

# Utveckling av ersättnings- system inom hälso- och sjukvården

SLUTRAPPORT

## Förord

Regeringen gav i beslut den 19 december 2007 Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i uppdrag att i samverkan med Socialdepartementet bedriva ett arbete med att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättningssystem så att dessa kan bidra till att förbättra vårdens innehåll och resultat.

Socialstyrelsens del i arbetet har varit att, som grund för utvecklingen av ersättningssystem dels utveckla befintliga beskrivningssystem, dels särskilt arbeta med förutsättningarna för en förbättrad infrastruktur för vårdbeskrivning inom primärvård och psykiatri. Uppdraget har även inbegripit att utveckla en nationell modell för att beskriva effektivitet med hjärtsjukvården som exempel.

SKL har haft uppdraget att bedriva olika projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Utvecklade ersättningssystem är ett av flera verktyg för att förbättra vårdens effektivitet.

Arbetet har hållits samman av en samordningsgrupp med representanter från SKL, Socialstyrelsen och Socialdepartementet. Till samordningsgruppen har även knutits representanter från andra aktörer som bedriver aktiviteter inom området som Nätverket Uppdrag Hälsa, Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus och Vårdföretagarna. Projektet har samordnats via SKL och Staffan Lindvall har varit sammanhållande projektledare.

Flera viktiga delar har utvecklats i projektet:

- Beskrivningssystemen med bättre beskrivningar av patientsammansättning, vårdinnehåll och kostnadsdata.
- Kunskapsutveckling och samordning av landstingens arbete med att genomföra vårdval.
- Pilotprojekt och modeller för ersättningssystem för vårdprocesser och sjukdomsgrupper.
- Målrelaterade ersättningsmodeller för utveckling av kvalitet, hälsofrämjande aktiviteter och effektivitet.
- Kontakterna mellan forskning och praktik för att stärka det praktiska arbetet med en bättre kunskapsbas.

Projektet pekar också på behovet av fortsatta insatser. En kraftfull satsning på kontakterna mellan forskning och praktik, fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdens beskrivningssystem och ytterligare praktiska genomförandeprojekt är viktiga områden.

Stockholm i juni 2010

Staffan Lindvall  
*Avdelningen för ekonomi och styrning*

## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
Projektets aktiviteter har drivits inom de av regeringen beslutade områdena .....	5
1. Infrastruktur för beskrivning av vårdens verksamhet och kostnader som underlag för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem.....	5
2. Vårdval och mångfald .....	5
3. Helhetsorienterade ersättningssystem – vårdepisoder och sjukdomsgrupper .....	6
4. Relationer mellan kostnader och mätbar kvalitet.....	6
5. Samordning och plattform för kunskapsuppbyggnad .....	6
Sammanfattning av behov och förslag avseende framtida åtgärder.....	7
<b>Uppdrag och organisation</b> .....	<b>8</b>
<b>Projektområden och anslag</b> .....	<b>10</b>
<b>Projektets olika delar</b> .....	<b>11</b>
Aktiviteter/projekt inom Socialstyrelsens område.....	11
Delprojekt.....	12
Förbättrad beskrivning av specialiserad öppenvård.....	12
Förbättrad beskrivning av patientsammansättning och medicinsk svårighetsgrad .....	13
Andra yrkeskategorier utöver läkare i patientregistret .....	14
Elektronisk uppgiftsöverföring till hälsodataregister .....	15
Förbättrad diagnosrapportering inom psykiatri .....	15
Sekundärgruppering inom psykiatri .....	16
Beskrivningssystem inom primärvården .....	17
Ett patientregister för primärvård .....	17
Nationella klassifikationer inom primärvård .....	19
Aktiviteter/projekt inom SKL:s område .....	19
Delprojekt.....	21
Infrastruktur för beskrivning av vårdens verksamhet och kostnader som underlag för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Utveckling av KPP (Kostnad Per Patient).....	21
Vårdval och mångfald - Nationella jämförelser av erfarenheter och utvärderingar av system med vårdval och mångfald inom primärvården.....	22
Helhetsorienterade ersättningssystem – vårdepisoder, sjukdomsgrupper och stimulera flöden/vårdprocesser.....	24
Relationer mellan kostnader och mätbar kvalitet. Ersättning som baseras på kvalitet, resultat, effektivitet.....	25
Samordning och plattform för kunskapsuppbyggnad .....	26

<b>Förslag på ytterligare insatser .....</b>	<b>27</b>
Aktiviteter inom Socialstyrelsens område.....	27
Aktiviteter initierade inom SKL:s område .....	29
En särskild satsning för att stödja kontakten mellan Forskning – Praktik för utveckling av vårdens ersättningsystem.....	30
 <b>Ordlista.....</b>	 <b>35</b>
 <b>Särskilda rapporter producerade inom projektet .....</b>	 <b>38</b>
 <b>Referenslitteratur .....</b>	 <b>41</b>

# Sammanfattning

Projektets aktiviteter har drivits inom de av regeringen beslutade områdena

## **1. Infrastruktur för beskrivning av vårdens verksamhet och kostnader som underlag för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem**

Flera olika modeller för ersättningssystem har under hand utvecklats, vilka i varierande grad bygger på kombinationer av uppgifter om diagnoser, vårdtyngd, vårdåtgärder, patientrelaterade kostnadsdata och andra underlag. Ersättningssystemens utformning är i hög grad beroende av vilken typ av beskrivningssystem inom vården som finns tillgängliga.

Projekt har genomförts inom fyra olika huvudområden:

- Beskrivningssystem inom specialiserad somatisk vård
- Beskrivningssystem inom psykiatrisk vård
- Beskrivningssystem inom primärvård
- Patientrelaterad kostnadsredovisning (KPP)

Inom detta område har många viktiga steg tagits. Att på ett enhetligt sätt beskriva hälso- och sjukvårdens verksamhet är en grundläggande ofrånkomlighet. Besöksorsaker, vårdåtgärder i kombination med resursdata och patientrelaterade beskrivningar av kostnader är grunden för analys av produktivitet, kvalitet (dvs. effektivitet) och ger därmed också grund för stabila ersättningssystem.

## **2. Vårdval och mångfald**

Under den period då projektet drivits har landstingens/regionernas arbete inom området haft starkt fokus på att utveckla vårdvalet för primärvård. I flera delprojekt har detta fått genomslag. Aktiviteter för att genomföra vårdvalet med rättvisande, rättvisa och konkurrensneutrala ersättningsmodeller har genomförts. Även inom områden som målrelaterade ersättningssystem och i den allmänna kunskapsutvecklingen har detta delvis påverkat aktiviteterna. Specifikt har projektet haft uppdraget att följa och stödja utvecklingen av ersättningssystemen inom vårdvalet genom:

- Att utarbeta en enhetlig modell för uppföljning och utvärdering av vårdval. Modellen som tagits fram är avstämd med Socialstyrelsen och Konkurrensverket för att underlätta de uppföljningsuppdrag som ligger på dessa myndigheter.
- Att löpande rapportera om de modeller landstingen använt i utvecklingen av vårdval. En rapport som ger en jämförande översikt av valda ersättningssystem, regler för etablering, kostnadsansvar för vårdgivare, etc. har tagits fram.

### **3. Helhetsorienterade ersättningssystem – vårdepisoder och sjukdomsgrupper**

Projektet har haft uppdraget att utveckla möjliga förhållningssätt och modeller som är användbara för att ersätta hela vårdkedjor. Sjukvårdens insatser är oftast mycket effektiva, men brister finns i helhet för patienterna.

Ersättningssystem som beaktar helhetssyn med samverkande system över vårdnivåer och huvudmannaskapsgränser har haft svårt att få fotfäste bland de utvecklingsfrågor som landstingen hanterar. Mycket är investerat i ord och dokument om samverkan, men frågor om gemensam information, gemensam syn på prioriteringar och beslut och frågan om ersättningssystem som prioriterar samverkan/helhetssyn behöver vidare utveckling. Inom området har projekt drivits för att utveckla

- ett nytt ersättningssystem för vårdprocesser omfattade sjukdomsgruppen Stroke
- ett ersättningssystem kopplat till "högspecialiserad vård". En utvecklingsprocess där vårdprocesser mellan vårdnivåerna kommer i fokus även mellan länssjukvårdsnivån och den högspecialiserade sjukhusvården.
- en modell som skapar incitament för att arbeta hälsofrämjande samt underlättar för verksamhetsutveckling och forskning inom området. Ersättningar ska utvecklas i syfte att bättre premiera det förebyggande arbetet inom hela vårdprocessen och på alla vårdnivåer.

### **4. Relationer mellan kostnader och mätbar kvalitet**

Projektet har haft ambitionen att genomföra ett strukturerat pilotprojekt för att söka nya sätt att ersätta sjukvården. Att för svenska förhållanden finna former baserade på ersättning för resultat, effekter och kvalitet utifrån nationella data och underlag är en önskvärd utveckling. Som en del av denna studie har en inventering gjorts av vilka uppgifter i nationella register som kan användas för att ta fram indikatorer som grund för en målrelaterad ersättning för olika vårdnivåer.

Det aktiva projekt som drivits tillsammans med landstingen är

- målrelaterad ersättning med ett hälsofrämjande perspektiv. Utveckling av ersättningssystem för förebyggande insatser i primärvård. En modell och ett antal variabler för att styra, ersätta och följa upp effekter av gjorda insatser av förebyggande, hälsofrämjande arbete.

Projektet har tagit fram betydande kunskapsunderlag. En internationell litteraturstudie inom området (P4P) är publicerad. En arbetsgrupp har kartlagt och tagit fram indikatorer för målrelaterad ersättning för primärvård (vilka används i hög utsträckning inom Vårdval för Primärvård).

Socialstyrelsen har också inom ramen för uppdraget tagit fram rapporten med en öppen jämförelse och utvärdering av hjärtsjukvårdens kvalitet, genom delprojektet, "Analys av effektivitet – en metodstudie med hjärtsjukvård som exempel". Projektet syftade till att utveckla en modell för beräkning av effektivitet. Detta projekt slutredovisades i juni 2009.

### **5. Samordning och plattform för kunskapsuppbyggnad**

Formerna för denna kunskapsuppbyggnad har främst varit seminarier kring de olika utvecklingsområden som angetts i projektplanen. Innehållet har varit allt från mindre arbetsseminarier med erfarenheter från pågående projekt till möten med internationella aktuella forskare. Projektet har publicerat kunskapsrapporter såväl med internationella som nationella erfarenheter.

Ett omfattande arbete har skett för att stimulera kontakterna mellan forskning och praktik. Syftet är att berika och stärka det praktiska utvecklingsarbetet kring ersättningssystem i landstingen och att öka fokuseringen på de mest relevanta frågorna inom forskningen.

Projektet har i samverkan mellan landstingen och den samlade nationella forskarvärlden inom området formulerat ett förslag till nationellt handlingsprogram för att utveckla arbetet ytterligare.

### **Sammanfattning av behov och förslag avseende framtida åtgärder**

Projektet har på många sätt bidragit till en utveckling av ersättningssystemen i Sverige för bättre beskrivningar av vårdens innehåll och kostnader. Detta ger en grund för fortsatt utveckling av effektivitetsfrämjande insatser och ökad kunskap om resursanvändning. Fokus ligger i allt högre grad på resultat och kvalitetsaspekter. Detta är dock i högsta grad ett område för ständig utveckling och förbättringar.

Med detta som bakgrund fanns redan i regeringsbeslutet ett uppdrag att i samband med inlämnandet av projektets slutrapport föreslå framtida insatser som kan stärka fortsatt utvecklingen inom området.

Sammanfattningsvis pekar projektet på följande slutsatser om vilka ytterligare utvecklingsinsatser som behövs inom olika områden:

- Nationell samling kring samarbete Forskning – Praktik.
- Utveckling och implementering av befintliga beskrivningssystem för hälso- och sjukvården särskilt i fråga om:
  - Vidareutveckling och användning av nationella klassifikationer och kodverk
  - Införande av gemensam informationsstruktur, enhetliga begrepp och termer för dokumentation
  - Patientrelaterad kostnadsredovisning (KPP)
- Utveckling av nationella datakällor.
- Målrelaterad ersättning kopplad till effektivitet, kvalitet och frigörande av innovationskraft.
- Beskrivning och utvärdering av ersättningssystemens effekter till stöd för mångfald av vårdgivare.

# Uppdrag och organisation

Regeringen gav i beslut den 19 december 2007 Socialstyrelsen (SoS) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i uppdrag att i samverkan med Socialdepartementet bedriva ett arbete med att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättningssystem så att dessa kan bidra till att förbättra vårdens innehåll och resultat. Totalt tilldelade regeringen 16.5 miljoner kronor till uppdraget som pågår under perioden januari 2008 till juni 2010. Av denna ram har Socialstyrelsen tilldelats 5,4 miljoner kronor och SKL 11,1 miljoner kronor (inklusive projektsamordning). Uppdraget är att bedriva olika projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Projektet ska stödja en positiv utveckling av hälso- och sjukvården sett ur såväl ett organisations- som befolkningsperspektiv.

Att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården är ett sätt att styra mot förbättrad kvalitet och effektivitet. Ersättningssystemen är därmed en viktig del i styrningen. Målet är att utveckla system och modeller som i högre grad än idag kopplas mot sjukdomsgrupper, följer patientens väg och val genom vårdkedjan och som ger incitament till utveckling av hälso- och sjukvårdens innehåll, kvalitet och resultat.

## Organisation

Arbetet har varit organiserat i olika delprojekt, fördelat på Socialstyrelsen och SKL där respektive part ansvarat för sin del av uppdraget. Arbetet hålls samman av en samordningsgrupp med representanter från de ansvariga och Socialdepartementet. Till samordningsgruppen har även knutits representanter från andra aktörer som bedriver aktiviteter inom området.

Samordningsgruppen har arbetet utifrån en gemensam projektplan. Inom projektet har det drivits en mångfald av aktiviteter. Även utifrån andra initiativ och ambitioner pågår det verksamheter och aktiviteter i anslutning till området. Behovet av att försöka upprätthålla en helhetssyn har därför varit prioriterat. Gruppens arbete har samordnats av den gemensamme projektledaren.

Gruppen har haft representation från

- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Socialstyrelsen
- Socialdepartementet
- Nätverket Uppdrag Hälsa
- Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus och Vårdorganisationer
- Vårdföretagarna
- Aktiv forskning inom området genom sakkunnig forskare



För det arbete och de projekt som finns inom SKL:s ansvarsområde sker förankring i landstingsdirektörsgruppen. Arbetet har regelbundet rapporterats till landstingsdirektörerna och landstingens ekonomidirektörer.

Landstingsdirektörsgruppen har utsett en kontaktgrupp för att följa projektet. Den gruppen var mest aktiv i början av projektet för att lämna synpunkter på planering och aktiviteter. Olika representanter i gruppen har mer aktivt medverkat inom delar av projektet. I gruppen har tre av landstingens ekonomidirektörer och tre andra aktiva utredare/kompetenspersoner medverkat. Därutöver är olika delprojekt också förankrade i andra nätverk och samverkansgrupper. För de projekt som drivs lokalt i landsting och/eller landsting i samverkan finns lokala projektledare/projektgrupper.

# Projektområden och anslag

## Sammanställning

	Område/projekt	Anslag SoS Mkr	Anslag SKL Mkr
<b>1.</b>	<b>Infrastruktur för beskrivning av vårdens verksamhet och kostnader som underlag för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem</b>		
	Utveckling av NordDRG och patientregistret	2,5	
	Utveckling av KPP		2,5
	Utveckling av primära klassifikationer	2,5	
<b>2.</b>	<b>Vårdval och mångfald</b>		
	<b>Nationella jämförelser av erfarenheter och utvärderingar av system med vårdval och mångfald inom primärvården</b>		<b>0,4</b>
<b>3.</b>	<b>Helhetsorienterade ersättningssystem – vårdepisoder och sjukdomsgrupper</b>		
	Vårdprocessansvar		3,2
<b>4.</b>	<b>Relationer mellan kostnader och mätbar kvalitet</b>		
	Sambandet mellan hälso- och sjukvårdens kvalitet, resultat och kostnader	0,4	
	Ersättning som baseras på kvalitet – målrelaterad ersättning		2,0
<b>5.</b>	<b>Samordning och plattform för kunskapsuppbyggnad</b>		<b>3,0</b>
	TOTAL	5,4	11,1

Budgeten har hållits och ingen av parterna har förbrukat mer medel än tilldelat. Genom att resurserna fördelats i särskilda projektavtal och andra tydligt reglerade former så har dels resurserna fullt ut fördelats och samtidigt har kostnadskontrollen varit stark.

På grund av att många delprojekt avslutas i samband med slutfasen av projektet så pågår slutregleringarna av resursanvändningen. En del informationsinsatser och motsvarande som initierats i delprojekten avslutas först i början av hösten 2010. Prognosen nu inför slutgiltig redovisning indikerar att det kan vara ett överskott i projektet på totalt högst 500 000 kronor.

# Projektets olika delar

## Aktiviteter/projekt inom Socialstyrelsens område

Ersättningssystemen utgör en del av styrsystemet för hälso- och sjukvården tillsammans med andra typer av styrmedel som exempelvis lagstiftning, medicinska riktlinjer, vårdprogram och avtal. Den enklaste formen av ett ekonomiskt styrsystem är att en budget tilldelas för en verksamhet och denna modell har dominerat svensk hälso- och sjukvård under decennier. Flera olika modeller för ersättningssystem har under hand utvecklats, vilka i varierande grad bygger på kombinationer av uppgifter om diagnoser, vårdtyngd, vårdåtgärder, resultat och andra data. Ersättningssystemens utformning är i hög grad beroende av vilken typ av beskrivningssystem inom vården som finns tillgängliga.

Individbaserade beskrivningssystem som tar hänsyn till patientsammansättning (case-mix) och vårdtyngd är en förutsättning för att kunna utveckla andra former av ersättningssystem än den traditionella budgetfinansieringen. Beskrivningssystem ger också bättre förutsättningar för uppföljningar av t.ex. God Vård-perspektiven och Öppna jämförelser mellan vårdgivare.

Individbaserade beskrivningssystem kan utgöra grund för ersättningssystem, men syftar primärt till en kliniskt korrekt beskrivning av verksamheten. Det måste finnas en adekvat grundläggande dokumentation och verksamhetsbeskrivning som inte påverkas av ersättningssystemets utformning.

Målet med detta arbete är att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården genom att förbättra landstingens möjligheter att utveckla nya och mer kvalificerade ersättningssystem som främjar god kvalitet och effektivitet.

Socialstyrelsen har genomfört tio delprojekt i syfte att utveckla och förbättra beskrivningssystemen inom tre huvudområden med sinsemellan olika förutsättningar:

- specialiserad somatisk vård
- psykiatrisk vård
- primärvård

I Sverige finns inom den specialiserade somatiska vården en tradition kring individbaserad dokumentation i patientadministrativa databaser och andra uppföljningssystem för att kunna följa upp såväl prestationer, och kostnader som resultat. Genom en väl etablerad och fungerande infrastruktur i form av tillämpning av nationella klassifikationer (t.ex. diagnoser och åtgärder) och tillgängliga individbaserade data på nationell nivå (t.ex. patientregistret) har också individbaserade beskrivningssystem kunnat utvecklas nationellt. Exempel på ett sådant beskrivningssystem är diagnosrelaterade grupper (DRG). DRG är ett system för både beskrivning och ersättning av sjukvården och det

täcker idag all vård utom primärvård. Inom den slutna vården använder samtliga landsting systemet som underlag för ersättning inom och/eller mellan landsting/regioner. DRG möjliggör beskrivningar av bland annat patientsammansättning, komplicerade fall, vårdtyngd och komorbiditet.

För primärvården saknas idag inrapportering av individbaserade data på nationell nivå och därmed saknas förutsättningar för att utveckla verksamhetsinriktade beskrivningssystem på nationell nivå. Inom primärvården/närsjukvården har det istället utvecklats system som framförallt bygger på socioekonomiska data som underlag för behovsindex/kapiteringssystem.

Vårdområdenas olika förutsättningar för att använda eller utveckla beskrivningssystem innebär att delprojekten har fått olika karaktär.

Inom ramen för den specialiserade somatiska vården har Socialstyrelsen fokuserat arbetet på förbättringar av redan befintliga beskrivningssystem genom följande:

1. Förbättrad beskrivning av den specialiserade öppenvården.
2. Utveckling av en ny modell för beskrivning av patientsammansättning och vårdtyngd.
3. Förbättrad tillgång till grunddata för andra yrkeskategorier än läkare.
4. Elektronisk uppgiftsoverföring från vården till hälsodataregister.

Delarbetet "Analys av effektivitet - en metodstudie med hjärtsjukvård som exempel" har utvecklat en modell för beräkning av effektivitet. Arbetet slutredovisades i juni 2009 (Dnr 13716/2009) och ingår därför inte i denna redovisning.

Inom ramen för den psykiatriska vården har aktiviteterna koncentrerats kring följande frågor:

5. Förutsättningar för förbättrad diagnos- och åtgärdsrapportering inom psykiatri.
6. Översyn av sekundärgrupperingar inom psykiatri.

Inom ramen för primärvård har arbetet inriktats på följande:

7. Inventering av befintliga beskrivningssystem inom primärvården.
8. Utredning av förutsättningarna för att utvidga patientregistret till att omfatta primärvård.
9. Kartläggning av och rekommendationer till användning av nationella klassifikationer inom primärvård.

Parallellt med det aktuella uppdraget pågår, inom ramen för den nationella strategin för "eHälsa", ett stort antal utvecklingsaktiviteter som på sikt kommer att kunna bidra till en förbättrad informationsförsörjning inom vård och omsorg. Socialstyrelsen har i detta långsiktiga arbete ett särskilt ansvar för utvecklingen inom insatsområdet för gemensam informationsstruktur, vilket omfattar såväl informationsstruktur som ett nationellt fackspråk. En enhetlig informationsstruktur, tillämpning av överenskomna och harmoniserade begrepp och termer samt nationella hälsorelaterade klassifikationer och andra kodverk som beskriver organisatoriska eller andra förhållanden är viktiga bidrag för att på sikt skapa nationella beskrivningssystem som täcker in alla former av vård- och omsorgsverksamheter.

## Delprojekt

### Förbättrad beskrivning av specialiserad öppenvård

#### Syfte och bakgrund

NordDRG är det DRG-system som används i Sverige för att beskriva patientsammansättningen inom specialistvården. Idag använder samtliga landsting NordDRG som underlag för ersättning för den slutna vården inom och/eller mellan landsting.

NordDRG omfattar sedan 2006 hela den öppna specialistvården och fyra landsting använder den delen idag som underlag för ersättning. Systemet för den öppna specialistvården är dock relativt nytt och behöver finjusteras framförallt gällande den ekonomiska dimensionen. Gemensamt för alla DRG-system är principen att medicinskt likartade fall som dessutom genererar en likartad resursförbrukning grupperas till samma DRG-grupp.

Syftet med delprojektet var att med hjälp av kostnadsdata från KPP-databasen validera och förbättra den ekonomiska homogeniteten för DRG-grupperna för den öppna specialistvården samt granska den medicinska homogeniteten.

### **Utredning och resultat**

Genom medicinska granskningar och ekonomiska utredningar har projektet resulterat i en mängd förslag till förändringar som kan införas i NordDRG år 2011. I projektet har en medicinsk expertpanel kritiskt granskat innehållet i samtliga de 205 DRG-grupper som i nuvarande version av NordDRG beskriver medicinska åtgärder inom den öppna specialistvården. Sammanlagt har grupperingslogiken för 1 743 medicinska åtgärder bedömts. Detta har lett till 58 utredningar av varierande omfattning.

Resultatet av den medicinska granskningen och de ekonomiska utredningarna är att 15 DRG-grupper föreslås kunna utgå (varvid de ingående åtgärderna flyttas till en eller flera mer passande DRG-grupper), men också att fyra nya DRG-grupper skapas för åtgärder som tidigare grupperats till en eller flera andra DRG-grupper. Merparten av de föreslagna förändringarna kan införas i NordDRG för år 2011, men i några fall krävs kompletterande utredningar varför eventuella ändringar inte kan genomföras förrän i NordDRG för år 2012.

### **Effekter**

De föreslagna förändringarna förbättrar både den medicinska och den ekonomiska homogeniteten för de DRG-grupper som beskriver den öppna specialistvården. Därmed förbättras underlaget för de landsting där NordDRG används som ersättningssystem för denna del av vården. Fler landsting kommer efter förbättringarna sannolikt att använda systemet, varför en bättre beskrivning av den öppna specialiserade vården mer generellt kan uppnås. Detta innebär i sin tur bättre underlag för beskrivning, jämförelser, budgetering och ersättning inom hela den öppna specialiserade vården.

### **Förbättrad beskrivning av patientsammansättning och medicinsk svårighetsgrad**

#### **Syfte och bakgrund**

Syftet med projektet är att ta fram ett förslag till en förbättrad beskrivning av komplicerade fall (både för komplikationer och för komorbiditet) i NordDRG.

Ungefär en tredjedel av grupperna inom den slutna vården är så kallade "CC-par" dvs. det finns en grupp för okomplicerade fall med ett visst tillstånd och en annan grupp för patienter med samma tillstånd men som också har komorbiditet och/eller komplikationer. En förbättrad beskrivning av komplicerade fall innebär en förbättrad beskrivning av patientsammansättning vid sjukhusen och landstingen. Det kan i sin tur användas som underlag för förbättrad uppföljning, analys, produktivitetsberäkningar och ersättningsmodeller i den slutna somatiska specialiserade vården.

#### **Genomförda aktiviteter och resultat**

Inom projektet har ny grupperingsmodell för NordDRG utvecklats med en ökad differentiering i beskrivningen av patienternas sjukdomstillstånd (NordDRG-CC). Den nya modellen innefattar en indelning i tre olika nivåer beroende på patientens komplikationer och/eller komorbiditet, dvs. det finns grupper för okomplicerade fall (ej CC), komplicerade fall (CC) och mycket komplicerade fall (MCC).

En studie över hur andra länder har bedrivit sitt utvecklingsarbete har initialt genomförts. Utifrån denna genomgång har sedan den amerikanska DRG-grupperaren MS-DRG (Medicare Severity Grouper DRG) valts för att utveckla nya grupper i den svenska versionen av NordDRG. Ett omfattande översättningsarbete från amerikanska diagnos- och åtgärdsklassifikationer till svenska har sedan genomförts.

I projektet har ett underlag för en ny grupperare tagits fram och validerats utifrån de kriterier som tidigare har satts upp som villkor för förändringar. Goda resultat har erhållits utifrån de fastställda kriterierna: alla mål har uppnåtts, dvs. kostnadsvariationen inom grupperna minskar, förklaringsvärdet för hela systemet ökar, de nya grupperna är tillräckligt stora antalsmässigt och skillnaden i medelkostnaden mellan de nya grupperna är tillräckligt stor för att motivera att fler grupper läggs till systemet. Den medicinska meningsfullheten har också bedömts öka.

### **Effekter**

Med den nya modellen förväntas systemet ge både en bättre beskrivning och möjligheter till en mer korrekt ersättning på sjukhusnivå. Systemet kan också utgöra en modell för mer korrekta och rättvisa jämförelser av resultat på sjukhusnivå. Nordic Casemix Centre har i uppdrag att ta fram de slutgiltiga underlagen (logiktabellerna) som underlag för mjukvaruleverantörerna till en ny grupperare. Landsting och regioner kan därmed få möjlighet att lokalt testa den nya grupperaren under hösten 2010.

Om testerna genomförs med lyckat resultat kan den nya grupperaren införas som nationell standard i Sverige, dock tidigast år 2012. Om så blir fallet kommer utvecklingen av den nuvarande logiken (NordDRG-se) att upphöra eftersom Socialstyrelsen inte har möjlighet att utveckla och förvalta två nationella versioner av NordDRG. Landsting och regioner har informerats om arbetet under hand och varit mycket positiva till den nya versionen av NordDRG. Det kan betyda förändringar i nuvarande underlag för ersättningsmodeller och budgetunderlag vid sjukhusen och i landstingen. Ett införande av en ny grupperingslogik kommer att innebära en viss extra arbetsinsats i de landsting där DRG används för ersättning och budgetering.

## **Andra yrkeskategorier utöver läkare i patientregistret**

### **Syfte och bakgrund**

Projektet syftar till att erhålla en bättre beskrivning och bättre möjligheter till uppföljning och analys av den öppna specialiserade vården genom att inkludera fler yrkeskategorier i patientregistret. NordDRG innefattar idag även en beskrivning av vården utförd av andra yrkeskategorier än läkare, men data saknas till stor del för att utvärdera DRG-grupperna.

Till patientregistret rapporteras idag för den öppna specialiserade vården enbart läkarbesök, vilket ger en ofullständig bild av sjukvårdens verksamhet. Särskilt viktigt är detta för uppföljning och utvärdering av psykiatri där andelen läkarbesök enbart står för 25 procent av alla besök i öppenvård. 75 procent av besöken inom psykiatri får m.a.o. inte behandlas av Socialstyrelsen med dagens lagstiftning. Att utveckla registret ses därför som en mycket väsentlig del även i det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har avseende "Utveckling av grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättring av verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet" (Dnr 4357/2009).

### **Utredning och resultat**

En hemställan om ändring av förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen har inlämnats till Regeringskansliet. I skrivande stund är förslag om ändring av förordningen om patientregistret till att omfatta alla legitimerade yrkeskategorier ute på remiss (Dnr 17979/2010).

Arbetet har koncentrerats till att beskriva de förutsättningar som måste vara uppfyllda för ett eventuellt utbyggt register. Utvidgningen av registret föreslås ske stegvis med början i den landstingsproducerade vården. En utökad inrapportering för landstingen

bedöms kunna ske relativt fort. En utvidgning av patientregistret förutsätter att registret utökas med ytterligare en variabel: ”yrkeskategori”. Större arbetsinsats behöver läggas på kvalitetsarbetet vid insamling och färdigställande av registret. Utvecklingsinsatser ligger framförallt i att utveckla och komplettera den nationella åtgärdsklassifikationen. Utvidgningen av registret föreslås ske stegvis där steg ett är en pilotundersökning i ett eller ett fåtal landsting. Detta kan ske under planeringsarbetet för det utökade registret. Steg två är en komplett rapportering från landstingen och i steg tre inkluderas slutligen även de privata vårdgivarna.

#### **Fortsatt arbete**

Ett antal insatser behöver genomföras om en utvidgning av patientregistret blir aktuell. Det gäller i första hand omfattande informationsinsatser och samarbete med de som blir rapporteringsskyldiga, utveckling av den nationella åtgärdsklassifikationen och anvisningar för tillämpning, fortsatt utveckling av elektronisk uppgiftsöverföring samt genomförandet av en pilotstudie i ett eller flera landsting.

#### **Elektronisk uppgiftsöverföring till hälsodataregister**

##### **Syfte och bakgrund**

En övergång till elektronisk dataöverföring från vårdgivare till hälsodataregistren, och på sikt en uppgiftsöverföring som sker oftare än en gång per år, utgör basen i strävan efter ökad aktualitet i beskrivningar av hälso- och sjukvården.

##### **Genomförda aktiviteter och resultat**

Socialstyrelsen har sammantaget utvecklat tre system för elektronisk rapportering. Ett system baserat på SHS (spridnings- och hämtningssystem) och ett system mer anpassat till Profdoc:s journalsystem som är vanligt bland privata vårdgivare inom den specialiserade vården. Dessa tjänster förutsätter att någon typ av klient installeras, vilket har visats bli relativt dyrt för vårdgivarna som inte heller vill ha flera olika typer av tjänster i sina IT-miljöer. Mot denna bakgrund utvecklade Socialstyrelsen en mer journalsystemoberoende modell, ett så kallat fil-dropp system.

Systemet som är internetbaserad har utvecklats inom ramen för Microsoft Office Sharepoint Server (MOSS). Modellen fungerar som en ”brevlåda” (fil-dropp) där filer kan lämnas direkt från rapportörens dator till Socialstyrelsen. Systemet är sedan början av maj 2010 i drift för landstingsrapportering till patientregistret och kommer att utökas till att omfatta även de privata vårdgivarnas rapportering.

##### **Effekter**

För uppgiftslämnarna innebär den elektroniska överföringen en avsevärd förenkling i rapporteringen, framförallt genom att uppgifterna krypteras i systemet och inte av uppgiftslämnaren. Det innebär inte heller någon extra kostnad för de vårdgivare som har tillgång till internet. För Socialstyrelsen innebär systemet en säkrare, effektivare och mer tidsbesparande hantering av de inrapporterade uppgifterna. Systemet förväntas bidra till att patientregistret kan färdigställas snabbare.

#### **Förbättrad diagnosrapportering inom psykiatri**

##### **Syfte och bakgrund**

Inom psykiatri används i stor utsträckning DSM-IV-TR som stöd i den diagnostiska processen och som grund för diagnoskodning istället för KSH97 (ICD-10). Detta har dels bidragit till en ofullständig inrapportering av diagnoser till nationella register och dels till att NordDRG inte använts inom psykiatri.

Projektets primära syfte är att skapa förutsättningar för att psykiatriska verksamheter kan fortsätta utnyttja DSM-IV-TR som kliniskt beslutsstöd för klassificering och kodning samt att möjliggöra inrapportering av psykiatriska tillstånd genom konvertering till KSH97.

#### **Genomförda aktiviteter och resultat**

Inom projektet har ett system utvecklats som länkar (konverterar) DSM-IV-TR till KSH97. Som ett första steg har en konverteringstabell skapats som kan tillämpas direkt i landsting/regioner. DSM-systemet medger diagnostisk bedömning med ett stort antal tänkbara kategorier. En mappning gentemot SNOMED CT har gjorts för att utvärdera om detta begreppssystem kan användas som komplement till KSH97 i de fall man för kliniska behov vill kunna ange diagnoser med en högre preciseringsgrad än vad KSH97 medger. I ett nästa steg har klassificeringens KSH97-kategorier utvecklats för att möjliggöra en ökad detaljeringsgrad, motsvarande DSM-IV och WHO:s fördjupningsdiagnoser inom psykiatriområdet. Till följd har en mer omfattande konverteringstabell tagits fram. Denna tabell utgör ”masterfil” och underlag för utveckling av journalsystemens diagnosregistreringsfunktioner så att dessa gör det möjligt att använda DSM:s diagnoskategorier och specificeringar samtidigt som en KSH97-kod registreras och en preciserad text – där specificeringarna ingår – kan genereras automatiskt. Arbeta pågår med en ”demo” som visar hur en applikation skulle kunna fungera.

#### **Effekter**

Projektet förväntas förbättra beskrivningssystemen och de nationella/lokala registren bland annat genom att fler verksamheter kan rapportera sina diagnoser. Inom projektet har även en metod utvecklats för hur sambanden mellan en terminologi och en klassifikation kan appliceras i ett datoriserat journalsystem. Denna metod förväntas vara av värde även internationellt.

#### **Sekundärgrupperingar inom psykiatrin**

##### **Syfte och bakgrund**

Syftet med projektet är att förbättra beskrivningssystemen för psykiatrin och förenkla för den psykiatriska verksamheten att göra analyser. En aggregerad beskrivningsnivå har tidigare tagits fram för den psykiatriska verksamheten, med definitioner som baseras på KSH97 och DSM-IV. Exempel på aggregerade grupper är missbruk, schizofreni, demens etc. Systemet togs ursprungligen fram i ett tidigare KPP-projekt som utförts vid SKL. Detta används av ett flertal verksamheter för beskrivning av verksamheten och de vårdepisoder som finns inom psykiatrin. Systemen behöver gås igenom, uppdateras och underhållas med dagens kodverk, den nya konverteringen och uppdaterad grupperingslogik i NordDRG.

##### **Genomförda aktiviteter och resultat**

En uppdaterad tabell för psykiatrin bestående av grupperingar av olika diagnoser på fyra olika nivåer har tagits fram. En översättning har gjorts mellan aggregerade grupper (psykiatrigrupper), NordDRG, KSH97 och DSM-IV.

Tabellen finns att hämta på:

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/psykiatrikoder>

##### **Effekter**

Tabellen kan enkelt användas av verksamheter och landsting för uppföljning, statistik och analys av den psykiatriska verksamheten på önskad aggregeringsnivå utifrån de grunddata som finns rapporterade i de lokala journalsystemen/vårdadministrativa systemen. Tabellen med de aggregerade grupperna gör det enklare att följa upp vårdepisoder över tid och att analysera patientflöden.



## **Beskrivningssystem inom primärvården**

### **Syfte och bakgrund**

Det nationella beskrivningssystemet NordDRG omfattar idag inte primärvården eftersom utvecklingen av systemet förutsätter tillgång till primärvårdsdata på nationell nivå. Syftet med delprojektet är att kartlägga vilka sekundära beskrivningssystem som är i bruk inom primärvården internationellt och nationellt. Arbetet kommer att vara en utgångspunkt i ett framtida ställningstagande om ett svenskt system för sekundärklassificering i primärvården.

### **Utredning och resultat**

Kartläggningen visar att det finns ett litet antal sekundära patientklassificeringssystem (DRG-liknande system) i bruk inom primärvården. Av de system som granskats närmare är två av systemen ACG (Adjusted Clinical Groups) och EPICON (Episode Constructor), att betrakta som episodgrupperare utvecklade för att mäta sjuklighet i en population. Systemen används för att beskriva hälsotillståndet i befolkningen och för att utgöra grund för fördelning av resurser. Ett tredje system som granskats är det amerikanska RBRVS (Resource Based Relative Value Scale) som bygger på amerikansk åtgärdsklassificering. Systemet används för ersättning av primärvårdsliknande enheter på grundval av läkarnas prestationer.

Med hänvisning till uppdraget och den kravspecifikation som ställdes samman i delprojektplanen uppfyller inget av de granskade systemen kravet på individbaserade beskrivningssystem där vårdens innehåll kan följas upp, dvs. vilken vård som patienten erhållit och som samtidigt är neutralt i beskrivning oavsett vårdgivare.

### **Fortsatt utveckling**

Det finns några problemområden identifierade vid utveckling av sekundärt patientklassificeringssystem i primärvården:

- Val av primärklassifikationssystem för primärvården.
- Utveckla och komplettera KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder) för primärvårdens behov.
- Primärvården måste i större utsträckning förmås generera information om diagnoser och åtgärder i de patientadministrativa systemen, som en del av den normala rutinen.
- Primärvården omfattar stora volymer besök, ca 14 miljoner läkarbesök samt ca 26 miljoner besök hos andra yrkeskategorier 2008 (SKL). De administrativa kostnaderna torde öka vid ökat informationsuttag från primärvården.
- Individbaserade kostnadsdata (KPP) för primärvård finns endast tillgå i mindre omfattning.

## **Ett patientregister för primärvård**

### **Syfte och bakgrund**

Ett nationellt utvecklat verksamhetsinriktat beskrivningssystem förutsätter tillgång till individbaserade uppgifter på nationell nivå. Socialstyrelsen har idag inget lagstöd för att samla in och förvalta uppgifter om primärvård. Idag finns enbart möjligheter att samla in data för slutna vård och läkarbesök i den öppna specialiserade vården, vilket ger en ofullständig bild av sjukvårdens verksamhet. Primärvården står för uppskattningsvis 63 procent av den totala hälso- och sjukvården (Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008, SKL).

Syftet med projektet är att beskriva under vilka förutsättningar patientregistret skulle kunna omfatta uppgifter om primärvård.

## **Utredning**

Några av de grundläggande förutsättningar för ett patientregister inom primärvård som identifierats gäller rättsliga förutsättningar för en nationell datainsamling, tekniska förutsättningar, registerinnehåll samt tillämpning av nationella klassifikationer och kodverk.

Ett nationellt register över primärvården skulle komma att omfatta personuppgifter avseende en mycket stor del av befolkningen. Det står klart att en del av dessa uppgifter dessutom är av känslig natur. Dessa omständigheter sammantaget leder till att en eventuell insamling av sådana data och fortsatt behandling av dessa får utföras endast om reglerna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) kan iakttas, liksom reglerna i personuppgiftslagen (1998:204). Mot bakgrund av detta är det viktigt att Socialstyrelsen har tekniken på plats innan en insamling kan inledas så att sekretessen kan iakttas. En utvidgning av det befintliga patientregistret till att omfatta primärvård förutsätter även att förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ändras.

Socialstyrelsen föreslår att ett utvecklingsarbete först påbörjas inom området. Ökade satsningar på en enhetlig informationsstruktur (termer, teknikanvändning, klassifikationer och kodverk) inom primärvård är en nödvändig förutsättning för att skapa ett användbart patientregister. En av de viktigaste förutsättningarna för att ett nationellt register ska bli meningsfullt och fungera är att det utvecklas i nära samverkan mellan professionen, olika yrkesorganisationer, forskare, nationella och regionala representanter m.fl.

Med tanke på både kostnader av datainsamling och verksamheternas uppgiftslämnar- börda kan en eventuell nationell datainsamling underlättas betydligt om den samordnas med landstingens uppgiftsinsamling och eventuell dataöverföring till kvalitetsregister. En samordning på landstingsnivå förutsätter att landstingen genom lag eller avtal samlar in uppgifter om diagnos och åtgärder på individnivå från privata vårdgivare med offentlig finansiering. En praktisk lösning skulle eventuellt kunna vara att regionala center administrerar uppgiftsinsamling från primärvård för såväl nationellt patientregister och ev. nationella kvalitetsregister, landsting och kommuner. Socialstyrelsen kan givetvis själva administrera en direktinsamling från primärvårdsenheterna, men det skulle öka risken för parallella datainsamlingar.

Med tanke på framförallt ett ökande tryck på uppgiftslämnandet är det av vikt att identifiera de mest grundläggande informationsbehoven på nationell nivå t.ex. uppgifter om symtom/diagnos och åtgärder som utförs.

## **Fortsatt arbete**

Socialstyrelsen föreslår att en utvecklings- och samordningsgrupp med bred representation initieras i syfte att se över olika användargrupper informationsbehov, möjligheter till samordnad uppgiftsinsamling samt specificering av ett optimalt registerinnehåll. För att kunna påbörja ett utvecklingsarbete behöver Socialstyrelsen genomföra en pilotstudie i några få landsting/regioner. Syftet med en sådan studie är framförallt att undersöka vilka data som idag registreras lokalt och regionalt samt att undersöka kvaliteten och jämförbarheten hos insamlade data. Därefter kan insamlingen utökas successivt till en rikstäckande insamling. För detta krävs dock att förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ändras till att omfatta även primärvård. För att kunna tillgodose insatsbehoven gällande vidareutveckling och underhåll av nationella klassifikationer och kodverk samt utveckling av stöd för tillämpning behövs tillskott av framförallt personalresurser och ändamålsenliga IT-verktyg.

## **Nationella klassifikationer inom primärvård**

### **Syfte och bakgrund**

I Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) anges att journaluppgifter ska dokumenteras med hjälp av fastställda klassifikationer. Enhetlig användning av klassifikationer och kodverk krävs för en säker och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård, kvalitetsuppföljning, insamling av data till hälsodataregister, kvalitetsregister och till kvalitetssäkrade sekundära beskrivningssystem som även kan användas som underlag för ersättning. Som underlag för det fortsatta arbetet har primärvårdsläkares användning av nationellt fastställda klassifikationer kartlagts.

### **Utredning**

Besöksdiagnoser kodas nästan alltid idag och flera landsting har krav på lokal inrapportering. Kodning sker oftast enligt diagnosklassifikationen för primärvård KSH97-P, men även den fullständiga KSH97 (ICD-10) används. Parallell användning av två snarlika klassifikationer är inte önskvärd på sikt. Numera används datoriserade journalsystem, varför KSH97 bör kunna användas, under förutsättning att systemen tillhandahåller stöd som underlättar sökbarhet.

Åtgärder klassificeras och rapporteras normalt inte utan beskrivs med fri text utan klassificering. Avsaknad av tillgång till åtgärdsklassificering i systemen gör att diagnosklassifikationen i viss utsträckning används till att koda åtgärder. Ett landsting har 2009 inom ramen för gemensam journal infört kodning av utvalda åtgärder i primärvården enligt KVÅ, vilket visade sig fungera väl.

ICF används inte för att klassificera funktioner, funktionstillstånd eller hälsoproblem, utan dessa beskrivs i stället med fri text utan nationell standard för sökord. I en region används urval från ICF för uppföljning av rehabilitering. Termerna i ICF har också börjat användas i kommunerna som stöd för behovs- och insatsbedömningar och för uppföljning av funktionstillstånd.

Läkemedel klassificeras med ATC-kod men förskrivningsorsak kodas inte. Avsaknad av nationellt enhetlig klassificering av för hälsan viktiga levnadsvanor som rökning/tobak, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet har medfört att man skapat egna separata kodsystém inom vården.

### **Fortsatt arbete**

Det finns behov av att utveckla de nationella klassifikationerna avseende innehåll, struktur och sökbarhet utifrån primärvårdens behov. Utredningen visar även på behovet av ett utvecklingsarbete som syftar till att tillhandahålla nationella kodverk för enhetlig beskrivning och gradering av för hälsan väsentliga levnadsfaktorer samt för typ av vårdkontakt. Dessa insatser kräver ytterligare arbetsresurser än de som finns tillgängliga idag. Ökade satsningar behövs för att stödja och stimulera olika yrkesorganisationer att ta fram "lathundar" och urval från de nationella klassifikationerna för olika specialiteter samt påvisa eventuella behov av kompletteringar. Möjlighet att registrera koder i de patientadministrativa systemen enligt KVÅ och ICF kräver troligen viss utveckling av systemen samt rutiner för att uppdaterade versioner läggs in.

## **Aktiviteter/projekt inom SKL:s område**

Den mångfald av projekt som getts utrymme för att förbättra underlag för beskrivningssystem och klassificeringar av vårdåtgärder har bidragit stort till en mer metodisk och kunskapsbaserad utveckling. Samtidigt så visar den också behovet av en fortsatt nationell satsning för att samla de relevanta data som behövs för fortsatt utveckling.

För de projekt som drivits för att utveckla mer patientrelaterad kostnadsredovisning, KPP, har det visats ett stort intresse från landstingen att delta. Ambitionen har varit att bredda och fördjupa. Breddningen har bestått i att få fler landsting att leverera patientrelaterade kostnadsdata och att få med fler vårdgrenar (psykiatri och primärvård). Fördjupningen har handlat mycket om att utveckla de gemensamma principerna för hur kostnadsdata strukturerats. Arbetet har blivit värdefullt utifrån flera perspektiv. Det är inte bara för att hitta rätt ersättningsnivåer i ersättningssystemen utan, exempelvis för att underlätta jämförelser av effektivitet/kvalitet där även sekundära beskrivningssystem med kostnadsdata är en del.

Målrelaterad ersättning har utvecklats med bättre grund och struktur. Det samarbete och mötesplatser som skapats i projektet har bidragit till en stark utveckling inom området. Exempelvis har redan i införandet av vårdval för primärvård 15 (av 21) landsting infört målrelaterad ersättning. Flera har även kopplat målrelaterad ersättning till specialiserad vård (sjukhus). Det mönster som präglar arbetet är att man följer definitionen av "God Vård" och söker indikatorer/variabler för att följa dessa perspektiv. Den nationella samordningen har bidragit starkt till utvecklingen av dessa modeller.

Ersättningssystem till stöd för utveckling av vårdprocesser har varit svårt att driva i den praktiska verkligheten. Att verkligen fånga individbaserade data som kan spegla helhetsinsatserna över vårdnivåer och verksamhetsområden är den grundläggande svårigheten. I Region Skåne har projektet ändå med hjälp av deras samlade vårddatalager kunnat driva ett projekt som nu håller på att få sin spridning. Flera landsting söker nu möjligheten att använda samma metodik i genomförande av utvecklingen för flera sjukdomsgrupper/vårdprocesser. Trots att det finns mycket dokumenterat om ansvar, gränssnitt och samverkan synes steget från ord till handling vara långt. Uppfattningen är att det inte endast är övergripande vårdinformation som saknas för framgångsrika processer. Synsättet utmanar hur vi samlar information, hur resurser fördelas och därmed ytterst hur vården är organiserad.

En framgångsfaktor i projektet har varit samverkan mellan akademi och praktik. Utvecklingen har blivit mycket mer kunskapsbaserad. Det har blivit tydligt att ersättningssystem, kanske hela området ledning och styrning, inom hälso- och sjukvård inte har haft så stor aktualitet i forskarvärlden.

Projektet som helhet har hanterat regeringsuppdraget. Projektet har varit strukturerat i olika delprojekt som följt angivna planer. I något avseende skulle ytterligare aktiviteter önskas, samtidigt som en del andra områden haft större intensitet än vad som förutsågs. Landstingen har varit mycket aktiva och medverkat, bidragit och drivit delprojekt. Det har genomförts många seminarier, arbetsgrupper och workshops.

Deltagande, engagemang och viljan att bidra har varit stor. Möjligheterna till praktisk medverkan har dock sannolikt begränsats av att denna utveckling skett i en period som präglats av en global finanskris där landstingens försiktighet har varit stor.

Det är viktigt att stimulera den kreativa och positiva utveckling som är på gång genom att fortsatt energi och resurser kan föras till området.

## Delprojekt

### **Infrastruktur för beskrivning av vårdens verksamhet och kostnader som underlag för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningsystem. Utveckling av KPP (Kostnad Per Patient)**

#### **Syfte och bakgrund**

KPP är en nationellt utvecklad metod att mäta kostnaden för att behandla olika diagnosgrupper respektive medicinska insatser. KPP ligger bl.a. till grund för beskrivning av vården med hjälp av s k DRG-vikter och används vid utarbetande av de nationella vikterna i klassifikationssystemet NordDRG. Viktiga användningsområden är att utgöra underlag för uppföljning och styrning av vården samt för prestationsersättningar inom sjukhusvården i Sverige. En utveckling av KPP är en förutsättning för att kunna göra bättre och mer heltäckande beskrivningar av vårdens kostnader och effektivitet. KPP ger också grunddata för ersättningsmodeller i vården. SKL arbetar med att samordna och stödja landstingens arbete med och utveckling av KPP.

En viktig del av KPP-arbetet är att ta fram nationella riktlinjer för beräkningsmodeller inom olika delar av vården. Utifrån bl.a. dessa beräkningsmodeller kan landstingen sedan bygga ett systemstöd för framtagande av KPP.

Idag finns närmare 70 procent av den slutna somatiska vården med i databasen för KPP, med en tyngdpunkt i stora sjukhus i de stora landstingen. KPP-databasen innehåller också närmare 50 procent av den öppna somatiska vården samt viss psykiatrisk vård. När det gäller KPP inom psykiatri och framför allt primärvård har det dock funnits stora utvecklingsbehov.

Det övergripande målet för KPP är att alla landsting ska ha heltäckande KPP för all offentligt finansierad sjukvård och för alla vårdgrenar.

Projektet för utveckling av KPP har haft tre delmål:

- Fler landsting ska påbörja sitt KPP-arbete i någon vårdgren.
- De landsting som redan har KPP för slutna somatisk vård eller psykiatri ska vidga sitt KPP till fler vårdgrenar.
- De landsting som har KPP i en eller flera vårdgrenar ska förbättra sin datakvalitet.

Projektet har i första hand inriktats mot att stödja införandet av KPP i de landsting som ännu inte har infört det i någon gren.

#### **Genomförda aktiviteter och resultat**

Utifrån en tidigare genomförd enkätundersökning som SKL gjort till alla landsting rörande utvecklingen av KPP inleddes arbetet med att samla kontaktpersoner från alla landsting för att diskutera vilka hinder som finns och vilka behov som ett stöd skulle kunna bidra till att uppfylla. De huvudsakliga behoven ansågs vara erfarenhetsutbyte t.ex. i form av nätverk och studiebesök, information om och ”marknadsföring” av hur KPP kan användas i landstingens styrning och uppföljning samt handfast stöd vid införandet av KPP.

En inventering av situationen i varje landsting när det gäller KPP och behoven av stöd, information m.m. har genomförts.

Alla landsting har varit inbjudna till kunskapsdagar, erfarenhetsutbyte och studiebesök i Östergötland, som är det landsting som kommit längst när det gäller utveckling av KPP. I syfte att öka kunskapen om KPP och dess användningsmöjligheter har landstingsledningarna m.fl. i de landsting som saknar KPP erbjudits en KPP-presentation och en informationsbroschyr har tagits fram.

För att öka kunskapen om vad det praktiska införandet av KPP innebär har två heldagsseminarier genomförts, där bl.a. de olika systemleverantörerna av KPP-system deltog och presenterade sitt arbete och sina produkter och flera landsting presenterade sina erfarenheter.

För att mer konkret stödja nya projekt för införande och breddning av KPP skickades, under förra året, ut ett erbjudande till alla landsting om bidrag till stöd i arbetet. Stödet erbjöds i former av information, expertstöd, kompetensuppbyggnad och även stöd vid det praktiska genomförandet. I inbjudan angavs att högsta prioritet ges åt projekt i de landsting som inte har infört KPP över huvud taget och projekt som ligger inom områdena primärvård eller psykiatri. När ansökningstiden gick ut hade sammanlagt tolv landsting inkommit med ansökningar för projekt om totalt närmare sex miljoner kronor, vilket ska ställas i relation till den angivna ramen som erbjöds på cirka två miljoner kr. Efter prövning och prioritering av ansökningarna har stöd beviljats till sammanlagt sju projekt.

### **Effekter av resultatet**

Det stora intresse som kommit fram till följd av erbjudandet om projektstöd visar att det finns ganska långt framskridna planer i många landsting för införande av KPP. Med tanke på den ansträngda ekonomin har dock många utvecklingsprojekt fått skjutas på framtiden. Det innebär dock att det torde finnas en ganska stor potential att med ytterligare stöd få igång fler projekt. En utökad satsning inom detta område skulle därför sannolikt ha en stor och positiv effekt i att väsentligt öka täckningen av KPP-redovisningen. Detta skulle förbättra förutsättningarna att få med fler landsting i kostnadsjämförelser i bl.a. Öppna Jämförelser, och möjliggöra en ökad effektivitet i hälso- och sjukvården.

### **Vårdval och mångfald - Nationella jämförelser av erfarenheter och utvärderingar av system med vårdval och mångfald inom primärvården**

#### **Syfte och bakgrund**

Projektets uppdrag har varit att utveckla kunskapen om ersättningsmodeller som utgår från befolkningens val av vårdgivare i en mångfald av utförare. Landstingen har haft uppdraget att införa nya ersättningssystem där resurserna följer patienternas val. Arbetet syftar till att stödja införandet av Lagen om Valfrihetssystem (LOV) inom primärvård. Det finns både likheter och skillnader mellan de olika modeller som är på väg att införas. Målet är att skapa en kunskapsbas om konsekvenserna av olika system för att låta resurser följa patienters val.

Fördjupad jämförelse har gjorts av kostnader, produktivitet, täckningsgrad, förändringar i utbud och ägandeformer, fördelningseffekter mm i de landsting där utvärderingar genomförs.

Projektet ska belysa bl.a. om produktiviteten påverkas om ersättningsmodellen inkluderar prestationsersättning eller bygger helt på kapitering och om ersättningsmodellerna utrymme för preventiva insatser etc.

#### **Genomförda aktiviteter**

##### *Modell för uppföljning/utvärdering*

Vårdvalsmodeller för primärvård har under projekttiden införts i hela landet. Det faktum att det delvis är olika modeller som införs gör det angeläget att utvärdera modellerna så att det går att dra lärdom av förtjänster och brister i olika lösningar. Ett sådant lärande har underlättats genom att projektet tagit fram en "mall" så att landsting kan ansluta och att de olika vårdvalsmodellerna kan utvärderas på ungefär samma sätt. Rapporten redovisar även viss internationell bakgrund/standard för vilka parametrar/perspektiv som används för uppföljning på denna vårdnivå.

Rapporten har presenterats i Vårdvals nätverket och i Nätverket för Hälso- och sjukvårdsdirektörer. Förslaget har också diskuterats med Socialstyrelsen utifrån deras uppdrag att följa genomförandet av vårdvalet i primärvård. Rapporten "Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval" finns tillgänglig via SKL:s publikationsservice.

#### *Beskrivning av vårdvalsmodeller*

Under 2008 publicerade KEFU en rapport som jämförde vårdvalsmodellerna i Halland, Västmanland och Stockholm. Beskrivningen har därefter kompletterats med en beskrivning enligt samma struktur för modellerna i de landsting som under 2008 och 2009 infört eller tagit tydliga beslut om vårdval i primärvården. Syftet med rapporten var att presentera vägval och lösningar som ett lärande för alla de landsting som genom obligatorium har haft att genomföra vårdval enligt LOV. Rapporten utgick från de landsting som "låg först i spåret". Det innebär att rapporten redovisar vårdvalsbeslut för landstingen i Stockholm, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Halland, Västmanland, Östergötland och Kronoberg.

Rapporten ger en jämförande översikt av valda ersättningssystem, regler för etablering, kostnadsansvar för vårdgivare etc.

Rapporten "Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner" är skriven av Anders Anell, på uppdrag av projektet, och finns tillgänglig via SKL:s publikationsservice.

#### *Uppföljning av effekter*

Som grund för fortsatt erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling har efter hand som uppföljningar tas fram, av både landstingen själva och andra, dessa redovisats. Denna ambition är samorganiserad hos KEFU utifrån att de fått ett större forskningsuppdrag inom området finansierat av Vinnvård. Senaste uppdateringen är gjord 23 april 2010 och återfinns via redovisning av KEFU-projekt ([www.kefu.se](http://www.kefu.se)) under rubriken:

"Sammanfattningar av utvärderingar som genomförts på initiativ av enskilda landsting, regioner m.fl. (reviderad 23 april 2010)"

#### **Ytterligare resultat med anledning av landstingens fokus på Vårdval**

Landstingen har ett stort behov av att utveckla ersättningssystemet inom vårdvalsmodellerna. Eftersom SKL genom projektet har ansvar för kunskapsutvecklingen inom området för ersättningssystem har mycket resurser lagts inom detta område.

Flera landsting har efterfrågat metoder för att hantera skillnader i patientsammansättning och vårdtyngd (case-mix) mellan vårdenheter. Efter inventering och kontakter i landstingen har detta arbete lett fram till en koncentrerad utveckling av ACG-systemet (Adjusted Clinical Groups – utvecklat av Johns Hopkins University). Arbetet har fokuserat på att ta fram svenska anpassade konsumtions- och kostnadsvikter. Detta arbete har nu lett till att mer än hälften av landstingen fullt ut eller i pilotprojekt har anslutit till ACG. Exempelvis Skåne och Västra Götalandsregionen baserar merparten av vårdpengen på ACG.

En annan del i arbetet har varit att samordna landstingen för att hitta en modell som hanterar socioekonomiska skillnader som grund för resursfördelning. Det har funnits olika lokalt och regionalt utvecklade modeller. Inom projektet har ett stort arbete skett för att inventera och utveckla ett stabilt system inom detta område. En modell som därvid lyfts fram är CNI (Care Need Index – ett i England utvecklat system för resursallokering till socialt utsatta områden). Det finns en svensk forskning/akademisk bas för systemets tillämpning inom hälso- och sjukvård. Detta arbete har letts av Karolinska Institutet (prof. Jan Sundqvist). För praktisk tillämpning har SCB också engagerats för att möjliggöra framtagandet av detta index på "listade populationer", eftersom denna typ av index tidigare baserats på geografiska områdesbegrepp.

Inom området "målrelaterade ersättningar" pågår det ett samordnande arbete för att finna hållbara och möjliga variabler som grund för att en del av ersättningen till vårdgivarna ska baseras på uppnådda resultat. Målrelaterad ersättning används redan nu av 15 landsting vid införandet av vårdvalet. I de införda och beslutade vårdvalssystemen uppgår vanligen den delen av ersättningen till ca tre procent.

För att presentera den utveckling som skett inom området så har en välbesökt konferens med ett stort deltagande från landstingen och vårdföretagare genomförts.

### **Helhetsorienterade ersättningssystem – vårdepisoder, sjukdomsgrupper och stimulera flöden/vårdprocesser**

#### **Syfte och bakgrund**

Projektets ambition har varit att genom något pilotprojekt och med kunskapsunderlag utveckla förslag till modeller som är användbara för att ersätta hela vårdkedjor. Sjukvårdens insatser är oftast mycket effektiva, men brister finns i helhet för patienterna och effektivitet utifrån ett totalt samhällsperspektiv. Hälsoresultat är svåra att värdera i ett kortare projekt, men följsamhet till validerade och kända insatser (process och struktur) för att nå hälsovinster har varit en del som prövats.

Tänkt omfattning har varit något projekt hos landsting som jobbar med en identifierad vårdkedja inom psykiatrin och något landsting som jobbar med någon/några somatiska sjukdomsgrupper

#### **Genomförda aktiviteter**

Ett större nationellt seminarium kring ersättningssystem för utvecklade vårdprocesser genomfördes tidigt i projektet. Landstingen erbjöds i samband med denna att medverka i form av delprojekt. Tre lokala projekt har drivits inom området.

#### *Skåne – Utveckling av ett nytt ersättningssystem för vårdprocesser*

Projektet är väldefinierat och omfattar en sjukdomsgrupp, Stroke. Delprojektet har för hela region Skåne fokuserat på en sammanhållen struktur för en sjukdomsgrupp – med flera "aktörer". Vårdprocessen har kartlagts, mål och kvalitetskrav har formulerats och uppföljningen är strukturerad. Inom regionen finns det en "tillsyn" av funktionen i vårdflödet. Detta hanteras av en utsedd vårdprocessansvarig.

#### *Uppsala - Utveckling av ersättningssystem kopplat till "högspecialiserad vård"*

Projektet begränsar sig till ersättningssystem mellan de specialiserade sjukvårdsnivåerna (länssjukvård–regionsjukvård). Projektet syftar till att "skapa en utvecklingsprocess där vårdprocesser mellan vårdnivåerna kommer i fokus, även mellan länssjukvårdsnivån och den högspecialiserade sjukvården inom regionen".

#### *Delprojekt – "Ersättningsmodell för hälsofrämjande insatser i vården"*

Region Skåne har i flera år arbetat med att utveckla en modell som ska leda fram till att skapa incitament för att arbeta hälsofrämjande samt underlätta för verksamhetsutveckling och forskning inom området. Ett uttalat mål är att "ersättningar ska utvecklas i syfte att bättre premiera det förebyggande arbetet". I detta projekt binds ersättningen till att hälsofrämjande åtgärder faktiskt genomförs och "kvitteras" genom journalanteckning. Modellen är inte endast primärvårdsbaserad utan gäller hälsofrämjande aktiviteter på remiss från alla vårdnivåer. Projektet drivs i samverkan med Hälsofrämjande Sjukhus och Vårdorganisationer.



### **Effekter och resultat**

Ersättningssystem som beaktar helhetssyn med samverkande system över vårdnivåer och huvudmannaskapsgränser har haft svårt att få fotfäste bland de utvecklingsfrågor som landstingen hanterar. Mycket är investerat i ord och dokument om samverkan, men frågor om gemensam information, gemensam syn på prioriteringar och beslut och frågan om ersättningssystem som prioriterar samverkan/helhetssyn behöver vidare utveckling.

Projekten som har drivits har genererat samverkansmöten och utbyten med flera landsting. Exempelvis vårdkedjearbeten inom strokeområdet har intresserat flera landsting. Spridningen av modellens arbeten och metoder genomsyrar många ambitioner för utvecklingen av helhetssyn på vården för stora sjukdomsgrupper. Exempel håller på att växa fram inom såväl något mer lättdefinierade områden som Ledplastik som för mer mångfasetterade områden som cancer och multisjuka äldre. Försök att identifiera processkostnader med hjälp av "flödesmodellen" görs också.

Något strukturerat projekt inom området psykiatri har dock inte kommit igång. I projektets slutskede pågår dock ett arbete som kommer att fortgå efter projektets avslutning kring demenssjukdomar, enligt denna metod och tanke.

### **Relationer mellan kostnader och mätbar kvalitet. Ersättning som baseras på kvalitet, resultat, effektivitet**

#### **Syfte och bakgrund**

Projektet har i uppdrag att stödja arbeten i syfte att söka nya sätt att ersätta sjukvården.

Att för svenska förhållanden finna utveckling av former för ersättning för resultat, effekter och kvalitet utifrån nationella data och underlag är en önskvärd utveckling. Att efterforska vilka uppgifter i nationella register som kan användas för att ta fram indikatorer som grund för en målrelaterad ersättning för olika vårdnivåer har varit en del av uppdraget för denna pilotstudie.

#### **Genomförda aktiviteter och resultat**

En större litteraturgenomgång av system med målrelaterad ersättning har genomförts. Resultaten redovisas i en rapport som finns publicerad via SKL. Rapporten är en internationell litteraturstudie med en genomgång av ett stort antal vetenskapliga artiklar inom området.

Projektet har också samlat en grupp för bedömning av möjliga indikatorer för målrelaterad ersättning i primärvård. Gruppen består av personer med uppdrag inom området i Stockholm, Skåne, Västra Götalandsregionen, Norrbotten och Västernorrland. Arbetet har hittills skett inom den gruppen. En rapport kring valda modeller och indikatorer finns publicerad. Arbetet fortgår emellertid för att ytterligare samordna och utveckla underlag för målrelaterad ersättning i primärvård.

Ett lokalt projekt inom målrelaterad ersättning med hälsofrämjande perspektiv har genomförts.

Projekt Ersättning för resultat – Utveckling av ersättningssystem för förebyggande insatser i primärvård. En modell/ett antal variabler för att styra, ersätta och följa upp effekter av gjorda insatser av förebyggande, hälsofrämjande arbete.

Projektet drivs i samverkan mellan Nätverket Uppdrag Hälsa, Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer samt de tre landstingen i Värmland, Västernorrland och Jämtland.

### **Kommentar**

Kanske det område som fått störst energi under slutet av projektperioden. Mer resultat-orienterade modeller tillskrivs förhoppningar om en effektivare och mer innovativt sjukvårdssystem. Många arbeten pågår, men mest koncentrerat till primärvård. Andra specialiteter i öppenvård och för mer specifik slutenvård utvecklar sig långsammare.

Den svåra utmaningen är att hitta stabila, valida variabler som verkligen pekar på vårdresultat, som inte är manipulativa och som det finns nationell konsensus (definitioner etc.) kring.

## **Samordning och plattform för kunskapsuppbyggnad**

### **Syfte och bakgrund**

Utvecklingen och skapandet av nya ersättningssystem bör bygga på forskning och bättre möjligheter till att finna kunskapsunderlag. En satsning på en målinriktad start för utveckling inom detta område utgör en del av den satsning som hanteras i detta projekt. Uppdraget har huvudsakligen innehållit aktiviteter för att

- att stimulera kontakterna mellan forskning och praktik med syfte att berika och stärka det praktiska utvecklingsarbetet kring ersättningssystem i landstingen och att öka fokuseringen på de mest relevanta frågorna inom forskningen.
- förstärka ”bevakningen” av utvecklingen av ersättningssystem såväl mellan landstingen som i de viktigaste ”referensländerna”.

Formerna för denna kunskapsuppbyggnad har varit seminarier med erfarenheter från pågående projekt, inbjudningar av aktuella forskare etc.

En sammanhållande projektledning för att styra och leda de projekt som är SKL:s ansvar och för att samordna arbetet på ett övergripande plan har varit placerat hos SKL.

### **Genomförda aktiviteter**

Projektet har genomfört ett stort antal seminarier, workshops och konferenser. Ansvariga personer i delprojekt och andra samverkansparter har varit mycket aktiva. Landstingens intresse för området har varit stort och den sammanhållande projektledaren har efterfrågats i många olika sammanhang för kunskapsförmedling och liknande.

I en stor del av arbetet har forskare varit representerade. Exempel är

- Patientsammansättning och vårdtyngd/case-mix som underlag för ersättningssystem/vårdpeng i primärvård
- Socioekonomiska modeller
- Vårdvalsmodeller
- Genomslag för modeller för fokus på Effektivitet/Produktivitet

För att säkerställa forskningens närvaro i projektet har som deltagare i samordningsgruppen prof. Johan Calltorp haft uppdraget att samordna och leda till efterfrågade kontakter med forskning/akademi. Särskilt inom projektet skapades mötesplatsen forskning–praktik. Utifrån detta arbete har ett särskilt Handlingsprogram för nationell samling kring ersättningssystem inom hälso- och sjukvård formulerats. En kraftfull satsning för kunskapsutveckling är en av de aktiviteter som föreslås få fortsatt stöd och som presenteras mer utförligt i slutet av denna rapport.

# Förslag på ytterligare insatser

## Aktiviteter inom Socialstyrelsens område

Sammanfattningsvis ges här rekommendationer om ytterligare insatser inom följande områden

- Utveckling och användning av befintliga beskrivningssystem.
- Utveckling av datakällor på nationell nivå.
- Utveckling av och stöd för tillämpning av nationella klassifikationer och kodverk.
- Samordnad utveckling med den nationella strategin för "eHälsa".

### Utveckling och implementering av befintliga beskrivningssystem

- Särskilda insatser i samband med införande av förslag till nationell modell för sekundär klassificering av specialistsjukvården i Sverige inom NordDRG-systemet, bl.a.
  - nationella och lokala tester under 2010 för att validera det nya systemet och inventera behov av initiala insatser samt merkostnader i landstingen och vid sjukhusen.
  - förberedande informationsinsatser inför en eventuell övergång
  - behov av stöd och hjälp till landstingen och sjukhusen från Socialstyrelsens experter kommer att finnas initialt.

### Utveckling av datakällor på nationell nivå

- Genomförande av en pilotstudie kring uppgiftsinsamling inom primärvården i några få landsting/regioner. Syftet med en sådan studie är framförallt att undersöka kvaliteten och jämförbarheten i data som idag registreras lokalt och regionalt.
- Bildande av en utvecklings- och samordningsgrupp i syfte att se över olika användargrupperns informationsbehov, möjligheter till samordnad uppgiftsinsamling samt specificering av ett så optimalt registerinnehåll som möjligt för primärvården.
- Översyn av landstingens förutsättningar för att samla in individbaserade uppgifter om diagnos och åtgärder från privata primärvårdsenheter med offentlig finansiering.
- Ändring av patientregistrets förordning (2001:707) till att omfatta fler yrkeskategorier och primärvård.

### **Utveckling av och stöd för tillämpning av nationella klassifikationer och kodverk**

- Komplettering och anpassning av befintliga nationella hälsorelaterade klassifikationer för användning inom primärvård och psykiatri, i första hand i fråga om åtgärder och diagnoser, samt utveckling av anvisningar för tillämpning inom områden där sådana anvisningar saknas.
- Särskilda insatser behövs för att utveckla nationella kodverk och terminologi för enhetlig beskrivning av
  - för hälsan väsentliga levnadsfaktorer (rökning, kost, alkohol, fysisk aktivitet)
  - typ av vårdkontakter
  - vårdenheter inom primärvården
  - orsaker till förskrivning av främst läkemedel.
- Särskilda insatser för en utökad och kontinuerlig informationsspridning samt förbättrat stöd till verksamheter, landsting och olika yrkesgrupper.

### **Samordnad utveckling med den nationella strategin för eHälsa**

- Särskild analys av hur en gemensam informationsstruktur i vård och omsorg och ett enhetligt regelverk för informationshantering ska stödja vidareutveckling och tillämpning av beskrivnings- och ersättningssystem.

Samtliga ovanstående aktiviteter har ett nära samband med pågående nationella utvecklingsarbeten inom strategin för eHälsa som syftar till att förbättra infrastrukturen för en effektiv och säker informationshantering i vård och omsorg. Socialstyrelsens och andra aktörers insatser inom området kommer på sikt att förändra förutsättningarna för dokumentation i vård och omsorg, och påverkar därmed också förutsättningarna för uppföljning med fokus på beskrivnings- och ersättningssystem.

Uppdragen inom den nationella strategin för eHälsa har inledningsvis fokus på att utveckla struktur och grund för IT-stöd för dokumentation i vård och omsorg utifrån ett individ- och processorienterat synsätt. För att säkerställa och optimera att relevant information om verksamheterna också i framtiden kan användas på det sätt som är önskvärt för befintliga eller nya beskrivnings- och ersättningssystem, behöver dessa utvecklingsarbeten i större utsträckning än tidigare samordnas.

Vårdens dokumentationssystem ger generellt sett inte ett optimalt stöd för en ändamålsenlig och effektiv dokumentation, och inte heller önskvärt stöd för att hantera sekundär klassificering enligt gällande regelverk. Systemen behöver utvecklas både genom bättre gränssnitt och tekniska möjligheter att dokumentera kliniskt relevant information på ett strukturerat sätt, med överenskomna begrepp och termer, och enligt en gemensam informationsstruktur.

Framöver är det särskilt angeläget att större uppdrag inom dessa områden samordnas ur perspektivet att effektivisera utveckling och förvaltning av nationella resurser och regelverk inom Socialstyrelsens hela område (datakällor för statistik, klassifikationer och kodverk, terminologi, informationsstruktur, regelverk för uppföljning, inrapportering etc.). Ett sammanhängande nationellt regelverk för informationshantering ger verksamheterna i vård och omsorg bättre förutsättningar att uppfylla centrala krav på dokumentation, inrapportering och uppföljning.

## Aktiviteter initierade inom SKL:s område

Ytterligare insatser omfattar huvudsakligen områdena

- Utveckling av vårdens beskrivningssystem avseende patientrelaterad kostnadsredovisning (KPP).
- Målrelaterad ersättning kopplad till utvecklingen av effektivitet, kvalitet och frigörande av innovationskraft.
- Ersättningssystemens effekter, skillnader i resultat, beroende av den struktur de hamnar i hos vårdgivarna, till stöd för mångfald av vårdgivare.

Det vore en fördel att stödja en fortsättning med aktiviteter inom dessa områden nu när många utvecklingsfrågor redan "är på rull".

Nedan följer en beskrivning av dessa projektområden där fortsatta och utvecklande aktiviteter föreslås.

### **Utveckling av patientrelaterad kostnadsredovisning**

- Kartläggnings- och utvecklingsseminarier inom området
- Projekt för breddning och fördjupning i inrapportering till KPP-databasen

Ytterligare satsningar behövs för att utveckla och sprida den patientrelaterade kostnadsredovisningen KPP (systemet för att redovisa Kostnad Per Patient). Arbetet har tagit stor fart och prioriteringen är att få fram kostnadsdata från de vårdgrenar där sådana endast finns i begränsad utsträckning (primärvård och psykiatri) och att få med de landsting som ännu inte infört KPP och redovisar kostnadsdata till den nationella databasen. Landstingen har genom beslut i Landstingsdirektörsföreningen tagit sig an uppgiften att utveckla arbetet med KPP. Detta innebär för SKL också en ökad satsning på utveckling av principer för datafångst, samt databas för nya och mer omfattande data.

### **Målrelaterad ersättning**

Utvecklingen av målrelaterad/resultatbaserad ersättning har varit en del av det ordinarie projektet. Utifrån landstingen prioriterade arbetet med vårdvalet för primärvård så har det varit stort fokus på målrelaterad ersättning inom detta område. Arbetet har dock visat att det finns stora ytterligare behov av att analysera och validera de olika möjliga variablerna/indikatorernas lämplighet inom ersättningssystemen.

Att mer direkt fokusera på och använda direkta effekt-/resultatmått har visat sig vara en stor utmaning. Avseende kliniska resultat så är användbarheten i ersättningssystem en utmaning, bl.a. beroende av att de kvalitetsregister som finns främst utvecklats för andra ändamål, täckningsgraden är högst varierande och de är i grunden frivilliga att delta i. Trots denna utmaning så är detta arbete en viktig utveckling av djärvare fokusering på mål, resultat och effekter för att initiera nya lösningar med innovationskraft för en ökad effektivitetsutveckling

Att hitta relevanta indikatorer/variabler/sammanvägda mått inom alla medicinska specialiteter kräver mer omfattande aktiviteter än de begränsade projekt som funnits inom det ordinarie projektet.

### **Ersättningssystem utifrån vårdgivarens/utförarens perspektiv**

Landstingen arbetar kontinuerligt med utvecklingen av resursfördelning och ersättningssystem. Ambitionen är att ersättningssystemen ska bidra till kostnadskontroll, utveckling av produktivitet, ökad kvalitet, bättre samverkan etc. Olika modeller prövas och förkastas. Arbetet har i allt väsentligt utgått från sjukvårdshuvudmännens behov av att med ersättningssystemen utveckla önskad styrning av vårdens innehåll. Allt för liten kraft har använts för att utvärdera om ersättningssystemen når önskade effekter, skillna-

der i resultat, frigörande av utveckling och innovationskraft beroende av den struktur de hamnar i hos vårdgivarna.

Att ytterligare fördjupa frågeställningar som om det finns det värderingar och strukturer som gynnar eller hindrar är önskvärt. Påverkas resultaten av organisationens egen syn på sitt uppdrag. Finns det närliggande branscher/verksamhetsområden med andra lösningar för effektiv styrning med hjälp av ersättningssystemen som kan användas för utveckling inom hälso- och sjukvård. Ett projekt inom området skulle vara starkt stimulerande till fortsatta aktiviteter för att inspirera till mer och fler innovativa verksamhetsformer för att tillhandahålla vård utifrån patientperspektivet.

## En särskild satsning för att stödja kontakten mellan Forskning – Praktik för utveckling av vårdens ersättningssystem

Projekt för utveckling av ersättningssystemen inom hälso- och sjukvård är format mot bakgrund av de angelägna behoven av ett flexibla, mera innovativt och utvecklingsinriktat vårdssystem där frågor kring produktivitet och effektivitet står i förgrunden. En bakgrund är också behoven för landstingen att kunna hantera en ökande mångfald av vårdgivare. De hittills påbörjade och genomförda delprojekten adresserar ett antal viktiga pågående och nya utvecklingsfrågor inom området.

Uppkomsten till utvecklingsarbetet var det seminarium med medverkan av internationell forskning som hölls i juni 2007 och det som speglade den svenska utvecklingen i september samma år. Vid dessa tillfällen redovisades viktiga generella utvecklingslinjer inom området ersättningssystem. Seminarierna gav stöd för projektets utgångspunkt att ett specifikt svenskt utvecklingsarbete inom området är angeläget. Vidare klargjordes styrka och svagheter i det svenska sjukvårdssystemet i just dessa avseenden. Det blev också tydligt att det finns ett betydande internationellt samarbete inom området liksom att samspelet mellan relevant forskning inom området och den konkreta praktiska utvecklingen av ersättningssystem är angelägen, men inte alltid lätt att uppnå.

Detta förslag till handlingsprogram bygger på de erfarenheter som hittills gjorts inom projektet och de påbörjade aktiviteter som skett till ett närmande mellan forskare och praktiker som har kunskaper och intresse i just dessa frågor.

I det projekt som nu genomförs kring utvecklingen av vårdens ersättningssystem har kopplingen och samspelet mellan forskare/akademi och landstingens behov av mer kunskapsbaserad vårdutveckling varit framgångsrikt. Exempel på områden där forskningen varit involverad är utvecklingen av:

- sekundära vårdklassifikationssystem för att värdera vårdtyngd och case-mix
- socioekonomiska modeller som underlag för resursfördelning utifrån behov
- målrelaterade ersättningssystem
- ersättningssystemens roll, funktion och inverkan

Det arbete och de aktiviteter som bedrivits har tydligt visat på ett fortsatt behov av samverkan forskning – praktik, främst utifrån perspektivet tillämpad forskning. Det är därför viktigt att formulera ett underlag för en nationell samling (ett handlingsprogram) för fortsatt akademiskt stöd till utvecklingen av ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården.

### **Ersättningssystem – en dimension av många i styrning av hälso- och sjukvård**

Ersättningssystem är en strategiskt viktig kärna i ett sjukvårdssystem med en mängd påverkningar och effekter. Det utgör en teknik att finansiellt ersätta vårdgivare. Detta innefattar frågor kring volym och kvalitet av utförda vårdtjänster. Samtidigt skall/kan ersättningssystemet ge en påverkan på inriktningen och utformningen av vårdtjänsterna och det sätt de utförs. Det är alltså en central del i de instrument som den vårdansvarige

kan använda för att påverka vården. Samtidigt kan ersättningssystem inte ses isolerade från andra styrinstrument utan de utgör en del i en helhet, ett av flera ”redskap” för styrning och utveckling. Ersättningssystemen ska bidra till att ”balansera” sjukvårdssystemets olika mål och målkonflikter – kostnadskontroll, effektivitet, produktivitet, tillgänglighet – men också hälsomål och rättvisa. Det finns en betydande kunskapsmassa och erfarenhet samlad både inom praktiken och i forskningen kring dessa olika områden – såväl internationellt som i Sverige. Det finns alltså en kunskapsmassa att mobilisera och använda. Det praktiska konkreta utvecklingsarbetet är i Sverige mindre välutvecklat än i många andra länder. Den specifika forskningen är också blygsam, men det finns betydande kunskapsmassor som kan mobiliseras.

### **Svensk tradition inom området**

Svensk sjukvård har en övervägande budgetstyrning som tradition sedan många decennier. Detta har bidragit till en internationellt sett stark budgetkontroll och en totalkostnad för vården som inte är hög. Hälsomålen för svensk vård är också uppnådda i betydande utsträckning på befolkningsnivå och i viktiga specifika avseenden. Inom svensk hälso- och sjukvård debatteras oftast att de viktigaste problemen fortsatt är tillgänglighet och en helhetssyn. Det finns också indikationer på möjligheter att förbättra såväl produktivitet som effektivitet (åtminstone mätt med vissa mått). Stora skillnader över landet och mellan vårdgivare i tillgänglighet och frekvens av vanliga vårdåtgärder är också demonstrerade bl.a. i Öppna jämförelser.

Sverige har en tradition för kostnadsredovisning inom vården avseende organisatoriska enheter (kliniker, avdelningar etc.) och inte för enskilda patienters vård eller vårdförlopp. DRG infördes tidigt (1986) som klassificeringsinstrument, senare följt i vissa landsting av ACG, RUG m.fl.

Särskilda initiativ har också tagits för att bygga upp en kostnadsredovisning i förhållande till enskilda patienter i det s.k. KPP-systemet. Fortfarande är detta dock inte heltäckande och i stort behov av fortsatt utveckling. Detta gäller också andra delar av klassificeringssystemen – inte minst länkarna mellan verksamhetsmått och resursmått som ingående enheter i ersättningssystemet.

Av stor betydelse och möjlighet inför framtiden är att Sverige har en stark tradition av populationsbaserade vårddatabaser och diagnosspecifika kvalitetsregister. Dessa skulle på ett helt annat sätt än hittills kunna användas för en utveckling av vårdens ersättningssystem. Utvecklingen av den digitala informationstekniken – där stora satsningar nu sker – är en annan viktig förutsättning för ersättningssystemens ändamålsenliga framväxt.

### **Samspel forskning – praktik**

Som tidigare nämnts adresserar vårdens ersättningssystem mångdimensionella och komplexa frågor. De har också ett starkt samband med vårdens traditioner, organisatoriska förhållanden och nationella särart. Samtidigt är den internationella specifika utvecklingen inom området stark. Ett antal kunskapsområden – såväl teoretiska som praktiska - berörs.

Den grundläggande kunskapsutvecklingen inom detta område (liksom inom många andra) sker inom universitetsforskningen. Exempel på ämnesområden av stor betydelse är t.ex. hälsoekonomi, företagsekonomi, informatik, hälsosystemforskning, teknologivärdering, kvalitetsutveckling/förbättringskunskap, kvalitetsmätning, folkhälsovetenskap (exempelvis grundläggande kunskaper kring hälsans bestämningsfaktorer), etik och forskning kring incitament och drivkrafter. Var och en av dessa discipliner har viktiga bidrag i konstruktion och framförallt förståelse av hur ett specifikt ersättningssystem fungerar. Det finns pga. komplexiteten i frågorna ett ökande flerdisciplinärt samarbete.

I Sverige är dessa områden var för sig ganska små i volym och växlande i styrka. En central strategisk fråga är att åstadkomma kritisk massa och ändamålsenliga samspel mellan olika forskare, enheter och ämnesområden över landet. Samarbeten som har fokus på ersättningssystem utgör en av flera strategiskt viktiga mål. Arbetet inom ersättningssystemprojektet i form av en särskild inventering har visat att den specifika forskningen just kring ersättningssystem i Sverige är blygsam. Detta är inte förvånansvärt med hänsyn till den dominerande budgettraditionen och att forskningsmedel inom detta område inte varit prioriterade och forskningen har hittills inte varit särskilt efterfrågad.

De konkreta utvecklingsaktiviteterna inom landstingen är också ojämnt utvecklade. De senaste årens intresse för exempelvis vårdval och i viss mån konkurrensmodeller har emellertid påtagligt ökat intresset och också efterfrågan på kunskap och perspektiv från forskningen.

Bedömningen inom projektet – och inom referensgrupper såväl gentemot landstingen som mot forskningen visar entydigt att det finns angelägna behov av aktiviteter mellan just forskning och praktik för att snabba upp landstingens egen förmåga att hantera frågeställningarna inom området.

### **Konferens forskning – praktik**

En särskild konferens den 12 november 2009 samlade ett 40-tal personer från landstingens strategiska utvecklingsavdelningar och de centrala forskarna från berörda forskningsmiljöer.

Programmet innefattade genomgångar av dels landstingens konkreta praktiska behov inom området, dels exempel på projekt och utvecklingsområden inom forskningen av relevans. Möjligheterna till ett förbättrat och utvecklat samspel mellan forskning och praktik diskuterades ingående. Detta bedöms som en avgörande fråga för en snabbare utveckling och implementering av kunskap som ”höjer” ersättningssystemens nivå och funktion och därmed bidrar till ett bättre och effektivare sjukvårdssystem. Konferensen – och den föregående inventeringen av pågående forskning – visade att det finns dels existerande relevant kunskap inom universiteten, dels pågående projekt kring vissa frågeställningar. Det finns emellertid ett tydligt behov av förstärkning och koncentration kring ett antal för framtiden viktiga frågor.

Dagens forskningsstödjande organ har inte fokus på dessa frågor och det bedöms att en utveckling av relevant forskning via denna mera reguljära anslagsväg tar mycket lång tid. Dessutom skulle rätt utformat specialinriktat forskningsstöd kunna stimulera just samspelet forskning – praktik. Goda erfarenheter av detta finns t.ex. från den särskilda satsning kring forskning om sjukvårdens förändringar som genomfördes av SKL, Socialstyrelsen och fem enskilda landsting 2002 – 2006, (detta projekt finns redovisat i ett tidigare sammanhang i en särskild rapport). Nedanstående förslag till organisation samt strategiska områden för ett särskilt forskningsstöd bygger på konferensens diskussion och ett samråd mellan forskare och praktiker efter konferensen.



## **Förslag till Nationellt handlingsprogram för forskning – praktik kring ersättnings-system**

### ***Strategiska områden***

Många aspekter är aktuella, men följande områden har i de hittillsvarande diskussionerna setts som särskilt intressanta och angelägna:

#### **1. Ersättningssystemens roll och påverkan (systemperspektiv)**

- Ett utvecklingsområde rör en starkare kunskapsbas kring de enskilda patienterna som resursbärare och modeller där detta perspektiv stärks.
- Incitament, motivation och drivkrafter och dessas relation till ersättningssystemets konstruktion liksom till utfall och påverkan av vården. Här finns bl.a. ett angeläget område som rör ersättningssystem som stödjer en helhetssyn och stimulerar samverkan mellan vårdgivare och även mellan huvudmän.

#### **2. Ersättningssystemens utformning (modeller, mått metoder)**

- Kvalitetsmätning av vårdinsatserna kopplat till ersättningsmodeller (livskvalitetsmått, medicinska resultatmått). Området är mycket prioriterat som underlag för fortsatt utveckling av målrelaterade ersättningssystem.
- Vårdtyngdsmätningar/case-mix. Ersättningssystem där ersättningen kan kopplas till kapiteringsmodeller – metoder att ersätta med en viktad ersättning för ett vårdåtagande och/eller viktade ersättningar för åtgärder baserade på vårdtyngd. Särskilt viktigt är att finna rättvisande grund så att relevant ersättning kan fördelas avseende vårdtagare med komplexa behov etc.
- Olika socioekonomiska mätningar av grupper och populationer och relation till ersättning.

#### **3. Ersättningssystemens implementering (verksamhets- och organisations-perspektiv)**

- Olika vårdvalsmodellens konstruktion och relation till ersättning. Stimulans av innovation, dynamik och mångfald.
- Ersättningssystemen i relation till andra redskap för utveckling av produktivitet och effektivitet.
- Transparens i åtagande och kostnader i en mera dynamisk vårdstruktur.

### **Organisation och resursbehov**

Det föreslagna handlingsprogrammet för forskning – praktik inom ersättningssystemområdet bör förläggas till en miljö med akademisk trovärdighet och med ett uttalat intresse för kopplingen till de praktiska frågeställningarna. Mot bakgrund av den tidigare klarlagda bilden av hur forskningen inom området ser ut i Sverige är målet att engagera forskare inom ett antal miljöer med intresse för dessa frågor. Det är avgörande för framgång att frågorna belyses från flera olika discipliner såsom t.ex. vård- och omsorgsforskning, ekonomisk forskning, forskning kring ledarskap och organisation samt tekniska forskningsdiscipliner såsom IT.

Förutom uppgiften att skapa ett fungerande nätverk nationellt, med starka internationella kontakter, är ett tvärdisciplinärt anslag med kopplingen till praktikens behov viktig.

Följande organisation föreslås för att säkerställa dessa samlade krav:

- En referens/styrgrupp bildas av utvalda centrala aktörer inom vårdsektorn med intresse av organisation och styrning av vård. Denna grupp svarar för en viktig del av programmets inriktning och kurs liksom kraven på kopplingen till praktiken.
- En rad aktiviteter initieras för att nyttiggöra den forskning som produceras – via sedvanliga vägar som seminarier, skriftserier, debatt m.m., den aktiva och levande kontakten mellan forskning och praktik måste eftersträvas. Erfarenheter av lyckade och mindre lyckad försök inom detta fält såväl i Sverige som internationellt bör mobiliseras.
- Den koordinerande rollen för detta program, vilket innefattar ansvar att initiera projektområden, uppföljning och spridning av resultat enligt ovan bör kunna hanteras inom en budget av 2 milj kronor per år. Därutöver tillkommer finansiering av själva forskningsprojekten. En tänkt första nivå för dessa kan vara 6–8 miljoner per år, under minst 3 år. Det är angeläget att en mobilisering sker av olika intressenter vilka bör känna ett ansvar för denna angelägna fråga t.ex. staten, offentliga och privata sjukvårdshuvudmän, privata och offentliga stiftelser m.fl.

# Ordlista

ACG	Adjusted Clinical Groups. Episodgrupperare utvecklade för att mäta sjuklighet i befolkningen över en tidsperiod. Används till att fördela resurser inom primärvården.
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Klassifikation över aktiva substanser och läkemedel som används i FASS (Farmaceutiska specialiteter i Sverige) och som alternativ till läkemedelskoder (i kodserien T36-T50) i KSH97.
Beskrivningssystem	System för att förteckna och definiera relevanta vårdtjänster samt metoder för hur man skall hantera åtgärder. Beskrivna vårdtjänster kopplade till diagnosuppgifter och information som beskriver kvaliteten i och effekterna av vården, ska kunna kostnadsberäknas vilket är en förutsättning för att ta fram ersättningsmodeller.
Patientsammansättning	Fallblandning i DRG-systemet. Ibland används istället begreppet casemix. Vid jämförelse av vårdkostnad mellan sjukhus måste beaktas att sjukhusen kan ha olika patientsammansättning.
CC	Complication and/or comorbidity. Avser komplikation och/eller komplicerande sjukdom i DRG-systemet.
CNI	Care Need Index. Socioekonomiskt index som utvecklats för att vara ett instrument för att beskriva skillnader i risk för ohälsa. Används för rättvisare resursfördelning med hänsyn taget till skillnader utifrån socioekonomiska förhållanden i populationer (listade populationer).
DRG	Diagnos relaterade grupper. Ursprungligen ett amerikanskt patientklassificeringssystem som bl.a. bygger på ICD-koder.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Det amerikanska psykiatrisällskapets system för diagnosklassifikation. Används över hela världen. Den senast upprättade klassifikationen benämns DSM-IV-TR.

EPICON	Episode Constructor. Episodgrupperare utvecklade för att mäta sjuklighet i befolkningen över en tidsperiod. Används till att fördela resurser inom primärvården.
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. WHO. Klassifikation över sjukdomar och hälsoproblem för epidemiologiska, statistiska och diagnostiska syften. Internationell konvention. Hänvisningar i dokumentet avser den gällande svenska versionen, KSH97, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, 1997.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO. Klassifikation över funktionstillstånd och funktionshinder. Finns i svensk version, Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder och hälsa. Hänvisningar i dokumentet till ICF avser den svenska versionen av klassifikationen.
KKO	Klassifikation av kontaktorsak. Socialstyrelsen har arbetat fram ett preliminärt förslag som beskriver en grov indelning av kontaktorsaker som till största delen utgår från kroppens anatomi.
KPP	Kostnad per patient. Individbaserat system för patientrelaterad kostnadsredovisning. Kostnadsdata samlas in årligen till en databas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Insamlingen sker på frivillig basis från sjukhus.
KSH97	Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Den svenska versionen av diagnosklassifikationen ICD-10.
KSH97P	Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 - Primärvård. Utarbetad och utgiven av Socialstyrelsen på uppdrag av Svenska Föreningen för Allmänmedicin, SFAM. Består av ett urval av sådana diagnoser som är relativt vanligt förekommande i allmänläkarverksamhet. Vissa närliggande diagnoser samt mindre frekvent förekommande diagnoser har förts samman till nya grupper. KSH97P är inte fullt ut kompatibel med KSH97.
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder. KVÅ utgör en sammanslagning av Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ) och de så kallade icke-kirurgiska åtgärdskoderna KMÅ (Klassifikation av medicinska åtgärder).
MS-DRG	Medicare Severity Grouper DRG. Amerikanskt DRG-system som beskriver patienterna i olika nivåer av sjukdomars svårighetsgrad (complication and/or comorbidity).
NordDRG	Gemensamt nordiskt DRG-system utvecklat av de nordiska länderna utifrån ett amerikanskt DRG-system och som anpassats till nordisk primärkodning.

Primär patientklassificering	Innebär att man utifrån tillgängliga uppgifter och direkta observationer primärt inordnar en vårdkontakt i en (och endast en) viss kategori enligt gällande anvisningar för det aktuella klassifikationssystemet. Exempel på vanlig primärklassificering är diagnoser enligt ICD-10.
RBRVS	Resource Based Relative Value Scale. Amerikanskt system som används för att ersätta primärvårdsläkare på grundval av åtgärds-koder.
Sekundär patientklassificering	På basis av primärt klassificerad medicinsk grundinformation utifrån en förutbestämd algoritm klassificera/gruppera enskilda patienters vårdhändelser till större grupper som har både medicinsk och resursmässig relevans för verksamhetsuppföljning.
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms. Ett omfattande kliniskt begreppssystem som innehåller en stor mängd begrepp och termer och deras inbördes relationer för att beskriva symtom, kliniska fynd, åtgärder m.m. Svensk översättning pågår.

# Särskilda rapporter producerade inom projektet



## **Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården – En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter**

Hälso- och sjukvården står nu inför starka krav på utveckling, förnyelse och effektivisering för att möta de framtida utmaningarna. Sjukvårdens ersättningssystem kan spela en viktig roll som en del i redskapsarsenalen för ett mera utvecklat system som förmår motsvara kraven.

En intensiv utveckling kring dessa frågor pågår i omvärlden. I USA finns ett påtagligt intresse att koppla ekonomisk ersättning till uppnådd kvalitet och måluppfyllelse, s.k. ”pay for performance”. Många europeiska länder bedriver utveckling av sina ersättningssystem, bl.a. utgående från tradition och kulturella förutsättningar. Rapporten ger en samlad översikt över denna utveckling med hänvisningar till litteratur och andra kunskapskällor. Tänkbara strategier och utvecklingslinjer för Sverige diskuteras mot bakgrund av den internationella utvecklingen.



## **Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård – En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer**

Hälso- och sjukvården står nu inför starka krav på utveckling, förnyelse och effektivisering för att möta de framtida utmaningarna. Sjukvårdens ersättningssystem kan spela en viktig roll som en del i redskapsarsenalen för ett mera utvecklat system som förmår motsvara kraven. En intensiv utveckling kring dessa frågor pågår.

Den här rapporten avser att på ett övergripande sätt beskriva resonemang kring olika ersättningssystem samt en del av de erfarenheter som samlats kring landstingens arbeten inom området.



### Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval

Denna rapport är ett led i det långsiktiga kunskapsuppbyggandet kring vårdval i primärvården.

I rapporten presenteras ett förslag till områden och mått som är centrala i uppföljningen och utvärderingen av vårdvalsmodeller. Syftet med rapporten är att landsting och regioner med delvis olika vårdvalsmodeller ska kunna lära av varandra när det gäller effekterna av olikheterna i utformningen av modellerna. Rapporten är en del av det nationella projektet, "Utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård".

Utgångspunkten för rapporten är att det finns anledning att följa upp och utvärdera de delvis olika vårdvalsmodeller som är införda eller kommer att införas under de närmaste åren på ett sätt som möjliggör jämförelser mellan dem och därmed ett lärande kring hur olika modeller fungerar. I denna rapport presenteras ett förslag på områden (perspektiv) som bör täckas in vid en sådan uppföljning. Inom respektive område presenteras några mått som kan utgöra kärnan i uppföljning och utvärdering.



### Målrelaterad ersättning i primärvården – kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009

Rapporten redovisas uppdraget att kartlägga och sammanställa de modeller som hittills

utvecklats för målrelaterad ersättning inom ramen för vårdval i primärvården. Material hämtas från samtliga landsting och regioner som använder sådana principer. Fokus ligger på vilka mål och indikatorer som används inom ramen för målrelaterad ersättning. Sammanställt material diskuteras också med utgångspunkt i internationell litteratur om principer för och erfarenheter av målrelaterad ersättning.

Rapporten ger också kunskap om vilka variabler/indikatorer som används för målrelaterad ersättning inom primärvård. Rapporten ger också bakgrund samt vägledning i den fortsatta utvecklingen av indikatorer, variabler och synsätt, för fortsatt utveckling och samverkan inom området.



### Vårdval i primärvården

I rapporten jämförs erfarenheter och ambitioner med fokus på principiella skillnader och likheter avseende utformning av ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter i vårdval för primärvården. Med utgångspunkt i jämförelsen diskuteras även framtida utmaningar och behov av fortsatt utveckling.

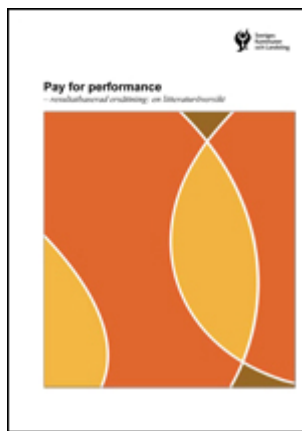


### Analys av effektivitet – en metodstudie med hjärtsjukvården som exempel

I denna rapport studeras effektivitet. Det är en metodstudie som syftar till att undersöka olika angreppssätt för att analysera hälso- och sjukvårdens effektivitet med hjärtsjukvården som exempel. Detta görs genom att i studien:

- beskriva och kalkylera konsumtionen av hjärtsjukvård och dess kostnader
- illustrerar eventuella samband mellan hjärtsjukvårdens kostnader och kvalitet
- beräknar merkostnader vid val av icke-kostnadseffektiva behandlingar

Målet med rapporten är att besvara kärnfrågan om det med befintlig information går att analysera hälso- och sjukvårdens effektivitet



### Pay for performance: resultatbaserad ersättning – En litteraturöversikt

Rapporten är skriven av Stefan Håkansson och Michael Högberg inom ett uppdrag från

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting. Utvecklingen av resultatbaserad ersättning (målrelaterad ersättning, kvalitetsersättning etc.) är under stark utveckling inom hälso- och sjukvården och detta kunskapsunderlag har presenterats i olika sammanhang. Efterfrågan avseende kunskap inom området är stort varför den här skriften publiceras som en del inom det nationella utvecklingsprojektet för ersättningssystem inom hälso- och sjukvård.

Sveriges Kommuner och landsting har fått regeringens uppdrag att bedriva ett projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Projektet ska stödja en positiv utveckling av hälso- och sjukvården.



### Ersättning för resultat

En rapport från ett projekt där Värmland, Västerbotten och Jämtland i samverkan med nätverket "Uppdrag Hälsa" formulerat indikatorer och strategier för målrelaterad ersättning för hälsofrämjande aktiviteter.



# Referenslitteratur

**Referensrapporterna bifogas inte men finns som arbetsmaterial. Bilagorna 1-8 finns hos Socialstyrelsen (kontaktperson Mona Heurgren) och 9-13 hos Sveriges Kommuner och Landsting (kontaktperson Staffan Lindvall).**

Bilaga 1	Förbättrad beskrivning av den specialiserade öppna vården inom NordDRG.
Bilaga 2	Förslag på ny gruppering av komplicerade fall i NordDRG.
Bilaga 3	Förutsättningar för att utvidga patientregistret till att omfatta fler yrkeskategorier.
Bilaga 4	Utveckling av system för elektronisk rapportering till patientregistret.
Bilaga 5	Utveckling av förutsättningar för en förbättrad diagnoskodning inom psykiatri och översyn av sekundär grupperingar inom psykiatri (Socialstyrelsen - delprojekt 5 och 6).
Bilaga 6	Inventering av befintliga beskrivningssystem inom primärvården (Socialstyrelsen - delprojekt 7).
Bilaga 7	Utreda förutsättningarna för att utvidga patientregistret till att omfatta primärvård (Socialstyrelsen - delprojekt 8).
Bilaga 8	Kartläggning och rekommendationer till användning av nationella klassifikationer inom primärvård (Socialstyrelsen - delprojekt 9).
Bilaga 9	Genomförandet av breddning och fördjupning av arbetet med patientrelaterad kostnadsredovisning (KPP).
Bilaga 10	Projektrapport för nytt ersättningssystem för vårdprocesser – Region Skåne.
Bilaga 11	Projektrapport för ersättningssystem kopplat till ”högspecialiserad vård” – Uppsala läns landsting (Akademiska sjukhuset).
Bilaga 12	Projektrapport från ”Utveckling av ersättningsmodell för hälsofrämjande insatser i vården” – Region Skåne i samverkan med nätverket Hälsofrämjande Sjukhus och Vårdorganisationer.
Bilaga 13	Målrelaterad ersättning med hälsofrämjande perspektiv i Primärvård. Landstingen i Värmland, Västerbotten, Jämtland och i samverkan med nätverket Uppdrag Hälsa.

De särskilda rapporter (presenterade före bilagesammanställningen) som utarbetats och finns tillgängliga via SKL och Socialstyrelsen biläggs inte rapporten.

# Utveckling av ersättnings-system inom hälso- och sjukvården

---

## Slutrapport

Regeringen gav i beslut den 19 december 2007 Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i uppdrag att i samverkan med Socialdepartementet bedriva ett arbete med att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättnings-system så att dessa kan bidra till att förbättra vårdens innehåll och resultat.

Socialstyrelsens del i arbetet har varit att, som grund för utvecklingen av ersättningssystem, dels utveckla befintliga beskrivningssystem och dels särskilt arbeta med förutsättningarna för en förbättrad infrastruktur för vårdbeskrivning inom primärvård och psykiatri. Uppdraget har även inbegripit att utveckla en nationell modell för att beskriva effektivitet med hjärtsjukvården som exempel.

SKL har haft uppdraget att bedriva olika projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Utvecklade ersättningssystem är ett av flera verktyg för att förbättra vårdens effektivitet.

Upplysningar om innehållet  
Staffan Lindvall, [staffan.lindvall@skl.se](mailto:staffan.lindvall@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2010  
ISBN: 978-91-7164-559-3

Ladda ned på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer). ISBN:978-91-7164-559-3