På samma sätt skapar ett samlat uppdrag större krav på att vårdenheter redan från början har bred kompetens eller motsvarande avtal med underleverantörer. De högre inträdesbarriärer som dessa villkor leder till ska vägas mot fördelarna. Med ett samlat uppdrag kan det finnas bättre möjligheter att skapa kontinuitet gentemot patienter. Ett omfattande kostnadsansvar innebär att ansvaret för prioriteringar återfinns på den nivå där kunskaperna om verksamheten och skillnader i behov är som störst. Ett omfattande uppdrag och kostnadsansvar ger också vårdenheter större utrymme för kostnadseffektiva innovationer och möjligheter att förändra praxis.

I allt fler landsting justeras den fasta ersättningen per individ utifrån en kombination av ACG och socioekonomiska förutsättningar bland listade. Ambitionen är att ersättningen till vårdenheter ska vara så rättvis som möjligt och att resurserna ska styras mot patienter med de största behoven. Det finns dock skillnader mellan landstingen vad gäller vikten mellan dessa båda faktorer och nivån på ersättningen. Flera landsting justerar även ersättningen utifrån vårdenhetens lokalisering. Syftet är att kompensera för högre kostnader för vårdenheter i områden med gles befolkning och/eller att säkerställa etableringar i olika områden oavsett förutsättningar. På samma sätt som för socioekonomiska förutsättningar varierar andelen extra ersättning. I många fall tycks justeringen av den fasta ersättningen utifrån olika faktorer som ACG, socioekonomiska förutsättningar och lokalisering ha avgjorts av simuleringar som visar vilka omfördelningseffekter som kan hanteras, snarare än vad som kan anses optimalt sett till hur faktorerna faktiskt påverkar förväntade kostnader. Dataunderlagen för justeringar har hämtats från befintliga kostnadsskillnader inom respektive landsting. Det går därför inte att utesluta att en ersättning baserat på ACG, socioekonomi och vårdenhetens lokalisering rymmer kompensation för bristande effektivitet bland vårdenheter på samma sätt som enkla ersättningsprinciper.

Bättre kunskaper om hur olika faktorer faktiskt påverkar kostnadsstrukturen skulle kunna ge underlag för fortsatt utveckling av både ersättningsprinciperna och själva nivån på ersättningen.¹ Det bör i detta sammanhang finnas ett stort värde i ett fortsatt samarbete mellan landstingen, även för att ta del av varandras erfarenheter av olika styreffekter. Ett exempel på en gemensam fråga för landstingen är om en justerad ersättning utifrån täckningsgrad kan åstadkomma de önskade effekterna, och hur täckningsgrad i så fall ska definieras och utformas så att inga oönskade styreffekter uppstår.

”En mycket viktig fråga i sammanhanget är om omfördelningen av resurser utifrån ACG och socioekonomiska förutsättningar skapar motsvarande mervärde hos berörda patient- och befolkningsgrupper.”

En mycket viktig fråga i sammanhanget är om omfördelningen av resurser utifrån ACG och socioekonomiska förutsättningar skapar motsvarande mervärde hos berörda patient- och befolkningsgrupper. En extra resurstilldelning utifrån ACG och socioekonomi kan inte betraktas som någon garanti för att berörda vårdenheter faktiskt kommer att använda resurserna så att avsedda grupper får en bättre vård. Det är därför osäkert om de politiska intentionerna när ersättningsystemen utformades faktiskt har infriats. I åtminstone ett landsting finns diskussioner om att koppla den extra ersättningen utifrån socioekonomiska förutsättningar till ett tilläggsuppdrag för vårdenheter, vilket skulle ge förbättrade möjligheter att följa upp och ställa krav på verksamheten. En förbättrad ansvarsutkrävning kan också utvecklas genom andra delar av vårdvalssystemen som inte studerats i denna rapport. En väl utvecklad uppföljning inklusive principer för medicinsk revision baserad på krav på vårdenheter i samband med godkännande kan vara ett komplement eller till och med alternativ till styrning genom utvecklade ersättningsprinciper.

Bättre underlag och ökat samarbete mellan landstingen förenklar sannolikt inte själva införandet av nya principer, som styrs mer av politik än vetenskap. Ett gradvis införande av nya ersättningsprinciper under flera år

Not. 1. Ett exempel på mera kvalificerad analys är Borgquist L, med flera. Primärvårdsersättning efter socioekonomi eller sjukdomsbörda. Registerstudie från Östergötland visar på olika svar beroende på analysnivå. 2010; 37: 2158-2163.

underlättar för vårdenheter och landstinget genom successiva krav på små omställningar. Samtidigt skjuts problemen vad gäller orättvis resursfördelning på framtiden. Ett snabbare införande skulle leda till ökad rättvisa, förutsatt att de nya ersättningsprinciperna är väl avvägda. Samtidigt kan kraven på omställning för vårdenheter och landstinget i så fall bli alltför stora.

Uppfattningar bland verksamhetschefer

En minoritet av verksamhetscheferna är nöjda med nuvarande ersättnings-system. Detta gäller i alla landsting och oavsett hur ersättningsprinciperna utformats. Andelen nöjda är dock något lägre i Skåne och i de flesta andra landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av fast ersättning per individ. Undantaget är Västra Götaland, som också justerar ersättningen utifrån ACG och socioekonomi, som redovisar en högre andel nöjda än genomsnittet. Även när det gäller utformningen av kostnadsansvaret är missnöjet utbrett, dock mest i Skåne. I Skåne är det också en lägre andel av verksamhetscheferna som anser att de har möjligheter att kontrollera de kostnader de ansvarar för.

”En minoritet av verksamhetscheferna är nöjda med nuvarande ersättningssystem. Detta gäller i alla landsting och oavsett hur ersättningsprinciperna utformats.”

Trots att en större andel av verksamhetscheferna är missnöjda med ersättningsprinciperna i Skåne är det samtidigt en större andel som anser att nuvarande ersättningsprinciper stimulerar nytänkande och innovationer. Det skulle kunna tolkas som att verksamhetschefer uppfattar att kraven är höga i Skåne, vilket också ger större behov av att tänka nytt och ompröva tidigare principer för verksamheten. En hög andel missnöjda är inte nödvändigtvis ett uttryck för att ersättningsprinciperna är dåligt utformade. Alla former av ersättningsprinciper ställer någon form av krav, ger begränsningar i frihetsgraderna och utsätter vårdenheter för ekonomisk risk.

I de flesta landsting är andelen besöksersättning och ersättning baserat på uppfyllelse av indikatorer som återspeglar kvalitet och effektivitet liten. Denna ersättning kan ändå ha stor betydelse för vårdenheters agerande eftersom den löpande kan påverkas genom vårdenhetens aktiviteter. Den fasta ersättningen per individ kan i huvudsak påverkas genom att man listar fler

eller färre individer. Sett till åtminstone offentliga verksamhetschefer uppfattningar finns indikationer på att man hellre ser en ökning av den fasta ersättningen per individ, snarare än en ökning av besöksersättningen eller den målrelaterade ersättningen. Detta resultat är dock långt ifrån säkert. För att nå bättre kunskaper bör denna typ av frågor formuleras så att de olika komponenterna i ersättningsystemet ställs direkt mot varandra. Tidigare erfarenheter talar för att sådana frågor baserade på så kallade "discrete-choice" metodik leder till dålig svarsfrekvens, varför de inte använts i denna studie. Det är dock inte alls orimligt att offentliga och privata verksamhetschefer har olika preferenser i fråga om ersättningsprincipernas utformning. Det kan bero på dels vilka individer man listar, och dels på olikheter i privata respektive offentliga verksamhetschefer mål och drivkrafter. Tidigare studier har visat att offentliga vårdenheter i större utsträckning är lokaliserade i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar.² Privata verksamhetschefer som har personligt ägaransvar för vårdenhetens ekonomiska resultat har förmodligen större drivkrafter att försöka påverka intäkter och kostnader och åstadkomma en vinst.

Även om besöksersättning och målrelaterad ersättning i olika former ställer högre direkta krav på vårdenheter är det osäkert hur verksamheten påverkas av de olika principer som förekommer bland landstingen. Antalet läkarbesök tycks ha ökat i många landsting, om än i olika grad i till exempel Stockholm och Skåne där vårdenheter får betydande respektive ingen ersättning för besök bland listade individer.³ Det är också osäkert vilka effekter som särskild ersättning för prioriterade prestationer avseende till exempel hälsofrämjande åtgärder och insatser till de mest sjuka äldre får. Denna form av rörlig ersättning tycks bli allt vanligare i landstingen och antyder en ökad ambition att styra verksamheten inom prioriterade områden. I vilken utsträckning vårdvalssystemens olika utformning har betydelse för verksamheten och den vård patienterna får kan enbart besvaras utifrån uppföljning av individers konsumtion av vård före och efter införandet av vårdval i respektive landsting. I den här studien har enbart verksamhetschefer uppfattningar om vårdvalssystemen och dess styreffekter studerats.

I tidigare debatt om vårdval har det lyfts fram farhågor om att kortare besök premieras och att vården för patienter med stora behov prioriteras ned. Sett till verksamhetschefer uppfattning tycks riskerna för en sådan utveckling vara minst i landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av ersättning per individ och störst i Stockholm med högre

Not. 2. Vårdanalys (2012) Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Rapport 2012:1. Vårdanalys: Stockholm.

Not. 3. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, olika år, SKL.

andel besöksersättning. Det är dock i första hand offentliga verksamhetschefer som ger uttryck för dessa uppfattningar. Offentliga verksamhetschefer anser även i högre grad att ersättningen bör justeras utifrån individers behov.

Skillnader i uppfattningar bland verksamhetschefer indikerar att utformningen av ersättningsprinciper och kostnadsansvar har betydelse. Samtidigt är det tydligt att verksamhetscheferns uppfattningar, och därmed sannolikt även beteende, även styrs av andra faktorer och villkor. Uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar är bara en del av vårdvalssystemens utformning, som dessutom bara är en del av den styrning som landstingen utövar gentemot verksamhetschefer. Vårdvalet i sig och risken att individer listar om sig på annan vårdenhet kan påverka prioriteringarna. De ekonomiska incitamenten förklaras inte enbart av ersättningsprinciper och kostnadsansvar utan även av konkurrensen. Även olika ambitioner när det gäller kunskapsstöd, uppföljning och revision av vårdenheter inom ramen för vårdvalssystemen kan påverka. Verksamhetschefer styrs även av annat än de ”signaler” som kommer från landstingen i dess roll som uppdragsgivare och finansär. Uppfattningar påverkas av den interna debatten i respektive landsting och av hur verksamhetschefer vill att villkoren ska ändras.

”Bland offentliga verksamhetschefer är det i slutändan alltid landstinget som har ansvar för eventuella över- eller underskott, vilket kan leda till att ersättningsprinciper och kostnadsansvar i större utsträckning betraktas som ”mjuka” begränsningar.”

De olika uppfattningarna mellan privata och offentliga verksamhetschefer i en del frågor kan inte enbart förklaras av olika svarsfrekvens. Skillnaderna kan delvis återspegla att privata och offentliga vårdenheter i genomsnitt listar olika delar av befolkningen. Men det går inte att utesluta att olika uppfattningar kan vara ett uttryck för att privata och offentliga verksamhetschefer har delvis olika målsättningar och drivkrafter. De ekonomiska drivkrafterna och intresset för att generera högre intäkter och lägre kostnader kan vara starkare hos privata verksamhetschefer som har personligt ansvar för den ekonomiska risken. Bland offentliga verksamhetschefer är det i slutändan alltid landstinget

som har ansvar för eventuella över- eller underskott, vilket kan leda till att ersättningsprinciper och kostnadsansvar i större utsträckning betraktas som "mjuka" begränsningar.

Rapportens värde

Det material som presenterats i rapporten ger underlag för fortsatt diskussion och utveckling av vårdvalssystemen inom svensk primärvård. Det gäller både i enskilda landsting, inom de olika regionala nätverk som finns etablerade och på nationell nivå. Principiellt finns likheter mellan landstingen, men samtidigt finns viktiga skillnader i detaljer. På flera områden kan ett stärkt samarbete mellan landstingen i utvecklingsarbetet ge bättre underlag för beslut och kanske i förlängningen en ökad harmonisering i systemens principiella utformning. En sådan harmonisering skulle exempelvis underlätta jämförelser mellan landstingen och göra det enklare för de privata vårdvalaktörer som är verksamma i flera landsting. Vårdvalssystem som är förankrade i bra kunskapsunderlag har också förutsättningar att bli mer långlivade. Stabila villkor och regler utgör i sin tur en förutsättning för att främja nya etableringar av vårdenheter och skapa ett större intresse för utveckling bland de vårdenheter som redan är etablerade.

Det material som presenterats kan också användas i framtida studier. Det gäller till exempel hur utformningen av vårdvalssystemen påverkar individers konsumtion av vård samt primärvårdens respektive hela hälso- och sjukvårdens produktivitet. I sådana studier är det viktigt att kunna gruppera olika landsting utifrån vårdvalssystemens utformning. Ett annat tema för fortsatta studier är i vilken utsträckning uppfattningar bland verksamhetschefer stämmer med faktiska prioriteringar i olika landsting samt vilka eventuella skillnader som kan finnas i mål och drivkrafter beroende på ägarform bland vårdenheter. Det skulle också vara intressant att studera hur uppfattningar om styreffekter varierar på olika administrativa nivåer. Har till exempel övergripande chefer samma uppfattningar som verksamhetschefer i fråga om ersättningsprincipernas styreffekter? Vilka skillnader finns jämfört med uppfattningar hos enskilda allmänläkare, sjuksköterskor med flera som möter patienternas krav och önskemål?

Avslutningsvis ska noteras att den här rapporten enbart studerat principer för ersättning och kostnadsansvar och inte skillnader i den absoluta nivån på ersättningen eller kostnadsansvaret i olika landsting. Skillnader i hur mycket resurser som sätts av till primärvård per invånare skulle kunna ha lika stor effekt på verksamheten som hur vårdvalssystemen utformas. Ett uttalat missnöje med ersättningsprinciperna kan också förklaras av ett faktiskt missnöje med själva ersättningen. Nio av tio verksamhetschefer anser att kraven på

verksamheten är för stora i förhållande till den ekonomiska ersättningen. I praktiken varierar dock de resurser som avsätts till primärvård per invånare liksom uppdragets omfattning.⁴ Vilken betydelse som ersättningens nivå har på verksamheten är ytterligare en viktig fråga för framtida studier.

”Ett uttalat missnöje med ersättningsprinciperna kan också förklaras av ett faktiskt missnöje med själva ersättningen.”

Not. 4. Primärvårdens nettokostnader per invånare varierade från 2 948 till 5 023 kronor år 2011.
Källa: Tabell E3, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, SKL.

Introduktion

Samtliga landsting och regioner⁵ har sedan år 2007 infört vårdvalssystem i primärvården. Sammanlagt åtta landsting införde sådana vårdvalssystem på frivillig väg under åren 2007–2009.⁶ Sedan 1 januari 2010 är vårdval i primärvården reglerad enligt lag. Lagen ställer krav på att landstingen ger alla invånare möjligheter att välja utförare inom primärvården utan begränsningar till visst geografiskt område inom landstinget. Ersättningen till utförare ska följa individers val. Vårdvalssystemen ska dessutom utformas så att utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Hur villkoren på vårdvalsmarknaden utformas givet dessa principer bestäms av respektive landsting. Det har lett till att uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter utformats på olika sätt. Målsättningar och prioriteringar när vårdvalssystemen konstruerats har varierat, liksom förutsättningar och traditioner när det gäller primärvårdens organisation.

Beroende på hur vårdvalssystemen utformas kommer vårdenheter att påverkas av olika villkor och ekonomiska incitament. Det kan i sin tur leda till att vårdval i primärvården får olika effekter för befolkning och patienter. Det kan förvisso betraktas som en av poängerna med att landstingen har möjlighet att utforma systemen utifrån egna mål och prioriteringar. Inte desto mindre är det angeläget att kartlägga och jämföra de vårdvalssystem som används i olika landsting. Sådana studier ger underlag för att analysera i vilken grad olika system kan kopplas samman med olika effekter och erfarenheter. Så-

Not. 5. Fortsättningsvis används begreppet landsting även för de fyra regionerna Skåne, Västra Götaland, Halland och Gotland.

Not. 6. Dessa var Halland (2007), Västmanland och Stockholm (båda 2008) samt Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland (samtliga under 2009). För mer information om tidpunkt när vårdval infördes i olika landsting och regioner, se Konkurrensverket (2012) Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Konkurrensverkets rapportserie 2012:2.

dana analyser ger i sin tur en bättre utgångspunkt för fortsatt utveckling av vårdvalssystemen.

Syftet med denna studie är att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting avseende uppdrag till vårdenheter, ersättningsprinciper och kostnadsansvar år 2012. Rapporten baseras på material som samlats in i tre steg under våren 2012:

1. Enkät till kontaktpersoner i samtliga 21 landsting med frågor om uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar inom ramen för vårdval i primärvården.
2. Enkät till samtliga verksamhetschefer i privat och offentlig primärvård om deras syn på styreffekter av vårdvalssystemet inom det landsting där man är verksam.
3. Intervjuer med ett urval kontaktpersoner med fokus på förändringar i ersättningsprinciperna under senare år.

Redovisningen av resultaten följer insamlingen av material enligt de tre stegen. Enkäter och uppgifter om kontaktpersoner i landstingen återfinns i bilagorna A–C.

Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar

Uppdrag

Två frågor i enkäten handlade om vårdenheters uppdrag. En första fråga avsåg i vilken utsträckning barnhälsovård (BHV), mödrahälsovård (MHV), rehabilitering, hemsjukvård respektive medicinsk fotvård ingår i vårdenheters grunduppdrag. Utifrån denna fråga kan landstingen klassificeras med avseende på uppdragens bredd. Ett brett uppdrag ställer större krav på vårdenheter antingen anställer egen kompetens för att klara uppdraget, alternativt att man tecknar avtal med underleverantörer. En andra fråga avsåg mer detaljerad information om ett antal verksamheter som vanligtvis ingår i grunduppdraget men som kan vara svåra att reglera och styra. Det gäller samverkan med vårdgrannar och myndigheter, jour och beredskap, hembesök, läkemedelsgenomgångar, insatser mot kommunal hälso- och sjukvård, folkhälsoarbete, samhällsmedicinskt ansvar för geografiskt område, psykosociala insatser, ungdomsmottagning, utbildning och forskning samt uppföljning av verksamheten.

Vad ingår i grunduppdragen?

Som framgår av tabell 2.1 ingår BHV i grunduppdraget i de flesta landsting. I Sörmland och Gävleborg är BHV ett tilläggsuppdrag. I Stockholm, Uppsala och Skåne organiseras BHV inom ett separat vårdval. För MHV, rehabilitering samt medicinsk fotvård finns större variationer bland landstingen. MHV utgör

grunduppdrag i åtta landsting. I Stockholm, Uppsala och Skåne organiseras MHV liksom BHV som separat vårdval. I övriga 10 landsting organiseras MHV antingen som separat del av primärvården eller som en del av övrig specialistvård, ofta med koppling till kvinnoklinik. Redovisade svar från landstingen om rehabilitering är mera svårtolkade eftersom definitioner kan variera mellan landsting. Baserat på rapporterade uppgifter från kontaktpersoner så ingår rehabilitering helt eller delvis i 17 landsting. I en majoritet av landstingen ingår även medicinsk fotvård i vårdenheters grunduppdrag. I Stockholm och Uppsala organiseras medicinsk fotvård inom ramen för ett eget vårdval. Av svaren från kontaktpersoner framgår att hemsjukvård i flera landsting kommer att övergå i kommunal regi, varför de förhållanden som gäller år 2012 till stor del kan betraktas som tillfälliga. Uppgifter om ansvar för hemsjukvård år 2012 har därför exkluderats från redovisningen i tabell 2.1.

Utifrån informationen i tabell 2.1 kan landstingen indelas i tre kategorier:

- *Landsting där samtliga verksamheter ingår i grunduppdraget:*
Dalarna, Jämtland, Norrbotten, Västernorrland och Västerbotten.
- *Landsting där ingen av verksamheterna ingår fullt ut i grunduppdraget:*
Stockholm, Uppsala och Kalmar.
- *Övriga landsting:* Blekinge, Halland, Kronoberg, Sörmland, Östergötland, Jönköping, Skåne, Västra Götaland, Västmanland, Gävleborg, Värmland, Gotland, Örebro.

Det är noterbart att särskilt Stockholm och Uppsala men även Skåne i hög grad organiserar BHV, MHV men även medicinsk fotvård och rehabilitering inom ramen för separata vårdvalssystem. Införande av separata vårdval för fotvård och rehabilitering utreds även i ytterligare landsting. Det kan också noteras att fyra av fem landsting där samtliga angivna verksamheter ingår i grunduppdraget återfinns i Norrland. En jämförelse med tidigare sammanställningar av Socialstyrelsen och Konkurrensverket år 2010 respektive 2011 visar att uppdragens utformning i huvudsak varit stabila över tiden.⁷

Samverkan, jour & beredskap med flera verksamheter

Krav på följsamhet till relevanta samverkansavtal av olika slag (på regional nivå, med kommuner, mellan primär- och specialistvård, utifrån vårdprogram etcetera) finns angivet i samtliga landstings kravspecifikationer för vårdenheter. Detta allmänna krav kan i förlängningen också innebära att

Not. 7. Socialstyrelsen (2010) Införande av vårdval i primärvården. Slutredovisning. Socialstyrelsen: Stockholm; Konkurrensverket (2012) Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Konkurrensverkets rapportserie 2012:2.

TABELL 2.1. Verksamheter som ingår i vårdenheters grunduppdrag i olika landsting år 2012.

Landsting/ region	BHV	MVH	Rehabilitering	Medicinsk fotvård
Blekinge	Ja	Nej	Ja	Nej
Halland	Ja	Nej	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Ja	Nej
Sörmland	Tilläggsuppdrag	Nej	Ja	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Nej	Delvis (sjukgymnastisk bedömning ingår, psykosocial rehabilitering ingår helt)	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Delvis (kiropraktorer och arbetsterapeuter ingår inte)	Ja
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Delvis (sjukgymnastik är tilläggsuppdrag, flera andra begränsingar)	Nej (separat vårdval)
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Nej	Nej	Ja	Ja
Region Skåne	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Ja	Nej
VGR	Ja	Nej	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Delvis (sjukgymnaster, naprapater och kiropraktorer ingår inte)	Ja
Gävleborg	Tilläggsuppdrag	Nej	Ja	Ja
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Nej
Stockholm	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval under 2012)	Nej (separat vårdval)
Värmland	Ja	Ja	Nej	Ja
Gotland	Ja	Nej	Nej	Nej
Örebro	Ja	Ja	Delvis (arbetsterapeuter ingår inte)	Nej

vårdenheter blir skyldiga att utföra till exempel läkemedelsgenomgångar, bidra med insatser åt kommunal hälso- och sjukvård samt engagera sig i folkhälsoarbete. Möjligheterna att följa upp skyldigheterna att samverka förefaller dock begränsad. Undantag finns för de verksamheter som är föremål för extra ersättning, eftersom det då finns statistik om varje vårdenhets aktivitetsgrad. Flera landsting följer upp samverkan generellt utifrån årliga självrapporterade uppgifter från vårdenheter. Det förekommer också krav på att vårdenhet ska träffa representanter för den kommun där man är lokaliserad ett visst antal gånger per år eller att skriftliga samverkansavtal ska upprättas med vårdgrannar. Flera landstings kontaktpersoner noterar att det i praktiken finns stora variationer mellan vårdenheter avseende ambitioner att samverka med andra.

I de flesta landsting ingår jour och beredskap i grundåtagandet. Vårdenheter får bidra solidariskt till dessa tjänster utifrån antal listade eller total poäng som återspeglar vårdtyngd för listade. Det finns också landsting som ersätter vårdenheter separat för medverkan i jourer eller att uppdraget läkare i beredskap upphandlats av annan leverantör. Följsamhet till uppdrag och angivna åtaganden tycks vara ett mindre problem. Graden av intervention från landstingens sida i uppbyggnaden av jour och beredskap varierar dock. I de flesta landsting bestämmer landstingen jourområden och öppettider kvällar och helger. Vårdenheters ansvar är i huvudsak att bemanna jourer med läkare, antingen med egen personal eller via hyrläkare. I andra fall ställer landstingen krav på att vårdenheter lokalt och på eget initiativ kommer fram till en jour- och beredskapsplan. I Halland deltar de flesta vårdenheter i sådana gemensamma jourer som formats utifrån lokal samverkan och solidarisk finansiering. En privat vårdenhet har valt att bryta sig ur denna samverkan och organiserar en egen jour med något kortare öppettider. I Stockholm finns exempel på husläkarmottagningar som valt att inte bedriva eller medverka i närakut, vilket medfört vite i form av avdrag på ersättningen.

Särskilda stimulanspengar till läkemedelsgenomgångar och folkhälsoarbete enligt Socialstyrelsens riktlinjer återfinns i flera landsting. Stimulanspengarna är ofta en del av den målrelaterade ersättningen, även om de också kan beskrivas som riktad prestationsbaserad ersättning. Även om syftet med ersättningen i första hand är att stimulera viss verksamhet skapar den också bättre möjligheter till uppföljning genom att antalet genomförda aktiviteter vid varje vårdenhet blir dokumenterade. Ett annat grundåtagande som undantagslöst ersätts separat är utbildningsplatser för AT och ST. Varje vårdenhet är i princip skyldig att bidra med sådana utbildningsplatser. Lön för AT finansieras av landstinget separat medan ST ersätts med viss andel (upp till 100 procent) av lönekostnaderna till vårdenheter. Även om några få landsting

rapporterar bristande intresse från vårdenheter att bidra med utbildningsplatser tycks detta inte vara något generellt problem.

I samtliga landsting finns krav på att vårdenheter ska medverka i uppföljningen av verksamheten i primärvården genom att rapportera in data och delta i revisioner av olika slag. Några landsting anger att årliga dialogmöten med vårdenheter är en viktig del av uppföljningen. I till exempel Västernorrland och Örebro finns ett utarbetat signalsystem (grönt – gult – rött) som används vid uppföljning av statistik från vårdenheter. I Skåne finns en särskild satsning på medicinska revisioner.

Ersättningsprinciper

Samtliga 21 landsting tillämpade år 2012 någon form av kombination mellan fast ersättning per listad individ (kapitering), rörlig ersättning kopplat till besök samt målrelaterad ersättning baserat på indikatorer som återspeglar kvalitet och effektivitet. Det enda undantaget är Jämtland som saknade målrelaterad ersättning. Betydelsen av olika komponenter varierar dock. Med undantag för Stockholm är kapiteringen den viktigaste delen av ersättningen till vårdenheter. I Stockholm utgör kapiteringen ungefär 40 procent av ersättningen medan motsvarande andel i Uppsala och Kalmar är 70 procent och i övriga landsting minst 80 procent. Dessa andelar är genomsnittliga. För enskilda vårdenheter kan andelen variera beroende på antal besök av både listade och olistade. Ytterligare variation mellan landstingen finns i hur den fasta ersättningen justeras utifrån förväntade kostnader, vilka besök och aktiviteter som ersätts samt vilka indikatorer som är föremål för målrelaterad ersättning. Övergripande kan noteras att de landsting som först introducerade vårdval – Halland, Stockholm och Västmanland – använt förhållandevis enkla principer fram till 2012. En utveckling av systemen i Västmanland och delvis Stockholm kan noteras på senare tid, medan Halland har behållit samma principer som introducerades år 2007.

TABELL 2.2. Justering av fast ersättning per listad individ samt justerad ersättning utifrån vårdenheters lokalisering respektive täckningsgrad i olika landsting år 2012.

Landsting	Vårdtyngd/ sjuklighet	Socio- ekonomi	Justering utifrån lokalisering	Justering täcknings- grad
Blekinge	Ålder	Nej	Nej	Ja
Halland	Ålder	Nej	Nej	Ja
Kronoberg	ACG	Ja (CNI)	Tillägg om >10 km från sjukhus. Ökar med avstånd och avtar med antal listade.	Ja
Sörmland	Ålder	Ja (kommuners bedömning)	Tillägg om utanför tätort.	Ja
Västerbotten	Ålder + omfattande vårdbehov	Ja (CNI)	Tillägg om >30 km från sjukhus.	Ja
Östergötland	Ålder	Ja (inkomst i området)	För varje 75+ som bor > 11 km från närmaste vårdcentral. Basersättning om max 1 enhet i tätorten.	Ja
Dalarna	ACG	Ja (CNI)	Särskild grundplåt för primärvård i Särna.	Ja
Jämtland	Ålder	Ja (CNI)	Tillägg om > 3 mil från Östersunds sjukhus.	Nej
Norrbottnen	Ålder	Ja (CNI)	Tillägg om >5 mil från medicinsk akutmottagning.	Ja
Uppsala	Ålder	Nej	Extra kapitering i 5 kommuner.	Nej
Västernorrland	Ålder	Ja (CNI)	Tillägg om > 3 mil till närmaste sjukhus. Uppräkning utifrån listades ålder. Extra ersättning för filialer i glesbygd.	Ja
Jönköping	Ålder/ACG	Ja (CNI)	Extra ersättning om listade 65+ har över 25 respektive 45 km till vårdenheten.	Nej
Skåne	ACG	Ja (CNI)	Nej	Ja
VGR	Ålder/ACG	Ja (CNI)	Extra ersättning (poängsystem) baserat på avstånd till närmaste akutsjukhus, avstånd till närmaste större tätort, befolkningstäthet i kommunen och om belägen på ö.	Ja

Landsting	Vårdtyngd/ sjuklighet	Socio- ekonomi	Justering utifrån lokalisering	Justering täcknings- grad
Västmanland	Ålder/ACG	Ja (CNI)	Nej	Nej
Gävleborg	Ålder	Ja (CNI)	Extra ersättning för vård- enheter lokaliserade inom specifiserade postnummer.	Ja
Kalmar	Ålder/ACG	Ja (CNI)	Nej	Ja
Stockholm	Ålder	Nej	Nej	Ja
Värmland	Ålder/ACG	Ja (CNI)	Extra ersättning (poängsyst- em) baserat på avstånd till närmaste sjukhus, avstånd till större tätort och befolk- ningstäthet i kommunen.	Nej
Gotland	Ålder	Nej	Nej	Ja
Örebro	Ålder	Ja (CNI)	Tillägg om > 35 km från närmaste sjukhus inom länet. Extra ersättning för vårdenheter i specificerade kommuner/orter.	Nej

Beräkning av fast ersättning per listad individ (kapitering)

Ålder är som framgår av tabell 2.2 den vanligaste utgångspunkten när den fasta ersättningen per listad individ justeras utifrån förväntade vårdkostnader. I de flesta av de 13 landstingen som tillämpar denna princip används 4–6 åldersklasser för justeringen. Undantag är Stockholm (tre åldersklasser) och Östergötland (åtta åldersklasser). Justering utifrån en klassificering av diagnoser genom Adjusted Clinical Groups (ACG) används i sammanlagt åtta landsting år 2012, varav fem landsting kombinerar ACG och ålder. Flertalet av de landsting som kombinerar principerna har tidigare använt ålder för justeringen. ACG införs gradvis för att omställningseffekterna inte ska bli för stora. Ett stegvist införande innebär också att diagnosregistreringen kan utvecklas, vilket är en viktig grund för en rättvis resursfördelning utifrån ACG. Ytterligare minst fem landsting planerar att införa ACG som grund för den fasta ersättningen per individ från 2013 eller 2014.

I sammanlagt 16 landsting justeras den fasta ersättningen utifrån socioekonomiska förutsättningar bland listade. I Skåne med flera landsting påverkar ett socioekonomiskt index för respektive vårdenhet den fasta ersättningen per individ. I till exempel Västra Götaland och Värmland används ett tröskelvärde där vårdenheter med socioekonomiskt ”tung” lista får en extra ersättning. I till exempel Örebro kombineras dessa principer. Betydelsen av

socioekonomi varierar från ca 5 procent (till exempel Gävleborg, Norrbotten, Västernorrland) till som mest 25–30 procent (Jämtland, Västmanland) av den fasta ersättningen per individ. I samtliga fall utom Östergötland och Sörmland används Care Need Index (CNI)⁸ som grund för att mäta socioekonomisk tyngd bland listade. I Östergötland används uppgifter om genomsnittlig inkomst inom det område där listade är bosatta. I Sörmland ges särskild ersättning till socioekonomiskt utsatta områden efter kommunernas bedömning.

I flertalet landsting har vårdenheter ansvar för läkemedelskostnader. Det ska noteras att ersättning som motsvarar detta kostnadsansvar vanligtvis beräknas enligt en särskild modell som baseras på både kön och mer finfördelade åldersklasser. Detta återspeglar att det finns en större köns- och åldersbunden variation i förväntade kostnader på individnivå för läkemedel än för övriga insatser i primärvården. I flertalet landsting används ett 20-tal åldersklasser med samtidig uppdelning på kön. Östergötland, Dalarna, Uppsala och Kalmar använder dock 10 eller färre åldersklasser. I till exempel Västra Götaland, Skåne och Kronoberg används ACG och CNI även för fördelning av ersättning för läkemedel till vårdenheter.

Justering utifrån vårdenhetens lokalisering

I 14 landsting fördelas tillgängliga resurser i primärvården även utifrån vårdenheters lokalisering. I fyra landsting ges en extra ersättning riktad mot vårdcentraler utanför tätort (Sörmland), särskild ort (Dalarna), vissa kommuner (Uppsala) eller en kombination av dessa faktorer (Örebro). I övriga 10 landsting är avstånd till närmaste sjukhus en viktig utgångspunkt för att bestämma eventuell extra ersättning. I flera fall kombineras avstånd till sjukhus med andra faktorer som återspeglar gles befolkning i närområdet eller hänsyn till listades ålder, se tabell 2.2.

Justering utifrån täckningsgrad

I sammanlagt 15 landsting justeras ersättningen till vårdenheter utifrån så kallad täckningsgrad. I Värmland, Örebro, Västmanland, Uppsala och Jämtland förekommer ingen sådan justering medan principerna införs under 2013 i Jönköping. I åtta av de 15 landstingen justeras ersättningen även utifrån lokalisering. Det innebär att vårdenheter som ligger längre från andra vårdresurser kompenseras på två olika sätt; dels direkt utifrån lokaliseringen

Not. 8. CNI används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning. Information om dessa faktorer inhämtas från Statistiska Centralbyrån.

TABELL 2.3. Exempel på utformning av justering utifrån täckningsgrad år 2012.

Landsting	Definition av täckningsgrad	Utgångspunkt för justering	Principer för justering
Halland	Listade individers samtliga besök i primärvården (även i andra landsting) i förhållande till totalt antal öppenvårdsbesök.	Avdrag om täckningsgrad är < 80 procent. Beräkning av faktisk täckningsgrad sker tre gånger per år. Månatliga avdrag baserat på senast tillgängliga beräkning.	Fast avdrag på med 17,95 kr per listad med vikten 1,0 per procent avvikelse.
Kronoberg	Listade individers besök i primärvården (samtliga enheter inom vårddvalet inklusive privata sjukgymnaster) i förhållande till totalt antal öppenvårdsbesök.	Omfördelning mellan enheter baserat på genomsnittlig täckningsgrad.	Avdrag eller tillskott görs med 33 kr per listad per procent avvikelse.
Östergötland	Vårdenheten får avdrag för varje läkarbesök som listade personer gör på andra mottagningar.	Olika nivåer på avdragen för dels besök på sjukhusens akutmottagning samt hos andra allmänmedicinska specialister, dels övriga mottagningar och specialister, inklusive remisser.	Avdrag på 300 kr för besök på akutmottagning respektive andra allmänmedicinska specialister; 150 kr för övriga mottagningar och specialister.
Stockholm	Listade individers läkarbesök på egen mottagning i förhållande till dessa individers samtliga läkarbesök i öppen vård.	Bonus om 41 procent eller högre; vite om 35 procent eller lägre.	Omfattar 20 procent av den målbaserade ersättningen som i sin tur berör 2,9 procent av den totala ersättningen till husläkarmottagningar.
Norrbottnen	Listade individers besök i primärvården i förhållande till totalt antal öppenvårdsbesök	Avdrag om täckningsgrad är < 80 procent. Bedöms i oktober på de senaste 12 månadernas resultat. Avdrag sker i december månad.	Avdrag från 1,0 till 0,1% av vårdpengen beroende på avvikelse enligt trappa (<65, 66-69, 70-75 samt 76-79 %).

i sig, dels indirekt utifrån den vanligtvis högre täckningsgraden för vårdenheter som ligger längre från andra vårdresurser.

Utgångspunkten vid justering utifrån täckningsgrad är att individer ska konsumera öppen vård på rätt vårdnivå. I de flesta landsting, med undantag för Stockholm, spelar det ingen roll vid vilken vårdenhet inom primärvården som konsumtionen sker. Avdrag för individers konsumtion vid andra enheter inom primärvården än där man är listade (så kallade otrohetsbesök) hanteras istället genom ett direkt kostnadsansvar för sådana besök. Avdrag och tillägg för täckningsgrad utgår i de flesta fall från den fasta ersättningen per listad individ. Justering utifrån täckningsgrad blir på så sätt en justering av den fasta ersättningen per listad individ utifrån vårdenhetens faktiska ansvar för listades individers totala konsumtion av öppen vård. I åtminstone sex landsting betraktas justeringen utifrån täckningsgrad som en del av den målbaseerade ersättningen.

Det finns stora skillnader i hur landstingen definierar täckningsgrad. Det gäller både täljare och nämnare i den kvot som beräknas. I flera fall definieras täljaren brett som listades samtliga besök i primärvården, oavsett om besöken inträffat på den vårdenhet där individer är listade eller på andra vårdenheter på primär- eller närsjukvårdsnivå. Det finns dock skillnader i om till exempel primärvårdsbesök i andra landsting ingår. I Stockholm definieras istället täljaren som listades läkarbesök på den egna mottagningen. På samma sätt finns skillnader i hur nämnaren definieras. I de flesta landsting omfattas i princip listade individers samtliga besök i öppen vård oavsett typ av vård och vårdnivå. Det finns dock skillnader i besök som undantas. Det är därför svårt att jämföra de målvärden och utgångspunkter som används när täckningsgrad beräknas i olika landsting. En annan typ av skillnad gäller utgångspunkt för justering av ersättningen och betydelsen för enskilda vårdenheter. Östergötland avviker från andra landsting genom att definiera täckningsgrad som en kostnad för vårdenheter utifrån listades besök på andra mottagningar. Några exempel hämtade från ett urval landsting redovisas i tabell 2.3.

Besöksersättning

De flesta landsting med undantag för Kalmar ersätter för icke-listades besök enligt bestämd taxa, alternativt att vårdenheter själva får komma överens om belopp i samverkan. Beloppen som regleras av landstingen varierar mellan 200–700 kronor per läkarbesök. I samtliga landsting undantaget Kalmar och Stockholm har den vårdenhet där patienten är listad ett kostnadsansvar för dessa så kallade otrohetsbesök. När det gäller besöksersättning för listade individer finns en större variation, se tabell 2.4. Åtminstone sex olika grupper av landsting kan identifieras:

TABELL 2.4. Ersättningar utifrån besök och måluppfyllelse i olika landsting år 2012.

Landsting	Besöksersättning för listade individer	Ersättning listade vid annan enhet	Målbaserad ersättning
Blekinge	Ingen besöksersättning.	Ja	Ja
Halland	Patientavgifter, regionen kompenserar vid avgiftsfrihet.	Ja	Ja
Kronoberg	Samma besöksersättning oavsett yrkeskategori.	Ja	Ja
Sörmland	Samma besöksersättning oavsett yrkeskategori.	Ja	Ja
Västerbotten	Patientavgifter med tillägg, landsting kompenserar vid avgiftsfrihet.	Ja	Ja
Östergötland	Enbart patientavgifter.	Ja	Ja
Dalarna	Samma besöksersättning oavsett yrkeskategori.	Ja	Ja
Jämtland	Enbart patientavgifter	Ja	Nej
Norrbottn	Patientavgifter, landstinget kompenserar vid avgiftsfrihet	Ja (enbart läkar- och sjuksköterskebesök)	Ja
Uppsala	Besöksersättning beroende på yrkeskategori.	Ja (100 procent högre än listades besök)	Ja
Västernorrland	Samma besöksersättning oavsett yrkeskategori.	Ja	Ja
Jönköping	Patientavgifter, landstinget kompenserar vid avgiftsfrihet.	Ja	Ja
Skåne	Ingen besöksersättning.	Ja	Ja
VGR	Ingen besöksersättning.	Ja	Ja
Västmanland	Patientavgifter, landstinget kompenserar vid avgiftsfrihet.	Ja	Ja
Gävleborg	Patientavgifter, landstinget kompenserar vid avgiftsfrihet.	Ja	Ja
Kalmar	Enbart för prioriterade besök (till exempel hembesök, rehabilitering, vårdplanering) enligt angiven lista.	Nej	Ja
Stockholm	Besöksersättning beroende på yrkeskategori.	Samma besöksersättning som för listade.	Ja
Värmland	Ingen besöksersättning.	Ja	Ja
Gotland	Besöksersättning beroende på yrkeskategori.	Ja	Enbart täckningsgrad
Örebro	Samma besöksersättning oavsett yrkeskategori.	Ja	Ja

1. Vårdenheter får *ingen besöksersättning* (Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland)
2. Vårdenheter får *samma besöksersättning oavsett yrkeskategori* (Kronoberg, Sörmland, Dalarna, Västernorrland, Örebro)
3. Vårdenheter får *behålla patientavgifter* (Östergötland, Jämtland)
4. Vårdenheter får *behålla patientavgifter där landstinget täcker upp vid avgiftsfrihet* eller får *besöksersättning i samma storleksordning som patientavgifter* (Halland, Västerbotten, Norrbotten, Jönköping, Västmanland, Gävleborg, Gotland)
5. Vårdenheter får *olika besöksersättning beroende på yrkesutövare och åtgärd* (Stockholm, Uppsala)
6. Vårdenheter får *enbart ersättning* för prioriterade besök (till exempel rehabilitering, vårdplanering, hembesök) (Kalmar)

Principerna i Kalmar kan ses som en variant på målrelaterad ersättning. Motsvarande principer används i flera andra landsting men beskrivs då vanligen som en del av den målrelaterade ersättningen. Sett till ersättning för generella besök hamnar Kalmar i samma grupp som Blekinge, Skåne, Västra Götaland och Värmland, det vill säga ingen ersättning utgår. I övriga landsting finns skillnader främst i vilken grad besöksersättningen differentieras med avseende på yrkeskategorier och åtgärd/typ av besök. I Stockholm utgör besöksersättningen dessutom en högre andel av den totala ersättningen jämfört med andra landsting. Tydligast i Stockholm, men även i Uppsala, är besöksersättning mer differentierad med avseende på yrkeskategori som utför besöken respektive typ av åtgärd. Utgångspunkten är att olika typer av besök är förknippade med olika kostnader för vårdenheterna. I de landsting som ger samma besöksersättning oavsett yrkeskategori är utgångspunkten istället att substitution mellan olika yrkeskategorier ska främjas. Med en låg andel besöksersättning främjas även alternativa sätt att ha kontakt med patienterna, till exempel via telefon.

Målrelaterad ersättning

Samtliga landsting utom Jämtland använder sig av någon form av målbaserad ersättning. Principerna varierar dock avseende både antalet mål och ersättningens storlek och konstruktion. I Gotland är täckningsgrad det enda målet medan man i Västra Götaland har utvecklat ett system med ett 40-tal indikatorer. Andra landsting med förhållandevis många mål är Kronoberg (17 mål), Sörmland (17 mål) och Stockholm (15 mål). De flesta andra landsting har som mest 10 mål. Ersättningens storlek uppgår till mellan en och fem procent. Någon uppenbar samvariation mellan antalet mål och ersättningens storlek kan inte noteras. Kronoberg med förhållandevis många mål har till exempel en

betydligt mindre andel målrelaterad ersättning än Dalarna där antalet mål är få. En sammanställning av de typer av indikatorer och mål som används i olika landsting finns redovisat i tabell 2.5.

TABELL 2.5. Typer av mål som används i målrelaterade ersättningar inom primärvården år 2012, exklusive täckningsgrad.

Landsting	Antal mål	Antibiotika	Övriga läkemedel	Tillgänglighet	Hälsöfrämjande arbete	Register	Patientenkät	Övrigt
Blekinge	4	Ja	Ja					
Halland	8		Ja					Ja
Kronoberg	17	Ja	Ja	Ja	Ja (diabetes)	Ja		Ja
Sörmland	17		Ja	Ja	Ja	Ja		
Västerbotten	9		Ja		Ja			Ja
Östergötland	4 områden				Ja	Diagnosreg.	Ja	Ja
Dalarna	4	Ja		Ja	Ja			
Norrbottnen	1 område				Ja			
Uppsala	8		Ja	Ja	Ja	Ja		
Västernorrland	10+	Ja	Ja	Ja	Ja			
Jönköping	6 områden	Ja		Ja	Ja			Ja
Skåne	11 områden	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	40	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	9	Ja	Ja		Ja	Ja		Ja
Gävleborg	10		Ja		Ja			Ja
Kalmar	9		Ja	Ja	Ja		Ja	Ja
Stockholm	14	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Värmland	5	Ja	Ja	Ja	Ja			
Örebro	7 områden		Ja	Ja	Ja	Ja		Ja

Vanliga indikatorer för mål inom antibiotikaområdet är andelen kinoloner vid urinvägsinfektioner, andel penicillin V och total behandling med antibiotika i genomsnitt per listade individer. Andra läkemedelsmål avser till exempel olika läkemedelskvoter och följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer (främst i landsting som inte har kostnadsansvar för läkemedel),

läkemedelsgenomgångar och olämplig läkemedelsanvändning bland äldre. Tillgänglighet avser telefontillgänglighet samt läkarbesök inom sju dagar enligt vårdgarantin. Hälsofrämjande arbete riktas främst mot rökning, fysisk aktivitet, kost och alkoholbruk. De indikatorer som används varierar från att levnadsvanor ska dokumenteras till indikatorer som återspeglar interventioner och resultat. Ersättning för medverkan i register avser främst Nationella Diabetesregistret (NDR). I tabell 2.6 redovisas övriga mål och indikatorer för respektive landsting, utöver de som anges i tabell 2.5 och som tillämpas generellt.

TABELL 2.6. Övriga typer av mål som används i målrelaterade ersättningar inom primärvården år 2012.

Landsting	Övriga typer av mål
Halland	Följsamhet till hygienrutiner/klädregler, hembesök hos nyfödda.
Kronoberg	Barnhälsovård.
Västerbotten	Uppsökande besök hos äldre, besök hos beteendevetenskaplig kompetens för barn/unga, kontinuitet läkarbesök, undvikbar slutenvård.
Östergötland	Multimodal rehabilitering.
Jönköping	Kontinuitet läkarbesök, uppföljning av åtgärdsplan som registreras i Senior Alert.
Skåne	Kontinuitet läkarbesök, besök legitimerad kiropraktor/naprapat, minskat antal besök 75+ på sjukhusens akutmottagningar, andel direktinläggningar, antal genomförda vård- och omsorgsplaner i samverkan, basal demensutredning.
Västra Götaland	Flertal processindikatorer inom kroniska sjukdomar.
Västmanland	Demensvård (utredning och uppföljning), hembesök barnhälsovård, vårdplanering, hembesök, listad vid LSS boenden.
Gävleborg	Spirometri, vårdplanering, demensutredning, ojämlig hälsa, händelseanalys, medicinska revisioner, hembesök barnhälsovård.
Kalmar	Aktivt kvalitetsarbete, fortbildning, andel läkarbesök kroniska sjukdomar, kontinuitet läkarbesök.
Örebro	Läkarinsatser i särskilt boende/hemsjukvård, diagnosregistrering vid läkarbesök, hembesök från BVC efter förlossning.

Västra Götaland kan sägas svara för en egen strategi när det gäller utformning av målrelaterad ersättning i primärvården. Sammanlagt 40 indikatorer används år 2012 och flertalet av dessa utgår från indikatorer kopplade till kroniska sjukdomar: diabetes (nio indikatorer), hypertoni (fem), ischemisk hjärtsjukdom (sex), KOL (fyra), astma (en) och psykisk ohälsa (två). Bland dessa indikatorer avser flertalet medverkan i register men även andra process- och resultatindikatorer finns med. Inget annat landsting har använt sig

av motsvarande strategi och konsekvent utgått från stora kroniska sjukdomar vid val av indikatorer. De vanligaste utgångspunkterna för att rikta insatserna i övriga landsting är istället ålder, ibland uttryckt som behov av hemsjukvård eller särskilt boende. Trots att Västra Götaland använder i särklass flest mål och indikatorer så är det belopp som avsatts till målrelaterad ersättning (fyra procent av den totala ersättningen) mindre än i till exempel Uppsala, Dalarna, Kalmar och Örebro (fem procent av den totala ersättningen).

I Halland och Uppsala innebär den målrelaterade ersättningen att vårdenheter får ett avdrag på ersättningen om inte målen nås. Ersättningen är snarast ett målrelaterat hot om vite. I sammanlagt 11 landsting används enbart belöningar och extra ersättningar. I flera landsting kan extra ersättningar i princip betraktas som en riktad form av prestationsbaserad ersättning. Flera landsting ger till exempel vårdenheter en extra ersättning baserat på antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för äldre patienter. Motsvarande principer återfinns för hälsofrämjande insatser där vårdenheter får extra ersättning kopplat till volymen rökavvänjning, fysiskt aktivitet på recept (FaR), hälsosamtal och liknande prestationer. Ofta är den prestationsbaserade ersättningen begränsad till sin volym genom att den riktas mot särskilda grupper och/eller enbart utgår visst antal gånger per patient och år. I åtta landsting finns en kombination av möjligheter till extra ersättning och hot om viten. I Stockholm finns sådana möjligheter till viten eller extra ersättning för en och samma indikator, beroende på utfall i förhållande till angivna målvärden. Motsvarande principer används i flera andra landsting för justering av ersättningen utifrån täckningsgrad, som i flera landsting betraktas som en del av den målrelaterade ersättningen.

Kostnadsansvar

Tabell 2.7 redovisar valda delar av vårdenheters kostnadsansvar med betoning på övergripande skillnader mellan landsting. Informationen i tabellen ger på så sätt ingen uttömmande information om kostnadsansvaret i respektive landsting. Det kan finnas skillnader i kostnadsansvaret på en mera detaljerad nivå bland de landsting där svaren i tabell 2.7 är enhetliga. Det gäller särskilt för medicinsk service samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar som omfattar många olika tjänster och produkter. Av svaren från kontaktpersoner i olika landsting framgår att kostnadsansvaret för inte minst medicinsk service samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar är svåröverblickbart med definitioner, avgränsningar och villkor i detalj som varierar mellan landstingen. I princip samtliga landsting har i praktiken någon form av begränsningar.

Några landsting utmärker sig genom att vårdenheter har ett relativt snävt kostnadsansvar. Det gäller i första hand Stockholm men även Kalmar, Öre-

bro, Gotland och Uppsala. På samma sätt finns en grupp landsting som har ett relativt brett kostnadsansvar. Det gäller i första hand Dalarna, Jönköping och Gävleborg. Det finns även variationer inom ett och samma landsting när det gäller graden av kostnadsansvar inom olika områden. Vårdenheter kan således ha omfattande kostnadsansvar på ett område medan det samtidigt är mera begränsat på ett annat område. Vårdenheter i Kalmar har till exempel ett långtgående kostnadsansvar för hjälpmedel och förbrukningsartiklar respektive läkemedel, men däremot inget kostnadsansvar alls för medicinsk service.

TABELL 2.7. Skillnader i kostnadsansvar mellan olika landsting år 2012.

Landsting	Allmänläkare, sjukgymnast på nationell taxa	Primärvårdsbesök i andra landsting	Besök hos annan inom vårdval	Allmänläkemedel för listade	Medicinsk service	Hjälpmedel och förbrukningsartiklar
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel eller inkontinensartiklar)
Halland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel)
Kronoberg	Enbart sjukgymnast inom länet	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel)
Sörmland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel)
Östergötland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel)
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel)

Landsting	Allmänläkare, sjukgymnast på nationell taxa	Primärvårdsbesök i andra landsting	Besök hos annan inom vårdval	Allmänläkemedel för listade	Medicinsk service	Hjälpmedel och förbrukningsartiklar
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja (läkar- och sjuksköterskebesök)	Ja	Delvis (ej röntgen och funktionsundersökningar)	Ja
Uppsala	Nej	Nej	Ja	Ja (egen förskrivning)	Ja	Delvis (ej inkontinensartiklar eller de flesta hjälpmedel)
Väster-norrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel)
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Nej	Ja	Ja (75 procent)	Ja	Ja
Västra Götaland	Enbart allmänläkare	Ja	Ja	Ja (egen förskrivning)	Ja	Delvis (ej vissa hjälpmedel)
Västman-land	Nej	Ja	Ja	Delvis (20 procent)	Delvis (röntgen 50 procent)	Ja
Gävleborg	Ja	Nej	Ja	Ja (egen förskrivning)	Ja	Ja
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Ja (egen förskrivning)	Nej	Ja
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej	Delvis (begränsningar för röntgen, klinifys med mera)	Delvis (ej vissa hjälpmedel)
Värmland	Enbart allmänläkare	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Gotland	Nej	Nej	Ja	Nej	Delvis (ej röntgen)	Ja
Örebro	Nej	Nej	Ja (max 3 besök per år och individ)	Nej	Ja	Nej

Det finns förhållandevis stora variationer i kostnadsansvaret för listade individers besök hos allmänläkare och sjukgymnaster som är finansierade via nationell taxa eller primärvårdsbesök i andra landsting. I några landsting är kostnadsansvaret för vårdenheter begränsat till en viss andel av kostnaderna. Betydelsen av detta kostnadsansvar är dock för många vårdenheter marginellt jämfört med övriga kostnadstyper som studerats. För de flesta vårdenheter är kostnadsansvaret för främst läkemedel men även medicinsk service samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar av större betydelse. För enskilda vårdenheter kan dock listades besök hos andra vårdresurser inom primärvården vara ett större problem.

Som noteras i tabellen har de flesta landsting med undantag för Kalmar och Stockholm kostnadsansvar för besök hos annan inom vårdvalet. Principerna varierar vad avser avdragens storlek, alternativt att vårdenheter själva får komma överens om belopp i samverkan. I åtminstone något landsting är kostnadsansvaret begränsat till visst antal besök per individ och år. Kostnadsansvaret kan också vara begränsat till läkar- och sjuksköterskebesök och exkludera till exempel besök hos sjukgymnast.

För läkemedel och medicinsk service finns likheter mellan landstingen så tillvida att de allra flesta tillämpar ett relativt omfattande kostnadsansvar. Undantag på läkemedelsområdet är Halland, Sörmland, Stockholm, Gotland och Örebro. I Västmanland och Skåne är kostnadsansvaret för läkemedel begränsat till 20 respektive 75 procent av kostnaderna. De flesta landsting utgår från principen att vårdenheter ansvarar för kostnader för listades allmänläkemedel oavsett förskrivare. Definitionen av allmänläkemedel och gränsdragningar mellan primärvårdens och specialistvårdens ansvarsområde kan variera. När det gäller medicinsk service är det framför allt röntgenundersökningar samt (i flera fall) klinisk fysiologi, klinisk patologi/cytologi, endoskopier samt mera sällsynta undersökningar som är helt eller delvis undantagna från vårdenhetens kostnadsansvar. Undantag förekommer främst i Norrbotten, Västmanland, Kalmar, Stockholm och Gotland.

För hjälpmedel och förbrukningsartiklar finns en större variation. För detta kostnadsansvar finns också störst osäkerhet i den jämförelse som redovisas i tabell 2.7. Definitioner och gränsdragning gentemot kommunernas kostnadsansvar kan variera mellan landstingen. I ett flertal landsting är tekniska, personliga aktivitetshjälpmedel generellt undantagna från kostnadsansvar.

Resultat från enkät till verksamhetschefer i primärvården

Metod och material

I syfte att studera styreffekter av olika vårdvalssystem skickades en enkät till verksamhetschefer vid privata och offentliga vårdenheter inom primärvården i samtliga landsting. Enkäten omfattade 21 frågor om hur verksamhetschefer uppfattade uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar (se bilaga C). Adresser till verksamhetschefer levererades från HSI Förlag.

En första enkät tillsammans med svarskuvert skickades i maj 2012 till sammanlagt 678 verksamhetschefer inom vårdvalssystem i primärvården. Antalet respondenter är mindre än de drygt 1 200 vårdenheter som är ackrediterade inom olika landstings vårdvalssystem. Det beror i första hand på att många verksamhetschefer ansvarar för fler än en vårdenhet och i andra hand på att det adressregister som använts inte varit komplett. Två påminnelser skickades en respektive tre veckor efter det första utskicket. I den andra påminnelsen bifogades en ny enkät inklusive svarskuvert.

Kompleta svar har mottagits från 360 verksamhetschefer (53,1 procent). Svarsfrekvensen motsvarar vad man kan förvänta sig för typen av studier. Av de 360 verksamhetschefer som besvarat enkäten är 27 procent privata. Uppgifter om den faktiska fördelningen mellan privata och offentliga verksamhetschefer i landet som helhet saknas. Baserat på uppgifter om att 40 procent av landets vårdcentraler är privata⁹ så är svar från privata verksamhetschefer underrepresenterade. Andelen svar från privata verksamhetschefer varie-

Not. 9. Konkurrensverket (2012) Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Konkurrensverkets rapportserie 2012:2.

rar också mellan landstingen. Skillnader i svar mellan privata och offentliga verksamhetschefer bör därför tolkas försiktigt. Av de verksamhetschefer som svarat är 71 procent kvinnor. 47 procent är sjuksköterskor, 35 procent läkare och 17 procent har annan yrkesbakgrund. Fördelningen mellan kön och utbildningsbakgrund motsvarar vad som framkommit i andra studier av offentliga verksamhetschefer i primärvården.¹⁰

Antal utskick och svar från olika landsting varierar. I Blekinge, Gävleborg, Kalmar, Värmland, Gotland och Örebro har tillgängligt adressregister omfattat som mest 15 respondenter. I exempelvis Värmland är verksamhetscheferna genomgående ansvariga för ett större antal vårdcentraler. Fyra landsting har en svarsfrekvens på mindre än 40 procent (Östergötland, Västernorrland, Norrbotten och Örebro) vilket sannolikt förklaras av brister i adressregistret.¹¹ De tre största landstingen Stockholm (48,5 procent), Skåne (60,0 procent) samt Västra Götaland (54,1 procent) har genomgående en acceptabel svarsfrekvens. Andelen svar från privata verksamhetschefer är dock lägre än vad som kan förväntas, i synnerhet i Skåne.

Presentationen i denna rapport fokuserar deskriptiva resultat från enkätstudien. Staplar och siffror i redovisade figurer och tabeller visar genomgående den andel av respondenter som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning på respektive fråga.

Indelning av landstingen i grupper

Utifrån insamlat material, sammanställningar i tabeller och analyser enligt kapitel två kan landstingen delas in i olika grupper beroende på uppdragens omfattning, principer för ersättning och kostnadsansvar. En sådan indelning kan i sin tur användas för att analysera om det finns någon systematisk samvariation mellan vårdvalssystemens utformning och verksamhetscheferns uppfattningar om styreffekter. I princip utgör varje landsting en egen grupp eftersom det inte finns några landsting som är helt lika med avseende på uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. För att analysera verksamhetscheferns olika uppfattningar kan det dock vara lämpligt att dela in i synnerhet mindre landsting i större grupper eftersom underlagen för analys då blir större.

Resultat för Stockholm, Skåne och Västra Götaland presenteras genomgående var för sig. Det underliggande materialet för vart och ett av dessa landsting är tillräckligt stort för analys och svarsfrekvenserna är acceptabla.

Not. 10. Se Kennedy C. (2008) Sjuksköterskor väger tyngst i primärvården. *Dagens Medicin* 46 (4) respektive Nylinder P. (2011) Perception of budgetary control: a study of differences across managers in Swedish public primary healthcare related to professional background and sex. *Journal of Nursing Management*. 19(5):664-72.

Not. 11. Sämst svarsfrekvens har Östergötland med 23 procent.

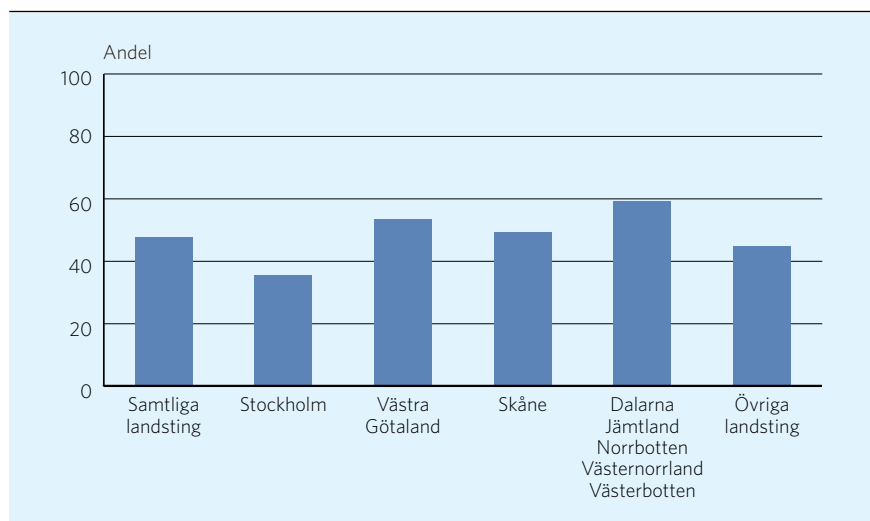
Förutsättningar vad gäller till exempel konkurrens och andel privat vård skiljer sig också från många andra landsting. För flera av frågorna redovisas också svarsfrekvenserna för privata och offentliga vårdenheter separat för Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Övriga landsting har i figurerna grupperats på olika sätt beroende på vilken fråga från enkäten till verksamhetschefer som analyseras.

Resultat

Frågor om uppdrag, frihetsgrader och uppföljning

En inledande fråga i enkäten avsåg verksamhetscheferas uppfattningar om vårdenhetens uppdrag. Sett till samtliga respondenter tyckte knappt hälften (47,5 procent) att "grunduppdraget för vårdenheten är alltför omfattande" i ganska eller mycket hög utsträckning, se figur 3.1. Skillnader kan noteras mellan främst uppfattningarna i Stockholm och övriga landsting. Den lägre andelen som instämmer i Stockholm motsvarar vad man kan förvänta sig mot bakgrund av att husläkarmottagningar i Stockholm har ett relativt begränsat uppdrag jämfört med vårdenheter i övriga landet. Skillnaden är särskilt stor jämfört med den grupp av landsting där vårdenheter har bredast uppdrag. I Dalarna, Jämtland, Norrbotten, Västernorrland och Västerbotten anser sammantaget 59 procent av respondenterna att uppdraget är alltför omfattande i ganska eller mycket hög utsträckning.

FIGUR 3.1 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "grunduppdraget för vårdenheter är alltför omfattande".



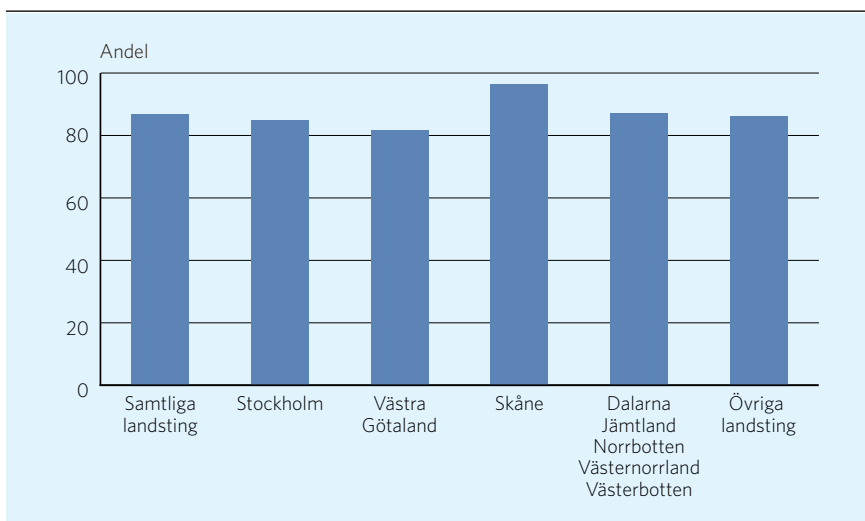
TABELL 3.1 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "grunduppdraget för vårdenheter är alltför omfattande" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	45,6	52,6
Stockholm	35,1	35,7
Västra Götaland	54,8	50,0*
Skåne	45,7	71,4*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Med ett brett uppdrag ställs större krav på vårdenheten. Om kraven uppfattas som alltför stora påverkas också av den ekonomiska ersättningen. Som noteras i figur 3.2 anser 86,7 procent av respondenterna i ganska eller mycket hög utsträckning att "det är för stora krav på vårdenheten i förhållande till den ekonomiska ersättningen". Med undantag för Skåne, där 96,3 procent instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning, finns inga större variationer mellan landstingen. Det kan noteras att offentliga verksamhetschefer instämmer i högre grad än privata i främst Västra Götaland men även i Stockholm, se tabell 3.2.

FIGUR 3.2 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "det är för stora krav på vårdenheten i förhållande till den ekonomiska ersättningen".



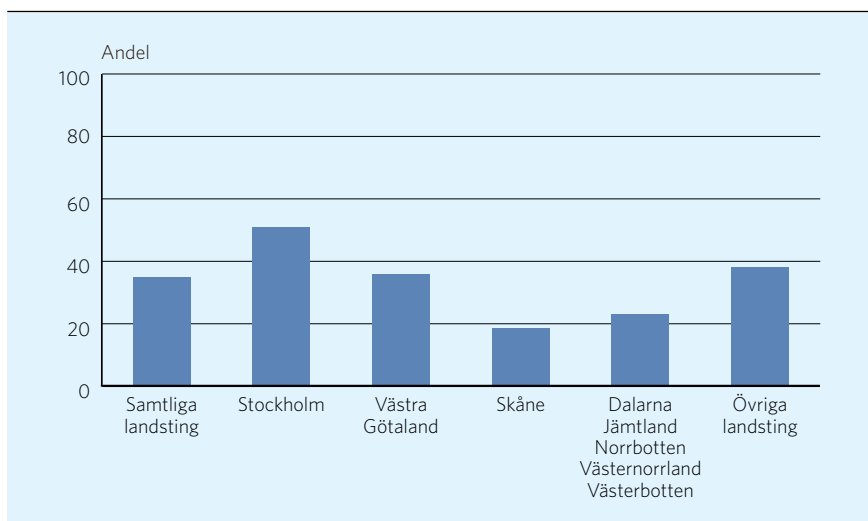
TABELL 3.2 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "det är för stora krav på vårdenheten i förhållande till den ekonomiska ersättningen" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	87,1	85,4
Stockholm	89,2	78,6
Västra Götaland	86,0	68,8*
Skåne	95,1	100,0*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Möjligheten för vårdenheter att själva utforma verksamheten beror på en rad faktorer. Enligt svar från verksamhetscheferna tycks frihetsgraderna samvariera negativt med ett bredare uppdrag, se figur 3.3. Drygt hälften av respondenterna i Stockholm anser i ganska eller mycket stor utsträckning att "det finns stor frihet att själv utforma verksamheten inom ramen för uppdraget" medan enbart 23 procent har samma uppfattning i den grupp av landsting som har bredast uppdrag. Respondenter i Skåne utmärker sig även i denna fråga genom en låg andel (18,5 procent) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning. Som noteras i tabell 3.3 instämmer offentliga verksamhetschefer i högre utsträckning än privata i främst Stockholm.

FIGUR 3.3 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "det finns stor frihet att själv utforma verksamheten inom ramen för uppdraget".



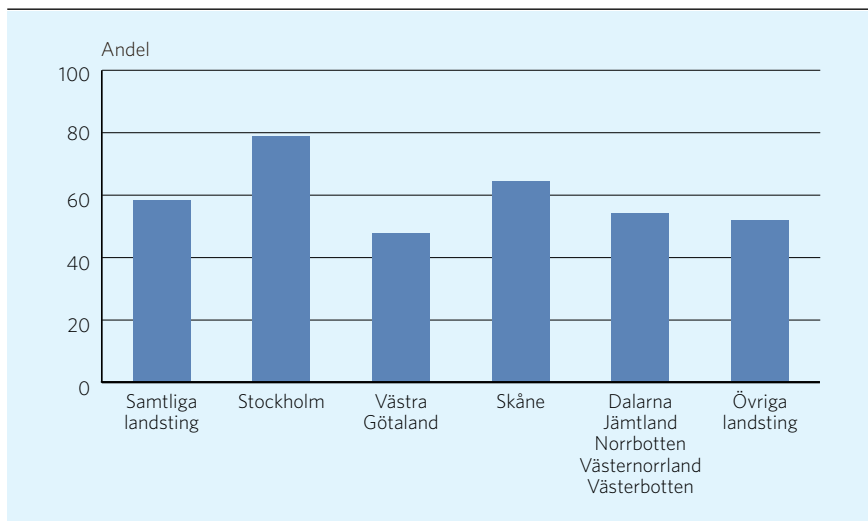
TABELL 3.3 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "det finns stor frihet att själv utforma verksamheten inom ramen för uppdraget" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	34,7	34,7
Stockholm	56,8	42,9
Västra Götaland	37,2	31,2*
Skåne	17,4	25,0*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Knappt 60 procent av respondenterna anser i ganska eller mycket hög utsträckning att uppföljningen av den egna vårdenheten är alltför detaljerad, se figur 3.4. Andelen som anser att uppföljningen är alltför detaljerad är högst i Stockholm (78,5 procent) och lägre än genomsnittet i gruppen av landsting med bredast uppdrag (54,1 procent). Variationerna mellan landstingen är snarast proportionella i förhållande till uppfattningarna om frihetsgrader. Uppfattningar om en alltför detaljerad uppföljning tycks alltså inte med automatik skapa uppfattningar om motsvarande begränsade frihetsgrader. Skåne avviker från detta mönster. Två tredjedelar av verksamhetschefer i Skåne anser att uppföljningen i ganska eller mycket hög utsträckning är alltför detaljerad och färre än 20 procent anser i ganska eller mycket hög utsträckning att det finns stor frihet att själv utforma verksamheten inom ramen för uppdraget. Privata verksamhetschefer instämmer i högre grad än offentliga att uppföljningen är alltför detaljerad i flera landsting, se tabell 3.4.

FIGUR 3.4 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "uppföljningen av min vårdenhet från landstinget/regionen är alltför detaljerad".



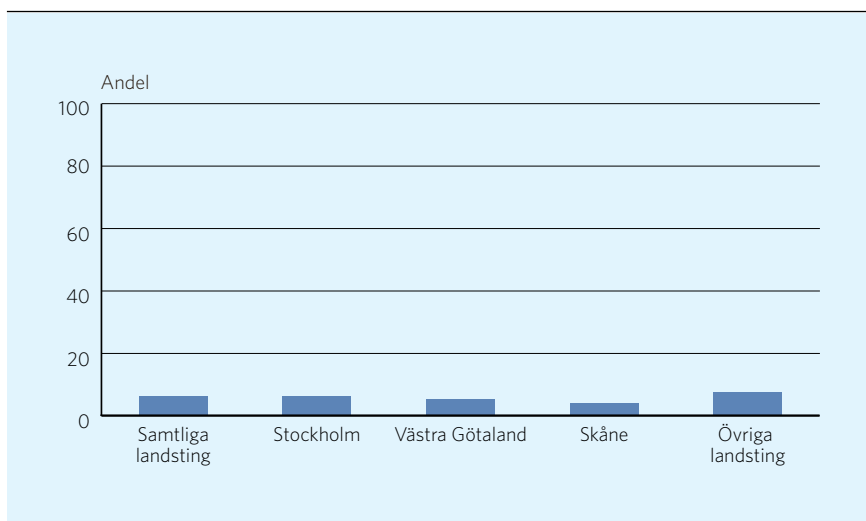
TABELL 3.4 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "uppföljningen av min vårdenhet från landstinget/regionen är alltför detaljerad" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	55,7	64,9
Stockholm	75,7	82,1
Västra Götaland	44,2	56,2*
Skåne	67,4	42,9*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Som framgår av figur 3.5 är det få respondenter som anser att de har möjligheter att påverka utvecklingen av vårdvalsmodellen i landstinget/regionen. Det finns inte några tydliga skillnader mellan landstingen eller beroende på ägarform i detta avseende.

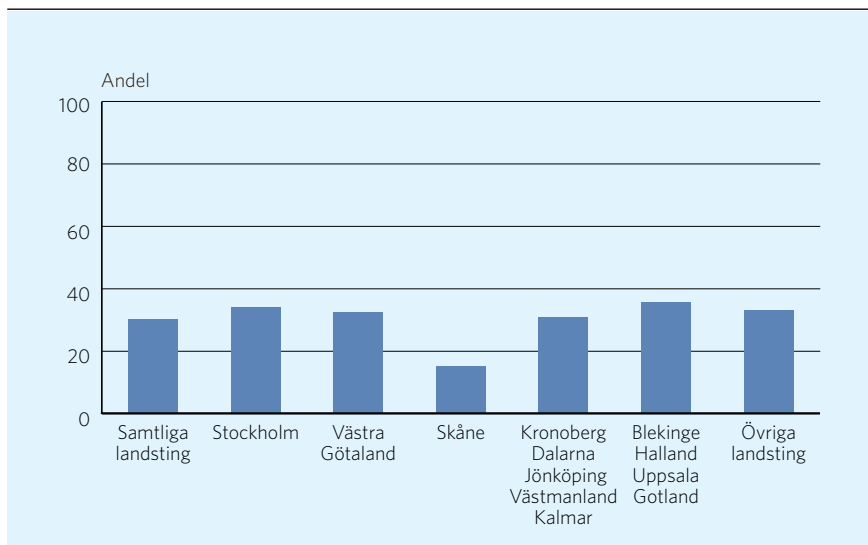
FIGUR 3.5 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "jag har som verksamhetschef möjlighet att påverka utvecklingen av vårdvalsmodellen i landstinget/regionen".



Frågor om ekonomisk risk och kostnadsansvar

Ungefär en tredjedel av respondenterna anser att de ekonomiska riskerna för vårdenheten är hanterbara i ganska eller mycket hög utsträckning, se figur 3.6. Med undantag för Skåne, som redovisar en lägre andel, finns inga större variationer mellan landstingen. Övriga landsting har för denna fråga delats in med avseende på hur den fasta ersättningen per individ beräknats. I Kronoberg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland används ACG och socioekonomiska förutsättningar bland listade som underlag för beräkningen. Graden av riskjustering kan därför anses som relativt hög. I Blekinge, Halland, Uppsala och Gotland differentieras den fasta ersättningen per individ med hänsyn till ålder och det finns ingen justering för socioekonomiska förutsättningar. Graden av riskjustering kan därför anses som relativt låg. Som framgår av figuren avviker svaren i dessa båda grupper inte nämnvärt från varandra. Det finns inte heller några större skillnader jämfört med övriga landsting, undantaget Skåne. Privata verksamhetschefer instämmer i högre utsträckning i påståendet i Stockholm, se tabell 3.6.

FIGUR 3.6 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "de ekonomiska riskerna för min vårdenhet är hanterbara".



TABELL 3.6 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "de ekonomiska riskerna för min vårdenhet är hanterbara" uppdelat på ägarform.

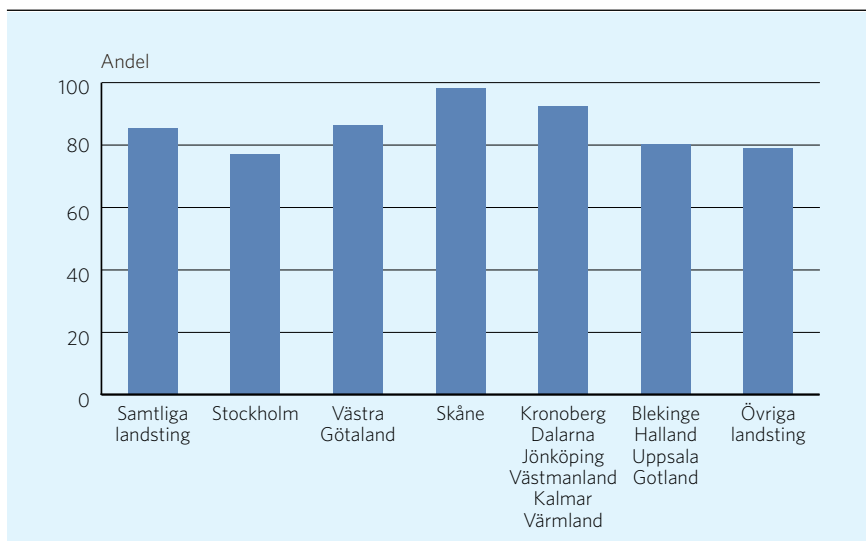
Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	27,1	37,9
Stockholm	29,7	39,3
Västra Götaland	32,6	31,2*
Skåne	10,9	37,5*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Ekonomisk risk kan bero på osäkerhet om framtida intäkter eller brister i möjligheterna att påverka verksamhetens kostnader. Respondenternas bedömning av osäkerheten i storleken på framtida intäkter framgår av figur 3.7. Andelen som anger i ganska eller mycket hög utsträckning att "det är för stor osäkerhet om storleken på framtida intäkter" är genomgående hög oavsett landsting. En högre andel kan noteras i främst Skåne men även för gruppen Kronoberg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland samt Västra Götaland som samtliga använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av ersättningen per individ. Lägre andelar som instämmer redovisas för Stockholm och för övriga landsting som använder en enkel

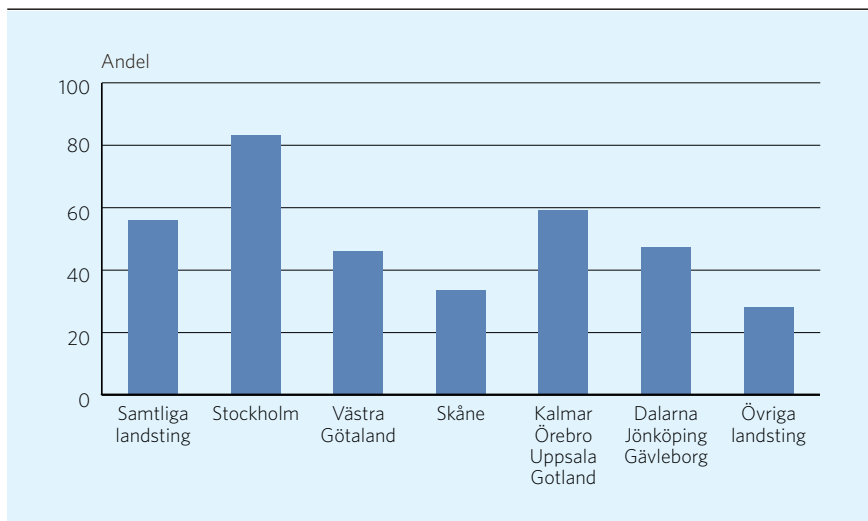
modell baserat på ålder vid beräkning av fast ersättning per individ. Denna skillnad kan återspegla att ACG och socioekonomiska förutsättningar som underlag för beräkningarna är mindre transparent och leder till större problem för verksamhetschefer att förutspå den egna ersättningen.

FIGUR 3.7 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "det är för stor osäkerhet om storleken på framtida intäkter".



Andelen som i ganska eller mycket hög utsträckning anser att de har möjlighet att kontrollera de kostnader de ansvarar för är högst i Stockholm (83,1 procent) och lägst i Skåne (33,3 procent), se figur 3.8. Övriga landsting har för denna fråga delats in med avseende på skillnader i kostnadsansvar för vårdenheter. I gruppen med mest omfattande kostnadsansvar (Dalarna, Jönköping och Gävleborg) noteras en lägre andel som instämmer i påståendet jämfört med gruppen med minst omfattande kostnadsansvar (Kalmar, Örebro, Uppsala och Gotland).

FIGUR 3.8 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "på min vårdenhets har vi möjligheter att kontrollera de kostnader vi ansvarar för".



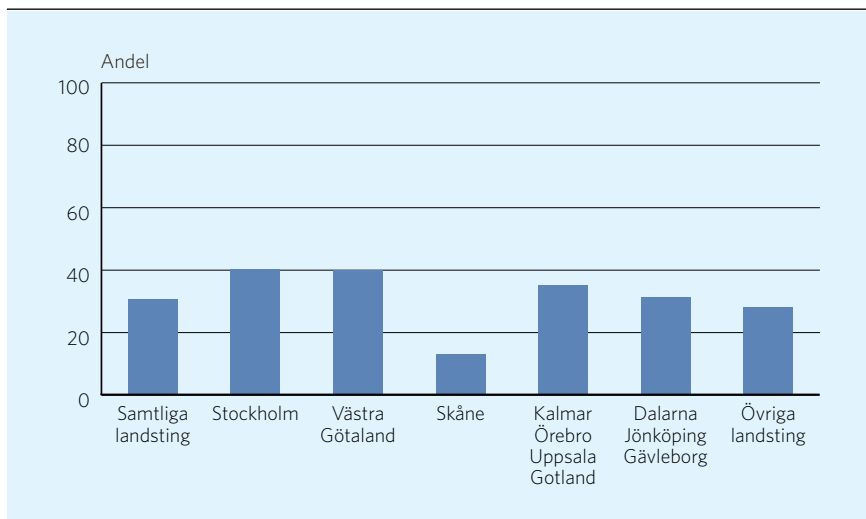
TABELL 3.8 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "på min vårdenhets har vi möjligheter att kontrollera de kostnader vi ansvarar för" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	55,3	56,8
Stockholm	86,5	78,6
Västra Götaland	44,2	50,0*
Skåne	34,8	25,0*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Skillnaderna mellan landstingen är mindre i fråga om respondenter i stort sett är nöjda med kostnadsansvaret, se figur 3.9. Skåne avviker genom att redovisa en betydligt lägre andel som i ganska eller mycket stor utsträckning instämmer i påståendet. Skillnader mellan grupper av övriga landsting med olika omfattning i kostnadsansvaret är liten.

FIGUR 3.9 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet ”jag är i stort sett nöjd med utformningen av kostnadsansvaret för vårdenheten”.



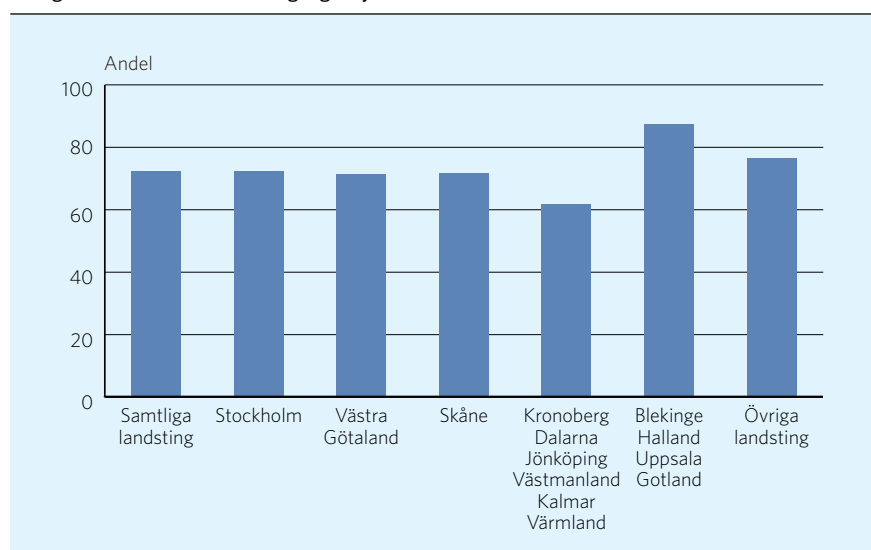
I denna fråga fanns möjligheter för respondenter att ange vilken typ av kostnadsansvar man var minst nöjd med. Flertalet kommentarer avser kostnadsansvar för hjälpmedel, lab. och röntgen, läkare på nationell taxa, sjukgymnaster, läkemedel som förskrivs av andra samt avdrag för täckningsgrad. Bland offentliga verksamhetschefer finns också missnöje med kostnader för hyra, IT och stödfunktioner som inte kan påverkas.

Frågor om ersättningsprinciper

Fyra frågor i enkäten avsåg utformningen av ersättningsprinciper inom vårdvalssystem. I figur 3.10 framgår att nästan tre fjärdedelar av verksamhetscheferna i ganska eller mycket stor utsträckning menar att ”ersättningen till vårdenheter bör i högre grad justeras utifrån individers förväntade vårdbehov”. Andelen som instämmer är högre bland offentliga verksamhetschefer jämfört med privata, se tabell 3.10. Vid jämförelse mellan landsting kan noteras att andelarna är lika höga i Västra Götaland och Skåne som i Stockholm. Det faktum att den fasta ersättningen per individ i Västra Götaland och Skåne baseras på ACG och socioekonomi och inte ålder som i Stockholm tycks inte ha haft någon betydelse för svaren. Däremot finns en skillnad mellan övriga landsting beroende på om ACG och socioekonomi används för att beräkna ersättningen per individ. I landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar för beräkning av ersättningen (Kronoberg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland) är andelen respon-

denter som instämmer i påståendet lägre än i landsting som enbart utgår från ålder vid beräkningen (Blekinge, Halland, Uppsala och Gotland). Skillnaderna i uppfattningar mellan gruppen Blekinge, Halland, Uppsala och Gotland respektive Stockholm kan bero på att ersättningen utifrån vårdbehov i Stockholm i stor utsträckning baseras på ersättning för faktiska besök. Någon motsvarande besöksersättning återfinns inte i gruppen Blekinge, Halland, Uppsala och Gotland, vilket innebär att vårdenheter blir mer beroende av hur den fasta ersättningen beräknas.

FIGUR 3.10 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "ersättningen till vårdenheter bör i högre grad justeras utifrån individers förväntade vårdbehov".



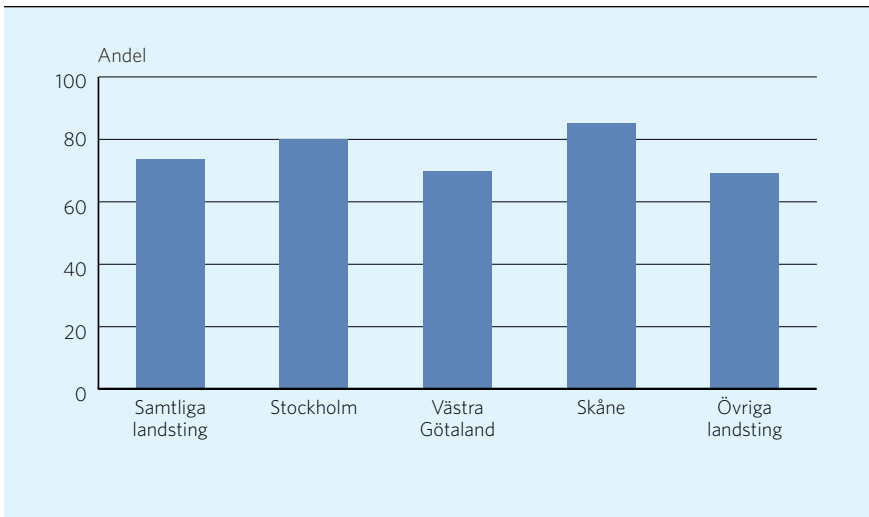
TABELL 3.10 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "ersättningen till vårdenheter bör i högre grad justeras utifrån individers förväntade vårdbehov" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	74,9	65,3
Stockholm	83,8	57,1
Västra Götaland	76,7	56,2*
Skåne	73,9	57,1*

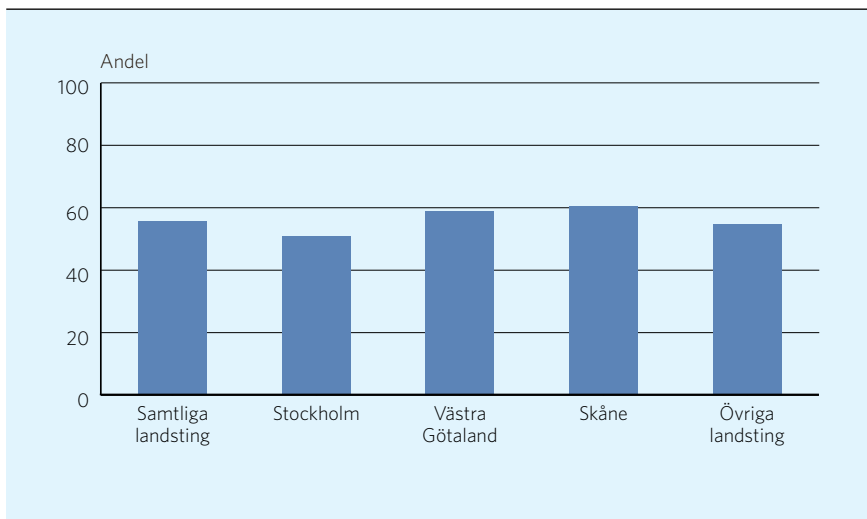
*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

I figur 3.11 och 3.12 framgår respondenters svar när det gäller önskvärd utveckling av fast ersättning per individ respektive besöksersättning för listade individer. En majoritet vill i ganska eller mycket stor utsträckning att både andelen fast ersättning per individ och andelen besöksersättning ska öka. Det tyder på att flera verksamhetschefer omtolkat frågan och angett preferenser för en ökad fast ersättning respektive besöksersättning i absoluta termer. Det är dock fler, nästan tre fjärdedelar, som i ganska eller mycket stor utsträckning instämmer i påståendet att andelen fast ersättning per listad individ bör öka, se figur 3.11. Detta skulle kunna tolkas som att det finns preferenser för en ökning av den del av ersättningen som baseras på antalet listade individer snarare än besök. Dessa preferenser återfinns dock i första hand bland offentliga verksamhetschefer, se tabell 3.11 och 3.12.

FIGUR 3.11 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "andelen fast ersättning per listad individ (andelen kapitering) bör öka".



FIGUR 3.12 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "andelen besöksersättning för listade individer bör öka".



TABELL 3.11 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "andelen fast ersättning per listad individ (andelen kapitering) bör öka" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	75,3	68,4
Stockholm	91,9	64,3
Västra Götaland	67,4	75,0*
Skåne	84,4	87,5*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

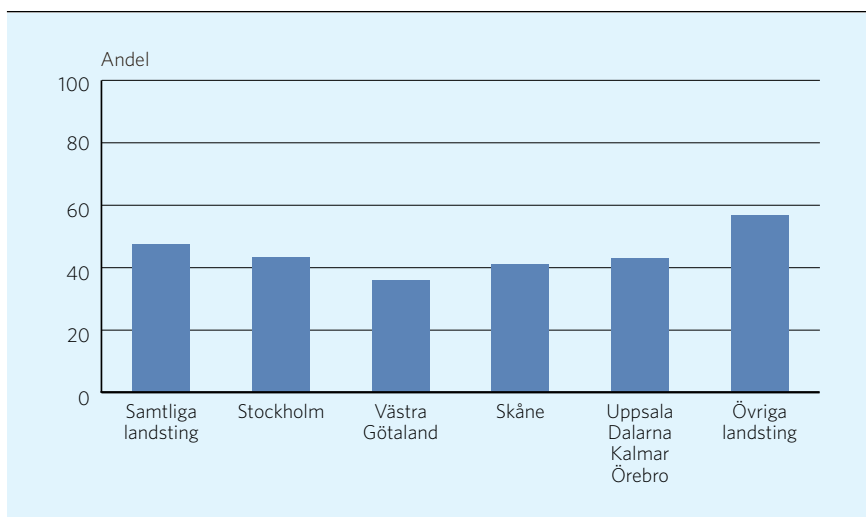
TABELL 3.12 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "andelen besöksersättning för listade individer bör öka" uppdelat på ägarform.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	52,3	64,2
Stockholm	40,5	64,3
Västra Götaland	59,5	56,2*
Skåne	57,8	75,0*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

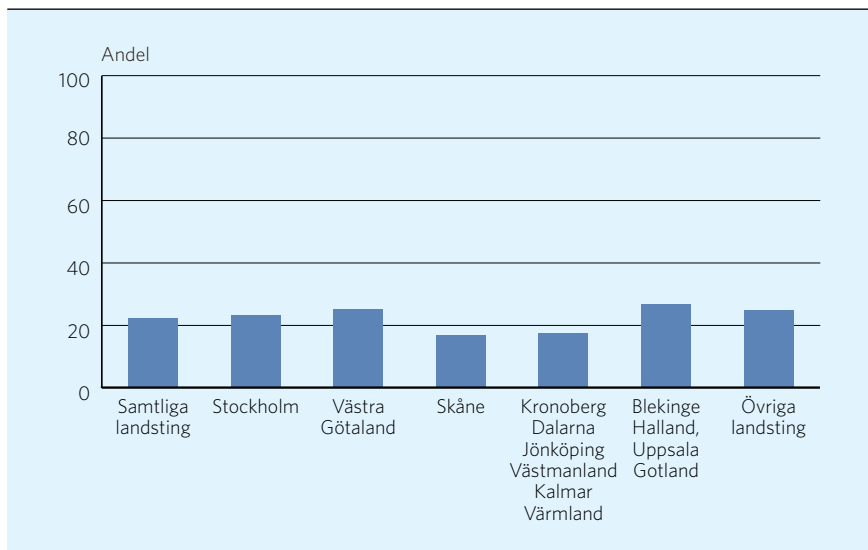
Knappt hälften vill se en ökning i andelen ersättning som baseras på kvalitetsindikatorer, vilken ställer högst krav på anpassning från vårdenheternas sida. Andelen som instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i detta påstående är lägst i Västra Götaland, se figur 3.13, som enligt kartläggningen i kapitel två har i särklass flest kvalitetsindikatorer inom ramen för målrelaterad ersättning. Det finns ingen större skillnad mellan den grupp landsting som har högst andel målrelaterad ersättning (Uppsala, Dalarna, Kalmar och Örebro) och de flesta andra landsting. Det finns inte heller några skillnader beroende på ägarform.

FIGUR 3.13 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "andelen ersättning som baseras på uppfyllelse av kvalitetsindikatorer bör öka".



Drygt en femtedel av verksamhetscheferna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet "jag är i stort sett nöjd med nuvarande utformning av ersättningssystemet", se figur 3.14. Missnöjet tycks särskilt stort i Skåne samt i den grupp av landsting som använder ACG och socioekonomi vid beräkning av fast ersättning per individ (Kronoberg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland). Privata verksamhetschefer är snarast mer nöjda med ersättningsprinciperna, se tabell 3.14.

FIGUR 3.14 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "jag är i stort sett nöjd med nuvarande utformning av ersättningsystemet".



TABELL 3.14 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "jag är i stort sett nöjd med nuvarande utformning av ersättningsystemet" uppdelat på ägarformer.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	20,1	27,4
Stockholm	16,2	32,1
Västra Götaland	22,0	33,3*
Skåne	17,4	12,5*

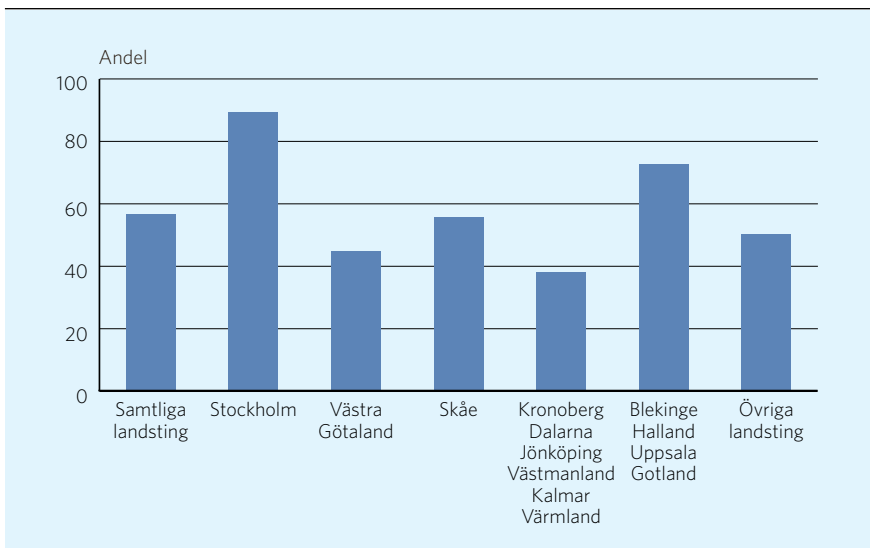
*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Frågor om styreffekter

Ett flertal frågor i enkäten handlade om verksamhetscheferers uppfattningar om ersättningsprincipernas styreffekter. I figur 3.15 framgår att drygt hälften (56,6 procent) av respondenterna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att "nuvarande ersättningsprinciper premierar korta besök". Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora. Nio av tio verksamhetschefer i Stockholm instämmer i påståendet. Andelen verksamhetschefer som instämmer är väsentligt lägre i Västra Götaland, Skåne och gruppen av övriga landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av den fasta ersättningen till vårdenheter (Krono-

berg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland). Även i denna grupp av landsting instämmer dock omkring hälften av verksamhetscheferna i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet. Det kan bero på uppfattningar att även en hög andel fast ersättning ställer krav på många och korta besök om behoven hos de listade ska kunna tillgodoses. Även en justering av den fasta ersättningen utifrån täckningsgrad ger ekonomiska incitament att producera många besök. Vårdvalssystemen i sig kan också premiera korta besök genom kraven på hög tillgänglighet, oavsett ersättningsprincipers utformning. Med sämre tillgänglighet finns risk att individer listar sig hos någon annan vårdenheter. Uppdelat på ägarformer finns mycket stora skillnader i svarsfrekvenser. Offentliga verksamhetschefer instämmer i högre utsträckning än privata, se tabell 3.15.

FIGUR 3.15 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper premierar korta besök".



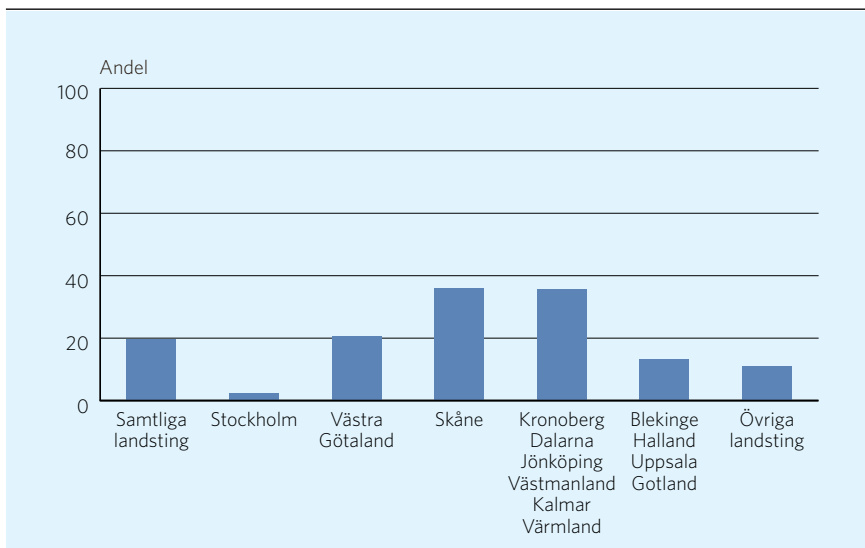
TABELL 3.15 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper premierar korta besök" uppdelat på ägarformer.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	62,8	39,4
Stockholm	100,0	74,1
Västra Götaland	58,1	6,7*
Skåne	60,9	25,0*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Ungefär en femtedel av respondenterna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att "nuvarande ersättningsprinciper stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov", se figur 3.16. På samma sätt som för föregående fråga finns stora skillnader mellan landstingen. Andelen är väsentligt lägre i Stockholm jämfört med övriga landsting. Bland övriga landsting finns en skillnad beroende på hur den fasta ersättningen per individ beräknas. I de landsting som använder ACG och socioekonomiska förutsättningar som utgångspunkt för beräkningarna – tydligast i Skåne och i gruppen Kronoberg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland – är andelen som instämmer i påståendet högre. Den lägre andelen som instämmer i Västra Götaland kan förklaras av att bara ett fåtal vårdenheter berörs av den extra socioekonomiska ersättningen samt att ersättningen per individ justeras utifrån en kombination av ålder och ACG. Uppdelat på ägarformer instämmer offentliga verksamhetschefer i lägre grad än privata, se tabell 3.16.

FIGUR 3.16 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet ”nuvarande ersättningsprinciper stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov”.



TABELL 3.16 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet ”nuvarande ersättningsprinciper stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov” uppdelat på ägarformer.

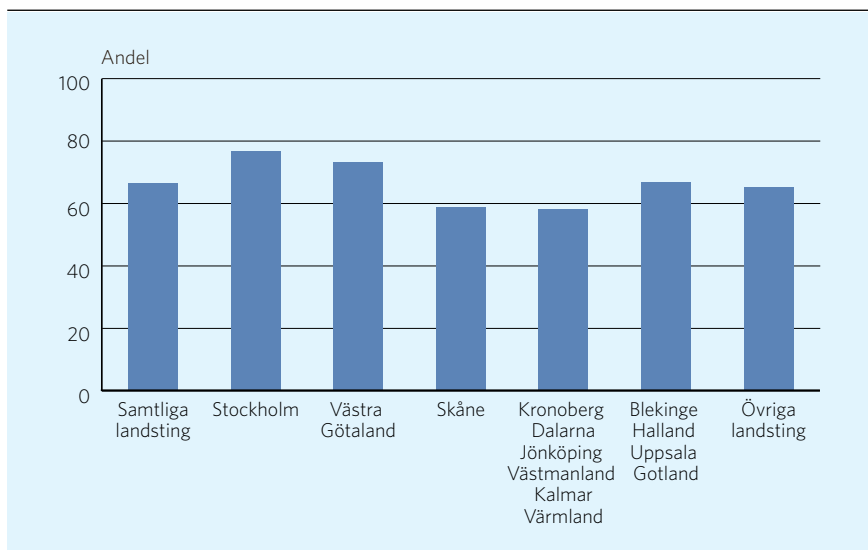
Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	16,5	27,1
Stockholm	0,0	7,1
Västra Götaland	7,0	56,2*
Skåne	35,6	37,5*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

Två tredjedelar av respondenterna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att ”nuvarande ersättningsprinciper riskerar undanträngning av patientgrupper”, se figur 3.17. Andelen som instämmer är något lägre i Skåne och gruppen Kronoberg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland jämfört med övriga landsting. Denna skillnad är logisk mot bakgrund av redovisade skillnader i figur 3.16. Andelen som instämmer i Stockholm ligger dock på ungefär samma nivå som i Västra Götaland, vilket avviker från svarsmönstret i figur 3.16. Den högre andelen som instämmer i Västra Götaland kan bero på att den extra socioekonomiska ersättningen

bara berör ett mindre antal vårdenheter samt att ersättningen per individ justeras utifrån en kombination av ålder och ACG. Genomgående instämmer en högre andel av offentliga verksamhetschefer i påståendet jämfört med privata, se tabell 3.17.

FIGUR 3.17 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper riskerar undanträngning av patientgrupper".



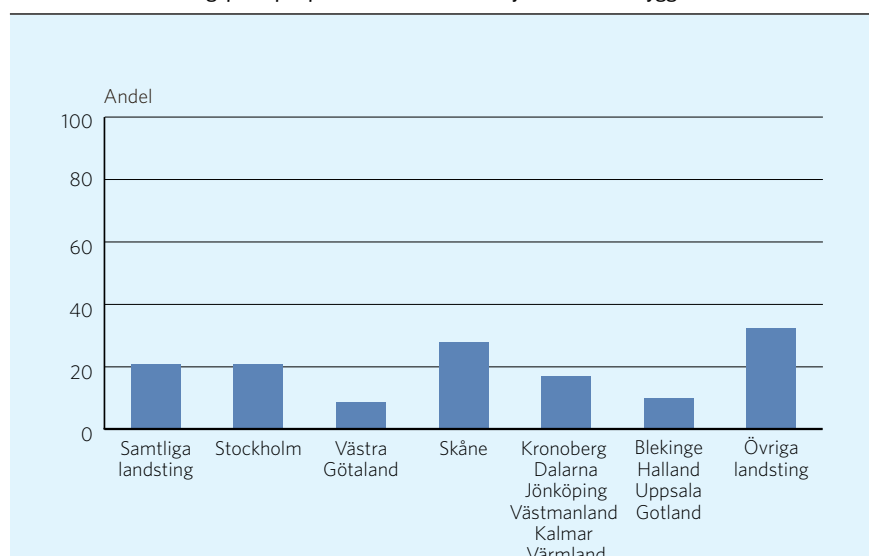
TABELL 3.17 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper riskerar undanträngning av patientgrupper" uppdelat på ägarformer.

Län	Offentliga verksamhetschefer	Privata verksamhetschefer
Samtliga landsting	71,0	53,7
Stockholm	88,9	60,7
Västra Götaland	86,0	37,5*
Skåne	60,0	50,0*

*Låg svarsfrekvens för i synnerhet Skåne gör resultaten osäkra.

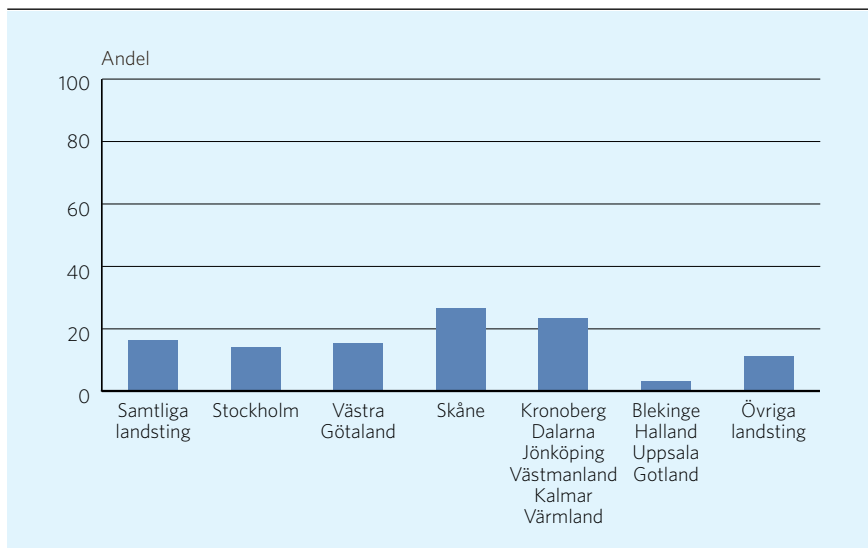
Enligt den kartläggning som redovisades i kapitel två premierar i stort sett samtliga landsting ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt inom ramen för målrelaterade ersättningssystem. Undantag är Halland och Blekinge. Som framgår av figur 3.18 är det dock bara en femtedel av verksamhetscheferna som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning att ”nuvarande ersättningsprinciper premierar ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt”. Det kan noteras att andelen som instämmer är lägre i Västra Götaland och i gruppen Blekinge, Halland, Uppsala och Gotland.

FIGUR 3.18 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet ”nuvarande ersättningsprinciper premierar ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt”.



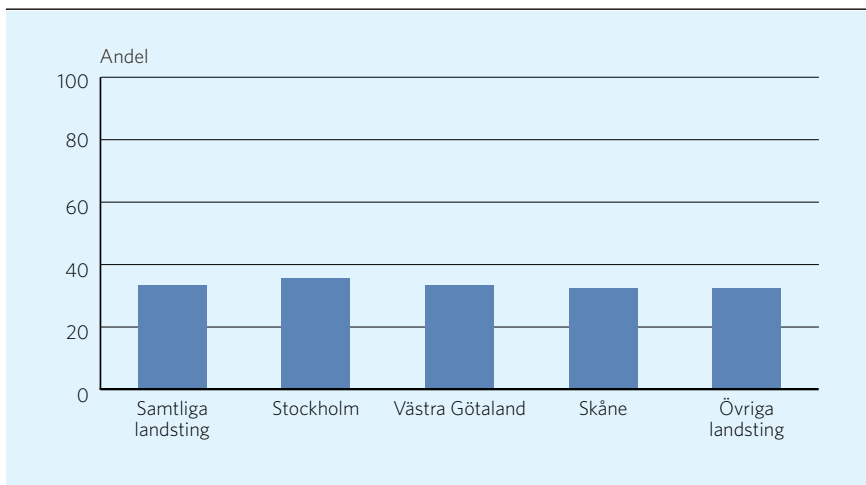
Skåne och gruppen Kronoberg, Dalarna, Jönköping, Västmanland, Kalmar och Värmland (samtliga använder ACG och socioekonomiska förutsättningar vid beräkning av fast ersättning per individ till vårdenheter) redovisar en något högre andel som instämmer i påståendet att ”nuvarande ersättningsprinciper främjar de prioriteringar vi vill arbeta utifrån”, se figur 3.19. Andelen som instämmer i Västra Götaland avviker från dessa landsting på samma sätt som i figur 3.16 och 3.17. I denna fråga är det respondenter i Blekinge, Halland, Uppsala och Gotland (samtliga använder enbart ålder vid beräkning av fast ersättning per individ) som instämmer i lägst utsträckning.

FIGUR 3.19 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet ”nuvarande ersättningsprinciper främjar de prioriteringar vi vill arbeta utifrån”.

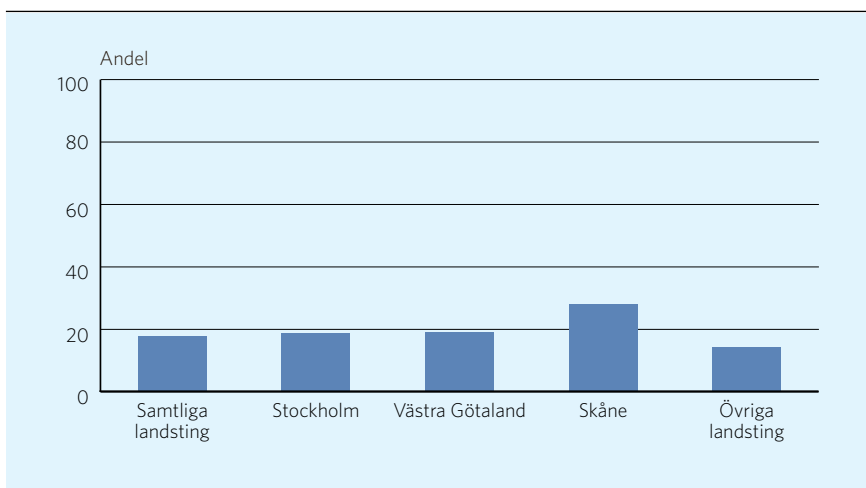


Ungefär en tredjedel av respondenterna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att ”nuvarande ersättningsprinciper stödjer styrningen av den egna verksamheten”, se figur 3.20. Det finns inga större skillnader mellan landstingen. Däremot finns skillnader i andelen som instämmer i att ”nuvarande ersättningsprinciper stimulerar nytänkande och innovationer”. Som framgår av figur 3.21 är andelen som instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning högre i Skåne jämfört med övriga landsting.

FIGUR 3.20 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper stödjer styrningen av den egna verksamheten".



FIGUR 3.21 Andel (%) som instämmer i ganska eller mycket hög utsträckning i påståendet "nuvarande ersättningsprinciper stimulerar nytänkande och innovationer".



Förändringar i ersättningsprinciper inom vårdvalsystemen

En särskild fråga i enkäten till kontaktpersoner avsåg vilka förändringar som har genomförts i vårdvalssystemen och särskilt ersättningsprinciperna under senare år. Överlag redovisades få förändringar. Uppdragen inom ramen för olika vårdvalssystem har varit i huvudsak stabila. I de fall landstingen ändrat på ersättningsprinciper och kostnadsansvar har förändringarna i de flesta fall varit små. Med utgångspunkt i enkätmaterialen identifierades ett urval av 10 landsting som på olika sätt förändrat ersättningsprinciperna. Dessa landsting följdes upp genom kompletterande intervjuer med kontaktpersoner. Material från dessa intervjuer med kontaktpersoner i Blekinge, Halland, Kronoberg, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västra Götaland, Västernorrland, Västmanland och Jönköping redovisas nedan.

De förändringar som studerats i de 10 landstingen kan grupperas i fyra teman: övergång från ålder till ACG vid beräkning av fast ersättning per individ, förändrad justering av ersättningen utifrån täckningsgrad, utveckling av system för målrelaterad ersättning samt förändringar i besöksersättningen. Som noteras i tabell 4.1 har de flesta av landstingen som följts upp förändrat ersättningsprinciperna i flera av dessa dimensioner.

TABELL 4.1. Fyra teman för förändrade ersättningsprinciper.

Från ålder till ACG	Täckningsgrad	Målrelaterad ersättning	Besöksersättning
		Stockholm	Stockholm
		Uppsala	Uppsala
	Blekinge		
	Halland	Halland	
Kronoberg		Kronoberg	
	Region Skåne	Region Skåne	
		VGR	
Jönköping		Jönköping	Jönköping
Västmanland		Västmanland	Västmanland
Västernorrland		Västernorrland	Västernorrland

Från ålder till ACG vid beräkning av fast ersättning per individ

Flera huvudmän har gradvis infört nya principer för beräkning av fast ersättning per individ baserat på information om ACG och CNI. Den främsta orsaken är att en fördelning av resurser utifrån ACG och CNI uppfattas som mer rättvist jämfört med fördelning baserat på ålder. Huvudmän som har infört sådana nya principer är Kronoberg, Västernorrland, Västmanland och Jönköping. Sett till övriga sex landsting som följts särskilt planerar Blekinge att införa en sådan förändring längre fram. Uppsala ska utreda ersättningsprinciperna inför år 2014 och då ska justering utifrån socioekonomi och vårdtyngd beaktas. I Skåne och Västra Götaland har man använt ACG och CNI för att beräkna ersättningen för listade individer sedan vårdval infördes år 2009. Man har på så sätt fungerat som inspirationskälla för övriga landsting. I Halland respektive Stockholm finns inga planer på att införa nya principer för beräkning av den fasta ersättningen per individ.

Tillvägagångssättet för att komma fram till hur stor andel av den fasta ersättningen som ska justeras utifrån ACG och CNI har varierat. I Skåne och Västra Götaland har egna analysenheter och god tillgång till data kunnat användas för simuleringar som visat omställningseffekter av olika alternativ. I Jönköping utgick man istället från ett urval vårdcentraler med högt CNI (det vill säga svaga socioekonomiska förutsättningar) som bedömdes ha en bra kvalitet på verksamheten men samtidigt ett dåligt ekonomiskt resultat. Justering av den fasta ersättningen utifrån CNI valdes så att det ekonomiska resultatet för dessa vårdenheter uppfattades som rimligt.

Erfarenheter vid övergång till ACG

Erfarenheter från de landsting som infört ACG som utgångspunkt för beräkning av den fasta ersättningen per individ visar att det finns problem förknippat med själva övergången. I första hand finns systematiska skillnader i hur vårdenheter registrerar diagnoser. Olika diagnosättning bland vårdenheter leder i sin tur till att resurserna skulle bli orättvisst fördelade om ACG infördes fullt ut under ett år. Vårdenheterna skulle då få svårt att hinna ställa om sin diagnosregistrering. Ett annat problem är att en ersättning baserat på ACG kan skapa incitament för vårdenheter att vara generösa i sin diagnosättning för att på så sätt registrera en större vårdtyngd. Potentiellt diagnosfuskar har observerats i åtminstone ett landsting. Omfördelningen av resurser skapar också vinnare (vårdenheter som listar fler sjuka individer) och förlorare (vårdenheter som listar förhållandevis friska individer) vilket kan skapa motsättningar mellan grupper av vårdenheter.

Mot bakgrund av identifierade problem har berörda landsting infört ACG gradvis under flera år. Vid sådant stegvis införande blir de initiala konsekvenserna av eventuella skillnader i hur diagnoser registreras mindre. Efter hand som betydelsen av ACG ökar blir vårdenheter också förmodat bättre och mer lika i sitt arbete med diagnosättning. I Västernorrland sker införandet av ACG för beräkning av ersättningen under en period på tre år. Fullt genomförd ska ersättningen per listad individ förändras från att viktas med 96 procent för ålder och 4 procent för CNI till att viktas med 80 procent för ACG och 20 procent för CNI. I Jönköping sker införandet under en fyraårsperiod. Den fasta ersättningen per individ baserades ursprungligen på 85 procent ålder och 15 procent CNI. Fullt genomförd innebär den nya principen att åldersfördelningen helt ersatts av ACG. I Västmanland har man tills vidare valt att justera halva den fasta ersättningen per individ utifrån ACG och CNI och använda ålder för justering av resterande del.

Justering av ersättningen utifrån täckningsgrad

Det övergripande syftet med att justera vårdenheters ersättning utifrån täckningsgrad är att främja en utveckling där primärvården förväntas ta ett större ansvar för individens samlade behov av öppenvård. Vårdenheter som tar ett större ansvar för den öppna vården, mätt som andel av samtliga besök, ska få en större del av primärvårdens resurser. Tre av de studerade landstingen har infört förändringar i ersättningen till vårdenheter baserat på täckningsgrad sedan vårdval infördes.

I Blekinge har man ändrat målvärdet för täckningsgrad från en fast nivå på 65 procent till en rörlig nivå som motsvarar medelvärdet för täckningsgrad bland samtliga vårdenheter. Detta innebär i praktiken en sänkning av kraven

på vårdenheter. Anledningen till den nya principen var att det var få vårdenheter som nådde upp till den tidigare målnivån. Resurser som var avsatta för primärvård fördelades därför aldrig ut till verksamheten. Den nya modellen innebär att samtliga resurser som är avsatta till primärvård fördelas ut bland enheter. Det finns inte heller någon risk för oplanerade kostnadsökningar. Ersättningen för de vårdenheter som ligger under medelvärdet reduceras till motsvarande förmån för de vårdenheter som ligger över medelvärdet.

Målnivån för täckningsgrad i Halland har varit 80 procent sedan vårdval Halland infördes år 2007. Den totala finansieringen av vårdenheter inom ramen för vårdval i primärvården var initialt beräknad utifrån en täckningsgrad på 67 procent. För varje procents ökning av täckningsgraden har primärvården tillförts ytterligare resurser. Genomsnittlig täckningsgrad i början av år 2012 var 70 procent. Ingen vårdenhet har nått upp till målnivån 80 procent, vilket inneburit att missnöjet mot principerna varit utbrett. Tidigare gjordes avdrag om man inte nådde upp till målnivån utifrån 2-procents intervaller. Det krävdes därför relativt omfattande förändringar i antalet besök för listade individer för att justeringen utifrån täckningsgrad skulle påverkas. Två typer av förändringar har införts för att ge vårdenheter bättre förutsättningar att påverka avdragen:

- Vissa typer av vårdkontakter har lyfts ut ur beräkningarna för att de slog orättvist mot en del vårdenheter. Det gäller i första hand vårdkontakter på specialistnivån där avsikten aldrig varit att vårdkontakterna ska föras ut i primärvården (till exempel specialisttandvård, förlösning och barnhabilitering). En annan typ av kontakter har lyfts ut i syfte att enskilda vårdenheter inte ska drabbas orättvist och att vårdenheter inte ska avstå att remittera individer som efter remiss genererar många specialistbesök (till exempel dialys och mottagning för patienter med läkemedelsberoende).
- Principen för justeringen har ändrats till ett linjärt avdrag uttryckt som ett fast belopp (17,95 kronor per individ) per procentuell avvikelse från målnivån. Detta innebär att vårdenheter enklare kan påverka täckningsgraden eftersom i stort sett varje besök räknas.

I Skåne har man successivt ökat betydelsen av täckningsgraden genom att dels minska spannet där inga avdrag eller tillägg sker, dels öka den procentuella justeringen för vårdenheter som hamnar utanför spannet. Anledningen är att man inte uppnått den önskade förskjutningen från sjukhusens öppenvård mot primärvården vad gäller besök. Initialt var spannet utan justering 56–61 procent och avdrag gjordes med 0,5 procent av den fasta ersättningen per individ för varje procentenhet under spannet. År 2012 är spannet 57–59 procent. Avdrag görs med 1,25 procent av den fasta ersättningen per individ för

varje procentenhet under spannet. För varje procentenhet över spannet utgår tillägg med 1,6 procent av ersättningen.

Erfarenheter från justering baserat på täckningsgrad

Ett generellt problem enligt kontaktpersoner i berörda landsting är att justering utifrån täckningsgrad kan driva upp besöksfrekvensen bland vårdenheter. Uppfattningen är emellertid att det inte finns något annat mått som är bättre som underlag för styrning. Man är därför tills vidare hänvisad till att använda täckningsgrad för att styra mot att primärvården ska ta ett större ansvar för individers samlade behov av öppenvård.

Vårdenheter som har svårt att kontrollera andelen besök som görs utanför den egna vårdenheten upplevs som motståndare till principerna. I detta avseende finns olika förutsättningar mellan vårdenheter i glesbygd respektive städer. Vårdenheter i större städer har i allmänhet svårare att nå en hög täckningsgrad respektive att påverka så att individer i första hand går till de vårdenheter där man är listad. I Skåne uppfattas det till exempel som svårare att nå lönsamhet i områdena Lund/Malmö/Helsingborg med närhet till sjukhus och många läkare och sjukgymnaster finansierade på nationell taxa. Ett ökat fokus på täckningsgrad innebär i praktiken en omfördelning av resurserna till förmån för vårdenheter utanför städerna med längre avstånd till konkurrerande vårdutbud.

De ersättningsprinciper som används i specialistvården kan enligt flera kontaktpersoner motverka syftet med de ersättningsprinciper som används inom primärvården. Om specialistvården ersätts utifrån besök så motverkas de ekonomiska incitamenten som gäller för vårdenheter inom primärvården, där ersättningen i huvudsak utgår per individ. Bland studerade landsting finns inte heller något remisstvång för besök till övrig specialistvård. Många sjuksköterskemottagningar på specialistnivå har hög tillgänglighet, vilket påverkar täckningsgraden negativt för vårdenheter inom vårdvalet.

I några av de 10 studerade landstingen finns utöver justering utifrån täckningsgrad även möjligheter till ersättning utifrån vårdenheters lokalisering. Den främsta faktorn som påverkar sådan ersättning är avståndet till närmaste sjukhus. Kombinationen av justering utifrån täckningsgrad och lokalisering innebär att vårdenheter som är lokaliserade långt från andra vårdresurser blir kompenserade på två olika sätt. Förutsättningarna för att uppnå en hög täckningsgrad är bättre när alternativa vårdresurser i närområdet saknas. Det finns åtminstone två argument bland kontaktpersoner som stöd för denna princip. I Västra Götaland, Kronoberg och Västernorrland resonerar man att tillägg utifrån lokaliseringen kompenserar för ett högre kostnadsläge till följd av till exempel dyrare jourverksamhet, längre och dyrare sjukresor respektive transporter samt merkostnader för personal som ska delta i verk-

samheter och möten. Justeringen utifrån täckningsgrad, däremot, är knuten till att enheter tar ett större ansvar för individers konsumtion av vård. I Västra Götaland resonerar man vidare att kompensationen utifrån dessa två olika grunder är motiverad eftersom man inte vill riskera att få områden där det inte sker några nyetableringar ifall en vårdenhet läggs ner. Bland landsting där avstånden är förhållandevis små och med mer lika förutsättningar bland vårdenheter tycker man inte att det är nödvändigt med någon kompensation utöver den som ges genom justering utifrån täckningsgrad.

Utveckling av målrelaterad ersättning

I flera landsting är justeringen utifrån täckningsgrad en del av den målrelaterade ersättningen. Vårdenheter belönas i förhållande till sitt ansvar för listade individers samlade behov av öppenvård. Förändringar i den målrelaterade ersättningen i övrigt avser både nivåer och principer för ersättningen samt vilka indikatorer som ersättningen kopplas till. Ett alternativ eller komplement till en ersättning utifrån målnivåer är en riktad prestationsbaserad ersättning. Denna form av ersättning tycks bli allt vanligare för att stimulera vårdenheter att arbeta med hälsofrämjande insatser samt prioriterade insatser för de mest sjuka äldre.

I Kronoberg infördes målrelaterad ersättning år 2011. Omkring 35 mål identifierades och ingår i uppdraget för ackrediterade mottagningar. Ett urval av dessa mål kopplas till den målrelaterade ersättningen i varje period. För år 2012 baseras den målrelaterade ersättningen på 17 indikatorer. Ersättningen ges i spanng kring målnivåer för olika indikatorer. För registrering i nationella diabetesregistret (NDR) är till exempel målnivån att 95 procent av antalet diabetiker ska registreras. Extra ersättning utgår i spannet 85–95 procent och justeras utifrån den sammanlagda listningspoängen. Den målrelaterade ersättningen uppgår totalt till en procent av ersättningen till vårdenheter, men avsikten är att nivån ska höjas. Många mål och lite ersättning totalt innebär att ersättningen kopplat till varje mål blir mycket liten. Bedömningen från landstinget är dock att varje enskilt mål medför lite extraarbete för vårdenheterna.

I Skåne och Västra Götaland infördes målrelaterad ersättning år 2009 i samband med vårdvalet. Ambitionen var att betydelsen skulle öka på sikt, vilket tydligast uttrycktes i Västra Götaland. I Västra Götaland fanns initialt sex indikatorer och möjligheter till extra ersättning enligt en trappa för varje indikator. En stor förändring genomfördes år 2011 då 41 indikatorer och en linjär ersättning utifrån graden av målpuppfyllelse infördes. I båda regionerna har man valt att bli mer försiktiga vad gäller uttalanden om nivån på den framtida målrelaterade ersättningen. Nivån i Region Skåne har stigit från knappt två till knappt tre procent, men det är enligt uppgift inte troligt att den blir så mycket

högre under överskådlig tid. I Västra Götaland fanns tidigare en målsättning att den målrelaterade ersättningen skulle uppgå till 10 procent av den samlade ersättningen. Man har lagt ned ett stort arbete på att definiera lämpliga indikatorer men avsätter trots det bara fyra procent till målrelaterad ersättning år 2012. Den från början tänkta nivån på den målrelaterade ersättningen kommer sannolikt inte att införas inom överskådlig tid.

I Västernorrland var målrelaterad ersättning initialt utformad som avdrag för dålig täckningsgrad respektive tillgänglighet. Den nya målbaserade ersättningen utformas istället som en belöning kopplat till två mål: kontinuitet i vården för äldre över 65 år samt undvikbar slutenvård. Utgångspunkterna för detta val är kritik som riktas mot bristande kontinuitet i vården för i synnerhet äldre samt förslag på indikatorer för att främja vården till de mest sjuka äldre enligt rapport från Socialstyrelsen. En relativt hög ersättning är kopplad till varje mål. En relevant fråga i sammanhanget är därför om alla vårdenheter har samma möjlighet att få ta del av den målrelaterade ersättningen. Eftersom andelen äldre är hög i Västernorrland och alla vårdenheter listar minst 500–600 äldre bedöms förutsättningarna bland enheter som rättvisa.

Samtliga 10 landsting har kontinuerligt arbetat med att förbättra och/eller förändra de indikatorer man kopplar den målrelaterade ersättningen till. Kontinuerliga förändringar handlar dels om en anpassning av målen till nationellt och lokalt prioriterade områden, dels om en förbättring av valda indikatorer utifrån faktorer som relevans och mätbarhet. Mål och målnivåer ändras också efterhand som tidigare mål uppnås. I Uppsala har till exempel målnivåer kopplat till tillgänglighet skärpts då flertalet vårdenheter uppnått den tidigare angivna målnivån. På samma sätt har målnivåer kopplat till indikatorer som rör läkemedelskvoter skärpts i Halland. I Västmanland hade man tidigare en målrelaterad ersättning kopplat till diagnossättning för att underlätta införandet av ACG. Efter att ACG införts har detta mål tagits bort.

En särskild form av målrelaterad ersättning är när vårdenheter ersätts direkt för en viss typ av prioriterad aktivitet eller åtgärd. Det kan till exempel gälla särskild ersättning för genomförda läkemedelsgenomgångar eller hälsosamtal med definierade grupper av individer. Ersättningen kan då även beskrivas som en riktad form av prestationsbaserad ersättning. Åtminstone något landsting resonerar att en sådan tillämpning är att föredra eftersom effekterna är säkrare. Vid riktad prestationsbaserad ersättning får man betalt direkt när prestationen utförs, snarare än utifrån om målnivåer eventuellt nås. En direkt ersättning uppfattas ge tydligare incitament att utföra prestationen. En nackdel med prestationsbaserad ersättning är att det kan leda till sämre kostnadskontroll för landstinget. Ett sätt att kontrollera kostnaderna är att avgränsa den grupp av individer som berörs av ersättningen, alternativt att tak införs för hur många prestationer som ersätts.

I Västernorrland och Stockholm har man infört prestationsbaserad ersättning för fler prestationer under senare år. I Västernorrland riktas dessa mot insatser kopplat till folkhälsoarbete såsom hälsoundersökningar och frågor om motion/tobak/alkohol samt insatser för äldre, såsom läkemedelsgenomgång och samtal om fallolyckor i hemmet. Resurser har satts av motsvarande att 70 procent av individerna i berörda målgrupperska nås. I Stockholm riktas den prestationsbaserade ersättningen mot grupper med stora förväntade behov. I Jönköping har man från och med 2012 infört särskild ersättning per upprättad hälsokurva¹² för 40-, 50- och 60-åringar.

Erfarenheter av målrelaterad ersättning

De problem som lyftes fram av kontaktpersoner i landstingen relaterat till målrelaterad ersättning följer erfarenheter enligt tidigare studier på området.¹³ Det uppfattas som svårt att definiera relevanta, meningsfulla och uppföljningsbara indikatorer. Det är också svårt att nå rättvisa för samtliga vårdenheter när det gäller möjligheter att nå målen. Målrelaterad ersättning kan också skapa icke önskvärda undanträngningseffekter och negativa konsekvenser för befintliga och positiva drivkrafter hos professionen. Några kontaktpersoner redovisar också exempel på att kvaliteten i register kan ha påverkats negativt.

I landsting med en homogen befolkning, där vårdenheter har samma förutsättningar avseende listade individer, tycks det fungera bra med målrelaterade ersättningsystem som utgår från få indikatorer som riktas mot en prioriterad grupp individer, till exempel äldre. Ett exempel är Västernorrland där ett fåtal indikatorer som framför allt är kopplade till mest sjuka äldre används. Förutsättningarna för att uppnå målen bedöms vara likvärdiga mellan vårdenheter. I landsting med en mer heterogen befolkning, där det finns stora skillnader mellan karaktären på vårdenheters listade individer, kan det bli viktigare med flera indikatorer så att förutsättningarna för att uppnå åtminstone en del av målen blir likvärdiga mellan vårdenheter.

En kritik mot målrelaterad ersättning från de vårdenheter som berörs är att landstingen detaljstyr i för stor utsträckning. Å andra sidan har målrelaterad ersättning också fått kritik från vårdenheter utifrån att målen varit otydliga. Flera landsting och regioner arbetar med att tydligare förankra målen i klinisk verksamhet samt att kommunicera beslut om mål och indikatorer tydligare till vårdenheter.

Not. 12. Hälsokurva är ett pedagogiskt hjälpmedel för att kartlägga hälsorisker i allmänhet och risk för hjärt-/kärlsjukdom i synnerhet.

Not. 13. Se till exempel Anell A. (2010) Vården i vården – En ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7.

Det ska noteras att landstingen genomgående följer upp flera mål och indikatorer utöver dem som är kopplade till målrelaterade ersättning. Detta är tydligast i Västra Götaland där man sammanlagt följer upp omkring 140 indikatorer i primärvården. Ett komplement eller alternativ till målrelaterad ersättning är uppföljning och revision kopplat till mål och indikatorer som anges i kraven för godkännande av vårdenheter. I Kronoberg följs de definierade 35 målen upp i så kallade dialogmöten med vårdenheter. En miniminivå för samtliga indikatorer krävs för att vårdenheter inte ska riskera att bli utan ackreditering. Under 2012 ska även antalet medicinska revisioner utökas. Utgångspunkten är att kombinationen av medicinsk revision och målrelaterad ersättning ska förstärka drivkrafterna att utföra det som står i uppdragsspecifikationen. I Region Skåne tycks tilltron till medicinsk revision vara större än tilltron till målrelaterad ersättning för att uppnå bättre kvalitet bland vårdenheter. Några indikatorer från den målrelaterade ersättningen har lyfts ut och ska istället följas upp genom medicinsk revision. Målrelaterad ersättning och medicinsk revision utgör komplement och riktas mot olika former av mål och indikatorer.

Förändringar i besöksersättningen

I Stockholm ska en ny modell för behovsjustering av besöksersättningen införas. Syftet är att omfördela resurser till förmån för individer med större behov. En annan bakgrund är att primärvården förväntas ta ett allt större ansvar för mer sjuka patienter, då det kontinuerligt sker en överföring från specialiserad vård till husläkarmottagningarna. Den behovsjusterade besöksersättningen ska baseras på ett index anpassat till förutsättningar i Stockholm som fångar egenskaper bland de individer som besöker mottagningen. Indexet liknar i stora delar CNI men man viktat de olika parametrarna efter förutsättningar i Stockholm vad gäller till exempel in- och utflyttning. Indexet beräknas utifrån alla besök under de senaste 12 månaderna och används sedan för att vikta besöksersättningen den kommande 12-månadersperioden. Andelen av besöksersättningen som ska viktas utifrån behov är ännu inte bestämd. Simuleringar kommer att genomföras för att analysera hur olika fördelningsnycklar påverkar resursfördelningen. Införandet av den nya besöksersättningen kommer sedan att införas stegvis.

I Uppsala har man infört en ny och högre nivå på besöksersättning för sjuksköterska; från 80 till 90 procent av ersättningen för besök till läkare. Det övergripande syftet är att öka tillgängligheten för läkarbesök inom sju dagar genom att i större grad överföra besök till sjuksköterskor. Bedömningen är att till exempel astma/KOL- och diabetessjuksköterskor kan nyttjas bättre. Sedan tidigare är besöksersättningen för psykologer, dietister, kuratorer och

arbetsterapeuter samma som för läkare. I Västmanland har man återinfört besöksersättningen och även infört prestationsbaserad ersättning för vissa insatser för de mest sjuka äldre, till exempel läkemedelsgenomgångar, demensutredningar och individuell vårdplanering.

Bilaga A: Enkät till kontakt- personer i landsting/regioner

Kartläggning av uppdrag, ersättningsystem och kostnads-
ansvar inom primärvården februari 2012

Frågor om vårdenheters uppdrag

1. I vilken utsträckning ingår följande i grunduppdraget?

Ange hur verksamheten är organiserad om den inte är en del av grunduppdraget, samt eventuella begränsningar, till exempel "BHV - ingår ej, separat vårdval." eller "Rehab - ingår i uppdrag avseende arbetsterapi och psykosociala insatser, ej sjukgymnastik."

BHV:

MHV:

Rehab:

Hemsjukvård:

Medicinsk Fotvård:

2. Hur är följande uppdrag definierade? Erfarenheter och problem?

Ange om uppdragen är grunduppdrag eller tilläggsuppdrag och (i förekommande fall) hur särskild ersättning utgår. Ange i vilken utsträckning uppdragen definieras så att de kan följas upp, eventuella variationer i vårdenheters hantering av uppdragen samt om särskilda åtgärder vidtagits för att främja en förändring.

Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän/myndigheter:

Jour och beredskap:

Hembesök:

Läkemedelsgenomgångar:

Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård :

Råd och stöd till personal vid särskilt boende:

Folkhälsoarbete:

Samhällsmedicinskt ansvar för geografiskt område:

Psykosociala insatser:

Ungdomsmottagning:

Utbildning (AT/ST, annan personal), forskning och utveckling:

Medverkan i uppföljning av verksamheten:

Vård för icke listade (till exempel turister, fritidsboende, tillfälliga besökare):

Eventuella övriga uppdrag av betydelse:

Ersättningssystem

**3. Hur stor andel av den totala ersättningen (fast + rörligt) till vårdenheter baseras på den fasta ersättningen per listad individ (kapitering)?
Hur differentieras den fasta ersättningen mellan olika individer?**

Bifoga utdrag ur kravspecifikation eller liknande som beskriver differentieringen och om den baseras på ålder, ACG, CNI eller kombination. Det räcker med att ange ungefärlig andel fast ersättning.

4. Vilka eventuella övriga fasta ersättningar till vårdenheter finns?

Till exempel särskilt stöd till vårdenheter beroende på var man är lokaliserad. Exkludera de fasta ersättningar som är kopplade till uppdrag enligt fråga 2.

5. Vilken målbaserad ersättning utgår till vårdenheter?

Bifoga gärna utdrag ur kravspecifikation eller liknande som beskriver utformningen.

a) Hur många och vilka mål?

b) Utformade som belöning, viten eller kombination och hur stor andel av ersättningen berörs?

6. I vilken utsträckning finns sanktioner eller belöningar till vårdenheter utifrån så kallad täckningsgrad?

Hänvisa till eventuella svar på fråga 5 om täckningsgrad är en del av målbaserad ersättning. Ange hur täckningsgrad definieras, vilka avdrag på ersättningen som görs samt vilka erfarenheter som finns av styreffekter.

7. Vilka rörliga ersättningar baserat på besök, telefonkontakter, behov av tolk med mera utgår till vårdenheter?

Bifoga utdrag ur kravspecifikation eller liknande som beskriver vilka rörliga ersättningar som utgår.

8. Vilken ersättning utgår för besök av patienter som inte är listade vid enheten?

a) För invånare inom landstinget som är listade vid annan vårdenhet (alternativt olistade)

b) För övriga (turister, tillfälliga besökare i behov av vård)

Kostnadsansvar för vårdenheter

9. Vilket kostnadsansvar har vårdenheter när listade personer besöker vårdgivare som finansieras via nationell taxa respektive besök i primärvården i annat landsting?

10. Vilket kostnadsansvar har vårdenheter när listade personer besöker vård hos andra vårdgivare inom primärvården inom det egna landstinget?

11. Vilket kostnadsansvar har vårdenheter när listade personer besöker vård hos andra vårdgivare inom övrig specialistvård inom det egna landstinget?

12. Ange eventuella krav på remiss för besök till sjukgymnast respektive övriga specialister.

13. Vilket kostnadsansvar har vårdenheter för läkemedel? Ange vilka begränsningar som gäller.

14. Vilka begränsningar finns i vårdenheter kostnadsansvar för medicinsk service?

15. Vilka begränsningar finns i vårdenheter kostnadsansvar för hjälpmedel och förbrukningsartiklar (t.ex. ortopedtekniska hjälpmedel, rullatorer, inkontinensartiklar)?

Förändringar över tiden

16. Vilka allmänna förändringar i uppdrag, ersättningssystem respektive kostnadsansvar har skett sedan vårdval infördes i ert landsting?

Ange med några meningar allmänna utvecklingslinjer, alternativt att inga förändringar genomförts.

17. Vilka specifika förändringar i uppdrag, ersättningssystem respektive kostnadsansvar har införts mellan år 2011 och 2012?

Bilaga B: Kontaktpersoner i landsting och regioner

Norrbottnens läns landsting

Elisa Lindgren

Region Gotland

Rolf Forsman

Region Halland

Lars Kolmodin

Landstinget i Kalmar län

Jessica Holmer

Landstinget Dalarna

Marita Albinsson

Stockholms läns landsting

Peter Lundqvist

Landstinget Kronoberg

Britt-Louise Hansson

Landstinget Blekinge

Cecilia Andersson

Jämtlands läns landsting

Lena Weinstock Svedh

Region Skåne

Magnus Kåregård

Västerbottens läns landsting

Gunilla von Bergen

Landstinget Sörmland

Asghar Farahani

Landstinget i Värmland

Lars Gohde

Västra Götalandsregionen

Anneth Lundahl

Landstinget Västmanland

Kjell Enderborn

Landstinget i Uppsala län

Carina Bäckström

Örebro läns landsting

Eva Frantz

Landstinget i Jönköpings län

Jonas Almgren

Landstinget i Gävleborg

Sten Skelander

Landstinget i Östergötland

Kerstin Aldstedt

Landstinget Västernorrland

Markus Kallioinen

Bilaga C: Enkät till verksamhetschefer i primärvården

1. Vilket landsting/region arbetar du inom:

2. Vilken typ av arbetsgivare?

- Offentlig regi
- Privat regi

3. Är Din vårdenhet accrediterad inom vårdval i primärvården?

- Ja
- Nej

4. Vilken yrkes-/utbildningsbakgrund har du?

- Läkare
- Sjuksköterska
- Annan bakgrund

5. Ditt kön?

- Man
- Kvinna

Nu följer ett antal påståenden. Besvara dem utifrån hur de bäst stämmer överens med Din egen uppfattning.

6. Grunduppdraget för vårdenheten är alltför omfattande.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

7. Det är för stora krav på vårdenheten i förhållande till den ekonomiska ersättningen.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

8. Det finns stor frihet att själv utforma verksamheten inom ramen för uppdraget.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

9. Uppföljningen av min vårdenhet från landstinget/regionen är alltför detaljerad.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

10. Jag har som verksamhetschef möjligheter att påverka utvecklingen av vårdvalsmodellen i landstinget/regionen.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

11. De ekonomiska riskerna för min vårdenhet är hanterbara.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

12. Jag är i stort sett nöjd med utformningen av kostnadsansvaret för vårdenheten.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

Vilket kostnadsansvar är du *minst* nöjd med?

13. På min vårdenhet har vi möjligheter att kontrollera de kostnader vi ansvarar för

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

14. Ersättningen till vårdenheten bör i högre grad justeras utifrån individers förväntade vårdbehov.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

15. Andelen fast ersättning per listade individ (andelen kapitering) bör öka.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

16. Andelen besöksersättning för listade individer bör öka.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

17. Andelen ersättning baserat på uppfyllelse av kvalitetsindikatorer bör öka.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

18. Nuvarande ersättningsprinciper stimulerar nytänkande och innovationer.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

19. Nuvarande ersättningsprinciperna stödjer styrningen av den egna verksamheten.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

20. Det är för stor osäkerhet om storleken på framtida intäkter.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

21. Jag är i stort sett nöjd med nuvarande utformning av ersättningssystemet.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

Vilken del av ersättningssystemet är du *minst* nöjd med?

22. Nuvarande ersättningsprinciper premierar korta besök.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

23. Nuvarande ersättningsprinciper stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

24. Nuvarande ersättningsprinciper främjar de prioriteringar vi vill arbeta utifrån.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

24. Nuvarande ersättningsprinciper riskerar undanträngning av patientgrupper.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

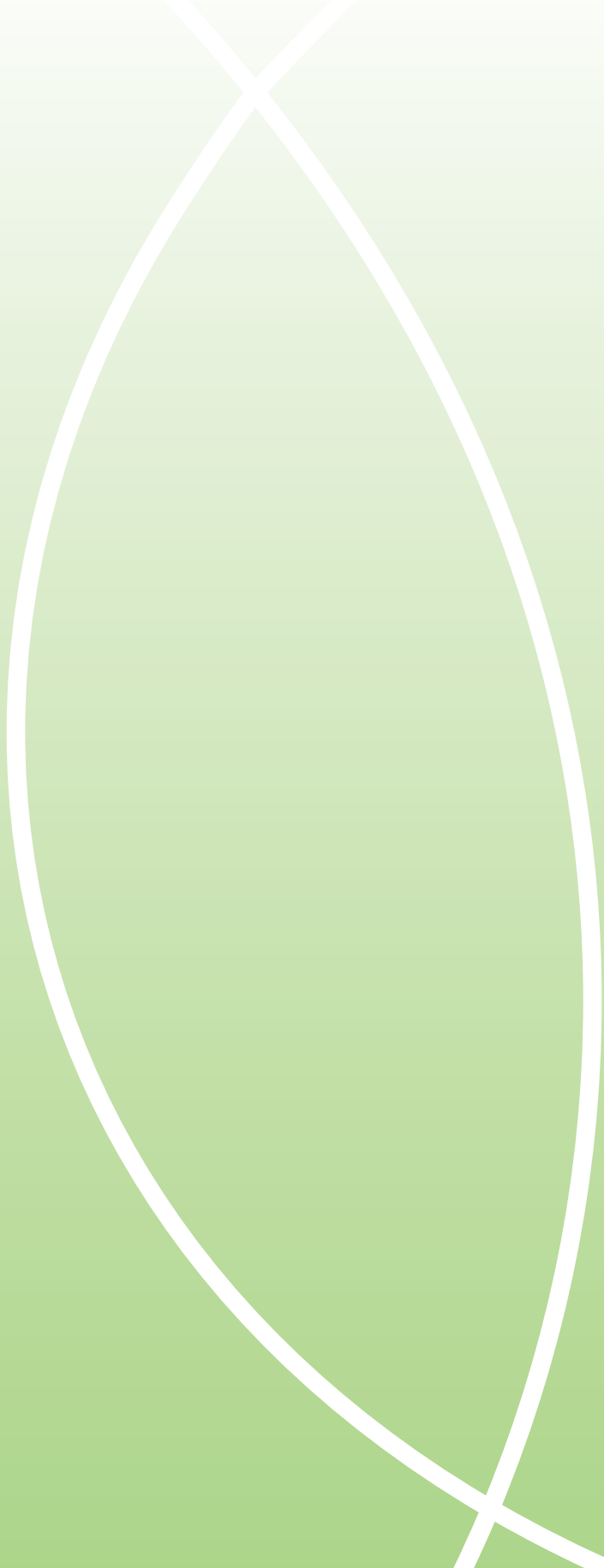
Vilka patientgrupper upplever du är *mest* utsatta för undanträngning?

26. Nuvarande ersättningsprinciper premierar ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt.

- Vet ej/Kan inte svara
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer i ganska liten utsträckning
- Instämmer i ganska hög utsträckning
- Instämmer i mycket hög utsträckning

Har du något övrigt att tillägga?

Tack för din medverkan!



Vårdval i primärvården

Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar

Vårdvalssystem i primärvården är obligatoriskt enligt hälso- och sjukvårdslagen sedan 2010. Landstingen har dock rätt att själva utforma regelverken. Det är därför intressant att studera vilka variationer som finns och hur olika utformning av systemen kan kopplas samman med olika styreffekter.

I denna rapport görs en kartläggning och jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter i samtliga landsting år 2012. Dessutom studeras hur villkoren förändrats och hur verksamhetschefer i primärvården uppfattar vårdvalssystemen och dess styreffekter.

