

Ersättningsmodeller i specialiserad vård

Delrapport 2 i projektet Ändamålsenliga ersättningsmodeller



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

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

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

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

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

SKR har tillsammans med regionerna sammanställt uppgifter om ersättningsprinciper inom den specialiserade vården som redovisas i denna rapport. Uppgifterna avser förhållanden år 2021.

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

Stockholm, juni 2022

Lisbeth Löpare Johansson
Samordnare Nära vård

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	5
Regionala variationer ifrågasatt	5
Finansiell styrning.....	5
Disposition.....	6
Metod för datainsamling	7
Vad är nära vård?	8
Ersättningsprinciper inom specialiserad vård	11
Tillämpade ersättningsmodeller inom specialiserad vård	13
Ersättningsformer för specialiserad vård i egenregi	15
Ersättningsformer för somatisk vård som bedrivs i egenregi	15
Ersättningsformer för psykiatrisk vård som bedrivs i egenregi	20
Köp av verksamhet från privata vårdgivare	21
Ersättningsformer inom vårdval	23
Motiv för introduktion av valfrihetssystem	23
Förutsättningar för en marknad att utvecklas.....	24
Principer och styrmodeller för kvalitetsutveckling	24
Antal vårdval i specialistvården	25
Ersättningsformer inom vårdval för somatisk vård	25
Ersättningsformer inom vårdval för psykiatrisk vård	28
Ersättningsformer inom upphandlad vård	30
Ersättningsformer inom upphandlad somatisk vård	30
Ersättningsformer inom upphandlad psykiatrisk vård	35
Ersättningstrender inom specialiserad vård	37
Trender inom egenregi-verksamhet	37
Trender inom vårdval och upphandlad vård	38

Sammanfattning

Anlagersättning är den helt dominerande ersättningsformen inom regionernas specialiserade vård som drivs i egen regi. När uppdrag i stället överlämnas till någon annan att sköta så används dock även andra ersättningsmodeller. I verksamhet som utförs av privata utförare minskar regionens möjlighet till direkt styrning i frågor om till exempel ledarskap och kultur. Det finns då skäl för att styra mer kontrollerande och i vissa fall även detaljerat.¹

I linje med ett ökat inslag av tillitsbaserad styrning och insikten att finansiella styrningen enbart utgör en del i den totala styrningen, kan konstateras att vissa ersättningsformer som kan betraktas som mer detaljstyrande fasats ut. Detta gäller inte minst i specialiserad vård som bedrivs i regionernas egen regi.

I forskningen (Cutler, 2002) talas det om tre faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem:

1. Vård på lika villkor
2. Kostnadskontroll
3. Resultat och värde för pengarna

Under 2010-talet har debatten (Glenngård, 2021) i svensk hälso- och sjukvård handlat om:

- Valfrihet eller jämlik vård?
- Vad har hänt med professionens handlingsutrymme?
- Kritik mot ”pinnjakt”

Nu i arbetet med Nära vård behöver den ekonomiska styrningen främja:

- Verksamhetsutveckling och innovationer
- e-Hälsa
- Tillit framför kontroll
- Dialog och samverkan mellan kommuner och regionernas primär- och slutenvård

Framförallt ser vi påpekanden om att gränserna mellan organisatoriska ansvarsområden hindrar den Nära vården. En angelägen fråga att besvara framöver är hur den finansiella styrningen kan bli ändamålsenlig utifrån detta perspektiv?

¹ Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? SOU 2017:56, Tillitsdelegationen.

Inledning

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

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

Regionala variationer ifrågasatt



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

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

Finansiell styrning

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

Figur 1 Den finansiella styrningens huvudsakliga delar.

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

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

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

Den omständigheten att styrningen utgörs av många olika delar är det en utmaning om man har ambitionen att förstå och kanske mäta effekter som enbart beror på den finansiella styrningen.

Disposition

Denna rapport, delrapport 2, är en del i den första avrapportering om sjukvårdens ersättningsmodeller. Delrapporten har en deskriptiv ansats, att sammanfatta och beskriva tillämpade ersättningsmodeller på utförarnivå inom regionernas specialistvård. Delrapporten kommenterar också utvecklingen jämfört med tidigare genomförda kartläggningar.

Delrapport 2 gör en inledande beskrivning av finansiell styrning, nära vård respektive ersättningsprinciper inom specialiserad vård. Därefter följer redovisning av tillämpade ersättningsformer inom regionernas olika verksamhetsområden inom den specialiserade vården, inom verksamhet som bedrivs i

regionernas egen regi, inom specialistvårdvalen respektive upphandlad specialistvård.

I delrapport 1 görs en motsvarande beskrivning av förekommande ersättningsprinciper inom primärvården.

Projektet *ändamålsenliga ersättningsmodeller* fortsätter under 2022 och kommer att lämna ytterligare rapporter.

Metod för datainsamling

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

Vad är nära vård?

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

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

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

SKR:s målbild för nära vård

En god och nära vård:

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

Ett förändrat förhållningssätt

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

Fokus på person och relation

Från fokus på organisation till fokus på person och relation.

- Utgå från patientens/brukarens individuella förutsättningar, förmågor och behov och bidra till trygghet.
- Utgå från att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet.

Aktiv medskapare

Från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare.

- Skapa tillsammans med invånare, patienter och brukare.

Samordning utifrån personens fokus

Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.

- Utgå från det bästa för patienten/brukaren i hela vård- och omsorgsprocessen.
- Främja gemensamt ansvarstagande och tillit.
- Skapa förutsättningar för jämlik vård och omsorg.

Proaktiv och hälsofrämjande

Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

- Hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest hållbara arbetssättet.
- Skapa förutsättningar för självständighet och livskvalitet.
- Skapa förutsättningar för jämlik hälsa.

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



Framgångsfaktorer för den nära vården

I det utvecklingsarbete som pågår i många kommuner och regioner finns ett antal framgångsfaktorer:

- Samverkan mellan kommuner och regioner.
- Användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten i hälso- och sjukvården och omsorgen.

- Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom.
- Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt.
- Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen.
- Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar.

Ersättningsprinciper inom specialiserad vård

Denna delredovisning visar enkätresultatet gällande ersättningsformer i den specialiserade vården år 2021. Motsvarande undersökningar har genomförts 2012 respektive 2016 (med en delvis annan indelning).

Svar har sökts på frågan vilka ersättningsprinciper som tillämpas i regionerna per verksamhetsområde och drifts- och anslutningsform.

Verksamhetsområdena indelas enligt strukturen i VI 2000².

- 110 Somatisk mottagningsverksamhet
- 120 a Somatisk dagsjukvård - kirurgisk korttidsvård
- 120 b Somatisk dagsjukvård - medicinsk och övrig korttidsvård
- 160 Somatisk hemsjukvård
- 180 Somatisk slutenvård
- 210 Psykiatrisk mottagningsverksamhet
- 220 Psykiatrisk dagsjukvård
- 260 Psykiatrisk hemsjukvård
- 280 Psykiatrisk slutenvård

Drifts- och anslutningsformer har grupperats i tre förekomster.

- Egenregiverksamhet (exklusive egenregi som ingår i vårdval)
- Vårdvalsverksamhet som drivs både i regionens egen regi och av privata utförare anslutna genom Lag om valfrihetssystem (LOV).
- Upphandlad verksamhet enligt Lag om offentlig upphandling (LOU) som utförs i privat regi.

Denna indelning ger 27 olika områden där regionerna angett procentuella andelen av olika förekommande ersättningsprinciper. Inom varje område summerar andelarna för olika ersättningsprinciper till hundra procent.

2

insamlingen och presentationen av regionernas verksamhets- och ekonomistatistik (räkenskapssammandraget). Syftet är att möjliggöra jämförelser mellan regionernas olika verksamhetsdelar med avseende på ekonomi och verksamhet. Verksamhetsstatistiken samlas in av SKR och ekonomistatistiken av Statistiska Centralbyrån (SCB).

För att också ge en indikation på omfattningen av resurser som allokeras inom vart område och den valda ersättningsprincipens betydelse, har en kompletterande uppgift infogats i resultatredovisningen. Denna uppgift baseras SCB:s redovisning av offentlig ekonomi och mer specifikt på uppgiften om regionernas nettokostnader samt köp från privata utförare år 2020.

Tabell 1 Verksamhetsområdets relativa storlek i egen regi av totala kostnaden för den specialiserade vården per region år 2020.

Region	1 specialiserad somatisk vård, totalt	110 Somatisk mottagningsverksamhet	120 Somatisk dagsjukvård	160 Somatisk hemsjukvård	180 Somatisk sluten vård	2 specialiserad psykiatrisk vård, totalt	210 Psykiatrisk mottagningsverksamhet	220 Psykiatrisk dagsjukvård	260 Psykiatrisk hemsjukvård	280 Psykiatrisk sluten vård	Specialiserad vård, totalt, i egen eller offentlig regi
01 Stockholm	65%	19%	0%	2%	44%	12%	8%	0%	0%	4%	78%
03 Uppsala	82%	36%	1%	1%	43%	12%	6%	0%	0%	6%	94%
04 Sörmland	87%	32%	7%	2%	46%	12%	8%	0%	0%	4%	99%
05 Östergötland	82%	26%	9%	1%	46%	11%	6%	0%	0%	5%	94%
06 Jönköpings län	85%	28%	7%	1%	49%	13%	7%	0%	0%	6%	98%
07 Kronoberg	84%	33%	6%	1%	45%	13%	9%	0%	0%	4%	98%
08 Kalmar län	87%	33%	11%	1%	43%	12%	6%	0%	0%	5%	99%
09 Gotland	87%	24%	6%	0%	57%	13%	8%	0%	0%	6%	100%
10 Blekinge	87%	31%	8%	0%	47%	13%	6%	1%	0%	6%	100%
12 Skåne	82%	28%	4%	1%	49%	12%	7%	1%	0%	5%	93%
13 Halland	81%	26%	7%	0%	48%	12%	6%	0%	0%	6%	93%
14 Götalandsregionen	83%	30%	6%	0%	46%	14%	7%	0%	0%	6%	96%
17 Värmland	87%	33%	7%	1%	46%	12%	8%	0%	0%	4%	99%
18 Örebro län	85%	31%	10%	1%	43%	13%	8%	0%	0%	6%	98%
19 Västmanland	85%	25%	10%	1%	49%	13%	6%	0%	0%	7%	98%
20 Dalarna	87%	31%	5%	1%	49%	12%	7%	0%	0%	5%	99%
21 Gävleborg	88%	34%	5%	1%	48%	11%	5%	0%	0%	6%	99%
22 Västernorrland	88%	32%	7%	0%	49%	11%	6%	0%	0%	5%	99%
23 Jämtland Härjedalen	86%	38%	5%	1%	42%	13%	7%	0%	0%	6%	99%
24 Västerbotten	87%	30%	7%	1%	48%	13%	7%	1%	0%	5%	100%
25 Norrbotten	86%	34%	7%	0%	45%	12%	6%	0%	0%	7%	98%

Tillämpade ersättningsmodeller inom specialiserad vård

I redovisningen av vilka ersättningsmodeller som finns används följande begrepp:

- Anslag / fast ersättning / abonnemang
- Åtgärdsbaserad ersättning besök (eng. fee-for-service, FFS)
- Åtgärdsbaserad ersättning DRG-baserad
- Vårdepisodersättning (eng. bundle payment)
- Värdebaserad ersättning (eng. value-based-care, VBC)
- Målrelaterad ersättning (eng. pay-for-performance, P4P)

Anslag/fast ersättning/abonnemang

Med anslag menas att man får en summa pengar, en ram, som ska täcka kostnaden för verksamheten som bedrivs. Ingen direkt koppling finns till behov eller prestationer.

Åtgärdsbaserad ersättning besök

Ersättningen i de allra flesta vårdvalssystemen baseras på någon form av åtgärdsersättning. Patientens vårdval består i val av utförare, och ersättningen till utföraren baseras på de åtgärder som följer av patientens sökorsak. Ersättningen kan därför vara differentierad och grundad på registrering av diagnoser och vårdåtgärder. Ersättningsformen ger starka drivkrafter för en ökad produktion, ökat patientnyttan.

Åtgärdsbaserad ersättning DRG-baserad

Ersättning kan också ges utifrån vad som kallas produktgrupp. I sjukvården finns diagnosrelaterade grupper (DRG) som är ett system för sekundär patientklassificering. Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp.

Vårdepisodersättning

I försök att komma till rätta med de nackdelar som en helt rörlig ersättning kan ge upphov till, har ansträngningar gjorts att istället finna former för att ersätta hela vårdepisoder, det vill säga alla de vårdkontakter som behövs för att utreda eller behandla det problem som patienten sökt vård för. För hela vårdepisoden utgår ett enhetligt belopp, oavsett innehållet i episoden.

Störst användning har vårdepisodersättning fått för patienter med sorterade behov, där vårdförloppet är relativt standardiserat, där vården antingen är tillfällig och begränsad över tid som till exempel förlossning, höftproteskirurgi eller ögonstarroperation, eller för patienter med kroniska sjukdomar som diabetes, KOL eller reumatologi.

Ersättningen kan avse såväl utredning som åtgärd och efterkontroll samt vid behov åtgärd av tillstötande komplikationer eller rehabilitering. Vårdepisodersättning kan också passa för patienter med kroniska sjukdomar. Vissa vårdepisoder kan kräva samverkan mellan flera olika vårdgivare. Vårdepisodersättning passar sämre på patienter med osorterade behov.

Värdebaserad vård

Värdebaserade ersättningsmodeller bygger på tanken att det medicinska resultatet och hälsoutfallet ska påverka ersättningens storlek. I praktiken bygger värdebaserad vård på en vårdepisodersättning, vilken kompletteras med en målrelaterad ersättning. Till exempel kan bonus utgå när patienten kan rapportera ökad livskvalitet (hälsoutfall), endast grundersättning vid oförändrad livskvalitet, eller avdrag vid patientrapporterad försämrad livskvalitet.

Det finns en förhoppning att värdebaserad ersättning ska kunna användas som verktyg för att stimulera till innovation, effektivitetsutveckling samt ökad kvalitet och patientnytta. Det finns en stark internationell trend att öka tillämpningen av värdebaserad vård.

Ett införande av värdebaserad vård innebär ett behov att definiera medicinska resultat (hälsoutfall) för olika diagnoser. För att detta ska vara möjligt krävs att ett direkt samband kan definieras mellan vårdåtgärden och patientens livskvalitet.

I Sverige används värdebaserad vård sparsamt, men förekommer inom höft- och knäprotesoperationer samt ryggkirurgi.

Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning har som syfte att peka ut speciellt viktiga områden som önskas uppnås till en viss nivå. Det kan vara resultatmått för olika kvalitetsmål.

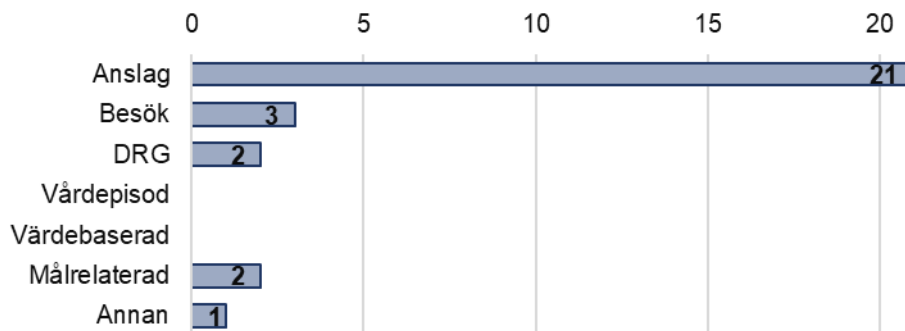
Ersättningsformer för specialiserad vård i egenregi

Totalt har fem olika ersättningsformer identifierats för vård i egenregi. Anslagsfinansiering är den överlägset mest använda ersättningsformen och används av alla regioner. Andra ersättningsformer används av endast tre regioner och i begränsad omfattning. Men i två regioner, Stockholm och Västra Götaland, utgör inom några verksamhetsområden uppåt hälften av totala ersättningen av antingen besöksersättning eller DRG-poäng.

Ersättningsformer för somatisk vård som bedrivs i egenregi

Alla regioner har anslagsfinansiering i egenregiverksamheten. Tre regioner, Stockholm, Östergötland och Västra Götaland har kompletterat anslagsfinansiering med andra ersättningsformer år 2021. År 2016 var det 5 landsting som även hade annan ersättning än anslag. För 2 landsting saknas det dock svar från år 2016.

Diagram 1 Ersättningsformer i specialiserad somatisk vård i egenregi år 2021.



Specialiserad somatisk mottagningsverksamhet i egen regi

Vid specialiserad somatisk mottagningsverksamhet i egen regi år 2021 noteras 3 regioner som inte har 100% anslag:

- Stockholm har endast 30% anslag, 44% besöksersättning, 25% DRG-ersättning, samt 1% målrelaterad ersättning.
- Västra Götaland 50% anslag och 50% besöksersättning.
- Östergötland 93% anslag, 1% besöksersättning, 2% mål resp. 4% annan ersättning bl.a. för läkemedel och vård som fått skjutas upp under pandemin.

Tabell 2 Ersättningsformer i specialiserad somatisk mottagningsverksamhet i egenregi (vo 110) år 2021

Region	Anslag	Besök	DRG	Episod	VBC	Mål	Annan
01 Stockholm	30%	44%	25%	-	-	1%	-
03 Uppsala	100%	-	-	-	-	-	-
04 Sörmland	100%	-	-	-	-	-	-
05 Östergötland	93%	1%	-	-	-	2%	4%
06 Jönköpings län	100%	-	-	-	-	-	-
07 Kronoberg	100%	-	-	-	-	-	-
08 Kalmar län	100%	-	-	-	-	-	-
09 Gotland	100%	-	-	-	-	-	-
10 Blekinge	100%	-	-	-	-	-	-
12 Skåne	100%	-	-	-	-	-	-
13 Halland	100%	-	-	-	-	-	-
14 Västra Götaland	50%	50%	-	-	-	-	-
17 Värmland	100%	-	-	-	-	-	-
18 Örebro län	100%	-	-	-	-	-	-
19 Västmanland	100%	-	-	-	-	-	-
20 Dalarna	100%	-	-	-	-	-	-
21 Gävleborg	100%	-	-	-	-	-	-
22 Västernorrland	100%	-	-	-	-	-	-
23 Jämtland Härjedalen	100%	-	-	-	-	-	-
24 Västerbotten	100%	-	-	-	-	-	-
25 Norrbotten	100%	-	-	-	-	-	-

Specialiserad somatisk dagsjukvård i egen regi

Specialiserad somatisk dagsjukvård omfattar två verksamhetsområden, kirurgisk korttidsvård (vo 120a) och medicinsk och övrig korttidsvård (vo 120b). Regionernas ersättningsformer för dessa båda verksamhetsområden var år 2021 identiska.

För specialiserad somatisk dagsjukvård i egen regi år 2021 noteras:

- Inom dagsjukvård och dagkirurgi är DRG-ersättning en relativt vanlig metodik för att räkna resursåtgång. Den är däremot inte så vanlig för att ersätta för utförd vård inom egen regi, men kan användas för att beräkna självkostnad för utförd vård t.ex. som underlag för utomlänsvård eller för utländska patienter.
- Stockholm avviker också inom dagsjukvård/-kirurgi med endast 30% anslag, 44% besök, 25% DRG, samt 1% målrelaterad ersättning.
- Västra Götaland 50% anslag och 50% DRG-ersättning.

Tabell 3 Ersättningsformer i specialiserad somatisk dagsjukvård – kirurgisk korttidsvård i egenregi (vo 120a) år 2021.

Region	Anslag	Besök	DRG	Episod	VBC	Mål	Annan
01 Stockholm	30%	44%	25%	-	-	1%	-
03 Uppsala	100%	-	-	-	-	-	-
04 Sörmland	100%	-	-	-	-	-	-
05 Östergötland	100%	-	-	-	-	-	-
06 Jönköpings län	100%	-	-	-	-	-	-
07 Kronoberg	100%	-	-	-	-	-	-
08 Kalmar län	100%	-	-	-	-	-	-
09 Gotland	100%	-	-	-	-	-	-
10 Blekinge	100%	-	-	-	-	-	-
12 Skåne	100%	-	-	-	-	-	-
13 Halland	100%	-	-	-	-	-	-
14 Västra Götaland	50%	-	50%	-	-	-	-
17 Värmland	100%	-	-	-	-	-	-
18 Örebro län	100%	-	-	-	-	-	-
19 Västmanland	100%	-	-	-	-	-	-
20 Dalarna	100%	-	-	-	-	-	-
21 Gävleborg	100%	-	-	-	-	-	-
22 Västernorrland	100%	-	-	-	-	-	-
23 Jämtland Härjedalen	100%	-	-	-	-	-	-
24 Västerbotten	100%	-	-	-	-	-	-
25 Norrbotten	100%	-	-	-	-	-	-

Specialiserad somatisk dagsjukvård - medicinsk och övrig korttidsvård i egen regi

För specialiserad somatisk dagsjukvård – medicinsk och övrig korttidsvård i egen regi år 2021 noteras 2 regioner som inte har 100% anslag:

- Stockholm har ersättning med anslag till 30%, besöksersättning till 44%, DRG-ersättning till 25% och målrelaterad ersättning till 1%
- Västra Götaland har anslag till 50% och DRG-ersättning till 50%.

Tabell 4 Ersättningsformer i specialiserad somatisk dagsjukvård & medicinsk och övrig korttidsvård i egenregi (vo 120b) år 2021.

Region	Anslag	Besök	DRG	Episod	VBC	Mål	Annan
01 Stockholm	30%	44%	25%	-	-	1%	-
03 Uppsala	100%	-	-	-	-	-	-
04 Sörmland	100%	-	-	-	-	-	-
05 Östergötland	100%	-	-	-	-	-	-
06 Jönköpings län	100%	-	-	-	-	-	-
07 Kronoberg	100%	-	-	-	-	-	-
08 Kalmar län	100%	-	-	-	-	-	-
09 Gotland	100%	-	-	-	-	-	-
10 Blekinge	100%	-	-	-	-	-	-
12 Skåne	100%	-	-	-	-	-	-
13 Halland	100%	-	-	-	-	-	-
14 Västra Götaland	50%	-	50%	-	-	-	-
17 Värmland	100%	-	-	-	-	-	-
18 Örebro län	100%	-	-	-	-	-	-
19 Västmanland	100%	-	-	-	-	-	-
20 Dalarna	100%	-	-	-	-	-	-
21 Gävleborg	100%	-	-	-	-	-	-
22 Västernorrland	100%	-	-	-	-	-	-
23 Jämtland Härjedalen	100%	-	-	-	-	-	-
24 Västerbotten	100%	-	-	-	-	-	-
25 Norrbotten	100%	-	-	-	-	-	-

Specialiserad somatisk hemsjukvård i egen regi

För verksamhetsområdet specialiserad somatisk hemsjukvård i egen regi finns ingen annan ersättningsform än 100% anslag.

Specialiserad somatisk slutenvård i egen regi

Förutom Stockholm och Västra Götaland har alla regioner 100% anslag för den specialiserade somatiska slutna vården i egen regi. Stockholm har 54% anslag och 40% DRG samt 6% målrelaterad ersättning medan Västra Götaland har 50% anslag och 50% DRG.

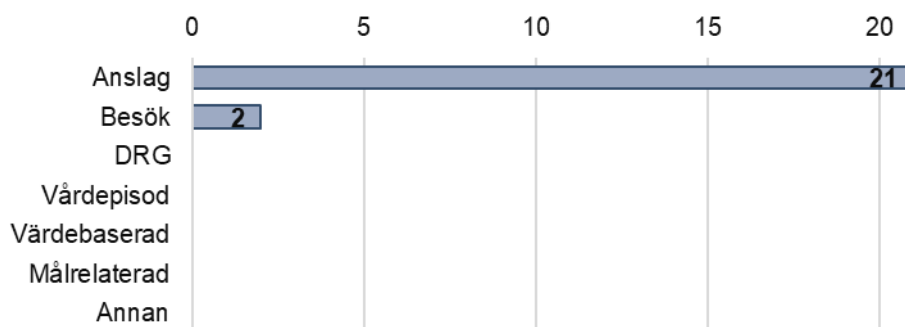
Tabell 5 Ersättningsformer i specialiserad somatisk slutenvård i egenregi (vo 180) år 2021.

Region	Anslag	Besök	DRG	Episod	VBC	Mål	Annan
01 Stockholm	54%	-	40%	-	-	6%	-
03 Uppsala	100%	-	-	-	-	-	-
04 Sörmland	100%	-	-	-	-	-	-
05 Östergötland	100%	-	-	-	-	-	-
06 Jönköpings län	100%	-	-	-	-	-	-
07 Kronoberg	100%	-	-	-	-	-	-
08 Kalmar län	100%	-	-	-	-	-	-
09 Gotland	100%	-	-	-	-	-	-
10 Blekinge	100%	-	-	-	-	-	-
12 Skåne	100%	-	-	-	-	-	-
13 Halland	100%	-	-	-	-	-	-
14 Västra Götaland	50%	-	50%	-	-	-	-
17 Värmland	100%	-	-	-	-	-	-
18 Örebro län	100%	-	-	-	-	-	-
19 Västmanland	100%	-	-	-	-	-	-
20 Dalarna	100%	-	-	-	-	-	-
21 Gävleborg	100%	-	-	-	-	-	-
22 Västernorrland	100%	-	-	-	-	-	-
23 Jämtland Härjedalen	100%	-	-	-	-	-	-
24 Västerbotten	100%	-	-	-	-	-	-
25 Norrbotten	100%	-	-	-	-	-	-

Ersättningsformer för psykiatrisk vård som bedrivs i egenregi

Överväldigande majoritet av regionerna har anslagsfinansiering i egenregiverksamheten. Det är endast 2 regioner (Stockholm och Västra Götaland) som har annan ersättning än anslag år 2021. 2016 hade 4 landsting annan ersättning än anslag.

Diagram 2 Ersättningsformer i specialiserad psykiatrisk vård i egenregi år 2021.



Psykiatrisk mottagningsverksamhet

När det gäller psykiatrisk mottagningsverksamhet har:

- Stockholm 70 % anslag och 30 % åtgärdsersättning för besök
- Västra Götaland har 50 % anslag och 50 % åtgärdsersättning för besök.

Psykiatrisk dagsjukvård

För psykiatrisk sluten vård har Västra Götaland 50 % anslag och 50 % åtgärdsersättning för besök.

Psykiatrisk sluten vård

För psykiatrisk sluten vård har Västra Götaland 80 % anslag och 20 % åtgärdsersättning för besök.

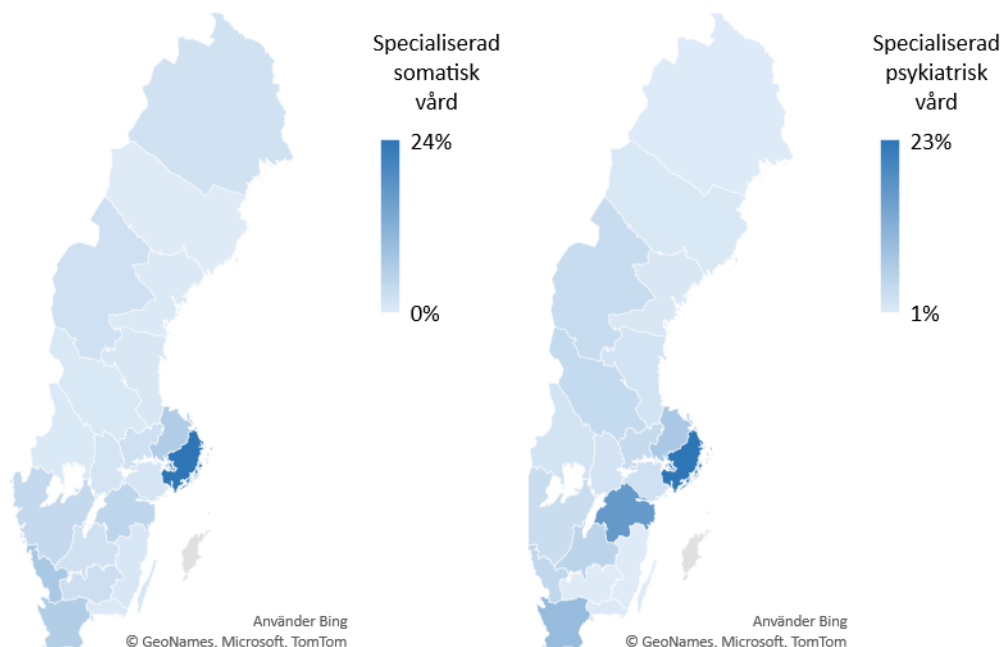
Köp av verksamhet från privata vårdgivare

Inom primärvården råder fri etablering av privata utförare med följd att det är detta verksamhetsområde där de största köpen från privata utförarna görs, både i absoluta tal och som andel av nettokostnad. År 2020 var andelen köpt privat vård 41,5 % i primärvården. När det gäller den specialiserade vården var siffrorna för köpt vård år 2020 följande:

- Specialiserad somatisk vård, köp för 12,2 miljarder kronor = 8 % andel
- Specialiserad psykiatrisk vård, köp för 2,5 miljarder kronor = 10 % andel

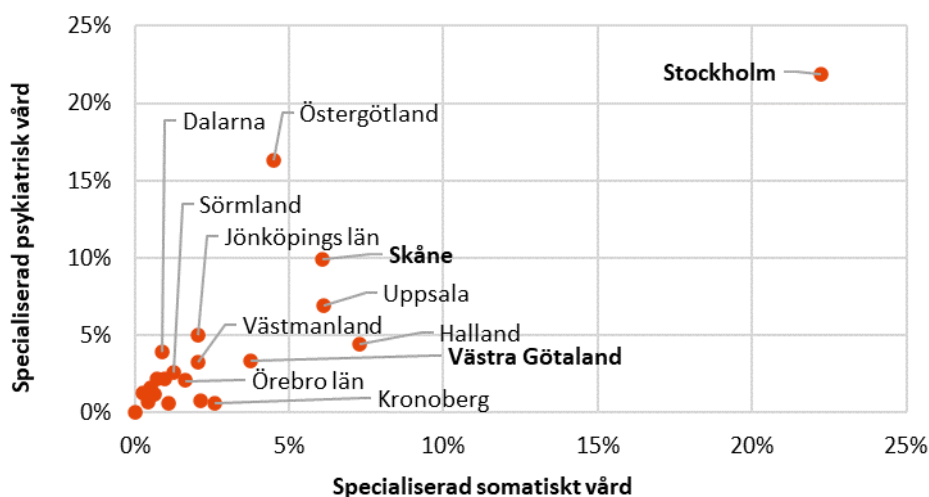
Andelen köpt specialiserad somatisk vård varierar mellan regionerna mellan 0 och 24 procent. Andelen köpt specialiserad psykiatrisk vård varierar mellan regioner från 1 till 23 procent.

Diagram 3 Andel köp av specialiserad somatisk respektive psykiatrisk vård från privata utförare år 2020.



Köp av verksamhet från privata utförare som andel av totala kostnader speglar en av regionen vald försörjningsstrategi. Olika aspekter och faktorer ligger bakom ett sådant val såsom befintligt utbud och tillgänglig kapacitet givet aktuella behov av sjukvård. Olika förutsättningar och uppfattningar har inneburit att marknaden av privata utförare inom den offentliga finansieringen utvecklats olika i regionerna.

Diagram 4 Köp av verksamhet från privata utförare som andel av verksamhetsområdets nettokostnader exklusive läkemedelskostnader inom läkemedelsförmånen 2020, procent



- Fler arbetsgivare att välja mellan förväntas öka intresset för att arbeta inom sektorn och bidrar till huvudmannens behov av personal-försörjning

Förutsättningar för en marknad att utvecklas

Uppfattningen att konkurrens bidrar till att uppfylla angivna motiv skiljer sig i viss utsträckning beroende på partipolitisk tillhörighet. Tillgänglig statistik indikerar ett samband mellan styrande majoritet och införande av vårdval. Men införande och utveckling av valfrihetssystem påverkas också av yttre betingelser som påverkar leverantörernas intresse för etablering. Om intresset för marknadsetablering är lågt, uteblir också de förväntade effekterna av beslutet att införa valfrihetssystem.

Det finns ett antal mer eller mindre objektiva kriterier som bidrar till att en mångfald av utförare kan förväntas uppstå och en marknad bildas. Etableringar sker företrädesvis i befolkningstäta områden, där kundunderlaget är stort. En marknadsetablering underlättas också i områden med befolkningstillväxt. En förutsättning för en mångfald av utförare är att det finns vårdgivare i tillräcklig omfattning med den kompetens som efterfrågas för uppdraget. Vidare behöver det medicinska verksamhetsområdet vara tillräckligt stort, utifrån regionens geografiska förutsättningar och folkmängd, för att vara lämplig att dela upp på flera utförare. Ett litet verksamhetsområde vinner sannolikt inte på att delas upp på flera utförare. Regionen behöver säkerställa en lägstanivå på kompetens och kapacitet för att kunna upprätthålla akutverksamhet, bemanna jourlinjer samt att handleda personal under utbildning.

Ersättningsmodellens utformning och andra ekonomiska villkor kan antingen hindra eller möjliggöra etablering i ett visst geografiskt område. Ersättningsmodellen behöver möjliggöra och säkerställa en jämlik utbudsetablering i syfte att förhindra att etablering inte enbart sker i områden där risken för ohälsa i genomsnitt är lägre. Regionens agerande som systemledare för valfrihetssystemet samt ekonomiska villkor är ytterligare faktorer som påverkar marknadens intresse för etablering.

Principer och styrmodeller för kvalitetsutveckling

I områden som i högre utsträckning saknar yttre förutsättningar för en reell valfrihet och en lyckad framväxt av marknader sätts målbilden av en kvalitetsdrivande konkurrens helt eller delvis ur spel. Information och digitala verktyg för jämförelser av utförare som kunde ha utvecklats, har över tid snarare minskat i omfattning än ökat. Den kvalitetsutveckling som skulle åstadkommas genom att

invånare och patienter skulle välja de bästa utförarna, respektive välja bort de sämre, riskerar utebli. Andra styrmekanismer behöver då användas för att uppnå denna utveckling. Dialogbaserad uppföljning och ett stödjande förhållningssätt kännetecknat av samverkan, kollegialitet och lärande kan då vara en modell som kan ersätta eller komplettera befintliga incitament för kvalitetsutveckling.

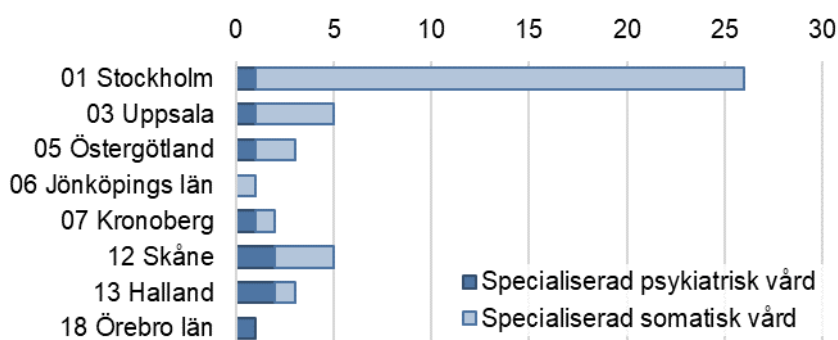
Antal vårdval i specialistvården

Flera regioner inför valfrihetssystem för att uppnå ökad kapacitet och valfrihet också inom andra delar av hälso- och sjukvården, utöver det lagreglerade området. Åtta regioner hade år 2021 tillsammans 46 stycken vårdval i drift inom specialiserad vård.

Under 2021 avvecklades vårdval inom vuxenpsykiatri och hudsjukvård i Region Östergötland respektive Region Kronoberg. Vårdval inom ögonsjukvård infördes samma år i Region Östergötland och i Region Dalarna beslutades att under 2022 införa vårdval inom barn- och ungdomspsykiatri.

Region Stockholm är den region med störst mängd valfrihetssystem. Regionen hade 26 vårdval inom olika verksamhetsområden i den specialiserade vården, omfattande både öppenvården och delar av slutenvården. Region Uppsala och Region Skåne har vardera fem vårdval inom specialiserad vård. I övriga regioner finns sammanlagt tio vårdval inom specialistvården.

Diagram 6 Antalet vårdval i regionernas specialiserade vård, år 2021.



Ersättningsformer inom vårdval för somatisk vård

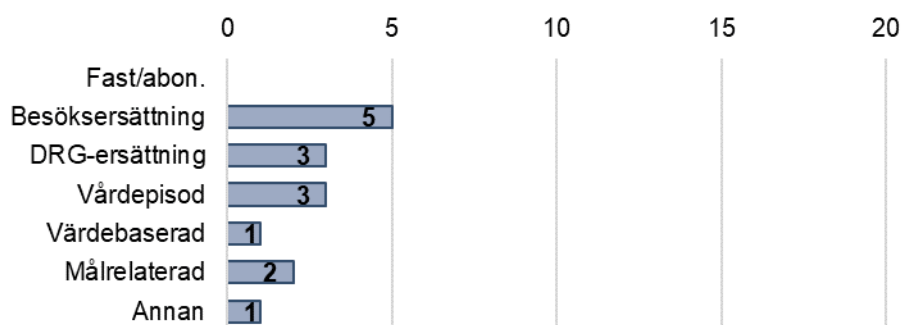
Sju regioner hade år 2021 vårdval inom specialiserad somatisk vård.

Totalt sex (av sju möjliga) olika ersättningsformer används i de regioner som infört vårdval inom den specialiserade somatiska vården.

Den vanligaste ersättningsformen någon form av åtgärdsbaserad ersättning. Fast ersättning som kapitering eller abonnemang förekommer inte inom vårdval för specialiserad somatisk vård. Besöksersättning är den vanligaste formen som används av fem regioner.

Vårdepisoder används av tre regioner, men ett antal av episoderna i prislistan omfattar endast en vårdkontakt och skulle kunna uppfattas som besöksersättning. Värdebaserad ersättning används endast av Region Stockholm och räknar ersättningsformen inom vårdval ryggkirurgi och vårdval höft- och knäprotesoperationer till denna kategori. Annan ersättningsgrund används i Region Östergötlands vårdval, där motsvarande 11 % av ersättningen utgörs av kostnadsersättningar för läkemedel inom vårdval ögon, samt ersättning för PAD inom vårdval hud.

Diagram 7 Ersättningsformer inom regionernas vårdval för specialiserad somatisk vård, 2021



De 6 regionerna som har specialistvård för somatisk vård enligt LOV är:

- Stockholm, 100 % åtgärdsbaserad ersättning grundat på besök för somatisk mottagnings och dagsjukvård. Slutenvårdsverksamheten har dock en fördelning av ersättningen grundat på 5 % åtgärdsersättning för besök, 42 % åtgärdsersättning enligt DRG, 51 % värdebaserad och 2 % målrelaterad.
- Uppsala, 100 % åtgärdsbaserad ersättning besök för somatisk mottagningsverksamheten. För somatisk dagsjukvård grundas 80 % på åtgärdsersättning besök och 20 % på åtgärdsersättning enligt DRG.
- Östergötland, för somatisk mottagningsverksamhet baseras 89 % på åtgärdsersättning besök och 11 % kostnadsersättningar för läkemedel inom ögon, samt ersättning för PAD inom hud.
- Jönköping, för somatisk mottagningsverksamhet för vårdval ögon grundas ersättningen främst på åtgärdsbaserad ersättning besök och 3 % är målrelaterad ersättning.

- Skåne har för somatisk mottagningsverksamhet 75 % baserat på åtgärdsersättning besök och 25 % på åtgärder enligt DRG. Vid somatisk dagsjukvård är 99 % baserat på vårdepisodersättning och 1 % på åtgärdsersättning besök.
- Halland, baserar 100 % på vårdepisodersättning för somatisk mottagningsverksamhet i vårdval hud. 75 % är vårdepisoder som omfattar endast ett besök.

Tabell 6 Ersättningsformer inom vårdval specialiserad somatisk mottagningsverksamhet (vo 110) år 2021 inklusive egenregi.

	Stock- holm	Uppsala	Öster- götland	Jön- köping	Skåne	Halland
Besöksersättning	100%	100%	89%	86%	75%	-
DRG-ersättning	-	-	-	-	25%	-
Vårdepisodersättning	-	-	-	-	-	100%
Målrelaterad ersättning	-	-	-	3%	-	-
Annan:	-	-	11%	11%	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	2 292	201	117	104	971	278
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	22%	8%	5%	6%	12%	16%

Tabell 7 Ersättningsformer inom vårdval specialiserad somatisk dagsjukvård, kirurgisk korttidsvård (vo 120a) år 2021 inklusive egenregi.

	Stock- holm	Uppsala	Öster- götland	Jön- köping	Skåne	Halland
Besöksersättning	100%	80%	-	-	1%	-
DRG-ersättning	-	20%	-	-	-	-
Vårdepisodersättning	-	-	-	-	99%	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	3	67	33	0	74	13
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	19%	43%	4%	0%	7%	3%

Tabell 8 Ersättningsformer inom vårdval specialiserad somatisk dagsjukvård, medicinsk och övrig korttidsvård (vo 120b) år 2021 inklusive egenregi.

	Stock- holm	Uppsala	Öster- götland	Jön- köping	Skåne	Halland
Besöksersättning	100%	-	-	-	-	-

Tabell 9 Ersättningsformer inom vårdval specialiserad somatisk slutenvård (vo 180) år 2021 inklusive egenregi.

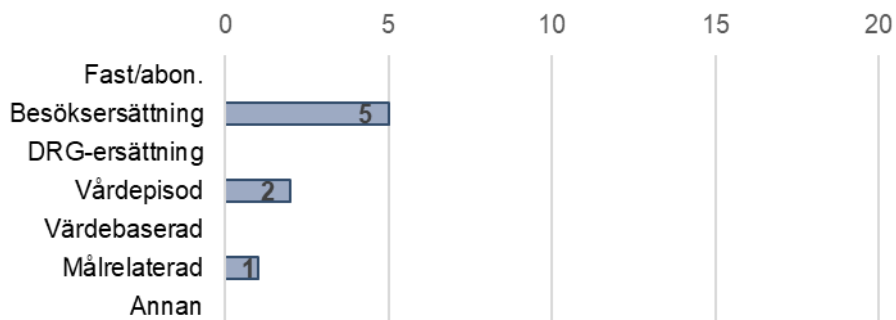
	Stock- holm	Uppsala	Öster- götland	Jön- köping	Skåne	Halland
Besöksersättning	5%	-	-	-	-	-
DRG-ersättning	42%	-	-	-	-	-
Värdebaserad ersättning	51%	-	-	-	-	-
Målrelaterad ersättning	2%	-	-	-	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	5215	74	170	6	289	57
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	22%	3%	4%	0%	2%	2%

Ersättningsformer inom vårdval för psykiatrisk vård

Sju regioner hade år 2021 vårdval inom specialiserad psykiatrisk vård. Antalet år därmed lika många nu som år 2016.

I regioner har vårdval inom specialiserad psykiatrisk vård används tre olika ersättningsformer. Den vanligast förekommande är åtgärdsbaserad ersättning grundat på besök som används i fem regioner. Vårdepisodersättning förekommer i två regioner, men som noterats ovan omfattar en andel av vårdepisoderna bara ett enda besök. Målrelaterad ersättning är inte vanligt förekommande, förekommer i enbart en region.

Diagram 8 Ersättningsformer inom regionernas vårdval för specialiserad psykiatrisk vård, 2021



De sju regioner som har vårdval inom psykiatrisk mottagningsverksamhet är:

- Stockholm, 100 % åtgärdsbaserat på antal besök och en fast ersättning för avslutad bedömning och/eller avslutad rehabilitering.
- Uppsala, 100 % åtgärdsbaserad på antal besök
- Östergötland, 87 % åtgärdsbaserat på antal besök, 13 % mårelaterat. Vårdvalet är på väg att avslutas under 2021.
- Kronoberg, 100 % vårdepisodersättning
- Skåne, 100 % åtgärdsbaserat på antal besök.
- Halland, 100 % baserat på vårdepisodersättning. Vårdval Psykiatri, allt är vårdepisoder men 80 % är vårdepisoder med enbart 1 besök
- Örebro, 100 % åtgärdsbaserat på antal besök. Avser Psykoterapi.

Tabell 10 Ersättningsformer inom vårdval specialiserad psykiatrisk mottagningsverksamhet (vo 110) år 2021.

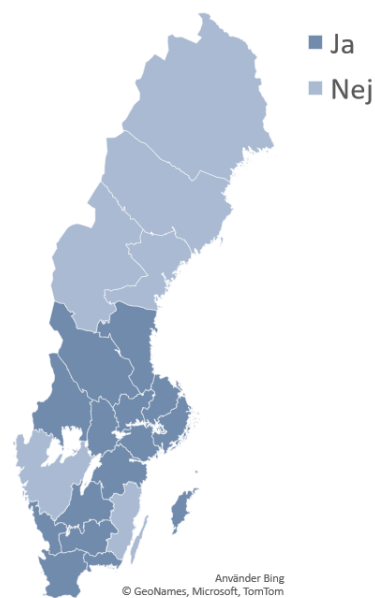
	Stock- holm	Uppsala	Öster- götland	Krono- berg	Skåne	Halland	Örebro
Besöksersättning	100%	100%	87%		100%	-	100%
Vårdepisodersättning	-		-	100%	-	100%	-
Mårelaterad ersättning			13%		-	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	1200	56	105	2	319	28	15
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	25%	12%	17%	1%	16%	8%	4%

Ersättningsformer inom upphandlad vård

Lagen om offentlig upphandling (LOU) är det övergripande regelverket för offentlig upphandling i Sverige och gäller för upphandlande myndigheter om inköpet inte omfattas av någon av de andra upphandlingslagarna. Reglerna för offentlig upphandling bygger på EU-direktiv.

15 regioner rapporterade i undersökningen att man hade upphandlad verksamhet (LOU) inom specialiserad vård år 2021.

Diagram 9 Regioner med upphandlad vård (LOU) inom specialiserad vård 2021.

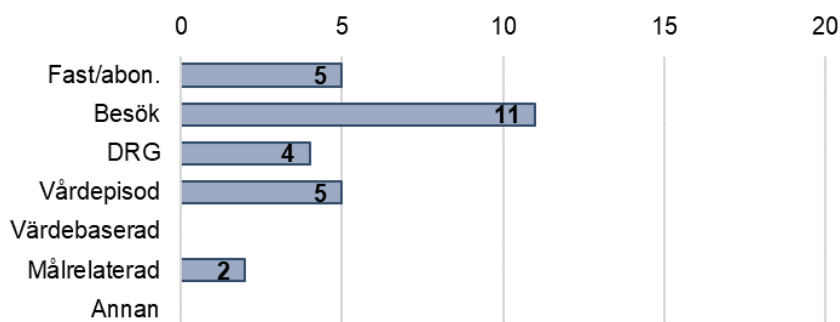


Ersättningsformer inom upphandlad somatisk vård

Det är 14 regioner som har upphandlat specialiserad somatisk vård med stöd av lagen om offentlig upphandling (LOU). År 2016 var det 10 landsting.

I dessa 14 regioner används fem olika ersättningsformer. Den vanligaste ersättningsformen är besöksersättning som används av 11 regioner. Fem regioner använder vårdepisodersättning och lika många använder fast eller abonnemang som ersättningsform. Fyra regioner använder DRG och i två regioner används målrelaterad ersättning.

Diagram 10 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad somatisk vård, 2021



De 14 regionerna som upphandlad specialistvård för somatisk vård med stöd av lagen om offentlig upphandling (LOU) är:

- Stockholm använder för somatisk mottagningsverksamhet, dagsjukvård och slutenvård DRG-baserad åtgärdsersättning till 72 %, vårdeepisodersättning till 26 %, målrelaterad ersättning till 1 % och anslag till 1 %.
- Uppsala använder för somatisk mottagningsverksamhet 100 % åtgärdsbaserad ersättning besök. För somatisk dagsjukvård och slutenvård används 100% vårdeepisodersättning.
- Sörmland använder 100 % åtgärdsbaserad ersättning besök för somatisk mottagningsverksamhet och dagsjukvård.
- Östergötland har för somatisk mottagningsverksamhet ersättning anslag till 44 %, åtgärdsbaserad enligt DRG till 55% och 1 % målrelaterad ersättning.
- Jönköping har för somatisk mottagningsverksamhet och dagsjukvård ersättning baserad till 100% på åtgärd besök och den somatiska slutenvården ersätts till 100 % med vårdeepisodersättning.
- Kalmar har för somatisk mottagningsverksamhet ersättning till 100 % grundat på besök och likaså för den somatiska dagsjukvården.
- Gotland har för somatisk mottagningsverksamhet ersättning till 100 % grundat på anslag och för den somatiska dagsjukvården grundas ersättningen till 100 % på vårdeepisodersättning.
- Blekinge har för somatisk mottagningsverksamhet ersättning till 100 % grundat på anslag.
- Skåne har för somatisk mottagningsverksamhet ersättning till 87% grundat på anslag och 13 % grundat på åtgärdsersättning enligt DRG.
- Halland använder för somatisk mottagningsverksamhet, dagsjukvård och slutenvård, åtgärdsbaserad ersättning för besök till 100 %

och för somatisk slutenvård används 100 % åtgärdsbaserad ersättning enligt DRG.

- Örebro använder åtgärdsbaserad ersättning besök till 100% för somatisk mottagningsverksamhet och dagsjukvård.
- Västmanland använder för somatisk dagsjukvård, anslag till 4% och åtgärdsbaserad ersättning besök till 96 %.
- Dalarna använder för somatisk mottagningsverksamhet 100% åtgärdsbaserad ersättning besök.
- Gävleborg använder för somatiskt mottagningsbesök och dagsjukvård 100% åtgärdsbaserad ersättning.

Tabell 11 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad somatisk mottagningsverksamhet (vo 110) år 2021.

	Stock- holm	Uppsala	Sörm- land	Öster- götland	Jön- köping	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävle- borg
Fast ers. / abonnemang	1%	-	-	44%	-	-	100%	-	-	-	-	4%	-	-
Besöksersättning	-	100%	100%	-	100%	100%	-	100%	87%	100%	100%	96%	100%	100%
DRG-ersättning	72%	-	-	55%	-	-	-	-	13%	-	-	-	-	-
Vårdepisodersättning	26%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Målrelaterad ersättning	1%	-	-	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	2292	201	23	117	104	32	0	7	971	278	73	59	23	37
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	22%	8%	1%	5%	6%	2%	0%	1%	12%	16%	4%	5%	2%	2%

Tabell 12 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad somatisk dagsjukvård, kirurgisk korttidsvård (vo 120a) år 2021.

	Stock- holm	Uppsala	Sörm- land	Öster- götland	Jön- köping	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävle- borg
Fast ers. / abonnemang	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Besöksersättning	-	-	100%	-	100%	100%	-	-	-	100%	100%	-	-	100%
DRG-ersättning	72%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vårdepisodersättning	26%	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Målrelaterad ersättning	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	3	67	5	33	0	5	0	3	74	13	0	4	3	0
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	19%	43%	1%	4%	0%	1%	0%	1%	7%	3%	0%	1%	1%	0%

Tabell 13 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad somatisk dagsjukvård, medicinsk och övrig korttidsvård (vo 120b) år 2021.

	Stock- holm	Uppsala	Sörm- land	Öster- götland	Jön- köping	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävle- borg
Fast ers. / abonnemang	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Besöksersättning	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	-	-	-	100%
DRG-ersättning	72%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vårdepisodersättning	26%	-	-	-	-	-	100%	-	-	-	-	-	-	-
Målrelaterad ersättning	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabell 14 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad somatisk slutenvård (vo 180) år 2021.

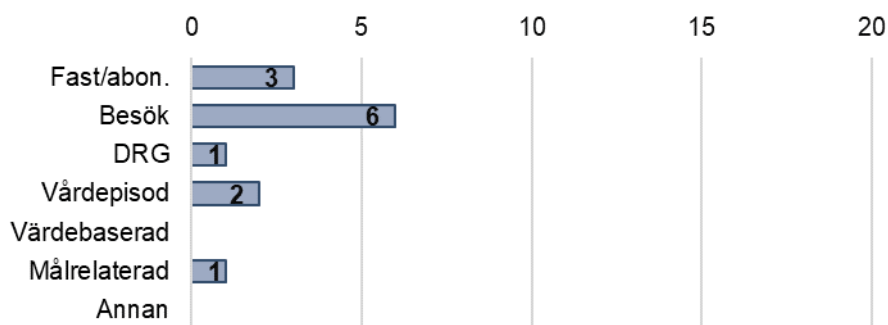
	Stock- holm	Upp- sala	Sörm- land	Öster- götland	Jön- köping	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävle- borg
Fast ers. / abonnemang	1%	-	-	-	-	-	-	-	39%	-	-	-	-	-
Besöksersättning	-	-	-	-	-	-	-	-	17%	-	-	-	-	-
DRG-ersättning	72%	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	-	-	-	-
Vårdepisodersättning	26%	100%	-	-	100%	-	-	-	44%	-	-	-	-	-
Målrelaterad ersättning	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	5215	74	30	170	6	6	0	2	289	57	3	21	10	9
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	22%	3%	1%	4%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	1%	0%	0%

Ersättningsformer inom upphandlad psykiatrisk vård

Åtta regioner hade år 2021 specialiserad psykiatrisk vård upphandlad enligt LOU. År 2016 var det sju stycken landsting.

Fem ersättningsformer används inom upphandlad specialiserad psykiatrisk vård. Vanligast förekommande är åtgärdsbaserad ersättning kopplat till besök som används i sex regioner. Tre regioner använder av fast ersättning eller abonnemang, två regioner använder vårdepisodersättning. Åtgärdsersättning baserad på DRG och målrelaterad ersättning används av vardera en region.

Diagram 11 Ersättningsformer inom upphandlad (LOU) specialiserad psykiatrisk vård, 2021



De 8 regioner som har specialistvård för psykiatrisk vård enligt LOU är:

- Stockholm har för psykiatrisk mottagningsverksamhet och slutenvård 50 % baserat på anslag och 50 % baserat på åtgärdsersättning besök.
- Uppsala har för psykiatrisk mottagningsverksamhet ersättning baserat till 100 % på åtgärdsersättning besök.
- Östergötland har för psykiatrisk mottagningsverksamhet ersättning baserat till 19 % baserat på anslag och 72 % på besök samt 9 % baserat på målrelaterad ersättning.
- Jönköping har LOU på Psykoterapi som ersätts till 100 % enligt åtgärdsersättning besök och för NP utredningar vuxna och barn ersättning till 100 % med vårdepisodersättning.
- Skåne ersätter psykiatrisk mottagningsverksamhet och dagsjukvård till 100 % med hjälp av åtgärdsersättning besök.
- Värmland har 100 % vårdepisodersättning för psykoterapeuter och behandlingshem
- Örebro ersätter psykiatrisk mottagningsverksamhet till 100 % med åtgärdsersättning besök.
- Gävleborg ersätter psykiatrisk mottagningsverksamhet, dagsjukvård och slutenvård till 100 % med hjälp av åtgärdsersättning besök.

Tabell 15 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad psykiatrisk mottagningsverksamhet (vo 210) år 2021.

	Stock-holm	Uppsala	Öster-götland	Jön-köping	Skåne	Värm-land	Örebro	Gävle-borg
Fast ers. / abonnemang	50%	100%	19%	-	-	-	-	-
Besöksersättning	50%	-	72%	80%	100%	-	100%	100%
DRG-ersättning	-	-	-	-	-	-	-	-
Vårdepisodersättning	-	-	-	20%	-	100%	-	-
Målrelaterad ersättning	-	-	9%	-	-	-	-	-
Annan	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	1159	56	105	20	319	9	15	2
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	25%	12%	17%	5%	16%	2%	4%	1%

Tabell 16 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad psykiatrisk dagsjukvård (vo 120b) år 2021.

	Stock-holm	Uppsala	Öster-götland	Jön-köping	Skåne	Värm-land	Örebro	Gävle-borg
Besöksersättning	-	-	-	-	100%	-	-	100%

Tabell 17 Ersättningsformer inom upphandlad specialiserad psykiatrisk slutenvård (vo 280) år 2021.

	Stock-holm	Uppsala	Öster-götland	Jön-köping	Skåne	Värm-land	Örebro	Gävle-borg
Fast ers. / abonnemang	50%	-	-	-	-	-	-	-
Besöksersättning	50%	-	-	-	-	-	-	100%
DRG-ersättning	-	-	-	100%	-	-	-	-
Vårdepisodersättning	-	-	-	-	-	100%	-	-
<i>Köp av verksamhet från privata utförare (mnkr)</i>	292	2	81	22	8			11
<i>Andel köp av verksamhet från privata utförare (%)</i>	15%	1%	15%	5%	1%			4%

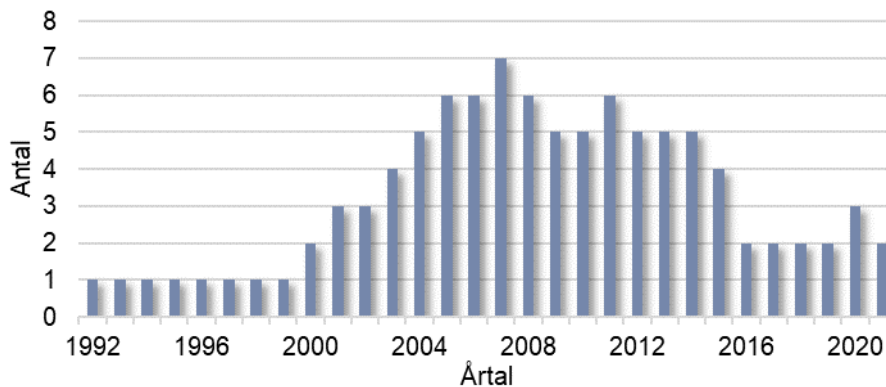
Ersättningstrender inom specialiserad vård

Trender inom egenregi-verksamhet

Under ett antal år infördes och tillämpades marknadsliknande ersättningsprinciper inom egenregiverksamhet. Nya principer infördes för att skapa incitament för högre produktivitet. Att få ersättning för det som faktiskt utförs ansågs skapa motiv för att utföra mer vård, angeläget inte minst utifrån tillgänglighetsaspekten.

I linje med denna strategi infördes DRG-ersättning inom regionens egen regi i flera regioner under 00-talet. Under senare hälften av 10-talet har emellertid intresset för DRG-ersättning som styrprincip minskat och år 2021 var antalet regioner som fortfarande använder DRG i egenregi nere i två.

Diagram 12 Förekomst av DRG-ersättning inom regionernas egenregiverksamhet, år 1992-2021



Källa: Anna Häger-Glenngård, Lunds universitet, bearbetad av SKR

I åtminstone tio regioner har DRG under något tillfälle mellan 1992 – 2021 tillämpats som ersättningsform för verksamhet inom egenregi.

Tabell 18 Antal år med DRG som ersättningsform inom specialiserad vård i egen regi, år 1992-2021.

Region	Antal år	Region	Antal år
01 Stockholm	26	12 Skåne	8
14 Västra Götaland	21	21 Gävleborg	7
13 Halland	18	22 Västernorrland	3
03 Uppsala	10	06 Jönköpings län	2
05 Östergötland	8	18 Örebro län	2

I takt med att åtgärdsbaserad ersättning baserad på vårdkontakter eller DRG minskar, har en allt större andel av egenregiverksamheten erhållit medelstilldelning i form av anslag. En övergång till anslagsfinansiering kan vara motiverad i ett steg mot en mer tillitsbaserad styrning samt en insikt att styrningen består av flera olika delar och att effekterna av ekonomistyrning inom egenregiverksamhet är relativt svaga.

Trender inom vårdval och upphandlad vård

Efterfrågan på alternativ till anslagsfinansiering eller kostnadsdrivande åtgärdsbaserade ersättning aktualiserades i samband med valfrihetsreformer och konkurrensutsättning på 90- och 00-talet. Ett ökat intresse för finansiell styrning fanns inom hela hälso- och sjukvård men konkretiserades i högre utsträckning i samband med anskaffning av sjukvård från privata vårdgivare. Med goda erfarenheter av kostnadskontroll från primärvårdens kapitationsmodeller, infördes vårdepisodersättning för behandling av olika sjukdomstillstånd inom den specialiserade vården. Till skillnad från produktionsdrivande besöksersättningar skulle ersättningen vara fast för en specifik åtgärd oavsett hur många besök som utfördes. I vissa fall påfördes vårdgivaren också ansvar för akuta och postoperativa komplikationer.

När det gäller värdebaserad vård, som i huvudsak bygger på samma principer, kompletterades ersättningsmodellen också med en viss andel som utbetalas baserat på patientrapporterat hälsoutfall (PROM)³ en viss tid efter genomförd behandling.

³ PROM står för ”Patient Reported Outcome Measures” och är ett mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa en viss tid efter ingrepp eller behandling.

Båda styrprinciperna bygger på avgränsade och väl definierade tillstånd eller åtgärder, för vilken det finns en standardiserad vårdprocess. För värdebaserad vård förutsätts också tillgång till patientrapporterade mått på hälsoutfall. Dessa styrprinciper passar väl in på en del sjukdomstillstånd där patienten i övrigt är frisk, men sämre på patienter med kroniska eller komplexa tillstånd och på patienter med varierande grad av samsjuklighet.

Både vårdepisodersättning och värdebaserad ersättning förekommer inom den specialiserade vårdens vårdval (LOV). Erfarenheter har visat på behovet av ett bra systemstöd för att identifiera avgränsade vårdepisoder. Utan bra systemstöd uppstår en ökad administrativ börda och problemen kan kopplas både till befintliga beskrivningssystem och till vårdadministrativa system som båda utgår från enskilda vårdkontakter, snarare än patientens vårdkedja. Ytterligare svårigheter härrör till att många vårdärenden inte passar in i fördefinierade vårdprocesser, när mottagningar ”drabbas” av patienter med osorterade behov.

Både värdebaserad vård och målrelaterad ersättning har nära koppling till införande av marknadslogik och konkurrensutsättning av vården och en styrlogik samlad under begreppet *new public management*, vilken kommit att kritiseras och starkt ifrågasätts. Detta kan vara orsaken till att värdebaserad vård inte fått något större genomslag i svensk vård och används i enbart en region. Även mål- eller resultatbaserad ersättning har jämfört med tidigare undersökningar fått en minskad betydelse och används endast i 1-2 regioner, beroende på verksamhetsområde och driftsform.

Ersättningsmodeller i specialiserad vård

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

I denna rapport redovisas uppgifter ersättningsprinciper inom den specialiserade vården, såväl i regionens egen regi som specialistvård som utförs av privata utförare anslutna till ett vårdvalssystem eller upphandlade. Uppgifterna har sammanställts av SKR tillsammans med regionerna och avser förhållanden i regionerna år 2021.

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

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-8047-034-6
Text: Lars Gohde
Illustration/foto: Lars Gohde
Produktion: Nära vård
Tryck: SKR