

# Uppföljning av utvecklingen inom husläkarverksamheten efter förändring av ersättningsmodellen

Cecilia Dahlgren, Matilda Hagman och Clas Rehnberg

Health Economics and Policy Research Group  
Medical Management Centre  
Dept. of Learning, Informatics, Management and Ethics  
Karolinska Institutet



**Karolinska  
Institutet**



## Sammanfattning

- Generellt följer utvecklingen de incitament som följer av de ändrade ersättningarna. Minskningen av ersättningen för läkarbesök har inneburit att antalet läkarbesök har minskat samtidigt som sköterskebesöken har ökat. Läkarbesöken är år 2016 nere på nivån som vid de första åren med vårdvalet
- Minskningen av läkarbesök mellan 2015 och 2016 är störst för den näst äldsta åldersgruppen. Över hela perioden med vårdvalet har dock de äldre haft den största ökningen. Den äldsta åldersgruppen visar störst ökning under sista året för sköterskebesök.
- För hembesöken där ersättningen ändrats marginellt är förändringarna mindre.
- Mottagningar inom försöket med Kroninnovation visar samma utveckling som genomsnittet i landstinget. Minskningen av läkarbesök är dock något mindre inom Kroninnovation.
- Mottagningar som fortsatt med den tidigare ersättningen visar upp fortsatt ökning av såväl läkar- som sköterskebesök
- Privata aktörer tycks inte svara snabbare eller kraftigare på de förändrade ekonomiska incitamenten än offentligt drivna vårdenheter.
- Minskningen av läkarbesök gäller samtliga socioekonomiska områden. Minskningen är något mindre i områden med högre genomsnittsinkomst.
- Minskningen av läkarbesök sker i liknande utsträckning hos mottagningar med olika nivåer på skattat vårdbehov, mätt med CNI. Sköterskebesöken ökar dock mest hos mottagningar med högst och lägst nivåer på CNI.
- Det finns inga tecken på att antalet omlistningar skulle ha ökat särskilt markant år 2016, däremot pekar trenden för de tre senaste årens på att en större och större andel av befolkningen byter listningsmottagning varje år.

# Innehållsförteckning

<b>1. BAKGRUND OCH SYFTE</b> .....	<b>4</b>
<b>2. METOD OCH MATERIAL</b> .....	<b>5</b>
<b>3. FÖRÄNDRINGAR AV ERSÄTTNINGSMODELLEN</b> .....	<b>7</b>
<b>4. UTVECKLINGEN AV ANTALET BESÖK</b> .....	<b>8</b>
4.1 UTVECKLING UPPDELAT PÅ OLIKA ÅLDERSGRUPPER .....	11
4.2 OLIKA UTVECKLING INOM OLIKA ERSÄTTNINGSMODELLER.....	14
4.3 PRIVATA MOTTAGNINGAR TYCKS INTE REAGERA KRAFTIGARE ÄN OFFENTLIGA PÅ DE FÖRÄNDRADE EKONOMISKA INCITAMENTEN.....	15
4.4 SOCIOEKONOMISKA FÖRÄNDRINGAR AV VÅRDUTNYTTJANDET .....	17
<b>5. LISTNING</b> .....	<b>21</b>

# 1. Bakgrund och syfte

När vårdvalet infördes inom husläkarverksamheten i Stockholms läns landsting valdes en ersättningsmodell med en relativt hög andel prestationsbaserad ersättning i jämförelse med andra landsting i Sverige. Cirka 60 procent av den totala ersättningen till husläkarmottagningarna baserades på antal producerade besök. En av målsättningarna med vårdvalsreformen var att öka tillgängligheten inom husläkarverksamheten och de tydliga prestationsincitamenten ökade också antalet årliga besök från 4,8 miljoner besök 2007 till 5,8 miljoner besök fem år senare<sup>1</sup>.

Ökningen av antalet besök stod nästan uteslutande läkarbesöken för och en tydlig förskjutning av resurser från sköterskebesök till läkarbesök har kunnat konstateras. År 2007 gick det 2,86 läkarbesök på ett sköterskebesök och år 2013 hade denna siffra ökat till 4,21.

Mot bakgrund av bland annat de många fysiska besöken och den höga andelen läkarbesök infördes en ny ersättningsmodell den 1 januari 2016. I den nya ersättningsmodellen är den prestationsbaserade andelen av ersättningen sänkt och listningsersättningen har ökat. Ersättningen har främst minskats för läkarbesök medan sköterskebesöken erhåller en i princip oförändrad ersättning med undantag av hembesök som getts en ökad tilldelning.

Den hälsoekonomiska forskargruppen vid KI och SLL har sedan vårdvalets införande medverkat i flera uppföljningar av vårdvalets effekter. I detta PM är syftet att följa upp effekterna av det nya ersättningssystemet på antalet besök och listningsmönster hos befolkningen. I detta PM behandlas ett antal delfrågeställningar:

- Fördelningen av vårdutnyttjande per åldersgrupp
- Jämförelse med mottagningar med alternativ ersättning (Kroninnovation samt mottagningar med äldre avtal)
- Skillnader mellan offentliga och privata mottagningar
- Skillnader mellan socioekonomiska områden

---

<sup>1</sup> Dahlgren C, Brorsson H, Sveréus S, Rehnberg C. Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm, Karolinska institutet; 2013

## 2. Metod och material

Rapporten använder sig av registerdata hämtad från Stockholms läns landstings databas VAL. I VAL-databasen finns information om vårdutnyttjande, listning och befolkningsstatistik. Befolkningsstatistiken som redovisas består av alla personer som var folkbokförda i Stockholms län (exklusive Norrtälje) den 31 december respektive år. Stockholms läns landstings avtalslistor har varit den huvudsakliga källan för information om mottagningarnas egenskaper så som exempelvis privat eller offentlig mottagning.

Redovisningarna och analyserna fokuserar framför allt på förändringarna mellan 2015 och 2016, i en del avsnitt redovisas dock data för längre tidsperioder. Metoderna som används för att redovisa utvecklingen av vårdutnyttjande och listningsmönster är deskriptiva.

I redovisningen av besöksutvecklingen delas besöken in i grupperna läkarbesök och sköterskebesök. I kategorin sköterskebesök inkluderas besök hos alla sjuksköterskor och besök hos undersköterska. Besöken redovisas också i många fall uppdelat på de äger rum på mottagning eller i hemmet.

I avsnittet *Olika utveckling inom olika ersättningsmodeller* och i avsnittet *Privata mottagningar tycks inte reagera kraftigare än offentliga på de förändrade ekonomiska incitamenten* redovisas besök per listad. Där består antalet listade av summan av mottagningarnas genomsnittliga antal listade per år med hänsyn till antalet månader som mottagningen haft öppet det aktuella året.

I avsnittet om *Socioekonomiska förändringar av vårdutnyttjandet* analyseras förändringar både utifrån områdesgrupper indelade efter medelinkomst och utifrån mottagningsgrupper indelade efter Care Need Index (CNI) hos mottagningarnas listningspopulation.

I områdesanalysen följer vi förändringar i vårdutnyttjande för boende i områden med olika medelinkomst. Områdesgrupperna är indelade för att varje grupp ska motsvara 25 procent av befolkningen varje år. Områdena, som är på kommun- och stadsdelsnivå, rankas utifrån medelinkomst 2014 och delas in i fyra grupper. För att grupperna ska bli lika stora har vissa områden delats upp på två grupper. I dessa fall har besöken för boende i dessa områden också delats upp i proportion till hur många individer som har tillfallit respektive grupp.

I indelningen av mottagningar utifrån CNI ingår endast mottagningar som var i drift hela 2015 och 2016. Mottagningarna rankas utifrån CNI-värdet för respektive mottagning under det sista kvartalet 2016 och delas upp i fyra grupper. Indelningen har som utgångspunkt att grupperna ska motsvara ett lika stort antal listade individer, men mottagningarna har i sin helhet tillfallit den ena eller andra kvartilen och har inte brutits upp.

För beskrivningen av listningsmönster har listningsdata för varje månad mellan åren 2014-2016 använts. I sammanställningarna redovisas hur stor andel av invånarna som har bytt listningsmottagning sedan föregående månad. Individer listade vid en husläkarmottagning den sista dagen i månaden följs en månad bakåt i tiden. För de individer som var listade vid en mottagning den aktuella månaden samt även föregående månad undersöker vi om mottagningen är densamma vid båda tillfällena. Under tidsperioden 2014-2016 finns det två fall där två mottagningar har slagits samman. I dessa fall är vissa av individerna vid tidpunkten för sammanslagningen listade vid den ena mottagningen månaden innan och den

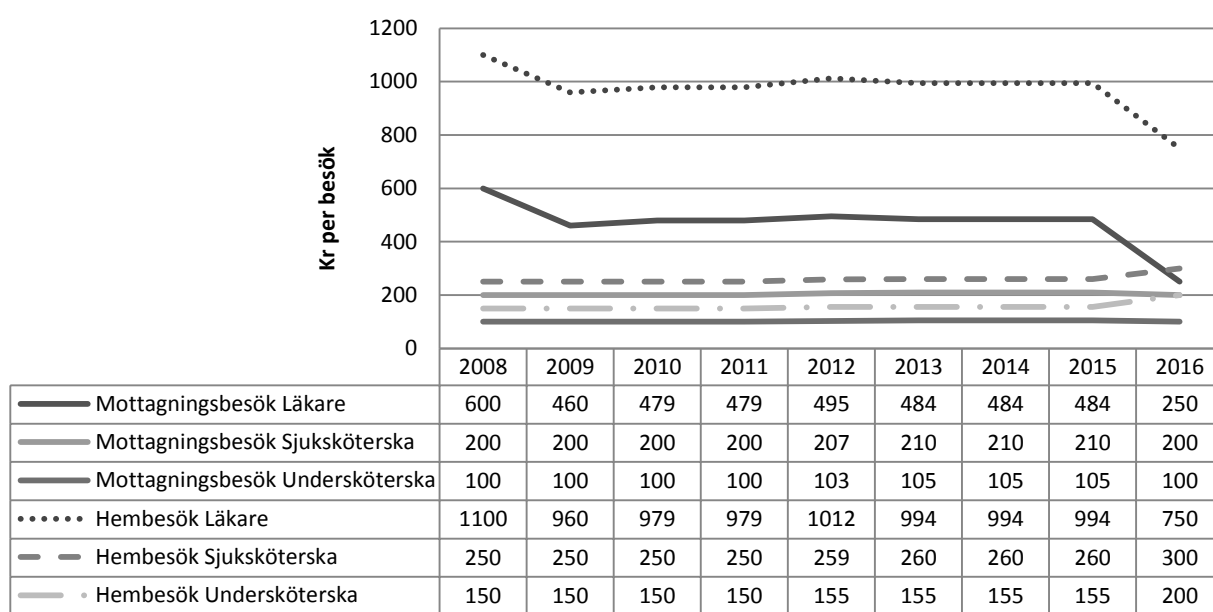
andra mottagningen månaden efter och på grund av sammanslagning så räknas dessa inte som byten.

Personer som inte var listade vid en husläkarmottagning i Stockholm månaden innan betraktas som nylistade patienter. I rapporten redovisas även hur stor andel som inte har flyttat och som har bytt mottagning sedan föregående månad. Om individen bytt mottagning undersöks på samma sätt som ovan. Om individen flyttat avgörs genom att jämföra vart individen var folkbokförd månaden då bytet av listningsmottagning genomfördes, med samma månad året innan. Detta görs utifrån variabeln basområde.

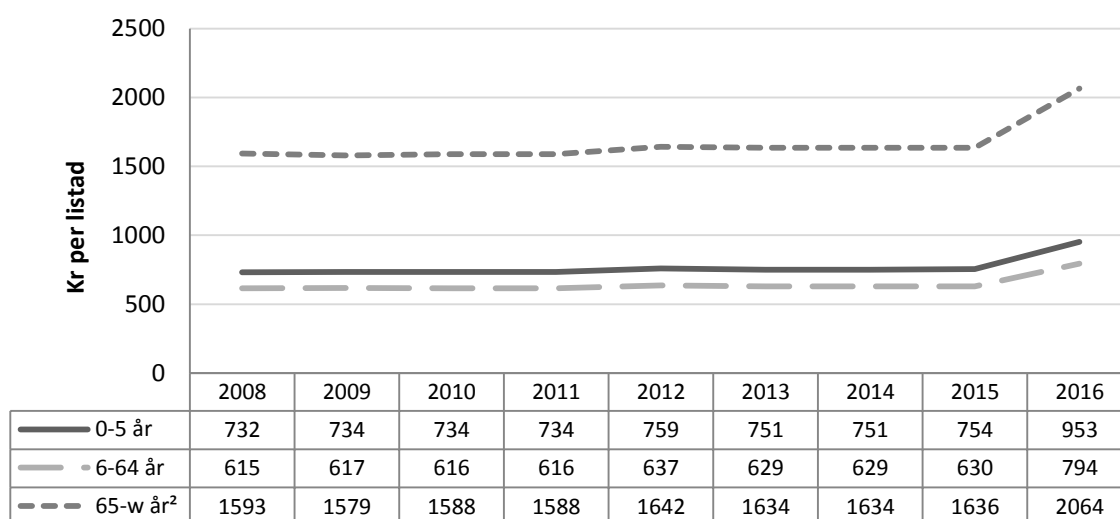
Större delen av datahanteringen samt analyser har utförts i statistikverktyget SAS Enterprise guide.

### 3. Förändringar av ersättningsmodellen

I ersättningsmodellen som infördes 2016 sänktes grundersättningen för ett läkarbesök till 250 kronor per besök från 484 kr år 2013-2015. Grundersättningen för ett sjuksköterskebesök är 200 kr i den nya modellen vilket kan jämföras med 210 kr för åren 2013-2015. Samtidigt som besöksersättningen har minskat har den fasta kaptieringsersättningen ökat med cirka en fjärdedel för alla åldersgrupper. Figur 1 a och b visar utvecklingen av nivåerna på besöksersättningen och kapiteringsersättningen för åren 2008-2016.



Figur 1a Ersättning i kr per besök, 2008-2016, löpande priser, Källa: Förfrågningsunderlag



Figur 1b Kapiteringsersättning i kr per listad, 2008-2016, uppdelat på åldersgrupper, löpande priser, Källa: Förfrågningsunderlag<sup>2</sup>

Utöver denna ersättning ges också en kapiteringsersättning baserad på husläkarmottagningarnas relativa CNI.

<sup>2</sup> För åldersgruppen 75-w uppgick kapiteringsersättningen år 2008 till 2 189 kr, påföljande år uppgick ersättningen till samma belopp som för gruppen 65-w år.

## 4. Utvecklingen av antalet besök

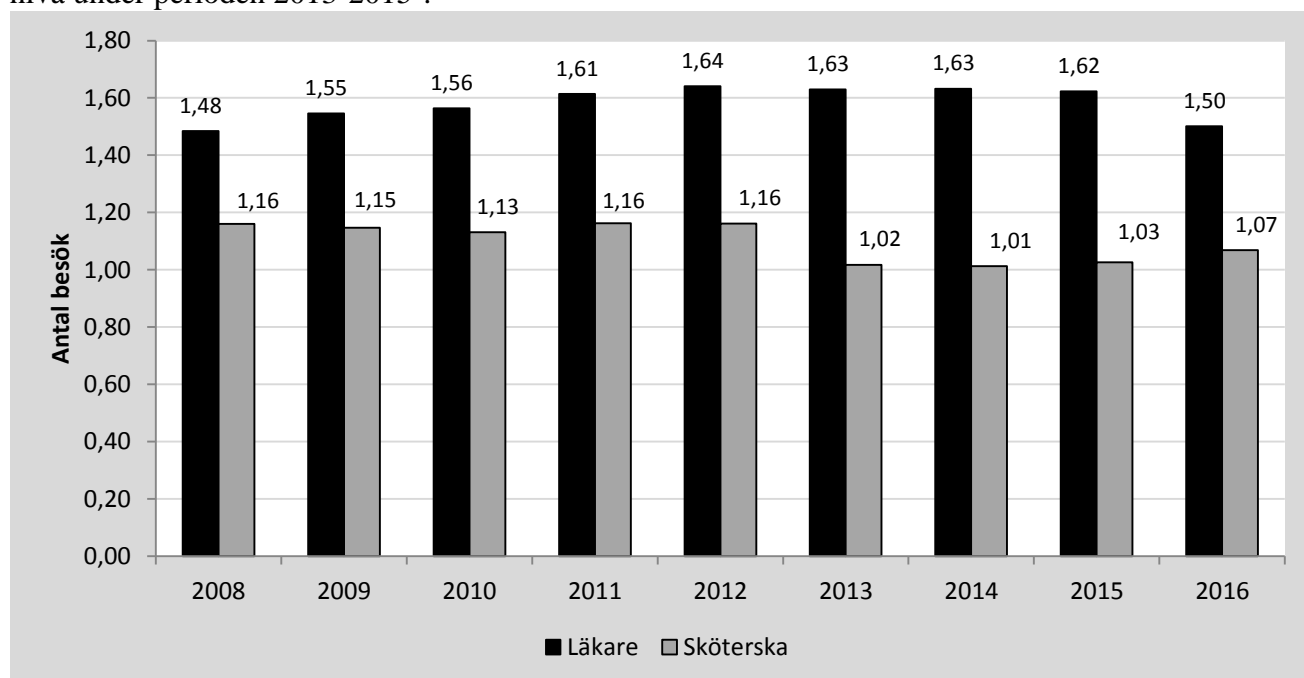
När det gäller utvecklingen av antalet besök är de förväntade effekterna av den nya modellen att 1) antalet totala besök kommer att minska och att 2) kvoten mellan antal läkarbesök och antal sköterskebesök kommer att minska.

Alla husläkarmottagningar ingår inte i den nya modellen. Det finns tre mottagningar som har valt att stanna i den tidigare modellen. Det finns dessutom fyra mottagningar som ersätts i alternativ modell inom projektet Kroninnovation. Ersättningsmodellen inom Kroninnovation syftar till att ge mottagningarna större frihet att utveckla sin verksamhet mot en mer värdebaserad vård. Projektet fokuserar på kroniskt sjuka och vårdtunga patienter.

I följande sammanställningar redovisas antalet besök dels totalt för hela befolkningen och dels uppdelat på följande grupper:

- Privata mottagningar i det nya systemet
- Offentliga mottagningar i det nya systemet
- Mottagningar som har valt att stanna i det gamla ersättningssystemet
- Mottagningar inom Kroninnovation med ett alternativt ersättningssystem

Som Figur 2 och 3 och Tabell 1 visar har antalet besök, totalt sett, minskat under 2016 i jämförelse med tidigare år. Minskningen beror på en minskning av antalet läkarbesök på mottagning. Antalet sköterskebesök på mottagning ökade 2016 från att ha legat på en stabil nivå under perioden 2013-2015<sup>3</sup>.



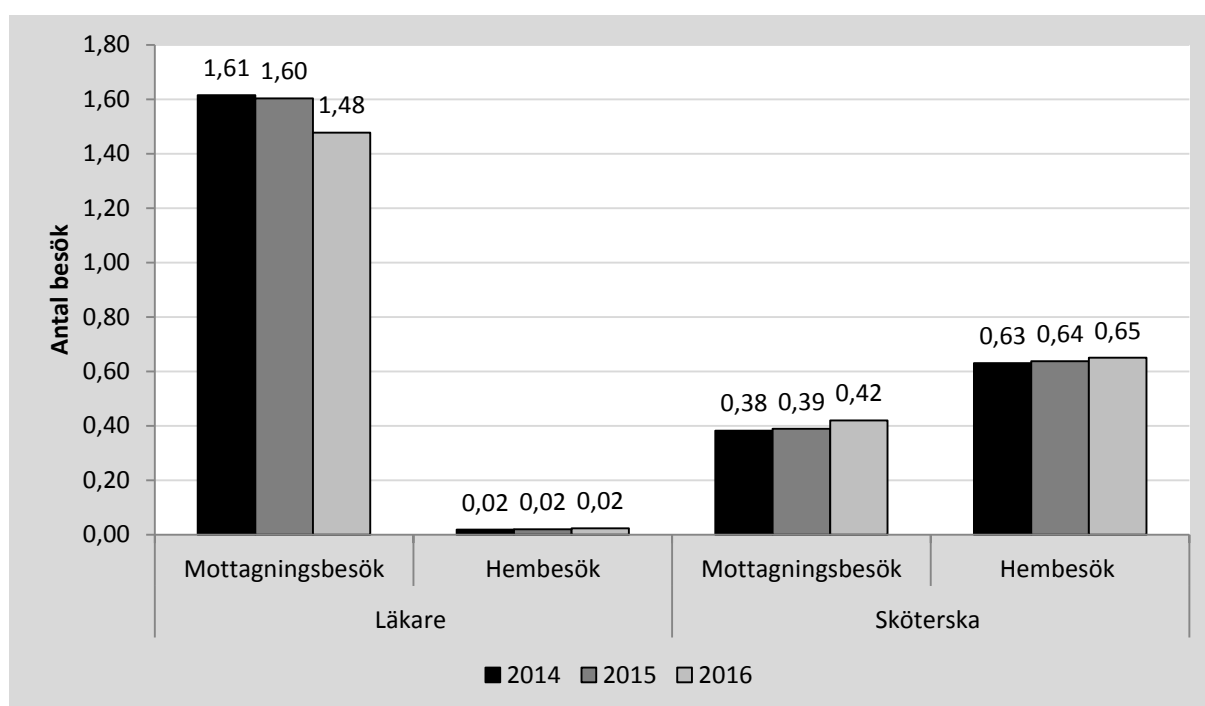
Figur 2. Antal läkarbesök och sköterskebesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare i Stockholms län exklusive Norrtälje

<sup>3</sup> Minskningen i sköterskebesök mellan åren 2012-2013 förklaras av förändringar i uppdragsavtalet. Från och med 2013 överfördes hemsjukvården på dagtid på helger till de vårdgivare som har ansvar för hemsjukvården på kvällar och nätter



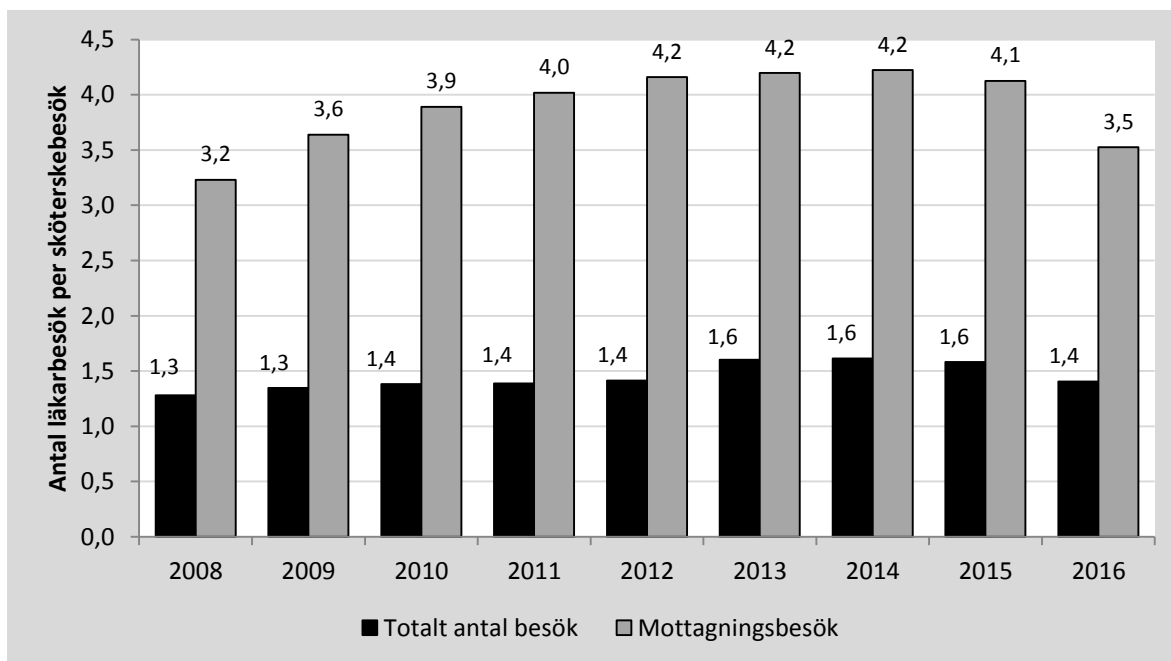
Tabell 1. Antal läkarbesök och sköterskebesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare i Stockholms län exklusive Norrtälje

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mottagnings- Besök	Läkare	2 822 913	3 000 195	3 089 947	3 252 743	3 360 217	3 413 632	3 475 268	3 483 339	3 263 550
	Sköterska	873 874	824 531	794 350	809 679	807 993	813 414	822 855	844 233	926 122
Hembesök	Läkare	37 593	37 914	37 971	35 018	34 445	38 414	38 957	41 218	51 473
	Sköterska	1 362 418	1 429 697	1 468 344	1 557 850	1 595 505	1 342 864	1 356 414	1 383 797	1 434 917
Befolkning		1 927 386	1 965 013	2 000 066	2 037 475	2 069 549	2 118 994	2 152 957	2 172 263	2 208 637



Figur 3. Antal hembesök och mottagningsbesök per invånare uppdelat på läkare respektive sköterska inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård i Stockholms län exklusive Norrtälje

Minskningen av antalet läkarbesök och ökningen av antalet sköterskebesök leder sammantaget till att kvoten mellan antal läkarbesök och antal sköterskebesök minskar tydligt 2016 i jämförelse med tidigare år (Figur 4).



Figur 4. Antal läkarbesök per sköterskebesök, totalt och på mottagning, 2008-2016

När det gäller hur stor andel av befolkningen som har varit i kontakt med husläkarverksamheten så har den minskat för andelen som har träffat läkare på mottagning. Detsamma gäller andelen av befolkningen som har fått ett hembesök av sköterska. I motsats till detta har andelen av befolkningen som har träffat en sköterska på mottagning ökat och även andelen som har fått ett hembesök av läkare har ökat. Tabell 2 visar andelen som har gjort minst ett besök och antal besök per invånare samt per person som har gjort minst ett besök.

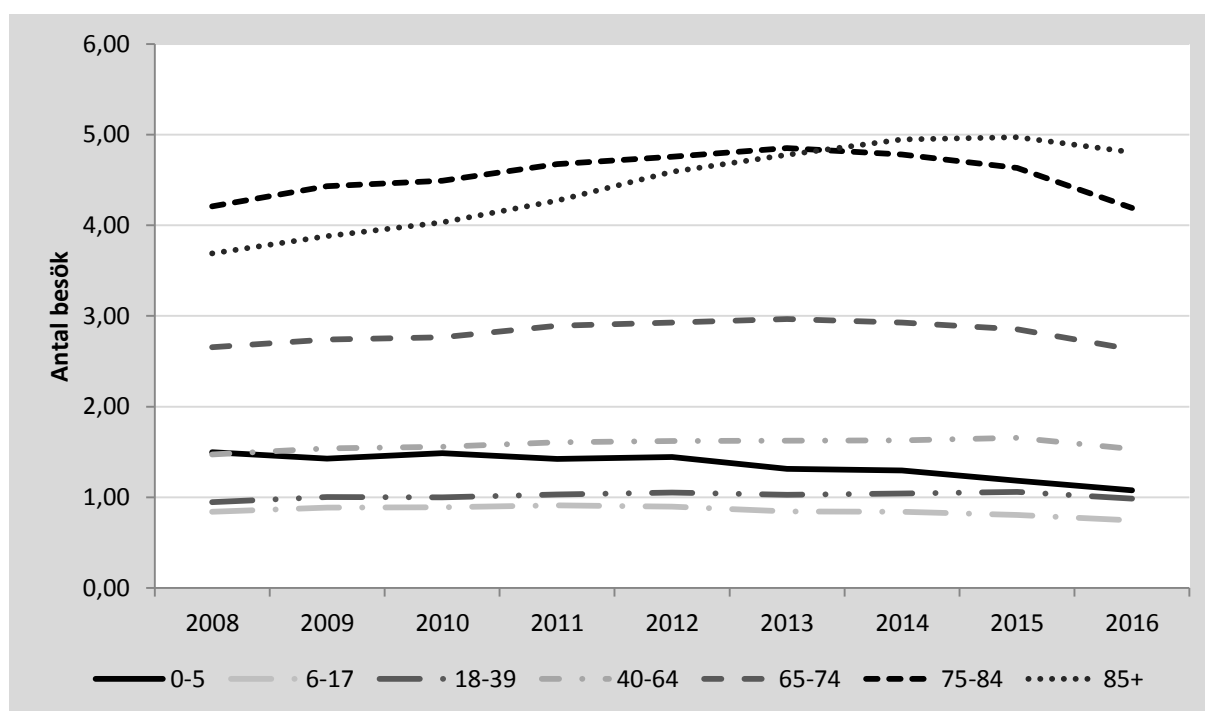
Tabell 2. Andel som har gjort minst ett besök samt antal besök per invånare och per person som har gjort minst ett besök 2015 och 2016

		Andel av befolkningen som gjort minst ett besök			Antal besök per invånare			Antal besök per individ som har gjort minst ett besök		
		2015	2016	Utv.	2015	2016	Utv.	2015	2016	Utv.
Mottagningsbesök	Läkare	54,3%	52,7%	-2,9%	1,60	1,48	-8%	2,96	2,80	-5%
	Sköterska	14,1%	15,8%	12,2%	0,39	0,42	8%	2,76	2,66	-4%
Hembesök	Läkare	0,8%	1,0%	21,0%	0,02	0,02	23%	2,36	2,39	2%
	Sköterska	1,8%	1,6%	-8,7%	0,64	0,65	2%	35,35	39,50	12%

Sammanfattningsvis är det tydligt att de förändrade ekonomiska incitamenten har påverkat vårdgivarnas utbud. Effekterna ligger i linje med de förväntade resultaten med en tydlig minskning av antalet läkarbesök och en utjämning av förhållandet mellan läkarbesök och sköterskebesök.

## 4.1 Utveckling uppdelat på olika åldersgrupper

Förändringen av vårdkonsumtionen ser något olika ut för olika åldersgrupper. När det gäller läkarbesök har den största procentuella minskningen skett för åldersgruppen 75-84 år där antalet läkarbesök per person har minskat med 10 procent. Därefter följer de allra yngsta, gruppen 0-5 år, där antalet besök per person har minskat med 9 procent. För den yngsta gruppen ser vi, i motsats till de äldre, att minskningen har skett gradvis från år 2010.

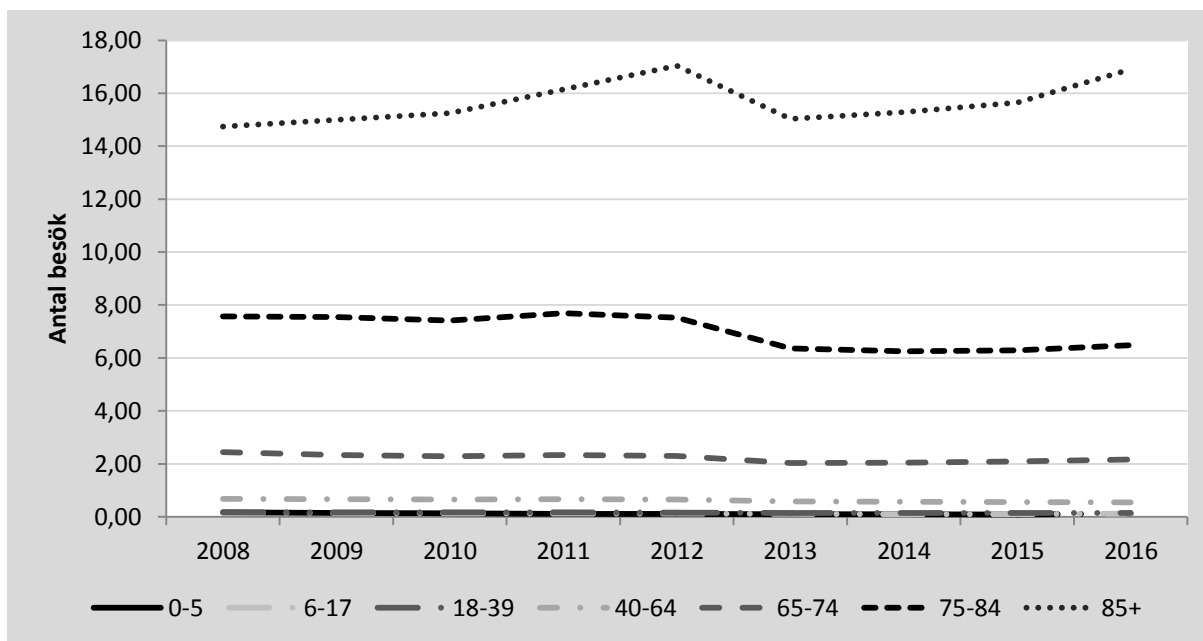


Figur 5. Antal läkarbesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare 2008-2016, uppdelat på åldersgrupper

Tabell 3. Antal läkarbesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare 2008-2016, uppdelat på åldersgrupper

	Antal läkarbesök per invånare									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
0-5	1,50	1,43	1,49	1,42	1,44	1,32	1,30	1,18	1,08	
6-17	0,84	0,89	0,89	0,91	0,90	0,85	0,84	0,81	0,75	
18-39	0,95	1,00	1,00	1,03	1,05	1,03	1,04	1,06	0,99	
40-64	1,47	1,54	1,56	1,61	1,62	1,63	1,63	1,66	1,53	
65-74	2,66	2,74	2,76	2,89	2,93	2,97	2,93	2,85	2,63	
75-84	4,21	4,43	4,49	4,67	4,76	4,85	4,78	4,63	4,19	
85+	3,69	3,88	4,03	4,27	4,59	4,78	4,94	4,97	4,80	

När det gäller förändringen av sköterskebesök ser vi en ökning för alla åldersgrupper med undantag för gruppen 40-64 år. Den största ökningen sker emellertid hos de allra äldsta.



Figur 6. Antal sköterskebesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare 2008-2016, uppdelat på åldersgrupper

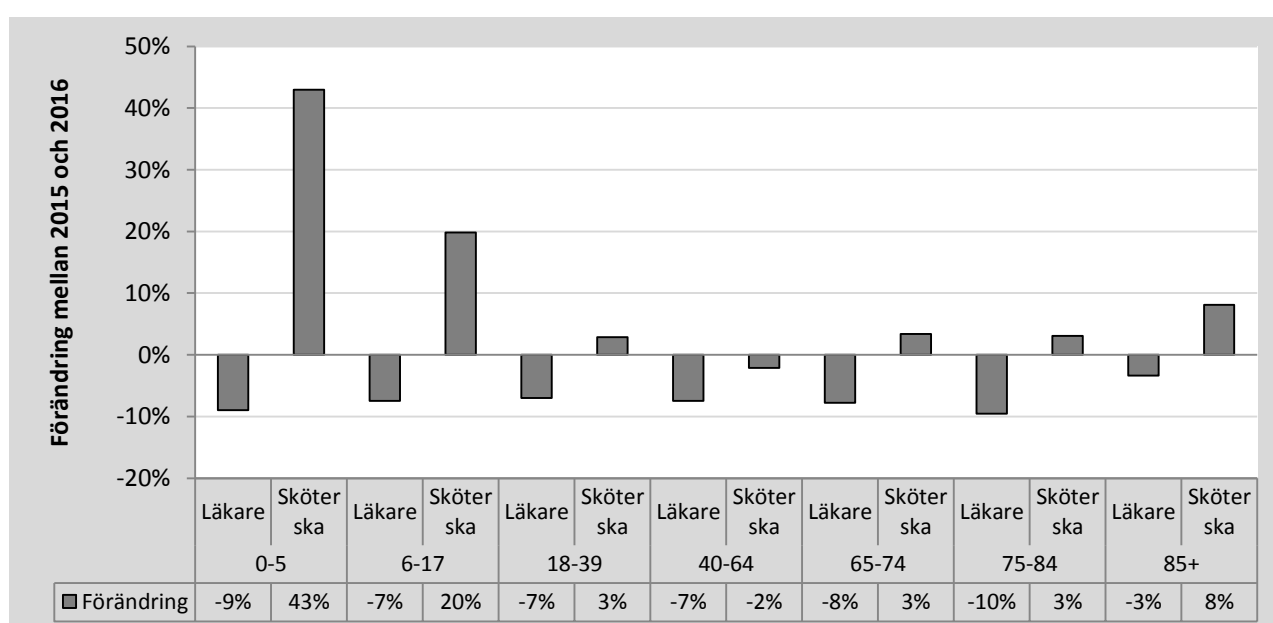
Tabell 4. Antal sköterskebesök inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare 2008-2016, uppdelat på åldersgrupper

	Antal sköterskebesök per invånare									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
0-5	0,17	0,14	0,13	0,11	0,11	0,10	0,09	0,09	0,12	
6-17	0,16	0,15	0,13	0,12	0,12	0,10	0,10	0,10	0,12	
18-39	0,17	0,17	0,17	0,16	0,16	0,15	0,14	0,14	0,15	
40-64	0,67	0,67	0,65	0,66	0,65	0,59	0,57	0,56	0,55	
65-74	2,44	2,34	2,29	2,34	2,30	2,03	2,04	2,10	2,17	
75-84	7,57	7,55	7,41	7,70	7,52	6,36	6,25	6,29	6,48	
85+	14,75	15,00	15,25	16,14	17,04	15,03	15,29	15,64	16,91	

Att sköterskebesöken har ökat för många åldersgrupper kompenserar inte nedgången av antalet läkarbesök. Tabell 5 visar totalt antal besök – både läkarbesök och sköterskebesök – uppdelat på åldersgrupper för perioden 2008-2016. Som tabellen visar har samtliga åldersgrupper i genomsnitt konsumerat färre besök totalt sett år 2016 i jämförelse med 2015. Det enda undantaget är de allra äldsta – personer 85 år och äldre som har ökat antalet besök från 20,6 till 21,7 besök i genomsnitt.

Tabell 5. Totalt antal besök (sköterskebesök och läkarbesök) inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård per invånare 2008-2016, uppdelat på åldersgrupper

Totalt antal besök per invånare (läkarbesök och sköterskebesök)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0-5	1,67	1,57	1,61	1,54	1,55	1,41	1,39	1,27	1,20
06-17	1,00	1,04	1,02	1,03	1,02	0,95	0,94	0,91	0,86
18-39	1,12	1,18	1,17	1,19	1,21	1,17	1,19	1,20	1,13
40-64	2,15	2,21	2,21	2,27	2,27	2,21	2,20	2,22	2,08
65-74	5,10	5,08	5,05	5,23	5,23	5,00	4,97	4,95	4,80
75-84	11,78	11,98	11,91	12,37	12,27	11,21	11,03	10,92	10,67
85+	18,44	18,88	19,28	20,42	21,63	19,81	20,23	20,61	21,72

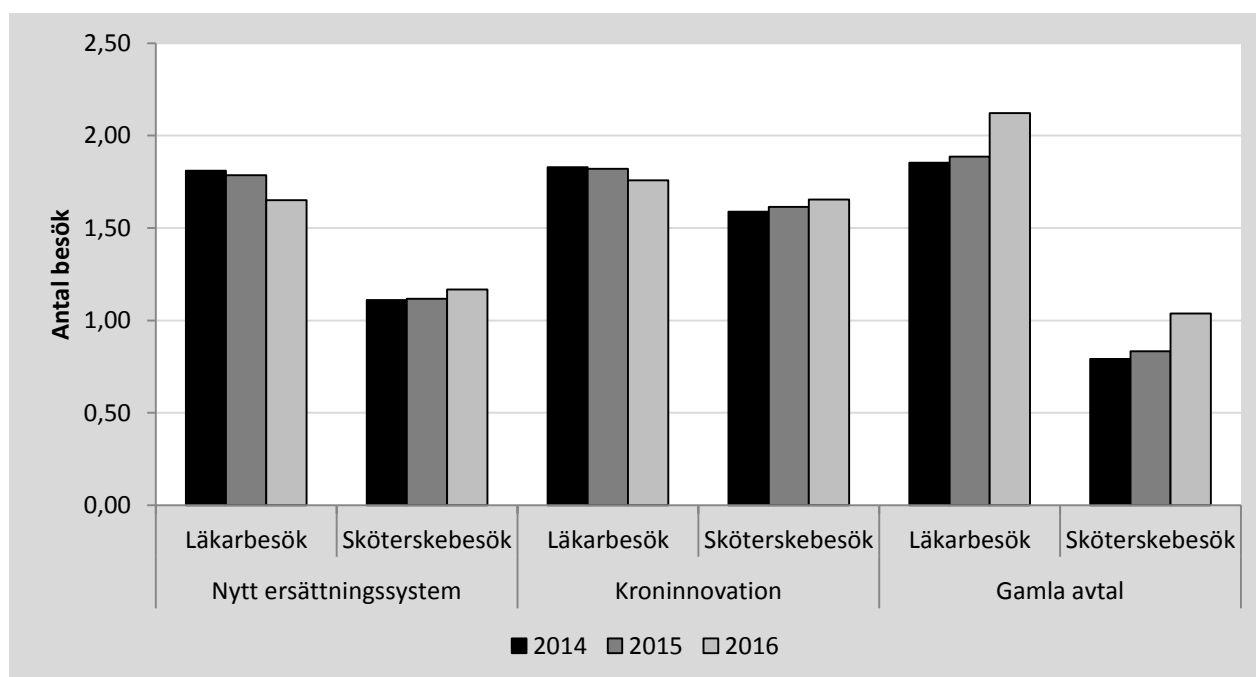


Figur 7. Procentuell förändring i antal läkarbesök och sköterskebesök per invånare, mellan 2015 och 2016, inom husläkarverksamheten inklusive basal hemsjukvård, uppdelat på åldersgrupper

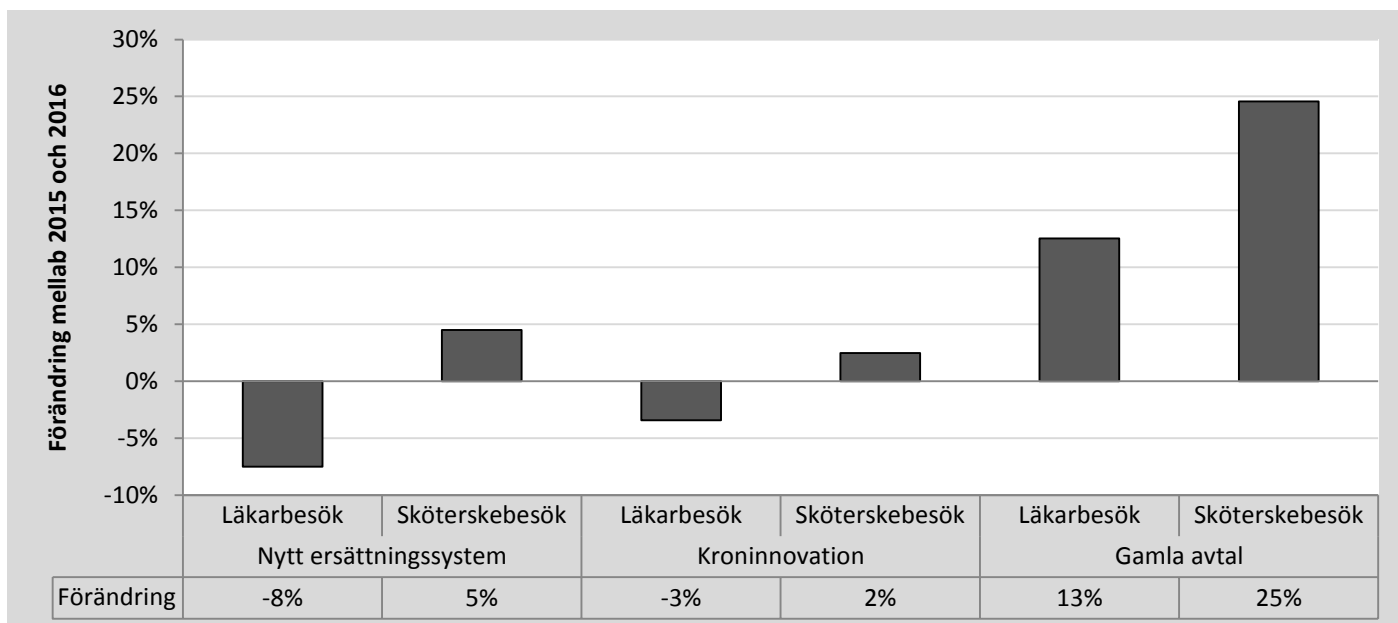
## 4.2 Olika utveckling inom olika ersättningsmodeller

I följande figurer jämförs besöksutvecklingen för de mottagningar som ingår i det nya ersättningssystemet med utvecklingen för de fyra mottagningarna inom Kroninnovation och med de mottagningar som fortfarande ersätts enligt den tidigare modellen.

Det finns en tydlig skillnad i utvecklingen mellan de mottagningar som har fått en förändrad ersättningsmodell och de mottagningar som ligger kvar i den gamla modellen. För mottagningarna inom både det nya ersättningssystemet och Kroninnovation har antalet läkarbesök per listad minskat mellan 2015 och 2016 medan läkarbesöken hos mottagningarna i det gamla ersättningssystemet har ökat med 12 procent. I alla grupper har sköterskebesöken ökat, men ökningen är särskilt kraftig vid mottagningarna med gamla avtal.



Figur 8. Antal läkarbesök och sköterskebesök per listad 2015 och 2016 vid mottagningar i det nya ersättningssystemet, vid mottagningar inom projektet Kroninnovation samt vid mottagningar som ersätts enligt gamla avtal.



Figur 9. Procentuell förändring av antal läkarbesök och sköterskebesök per listad mellan 2015 och 2016 vid mottagningar i det nya ersättningsystemet, vid mottagningar inom projektet Kroninnovation samt vid mottagningar som ersätts enligt gamla avtal.

### 4.3 Privata mottagningar tycks inte reagera kraftigare än offentliga på de förändrade ekonomiska incitamenten

De första uppföljningarna av vårdvalsreformen i Stockholm visade att privata aktörer ökade sin produktivitet i högre utsträckning än offentliga aktörer. Detta skedde dock från en initialt klart lägre nivå än de offentliga. I detta avsnitt undersöker vi om det föreligger någon skillnad mellan privata och offentliga aktörer när det gäller anpassning till de förändrade ekonomiska incitamenten i den nya ersättningsmodellen 2016. I sammanställningen ingår inte mottagningar inom Kroninnovation eller mottagningarna som ersätts enligt den tidigare ersättningsmodellen.

Gruppen med privata aktörer delar vi upp i grupperna enskilda privata, Praktikertjänst och privata koncerner. I gruppen privata koncerner sorteras Aleris, Capiro, Curera, Helsa och Legevisitten in. Dessa tre grupper jämförs med SLSO:s offentliga mottagningar. Tabell 6 visar andelen av antalet listade och andelen av det totala antalet besök för dessa fyra grupper under perioden 2014-2016.

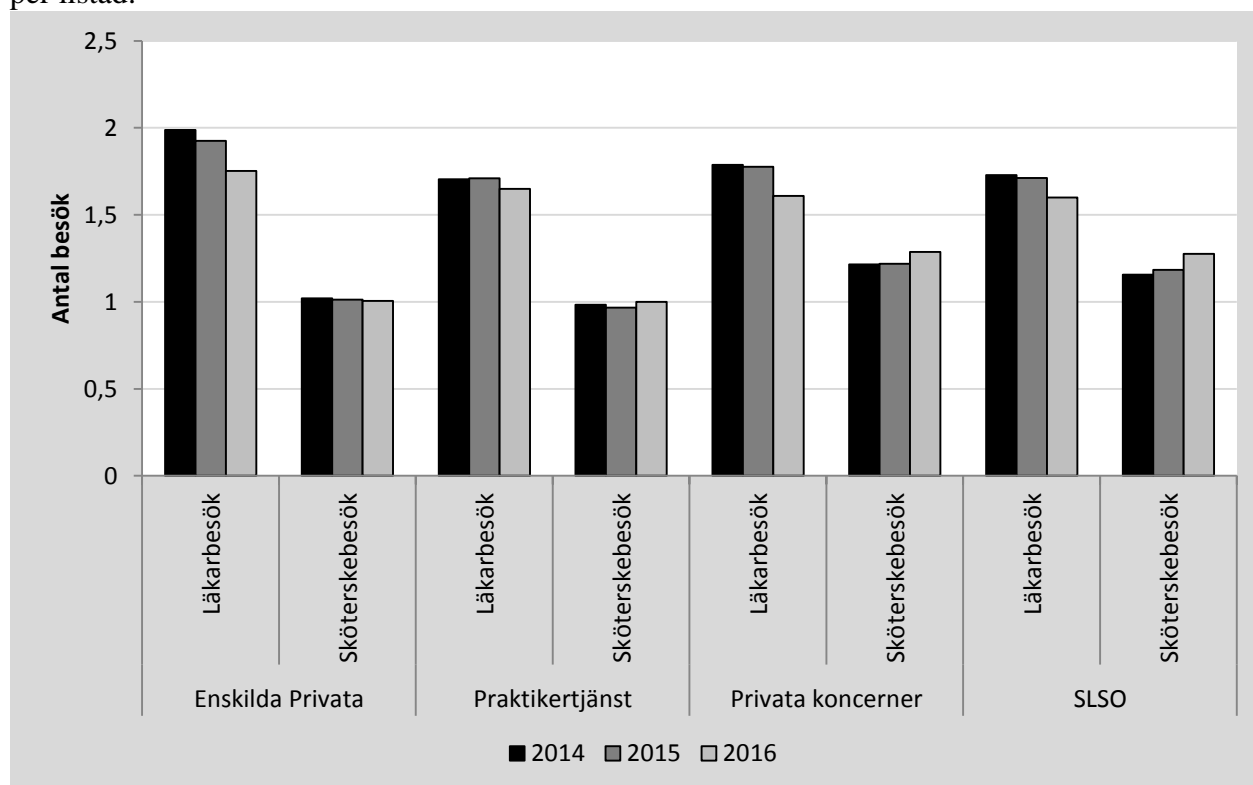
Tabell 6. Fördelningen av antalet listade och antalet besök per ägargrupp

Ägargrupp		2014	2015	2016
Andel listade	Enskilda Privata	27,9%	28,8%	29,4%
	Praktikertjänst	11,4%	11,4%	11,4%
	Privata koncerner	19,7%	19,4%	19,1%
	SLSO	41,0%	40,4%	40,0%
Andel besök	Enskilda Privata	28,8%	29,2%	28,8%
	Praktikertjänst	10,5%	10,5%	10,7%
	Privata koncerner	20,3%	20,0%	19,6%
	SLSO	40,5%	40,4%	40,8%

Figur 10 och 11 visar utvecklingen i antal besök per listad uppdelad på aktörer inom olika driftsformer. Det finns ingen tydlig skillnad mellan privata och offentliga aktörer – istället är det inom gruppen privata aktörer som skillnaderna framträder.

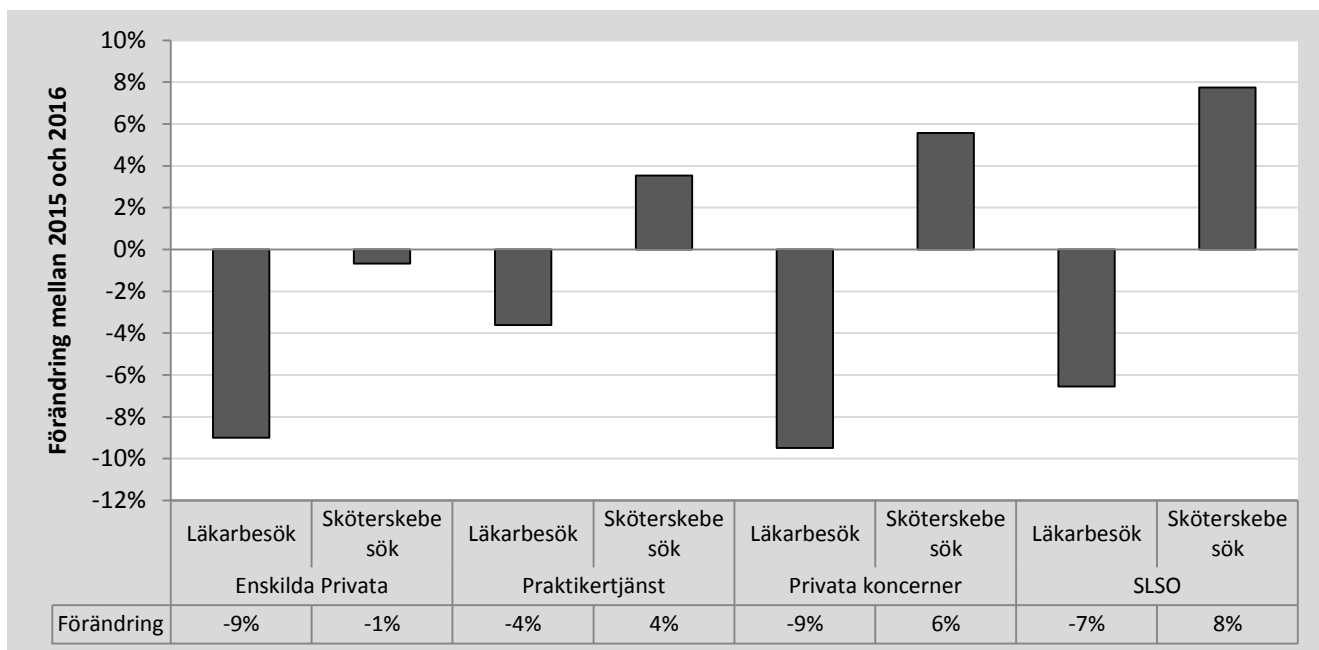
Förändringen mellan år 2015 och 2016 när det gäller antalet läkarbesök var störst för gruppen enskilda privata och inom privata koncerner. Antalet läkarbesök per listad minskade med 9 procent mellan 2015 och 2016 i dessa grupper. SLSO:s mottagningar minskade läkarbesöken i nästan lika hög utsträckning medan förändringen var något mindre för Praktikertjänsts mottagningar.

För sköterskebesöken ökade antalet besök per listad för mottagningar inom SLSO, privata koncerner och Praktikertjänst medan enskilda privata minskade även antalet sköterskebesök per listad.



Figur 10. Antal läkarbesök och sköterskebesök per listad 2015 och 2016 vid mottagningar i det nya ersättningsystemet, uppdelat på driftsform





Figur 11. Antal läkarbesök och sköterskebesök per listad 2015 och 2016 vid mottagningar i det nya ersättningsystemet, uppdelat på driftsform

#### 4.4 Socioekonomiska förändringar av vårdutnyttjandet

Eftersom fördelningen av inkomst och ohälsa är ojämn inom länet, där socioekonomiskt utsatta områden har högre nivåer av ohälsa, följer vi i detta avsnitt upp vårdutnyttjandet utifrån socioekonomiska aspekter.

Analysen är uppdelad i två delar. I den första delen undersöker vi förändringar i vårdutnyttjande för invånare i områden med olika medelinkomst. I den andra delen följer vi utvecklingen av antal besök per listad vid mottagningar med skilda vårdbehov hos den listade befolkningen mätt med Care Need Index (CNI). I den nya ersättningsmodellen för 2016 ingår CNI som en parameter vilket gör det intressant att följa om mottagningar med högre CNI (och därmed en högre ersättning) har en annan utveckling av vårdutnyttjandet än mottagningar med lägre CNI.

#### Besöksutvecklingen i områden med olika medelinkomst

I tabell 7 och tabell 8 redogör vi för förändringar i vårdutnyttjande av läkarbesök och sköterskebesök i områden med olika medelinkomst för åren 2008-2016. Områdena är rangordnade efter lägst till högst medelinkomst och fördelade i fyra kvartiler med lika många invånare i varje, varje år.

Tabell 7. Antal läkarbesök per invånare i områdesgrupper rangordnade efter medelinkomst i kommunen/stadsdelen (kvartil 1=lägst inkomst, kvartil 4=högst inkomst).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kvartil 1	1.53	1.66	1.68	1.74	1.77	1.77	1.77	1.76	1.62
Kvartil 2	1.45	1.52	1.55	1.58	1.62	1.60	1.58	1.58	1.45
Kvartil 3	1.51	1.49	1.51	1.59	1.61	1.62	1.60	1.59	1.47
Kvartil 4	1.45	1.51	1.51	1.55	1.56	1.53	1.58	1.56	1.46

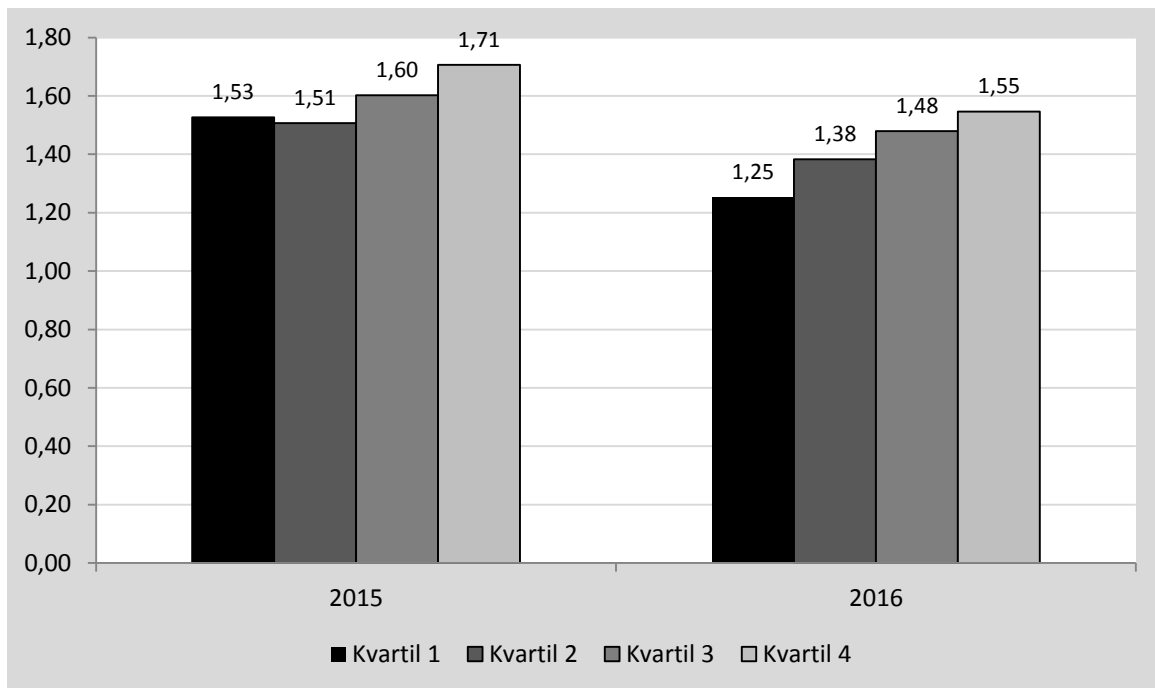
Under de första åren med vårdval ökade det genomsnittliga antalet läkarbesök per person i störst utsträckning i kvartilen med lägst medelinkomst (kvartil 1). Det är särskilt tydligt mellan åren 2008 och 2009. Mellan 2015 och 2016 har invånare i samtliga kvartiler minskat antalet läkarbesök, men den relativa minskningen är något högre för kvartil 1 och 2 (minskning med 8%) än för kvartil 3 och kvartil 4 (7 respektive 6 % minskning).

För sköterskebesöken ser utvecklingen annorlunda ut. I kvartil 1 ökade sköterskebesöken per person kraftigt mellan 2015 och 2016. Särskilt tydlig är ökningen i Haninge där antalet konsumerade sköterskebesök ökade med en tredjedel mellan 2015 och 2016 (från 86 000 besök 2015 till 115 000 besök 2016). Även i kvartil 4 ökade antalet sköterskebesök per invånare, medan nivån var oförändrad mellan 2015 och 2016 för kvartil 2 och 3.

Tabell 8. Antal sköterskebesök per invånare i områdesgrupper rangordnade efter medelinkomst i kommunen/stadsdelen (kvartil 1=lägst inkomst, kvartil 4=högst inkomst).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kvartil 1	1.22	1.28	1.28	1.27	1.26	1.10	1.11	1.16	1.30
Kvartil 2	1.26	1.22	1.18	1.22	1.19	1.05	1.06	1.05	1.05
Kvartil 3	1.13	1.06	1.06	1.14	1.17	1.01	0.97	0.99	0.99
Kvartil 4	1.04	1.03	1.01	1.03	1.04	0.91	0.91	0.91	0.94

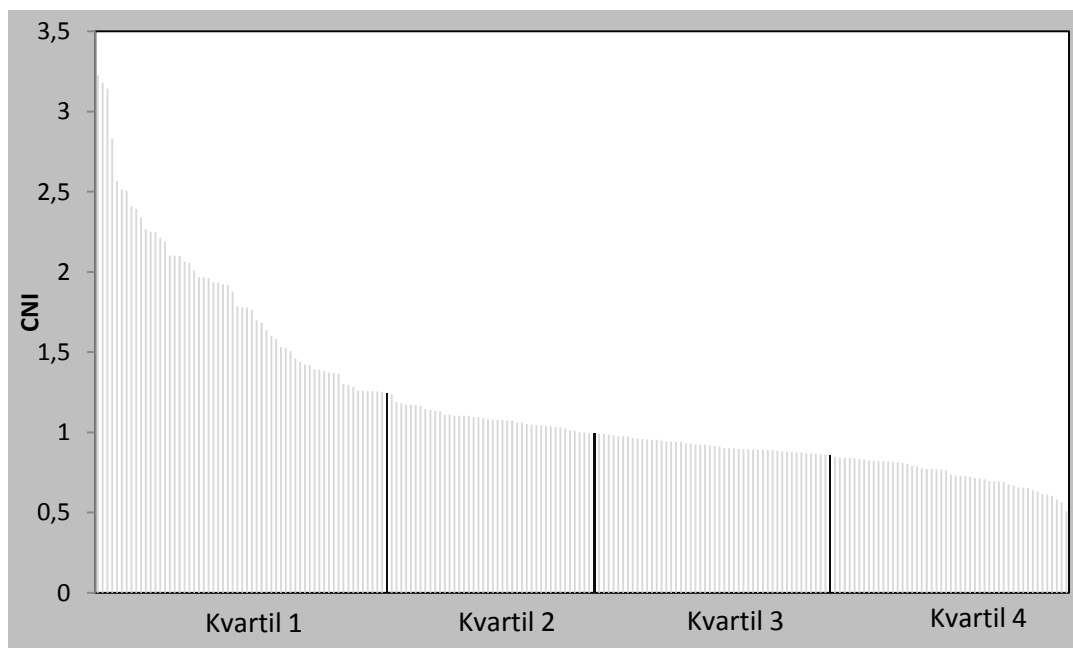
Förändringarna av vårdkonsumtionen i de olika områdesgrupperna har sammantaget lett till att kvoten mellan antal läkarbesök per sköterskebesök har minskat i samtliga kvartiler. Kvartil 4 (kvartilen med högst medelinkomst), är den områdesgrupp där kvoten mellan läkarbesök och sköterskebesök är högst. Det framgår av resultaten både för år 2015 och 2016, se figur 12. Skillnaderna mellan kvartil 1 och kvartil 4 när det gäller kvoten läkarbesök per sköterskebesök har ökat mellan 2015 och 2016, vilket tycks drivas framförallt av ökningen av sköterskebesök i kvartil 1.



Figur 12. Antal läkarbesök per sköterskebesök (både mottagningsbesök och hembesök) per invånare i olika områdesgrupper indelade efter medelinkomst (kvartil 1=lägst inkomst, kvartil 4=högst inkomst).

### Vårdutnyttjande vid mottagningar med olika CNI

För att undersöka hur vårdutnyttjandet har utvecklats vid mottagningar med olika vårdbehov, mätt med CNI, har vi följt de mottagningar som var verksamma under hela 2015 och 2016. Dessa mottagningar har fördelats i fyra grupper utifrån vilket CNI den listade befolkningen i genomsnitt hade under det sista kvartalet 2016. I kvartil 1 grupperas de mottagningar med högst CNI och därmed högst skattat vårdbehov, och i kvartil 4 grupperas de mottagningar med lägst CNI. Figur 13 visar CNI per mottagning och fördelningen av mottagningar i de fyra kvartilerna.



Figur 13 Gruppering av mottagningar utifrån CNI sista kvartalet 2016

De listade individerna vid mottagningarna i kvartil 1 konsumerar i genomsnitt fler läkarbesök och sköterskebesök än övriga kvartiler både 2015 och 2016. Antalet läkarbesök per listad minskar i alla grupper mellan 2015 och 2016, oavsett mottagningens CNI. För sköterskebesöken ökar antalet besök per listad i samtliga kvartiler. Den relativa ökningen är störst i kvartil 1 och i kvartil 4.

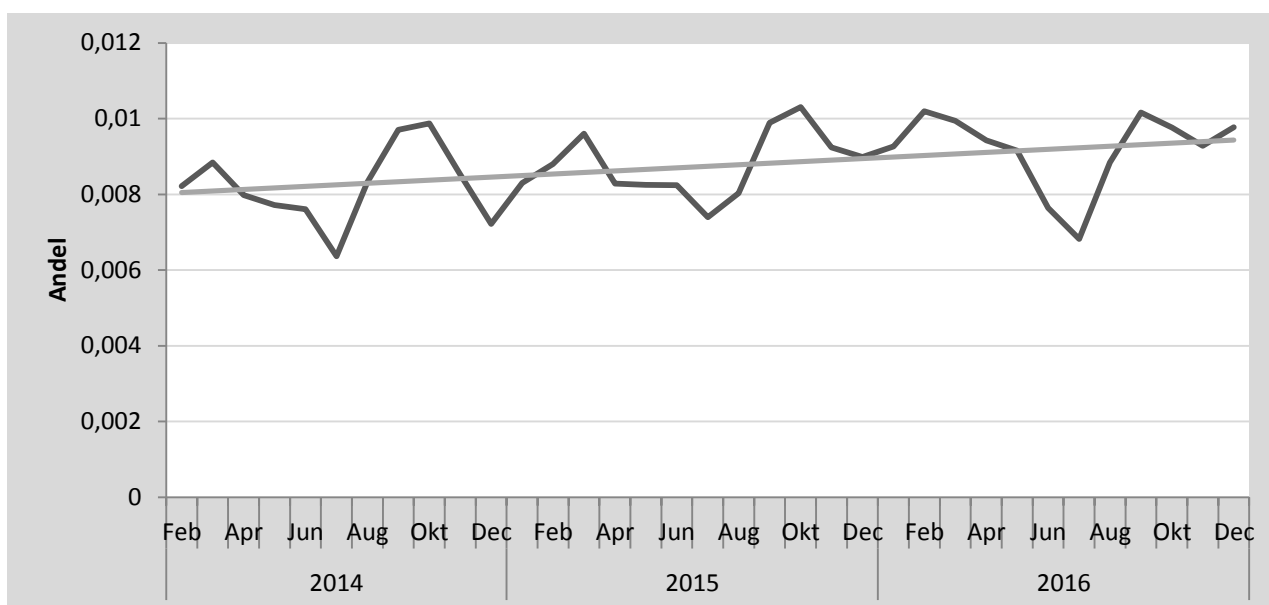
Tabell 9 Läkarbesök och sköterskebesök per listad i mottagningsgrupper indelade efter vårdbehov mätt med CNI (kvartil 1=högst vårdbehov) 2015 och 2016

	Läkarbesök per listad				Sköterskebesök per listad			
	2015	2016	Faktisk förändring	Procentuell förändring	2015	2016	Faktisk förändring	Procentuell förändring
Kvartil 1	1,88	1,75	-0,14	-7%	1,29	1,39	0,09	7%
Kvartil 2	1,79	1,64	-0,15	-8%	1,23	1,26	0,03	3%
Kvartil 3	1,70	1,59	-0,11	-6%	1,03	1,05	0,02	2%
Kvartil 4	1,79	1,67	-0,12	-7%	0,98	1,04	0,07	7%

## 5. Listning

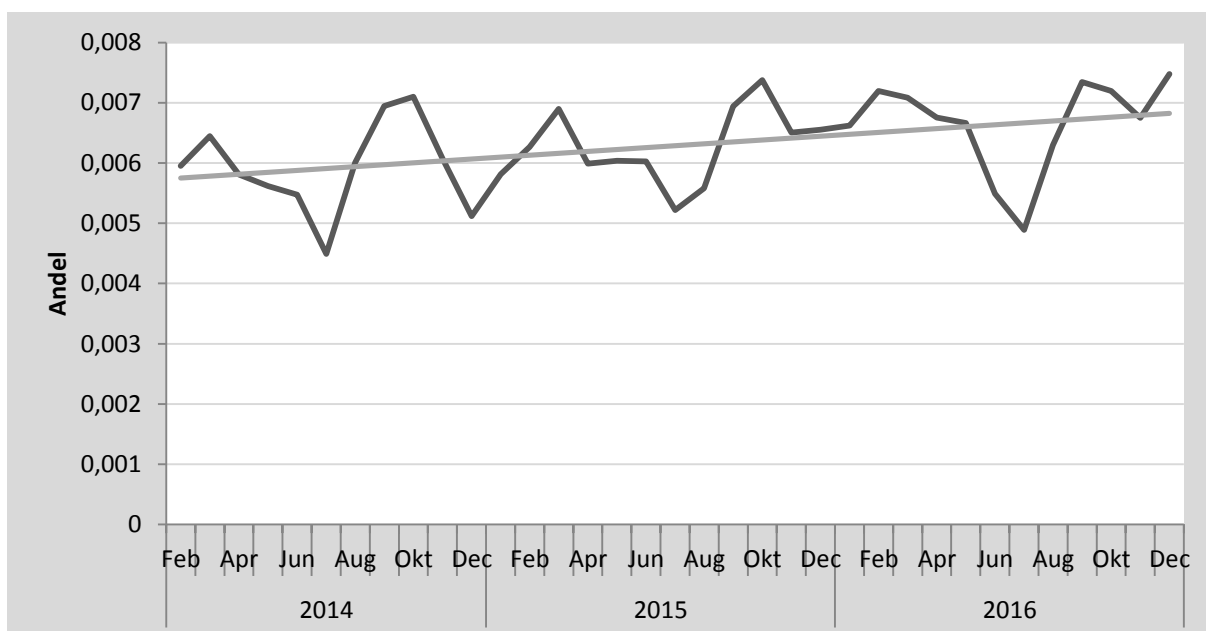
Vid sidan om en minskad besöksersättning innebar den nya ersättningsmodellen också en ökad kapiteringsersättning, eller listningsersättning. Detta innebär att incitamenten till att öka antalet listade individer har stärkts. Det finns flera sätt som en mottagning potentiellt sett skulle kunna påverka antalet listade individer. Ett sätt skulle kunna vara genom marknadsföringsinsatser. I de fall där en mottagning tidigare har haft listningsstopp skulle det vara möjligt att öppna möjligheten till listning igen genom att öka kapaciteten med hjälp av till exempel nyrekryteringar eller andra investeringar. Att producera färre besök per listad kan också ge en möjlighet till att kunna öka antalet listade individer.

De stärkta incitamenten till att öka antalet listade individer på mottagningarna skulle kunna förväntas leda till en ökad rörlighet när det gäller antalet personer som byter mottagning. Figur 14 visar andel av den totala listade befolkningen som har bytt mottagning sedan föregående månad. Som trendlinjen visar är trenden svagt ökande, men det går inte att se något tydligt trendbrott år 2016 i jämförelse med 2014 och 2015.



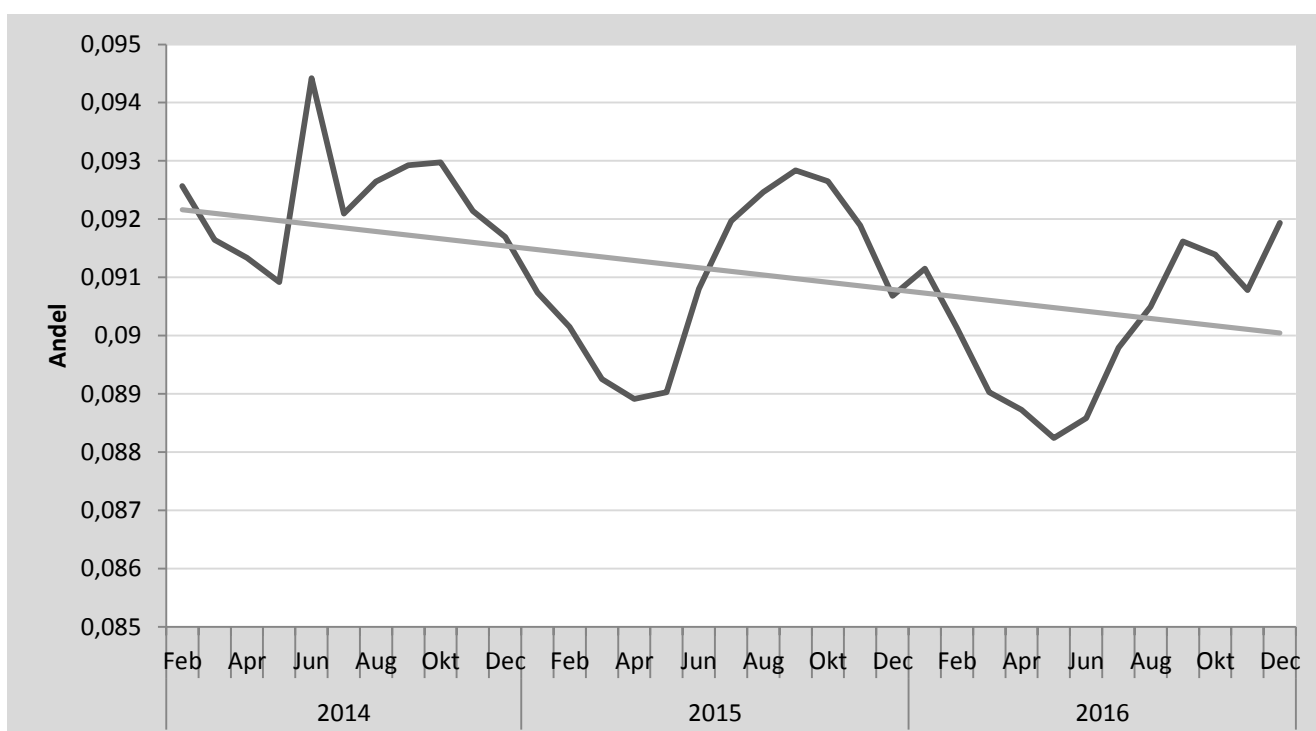
Figur 14. Andel som har bytt mottagning sedan föregående månad 2014-2016

I figur 15 tittar vi på de som har bytt mottagning, men som inte har flyttat. Om individen har flyttat avgörs genom att jämföra vart individen var folkbokförd månaden då bytet av listningsmottagning genomfördes, med samma månad året innan. Detta görs utifrån variabeln basområde. Utvecklingen av för denna grupp liknar den för hela gruppen som har bytt mottagning – utvecklingen mellan åren 2014 är svagt ökande, men det finns ingen särskilt markant ökning mellan 2015 och 2016.



Figur 15. Andel som inte har flyttat och som har bytt mottagning sedan föregående månad 2014-2016

Andelen olistade varje månad har minskat under perioden 2014-2016, men det finns inte heller där någon tydlig indikation på att 2016 skulle särskilja sig från de tidigare åren.



Figur 16. Andel olistade per månad 2014-2016

## 6. Slutsatser och avslutande synpunkter

- De förändrade ekonomiska incitamenten har haft effekt på vårdutbudet inom primärvården. Antalet läkarbesök har minskat samtidigt som sköterskebesöken har ökat. Minskningen av antalet läkarbesök vid mottagningar i det nya systemet är tydlig och förekommer inte vid de mottagningar som ersätts enligt den tidigare ersättningsmodellen.
- Minskningen av antalet läkarbesök kan både förklaras av att en mindre andel av befolkningen gör minst ett läkarbesök ett givet år och att de som gör besök gör färre besök per person i genomsnitt.
- Minskningen har skett i huvudsak hos de äldsta invånarna som tidigare också har stått för störst del av ökningen av läkarbesök. De allra äldsta invånarna har dock ökat sköterskebesöken mer än vad läkarbesöken har minskat och sett till det totala antalet besök ökar vårdutnyttjandet för gruppen 85+. För övriga åldersgrupper har ökningen av antalet sköterskebesök har inte kompensert minskningen av läkarbesök och det totala antalet besök har minskat under 2016 i jämförelse med 2015.
- Privata aktörer tycks inte svara snabbare eller kraftigare på de förändrade ekonomiska incitamenten än offentligt drivna vårdenheter. Inom gruppen privata aktörer finns det däremot skillnader i vilken utsträckning vårdutbudet har påverkats.
- Mottagningar med högt CNI har inte minskat antalet läkarbesök per listad invånare i lägre utsträckning än övriga mottagningar.
- Trots att mottagningarna har fått stärkta incitament för att öka antalet listade individer finns det inga tecken på att antalet omlistningar skulle ha ökat särskilt markant år 2016. Däremot pekar trenden för de tre senaste årens på att en större och större andel av befolkningen byter listningsmottagning varje år.
- Mottagningar inom försöket med Kroninnovation visar samma utveckling som genomsnittet i landstinget. Minskningen av läkarbesök är dock något mindre i Kroninnovation
- Mottagningar som fortsatt med den tidigare ersättningen visar upp fortsatt ökning av såväl läkar- som sköterskebesök
- Resultaten bygger endast på ett års erfarenhet och ska tolkas försiktigt