



En mötesplats för kunskapsbaserad dialog om health policy/hälsopolitik

**Ersättningsystem inom hälso- och sjukvård.
Erfarenheter, utvecklingslinjer och vägval för den mer
specialiserade vården (Sjukhus, slutenvård och öppenvård)**

***Michael Högberg
Staffan Lindvall***
2012-02-16

Innehållsförteckning

| | | |
|------|---|----|
| 1 | Bakgrund | 3 |
| 1.1 | Ersättningssystemens utgångspunkter | 3 |
| 1.2 | Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv | 3 |
| 1.2 | Olika utgångspunkter.....genom de senaste tjugo åren. | 4 |
| 2 | Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus | 5 |
| 2.1 | Basen anslag eller prestation | 5 |
| 2.2 | Hur DRG-systemet började | 6 |
| 2.3 | DRG användning i landstingen 2012 | 7 |
| 2.4 | Resultatbaserad/målrelaterad ersättning | 8 |
| 3 | Case – Stockholms läns landsting | 9 |
| 3.1 | Ersättningsmodellen i Stockholms läns landsting | 9 |
| 3.2 | Förändrad ersättningsmodell - flerårsavtalet 2009-2011 | 10 |
| 3.3 | Flerårsavtalet 2012-2015 | 11 |
| 3.4 | Kvalitetsrelaterad ersättning | 13 |
| 3.5 | Sanktioner och viten | 14 |
| 3.6 | Uppföljning | 14 |
| 3.7 | Vårdval | 14 |
| 3.8 | Exempel på Vårdval inom specialistvården | 15 |
| 4 | Exempel från andra landsting | 19 |
| 4.1 | Lika och olika | 19 |
| 4.2 | Västra Götalandsregionen | 20 |
| 4.3 | Skåne | 22 |
| 4.4 | Landstinget i Uppsala Län | 23 |
| 5 | Statens ambition att styra hälso- och sjukvården med ekonomiska medel | 25 |
| 5.1 | Tillgänglighetssatsningen - kömiljarden | 25 |
| 5.2 | Patientsäkerhetsöverenskommelsen | 25 |
| 5.3 | En satsning på de mest sjuka äldre | 26 |
| 6. | En utvecklingsambition – Q-PROJEKTEN | 26 |
| 7 | Öppna jämförelser | 28 |
| 8 | Svenska forskningsresultat rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården | 29 |
| 9 | Var står vi nu? | 31 |
| 10 | Slutsatser och Utmaningar | 32 |
| 10.1 | Slutsatser | 32 |
| 10.2 | Utvecklingsfrågor | 33 |

Ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. Erfarenheter, utvecklingslinjer och vägval för den mer specialiserade vården (Sjukhus, slutenvård och öppenvård)

1 Bakgrund

1.1 Ersättningssystemens utgångspunkter

Diskussionen om modeller för resursfördelning och ersättningar inom hälso- och sjukvården är mycket levande. Ambitionen finns att ersättningssystemen ska bidra till den utveckling som eftersträvas med patientfokusering och utveckling av kvalitet samt resultat. De senaste åren har det etablerats förnyade fokus som gett utrymme för att på ett mer genomgripande sätt arbeta med hur dessa ersättningssystem kan fogas in i den styrning och ledning som eftersträvas. Modeller utvecklas för att påverka produktivitet, kvalitet och ytterst effekter av hälso- och sjukvårdens insatser. Det växer också fram helt nya tankar om ersättningsmodeller som kopplas mot sjukdomsgrupper, följer vårdflöden och fokuserar på såväl service- som medicinsk resultat kvalitet.

För att kunna utnyttja ersättningsprincipernas positiva egenskaper och samtidigt minska de eventuella negativa effekterna bygger ofta den totala ersättningen av en blandning av olika ersättningsprinciper. Trots det kan konstateras att inget ersättningssystem är perfekt. För att i framtiden kunna utforma så bra ersättningssystem som möjligt krävs att lärdomar från tidigare arbeten tas tillvara och att ny inspiration tillförs.

1.2 Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv

Svensk hälso- och sjukvård har under lång tid i huvudsak styrts genom planering, anslagsbaserad resursfördelning och medicinska beslut. Ekonomiska incitament som uppmuntrar produktivitet eller som särskilt kopplats till effekter har endast förekommit i liten omfattning.

Snabbt ökande kostnader och vetskapen om att intäkterna inte skulle fortsätta att öka i samma takt som tidigare medförde en vändpunkt i början av 1980-talet. Kostnadskontroll blev ledordet men låg produktivitet uppmärksammades också. Under senare delen av 1980-talet växte intresset för prestationsersättning i kombination med ökade valmöjligheter för patienten. Intresset för ekonomistyrning ökade och det investerades i nya informationssystem som förbättrade den ekonomiska informationen.

Från att endast haft enklare administrativa begrepp som ”kostnad per vårddag”, ”läkarbesök”, mm, som underlag för resursfördelning/ersättning börjar tankar om vårdens innehåll få genomslag. För den specialiserade öppenvården utvecklas olika åtgärdsbaserade ersättningar och nyfikenheten på DRG-systemet börjar få genomslag för sjukhusens slutenvård.

Under början av 1990-talet uppmärksammades allt mer växande problem med köer och ett inte särskilt dynamiskt sjukvårdssystem. En ambition mot en mer marknadsinspirerad organisering och styrning började märkas. Den offentliga sektorn skulle effektiviseras och ineffektiviteten tillskrevs felaktiga styrmodeller. Den långsiktiga och hållbara finansieringen av hälso- och sjukvården ställde ökade krav på förbättring av sjukvårdssystemets produktivitet och kvalitet. Det mesta av arbetet sker på mikronivå på sjukhusen där den största delen av resurserna spenderas. Förbättrade processer för att minska kostnader och

förbättra kvaliteten ökar i betydelse. Detta utgör idag ett allt större fokus för sjukhusledningarna. Det finns också evidens för att dessa incitament fungerar i praktiken. Införandet av ersättning per vårdfall åtföljdes av en dramatisk prestationsökning i förhållande till de tillgängliga resurserna. Jämförelser som skedde mellan landsting som infört vårdfallsersättning med dem som behållit traditionell anslagsbudgetering visade också på större produktivitetsökningar (*Ernst Jonsson 1991*).

Ökad produktivitet och större patientinflytande var vad som skulle eftersträvas. Införandet av prestationsersättning och ökad valfrihet för patienten som påbörjats under senare delen av 1980-talet fortsatte i landstingen. Andra ambitioner som bidrog i denna utveckling var bl a införandet av särskilda beställarfunktioner i vissa landsting för att åstadkomma en behovsstyrning av resurserna utifrån ett befolkningsperspektiv. Beställarfunktionen användes också för att införa marknadsliknande förhållanden och för att öka vårdgivarnas incitament till ökad produktion. Utvecklingen mot mer marknadsliknande förutsättningar gick snabbt men mot slutet av 1990-talet svängde pendeln igen i många landsting mot fokuserad kostnadskontroll och ett mer organisationsorienterat perspektiv. Ett rimligt antagande är att landstingen under tider med trängre ekonomiskt utrymme i högre grad återvänder till den anslagsstyrda modellen än utvecklar mer dynamiska styrprinciper.

I Sverige har arbetet med att försöka utforma ersättningssystem som ger goda incitament inom hälso- och sjukvården nu pågått i cirka 20 år. Intresset för området har inte avtagit.

1.2 Olika utgångspunkter.....genom de senaste tjugo åren.

I tankar om vad som är önskvärda grunder för ersättning finns några olika nyanser. En del bygger på den förvaltningsmodell som varit den vanliga inom svensk offentlig sektor. Ofta byggs resursanspråken upp från en ren kostnadsbudget med bedömning av personalkostnader, lokalkostnader, etc. Från den grunden läggs sedan ”äskanden om anslag” för att täcka dessa kostnader. Anslaget som ersättning för täckande av kostnader är en bra bas för kostnadskontroll. Landsting som använder anslaget som huvudsakligt instrument för att fördela resurser menar ofta att frågor om effektivitet och måluppfyllelse inte kopplas direkt till ekonomiska incitament. Istället hanteras detta genom dialog och andra komponenter i styrningen och ledningen av verksamheterna.

Andra utgångspunkter väcktes med anledning av tankarna om ”målstyrning” under slutet av 80-talet. När diskussionen om att skilja på frågan om ”vad” och ”hur” påverkade synen på resursfördelning så blev det naturligt att föra dialogen i andra termer. Politiken tillskrevs rollen att beskriva **vad** som organisationen skulle hantera/utföra och verksamheterna själva **hur** man skulle organisera sig för att genomföra uppdraget/nå målen. Då börjar också ambitionen att uttrycka verksamheternas innehåll i ”prestationer”, ”produkter” och ”tjänster”.

I landstingen pågår det en aktiv dialog om hur resursfördelning och ersättningar tydligare ska gå att koppla till sjukvårdens ”effekter”. Teorierna bygger på tanken att det ska gå att avläsa hälso- och sjukvårdens påverkan på livskvalité, bibehållen hälsa, funktionsförmåga och andra typer av medicinska resultat. Flera sådana modeller har prövats och börjar få ett genomslag i praktiskt bruk. Oftast är dessa uppbyggda genom att ersättning kopplas mot vissa insatser som har dokumenterad påverkan/effekt på de resultat som eftersträvas, dvs i grunden en aktivitetsbaserad ersättning. I mycket liten grad används reella medicinska resultat.

Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper.

| Objekt | Aktivitets-grad | Tids-perspektiv | Ger incitament för* | | | | | | Risk för "cream skimming**" | Kostnads-kontroll |
|---|-----------------|----------------------------------|---------------------|------|----------------------------|------|-------------------|-------------|-----------------------------|-------------------|
| | | | Hög produktion | | Låga produktions-kostnader | | Hög vård kvalitet | God service | | |
| | | | klass | litt | klass | litt | | | | |
| Åtgärd: Fee for service | Rörlig | Retrospektiv | + | ++ | - | - | 0 | ++ | Låg risk | -- |
| I förväg fastställd ersättning per åtgärd | Rörlig | Prospektiv | + | ++ | + | + | - | + | Hög risk | - |
| Ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG) | Rörlig | Prospektiv | + | + | + | + | - | + | Risk | - |
| Resultat: Målrelaterad ersättning | Rörlig | Prospektiv | + | + | + | + | ++ | + | Risk | + |
| Individ: Kapitation (Utan konkurrens) | Fast | Prospektiv | - | -- | + | ++ | - | -- | Hög risk | ++ |
| Period: Traditionellt anslag | Fast | Prospektivt/Retrospektivt | - | - | 0 | - | - | - | Ingen risk | + |

* ++ starka incitament för; + incitament för; **0** inga tydliga incitament; - motverkande incitament; -- starka motverkande incitament

** Cream skimming motsvaras av det svenska uttrycket "plocka russin ur kakan"

Källa: Jacobsson 2007

Bild 1 Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper

Tabellen ovan och kommentarerna till densamma visar att klassificeringen ger en bra bild av de incitament som en ersättningsprincip ger upphov till. Tabellen visar dessutom tydligt att ersättningsprinciper både har positiva och negativa egenskaper. Genom att modifiera och blanda olika principer kan finansären förbättra och anpassa ersättningsystem så att incitament skapas för de mål som finns i verksamheten samtidigt som de negativa effekterna minskas.

2 Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus

2.1 Basen anslag eller prestation

Som redan noterats används i grunden två olika system som bas för ersättning till verksamheter på sjukhus. Den traditionella anslagsmodellen där utgångspunkten är själva verksamheten och vilka resurser den kräver. Här är det ofta en kostnadsbudget som ligger till grund för äskanden om anslag för att täcka resursbehovet. Detta system innebär en stark kontroll över produktionsmedlen men en svag koppling till vad som utförs. Den andra modellen utgår istället från samhällets behov av hälso- och sjukvård. Uppgiften blir då istället att beskriva vad som ska utföras och sedan får verksamheterna organisera sig för att genomföra detta på bästa sätt. Ersättningen är kopplad till det som utförs men det innebär samtidigt en sämre kontroll över produktionsmedlen.

I den senare modellen ökar fokus på vårdens innehåll i form av besök, vårdkontakter, vårdtyngd, etc. Produktgruppering genom DRG-systemet användes mer och mer för verksamhetsbeskrivning inom landstingen. Många landsting har dessutom valt att använda produktgrupper som bas för prestationsbaserade ersättningssystem. De för- och nackdelar som tidigare diskuterats gällande produktgrupper återkommer också i de praktiska erfarenheterna. Systemet är framtaget för att beskriva ett helt sjukhus verksamhet på ett överskådligt sätt och detta innebär givetvis att orättvisor kan uppstå på lägre nivåer. Bedömningen är dock att de värsta orättvisorna med över- och underfinansiering bör gå att utjämna med uppföljning, redovisning och metodiskt förändringsarbete.

Även om prestationsersättning använts i mindre omfattning inom sjukhusens öppenvård pågår utvecklingsarbeten inom många landsting. Det finns ett stort behov av ett gemensamt beskrivningssystem inom den öppna vården och DRG-systemet har utvecklats för användning i öppenvård. Detta kan användas både för ledning, styrning och jämförelser på olika nivåer och dessutom som grund för ett ersättningssystem.

2.2 Hur DRG-systemet började

DRG (Diagnosis Related Groups) är ursprungligen inte ett ersättningssystem utan ett patientklassificeringssystem. Diagnos Relaterade Grupper (DRG) brukar ofta felaktigt ses som synonymt med det amerikanska prospektiva betalningssystemet för sjukhus (PPS). DRG-systemet utvecklades emellertid från början för andra syften. Det ursprungliga målet med DRG var att skapa ett instrument för *mätning, utvärdering och styrning* av sjukvårdssystemet. Detta klassificeringssystem är egentligen en metod för att skapa ett hanterligt antal grupper (inledningsvis c:a 500 för slutenvård) ur de mångfald fler olika kombinationer av diagnoser och medicinska behandlingar som kan förekomma i sjukvården. Med hjälp av kostnadsdata för enskilda DRG-grupper kan relativ resursåtgång för dessa grupper beräknas, vilka i sin tur kan användas för att beräkna den ersättning, som skall betalas för vården av en viss patientkategori. Andra inslag i utveckling av ersättningssystemet var patientrelaterad kostnadsredovisning.

1967 bad en grupp läkare om hjälp från Yale university om att tillämpa industriella metoder för kostnader och kvalitetskontroll på vad som i USA kallas "Utilization Review (UR)". Detta var två år efter det att Medicare systemet för pensionärer hade införts under president Johnsons mandatperiod. UR är ett sätt att bedöma lämpligheten, nödvändigheten och kvaliteten hos vårdgivaren. Detta var starten av en process som ledde fram till dagens DRG-system, d.v.s. hur man bäst kan mäta produktionen av sjukvård på sjukhusnivå. Den första versionen av DRG-systemet i sin nuvarande form togs fram 1981 och bestod av 467 grupper som var avsedda att beskriva slutenvårdspatienter. DRG-systemet har allteftersom utvecklats till alltmer förfinade grupper. I 1992 års version fanns 487 stycken.

I Sverige var det Spris som i början av 80-talet initierade ett nationellt projekt för att införa DRG. Efter Spris nedläggning årsskiftet 1999/2000 övertogs arbetet av SKL (dåvarande Landstingsförbundet) respektive Socialstyrelsen.

Frågan om DRG tar tillräcklig hänsyn till sjukdomarnas svårighetsgrad, det som i USA kallas "severity of illness", har varit ett ofta debatterat ämne. Flera olika system, som kan ses som en vidareutveckling av DRG-systemet, har tagits fram för att ta hänsyn till detta. Exempel på sådana system är All Patient DRG (AP-DRG), bestående av 607 grupper och Refined DRG, som består av cirka 1200 grupper (Nilsson C-A m.fl. 1996).

Med hjälp av DRG-grupperat material kan man således studera produktiviteten i verksamheten, ett mått på relationen mellan produktion och resursinsats. I princip förutsätter

produktivitetjämförelser att de jämförda prestationerna är identiska. Därför måste man även förvissa sig om att kvaliteten i det som utförts inte förändras till det sämre.

Den pågående utvecklingen inom sjukvården, med bland annat nya organisations- och styrformer, har visat på behoven av fungerande system för kvalitetssäkring. Om det skall bli möjligt att införa marknadsmekanismer och konkurrens i vården kommer det att bli nödvändigt att på ett helt annat sätt än hittills redovisa vilken kvalitet en verksamhet har.

Det idag använda DRG systemet NordDRG introducerades 1996 och är likartat för samtliga nordiska länder. Den svenska versionen inkluderar även klassifikation av öppenvårdsprocedurer och psykiatrisk vård. Via det nationella slutenvårdsregistret grupperas vårdfall i NordDRG. Sjukhusen och landsting använder huvudsakligen DRG informationen för styrning och ledning. Nord DRG fungerar även som ett prospektivt betalningssystem och ligger bakom ersättningen i mer än 50 procent av slutenvårdsfallen i landet. Systemet används vanligtvis för ersättning emellan landstingen. När det har använts inom ett landsting i ersättnings syfte har ersättningsnivån uppgått till ungefär 50 procent rörlig och resterande kostnader har täckts av fast budget. Detta förhållande har ändrats exempelvis i Stockholms läns landsting där ersättningen numera är helt rörlig.

2.3 DRG användning i landstingen 2012

| | | Slutenvård | | | | Öppenvård | | | | Psykiatri | | | |
|----|---|------------|---|----|----|-----------|---|----|----|-----------|---|----|----|
| | | U | B | IL | UL | U | B | IL | UL | U | B | IL | UL |
| | U = Uppföljning B = Budget IL = Ersättning inom landsting UL = Ersättning utom landsting | | | | | | | | | | | | |
| AB | Stockholms läns landsting | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | |
| C | Landstinget i Uppsala län | x | x | x | | x | x | | | x | x | x | |
| D | Landstinget Sörmland | x | | | x | x | | | x | x | | | x |
| E | Landstinget i Östergötland | x | x | | x | x | x | | x | x | x | | x |
| F | Landstinget i Jönköpings län | x | | | x | x | | | x | x | | | x |
| G | Landstinget Kronoberg | x | | x | x | | | x | x | x | | | |
| H | Landstinget i Kalmar län | x | | | x | x | | | x | x | | | |
| K | Landstinget Blekinge | x | | | x | x | | | x | | | | |
| M | Region Skåne | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | |
| N | Landstinget Halland | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | |
| O | Västra Götalandsregionen | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | |
| S | Landstinget i Värmland | | | | x | | | | x | | | | |
| T | Örebro läns landsting | x | | | x | x | | | | x | | | |
| U | Landstinget Västmanland | x | | x | x | | | | | | | | |
| W | Landstinget Dalarna | | | | x | | | | x | | | | |
| X | Landstinget Gävleborg | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Y | Landstinget Västernorrland | x | | x | x | | | | | | | | |
| Z | Jämtlands läns landsting | | | | x | | | | | | | | |
| AC | Västerbottens läns landsting | x | | | x | | | | | | | | |
| BD | Norrbottnens läns landsting | x | x | x | x | x | | | | x | | | |
| I | Gotlands kommun | | x | | x | | | x | | x | | x | x |

Flera landsting har i samband med uppdateringen av ovanstående tabell uttalat att de är på väg mot en mer omfattande användning av DRG. Det avser användning i planering/budget,

uppföljning och effektivitetsdiskussioner, samt även som grund för utvecklingen av ersättningssystemen.

DRG-systemen har utvecklats på olika sätt i olika länder men en tydlig trend har varit att många länder har drivit ett arbete för att ta fram en bättre beskrivning av patientens komplicerande tillstånd och/eller comorbiditet. Också i Sverige har ett sådant utvecklingsarbete diskuterats under en längre tid men inte kunnat genomföras på grund av brister i primärklassificeringen av bidiagnoser.

År 2008 gav regeringen Socialstyrelsen ett uppdrag i samarbete med SKL att undersöka hur vårdens ersättningssystem kunde utvecklas. Inom ramen för regeringsuppdraget ”Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården” drev Socialstyrelsen tio delprojekt i syfte att förbättra grunddata och beskrivningssystemen i vården. Arbetet med att utveckla NordDRG var ett av dessa tio delprojekt benämnt ”Utveckling av komplicerade grupper i NordDRG”. Under arbetets gång bedömdes omfattningen av de bidiagnoser som nu finns i nationella register vara tillräcklig stor för att kunna genomföra utvecklingsarbetet. Regeringsuppdraget slutrapporterades i juni 2010.

Med den bakgrunden har det inom det nordiska DRG-arbetet utvecklats en ny version som fångar mer av komplikationer och comorbiditet. Från och med 2012 introduceras i Sverige den nya versionen av NordDRG benämnd NordDRG-CC. Den skiljer sig från ordinarie NordDRG-version avseende möjligheten att beskriva patienternas komplikationer och/eller comorbiditet. I den nya versionen kan DRG'na delas upp i tre nivåer (ej komplicerat, komplicerat och mycket komplicerat). De övriga nordiska länderna kommer att ta ställning till en eventuell övergång till den nya versionen under nästa år.

2.4 Resultatbaserad/målrelaterad ersättning

Om landstingen har en relativt lång erfarenhet av prestationsrelaterad ersättning så har ersättningsmodeller som stöder eller säkerställer kvalitet inte samma bakgrund. De studier som påvisat att den prestationsbaserade ersättningen har lett till ökad produktivitet har inte med samma tydlighet kunnat påvisa kvalitetsförbättringar. Detta förhållande indikerar att vårdkvalitet måste styras genom andra policy-medel och att DRG ersättning i sig inte direkt kan relateras till kvalitet. Ett antal andra faktorer har större betydelse, exempelvis interna arbetsprocesser samt utbildning av både sjukvårdspersonal och ledning.

Den för närvarande mest betydelsefulla frågan som hör ihop med produktivitet och kvalitet liksom med kostnadskontroll rör introduktionen av nya, ofta även dyra medicinska teknologier.

Hur ska ersättning per vårdfall kunna kombineras med behovet av kontroll av totalkostnad och hur ska patientens fria val kunna sammanfalla med beställarens uppdrag att fördela resurser så att specifika mål kan uppfyllas? För att förbättra vårdkvaliteten krävs då kompletteringar till enbart vårdfallsersättning. Exempel på sådant utgör målrelaterad ersättning, pay for performance, P4P.

Pay for performance är en finansiell incitamentsmodell som ger bonus till utförare för utvecklingsarbete och för att nå specifika nyckeltal gällande kvalitet och effektivitet. Pay for performance lägger den finansiella risken på utföraren och är således ansedd som en högmotiverande incitamentsmodell. Modellen har fått stor spridning i USA, bland allmänläkare (GP) i Storbritannien och i många andra länder. Ännu finns dock relativt få studier baserade på vetenskaplig design rörande P4P och dess effekter. Det saknas därför evidens för hur en

incitamentsinriktad policy ska utformas. Det förekommer även resultat i form av oönskade effekter. (Rosenthal et al. 2006) (Town et al. 2004) (Epstein 2007)

En icke oväsentlig fråga berör frågan om prestationsmätningar och ersättning ska vara fokuserad på den enskilde doktorn eller på organisationen eller gruppen. I Sverige har vi inte använt oss av individbaserade incitamentsbelöningar inom sjukvården. Det finns olika skäl att fokusera på olika nivåer. Om målet berör en hel grupp och samverkan inom densamma är troligen ett incitament som riktas mot hela gruppen att föredra medan mer individuella mål kräver andra incitament. En fördel med gruppnivå är att det oftare leder till större urval, vilket tillförsäkrar ett statistiskt signifikant mätunderlag. (Rosenthal et al. 2007).

3 Case – Stockholms läns landsting

3.1 Ersättningsmodellen i Stockholms läns landsting

Följande bild sammanfattar hur grunderna för ersättningen till sjukvården i SLL förändrats och vilken inriktning som finns framöver. Ersättningssystemen har ändrats över tiden efterhand som erfarenheter kunnat tillgodogöras och nya tekniska system har kunnat tas i bruk. Samtidigt finns det en betydande kontinuitet i utvecklingen. Från en anslagsbaserad ersättning har SLL rört sig mot en ersättning där prestationer och patienternas val fått större betydelse. De första stegen har också tagits mot inslag av målrelaterad ersättning (effekt, kvalitet, effektivitet).

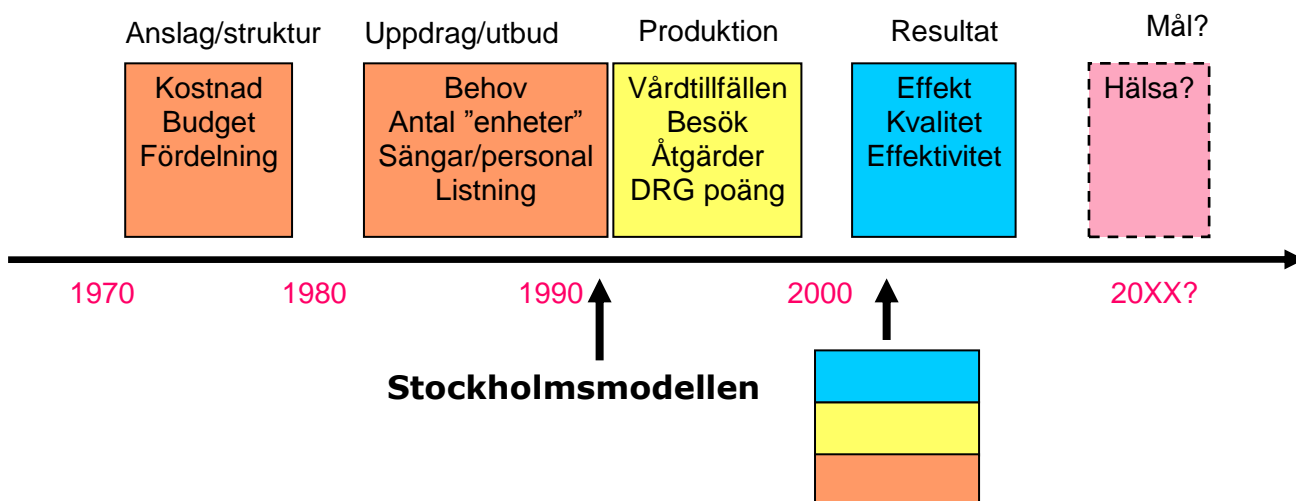


Bild 3 Från en anslagsbaserad ersättning har SLL rört sig mot en ersättning där prestationer och patienternas val fått större betydelse

I Stockholms läns landsting bedrivs den akutsomatiska öppna och slutna vården vid sex akutsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset (Solna och Huddinge), Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, S:t Görans sjukhus och Södertälje sjukhus samt S:t Eriks ögonsjukhus. Sjukhusen styrs via avtal med Beställaren. Den öppna vården vid sjukhusen består av mottagningsverksamhet och dagvård (dagsjukvård respektive dagkirurgi). Den huvudsakliga ersättningen sker med DRG. Ersättningen är rörlig och är kopplad till en prestation. Den totala ersättningen till sjukhusen enligt huvudavtalen uppgick till cirka 15 miljarder kronor senaste året varav Karolinska sjukhusets andel utgjorde närmare 9 miljarder kronor.

Riskfördelning

Den stora andelen rörlig ersättning i kombination med storleken på verksamheterna medför en betydande volymrisk för Beställaren där risk finns att verksamhetsinnehåll inte motsvarar

gällande prioriteringar. Producenten har i sin tur en hög leveransrisk. Om produktionen sviktat kan vissa kliniker få ett ekonomiskt underskott. Risken varierar mellan kliniker beroende av casemix.

Patienter har i regel liten reell möjlighet att välja alternativ för akutvård och högspecialiserad vård. Den öppna vården och delar av elektiv vård kan dock bli föremål för patientens valmöjligheter, vilket kan påverkas av kunskap om kvalitet, vilket innebär en kvalitetsrisk.

Incitament

Producentens fasta och rörliga kostnader ersätts med en fastställd ersättning per diagnos (eller åtgärd), vilket medför ett starkt incitament till produktionsökning.

Ersättningssystemet ger generellt i mindre utsträckning ett incitament till kvalitet. Dock kan patientens valfrihet medföra att vissa kliniker har ett ekonomiskt incitament att stärka och marknadsföra sin kvalitet.

Incitament till struktureffektivitet, ett ekonomiskt styrmedel att lämna patienter till primärvård, psykiatri och geriatrik är svagt liksom för vård av patienter i mer kostnadseffektiva alternativ av öppen eller slutna vård. Det går inte att utesluta att det finns risk för att ersättningsmodellen bidrar till situationer där ekonomiska incitament direkt motverkar en medicinskt motiverad överflyttning till andra vårdformer och analogt att modellen bidrar till inslag av kostnadsövervägning.

Inga ekonomiska incitament är kopplade till övergripande mål om hälsoeffekter etc. Ersättningssystem och verksamheter har en komplexitet som kan innebära att överblick försvåras och därmed möjligheten till prioriteringar går förlorad.

Kostnadskontroll - tak

Volymen på vården och osäkerheten om gränser för produktionsvolymen medför att beställaren löper risk att förlora kontrollen över kostnadsutvecklingen. Olika takkonstruktioner har använts för att möta detta.

3.2 Förändrad ersättningsmodell - flerårsavtalet 2009-2011

En ambitiös satsning skedde inför avtalsperioden 2009 och framåt. Tidigare inslag med olika DRG-priser för respektive akutsjukhus skulle omvandlas till ett system med definierad casemix och enhetliga DRG-priser.

Sjukhusens ersättning kom i den nya modellen från sex olika delar, vilka illustreras i bilden nedan. Miljörelaterad ersättning, särskilda uppdrag och ersättning för vårdvalsområden förblev oberoende av förslaget till ny avtalsmodell. Den nya ersättningsmodellen gällde således *strukturersättning*, *prestationsrelaterad huvuddel* samt *kvalitetsersättning*. Strukturersättningen skulle ersätta motiverade merkostnader som vissa sjukhus har, t.ex. hantering av mer komplexa fall.

Huvuddelen täckte prestationsrelaterad vårdersättning för akut och majoriteten av all elektiv vård. Sjukhusens uppdrag preciserades per specialitet och beställningar inom uppdraget gjordes som en målvolym i totalt antal DRG-poäng på sjukhusnivå.

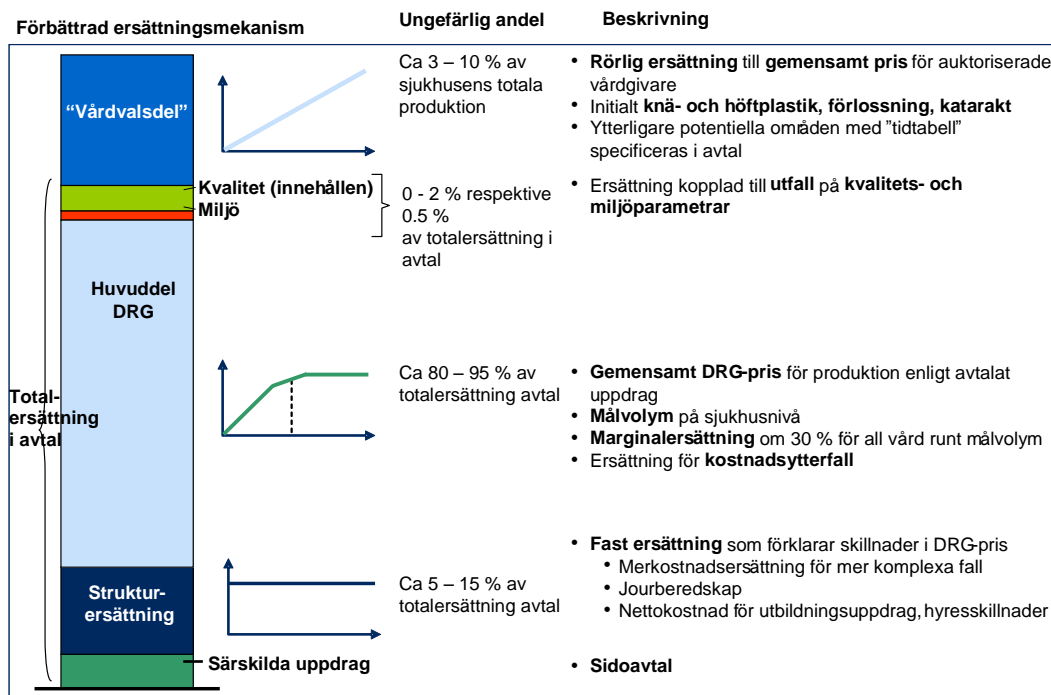


Bild 4 SLL-Ersättningsmodell, strukturersättning, prestationsrelaterad huvuddel samt kvalitetsersättning

För att möjliggöra för sjukhusen att anpassa kapacitet efter behov och utnyttja befintlig kapacitet optimalt infördes en viss flexibilitet kring målvolymer. Tillåten produktion över och under avtalad målvoly uttryckt i DRG-poäng var $\pm 4\%$.

För Kvalitetsrelaterad ersättning avseende angivna specifika kvalitetsindikatorer avsattes 2 % av totalersättningen. Under ett kalenderår utgick 50 % av denna ersättningen mot faktura med 1/12 per månad. Resterande ersättning innehölls till avstämningen i samband med uppföljningsmöte under mars månad året efter mätperioden. Ett samlat kvalitetsindex räknades fram utifrån utfall på fastställda kvalitetsindikatorer och varje indikator relativa vikt. Full ersättning utgick endast om ett sjukhus indexvärde uppnått avtalade minimikrav och målnivån för vårdens kvalitet.

3.3 Flerårsavtalet 2012-2015

Ersättningsmodell

Totalersättningen utgör ersättning för 100 procent av Målvolymer och består av (i) prestationsrelaterad ersättning, (ii) kvalitetsrelaterad ersättning och (iii) miljörelaterad ersättning. Totalersättningen är ett inför varje kalenderår fastställt belopp. Av totalersättningen utgör den prestationsrelaterade ersättningen 97,5 procent, den kvalitetsrelaterade ersättningen 2,0 procent och den miljörelaterade ersättningen 0,5 procent. Andelarna kan komma att ändras under Vårdavtalets giltighetstid.

Den fasta strukturersättningen har tagits bort och ersatts med en rörlig merkostnadsersättning som beräknats för respektive sjukhus med utgångspunkt i avtalad totalersättning och utgår endast för utförd vård. Avtalen räknas upp årligen enligt avtalad uppräkningsmodell. I den ingår, som tidigare, följande komponenter; uppräknings enligt Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting exklusive läkemedel (LPIK), Läkemedelsprisindex (LÄK), Demografisk

utveckling (DU) och Medicin teknisk utveckling (MTU). I avtalen ingår, såsom tidigare, ett årligt effektiviseringskrav på 2%.

Ersättningen analyseras med hjälp av nyckeltal som används som underlag vid förhandling, diskussioner med andra parter (t.ex. Locum) och för att beskriva skillnader i ersättning mellan sjukhus.

Ingen ersättning utgår för underproduktion. Ersättningen för produktion över avtalad målvolym upp till 104% ökas till 40% av poängpriset. Ersättningsmodell med prestationsrelaterad kostnadsytterfallsersättning införs på samtliga sjukhus. Utbetalning sker i 1/12-delar varje månad och justeras löpande på månadsbasis efter tre månader efter faktiskt utfall.

Tillgänglighet

Den reviderade modellen innebär att för varje patient som varit köställd över vårdgarantigränsen (30 dagar för besök respektive 90 dagar för behandling) utfaller en sanktion per patient och 30-dagarsperiod; 500 kr för besök och 1000 kronor för behandling. Om patienten vänder sig till Beställarens Vårdgarantikansli påförs sjukhuset, precis som tidigare, den faktiska vårdkostnaden för dessa patienter. Totalbeloppet för samtliga tillgänglighetssanktioner kan maximalt uppgå till 1% av totalersättningen per sjukhus och år (totalt 150 miljoner kronor för samtliga sjukhus).

Kvalitet

Vården vid akutsjukhusen är en omfattande och komplex verksamhet som bättre kommer att speglas genom den föreslagna utökningen av antalet kvalitetsindikatorer. Kvalitetsersättningen kvarstår på 2% av totalersättningen. Det motsvarar en maximal summa av 300 miljoner kronor, varav exempelvis Karolinska Universitetssjukhuset kan få 180 miljoner kronor.

Patientsäkerhet är ett prioriterat område för beställaren och sjukhusen. Sjukhusen har, i enlighet med avtalskraven, implementerat strukturerad journalgranskning (Global Trigger Tool). Syftet är att öka kunskapen om inträffade skador och att minska antalet undvikbara vårdskador. Vidare pågår utvecklingsarbete kring läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse. Syftet är att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar.

Överbeläggning och satellitpatienter innebär en risk för patientsäkerhet och kvalitetsindikatorer avseende överbeläggningar/satellitpatienter ska utvecklas under avtalsperioden. Urvalet av kvalitetsindikatorer och krav kan förändras och ska enligt modellen fastställas årligen av Beställaren senast den 1 september året innan mätperioden. Indikatorer kan dock införas vid annan tidpunkt under avtalsperioden efter politiska beslut.

Ekonomiska risker för Hälso- och sjukvårdsnämnden

Ersättningen för produktion över avtalad målvolym upp till 104 procent ökas till 40 procent av poängpriset. Den totala ekonomiska risken uppgår 2012 till maximalt 1,6 procent av budgeten (255 miljoner kronor).

Ekonomiska risker för akutsjukhusen

Sjukhusens ekonomiska risker omfattar dels intäktsbortfall i det fall sjukhusen inte når upp till målvolymen, eller om kvalitets- och miljökrav ej uppfylls. Därutöver kan sanktioner för bristande tillgänglighet utgå, dock maximalt till 1 procent av sjukhusets avtalade ersättning.

Fortsatt utveckling av modellen

Vidareutveckling av modellen under avtalsperioden kommer bland annat inriktas mot att ta fram nyckeltal för att kunna belysa skillnader i uppdrag och ersättning mellan sjukhusen samt utveckla processen för hur uppföljning ska ske. De områden som kommer att följas upp kommer bland annat att vara: Casemix, Infrastruktur, Forskning och utveckling, Produktivitet. Eventuella kostnader som beror på ineffektivitet och/eller kvalitetsbrister ska inte vara ersättningsgrundande. Förslag på nyckeltal tas fram i samverkan mellan beställare och vårdgivare. Beställaren kommer att sammanställa styrkortet minst en gång per år och utifrån detta också göra jämförelser mellan sjukhusen.

Avtalen för akutsjukhusen under kommande avtalsperiod syftar till att balansera mellan målsättningarna; kostnadseffektivitet, tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet, totalkostnadskontroll samt långsiktighet. Avtalen bygger på att ersättningen till sjukhusen är direkt relaterad till prestation, såväl i form av utförd vård som uppnådd kvalitet. De gemensamma DRG-priserna vilka tillämpades i föregående avtal har nu ändrats till för respektive sjukhus enskilda DRG-priser. Dessa priser inkluderar prestationsdel och strukturdel.

Akutsjukhusens verksamhet ska i första hand koncentreras till den vård som kräver akutsjukhusets resurser. Dessa strukturförändringar påbörjas under kommande år vilket kommer att leda till omfördelningar mellan sjukhusen eller utflyttning av vård till vårdgivare utanför sjukhusen. De vårdval som planeras inom flera specialiteter utgör ett verktyg i arbetet med att renodla akutsjukhusens verksamhet mot den vård som kräver akutsjukhusets resurser. Landstingsfullmäktige i SLL har därför tidigare beslutat att huvudprincipen ska vara att akutsjukhusen inte deltar i vårdvalen. Akutsjukhusen ingår dock i tidigare vårdval gällande höft/knäledsplastik, förlossning och kataraktoperationer.

3.4 Kvalitetsrelaterad ersättning

Kvalitetsrelaterad ersättning baseras på kvalitetsindikatorer som delas in i nya indikatorer och resultatindikatorer. Kvalitetsrelaterad ersättning för respektive kvalitetsindikator utgår i enlighet med tabellen nedan.

| Ersättning för nya indikatorer: | |
|---|--|
| Resultat redovisat | Full ersättning utgår för indikatorn |
| Resultat ej redovisat | Ingen ersättning utgår för indikatorn |
| Ersättning för resultatindikatorer med miniminivå och målnivå: | |
| Redovisat resultat uppfyller eller överstiger målnivå | Full ersättning utgår för indikatorn |
| Redovisat resultat över miniminivå upp till målnivå | Ersättning utgår enligt procentuell uppfyllelse av indikatorn. Andel av full ersättning beräknas enligt följande formel: $(\text{Resultat} - \text{miniminivå}) / (\text{målnivå} - \text{miniminivå})$ |
| Redovisat resultat upp till och med miniminivå | Ingen ersättning utgår för indikatorn |
| Ersättning för resultatindikatorer med enbart miniminivå: | |
| Redovisat resultat över miniminivå | Full ersättning utgår för indikatorn |
| Redovisat resultat upp till och med miniminivå | Ingen ersättning utgår för indikatorn |

Med nya indikatorer avses kvalitetsindikatorer under införande eller utveckling. Med resultatindikatorer avses kvalitetsindikatorer vars resultat relateras till en miniminivå och en målnivå. Minimnivån utgörs av det näst sämsta resultatet för indikatorn i en jämförelse

mellan Akutsjukhusen. Målnivån fastställs utifrån det bästa resultatet för indikatorn i en jämförelse mellan Akutsjukhusen alternativt utifrån nationella krav/målnivåer.

Vårdgivaren erhåller ingen kvalitetsrelaterad ersättning för en kvalitetsindikator, oberoende av resultatet för denna, om täckningsgraden är lägre än den vid var tid gällande täckningsgrad som Beställaren har fastställt för respektive indikator. Miljörelaterad ersättning för respektive miljöindikator utgår om kravet för denna miljöindikator är uppfyllt. Kvalitetsindikatorerna är indelade efter God Vård. Flertalet indikatorer utgörs av struktur- eller processmått. I bilaga finns tabell med indikatorer avseende kvalitetsrelaterad ersättning.

Utöver Totalersättningen kan Beställaren under Vårdavtalets giltighetstid besluta om incitamentsbaserad ersättning. Precisering av krav för att erhålla sådan ersättning och dess storlek meddelas i förekommande fall av Beställaren. Storleken på incitamentsbaserad ersättning kommer maximalt att uppgå till en procent av Totalersättningen för aktuellt kalenderår.

3.5 Sanktioner och viten

För bristande tillgänglighet utgår viten för varje patient som varit köställd utöver Vårdgarantins gränser samt för bristande rapportering till väntetidsregister.

3.6 Uppföljning

Uppföljning syftar också till att skapa en grund för gemensam utveckling av vården och Vårdgivarens uppdrag genom exempelvis benchmarking. Uppföljningen skall även ge underlag för patienterna att göra kunskapsbaserade val av vårdgivare samt för att tillgodose medborgarnas rätt till insyn.

Vårdgivaren skall samverka med Beställaren i frågor som rör uppföljning och analys av verksamheten samt utveckling av vårdens kvalitet, produktivitet och effektivitet. Beställaren ansvarar för utformningen av uppföljningarna, innefattande former, innehåll och tidpunkter härför.

Beställaren äger rätt att publicera uppföljningens resultat för allmänheten och andra vårdgivare för att stimulera öppna jämförelser, erfarenhetsutbyte och kvalitets- och förbättringsarbete samt ge underlag för rankning. I detta ingår rätt att ge andra vårdgivare tillgång till aggregerad läkemedelsstatistik över Vårdgivarens totala förskrivning. En del av uppföljningen kommer att ske enligt SLL:s leverantörsuppföljningsmodell. Vårdgivaren kommer att kunna jämföra sig med andra Vårdgivare med samma uppdrag genom Beställarens webbaserade Leverantörsuppföljningsdatabas. Uppföljning kan även ske genom stickprovsvisa kontroller av rapportering, fakturering etc.

3.7 Vårdval

Vårdval planeras inom flera öppenvårdsspecialiteter vilka utgör ett av styrinstrumenten i arbetet med att renodla akutsjukhusens verksamhet mot den vård som kräver akutsjukhusets resurser.

Mot bakgrund av det föreslås som huvudprincip att akutsjukhusen inte tillåts att delta i vårdvalen. Istället ska akutsjukhusen inom ramen för flerårsavtalen fortsätta att utföra sådan vård inom dessa specialiteter som är nödvändig för att bibehålla akutsjukhusets kompetens inom specialiteten samt hantera de tillstånd inom specialiteten som kräver akutsjukhusets resurser. Det innebär att akutsjukhusens volymer inom specialiteten begränsas vilket också måste tydliggöras i avtalen med akutsjukhusen. Vilka volymer som ska finnas på

akutsjukhusen och utflyttningstakten regleras i avtal där målvolym samt där till hörande ersättningar anpassas.

Befintliga vårdval i specialistvården

Förlossningsenheter

Höft- och knäprotesoperationer

Kataraktoperationer

Obstetrisk ultraljudsmottagning

Planerad rehabilitering inom områdena neurologi, onkologi och lymfödem

Ögonbottenfotografering

Specialiserad öron-, näs- och halssjukvård i öppenvård

Specialiserad ögonsjukvård i öppen vård

Planerade vårdval i specialistvården

Ryggkirurgi

Allergologi

Reumatologi

Urologi

Neurologi

Specialiserad obesitasbehandling

Avancerad sjukvård i hemmet

Specialiserad palliativ slutenvård

3.8 Exempel på Vårdval inom specialistvården

Ersättningsvillkor för höft- och knäprotesoperationer

Med start år 2009 var detta det första vårdvalsområdet inom specialistvården tillsammans med Kataraktoperationer. Avtalet gällande höft/knäplastik innehåller en klausul vilken lägger ansvaret för revisioner och reoperationer på den vårdgivare som primärt utfört operationen. Vårdgivare skall ta ekonomiskt ansvar för eventuella reoperationskostnader (preoperativ undersökning, operation, protes/operationsmaterial och eftervård med rehabilitering till hemgång) inom 2 år efter primäroperation.

Beställaren betalar således inte någon ersättning för en operation om aktiviteten föranletts av felbehandling. De år som uppföljning skett har visat på ett minskat behov av reoperationer. Totalt har cirka 20 miljoner kronor återbetalats till Beställaren och har varit som mest cirka 9 miljoner kronor men har sjunkit till cirka 4 miljoner kronor senaste utvärderingsperiod. Totalt var omsättningen för vårdvalsområdet drygt 150 miljoner kronor 2011.

Ersättningen består av en rörlig produktionsrelaterad ersättning och en målrelaterad bonusersättning/vite. Produktionsrelaterad ersättning utgörs av styckpris i samband med operation samt av ersättning för särskilt definierade besök. Den totala produktionsrelaterade ersättningen under ett kalenderår utgör underlag för målrelaterad ersättning. Om en vårdgivare uppfyller fastställda kvalitetskrav erhåller denne utöver produktionsrelaterad ersättning även ersättning enligt fastlagd procentuell andel av målrelaterad ersättning. Om Vårdgivaren inte uppnår fastställda vitesnivåer utgår vite.

I beställarens ersättning per operation till Vårdgivaren inkluderas:
– preoperativ läkarundersökning

- operation inklusive eftervård enligt uppdragsbeskrivningen
- protes och för operationen erforderliga läkemedel och material
- efterkontroll med röntgenundersökning

Beställaren betalar Vårdgivaren ersättning för besök av patient där bedömning av om patienten skall genomgå höft- eller knäledsprotosoperation görs och med resultat att patienten ej blir opererad.

Vite utgår för bristande miljöarbete på 0,5 procent av ersättningen om Vårdgivaren inte är miljöcertifierad. Vite utgår för bristande inrapportering av fakturaunderlag

Ersättningsvillkor för ögonsjukvård i öppenvård
Produktionsrelaterade ersättningar

| Produkt | Pris kr |
|---------------------------------------|----------------|
| Telefonrådgivning | 140 |
| Besök, läkare | 800 |
| Besök, läkare, resurskrävande | 1 200 |
| Besök, läkare, mycket resurskrävande | 1 400 |
| Ögonbottenfotografering av diabetiker | 700 |
| Sjuksköterskebesök | 350 |
| Ortopristbesök | 700 |
| Laserbehandling främre segmentet | 1 600 |
| Laserbehandling bakre segmentet | 1 800 |
| Operation, resursnivå 1 | 1 700 |
| Operation, resursnivå 2 | 2 500 |
| Operation, resursnivå 3 | 3 700 |

Vite för bristande miljöarbete kan utgå med upp till 0,5 procent av ersättningen och därutöver ett vite vid bristande inrapportering. I övrigt förekommer inte någon Målrelaterad ersättning i modellen.

För de vårdvalsmodeller som tillkommit på senare tid är ersättningen baserad på fee-for-service. Det finns påtagliga svårigheter att få verksamhetsföreträdare att acceptera mer episod-baserade modeller, vilka inkluderar flera åtgärder och som skulle rendera ett gemensamt pris. Det finns flera orsaker till detta. Uppdraget är inte enhetligt utan har olika nivåer baserat på bl.a. teknisk utrustning m.m. Antalet utövare är i vissa fall relativt begränsat.

Ytterligare en orsak som kan vara bidragande är att det i Stockholms län förekommer relativt många privata specialister. Dessa har fått ersättning enligt nationella taxan eller via avtal med Beställaren. Dessa grupper har ofta haft lägre krav på rapportering av verksamhetsinnehåll till landstinget. Beställaren måste värna om de patienter som behöver fortsatt vård. För att antalet tillgängliga läkare ska täcka behovet och vårdgarantin klaras kan inte beställaren ställa så höga krav att en del vårdverksamheter inte blir auktoriserade. Analogt med detta tvingas man sänka kraven på registrering och därmed möjligheten till mer omfattande uppföljning. Det finns en risk att även kvalitetsuppföljningen blir lidande.

3.10 Olika former av paketerade (bundled) betalningar till utförare

| Paket (Bundle) | | | | | | Opaketerat (Unbundled) |
|--|---|---|--|---|---|---|
| Anslag Budget/månadslön | Kapitering | Per period | Per patient o vårdkedja | Per fall/diagnos/procedur | Per dag | Fee-for-service Styckpris |
| Periodisk global totalsumma – oberoende av antal patienter | Periodisk totalsumma per inkluderad patient avseende en räkka av tjänster | Periodisk totalsumma per patient med diagnos i ett särskilt tillstånd | Totalsumma för alla tjänster som krävs för en definierad vårdkedja | Betalning per fall baserat på gruppering av patienter med liknande diagnoser/procedurer eller resursbehov | Betalning per vård-dag på sjukhus eller annan plats | Betalning för enskild åtgärd och patientkontakt |

Bild 5 Modellen hämtad från Hurst & Charlesworth, Nuffield trust 2012.

Fee-for-service

SLL: förekommer i privat specialistvård. Nya vårdvalsprogram inom specialistvården bygger nästan enbart på fee-for-service, besök och tillkommande åtgärder m.m.

Vuxenpsykiatrisk vård: I princip utgör hälften av den totala ersättningen i avtalen rörlig ersättning efter presterade besök. Den andra hälften är ett anslag. Förekommer även inslag av ersättning knutet till områdesansvar samt ersättning per vård dygn, Av total ersättning är 3,5 % målrelaterad, som ska återbetalas vid ej uppnådda mål.

Tak: Ersättning baserad på fee-for-service kräver takkonstruktioner för bibehållen kostnadskontroll. Finns olika lösningar med exempel ss maximalt antal besök i genomsnitt per personalkategori och år eller maximal omsättning per personal och år.

Per diagnos: prospektiv betalning med DRG

Ersättningen till akutsjukhusen, både öppen och slutna vård

Basgeriatrisk öppen och slutna vård

Finns på försöksstadiet inom vuxenpsykiatri, ej i drift.

Basgeriatrisk vård: En del, 35 %, är *fast* och betalas ut med 1/12 månadsvis i efterskott och 65 % utgör rörlig prestationsbaserad ersättning. Rörlig prestationsbaserad ersättning är baserad på DRG. I totala ersättningen ingår en målrelaterad andel på 3,5 % baserad på mål för kvalitetsindikatorer med inslag av bonus respektive vite och en miljödel på 0,5 % vite vid icke uppfyllt krav på certifiering.

Produktion över målvolym ersätts med 10 %.

Respektive klinik har ett områdesansvar. Vid vård av patienter från andra vårdgivares upptagningsområde skall betalningsansvarig vårdgivare faktureras.

Episod-baserad betalning

Vårdval Höft/Knäprotesoperationer, en serie av åtgärder inkl besök före och efter operation. Ej betalning för reoperation som orsakats av fel vid primäroperationen. Producenten får ta hela kostnaden för detta.

Utvecklingsprojekt: Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher.

Syftet är att på ett mer systematiskt sätt kunna möta behoven för definierade målgrupper som utgörs av patienter som står för en stor andel av sjukvårdskostnaderna genom upprepade kontakter med akutvården.

Försök har pågått med telefonkontakt/rådgivning för mångbesökare på akutmottagning respektive för hjärtsviktpatienter. Även KOL-patienter kommer att ingå i försöket. Under försöksperioden har antal akuta kontakter minskat signifikant vilket medfört friställande av resurser och vårdplatser vid akutsjukhusen. I försöket ingår att ta fram modell för prediktion av riskindivider som kan komma att bli diagnostiserad i någon av de studerade sjukdomsgrupperna. Ersättningsmodell kan komma att inkludera såväl tidig upptäckt av riskindivider som vårdcoach-tjänsten samt långsiktig uppföljning.

Planer finns på ett samarbete med Västra Götalandsregionen, Östergötlands läns landsting och Tiohundra (Norrtälje).

Värdestyrd vård och ersättning för patienter med reumatoid artrit.

Försök har inletts där syftet är att med tidig upptäckt och rätt behandling åstadkomma en snabb sänkning av inflammation hos berörda patienter. Därefter ska fortsatt kontakt ske med inriktning mot utbildning av patienten och dennes egenvård. Inrapporterade data till kvalitetsregistret kommer att användas för outcomemått.

Vårdkedja för KOL-patienter: se **Målrelaterad ersättning**.

Kapitering

SLL: Husläkarmottagningar, listningsersättning del av ersättningen (ca 40%), i övrigt besöksersättning (=fee-for-service) (ca 50-60%) och målrelaterad ersättning (ca 2-3%). Listningsersättningen uppdelad på olika belopp efter åldersgrupp.

Målrelaterad ersättning - Pay for performance (P4P)

Incitament för enskilda läkare resp för sjukhus

Exempel: I SLL förekommer stort antal privata läkarmottagningar respektive sjukgymnastikmottagningar. I det fall att dessa mottagningar är bemannade med endast en eller ett par personer kan man tala om incitament som styr direkt mot individen. Vi har i SLL exempel med privata läkarmottagningar som är aktiebolag, vilka uppmärksammas pga iögonenfallande stora utdelningar till ägarna = läkarna.

Förhållandet förekommer även inom andra discipliner.

I övrigt är incitamenten kopplade till verksamheterna och ej person.

Bonus och vite

Flertalet ersättningsmodeller har inslaget, cirka 2-3% av den totala ersättningen vid uppnådda kvalitetsmål. Miljö 0,5 % vite om ej godkänd certifiering.

Olika grad av koppling till kvalitetsregister.

Akutsjukhusen: Förekommer flera s.k. utvecklingsindikatorer som ska valideras. Finns ett antal kvalitetsindikatorer som används för ersättning, lite olika beroende på vårdgren.

Här finns också inslag av återkommande träffar mellan beställaren och professionen för att bl.a. diskutera kvalitetsfrågor och utveckling av indikatorer etc. Inslag av provotid, validering innan en indikator eventuellt blir föremål för del av kvalitetsersättning.

Utvecklingsprojekt: Vårdval Ryggkirurgi

Försök med eventuellt 10 % ersättning baserat på förändrat hälsostatus. Användning av Global assessment som mätinstrument (smärta, livskvalitet etc.).

Vårdkedja för KOL-patienter

Bonus till Husläkare för tidig upptäckt/diagnos och rätt behandling av patienter med KOL. Försök med förändring av akutkontakter, besök respektive inläggningar och teoretisk resursomfördelning från slutna vård till de vårdaktörer som bidrar.

Vårdval Höft/Knäproteser: se exempel **Episod-baserad betalning**

Exempel: Akutsjukhusens ersättningssystem

| Ersättning | Anslag Budget/Månadslön | Kapitering | Per period | Per patient o vårdkedja | Per fall/diagnos/procedur | Per dag | Fee-for-service | P4P |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------|---------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------------|
| Akutsjukhus | X tilläggsavtal | | | | X | | (X) kostnadsytterfall | X Bonus/vite 2% Miljö 0,5 % |
| Vårdval Höft/knäprotesop | | | | X | | | (X) | X Bonus/vite 3% Miljö 0,5 % |
| Vårdval Katarakt op | | | | X | | | (X) | X Bonus/vite 3% Miljö 0,5 % |
| Vårdval Förlossning | | | | | X | | X | Miljö 0,5 % |
| Vårdval specialistsjukvård | | | | | | | X | Miljö 0,5 % |
| Vuxenpsykiatri | X | X områdesansvar + psyk.-index | | | | X | X | X Bonus/vite 3,5 % Miljö 0,5 % |
| Bas Geriatrik | X | | | | X | | X | X Bonus/vite 3,5 % Miljö 0,5 % |

Bild 6

4 Exempel från andra landsting

4.1 Lika och olika

Landstingen har ett stort intresse av att utveckla sina ersättningssystem. För den huvudsakliga ersättningen till verksamheterna finns det två olika inriktningar. Den ena är den mer anslagsbaserade modellen och den andra är den prestationsbaserade. Men det är inte en enhetlig bild.

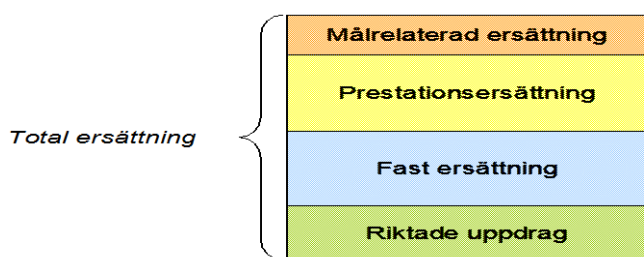
Det finns exempel på landsting som för sjukhusvården har en anslagsmodell, men som underlag till den i sitt arbete jobbar mycket medvetet med DRG som ett beskrivningssystem och matchar det mot KPP-data (Kostnad Per Patient) och därmed har många aktiviteter för att stimulera effektivitetsarbetet (ex Norrbottens Läns Landsting).

I landstingens arbete med den målrelaterade ersättningen kan man se två vägar. De flesta landsting följer områdena inom begreppet ”God Vård”, och söker variabler och indikatorer för respektive område. Den andra vägen är att utgå från ”Öppna Jämförelser” och se hur dessa indikatorer kan följas i det lokala arbetet. I många avseenden sammanfaller dessa ambitioner i sökandet efter adekvata indikatorer.

4.2 Västra Götalandsregionen

Regionfullmäktige har fastställt Ersättningsmodell för sjukhusvård och Ersättningsmodell för Psykiatri, vilka i stort sett tillämpas vid samtliga sjukhus i regionen.

Ersättningsmodellerna för sjukhusvård bygger på en grundmodell bestående av fyra komponenter, vilken illustreras i följande figur;



1. *Ersättning avseende riktade uppdrag*, kan utgå för uppdrag som inte har direkt samband med den patientrelaterade hälso- och sjukvården, såsom forskning och utveckling, men också för uppdrag som det av olika skäl är svårt eller olämpligt att prestationsersätta, såsom ambulansvård, köpt vård, hjälpmedel och akutmottagning. Uppdragen finansieras via anslag, men ingår inte i andelen fast ersättning enligt nedan, utan behandlas för sig.
2. *Fast ersättning* förväntas fördela den ekonomiska risken mellan beställare och utförare och ska täcka en rimlig andel av sjukhusets fasta kostnader. 50/50-modellen avser den procentuella fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning för somatisk vård. Fördelningen mellan ersättningsformerna är en annan för psykiatrisk vård – i psykiatrisk slutenvård är mellan 70 och 90 % fast ersättning, medan motsvarande siffra i psykiatrisk öppenvård är mellan 30 och 50 %.
3. *Prestationsersättning* är ersättning för utförda vårdkontakter och är ämnad att stimulera verksamheternas produktion. Ersättning utgår när så är möjligt för vårdkontakter som viktats med Nord-DRG-CC, enligt inomregional viktlista, som grund. Annars utgår ersättning per besök, per vård dag eller per vårdtillfälle. Kostnadsytterfall ersätts särskilt.
4. *Målrelaterad ersättning* syftar till att ekonomiskt understödja att sjukhuset arbetar mot utvalda mål.

De tre förstnämnda komponenterna i ersättningsmodellen har använts för att ersätta sjukhusvård i Västra Götalandsregionen, i princip utan förändring, sedan början av 2000-talet. Denna tidigare ersättningsmodell utvecklades i syfte att främja kostnadskontroll, ökad produktivitet samt förbättrad registrering i regionens vårddatabas. Den målrelaterade ersättningen tillkom, genom regionfullmäktiges beslut 2005, som en fjärde komponent i modellen i syfte att dessutom styra mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet.

Målrelaterad ersättning har hittills utgjort en mycket liten del av den totala ersättningen. Hälso- och sjukvårdsutskottet ställde sig i december 2007 bakom en rapport om utveckling av den målrelaterade ersättningen och regionstyrelsen beslutade strax därefter att den

målrelaterade delen av den totala ersättningen senast år 2010 ska uppgå till minst 3 procent. En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer sannolikt att vara regionalt enhetlig, bland annat då den förutsätter tillgång till adekvata informationssystem och säkra databaser som ger tillgång till aktuella data.

Till grundmodellen för ersättning av sjukhusvård hör också beslut att ersättning utgår upp till ett fastställt belopp, det platta taket, samt att ersättningen utgår till sjukhuset som helhet. Det sistnämnda innebär att det är sjukhusledningen som avgör hur de resurser sjukhuset får i ersättning fördelas till olika kliniker och verksamheter.

Förhandling sker med varje sjukhus för sig och sjukhusspecifika priser tillämpas.

Utvecklingsfrågor i VGR

IT-projekt för att synliggöra utfall för regionala indikatorer löpande under året.

Samverkan mellan sjukhusen för att förbättra kvaliteten i KPP-data inom öppen somatisk vård samt psykiatri, bland annat för bättre underlag för regional viktlista.

Bland annat det faktum att ersättningsmodeller hittills har tagits fram för varje vårdgren för sig innebär att det finns kolliderande styr signaler mellan modellerna, vilket motverkar samverkan och försvårar lösning av gränssnittsfrågor. Ett mer långsiktigt utvecklingsarbete har initierats och startar inom kort, i syfte att försöka nå följande målbild;

- enhetliga styr signaler i ett regionövergripande ledningssystem, där ledarskap, uppdrag, värdegrund, förhållningssätt och ersättning går hand i hand
- de ersättningsmodeller som tillämpas stödjer och styr mot önskvärd utveckling, vilket innefattar sammanhållna vårdkedjor, samverkan och tillgänglighet
- de ersättningsmodeller som tillämpas stödjer både hälsofrämjande insatser och sjukvård

Fee-for-service

VGR: förekommer renodlat i princip enbart till vårdgivare som är verksamma enligt LoL eller LoS.

Viss ersättning för besök till sjukhusen – men då kompletterat med en andel fast ersättning (se vidare under Exempel).

Per period / per dag:

Sluten psykiatrisk vård ersätts till viss del (10-30 %) per vårdtillfälle och (till mindre del) per vård dag.

Per diagnos: prospektiv betalning med DRG

Inom Västra Götalandsregionen beräknas varje år en regional viktlista – från 2012 baserat på Nord-DRG-CC. Sjukhusen får ersättning per poäng för de insatser där vikter fastställts i den regionala viktlistan, både öppen och sluten somatisk vård. Sjukhusspecifika priser. Kompletterat med lika andel fast ersättning.

Episod-baserad betalning

Förekommer vid köpt vård / kökörtningssavtal

Kapitering

Förekommer inte i ersättning av sjukhus (däremot inom primärvård)

Anslag / Fast ersättning:

VGR: Ersättning per besök, poäng enligt DRG-CC, vårdtillfälle eller vård dag kompletteras med en fastställd andel fast ersättning (till exempel 50/50 för somatisk vård). Dessutom ersätts vissa uppdrag helt med fast ersättning.

Målrelaterad ersättning - Pay for performance (P4P)

Enligt beslut i regionfullmäktige ska minst 3 % av ersättningen till sjukhusen vara målrelaterad. Regionala indikatorer ska användas, men målnivåer och viktning mellan indikatorerna bestäms i respektive överenskommelse. De regionala indikatorerna får kompletteras med ett mindre antal lokalt konstruerade.

I flertalet överenskommelser utbetalas delar av den målrelaterade ersättningen löpande över året, med 1/12 per månad – återbetalning om målen inte uppfylls i tillräcklig omfattning. Sammansatta mått förekommer.

4.3 Skåne

Inför 2011 var det detta som förändrades:

Ersättningsmodell sjukhus/psykiatri

Den målrelaterade ersättningen har till syfte att styra mot rätt beteende. För 2011 föreslås den målrelaterade ersättningen att uppgå till 1,5 procent av den prestationsrelaterade ersättningen för sjukhusen och 0,5 procent av den prestationsrelaterade ersättningen för Psykiatri Skåne. Under förutsättning att målen uppnås erhåller respektive förvaltning den målrelaterade ersättningen utöver finansiering för utlagt uppdrag.

Inför 2012 sker detta:

Dagens sjukhusinterna ersättningsmodell har stimulerat till en hög produktion. De senaste åren har produktiviteten i den skånska sjukvården ökat varje år, med som mest drygt tre procent. Sedan 2009 har den sjukhusinterna ersättningsmodellen kompletterats med en målrelaterad ersättning. Inför 2012 bibehålls nivån på 1,5 procent för sjukhusförvaltningarna medan nivån för psykiatrin utökas från 0,5 procent till 1,5 procent.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går i allt större utsträckning mot processstyrning och styrning mot resultat. Detta ska även avspeglats i hur Region Skåne styr och ersätter sina verksamheter. Den sjukhusinterna ersättningsmodellen ska förändras för att närma sig möjligheten att styra på effektivitet och mot resultat. Modellen ska också säkerställa att Region Skåne fortsatt håller en hög produktivitet.

- Förändringar av sjukhusintern ersättningsmodell 2012

Förändringen går ut på att bibehålla och utveckla dagens volymuppdrag och det sätt finansieringen beräknas per förvaltning. När uppdraget och finansieringen är klar ska den framräknade prestationsrelaterade finansieringen utbetalas periodiserat i förskott utan att någon fakturering mot hälso- och sjukvårdsnämnden sker av den utförda produktionen.

Denna förändring innebär en stimulans för förvaltningarna att optimera sina vårdprocesser genom att inte styra hur ett uppdrag ska utföras utan endast vad som ska utföras.

I den nuvarande ersättningsmodellen saknas ekonomiska incitament för en förvaltning att exempelvis styra om ett vårdutbud från slutna vård till öppna vård eller som man konsulterar en patient via brev- eller telefonkontakt istället för ett fysiskt besök. Vid bibehållen kvalitet är detta ett önskvärt beteende utifrån huvudmannen, förvaltningarna och framför allt patienterna.

Med de förändringar som föreslås av ersättningsmodellen underlättas också möjligheten att i framtiden ersätta för processer/vårdkedjor, eftersom alla processer/vårdkedjor skär tvärs igenom dagens sjukhusstrukturer. Att ha en ersättningsmodell som ersätter för varje vårdtjänst som utförs på varje klinik går inte att kombinera med en processersättning.

- Produktivitet

När förvaltningarna får möjlighet att producera sitt uppdrag på ett mer effektivt sätt finns en risk att produktiviteten, på det sätt den mäts idag, sjunker. Dagens produktivetsmått består av produktionsmixpoäng per resurs och bruttokostnad per produktionsmixpoäng.

Vid en förflyttning av verksamhet från sluten vård till öppen vård och vid en förflyttning från läkarbesök till exempel sjuksköterskebesök minskar antalet produktionsmixpoäng och produktiviteten kan verka försämrats även om lika många patienter fått vård, men på en annan (rätt) vårdnivå.

För att säkerställa att ett eventuellt produktivitetstapp mätt på ovanstående sätt inte beror på att förvaltningarna behandlat färre patienter kommer uppföljningen av uppdragen att utvecklas.

4.4 Landstinget i Uppsala Län

Landstinget har aktivt arbetat med ersättningssystemen. De tillämpar en tredelad modell. Där det finns fasta, rörlig och målrelaterade ersättningar.

Den fasta ersättningen är grundläggande baserat på skillnader i underliggande strukturverksamhet (t ex FoU och akutverksamhet). Ambitionen har varit att ha ett gemensamt DRG-poängpris för de två sjukhusen med väldigt olika struktur och uppdrag. Den fasta ersättningen avser därför ej patientrelaterad verksamhet (struktur)

Den rörliga ersättningen upp till överenskommen produktionsvolym utbetalas när prestation skett för patientrelaterad verksamhet. Den rörliga delen baseras på DRG.

Uppdelning i struktur och patientrelaterad verksamhet ger följande relationer:

Akademiska Sjukhuset 44/56 procent

Lasarettet i Enköping 22/78 procent

Målrelaterad ersättning

Uppsala var tidiga i relation till andra landsting med att införa målrelaterad ersättning. 2005 startade arbetet och c:a 1 % av ersättningen baserades på målrelaterad ersättning till vissa medicinska verksamheter. Efter revideringar och utvecklingsarbeten uppgår nu den målrelaterade ersättningen till c:a 4 procent.

Landstinget har i sin egen utvärdering sett att den målrelaterade ersättningen har haft stor effekt, och upplevs styrande på flera nivåer. Det är också en uppskattad styrmodell av politiken, de tycker att den är lätt att förstå och följa upp. Det blir viktigt att vara överens med förvaltningarna om målens utformning.

I Uppsala betalas ersättningen ut och uppföljningen av valda indikatorer avgör om verksamheterna kan få avdrag vid bristande måluppfyllelse. Kvalitetsutvecklingen underlättas av att förvaltningarna har tillgång till alla resurser under året – eller kan få tillbaka dem om resultat uppnås. Båda sjukhusen följs upp på samma sätt vilket ger ett mer uttalat

koncernperspektiv för att kunna bedöma om satsade resurser utnyttjas effektivt. En tydlig effekt är också att all registreringskvalitet har förbättrats.

Modellen innehåller i huvudsak struktur- och processmål men strävan mot resultatmål finns tydligt uttalat. Intäktsmässigt för sjukhusen innebär den målrelaterade ersättningen:

| | |
|-----------------------|---------------|
| Akademiska sjukhuset | 168 Mkr (4 %) |
| Lasarettet i Enköping | 15 Mkr (4 %) |

Den målrelaterade ersättningen finns även inom:

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Vårdcentralsuppdraget Primärvård | 27 Mkr (5 %) |
| Habilitering och Hjälpmedel | 2 Mkr (1 %) |

Cirka 60 mål ger 2,8 mkr i genomsnitt per mål

TOTALT: 212 mkr (2,7 % nettokostnaden)

Strukturen på målrelaterad ersättning följer Socialstyrelsens områden i definitionen av ”God vård”

Exempel på variabler/indikatorer

Kunskapsbaserad vård (27 mkr)

- Minst 75% av patienterna på metabolenheten ska erbjudas kontroll av fotstatus
- Användning av nio kvalitetsregister inom psykiatrin och genomfört minst en förbättring per register

Säker hälso- och sjukvård (45 mkr)

- Följsamhet till hygien- och klädregler av 90% av medarbetarna, månadsmätningar
- Riskbedömning och planering av åtgärder för patienter över 65 år vad gäller trycksår, fall och malnutrition
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras av alla patienter över 75 år med 5 läkemedel eller fler och vårdtid över 48 timmar inom vissa verksamheter

Effektiv hälso- och sjukvård (12 mkr)

- Redovisning av patienter som fått information om rökstopp inför planerad operation
- Redovisning av arbetet med att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård (23 mkr)

- Antalet patienter som fått tobaksslutarstöd
- Minst 80% av vårdavdelningarna ska bedriva alkoholförebyggande arbete enligt särskild metod
- Systematiskt arbetssätt för arbete med Fysisk aktivitet på recept
- Utveckla rutiner för riskbedömning av nutrition/ohälsosamma matvanor enligt nationella riktlinjer

Patientfokuserad vård (13 mkr)

- Handlingsplan utifrån resultaten av den nationella patientenkäten ska implementeras
- Remiss ska vara bedömd inom 5 dagar, månatlig redovisning av andel

Hälso- och sjukvård i rimlig tid (43 mkr)

- Medelbehandlingstiden per månad vid akutmottagningen för ortopediska/kirurgiska/övriga åkommor ska högst vara 4 tim för minst 75% av patienterna. Extra ersättning över 80% respektive 85%

- Ny modell olika triagenivåer ska utarbetas och implementeras
- Uppnå aktuella krav i kömiljarden

5 Statens ambition att styra hälso- och sjukvården med ekonomiska medel

Från statens sida har det utöver lagstiftning och förordningar med myndighetskontroll alltid funnits ett intresse av att utveckla hälso- och sjukvården. Den svenska modellen är i hög grad en decentraliserad modell där landstingen har ansvaret. Därför sker ofta denna styrning via överenskommelser mellan staten och landstingen representerade av Sveriges Kommuner och Landsting. I tidigare modeller har de medel som kanaliseras i överenskommelserna i huvudsak varit ”anslag” för utveckling inom olika områden. Exempel är de sk ”Dagmar-överenskommelserna” där landstingen fick bidrag för att i samverkan med Försäkringskassan utveckla rehabiliteringsområdet.

De senaste årens ambitioner har dock varit mycket mer resultatorienterade.

5.1 Tillgänglighetssatsningen - kömiljarden

Redan 2005 formulerades en överenskommelse om att öka tillgängligheten till vård och därmed minska värdköerna. Det fokuserade ekonomiska incitamentet ”Kömiljarden”, etablerades fr o m 2011 och är ett stimulansbidrag som staten delar ut till de landsting som kortar sina värdköer. Kriterierna för att få del av Kömiljarden fastslås i en årlig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Från och med 2011 gäller det att för att få del av pengarna från Kömiljarden måste landstingen kunna visa att minst 70 procent av patienterna fått vård inom de tidsramar som fastslagits i överenskommelsen. För 2011 års Kömiljard har landstingen varit tvungna att klara av att erbjuda patienterna besök i den specialiserade vården inom 60 dagar och behandling inom 60 dagar. Klarar landstingen att ge vård i rätt tid till mer än 80 procent av patienterna får de ta del av ytterligare medel. Samtliga landsting har under det gångna året klarat att uppfylla något av kriterierna och får därmed del av 2011 års Kömiljard. Men det finns variationer mellan landstingen, såväl generellt som mellan specialiteterna.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting fattade i december 2011 en överenskommelse för 2012 års Kömiljard. En särskild tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa, som omfattar sammanlagt 214 miljoner kronor, ingår i årets överenskommelse, utöver Kömiljarden.

5.2 Patientsäkerhetsöverenskommelsen

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har också träffat en överenskommelse att fortsätta arbetet med att stärka patientsäkerheten under 2012.

Patientsäkerhetsöverenskommelsen ska genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Målet är att ingen patient ska drabbas av en skada som kan undvikas.

I överenskommelsen finns några områden som är särskilt framlyfta.

Patientsäker läkemedelsanvändning

Felaktig läkemedelsanvändning är enligt Socialstyrelsen en av de vanligaste anledningarna till att patienter skadas i vården. Det handlar till stor del om läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner.

Antibiotikaresistens

Antibiotika måste användas rationellt – rätt preparat i rätt dos, till rätt patient, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. Antibiotika intar en särställning bland läkemedel genom att en felaktig användning kan leda till minskad effektivitet.

Vårdrelaterade infektioner

Vikten av att förebygga och begränsa vårdrelaterade infektioner har fastslagits i flera sammanhang. Avseende vårdskador är de vårdrelaterade infektioner en av de vanligaste skadetyperna. Den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner och klädregler.

Överbeläggningar

Överbeläggningar kan innebära risker för patientsäkerheten och även vara ett arbetsmiljöproblem.

För 2012 avsätts 675 000 000 kronor. För 2013 och 2014 har regeringen beräknat 675 000 000 kronor per år. Huvuddelen av satsningen utgörs av de prestationsbaserade stimulansbidragen, som regleras inom ramen för överenskommelser.

För att landstingen ska kunna få ta del av den prestationsbaserade ersättningen måste dock fyra grundkrav och fyra indikatorer vara uppfyllda. Grundkraven är följande:

- upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
- inrätta lokala Stramagrupper (Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning).
- delta i den nationella patientenkäten 2011.
- ta väsentliga steg i införandet av Nationell patientöversikt, NPÖ.

5.3 En satsning på de mest sjuka äldre

Patientsäkerhetsfrågorna är också en viktig del i satsningen för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Regeringen satsar 3 750 000 000 kronor under perioden 2011–2014 för att förbättra samverkan i vården och omsorgen kring de mest sjuka äldre. Arbetet syftar till att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättrings-arbete i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Medlen används bl.a. till ett prestations- och resultatbaserat statsbidrag till huvudmännen. Viktiga insatsområden är förbättringsarbete genom användning av kvalitetsregistren Svenska Palliativ-registret och Senior Alert samt SveDem och BPSD. Andra viktiga insatsområden är att motverka en olämplig läkemedelsanvändning till äldre, minska förekomsten av trycksår samt åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg.

6. En utvecklingsambition – Q-PROJEKTEN

Q-projekten drivs som s.k. Public-Private-Partnerships (PPP). Detta innebär att staten skjuter till medel till olika satsningar under förutsättning att andra intressenter skjuter till motsvarande resurser. Projekten omfattar en samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen, myndigheterna och läkemedelsindustrin. Denna grups huvudfokus tar sin utgångspunkt i det nationella strategiprogrammet avseende vikten av ökat kvalitetsarbete i vården. ("Läkemedel, bioteknik och medicinteknik – en del av det innovativa Sverige", dec 2005)

I strategiprogrammet dras bl.a. slutsatsen att ett ökat kvalitetsarbete i den svenska hälso- och sjukvården är en förutsättning för en framgångsrik läkemedelsindustri: *"Kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården har därmed direkt betydelse för läkemedelsindustrins utveckling och konkurrenskraft. En konkurrenskraftig läkemedelsindustri är å sin sida betydelsefull för kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården.*

Projektet har döpts till **Q-projekten**, Q-svikt och Q-diabetes. Q står här för kvalitet och har som syfte att genom ett strukturerat belöningssystem inbyggt i sin uppbyggnad ta avstamp i en så kallad payment-for-performance ansats. Utformningen innebär att utifrån ett specifikt utformat incentivprogram strukturera implementeringen och användningen av kvalitetsregister så att det är möjligt att utvärdera samt förhoppningsvis nå upp till projektets namn; verksamhetsförbättring inom diabetes och hjärtsvikt- via ett strukturerat belöningssystem.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera Q- projekten, två projekt som syftar till att stimulera kvalitetsutvecklingen i den svenska hälso- och sjukvården. Det ena projektet gällde att förbättra behandlingen av hjärtsvikt och genomfördes i delar av Skåne, medan det andra gällde förbättrad behandling av diabetes typ 2 och genomfördes i delar av Västra Götalandsregionen. Båda projekten syftade till att öka kvaliteten i primärvården för hjärtsviktpatienter respektive diabetespatienter genom användning av kvalitetsregister och målbaserad ersättning.

Utvärderingen visar att målbaserade ersättningar kan öka kvaliteten i primärvården, men det är svårt att bedöma i vilken utsträckning. Resultaten från den utvärderingen tyder på att införandet av den valda ersättningsmodellen motiverade ett antal vårdcentraler att börja arbeta med kvalitetsutveckling baserad på kvalitetsregister, men att ersättningsmodellen endast delvis bidrog till att förbättra kvaliteten.

Utvärderingen visar dessutom att de deltagande vårdcentralerna förbättrade sina resultat för majoriteten av de valda kvalitetsindikatorerna som var kopplade till den målbaserade ersättningen, men förbättringarna berodde lika mycket på andra faktorer som på den valda målbaserade ersättningen. Socialstyrelsen konstaterar att minst lika stor betydelse som den målbaserade ersättningen hade:

- enheternas fokus på mätning
- de i förväg uppsatta målen
- de riktade utbildningarna till personalen
- stödet från projektorganisationen inklusive tillgången till kompetensen från de berörda nationella kvalitetsregistren
- de regelbundna analyserna och jämförelserna med andra vårdcentralers resultat.

Socialstyrelsen konstaterar att projektens resultat även kan ha påverkats av ett antal omvärldsfaktorer. Nya kunskaper, exempelvis beträffande riskerna med en kraftig sänkning av blodsockernivån, kan ha påverkat de läkare som deltog i Q-diabetes. En annan faktor var vårdvalsreformen som 2009 genomfördes i hela landet och som kan ha påverkat kontinuiteten i Q-projekten. I samband med vårdvalsreformen bytte i viss mån såväl patienter som personal vårdcentral vilket resulterade i en minskning av antalet registrerade patienter och i viss bemanningsproblematik hos några av de deltagande enheterna.

Socialstyrelsen konstaterar även att vårdcentraler som under projektets genomförande hade problem med personalkontinuitet och bemanning inte förbättrade sina resultat i lika hög utsträckning som de vårdcentraler som inte hade den typen av problem.

I utvärderingen jämförs Q-projekten med PV-kvalitet, ett annat kvalitetsutvecklingsprojekt i primärvården. Denna jämförelse pekar på att det finns andra icke ekonomiska och dessutom mindre kostsamma incitament som kan användas för kvalitetsutveckling av primärvården.

Avslutningsvis anser Socialstyrelsen att det behövs mer kunskap om samspelet mellan ekonomiska och icke ekonomiska incitament för att stimulera kvalitetsutvecklingen i primärvården.

7 Öppna jämförelser

Som tidigare lyfts fram i denna rapport och som Socialstyrelsen också uppmärksammat i sin utvärdering av Q-projekten så finns det fler samverkande faktorer som måste vara i samklang för att optimal utveckling ska kunna förutses. Det finns förvånansvärt lite evidens för hur vi ska utforma en incitamentsinriktad policy (Smith 2007).

Enligt Smith har också s.k. ”starrating” haft betydande positiva effekter på vården.

En allmän ambition är att den form av ersättning som väljs för behandling av patient och patientens fria val tillsammans utgör incitament att förbättra kvaliteten. I annat fall kan patienten välja att bli behandlad av någon annan utförare. Ett problem med detta förhållande är att det inte är lätt för en patient att kunna urskilja kvaliteten i vården, vilket är en nödvändighet för att kunna fatta ett rationellt beslut. Öppna, publika jämförelser av vårdinformation utgör ett medel att motverka denna brist.

Det föreligger dock praktiska problem orsakade av avsaknad av valida standardiserade kvalitetsdata i beskrivningssystem och kvalitetsregister.

Ett kraftfullt initiativ i den riktningen är att SKL har publicerat Öppna jämförelser sedan 2006. De publicerade rapporterna har tagits emot med stort intresse av både SKL:s medlemmar och media. Områden som hittills jämförts är hälso- och sjukvården, äldreomsorgen, grundskolan, gymnasieskolan och trygghet och säkerhet.

Bakgrund och syfte

SKL gör en satsning för att öka tillgången till jämförbar information om kvalitet, resultat och kostnader. Målet är att stimulera jämförelser och att bidra till en större öppenhet när det gäller resultat och kostnader för den verksamhet som kommuner och landsting bedriver.

Jämförelserna sporrar ambitionen att nå bättre resultat och visar dessutom goda exempel på hur man kan gå vidare. Öppen publicering av jämförelser främjar dessutom en mer faktabaserad debatt och kan på så sätt bidra till att stärka medborgarnas förtroende för verksamheterna.

Hur skapas Öppna jämförelser

Rapporterna innehåller ett antal mått. Indikatorerna redovisas uppdelade på resultat (*vad har verksamheten åstadkommit*) och resursindikatorer (*vad har verksamheten använt för resurser*). Rapportens "tyngdpunkt" ska vara resultatindikatorerna *som mäter medborgarnas nytta av verksamheten*, och som sätts i relation till de resurser som används.

Varje kommun och landsting rangordnas, från bästa värde (rangnummer 1) till sämsta värde (rangnummer 290/21). För pedagogisk syfte är tabeller färgade med grönt, gult och rött. Alla kommuner/landsting med samma värde räknas till samma grupp. Inom hälso- och sjukvård är det 173 indikatorer som jämförs på landstingsnivå.

8 Svenska forskningsresultat rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården

För cirka 20 år sedan infördes nya ersättningsprinciper i den svenska hälso- och sjukvården. Då ändrades inte bara ersättningsformerna till vårdproducenterna utan hela finansieringsmodellen. Den traditionella anslagsersättningsmodellen byttes på flera håll ut mot beställar – utförarmodellen och i samband med det infördes på många håll olika typer av prestationsersättning. Följden av detta blir att i de praktiska studier som genomförts i Sverige har det varit svårt att studera de olika ersättningsprinciperna separat. De effekter som kan noteras är inte enbart beroende av en specifik ersättningsprincip utan mer en bild av den totala effekten av omställningen från traditionell anslagsersättning till beställar – utförarmodellen. Trots detta har det genomförts flera studier av vilka en del kort redovisas här.

Gerdtham m.fl (1999) jämförde under perioden 1989 till 1995 sjukhus med traditionell anslagsersättning med sjukhus finansierade via beställar – utförarmodellen där prestationsersättning införts och fann att införande av det nya ersättningsystemet hade en produktivitetshöjande potential på cirka 10 procent jämfört med anslagsfinansiering. Produktivitetstökningen kunde bero på antingen kostnadsbesparingar eller ökad produktion. Effekten var av engångskaraktär.

Jonsson (1994) jämförde Stockholmsmodellen, där prestationsersättning införts, med 14 landsting där traditionella organisations och styrformer användes. Han konstaterade att produktiviteten ökade i Stockholm efter införandet av prestationsersättning. Ökningen berodde framförallt på högre prestationsnivå men också på minskade kostnader. Motsvarande utveckling kunde inte konstateras i de andra 14 landstingen. Jonsson (1995) genomförde också en motsvarande analys för Dala- och Örebromodellen. Jämförelsen gjordes även här med de 14 landstingen från föregående års studie. Dalamodellens införande visade på kraftigt ökande produktivitet jämfört med landstingen i kontrollgruppen (11 procent mellan 1990-1993 jämfört med kontrollgruppens genomsnitt på 2,4 procent). I Örebro läns landsting kunde trots en ökning av antalet prestationer ingen produktivitetstökning noteras eftersom kostnaderna ökade i motsvarande grad. Förklaringen till detta var enligt Jonsson att ersättningens storlek per prestation inte trappades ner efter en viss volym. Vid en senare studie av Stockholmsmodellen (Charpentier & Samuelsson 2000) konstaterades att den ökning av produktiviteten som blev följden vid införandet av modellen försvann efter några år. När hela perioden mellan 1991 och 1996 studerades kunde man konstatera att produktiviteten år 1996 var på samma nivå som 1991. Produktivitetstökningen under 1992-1994 hade raderats ut av en produktivitetsminskning 1994-1996.

I ett försök att göra en sammanfattande generell bedömning av prestationsersättningarna jämför Jonsson (1996) modellandstingen med traditionellt styrda landsting. Slutsatsen blev att prestationerna ökade i modellandstingen och att totalkostnaderna begränsades i de traditionellt styrda landstingen. Enligt författarens bedömning var prestationsfinansieringen orsaken till skillnaderna. Som tidigare påpekats är det svårt att veta vad olika effekter egentligen beror av. Jonssons slutsatser har utsatts för viss kritik i detta avseende (Törnqvist 1999).

Prestationsersättningen har också påverkat Stockholms läns landsting i andra avseenden (Forsberg 2001). Läkarna har blivit mer kostnadsmedvetna än kollegor i andra landsting där prestationsersättning inte införts. De anser sig mer styrda av ekonomiska överväganden. En större andel av läkarna i Stockholm anser att den egna kontrollen över arbetssituationen minskat. Arbetstillfredsställelsen och den mentala hälsan tycks också ha försämrats mer än i

landsting utan prestationsersättning. Införandet av prestationsersättningen har också ökat administrationskostnaderna. Anell (1994) menar dock att den största delen av kostnadsökningen sannolikt sker vid introduktionen av det nya ersättningssystemet.

Enligt Anell (1996) visar svenska erfarenheter av DRG på ökad produktivitet och minskade väntetider samtidigt som kostnaderna stigit. Dessutom medförde införandet av prestationsersättningar att kostnadskontrollen minskade och att totalkostnadsproblem ofta uppstod. Prestationsersättning tycks kräva någon form av produktionsbegränsning (Hallin & Siverbo 2002). Produktionsbegränsning i form av takkonstruktioner har orsakat meningssiljaktigheter mellan beställare och utförare. Utförarna i exempelvis Stockholm tyckte det borde vara rimligt att få täckning för rörliga kostnader på de prestationer som låg över taket. Landstinget var dock inte berett att betala mer än 25 procent av den fastställda prestationsersättningen på överskjutande prestationer. Andra landsting (exempelvis Bohuslän) betalade inte något alls för dessa prestationer. När prestationsersättningen begränsades genom takkonstruktioner försvann samtidigt en stor del av incitamenten att öka produktionen.

I den tidigare genomgången av de olika ersättningssystemen (framförallt produktgruppsrelaterad ersättning) diskuterades riskerna för fusk av olika slag. I praktiken har denna typ av manipulering visat sig vara en mycket ovanlig förekomst i Sverige (Heland m.fl. 2002, Charpentier & Samuelson 2000; Brorström 1995 Nilsson 1999). Fusk av detta slag förefaller vara vanligare i USA (Hallin & Siverbo 2002).

I en rapport avseende prestationsersättning i Sverige (Siverbo & Kastberg 2005) sammanfattas effekterna av prestationsersättningen via en diskussion kring dess effekter på produktivitet, finansiering/kostnads kontroll, arbetets utförande, administrativ kapacitet/flexibilitet och effektivitet. Resultatet sammanfattas kort nedan.

- *Produktivitet*

Prestationsersättning kan öka produktiviteten men på bekostnad av minskad kostnadskontroll. Så länge marginalintäkten är högre än marginalkostnaden finns starka incitament att öka produktionen. Detta bekräftas både av internationella och nationella studier. Produktivitetens ökning uppkommer som en följd av att ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG) simulerar en ökning av antalet patienter medan ersättning per åtgärd stimulerar en ökning av antalet åtgärder per patient. Den ökade produktionen medför ökande kostnader och i förlängningen finansieringsproblem.

- *Finansiering/kostnadskontroll*

Redan innan prestationsersättningen infördes i Sverige varnade för ökade kostnader bl.a. med utgångspunkt från utländska erfarenheter. Oron för ökande kostnader var befogad. Detta ledde fram till införande av olika takkonstruktioner och kombinationer med andra ersättningssystem för att åter ta kontrollen över kostnaderna. Följden blev att vårdgivarna förlorade tilltron till ersättningssystemet och att de finansiella incitamenten att producera försvann i stor utsträckning. Trots att prestationsersättning leder till ökade kostnader tycks den öka kostnadsmedvetenheten.

- *Arbetets utförande*

Prestationsersättningens påverkan på hur arbetet inom hälso- och sjukvården utförs har studerats i liten omfattning. Det finns dock indikationer på att den medicinska professionen upplever minskad autonomi, minskad möjlighet att påverka och minskad tillfredsställelse med sitt jobb som en följd av att de känner sig kontrollerade av ekonomiska faktorer. Detta kan vara ett tecken på att hälso- och sjukvårdsorganisationen i och med prestationsersättning övergår från en professionell till en mer byråkratisk organisationsform. Men för att kunna dra denna slutsats krävs mer forskning i ämnet.

- *Administrativ kapacitet/flexibilitet*

Den administrativa kapaciteten har ökat p.g.a. prestationsersättningen eftersom mer data måste samlas in och bearbetas. Detta medför också ökade administrationskostnader både i form av investeringar i IT och ökat arbete, men kostnadsökningen tycks störst i introduktionsskedet. Den ökade arbetsinsatsen som krävs kan ta tid i anspråk för vårdgivaren som istället hade kunnat läggas på patienter. Trots det tycks den mesta tiden gå åt till att komma överens om de regler som ska styra ersättningen.

- *Effektivitet*

Effektivitet påverkas både av produktivitet och kvalitet. Om en förändring innebär både ökad produktivitet och ökad kvalitet är förändringen en effektivitetsförbättring. Det blir däremot svårt att uttala sig om effektiviteten om dessa båda faktorer går åt olika håll. Hallin och Siverbo konstaterar att prestationsersättning i sin ursprungliga form ökade produktiviteten. Svårigheten att mäta kvalitet och att kvalitetsförändringar studerats i allt för liten omfattning medför att det är svårt att mäta de olika komponenternas effekter på kvalitet, produktivitet, etc.

9 Var står vi nu?

Olika ersättningsprinciper ger olika incitament. Det finns dock ingen enskild ersättningsprincip som ger vårdpersonalen incitament att nå alla de mål som finns inom hälso- och sjukvården. Ofta innehåller de olika principerna både positiva och negativa egenskaper. Traditionellt *anslag*, som utgår från organisationens behov av resurser, ger varken incitament till ökad output, ökad kvalitet eller låga kostnader men ger i gengäld relativt bra kostnadskontroll och liten risk att vårdproducenten försöker undvika speciellt resurskrävande patienter. Anslaget ger också inkomstrygghet om arbetsförhållandena är komplexa.

Prestationsorienterade ersättningar ger istället incitament till högre produktion men medför dock andra nackdelar. *Ersättning per åtgärd* ökar produktionen men medför samtidigt en sämre kostnadskontroll för finansiären. Utan produktionsbegränsningar kan denna typ av ersättning t.o.m. leda till att för mycket vård produceras. Principen ger dessutom incitament till att undvika kostsamma patienter och att välja de åtgärder som är mest lönsamma. Metoden kräver att verksamheten går att mäta och kontrollera. *Ersättning per produktgrupp (DRG)* är ett sätt att minska riskerna för att denna försöker ”plock russinen ur kakan”. Metoden ger både incitament till ökad output och att minskade kostnader, men den ökade styrningen medför samtidigt lägre produktionsincitament än ersättning per åtgärd.

I Sverige verkar det som om både de positiva och negativa effekterna av olika ersättningssystem blir relativt begränsade. Detta beror på att det inte bara är ersättningssystemens utformning som styr individens handlande. Exempel på andra styr signaler är t.ex. de normer och etiska regler som också styr sjukvårdspersonalens handlande. Dessa utgör ofta en balanserande faktor till de ekonomiska incitament som skapas via ersättningssystemen. Som en reaktion på detta och på bristen av kvalitetsincitament har intresset för *resultatbaserad ersättning* ökat. Detta är en ersättningsform som hittills förekommit i relativt liten omfattning. Eftersom det egentligen inte är hälso- och sjukvårdens process utan det resultatet som kommer ut av processen som är intressant är detta en positiv och spännande utveckling. Vi som samhällsmedborgare vill att sjukvården ska åstadkomma god hälsa hos befolkningen, att då ersätta i förhållande till uppnådda hälsoeffekter borde vara idealt. Problemet är hur god hälsa ska kunna mätas på ett invändningsfritt sett. Även om detta är svårt har förutsättningarna att lyckas förbättrats tack vara nya informationssystem för att följa upp och mäta resultat i vården.

Att ekonomiska incitament påverkar finns det mycket empiriska bevis för, men ökande ekonomiska incitament och ökande kontroll av producenter är som framkommit i denna rapport en balansgång. Balansgången gäller inte bara balansen mellan de positiva och negativa incitament som olika ersättningssystem skapar, utan också en balans mellan extern motivation, i form av prestationsersättning och kontroll, och intern motivation där drivkraften exempelvis kan vara tillfredställelsen med att göra ett bra jobb. Områden där intern motivation är viktig är framförallt områden med mer komplicerade arbetsuppgifter eller områden med ett stort inslag av altruism. Båda dessa fenomen förekommer i hög grad inom hälso- och sjukvårdsområdet. Här passar ibland inte den traditionella prestationsersättningen eftersom den finns en risk att den eroderar den interna motivationen på grund av att vårdgivaren upplever att hon/han blir belönad för ”fel saker” och på grund av att ersättningssystemet i sig kräver ökad kontroll. Tecken på detta finns hos läkarkåren där prestationsersättning införts, både i form av känslor av minskad professionalism (Siverbo & Kastberg 2005) och frustration med resultatet av det man gör (Forsberg 2001). Om vårdgivarens interna motivation försvinner kommer denne bara att göra de moment som ger mest extern belöning.

Viktigast av allt när det gäller effektiv produktion är sannolikt ändå att ledningen är intresserad och tror på det man gör (intern motivation även här). Det måste också få vara politiskt legitimt att fördela resurser som inte anses kunna hanteras av generella modeller. Det finns troligen ingen modell som på ett fullständigt sätt kan ge utrymme för alla politiska prioriteringar inom ett landsting.

10 Slutsatser och Utmaningar

10.1 Slutsatser

De ersättningsprinciper som finns att tillgå skapar olika typer av ekonomiska incitament vilka kan användas för att styra vårdproducenter. Vägledningen från internationella erfarenheter och den kunskap som vi själva genererat ger ingen enhetlig vägledning mot någon optimal modell.

I den traditionellt svenska modellen har budgetdialoger och resursfördelning via anslag, samt det spänningsfält mellan politik och profession som skapas i många avseenden varit en framgångsfaktor. Detta trots att inte de mer dynamiska möjligheterna i mer mixade modeller utnyttjats i så hög grad. Men utifrån den utmaning som landstingen har haft att hantera de senaste decennierna med ökade medicinska möjligheter och mer begränsat ekonomiskt utrymme har intresse och energi i utvecklingen av ersättningssystemen tagit fart.

Att avstå från att utveckla eller välja ersättningsprincip är också indirekt ett val av de ekonomiska incitament som redan finns, eftersom inget ersättningssystem är neutralt när det gäller ekonomisk styrning.

Ekonomiska incitament påverkar vårdproducenters beteende, men hur stark påverkan bli beror också på andra faktorer. De ekonomiska incitamenten fungerar bäst om de kan användas för att bekräfta det alla inblandade parter redan är överens om istället för att försöka styra människor mot deras egen vilja. Det är därför viktigt att de inblandade är medvetna om och, i möjligaste mån, överens om verksamhetens mål. Ett väl avvägt ersättningssystem kan rätt utnyttjat bli ett kraftfullt instrument som bidrar till att utvecklingen drivs åt ett önskat håll.

Med andra ord ”ytterligare en häst i spannet som drar vagnen framåt”...en bångstyrig häst kan däremot ställa till med mycket kaos.

Erfarenheter från landstingen visar att ersättningssystem endast med fokus på hur mycket som presteras ofta ger problem med kostnadskontrollen. Ökad kostnadskontroll ger i sin tur vårdproducenten minskade prestationsincitament. Lösningen finns förhoppningsvis i en blandning av ersättningsprinciper. I denna blandning kan resultatbaserad ersättning utgöra en relativt liten del, men ändå ge starka incitament till prestation inom viktiga områden.

I stort sätt alla landsting söker underlag för att med ekonomiska incitament stimulera kvalitet och målrelaterade ambitioner. Denna ambition har för flera landsting under de senaste åren fokuserats på Vårdvalet för primärvård. Den ambitionen rör sig nu över till den specialiserade vården vid sidan om allmänläkarverksamheten. Det finns en stark önskan om att hitta lämpliga indikatorer/variabler, öka delaktigheten och kvaliteten på inregistreringen till kvalitetsregister och att hitta sätt att öka relevansen genom tidigare information, etc.

En viktig del av den fortsatta forskningen kring ersättningsprinciper är att kartlägga hur andra miljö- och omgivningsfaktorer påverkar det praktiska utfallet av införandet av olika ekonomiska incitament. Ett intressant område i detta avseende är att studera förhållandet mellan extern och intern motivation. Det är också viktigt att landstingen dokumenterar egna erfarenheter från olika ersättningsprinciper och att man delar med sig av dessa för att ta del av varandras erfarenheter, för gemensam kunskapsutveckling.

10.2 Utvecklingsfrågor

Ersättningen till vårdgivaren är ett av de starkaste styrmedlen vi har att påverka vårdens aktörer med. Att styra rätt är dock ingen enkel sak. Pengar utgör ett av flera redskap att styra vården efter. Ersättningsmodellerna ska kunna bygga på en logik om rättvis fördelning av risk. Producenten måste kunna erhålla medel för att finansiera sin verksamhet och i gengäld bidra till god vård respektive hälsoutfall. Logiskt kan också vara att belöna den som bidrar till bra resultat men samtidigt kräva ett ansvar för eventuella fel och brister. Vårdens struktur och organisation är dock komplex med olika uppdrag och flera aktörer. Denna komplexitet och de begränsade resurserna är en stor utmaning för möjligheten att styra mot allt bättre vård, bättre tillgänglighet och vård som är anpassad efter den enskilda patientens behov m.m. och få mesta möjliga nytta för pengarna.

- **Utveckla fler variabler utifrån patientens situation och uppfattning inklusive patientsäkerhet och hälsoutfall.**
- **Utveckla användning av komplikationsgaranti med ekonomiskt ansvar hos vårdgivaren**

Vi behöver utveckla synen på värde av hälsa och värdet av insatser för att förbättra hälsan. Detta som motvikt till fokuseringen på kostnader. Vi behöver även tydliggöra vem som betalar och vem som får vinsten av olika aktiviteter som leder till positiva effekter, bl.a. för att hitta rätt incitament, för att premiera de som skapar goda resultat och kunna kompensera de som har bär kostnaderna. En uppstyckning i budgetansvar kan leda till suboptimering. Vi måste utveckla system som är anpassade till helheter, binder samman övergångar mellan olika vårdgrenar och tillåter att vi kan följa patienten i en sammanhängande process.

- **Nya ersättningsmodeller måste utgå ifrån den enskilde patientens förutsättningar. Ställer krav på mer sammansatta episod-baserade modeller vilka inkluderar flera vårdgrenar och vårdnivåer.**

Utvecklingen går för närvarande mot mer resultatbaserade inslag i ersättningsmodellerna. Detta förutsätter att vi har tillgång till relevanta mått vilket kräver att vi fortsätter att utveckla innehållet i beskrivningssystemen. Vi måste utnyttja potentialen i våra befintliga patientregister och kvalitetsregister, m.fl. register. De nationella beskrivningssystem som finns utgör unika redskap som är nödvändiga för att synliggöra vårdens innehåll. För att få möjlighet till jämförelser av praxis, ifrågasätta metoder och organisatoriska lösningar m.m. måste vi kunna beskriva vårdens struktur, processer och resultat på ett standardiserat sätt. Benchmarking och jämförande studier mellan vårdgivare är utmärkta verktyg för konstruktivt ifrågasättande och för att börja diskutera om orsaker till skillnader och möjliga förbättringsåtgärder.

- **Skapa jämförbarhet mellan vårdgivarna sinsemellan, men även för patienten som ska kunna välja mellan vårdgivare samt för befolkningen som ska ha mesta möjliga värde för tillgängliga resurser.**
- **Utveckla informationsförsörjning med standardiserade lösningar för utbytbarhet**
- **Gemensamma, standardiserade och validerade data är ett nödvändigt inslag för att kunna användas som stöd för patientens informerade val.**
- **Jämförelser för att kunna uppnå jämlik vård och vård på lika villkor.**

Det behövs en breddning av registeranvändning och större öppenhet mellan registerhållare och potentiella användare för att utveckla nyttan av registerdata. Samtidigt ställer detta krav på att lösa eventuella sekretessfrågor och integritetsfrågor avseende individdata och användningen av uppgifter om hälsotillstånd och vårdkontakter m.m.

- **Utveckling, bl a av täckningsgrad i register och aktualitet i data avseende kvalitets- och resultatmått för uppföljning och ersättning.**

Vi behöver tillskapa arenor för utbyte av kunskap. Landsting och regioner måste gå samman i utvecklingsfrågor kring styrsystemen. De resursstarka landstingen/regionerna borde kunna ta ett mer nationellt ansvar. Mer dynamik och snabbhet skapas om några landsting kan driva utvecklingen av vissa frågor. Samtidigt behövs en långsiktighet i synen på utveckling av ersättningsmodeller och styrsystem. Vi behöver mer forskningsbaserad evidens om incitament och ersättningsmodellernas effekter. Samtidigt behöver vi kunskap om effekter av icke pekuniära metoder för kvalitetsförbättring jämfört med exempelvis målrelaterad ersättning. Detta kräver satsning på fler och vetenskapligt designade utvärderingar av modeller.

- **En öppen attityd och kommunikation kring de rön som framkommer med övriga landsting.**
- **Stimulera kontakten forskning – praktik**

11. LITTERATUR och REFERENSER

Aidemark, L-G. (2001) The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. *Financial Accountability & Management*, vol. 17: 1, ss. 23-40.

Aidemark, L-G. (2005) *Konkurrens och Samverkan - Att använda Balanced Scorecard vid privatiseringen av ett sjukhus*. Uppsats presenterad vid: The 18 th Scandinavian Academy of Management.

Alfredsson, I., Bergh, A., Gustafsson, S., Ljungberg, G., Olsson, C. & Rönqvist, L-O. (1995) *Nu utvärderar vi Bohusmodellen. Delprojekt, produktivitet, kostnadseffektivitet och totalkostnadskontroll. Slutrapport*. Göteborg, Bohuslandstinget, rapport 13.

Altman, S.H. & Young, D. A. (1993) A decade of Medicare's prospective payment system - success or failure? *The Journal of American health policy*, vol.3: 2, ss.11-9.

Anell, A. (1994) *Sjukhusens kontrakt. Från anslag till intäkter*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. SNS, Lund.

Anell, A. & Svarvar, P. (1995) Ekonomiska styrformer i hälso- och sjukvården: utvecklingslinjer och lärdomar för framtiden. I *Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm

Bergman, S.E. & Dahlbäck, Ulla. (2001) *Ersättningsmodeller – En kartläggning inom hälso- och sjukvården*. CHSA Rapport nr 2, 2001.

Beskrivning av ersättningssystemet i SLL. Grunder för ersättningen. Stockholms läns landsting. 2007-01-01, Internt PM.

Bailit Health Purchasing, LLC. (2002) *Provider incentive models for improving quality of care*. National Health Care Purchasing Institute.

Bodenheimer, T., May, J., Berenson, R. & Coughlan, J. (2005) Can money buy quality? Physician response to pay for performance. *Issue Brief - findings from HSC*, nr. 102 december.

Carlsson, P. Vad menas med styrning av hälso- och sjukvård? I *Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm

Charpentier, Clas. & Samuelsson, L. (2000) *Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen*. Handelshögskolan i Stockholm: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet.

Chulis, G.S. (1991) Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals. *Medical care review*, vol 48: 2, ss. 167-206.

Coulam, R.F. & Gaumer, G.L. (1991) Medicare's prospective payment system: a critical appraisal. *Health Care Financing Review*, Supplement, vol. 13: 2, ss. 45-78.

Cromwell, J. & Puskin, D. (1989) Hospital productivity and intensity trends:1980-87. *Inquiry*, vol. 26: 3, ss. 366-380.

Davis, C. & Rhodes, D.J. (1988) The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. *Health Policy*, vol 9: 2, ss.117-31.

Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivations and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.

Docteur, E. & Oxley, H. (2003) Health-care systems: lessons from the reform experience. *OECD Health Working Papers 9*.

Dudley, R.A., Frolich, A., Robinowitz, D.L., Talavera, J.A., Broadhead, P. & Luft, H.S. (2004) *Strategies to Support Quality-Based Purchasing: A Review of the Evidence*. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality: Technical Review 10:AHRQ publication 04-0057.

Eastaugh, S.R. (1987) Has PPS affected the sophistication of cost accounting? *Healthcare financial management*, vol. 41:11, ss. 50-53.

Endsley, S., Kirkegaard, M., Baker, G. & Murcko, A.C. (2004) Getting rewards for your results: Pay-for-performance programs. *Family practice management*, mars. ss. 45-50

Epstein, A. M. (2007). "Pay for Performance at the tipping point." *The New England Journal of Medicine* **356**(5): 515-17

Feder, J., Hadley, J. & Zuckerman, S. (1987) How did Medicare's prospective payment system affect hospitals? *New England Journal of Medicine*, vol. 317: 14, ss.867-73.

Fetter RB. et.al. (ed). *Case-mix definition by diagnosis-related groups*. Medical Care 1980; Medical Care 1980;18(2 Suppl):iii, 1-53.

Fetter RB. Et.al. (ed). *DRGs:their design and development*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1991.

Fetter RB. *Casemix classification systems*. Australian Health Review 1999; 22:16-34.

Forsberg, E. (2001) *Do financial incentives make a difference?* Uppsala universitet. Acta universitatis upsaliensis.

Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2004) The relative importance of leadership and payment system. Effects on quality of care and work environment. *Health Policy*, vol. 69: 1, ss.73-82.

Frey, B. (2002a) *Not just for the money*. Cheltenham. Edward Publishing.

Frey, B. (2002b) How does pay influence motivation? I Frey, B. & Osterloh, M. (red). *Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives*. Berlin. Springer.

Frey, B. & Osterloh, M. (2002) Motivation – A dual-edged factor of production I Frey, B. & Osterloh, M. (red) *Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives*. Berlin. Springer.

Gosden m.fl. (2003) *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review)*. I The Cochrane Library, vol 4. Chichester. John Wiley & Sons Ltd.

Groot, T. (1999) Budgetary reforms in the non-profit sector: a comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands. *Financial Accountability & Management*, vol.15: 3&4, ss. 353-376.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2002) *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*. CHSA Rapport Nr 3.

Hansen, DG. (1997) Worker performance and group incentives: A case study. *Industrial & labour relations review*, vol.51. ss. 37-49.

Hays, S. (1999) Pros & cons of pay for performance. Are pay-for-performance programs good for the company or bad for morale? *Workforce*, feb. ss. 68-72.

Heland, von. H., Billfalk, M., Endredi, A. & Molin, H. (2002) *Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Granskning av ersättningssystem inom vården*. Revisionsrapport Ernst&Young, på uppdrag av SLL.

Henley, E. (2005) Pay-for-performance: What can you expect? *The Journal of Family Practice*, vol. 54: 7, ss.609-612.

House of Commons Public Administration Select Committee (2003) *On Target? Government by Measurement*. The Stationery Office, London.

Hurst J & Charlesworth A (2012). Pricing audit: the future of provider payment systems in the English NHS. Kommande publikation från The Nuffield Trust.

Håkansson S. DRG: recept mot höga sjukvårdskostnader? *Läkartidningen* 1984; 81;(44):4000-4005.

Håkansson S, Paulson E, Kogeus K. Prospects for using DRGs in Swedish hospitals. *Health Policy* 1988; 9(2):177-92.

Håkansson S. Case Mix in Sweden: Experiences of DRGs 1985-2001. In: F.H. Roger France et al. (Eds). *Case Mix: Global Views, Local Action*. IOS Press, 2001, pp 141-152.

Jacobsson, F. (2005) *Den barmhärtige ekonomiten – Effektivtets och rättviseaspekter på altruism och hälsa*. Diss Linköpings Universitet. Untryck.

Jacobsson, F., Johannesson, M. & Borgquist, L. (kommande 2007) Is Altruism Paternalistic? *Economic Journal*.

Jacobsson, F., (2007) *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*, CMT-rapport 2007:2

Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. & Gilles, W. (2002) A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, vol. 60: 3, ss. 255-273.

- Jonsson, E. (1991) Effekter av konkurrens i offentlig tjänsteproduktion. I Arvisson, G. & Jönsson, B. red, *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. Stockholm, SNS förlag.
- Jonsson, E. (1994) *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna?* Stockholm: IKE, rapport 48.
- Jonsson, E. (1995) *Har den s.k. Dala- respektive Örebromodellen genererat mer vård för pengarna? En jämförande utvärdering i sammanfattning*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Jonsson, E. (1996) *Effektivitetsstudier i landstingen*. Stockholm: Socialstyrelsen, AU.
- Jones, D. & Kato, T. (1995) The productivity effects of employee stock-ownership plans and bonuses. *American Economic Review*, vol. 85:3, ss. 391-415.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1992) The Balanced Scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*, vol. 70 : 1, ss. 71-79
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996) *The Balanced Scorecard – Translating strategy into action*. Boston, Mass. Harvard Business School Press
- Kaufman, RT. (1992) The effects of improshare on productivity. *Industrial & labor relations review*, vol. 45:2, ss.311-322.
- Kluger, A.N. & DeNisi, A. (1996) The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, vol. 119:2, ss. 254-284.
- Krasnik, A. m.fl. (1990) Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ*, vol. 300 ss. 1698-1701.
- Kron, B. (2002) *Ersättningsystem för sjukhusens öppenvård*. Västra Götalandsregionen. Enheten för Analys- och utvärdering.
- Kruse, DL. (1993) Profit sharing: Does it make a difference? Kalamazoo, Mich: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
- Lindvall, S. (2004) *Projekt Kraftsamling – Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården*. Arbetsrapport. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Le Grand, J. (2003) *Motivation, agency, and public policy – Of knights & knaves, pawns & queens*. Oxford. University press.
- Luft, H. S. & Miller R.H. (1988) Patient selection in a competitive health system. *Health Affairs* vol. 7, ss. 97-119.
- Maarse, H., Rooijackers, D. & Duzijn, R.(1993) Institutional responses to Medicare's prospective payment system. *Health Policy*, vol. 25. 3, ss. 255-70.
- Marshall, M & Smith, P. (2003) Rewarding results: Using financial incentives to improve quality. *Quality and Safety in Health Care*, vol.12, ss. 397-398

- McGuire, A., Henderson, J. & Mooney, G. (1988) *The economics of health care – An introductory text*. London & New York. Routledge.
- McNamara, P. (2005) Quality-based payment: six case examples. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17:4. ss.357-362.
- Nightingale F. 1863.
- Nilsson C-A (1996), Carling K, Erlö CK & Myrén K-J. ADRG, DRG, AP-DRG eller RDRG. Vilket system var bäst 1994? Spri, Stockholm 1996. Spri rapport 438.
- Olsson, Lena. & Thorling, Jan. (2005) *Ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården – En uppföljning av tidigare kartläggning*. CHSA Rapport Nr 17.
- Ouchi, W. (1979) A conceptual framework for design of organizationa control mechanisms. *Management Science*, vol. 25: 9, ss. 833-848.
- Petty, MM., Singleton, B. & Connell DW. (1992) An experimental evaluation of an organizational performance: a time series analysis of the effects of merit pay. *Journal of applied psychology*, vol. 77: 4, ss.427-436.
- Pilotto A, Greco A, Franceschi M, Siena F, Scarcelli C, Miscio L, Vendemiale G, D'Ambrosio P. All Patient Refined (APR) DRG in Geriatrics: un nuovo sistema per valutare I costi dell'anziano ospedalizzato (All Patient Refined (APR) DRG: a new tool to evaluate costs in the elderly acute inpatients. *G Gerontol* 2004;52:262-266.
- Robinson. J. C. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, vol.79 :2. ss. 149-177.
- Rosenthal, M., Frank, R., Li, Zhonghe. & Epstein, A. (2005) Early experience with pay-for-performance – from concept to practice. *JAMA*, vol. 294:14, ss. 1788-1793.
- Rosenthal, M. B. & R. G. Frank (2006). What Is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care? *Medical care research and review* **63**: 135-157.
- Rosenthal, M. B. & R. A. Dudley (2007). Pay-for-Performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care? *297*: 740-744.
- Rynes, S., Gerhart, B. & Parks, L. (2005) Personnel psychology: Performance evaluation and pay for performance. *Annual Review of Psychology*, vol. 56, ss. 571-600.
- Safran, DG m.fl. (2000) Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance? *Archives of internal medicine*. Vol, 160:1 ss. 69-76.
- Siverbo, S. & Kastberg, G (2005) *Activity based financing of health care. Experiences from Sweden*. School of Public Administration's Working Papers. Göteborgs universitet.
- Sloan, F.A., Morrisey, M.A. & Valvona, J.(1988) Effects of the Medicare prospective payment system on hospital cost containment: an early appraisal. *Milbank quarterly*, vol. 66: 2, ss.191-220.

Smith, P.C. (2002) Performance management in British health care: Will it deliver? *Health Affairs*, vol. 21:3, ss. 103-115.

Smith, P.C. (2005) Performance measurement in health care: History, Challenges and prospects. *Public Money and Management*, vol. 25, ss. 213-220.

Smith, P.C. & York, N. (2004) Quality incentives: The case of U.K. general practitioners. *Health Affairs*, vol. 23, ss 112-118.

SOU 1996:91 *Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster*. Stockholm. Fritzes.

Titmuss, R. (1971) *The gift relationship*. London, Allen and Unwin.

Town, R., D. R. Wholey, J. Kralewski, B. Dowd (2004) “Assessing the influence of incentives on physicians and medical groups”. *Medical Care Research and Review* 61; 80 (80S-118S).

Törnqvist, H. (1999) Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter. I SOU 1999:66 *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Stockholm, Socialdepartementet.

U.K. Department of Health. (2003) *Investing in General Practice: The New GMS Contract*. London: DoH,

Viklund, B., Lassen-Nielsen, A. & Ståhl, C. (2006) *Mycket mer än bara pengar – Det balanserade styrkortet som dynamiskt ledningsverktyg*. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.

Wagner, JA., Rubin, PA. & Callahan TJ. (1988) Incentive payment and nonmanagerial productivity - An interrupted time-series analysis of magnitude and trend. *Organizational behaviour and human decision processes*, vol. 42:1, ss. 47-74

Waters, H. & Hussey, P. (2004) Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences. *Health Policy*. vol. 70, ss. 175–184

Weiss, A. (1987) Incentives and work behaviour. i *Information, Incentives and risk sharing*. Haig Nalbantian, red. Towota, N.J: Rowan & Littlefield.

World Health Organization [WHO]. *World health report 2000—health systems: improving performance*. Geneva: WHO: 2000.

12 BILAGA

Kvalitetsindikatorer gemensamma för sjukhusavtalen i SLL 2012 – 2015:

| Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård | Krav 2012 |
|---|--|
| 1. Andel patienter som vårdats på strokeenhet | Miniminivå 83% Målnivå 90%, Täckningsgrad \geq 90% |
| 2. a) Förekomst av trombolysbehandling vid stroke | Målnivå 10%, Täckningsgrad \geq 90% |
| b) Door to needle-tid vid trombolysbehandling | Redovisa resultat |
| c) ADL 3 månader efter stroke (patientfokuserad vård) | a) Redovisa resultat b) Redovisa bortfall i rapportering |
| 3. a) Hjärtsjukvård, hjärtinfarkt, rapportering till RIKS-HIA/SWEDEHEART | Målnivå 90% avs pat yngre än 80 år och huvuddiagnos |
| b) Hjärtsjukvård, tid från reperfusiongrundande EKG till nål vid STEMI | Redovisa resultat avs pat 80 år och äldre och huvuddiagnos |
| 4. Cancersjukvård, täckningsgrad i cancerregister | Målnivå 95% |
| 5. a) Ortopedisk sjukvård, höftplastik rapportering Svenska höftprotesreg | Målnivå 97% |
| b) Ortopedisk sjukvård, knäplastik, rapportering till Svenska knäprotesreg | Målnivå 97% |
| 6. Höftfraktur a) andelen protesopererade 65 år och äldre cervikal höftfraktur | Miniminivå 51% Målnivå 63%, Täckningsgrad \geq 90% |
| b) andelen som opereras inom 24 timmar | Miniminivå 57% Målnivå 71%, Täckningsgrad \geq 90% |
| 7. Kärlkirurgi. Tid till operation vid förträngning av halspulsåder | Miniminivå 67% Målnivå 73%, Täckningsgrad \geq 90% |
| 8. Kirurgisk vård | |
| a) Täckningsgrad i rapportering till SOReg (obesitas) | Målnivå 95% |
| b) Andelen kirurgiska op i slutenvård där WHO:s checklista för säker kirurgi använts | Redovisa resultat |
| c) Andel patienter med postop komplikationer inom 30 dgr elektiv galloperation | Redovisa resultat |
| Säker hälso- och sjukvård | Krav 2012 |
| 9. Strukturerad journalgranskning. Fortsatt utveckling. | Redovisa resultat |
| 10. Dokumentation av Händelseanalys vid Lex Maria i NITHA | Påbörja införandet |
| 11. Införande av läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse, medicinska avd | Dubbelt så många avd som var kravet 2011 |
| 12. MRSA-odlingar bland riskpatienter | Miniminivå 76% Målnivå 87% |
| 13. Vårdrelaterade infektioner | Redovisa resultat och analys |
| 14. Förekomst av trycksår | Delta i nationella mätningar, redovisa förbättringsåtgärder |
| 15. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler | Delta i nationella mätningar |
| 16. Patientsäkerhetskultur | Delta i nationella mätningar minst var 3:e år |
| 17. Fallskador | Delta i utveckling av en indikator avseende fall |
| 18. IVA a) Registrering av SAPS3 i SIR | Målnivå 90 % |
| b) Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA | Redovisa resultat |
| c) Oplanerad återinskrivning på intensivvårdsavdelning inom 72 tim | Redovisa resultat |
| Patientfokuserad hälso- och sjukvård | Krav 2012 |
| 19. Nutritionsbedömning inom 24 timmar | Redovisa resultat |
| Strokepatienter ADL-oberoende tre månader efter akutfasen | Se indikator nr 2 |
| Effektiv hälso- och sjukvård | Krav 2012 |
| Höftfraktur – andelen som opereras inom 24 timmar | Se indikator nr 6 |
| 20. Satellitpatienter/Överbeläggning | Delta i utveckling/Redovisa resultat |
| 21. Återinläggning inom 30 dagar av specificerade diagnoser | Delta i utveckling/Redovisa resultat |
| Vård i rimlig tid | Krav 2012 |
| 22. Vistelse tid vid akutmottagning | Miniminivå 71% Målnivå 79%, Täckningsgrad \geq 90% |
| Ledtider | |
| 23. a) Koloncancer. Tid från remissankomst till operation | Redovisa resultat |
| b) Bröstcancer. Tid från cytologisvar till operation | Redovisa resultat |
| c) ÖNH-tumör. Tid från remissankomst till behandlingsstart | Redovisa resultat |
| d) Lungcancer. Tid från remissankomst till behandlingsstart | Redovisa resultat |
| Hälsofrämjade hälso- och sjukvård | Krav 2012 |
| 24. a) Dokumentation av rökstatus i journalen hos patienter i samband med elektiv operation i slutenvård. | Redovisa resultat |
| b) Dokumentation av rökavvänjning i journalen hos patienter i samband med elektiv operation i slutenvård | Redovisa resultat |
| c) Dokumentation av rökstatus i journalen hos patienter med akut hjärtinfarkt | Redovisa resultat |
| d) Alkoholprevention | Delta i utveckling/framtagande av en indikator avseende alkoholprevention. |