

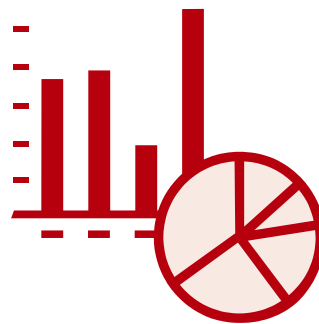
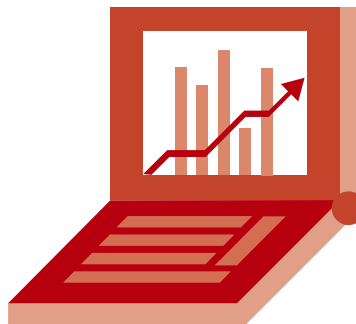
# Nationella KPP-principer, version 2

*Kostnad Per Patient*



# Nationella KPP-principer, version 2

*Kostnad Per Patient*



Sveriges Kommuner och Landsting  
118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20  
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50  
info@skl.se, www.skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting

Grafisk form och produktion SKL FS Grafisk Produktion 2009

Illustration Linda Johansson

Tryck

ISBN 978-91-7164-467-1

# Förord

---

KPP står för kostnad per patient och är en metod för att beräkna sjukvårdens kostnader per vårdkontakt och patient. Vi kallar det också för patientrelaterad kostnadsredovisning.

De första KPP-principerna, som avsåg slutna somatisk vård, publicerades 2002 och uppdaterades 2006 i ett samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och expertgruppen för KPP-frågor. I expertgruppen ingår representanter för de sjukhus och landsting som har infört KPP.

Sedan de första versionerna av KPP-principerna publicerades har metoden utvecklats och principerna har utökats till att omfatta andra vårdformer än den slutna somatiska vården. KPP-principer har nu tagits fram även för öppenvård, primärvård och psykiatri, och de bygger på nya primära klassifikationer för att beskriva innehållet i sjukvården.

Denna rapport innehåller en andra uppdatering av 2002 års grundversion av nationella KPP-principer. Uppdateringarna har främst inriktats på:

- att förtydliga vårdtjänstbeskrivningen samt rekommendera en miniminivå för ett KPP-system
- att lyfta fram betydelsen av att fånga kostnader som "sticker ut" samt visa exempel på hur detta kan göras
- att utveckla rekommendationerna för KPP inom öppenvården

Uppdateringarna har sammanställts av Anne Kronander, Landstinget Västmanland, på uppdrag av SKL. Principerna har förankrats i SKL:s expertgrupp för KPP-frågor. Frågor om rapporten kan ställas till Leif Lundstedt eller Åke Karlsson på SKL.

Stockholm i juni 2009

*Agneta Rönn*

Chef för statistiksektionen  
Avdelningen för ekonomi och styrning  
Sveriges Kommuner och Landsting

# Innehåll

---

<b>Förord</b>	<b>3</b>
<b>Innehållsförteckning</b>	<b>4</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>6</b>
<b>2. KPP-modellen</b>	<b>8</b>
<b>3. Nationella rekommendationer för totalkostnadsredovisningen i KPP</b>	<b>10</b>
3.1 Riktlinjer för beräkning av totalkostnaden i ett KPP-system	10
3.2 Fördelning av gemensamma kostnader	12
<b>4. Nationella rekommendationer för beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster i KPP</b>	<b>14</b>
4.1 Beskrivning av vårdtjänster	14
4.2 Rekommendationer för beskrivning av vårdtjänster i KPP	15
4.3 Kostnadsberäkning av vårdtjänster	21
4.4 Särskilda rekommendationer för öppenvårdskontakter	25
4.5 Sammanfattande rekommendationer för kostnadsberäkning av vårdtjänster i KPP	27
<b>5. Nationella rekommendationer för matchning av vårdtjänster i ett KPP-system</b>	<b>29</b>
5.1 Principer för matchning i ett KPP-system	29
5.2 Särskilda matchningsrekommendationer för öppenvård	30
5.3 Sammanfattande rekommendationer kring matchning av vårdtjänster	31
<b>6. Metod för kvalitetskontroll av kostnadsdata</b>	<b>32</b>
6.1 Enhetlighet och transparens i inlevererade KPP-data	32
6.2 KPP-datas beskrivningsvärde	32
<b>Bilaga 1</b>	<b>34</b>
KPP-modellens begrepp	34
<b>Bilaga 2</b>	<b>35</b>
Referenser	35
<b>Bilaga 3</b>	<b>36</b>
Exempel på viktningsmodell	36

# Sammanfattning

---

Denna rapport utgör en andra uppdatering av de nationella principer som publicerades i samband med att Landstingsförbundets KPP-projekt avslutades 2002 och kallas därför KPP-principer version 2.

Rapporten vänder sig till personer som praktiskt arbetar med KPP i sjukvården.

Grundmaterialet har utarbetats i ett samarbete mellan SKL och de landsting och sjukhus som arbetar med KPP inom ramen för KPP:s expertgrupp.

Modellen och principerna är i grundläggande delar desamma som i den senaste versionen från 2006. Huvudsyftet med uppdateringarna är att genom vissa förtydliganden öka förutsättningarna för god KPP-kvalitet samtidigt som ambitionen att KPP ska införas i samtliga landsting understöds. Principfrågor om beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster inom öppenvården har lyfts fram i linje med nya föreskrifter från Patientregistret (PAR). Ett avsnitt om metod för kvalitetskontroll av KPP-data har tillkommit.

Rapporten omfattar följande delar:

- Principer för totalkostnadsbokslut
- Avgränsning av de kostnader som ska ingå i KPP-beräkningen
- Kostnadsberäkning av vårdtjänster
- Matchning av vårdtjänster
- Metod för kvalitetskontroll av KPP-data

Grundprinciperna avser sjukvårdens samtliga vårdgrenar, men tyngdpunkten har i denna version lagts på den akutsomatiska vården.

# 1. Inledning

---

## Bakgrund

Landstingsförbundet drev 1999–2002 ett projekt för att utveckla den individbaserade kostnadsredovisningen, det nationella KPP-projektet (Kostnad Per Patient). En av projektets huvuduppgifter var att ta fram nationella principer och modeller för KPP-redovisning för alla vårdgrenar inom sjukvården. Rapporter med modeller och förslag till nationella redovisningsprinciper har således tagits fram för somatik, psykiatri och primärvård<sup>1</sup>. I projektets slutrapport "Kostnad per patient – För bättre ledningsinformation i sjukvården" lades i samråd med landstingen/regionerna<sup>2</sup> huvudprinciper fast för KPP i ett antal nationella rekommendationer.

Arbetet med att utveckla KPP-redovisningen har efter projektets avslut, i samråd med landstingen, bedrivits inom ramen för SKL:s ordinarie arbete. Bland annat har en principrapport om hur vårdtjänster i ett KPP-system bör matchas tagits fram<sup>3</sup>. Ett flertal KPP-rapporter har också arbetats fram ute i landstingen. Allt fler landsting är idag på väg in med eller har påbörjat KPP-redovisning, och nya frågor har uppkommit allteftersom arbetet i landstingen har drivits vidare. Några landsting inför KPP i primärvård och psykiatri, och sjukhusen satsar alltmer på att också få med den öppna vården i sjukhusens KPP-system. Den nationella KPP-databasen utgör idag underlag för nationella vikter för DRG (DiagnosRelaterade Grupper)<sup>4</sup> i både öppen och sluten vård. Därmed aktualiseras såväl behovet av tydligare definitioner av öppenvårdens kontaktformer som behovet av ett utvecklat viktningunderlag.

KPP som underlag för nationella jämförelser och DRG-viktlistor förutsätter såväl korrekt medicinsk och administrativ registrering/kodning som en viss nivå av enhetlighet och kvalitet i kostnadsberäkningarna. För bättre viktunderlag är det viktigt att i så stor utsträckning som möjligt fånga diskriminerande höga kostnader, alltså kostnader som "sticker ut", för vissa åtgärder. Det handlar i första hand om åtgärder som genererar betydande merkostnader för läkemedel och material.

Att viktunderlaget till DRG-systemet håller så bra kvalitet som möjligt har betydelse även för de sjukhus som ännu inte har startat egna mätningar av KPP. Det beror på att DRG-gruppering och analys av nationella kostnadsvikter som har applicerats på det egna sjukhusets vårdkontakter ger värdefull beskrivning av verksamheternas patientsammansättning och relativa kostnadsfördelning. Dessutom ökar uppmärksamheten på kvaliteten i sjukhusets vårddatabaser. Att analysera DRG-informationen vid ett sjukhus kan därför rekommenderas som ett allra första steg i en KPP-införandeprocess.

1 Se ref. 1, 2, 3 och 4 i bilaga 2.

2 I det följande skrivs för att förenkla framställningen enbart landsting för landsting, regioner och Gotlands kommun.

3 Se ref. 5 i bilaga 2.

4 I ett DRG-system grupperas vårdkontakterna utifrån likheter i både medicinskt tillstånd och kostnadsnivå. KPP behövs för att en genomsnittlig kostnad för varje DRG ska kunna beräknas. Utifrån gruppens genomsnittskostnad viktas varje DRG i förhållande till kostnaden för samtliga vårdkontakter i systemet.

De reviderade KPP-principerna i denna rapport omfattar på grundnivå alla vårdgrenar, dvs. öppen och sluten somatisk och psykiatrisk vård samt primärvård. De principiella fokusområdena skiljer sig dock åt beroende på att vårdtjänsternas betydelse kan ha olika tyngd inom de olika vårdgrenarna. Här läggs tyngdpunkten på den akutsomatiska vården. För fördjupning inom psykiatri och primärvård hänvisas till de specifika rapporter som har tagits fram inom dessa områden, se bilaga 2. I takt med att beskrivningssystemen inom psykiatri och primärvård utvecklas kommer dock SKL att arbeta vidare med att stödja framtagandet av mer specifika principdokument för dessa områden.

Denna rapport vänder sig främst till dem som arbetar praktiskt med KPP-frågor.

De två främsta syftena med kompletteringarna i denna version är

1. att stödja förutsättningarna för att fler landsting ska kunna införa KPP, samtidigt som en grundläggande, "good enough" kvalitetsnivå i KPP-databasen säkerställs. För att uppnå detta finns ett behov av att tydliggöra dels vilka vårdtjänster som bör kunna fångas patientunikt redan i ett enklare KPP-system, dels vilka vårdtjänster som i takt med systemutvecklingen på sikt bör kunna fångas och redovisas patientunikt. En gemensam metod för kvalitetskontroll av KPP-data som levereras till KPP-databasen föreslås.
2. att tydliggöra principerna för KPP i öppenvården. Sjukvårdens öppenvårdsinsatser får allt större betydelse samtidigt som kvaliteten på KPP-underlaget till DRG-vikterna kontinuerligt måste utvecklas. Detta motiverar att vårdtjänstbeskrivning och principer för kostnadsberäkning bör gå hand i hand med den utveckling som sker vid Socialstyrelsens Patientregister (PAR).

Följande delar behandlas i rapporten:

- Principer för totalkostnadsbokslut
- Avgränsning av de kostnader som ska ingå i KPP-beräkningen
- Beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster
- Matchning av vårdtjänster
- Metod för kvalitetskontroll av KPP-data

En utveckling pågår för att ta fram liknande principer för den kommunala vården och omsorgen. Detta arbete kallas för Kostnad Per Brukare (KPB) och drivs av Sveriges Kommuner och Landsting.

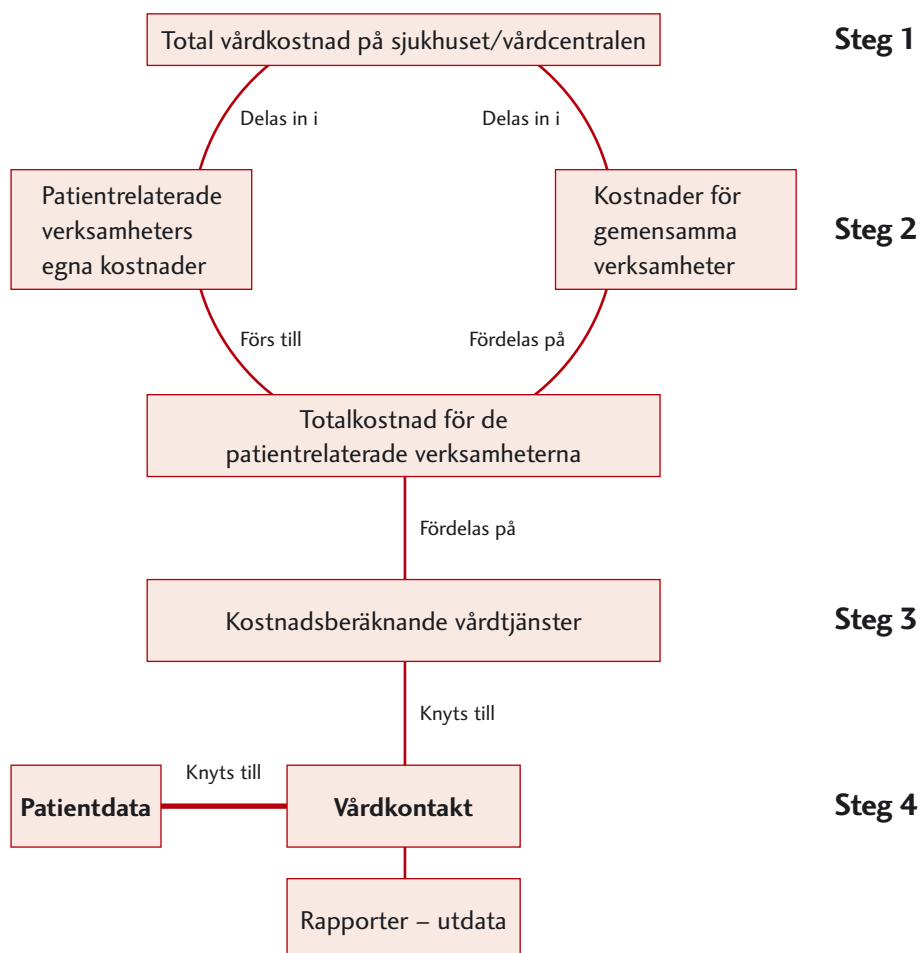


## 2. KPP-modellen

**KPP-modellen** går ut på att fördela verksamhetens kostnader på vårdtjänster och vårdkontakter. Syftet är att få fram bättre ledningsinformation på alla nivåer i hälso- och sjukvården och att få fram underlag för jämförelser/benchmarking, analyser, DRG, budgetering, debitering och priser. För att KPP ska kunna användas för jämförelser, analyser och underlag för nationella DRG-vikter krävs att informationen mellan sjukhusen är jämförbar. I de gemensamma principerna definieras därför vad som ska vara med och hur det ska definieras.

I KPP-projektets slutrapport från 2002 slogs en principmodell för KPP fast<sup>5</sup>. Modellen är uppbyggd i fyra steg (se Figur 1).

**Figur 1. Principmodell för KPP**



Arbetet med att ta fram KPP utgår från bokförda kostnader på såväl vårdenhetsnivå som på sjukhusnivå och landstingsgemensam nivå. Ett antal kostnadsposter som inte ska belasta patienterna ska exkluderas. Detta arbete ingår i steg 1 i KPP-modellen – att identifiera den relevanta vårdkostnaden.

<sup>5</sup> Se ref. 1 i bilaga 2.

**I första steget identifieras relevant sjukvårdskostnad.** Här är frågan vilka kostnader och verksamheter som ska ingå i KPP-redovisningen och hur olika kostnadsposter ska hanteras. Exempel på poster som ska exkluderas är de som avser ambulans- och sjukresor, forskning, landstingets sjukvårdsledning eller beställarfunktioner. Detta görs för att öka jämförbarheten och för att KPP ska spegla produktionskostnaden.

**I andra steget identifieras och fördelas kostnaderna för de gemensamma verksamheterna.** Här sker en kostnadsfördelning vars slutpunkt är att sjukhusets eller vårdcentralens totala KPP-relevanta kostnader är fördelade på de patientrelaterade verksamheterna. Steg 1 och 2 finns närmare beskrivna i delrapport 4, *"Principer för totalkostnadsredovisning och fördelning av gemensamma kostnader i ett KPP-system"*<sup>6</sup>.

**I det tredje steget beskrivs och kostnadsberäknas vårdtjänsterna** på ett sätt som är meningsfullt för verksamheten och KPP. På vissa områden är detta enklare (till exempel laborietjänster) och på andra svårare (läkartidstjänsten på vårdavdelning). I en utvecklad KPP-redovisning producerar varje patientrelaterad verksamhet flera olika slag av vårdtjänster, grupperade utifrån hur resurskrävande de är. Steg tre finns mer utförligt beskrivet i delrapport 3, *"Beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster i ett KPP-system"*<sup>7</sup>.

**I det fjärde steget knyts konsumtion av vårdtjänster till en enskild vårdkontakt.** I detta steg sammanförs uppgifter från olika verksamhetssystem till vårdkontakten om förbrukning av vårdtjänster och kostnaderna för dessa. Detta sker med datorstöd och vid ett flertal tillfällen per år eller löpande. Steg 4 finns utförligare beskrivet i projektets delrapport 6, *"Att införa KPP – Erfarenheter från landsting och sjukhus"*<sup>8</sup> och i rapporten *"Att matcha vårdtjänster i ett KPP-system"*<sup>9</sup>. Den del av produktionen av vårdtjänster som säljs till andra vårdenheter kommer att exkluderas från KPP i detta steg, exempelvis laborietjänster som säljs och inte avser vården av de egna patienterna.

Arbetet med nationella KPP-principer har byggts upp utifrån dessa fyra steg. De principer som föreslås bygger på att de

- tar sikte på faktorer som har stor betydelse för jämförbarheten av praxis och kostnader.
- avser områden som har stor påverkan på slutresultatet.
- de kan tillämpas oberoende av hur verksamheten är organiserad.
- de gäller för alla delar av sjukvården.

6 Se ref. 6 i bilaga 2.

7 Se ref. 7 i bilaga 2.

8 Se ref. 8 i bilaga 2.

9 Se ref. 5 i bilaga 2.

### 3. Nationella rekommendationer för totalkostnadsredovisningen i KPP

---

#### *Vad är totalkostnadsredovisning?*

Totalkostnadsredovisningen utgörs av steg 1 och steg 2 i KPP-modellen. Med totalkostnadsredovisning menas ”En kostnadsredovisning där varje patientrelaterad enhet inom exempelvis ett sjukhus bär alla kostnaderna för sina sjukvårdskontakter, inklusive kostnaderna för de tjänster som enheten erhåller eller köper från andra enheter”.

Det är dock inte alltid sjukhusbegreppet är applicerbart på organisationen. Då får totalkostnadsbokslutet läggas på andra redovisningsnivåer.

Huvudprincipen för totalkostnadsredovisningen är att alla kostnader som sjukhuset/motsvarande har i sin resultaträkning ska ingå i KPP. Från den totala kostnaden dras dock ett antal kostnader och verksamheter bort för att få den relevanta KPP-kostnaden. Anledningen till detta steg är att öka jämförbarheten mellan landsting och sjukhus och att korrigera för de kostnader som inte avser produktionen av vård till sjukhusets patienter.

Sjukhusens redovisning ser olika ut beroende på landsting. Det kan därför också vara så att kostnader ska läggas till redovisningen i stället för att exkluderas, till exempel kostnader för övergripande administration. Kostnaderna för samordnande insatser utanför den egna organisationen ska ingå i KPP-kostnaden om de avser politiker och tjänstemän som arbetar med sjukvårdsproduktion.

#### 3.1 Riktlinjer för beräkning av totalkostnaden i ett KPP-system

- Den totala kostnaden ska avgränsas för att utgöra KPP-kostnad, vilket innebär att vissa kostnader från den totala kostnadsmassan ska exkluderas.
- Kostnader för FoU-verksamhet, projekt och externa tjänster ska exkluderas. Inledningsvis måste detta göras på det sätt som är praktiskt möjligt för sjukhuset (se nedan).
- Vid en efterkalkylering bör reavinster/reaförluster inte påverka justeringen av de interna priserna.

#### *Poster<sup>10</sup> som ska exkluderas ur totalkostnaden för den KPP-relevanta kostnaden*

- Politikerarvoden, politikerkansli och tjänstemannaorganisation för beställarorganisationer och den övergripande demokratiska styrningen av landstinget, det vill säga i normalfallet landstingsfullmäktige och landstingsstyrelse.
- Köpt vård där patient inte har vårdats på den egna inrättningen<sup>11</sup>.
- Externt sålda tjänster – till exempel laboratorieundersökningar till externa kunder (utanför den egna organisationen)

<sup>10</sup> I de fall kostnaderna finns med i sjukhusens resultaträkning.

<sup>11</sup> Avser de fall där ett sjukhus får betala för patientens vistelse på ett annat sjukhus – i KPP ska kostnaderna redovisas där patienten finns

- Ambulanskostnader<sup>12</sup>
- Engångsposter (till exempel större nedskrivningar eller förlust vid avyttring)
- Sjukresor
- Merkostnader pga. gällande momsregler vid bolagiserade sjukhus<sup>13</sup>
- Kostnader för läkemedelsförmånen<sup>14</sup>

### *Verksamheter vars kostnader inte ska vara med i KPP-kostnaden*

- FoU (statlig och landstingsfinansierad)
- Externt finansierade projekt
- Hjälpmedelcentraler (t ex syncentral, hörselcentral och ortopedteknik). I de fall motsvarande kostnader för tekniska hjälpmedel bokförs direkt på vårdavdelningar och mottagningar skall även dessa exkluderas<sup>15</sup>

När dessa kostnader har utslutits är de kvarvarande kostnaderna att betrakta som relevanta sjukvårdskostnader i KPP-sammanhang och ska därmed beräknas och via vårdtjänster föras ut på den enskilda vårdkontakten. De verksamheter som exkluderas bör bära sina delar av de gemensamma kostnaderna om detta är praktiskt möjligt.

### *Områden med särskilda svårigheter*

Hyreskostnaden redovisas olika i landstingen. Därför föreslås att ett nyckeltal (hyreskostnaden som andel av den totala KPP-kostnaden) bifogas uppgifterna vid insamlingen till den nationella KPP-databasen. På så sätt kan hyreskostnaden beaktas när jämförelser mellan olika verksamheter ska göras.

Den beräknade pensionsskulden är ett annat område där det kan förekomma olikheter i redovisningen. Kostnader för skulden ska vara med i kostnadsredovisningen för KPP eftersom det är en kostnad som är kopplad till den personal som behövs för verksamheten. För att öka jämförbarheten bör periodens kostnad för pensionsskulden redovisas separat i samband med leverans av KPP-data till SKL.

12 Värden i ambulanserna utvecklas och det är ofta rimligt att säga att värden har påbörjats redan när patienten anländer till akutintaget. Det är dock svårt att hitta en gemensam princip för redovisningen av ambulanskostnader då alla huvudmän organiserar och finansierar ambulanssjukvården på olika sätt. Av praktiska skäl exkluderas därför ambulanskostnaderna även i denna version av KPP-principerna.

13 Idag läggs det på 25 procent moms på köpta tjänster och material (exklusive läkemedel). Detta är inte avdragsgillt på de bolagiserade sjukhusen. Utslaget på alla kostnader beräknas detta ge en total merkostnad på 6 procent som kompenseras via en särskild intäkt. Kostnader motsvarande dessa 6 procent bör dras av från KPP-kostnaden.

14 Kostnaden bör på sikt ingå i KPP-kostnaden, men fram till dess måste aktuella rabattsystem och redovisning av uttagna i förhållande till förskrivna läkemedel kunna hanteras.

15 Med tekniska hjälpmedel avses i detta sammanhang hjälpmedel som behövs för kontinuerlig vård och behandling utanför sjukhuset, såsom andningshjälpmedel (cpap m.m.), ortopedtekniska hjälpmedel (proteser, ortoser, specialskor/inlägg m.m.) och hjälpmedel vid funktionsnedsättningar (hörapparater, synhjälpmedel, hjälpmedel för rörelsehindrade m.m.). Observera att inopererat material, t.ex. pacemaker/defibrillator, inte ska exkluderas. Inopererat material klassas som implantat och ska påföras den vårdkontakt vid vilken operationen genomförs.

Avgränsningen av FoU är en svår problematik. Vid framförallt universitetssjukhusen men även vid länssjukhusen är FoU en del av sjukhusens uppdrag. Hälso- och sjukvård bedrivs integrerat med forskning, undervisning och utveckling. Det gör det mycket svårt att exakt skilja ut vad som är kostnader för sjukvård och vad som är kostnader för FoU. Vilken redovisningsteknik som än väljs kommer det alltid att finnas en gråzon där det är mycket svårt att avgöra vad som är sjukhusets grunduppdrag och vad som är forskning. Det är sannolikt så att det alltid kommer att finnas en allmän merkostnad på de sjukhus som bedriver forskning, utveckling och undervisning som inte går att redovisa i ett ekonomisystem. En utveckling av kostnadsredovisningen kan vara att söka metoder att beskriva och beräkna dessa merkostnader. Nedan ges exempel på hur kostnader för FoU och externa projekt redovisningstekniskt kan särskiljas.

### **Redovisningsmetoder för FoU/projekt**

- Kostnader för FoU/projekt konteras på särskild division, klinik, kostnadsställe eller projekt. Något sjukhus följer upp med manuella rutiner för att identifiera de FoU-kostnader som inte redovisats automatiskt.
- Kostnader för FoU/projekt ges en särskild verksamhetskod i ekonomisystemet. På så sätt flaggas vad som är FoU-kostnader respektive projektkostnader.
- Kostnader för FoU/projekt = intäkter för FoU/projekt.

För de båda första punkterna redovisas FoU-lönekostnader på rätt kostnadsställe direkt i lönesystemet. En egen organisatorisk enhet enligt den första punkten ger också bättre möjligheter att fördela ut FoU:s/projektens andel av de gemensamma kostnaderna.

Att redovisa kostnader = intäkter får ses som en grundnivå där en utveckling av rutinerna mot de andra två redovisningssätten innebär en förbättring av redovisningskvaliteten. Det kan dessutom vara så i dagsläget att endast den statliga FoU-kostnaden kan redovisas efter storleken på intäkten, eftersom landstingens FoU inte alltid fördelas på ett strukturerat sätt. I dessa fall blir grundnivån till att börja med att ta bort den redovisningsbara FoU-kostnaden (den statliga) från KPP-kostnaden. Dock bör ambitionen vara att gå vidare i redovisningsrutinerna så att en mer korrekt kostnadsbild kan ges. Eftersom det kan finnas skillnader i hur mycket av kostnaderna för FoU som dragits av från sjukhusens totalkostnad, bör en not bifogas när uppgifterna skickas in till den nationella KPP-databasen.

## **3.2 Fördelning av gemensamma kostnader**

För steg 2 i KPP-modellen, fördelning av gemensamma kostnader, är grundprincipen att alla gemensamma kostnader ska fördelas på de patientrelaterade verksamheterna – inga fria nyttigheter ska finnas vid sjukhuset. Kostnaderna bör fördelas efter verklig förbrukning där så är möjligt. Fördelningen av gemensamma kostnader hänger intimt samman med sjukhusets interna ekonomistyrning, vilket försvårar genomförandet av nationella kostnadsredovisningsprinciper. Erfarenheter visar dock att olika fördelningsprinciper (inom de ramar som angivits ovan) inte har så stor effekt på slutresultatet – kostnad per patient – vilket gör att nationella rekommendationer som är mer detaljerade än dessa inte kommer att ges utöver det som gäller läkartidens fördelning. Exempel på hur gemensamma kostnader kan fördelas finns i en tidigare publicerad rapport<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Se ref. 6 i bilaga 2.

### **Fördelning av kostnader för läkartiden i ett KPP-system**

Några av de svårare gemensamma resurserna att fördela i ett KPP-system är kostnaderna för läkare, eftersom läkarna ofta arbetar inom många olika verksamheter vid sjukhusen samtidigt. Hur kostnaderna för läkartiden fördelas mellan olika verksamheter och aktiviteter kan dessutom få stor påverkan på KPP-beräkningarna.

Först måste en kostnadsfördelning göras mellan avdelningsarbete, mottagnings-, jour- och operationsverksamhet. I förstudien "Att mäta läkartidens användning"<sup>17</sup> diskuteras olika förhållningssätt till fördelningen av kostnader för läkartid. Idag har ännu inga kända tidsstudier ur ett KPP-perspektiv av läkartidens användning gjorts, däremot finns studier utifrån direkt indirekt patientarbete och administration. Detta innebär att fördelningen av kostnader för läkartid i KPP-systemet i realiteten bygger på uppskattningar. Det är dock viktigt att kostnader för läkare fördelas ut på de kostnadsställen där läkaren är verksam, annars kommer tjänsterna vid de olika verksamheterna inte att få jämförbara kostnader.

Nästa steg är att fördela kostnaden för läkartid på vårdtjänster som sedan kan relateras till den enskilde patientens förbrukning. För vårdtjänster vid operation, anestesi och IVA fördelas läkartidens kostnader per patient via den tidsredovisning som görs i försystemen. För vårdtjänster vid röntgen- och laborieverksamheter brukar schabloniserade kostnader efter uppskattad tidsåtgång användas. Svårigheten att fördela kostnaden till vårdkontakter brukar uppkomma vid vårdavdelningar och mottagningar. Registrering av läkartiden i samband med varje vårdkontakt finns inte i de flesta vårdadministrativa system. Där det finns så kan det självfallet utnyttjas för kostnadsberäkningar i KPP. Det är dock viktigt att införa en sådan registrering av andra skäl än att beräkna kostnader, eftersom det är då man kan få kvalitet i registreringarna. I realiteten brukar kostnaderna för läkarinsatser vid vårdavdelning/mottagning i stället fördelas som en schablon per vård dag eller per besök.

För att förbättra redovisningen av läkartid per patient vid mottagningar och avdelningar kan en bättre åtgärdsregistrering användas. Resursåtgång inklusive läkarens insatser för olika åtgärder kan standardkostnadsberäknas och på så sätt ge en bättre kostnadsfördelning per patient. Detta kan fungera som en genväg till att knyta kostnader för läkartid till enskilda patienter (se avsnitt 4.3).

<sup>17</sup> Se ref. 9 i bilaga 2.

## 4. Nationella rekommendationer för beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster i KPP

---

Att beskriva och kostnadsberäkna vårdtjänster är ett viktigt steg i KPP-modellen. Hur beskrivningarna och kostnadsberäkningarna görs har stor betydelse för slutresultatet – kostnad per patient eller vårdkontakt. Det är t.ex. viktigt att starkt diskriminerande kostnader fångas per patient i så stor utsträckning som möjligt, så att betydelsefulla kostnadsvariationer mellan kontakter med olika vårdinnehåll blir synliga.

### 4.1 Beskrivning av vårdtjänster

När vårdtjänster definieras i ett KPP-system är det viktigt att följande egenskaper hos vårdtjänsten finns.

- Vårdtjänsten ska vara möjlig att logiskt knyta till behandlingen av enskild patient, dvs. informationen ska vara individbaserad.
- Det ska vara möjligt att till vårdtjänsten koppla ett resursförbrukningsmått.
- Registreringen av vårdtjänsten ska ske i IT-system.
- Registreringen av vårdtjänsten ska kunna ske löpande.

Om vårdtjänsten har dessa egenskaper går den också att använda i ett KPP-system. En vårdtjänst bör också vara kliniskt relevant om den ska vara till användning för andra syften än kostnadsberäkningar. En huvudprincip för KPP-beräkningar är att använda befintlig information i de vårdstödande systemen så långt det är möjligt. Endast undantagsvis bör manuella registreringar göras.

Stora förbättringar i sjukvårdens beskrivningssystem har åstadkommit under senare år. En sådan är en klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som har publicerats av Socialstyrelsen<sup>18</sup>. Klassifikationen innehåller både kirurgiska (tidigare egen klassifikation enligt KKÅ97) och medicinska åtgärder inklusive åtgärder inom psykiatri och anestesi. Även de paramedicinska verksamheterna ingår i KVÅ. Klassifikationen enligt KVÅ är obligatorisk från och med 2007 och gör en kostnadsberäkning i KPP för specifika åtgärder vid avdelningar/mottagningar möjlig.

Även den sekundära klassificeringen (NordDRG) har förbättrats över tid. I dag finns NordDRG för både slutna och öppna vård<sup>19</sup>. Grupper för öppenvård psykiatri finns i NordDRG sedan år 2007. För primärvården finns dock ännu inte något nationellt beskrivningssystem.

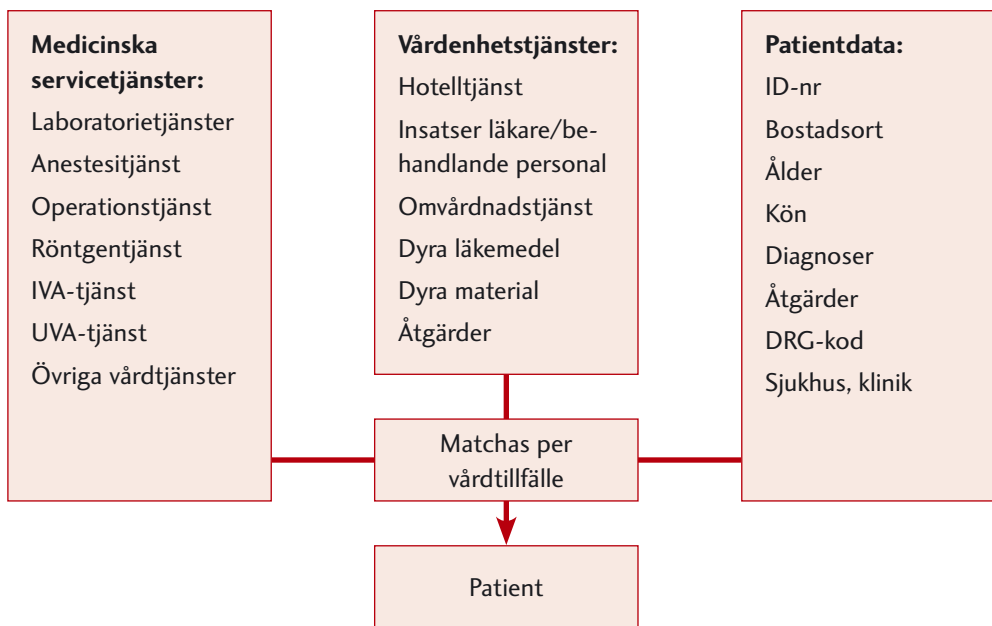
I Figur 2 finns en principmodell för redovisning av vårdtjänster i KPP med exempel från den slutna vården. Modellerna för den slutna somatiska och den slutna psykiatriska vården är i princip likadana, med reservation för att vissa av vårdtjänsterna i figuren sällan utförs i psykiatri.

<sup>18</sup> Se ref. 10 i bilaga 2.

<sup>19</sup> Se ref. 11 i bilaga 2.



Figur 2. KPP-modell i slutenvård



Vårdtjänster och patientdata matchas per vårdtillfälle via patientens personnummer och datum för de olika vårdhändelserna. På så sätt erhålls information om utförda vårdtjänster, patientdata och kostnader för varje vårdkontakt.

## 4.2 Rekommendationer för beskrivning av vårdtjänster i KPP

Grundprincipen för redovisning av vårdtjänster i ett KPP-system är densamma oavsett vårdform (sluten eller öppen vård) och vårdgren (akutsomatik, psykiatri eller primärvård). Förekomsten och betydelsen av olika vårdtjänster kan dock variera, framförallt utifrån vilken vårdgren det handlar om.

Denna rapport utgår huvudsakligen från ett akutsomatiskt perspektiv, med belysning på de vårdtjänster som är av störst betydelse för akutsomatikens båda vårdformer, sluten respektive öppen vård.

Såväl pågående införande av KPP i stor skala i landstingen som satsningar på kvalitet och utveckling inom redan etablerade KPP-system väcker behov av extra tydlighet kring beskrivningen av vårdtjänster i ett KPP-system. Den har därför i denna version förtydligats något så att både miniminivå och utvecklingsmål kan överblickas. Tanken är att det på ett överskådligt sätt ska framgå vilka vårdtjänster som bör kunna fångas och redovisas patientunikt i ett KPP-system från början, och vilka som inledningsvis skulle kunna redovisas på en mer summerad eller schabloniserad nivå. Allteftersom ett KPP-system utvecklas bör allt fler vårdtjänster kunna fångas patientunikt. Modellen behöver dock inte avspejla specifikationsnivån i leveransen till SKL. Nivån avgörs i särskilda överenskommelser mellan SKL och levererande landsting.

I Tabell 1 redogörs i en översikt för de vårdtjänster som rekommenderas i ett KPP-system. Tabellen är uppställd så att tjänster som motsvarar varandra inom sluten och öppen vård står på samma rad. I Tabell 2 definieras innehållet i varje tjänst.

Vårdtjänsterna kan grovt delas upp i de två huvudgrupperna vårdenhetstjänster och medicinska servicetjänster. Vårdenhetstjänsterna kan i varierande grad redovisas



patientunikt. De poster som i ett inledningsskede kanske inte kan redovisas patientunikt, redovisas då i stället som en del i en schablonberäkning, ej patientunik summepost. Observera därför att vissa poster finns i tabellen både som ej patientunika och som patientunika, t.ex. omvårdnadstjänst som redovisas patientunikt endast om vårdtyngdssystem används för att koppla omvårdnadsinsatser till enskilda patienter.

De medicinska servicetjänsterna redovisas dock alltid patientunikt, eftersom de matchas mot vårdkontakten.

**Tabell 1. KPP-vårdtjänster i olika vårdformer.**

SLUTEN SPECIALISERAD VÅRD	ÖPPEN SPECIALISERAD VÅRD
Vårdenhetstjänster	Vårdenhetstjänster
<b>Vårdavdelningstjänst, ej patientunik</b>	<b>Mottagningstjänst, ej patientunik</b>
Hotelltjänst	Allmän mottagningstjänst
Insatser läkare/behandlande personal	Insatser läkare/behandlande personal
Omvårdnadstjänst	
Basläkemedel, material m.m.	Basläkemedel, material m.m.
Övriga tjänster, ej patientunika	Övriga tjänster, ej patientunika
<b>Vårdavdelningstjänst, patientunik</b>	<b>Mottagningstjänst, patientunik</b>
Dyra läkemedel	Dyra läkemedel
Dyra material	Dyra material
Åtgärder	Åtgärder
Insatser läkare/behandlande personal	Insatser läkare/behandlande personal
Omvårdnadstjänst	
<b>Medicinska servicetjänster</b>	<b>Medicinska servicetjänster</b>
IVA	
Operation/Anestesi	Operation/Anestesi
Postop/UVA	Postop/UVA
Röntgen	Röntgen
Fysiologi	Fysiologi
Laboratorietjänster inkl. Blodcentral	Laboratorietjänster inkl. Blodcentral
Akutmottagning	Akututryckning
Övriga tjänster	Övriga tjänster

Flertalet vårdtjänster är lika för de båda vårdformerna. IVA- och omvårdnadstjänsten finns dock bara i den slutna vården. Under övriga tjänster ligger de som kan vara specifika för vissa verksamheter, exempelvis extravak, tolk- och konsulttjänster. Dessa kan vara av stor betydelse för vissa verksamheter och bör i så fall redovisas separat.

I Tabell 2 redovisas kostnadskomponenter för varje vårdtjänst.

### **Definition av vårdtjänster i ett KPP-system**

Beskrivningen i de båda tabellerna ger en bild av hur kostnadsredovisningen kan utvecklas med tiden.

Inledningsvis kan ett KPP-system innehålla en större del ej patientunika kostnader som schablonfördelas per vård dag/kontakt. Allteftersom bör dock denna del minska till förmån för en mer utvecklad redovisning av patientunika kostnader.

Tabell 2. Kostnadskomponenter för vårdtjänsterna i KPP.

VÅRDTJÄNSTER	KOSTNADSKOMPONENTER
<b>Vårdenhetstjänster</b>	
<b>Vårdavdelnings-/Mottagningstjänst, ej patientunik</b>	<b>Summeringspost för vårdenhetskostnader som i dagsläget inte kan hänföras till enskilda patienter</b>
Hotelltjänst Allmän mottagningstjänst	Kostnader som inte samvarierar med antal och typ av patienter. Fördelas med schablonpåslag per vård dag/kontakt. Fastighetskostnader, OH-kostnader och kapitaltjänstkostnader, kostnader för administrativ personal.
Insatser läkare/behandlande personal Omvårdnadstjänst Basläkemedel, material och övrigt	Kostnader på vårdenheten som varierar med varje enskild patient, men som i dagsläget inte går att fördela annat än genom ett schablonpåslag per vård dag/kontakt. Kan inledningsvis gälla även mindre resurstunga insatser från medicinska servicetjänster.
<b>Vårdavdelningstjänst/Mottagningstjänst patientunik</b>	<b>Vårdenhetskostnader som kan hänföras till enskilda patienter</b>
Dyra läkemedel	Kostnader för dyra (och diskriminerande) läkemedel som kan hänföras till en enskild patient utifrån t.ex. ATC-kod
Dyra material	Kostnader för dyra (och diskriminerande) material och implantat som kan hänföras till en enskild patient utifrån t.ex. operationssystem eller KVÅ-kod
Åtgärder	Kostnader för att utföra en specifik åtgärd. Med åtgärd menas åtgärder som finns beskrivna i den nationella åtgärdsklassifikationen KVÅ och som utförs på avdelning/mottagning
Insatser läkare/behandlande personal	Kostnader för läkare eller annan behandlande personal vid vårdavdelning/mottagning som kan hänföras till en enskild patient, t.ex. genom tidsredovisning
Omvårdnadstjänst	Kostnader för omvårdnadspersonal vid vårdavdelning som kan hänföras till en enskild patient, t.ex. genom ett vårdtyngdssystem
<b>Medicinska servicetjänster</b>	
IVA-tjänster	Kostnader för intensivvård (även intensivvård vid vårdavdelning)
Operation/Anestesi	Kostnader för operation och anestesi, inkl. kostnader för operatörer
Postop/UVA-tjänster	Kostnader för uppvak och övervakning
Röntgen	Kostnader för röntgenundersökningar/åtgärder
Fysiologi	Kostnader för fysiologiundersökningar/åtgärder
Laboratorietjänster inkl. Blodcentral	Kostnader för laboratorieprov, analyser och blodcentralstjänster
Akutmottagning/akututryckning	Kostnader för akutmottagningens tjänster för patienter som skrivs in och kostnader för medföljande personal vid akututryckningar i egen regi
Övriga tjänster	Kostnader för övriga vårdtjänster som kan hänföras till en enskild patient, t.ex. extravak, patientkonferenser, konsulttjänst, transporttjänst eller tolk. Särredovisas vid behov.

KPP-kvaliteten påverkas starkt i negativ riktning om dyra och diskriminerande åtgärdskostnader schablonfördelas på samtliga vårdkontakter i stället för att fördelas patientunikt. Det är därför betydelsefullt att det går att fånga sådana åtgärder som starkt påverkar kostnadsnivån på kontakten genom t.ex. extra höga material- eller läkemedelskostnader eller personalinsatser. Effekten av en schablonfördelning till samtliga vårdkontakter blir extra tydlig inom öppenvården där den faktiska åtgärdskostnaden kan vara mycket större än själva mottagningskostnaden. Det är därför motiverat att ha en relativt hög ambitionsnivå för att fånga sådana kostnader som gör att den sammanlagda kostnaden för en vårdkontakt sticker ut.

### Rekommenderad miniminivå

Rekommendationen för en miniminivå i ett KPP-system är att de mest resurstunga medicinska servicetjänsterna och diskriminerande merkostnader för dyra åtgärder inklusive läkemedel och material ska kunna hänföras till den enskilda patienten. Detta innebär en lägsta redovisningsnivå per patient i följande tre delar (förutsatt att patienten har använt sådana vårdtjänster som ska redovisas patientunikt).

1. Totalkostnad för ej patientunik vårdenhetstjänst
2. Patientunik, men eventuellt schabloniserad, fångst av starkt diskriminerande merkostnader för dyra läkemedel, material eller åtgärder, t.ex. genom att vissa KVÅ-koder påförs schablonberäknade standardkostnader.
3. Patientunik fångst av kostnad för följande resurstunga medicinska vårdtjänster
  - IVA
  - Operation/Anestesi
  - Postop/UVA
  - Röntgen/fysiologitjänster

Vad som ska anses utgöra en starkt diskriminerande dyr åtgärd måste bedömas inom varje verksamhet. Det viktiga är att fånga sådana åtgärder som får kostnaden för patienten att sticka ut i jämförelse med en genomsnittspatient inom samma verksamhet. Vissa sjukhus har infört hjälpregler, t.ex. att dyra läkemedel ska särredovisas om läkemedelskostnaden under ett vårdtillfälle överstiger 1000 kr per vård dygn. Metoden för särredovisning av dyra läkemedel, material eller åtgärder varierar beroende på hur det egna KPP-systemet är beskaffat. Se vidare Patientunika vårdenhetstjänster nedan. Här görs ett antal kommentarer och förtydliganden till Tabell 2.

### Vårdenhetstjänster

Vårdenhetstjänster är den del av kostnaden per patient som avser tjänster utförda på vårdenheten, dvs. antingen vid en vårdavdelning eller vid en mottagning. Kostnaden delas upp i ej patientunika och patientunika kostnader utifrån vilka möjligheter som finns att hänföra vissa kostnadsposter till den enskilda patienten.

### Vårdavdelningstjänst och mottagningstjänst, ej patientunik

Vårdavdelningstjänst, mottagningstjänst, ej patientunik avser vårdenhetskostnader som i dagsläget inte kan hänföras till enskilda patienter. På sikt bör dessa kostnader minska och de patientunika posterna öka. Följande delkostnadsposter fördelas per vård dag/kontakt och kan redovisas under en vårdavdelnings eller mottagnings summerade kostnad, eller var för sig om det finns interna behov av detta.

För slutenvården rekommenderas dessutom att vårdavdelningstjänster delas upp i en kostnad per vård dag och en kostnad per unikt vårdtillfälle, så kallad startkostnad. Det har fördelen att de korta vårdtillfällena får en högre kostnad än de långa.

Kostnader för patienthotell ska medräknas om vistelsen på patienthotell ersätter vård på vårdavdelning (kan också redovisas som egen tjänst).

Vårdavdelningstjänsten kan också fördelas per timme i stället för per vård dag om man har tillgång till in- och utskrivningstidpunkt. Det har fördelen att KPP för den slutna vården med korta vårdtillfällen (vårdtid=0 eller vård dag=1) blir kompatibel med motsvarande i den öppna vården.

#### *Hotelltjänst/Allmän mottagningstjänst*

Hotelltjänst och allmän mottagningstjänst är den del av vårdavdelnings- eller mottagningstjänstens kostnader som inte på kort sikt samvarierar med antal och typ av patienter, t.ex. fastighetskostnader, OH-kostnader, kapitaltjänstkostnader och kostnader för gemensam administrativ service. Hotellkostnaden och den allmänna mottagningskostnaden fördelas lika per vård dag/kontakt, och bör beräknas unikt per avdelning eller mottagning i de fall där verksamheterna vid klinikens enheter skiljer sig åt.

#### *Insatser läkare/behandlande personal*

Insatser för läkare och behandlande personal avser alla yrkeskategorier som är självständiga vårdgivare inklusive paramedicin. Kostnaden fördelas först på olika verksamheter (se avsnitt 3.2) och sedan per vård dag/kontakt. För de vårdenheter som har möjlighet att redovisa personaltiden per patient kan denna vårdtjänst också redovisas separat under patientunika vårdenhetstjänster.

Redovisning av konsultationer riktade till enskilda patienter kan i princip göras per patient, det gäller både inom och mellan vårdgivare. Dock saknas i hög utsträckning registreringar om konsultationer i dagens vårdadministrativa system vilket gör det tekniskt svårt att fånga dessa tjänster patientunikt.

De delar av personalkostnaderna som ingår i kostnadsberäknade åtgärder redovisas under åtgärder. Paramedicinska tjänster ska redovisas även i de fall då de köps från andra enheter.

#### *Omvårdnadstjänst*

Kostnader för vårdpersonal fördelas per vård dag. I de fall kostnaden kan relateras till enskilda patienter genom tillgång till vårdtyngdssystem kan denna tjänst i stället redovisas separat under patientunika vårdenhetstjänster.

#### *Basläkemedel, material och övrigt*

Basläkemedel, material och övrigt avser enhetens kostnader för basala läkemedel, material och övrigt som inte kan hänföras till en enskild patient utan fördelas per vård dag/kontakt. Dyrare och diskriminerande läkemedel och material bör dock särredovisas per patient i så stor omfattning som möjligt, och redovisas då under patientunika vårdenhetstjänster, se nedan.

### **Vårdavdelningstjänst och mottagningstjänst, patientunik**

Här beskrivs vårdenhetskostnader som kan hänföras till en enskild patient.

#### *Dyra läkemedel och material*

Kostnader för dyra och diskriminerande läkemedel, material och implantat bör särredovisas i så hög utsträckning som möjligt, då detta starkt kan påverka totalkostnaden för den enskilda patienten. Patientunik fångst och särredovisning av dessa kostnader kan åstadkommas på olika sätt, beroende bland annat på hur KPP-systemet är beskaffat. Dyra läkemedel och material/implantat kan också ingå i

kostnaden för vissa KVÅ, och redovisas då under åtgärder. Läs mer om detta i avsnitt 4.3 Kostnadsberäkning av vårdtjänst.

#### *Insatser läkare och behandlande personal*

Insatser av läkare och behandlande personal finns med som egen tjänst för de vårdenheter som har möjlighet att redovisa personaltiden per patient.

#### *Omvårdnadstjänst*

Omvårdnadstjänsten finns som egen tjänst när sjukhusen har tillgång till vårdtyngdssystem och därmed kan differentiera vårdpersonalens tid per patient och vårdtyg vilket sedan kan relateras till en enskild patient.

#### *Åtgärder*

Det är en rekommendation att den nationella åtgärdsklassifikationen, KVÅ, används i beräkningen av KPP. Kostnader för åtgärder i samband med kirurgiska ingrepp, (dvs. framförallt de f.d. operationskoderna enligt KKÅ97) kan ofta redovisas via de verksamhetssystem som rapporterar kostnader för operation, anestesi och viss röntgen. Men för åtgärder vid mottagningar och vårdavdelningar saknas ofta underliggande data i verksamhetssystemen. Fångst av sådana kostnader förutsätter därför att tillämpliga KVÅ-koder för vårdkontakten finns registrerade i det vårdadministrativa systemet. Standardkostnader per KVÅ-kod kan då beräknas och användas i KPP-systemet för bättre kostnadsfördelning. Även vissa läkemedelsbehandlingar kan fångas genom KVÅ eller via en kombination av KVÅ och läkemedlets ATC-kod, se kalkylexempel i avsnitt 4.3. Exempel på dyra åtgärder är pacemakerinläggning, dialysbehandling och cytotostatikabehandling.

De kostnader som inte kan föras till särskild vårdtjänst och patient finns i realiteten redovisade bland de ej patientunika vårdenhetstjänsterna.

### **Medicinska servicetjänster**

#### **Medicinsk service**

Beskrivning och definition av medicinsk service finns i KPP delrapport 3<sup>20</sup>. Även för medicinsk service ska alla kostnader finnas med, dvs. alla kostnader som i totalkostnadsredovisningen fördelats till den enhet som tillhandahåller tjänsterna. Det är också viktigt att de personalkostnader som krävs för att utföra tjänsterna också finns med i kalkylmodellen, vilket ibland kan innebära att kostnader måste överföras från andra enheter. Ett exempel på det är kostnaden för de opererande läkarna vid operationsenheter, där läkarkostnaden ofta finns bokförd på vårdavdelningskontona. En fördelning av läkartiden får då göras så att även kostnaden för opererande läkare kan påföras operationerna.

Ett problem med den primära beskrivningen av medicinsk service i dag är avsaknaden av enhetliga nationella klassifikationer för röntgen- och laboratorieverksamhet. För laboratorietjänsterna rekommenderas att blodprodukter beskrivs som en egen tjänst i KPP.

Bland de olika medicinska servicetjänsterna bör huvudfokus ligga på de resurstunga verksamheterna som IVA, operation/anestesi, postop/UVA och röntgen/fysiologi, då dessa har störst påverkan på enskilda patienters totalkostnad.

<sup>20</sup> Se ref. 7 i bilaga 2.

### Akuttmottagning

I normalfallet betraktas akutmottagningen vid ett sjukhus som en serviceenhet bland andra vid sjukhuset. I några landsting ses dock akutmottagningen som en landstingsgemensam angelägenhet, ett slags beredskapsfunktion som måste finnas för att akutsjukvård ska vara möjlig. Därför kan det också finnas delar av kostnaderna för akutmottagningen som redovisas centralt på landstinget. Oavsett hur akutmottagningen är organiserad bör kostnaden för besöket på akutmottagningen fördelas i ett KPP-system. Om patienten läggs in i den slutna vården ska kostnaden för vården på akutmottagningen föras till slutenvårdstillfället och blir då en egen vårdtjänst som i systemet ska matchas mot vårdtillfället. Skrivs däremot patienten inte in i slutenvården, redovisas akutmottagningskostnaden i stället som ett självständigt mottagningsbesök.

### Övriga vårdtjänster

#### *Extra vak*

I vissa verksamheter som psykiatri och barnmedicin kan extra vak vara en betydande kostnad för vissa patienter och bör därmed beskrivas och kostnadsberäknas som en egen vårdtjänst.

#### *Tolktjänster*

I vissa verksamheter representerar tolkkostnader betydande kostnader för en del patienter och bör då särredovisas som en egen tjänst.

#### *Konsulttjänster*

Konsulttjänster kan i vissa fall utgöra en egen vårdtjänst som kan matchas mot en enskild vårdkontakt. Oftast finns dock praktiska problem med att fånga dessa insatser patientunikt.

#### *Transporttjänster*

För vissa verksamheter kan kostnader för besök i patientens hem vara betydande, t.ex. i primärvården. Transporttjänster avser kostnader för personal och bil etc. vid sjukvård i patientens hem eller motsvarande.

### Sammanfattning av beskrivning av vårdtjänster

- Ett KPP-system bör på sikt kunna fånga och särredovisa åtminstone de vårdtjänster som finns beskrivna under patientunika vårdenhetstjänster och medicinska servicetjänster i Tabell 1 och 2.
- Minimikravet på ett KPP-system är att de medicinska servicetjänsterna IVA, operation/anestesi, postop/UVA, röntgen/fysiologi kan redovisas patientunikt och att starkt diskriminerande kostnader för dyra läkemedel, material och åtgärder på en vårdavdelning eller mottagning kan redovisas patientunikt åtminstone via en schabloniserad metod, t. ex. genom standardkostnadsberäkning per KVÅ.

## 4.3 Kostnadsberäkning av vårdtjänster

Vårdtjänster kan ur ett kostnadsperspektiv delas upp i två typer.

### 1. Vårdtjänster med standardiserade kostnader

En del vårdtjänster kan kostnadsberäknas med traditionell produktkalkylering eller är produkter per definition. Sådana vårdtjänster är exempelvis laboratorieanalyser, röntgenundersökningar, läkemedel och material. Kostnaderna kalkyleras genom vanlig produktkalkylering eller genom att man använder det pris till vilket man har köpt produkten/vårdtjänsten som KPP-kostnad. Kostnaderna påförs sedan rätt vårdkontakt och patient efter förbrukning.



Laboratorietjänster utgör normalt ingen stor del av KPP-kostnaden men är viktig att särskilja för att man ska kunna följa medicinsk praxis och vårdens processer.

Röntgentjänster kan i vissa fall utgöra en betydande del av kostnaden för en vårdkontakt och är också viktiga ur ett medicinskt praxisperspektiv. Här har också en omfattande medicinsk utveckling skett. Rent allmänt är det viktigt att kapitalkostnaderna för utrustningen belastar de undersökningar som den har införskaffats för.

När röntgentjänster beräknas kan det vara en poäng att skilja mellan diagnostiska och terapeutiska undersökningar. Diagnostiska undersökningar kan kostnadsberäknas med produktkalkylering. När en undersökning mer motsvarar aktiviteterna på operation, s.k. terapeutisk undersökning (t.ex. PCI-undersökning (Percutan Coronar Intervention) och elektrofysiologisk undersökning) bör beräkningen av kostnader variera per patient och därmed mer likna de tjänster som beskrivs under 2. nedan.

Vårdenhetstjänsten inom öppenvården är en typ av tjänst som i varierande grad kan innehålla standardiserade kostnader, beroende på hur stor del av mottagningstjänsterna som kan särredovisas patientunikt. Den del som avser allmän mottagningstjänst är dock alltid en standardiserad kostnad som belastar varje kontakt oavsett vilka övriga vårdtjänster som patienten har fått del av.

## **2. Vårdtjänster vars kostnader varierar per patient**

Ett flertal vårdtjänster bör beräknas så att kostnaden varierar med varje patient. Vårdtjänster inom exempelvis operation, anestesi, IVA, UVA och vård på vårdavdelning är i hög grad beroende av tidsfaktorn. Beroende på patientens tillstånd kommer kostnaden att variera för olika vårdkontakter. För dessa vårdtjänster bör en kalkylmodell som inberäknar tid användas. Korta operationer kräver ofta samma förberedelser som längre och därför rekommenderas beräkning av en fast startkostnad per operation.

För IVA, UVA och operations- och anestetitjänster har både tid och vårdtyngd betydelse och därför bör båda dessa faktorer finnas med i kalkylmodellen. För IVA kan vårdtyngdssystem användas och för operation/anestesi kan antal operatörer eller ASA-klassning (system för hälsobedömning inför operation/anestesi) användas. Patienter som vårdas på IVA utnyttjar s.k. tekniska vårdplatser och är samtidigt inskrivna på en vårdavdelning. Under de vård dygn patienten vårdas på IVA bör om möjligt inte hemavdelningen samtidigt belastas med vård dygns kostnad, såvida inte vården på IVA är av tillfällig och kortvarig karaktär.

Kostnader för slutenvårdens vårdenhetstjänster kommer att variera per vårdtillfälle oavsett om de redovisas patientunikt eller inte eftersom de alltid varierar med antalet vård dagar. Storleken på de schablonfördelade kostnaderna beror på hur många av vårdavdelningstjänsterna som i stället kan redovisas patientunikt i systemet. I takt med att ett KPP-system utvecklas bör den ej patientunika delen minska och den patientunika öka. Hotellkostnaden utgörs dock alltid av en schablonberäknad post då det här finns kostnader för olika klinikgemensamma funktioner som sjukhusadministration, lokaler och kapitaltjänster. För dessa typer av kostnader är vård dagen med stor sannolikhet den bästa fördelningsnyckeln.

Omvårdnaden på sjukhuset utgör normalt en betydande del av kostnaden för ett vårdtillfälle. Omvårdnadsinsatserna varierar från patient till patient och detta kan fångas patientunikt om det finns ett system för vårdtyngdsmätning som kan kopplas till KPP-systemet. Om det inte finns får en schablonfördelning per vård dygn/timme tillämpas. En schablonfördelad vård dygns kostnad kan dock viktas så att första och sista dygnet bär en högre kostnad. Denna merkostnad påförs varje vårdtillfälle som en s.k. startkostnad. Registrering av särskilt personalkrävande åtgärder vid

vårdavdelningarna kan också göras. Dessa åtgärder kan kostnadsberäknas och påföras de patienter som får tjänsterna. På så sätt kan kostnaderna för vårdpersonalens insatser identifieras per patient. Det är dock viktigt att främst fokusera på de åtgärder som står för de mest diskriminerande kostnaderna, så att registrering och kalkylarbete hålls på en rimlig och uppdateringsbar nivå.

Kostnader för åtgärder, dyra läkemedel och material/implantat kan variera kraftigt per patient och bör i diskriminerande fall fångas patientunikt i så stor omfattning som möjligt. Detta kan åstadkommas på olika sätt. Graden av noggrannhet kan variera, alltifrån att en schablonkostnad knuten till en viss diagnos, ATC- eller åtgärds kod anges, till att en särskild manuell registrering görs av vårdkontaktens verkliga kostnad för patientspecifik dos, preparat eller implantat. I vissa fall kan också kostnader fångas via operations- eller IVA-system. För att säkra att högkostnads-kontakterna beskrivs i så stor utsträckning som möjligt, bör utgångspunkten vara att även ungefärliga schablonpåslag utifrån vissa KVÅ- eller diagnoskoder är bättre än att "smeta ut" diskriminerande kostnader på samtliga patienter.

### Kalkylmodeller

När vårdtjänsternas kostnader beräknas kommer kalkylmodellerna att se olika ut beroende på typ av vårdtjänst. Allmänt är det viktigt att kalkylmodellerna görs enligt följande

- alla kostnader ska finnas med utom de undantag som har specificerats (se definition av totalkostnadsbokslut ovan)
- en beskrivning av verklig resursåtgång för vårdtjänsten ska finnas
- gruppering eller vikter enligt DRG får inte användas för kostnadsfördelning i kalkylerna. (eftersom DRG-uppgifterna härstammar från resultatet av KPP-beräkningarna)
- kalkylering ska ske enligt någon dokumenterad metod
- kalkyleringen ska ske med hjälp av förkalkyler och efterkalkyler

Att arbeta med för- och efterkalkyler är ett sätt att se till att sjukhusets självkostnader redovisas i KPP-systemet. Förkalkylen bygger på de förutsättningar som finns inför ett verksamhetsår och används för den löpande uppföljningen och faktureringen under redovisningsåret. I anslutning till årsbokslut eller delårsbokslut ska kalkylerna uppdateras med de verkliga kostnaderna. I efterkalkylen ska kostnader för sådana omatchade vårdtjänster som borde ha kunnat bli matchade (men som inte matchats t.ex. på grund av bristande registrering av kod för beställande enhet eller någon annan post viktig för matchningen) fördelas på det matchade materialet. Annars kan KPP-data uppvisa falskt låga kostnader per kontakt för vårdtjänster som kan vara svåra att matcha, t.ex. röntgentjänster. Den efterkalkylerade KPP-redovisningen används för jämförelser och analys av verksamheten och vid inrapportering till den nationella KPP-databasen.

Ambitionsnivån i beräkningarna vid sjukhusen ser olika ut idag. När ambitionsnivån bestäms är det viktigt att den inte omfattar detaljer som ger merarbete men inte någon ökad information om kostnadsbilden. Ett ledord är "good enough". Det krävs också mer kunskap om hur olika metoder påverkar slutresultatet. I denna rapport ges därför rekommendationer på de områden där vi i tidigare arbeten kunnat konstatera att kostnadsberäkningsmetoder ger störst effekt. För övriga vårdtjänster ges mer allmänna rekommendationer. Enskilda åtgärder kan ge starkt diskriminerande kostnader för en enskild patient. Att fånga dessa på ett så enkelt sätt som möjligt bör därför vara en uppgift som ska prioriteras. Se vidare om KVÅ-beräkningar nedan.



Inom slutenvården har normalt omvårdnads-, operations-, anestesi- och IVA-kostnaderna den största kostnadsmässiga betydelsen. Dyra material, läkemedel och röntgentjänster kan ha stor kostnadsmässig påverkan inom såväl slutenvård som öppenvård. För de kostnadsmässigt tunga vårdtjänsterna ställs därför vissa krav på de kalkylmodeller som används vid kostnadsberäkningarna.

I rekommendationerna ovan har vi valt att ställa vissa krav på kalkylmodeller för att beräkna vårdtjänstkostnader för operation, anestesi och IVA. Här följer också olika metoder för att fånga diskriminerande kostnader för åtgärder, dyra läkemedel och material/implantat.

### Dyra läkemedel och material

Att patientunikt kunna särredovisa dyra läkemedel och material som används vid vårdavdelningar och mottagningar är ett viktigt mål att sträva mot. Att hitta rutiner för detta är därför en av de enskilt viktigaste kvalitetshöjande åtgärderna i flertalet av dagens KPP-system. Från och med 2009 listar Centrum för patientklassificering, CPK<sup>21</sup> de allra dyraste läkemedlen vars kostnad alltid bör kunna registreras patientunikt i ett KPP-system.

Det finns olika lösningar för att mer eller mindre schabloniserat fånga dyra läkemedel och material vid vårdavdelningar och mottagningar. Nedan beskrivs alternativen med den mest schabloniserade metoden först.

- Fånga och kostnadsberäkna åtgärder med innehåll av dyrt läkemedel eller material/implantat utifrån de KVÅ- eller diagnoskoder som rutinmässigt registreras för varje vårdkontakt.
- Registrera ATC-koder för läkemedel i de vårdadministrativa systemen. ATC-koderna kan sedan kopplas till en kostnad per kod i KPP-systemet.
- Utnyttja informationen om AP-dos – idag används den information som går till apoteket.
- Manuell lösning där patientunik kostnad för dyra läkemedel och material registreras enligt särskilda rutiner direkt i det vårdadministrativa systemet eller i KPP-systemet. En verklig kostnad per kontakt utifrån specifikt material/preparat och dosering kan då fångas.
- Användning av journaldata (en målsättning i takt med att tekniken utvecklas i journalsystemen, men än så länge svårt i praktiken)

### Beräkning av åtgärdskostnad utifrån KVÅ

Det finns nu en nationell rekommendation att använda åtgärdsklassifikationen för medicinska och kirurgiska vårdåtgärder (KVÅ) när åtgärder vid vårdavdelningar eller mottagningar ska beskrivas och kostnadsberäknas. Det viktigaste är att vårdkontakter med extra dyra KVÅ diskrimineras från "normalkontakterna". För detta kan KVÅ-kalkyler inriktade på att spegla endast de direkta merkostnaderna för en åtgärd användas. Indirekta kostnader som hyror och OH-kostnader kan då i stället belasta den allmänna kontaktkostnaden.

Ett par exempel på KVÅ-kalkyler följer. Figur 3 visar hur en genomsnittlig merkostnad för respiratorbehandling av en nyfödd kan beräknas. Kalkylen innefattar endast de direkta merkostnaderna för den extra personal och särskilda utrustning som respiratorbehandlingen medför.

21 Centrum för Patientklassificering(CPK) är ett nätverk med medarbetare från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen som har till huvuduppgift att utveckla och förvalta enhetlig sekundär patientklassificering samt att sprida kunskap om sekundära patientklassificeringssystem.

Figur 3. KVÅ-kalkyl respiratorbehandling

KVÅ DGOO2, RESPIRATORBEHANDLING PÅ NEONATALAVDELNING	
Personalkostnad extravak:	
Genomsnittlig vårdtid i respirator 2,5 dygn*24 tim*timlön barnsköt	10
Utrustning	
Kapitalkostnad respirator:	2
Kapitalkostnad övervakningsutrustning:	2
<b>Genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle, Tkr:</b>	<b>14</b>

Figur 4 visar hur en genomsnittlig merkostnad för en cytostatikabehandling kan beräknas. Den totala årskostnaden för cytostatika och peruker är fördelad på de vårdkontakter där KVÅ-koden DT016 (läkemedelstillförel intravenöst) är kombinerad med en ATC-kod som börjar med L01 (cytostatika/cytotoxiska läkemedel). Detta är ett mycket schabloniserat och grovt sätt att fånga kostnaden för dyra läkemedel på, och ingen koppling till individuellt preparat eller dosering finns. Metoden kan ändå ses som ett acceptabelt alternativ tills dess att ett från början enklare KPP-system utvecklats med en mer patientspecifik lösning. Metoden bidrar till att de vårdkontakter som innefattar behandling med dyra läkemedel också bär en extra kostnad för dessa.

Figur 4. KVÅ-kalkyl cytostatikabehandling

KVÅ DT016 KOMBINERAT MED ATC-KODGRUPP L01; CYTOSTATIKABEHANDLING	
Cytostatika läkemedel, genomsnittskostnad per behandlingstillfälle	8,5
Peruker, genomsnittskostnad per behandlingstillfälle	0,5
<b>Summa genomsnittlig merkostnad för cytostatikapatienter/behandlingstillfälle, Tkr</b>	<b>9</b>

Modeller för mer utvecklad kostnadsberäkning av åtgärder och läkemedelsbehandlingar togs fram i den tidigare publicerade rapporten "Beskrivning och kostnadsberäkning av hematologiska åtgärder"<sup>22</sup>. Modellerna beskrevs i tidigare versioner av Nationella KPP-principer. I dessa modeller får varje åtgärd bära alla sina kostnader, även OH-kostnader och hyra. På så sätt finns ett korrekt underlag om åtgärden säljs till andra enheter eller utanför sjukhuset. Denna metod är ett alternativ när det finns önskemål om mer genomarbetade kalkyler.

#### 4.4 Särskilda rekommendationer för öppenvårdskontakter

Sjukvårdens öppenvårdsinsatser utgör en allt större del av den totala sjukvårdssamheten. Detta ställer krav på att öppenvårdens KPP-data håller en hög kvalitet. Det finns idag behov av en ökad enhetlighet i landstingens sätt att definiera olika typer av öppenvårdskontakter. Detta gäller både data som rapporteras till Nationella Patientregistret (PAR) och till KPP-databasen.

För att rimliga jämförelser ska kunna göras bör statistiken på vårdkontakter bygga på nationellt enhetliga rekommendationer. Socialstyrelsen har under år 2008 arbetat med underlag till nya föreskrifter för de öppenvårdskontakter som ska omfattas av

22 Se ref. 12 i bilaga 2

obligatorisk uppgiftslämning till PAR. Den har tydliggjort och definierat vilka typer av läkarkontakter som ska omfattas av inlämningsskyldigheten. Såväl direkta ”öga mot öga”-kontakter som kvalificerade kontakter via telefon, e-post etc. ska rapporteras. Läkarkontakter som rapporteras ska vara journalförda och självständiga, dvs. inte utgöras av konsultinsatser eller läkarinsatser som görs under ett pågående vårdtillfälle i slutenvården. Frågan om även kontakter inom andra yrkeskategorier framöver ska komma att omfattas av uppgiftsskyldigheten är under utredning.

För att kunna jämföra KPP-data mellan landstingen är det viktigt att det finns en enhetlig miniminivå vad gäller valet av kostnadsbärare eller kalkylobjekt. Rekommendationerna kring KPP i öppenvården bygger därför av praktiska skäl i så stor utsträckning som möjligt på inlämningsskyldigheten till PAR, eftersom dessa kontaktuppgifter bygger på nationella definitioner och ofta redan finns registrerade i organisationen. För information kring definitioner etc. hänvisas till SOSFS 2008:26.

### **Kostnadsbärare**

För specifikation av kostnadsbärare rekommenderas utifrån inlämningsskyldigheten en miniminivå där kostnaderna för mottagningstjänst inom öppenvården kan fördelas på tre huvudgrupper av kostnadsbärare: direkta läkarkontakter, indirekta läkarkontakter och övriga kontakter (dvs. den sammanlagda kostnaden för andra yrkesgrupper än läkare, såväl direkta som indirekta kontakter).

Det bör dock på sikt finnas en högre ambition än miniminivån för att differentiera kostnaden för mottagningstjänst på flera olika kontakttypor och yrkeskategorier. Hur omfattande fördelning som ska göras beror på verksamhetens karaktär och måste avgöras från mottagning till mottagning. Det viktigaste är att de yrkesgrupper och kontakttypor på mottagningen som har stora skillnader i kostnader också kan identifieras och kostnadsberäknas var för sig. I de fall då kostnadsberäkningar görs på en högt specificerad nivå är det för jämförelsemöjligheternas skull ändå viktigt att kostnadsinformationen kan summeras på miniminivån.

Arbetet med högspecificerad kostnadsfördelning, där man använder sig av olika kombinationer av yrkeskategori och kontakttyp som kostnadsbärare, kan underlättas av en viktmodell. I bilaga 3 finns ett exempel på en kalkylmall där totalkostnaden för mottagningstjänst med hjälp av framtagna vikter kan fördelas automatiskt på olika kostnadsbärare.

### **KPP-relevanta kontakter**

Inom öppenvården förekommer en rik flora av kontaktregistreringar då antalet kombinationer av kontakttypor och yrkeskategorier kan vara mycket stort. Det kan av interna uppföljningsskäl också förekomma registrering av s.k. osjälvständiga kontakter, dvs. kontakter utan självständig journalföring som, utifrån samma princip som idag gäller för läkarkontakter, inte ska lämnas till PAR. Exempel på osjälvständiga kontakter hos andra yrkesgrupper än läkare kan vara besök på laboratorium eller röntgenavdelning för enbart analys utan bedömning och ordination, eller kontakter med sjuksköterska eller undersköterska i assisterande syfte i samband med ett huvudsakligt läkarbesök.

Grundprincipen är att det endast är de självständiga kontakterna som är KPP-relevanta. Det är därför viktigt att det går att isolera de osjälvständiga kontakterna i KPP-systemet, så att endast de KPP-relevanta kontakterna delar på öppenvårdskostnaderna. Annars kan ett för stort antal prestationer ”späda ut” den kostnad som endast ska fördelas på självständiga kontakter.

### Diskriminerande kostnader

Inom öppenvården är det extra viktigt att kostnaden för resurskrävande åtgärder och dyra läkemedel/material i anslutning till ett besök kan fångas och redovisas i så hög grad som möjligt. Detta för att kostnaden för den schablonberäknade mottagnings-tjänsten i öppenvården kan vara låg jämfört med motsvarande totala vårdavdelnings-kostnad under ett slutenvårdtillfälle. Om t.ex. en poliklinisk operation eller en endoskopisk undersökning utförs under ett läkarbesök skulle kostnaden för den åtgärden kunna vara betydligt större än kostnaden för själva mottagningstjänsten. Vad som ska räknas som en så pass resurskrävande insats att kostnaden ska ses som diskriminerande, och därmed ska kostnadsberäknas och särredovisas, måste dock avgöras utifrån hur en "normalkontakt" vid den aktuella mottagningen ser ut.

Kvaliteten på DRG-vikterna inom öppenvården är under stark utveckling. För att detta ska kunna ske är en god tillgång till särredovisade åtgärds-kostnader per kontakt av avgörande betydelse.

## 4.5 Sammanfattande rekommendationer för kostnadsberäkning av vårdtjänster i KPP

För vissa vårdtjänster i ett KPP-system har det stor betydelse för slutresultatet (kostnad per vårdkontakt) hur kostnaderna beräknas. För andra vårdtjänster har metoden mindre betydelse. Här är huvudsaken att volymerna och kostnaderna finns med som helhet. Specifika rekommendationer finns för några av de vårdtjänster där resultatet från olika känslighetsanalyser har motiverat detta.

Rekommendation för kostnadsberäkning av vårdtjänster kan sammanfattas enligt följande:

- Kostnadsberäkning ska ske enligt dokumenterad metod med förkalkylerade kostnader. Efter årsbokslut ska efterkalkyleringar göras. I efterkalkylen ska kostnader för omatchade vårdtjänster fördelas på de matchade kontakterna. Efterkalkylerat resultat används för jämförande analyser och för leverans till KPP-databasen.
- Gruppering eller vikter enligt DRG får inte användas för kostnadsfördelning i kalkylerna.
- För några av de dyraste vårdtjänsterna ställs krav på kalkylmodellerna för kostnadsberäkningar enligt följande:
  - Operation, anestesi: Kalkylmodellen ska inberäkna tid, tyngd (t.ex. antal operatörer, ASA-klassning) och dyrare material och läkemedel. Läkarkostnaden ska vara inkluderad i minutpriset. En startkostnad per operation bör beräknas.
  - Postop/UVA: Kalkylmodellen ska inberäkna tid och dyrare material och läkemedel.
  - IVA: Kalkylmodellen ska inberäkna tid, vårdtyngd (t.ex. utifrån vårdtyngds-system som VTL, NEMS, APACHE och TISS) och dyra material och läkemedel. Under den tid som patienten vårdas på IVA bör om möjligt hemavdelningen inte samtidigt belastas med vårdavdelningskostnad.
  - Vårdavdelningstjänst: En startkostnad per vårdtillfälle bör beräknas. Om det finns ett vårdtyngdssystem kan det användas för att beräkna patientunik omvårdnads-kostnad.
  - Åtgärder: För kostnadsberäkning av åtgärder vid mottagningar och vård-avdelningar bör KVÅ användas.

- Kostnader för dyrare och diskriminerade åtgärder, läkemedel och material bör fångas patientunikt och särredovisas även på vårdavdelningar och mottagningar. En av de viktigaste åtgärderna för att utveckla IT-system i förhållande till KPP-redovisningen är därför att hitta metoder för detta. Det är extra viktigt inom öppenvården, då andelen diskriminerande kostnader i förhållande till schablonberäknade kostnader kan vara mycket större än i slutenvården.
- Kostnader för mottagningstjänst bör minst fördelas på tre grupper av kostnadsbärare: direkta läkarkontakter, indirekta läkarkontakter och övriga kontakter. På sikt bör dock ambitionen vara att också fördela kostnader på övriga yrkeskategorier och kontaktyper.
- Mottagningstjänstens kostnader ska endast fördelas på KPP-relevanta kontakter.

## 5. Nationella rekommendationer för matchning av vårdtjänster i ett KPP-system

---

Med matchning avses steg 4 i KPP-modellen där vårdtjänsterna och deras kostnader kopplas ihop med den enskilda vårdkontakten. I dagens vårdadministrativa system saknas unik identifikation för varje vårdkontakt/vårdepisod länkat till alla vårdtjänster som hör till just den vårdkontakten. Därför behövs matchning. Matchning sker med hjälp av patientens personnummer och de datum då vårdtjänsterna och vårdkontaktarna ägde rum. Utförlig beskrivning av matchning och dess logik finns i tidigare publicerade skrifter<sup>23</sup>.

### 5.1 Principer för matchning i ett KPP-system

Huvudprincipen vid matchning är att den vårdkontakt som har förorsakat kostnad också ska belastas med kostnaden. Så mycket som möjligt av vårdtjänsterna och kostnaderna bör matchas med så hög säkerhet som möjligt. Matchningen görs i första hand med hjälp av personnummer och datum (eller intervall av datum) för vårdtjänsten. Om det inte går att avgöra vilken som är den rätta vårdkontakten, kan det med hjälp av uppgift om beställande/betalande enhet i filen från försystemen gå att avgöra till vilken enhet som vårdtjänsten hör. Därigenom kan rätt vårdkontakt hittas. Om detta inte fungerar eller om uppgift om beställande enhet saknas bör följande prioriteringsregler användas:

- Matcha alltid till den vårdkontakt som ligger närmast.
- Matcha efter principen att slutenvård går före öppenvård, dagsjukvård före läkarbesök och läkarbesök före övriga vårdgivare.
- Om vårdkontaktarna ligger inom samma prioritering inom samma avstånd, välj den första.
- Vid flera vårdkontakter samma dag förs vårdtjänsten till rätt vårdkontakt med hjälp av beställande enhet.

Följande rekommendationer för material och metod vid matchning föreslås:

- Både öppen och sluten vård bör vara med i materialet.
- Klarar matchningssystemet bara ett datum är remissdatum att föredra vid matchning framför utförandedatum för vårdtjänster från blodcentral, laboratorier och röntgen. Remissdatum förenklar matchningen till rätt vårdkontakt eftersom undersökningen/analysen ofta inte utförs vid den ursprungliga vårdkontakten. Om det inte finns något remissdatum kan det datum då remissen registreras användas.
- En utveckling av användandet av både remissdatum och utförandedatum är dock önskvärd. Då skulle vårdtjänster som inte direktmatchas på utförandedatum i stället kunna matchas på remissdatum. Denna metod kommer sannolikt att kunna ge den säkraste matchningen.
- Utförandedatum (besöksdatum/innelliggandedatum) bör användas vid matchning av vårdtjänster från akuten, paramedicinska specialiteter, IVA/UVA, anestesi och operation.

---

<sup>23</sup> Se ref. 5 och 8 i bilaga 2.

- Den stegvisa fönstermetoden matchar störst andel kostnader och vårdtjänster och bör därför användas<sup>24</sup>.
- Det är en fördel att ha med information om den beställande enheten vid matchning då det ger en säkrare matchning.

För att dessa rekommendationer ska fungera måste följande data finnas i varje post för vårdtjänster:

- Unik identifikation av varje post
- Vårdtjänstens benämning och produktkod
- Måttenheter och antalsuppgifter
- Patientens personnummer eller reservnummer
- Remissdatum
- Utförandedatum
- Utförande enhet
- Resursåtgång per vårdtjänst
- Beställande/betalande enhet

Den sista punkten har tidigare inte setts som nödvändig, men bedöms numera som allt viktigare för att underlätta matchningen och öka säkerheten i matchningen framförallt inom öppenvården. För att skilja ut vårdkontakter som sker samma dag bör den beställande enheten stå med. För de sjukhus som använder sig av intern-debitering är den uppgiften obligatorisk.

## 5.2 Särskilda matchningsrekommendationer för öppenvård

De många kombinationsmöjligheterna av kontakttyper och yrkeskategorier inom öppenvården lyfter fram behovet av att säkra en jämförbar grundkvalitet i öppenvårdens KPP-data. Detta ställer bland annat höga krav på enhetliga matchningsprinciper och att det i KPP-systemet finns möjligheter att undanhålla vissa kontakter, t.ex. de ej KPP-relevanta kontakterna, från att bli matchade med medicinska servicetjänster. Som tidigare nämnts kan fler kontakter än de KPP-relevanta finnas registrerade i de vårdadministrativa systemen. Om medicinska servicetjänster tillåts matcha samtliga registrerade vårdkontakter utifrån enbart överensstämmande datum, kan svårtolkade KPP-resultat bli följden. Registrerade besök på en röntgenavdelning skulle då t.ex. kunna bli kostnadsbärare för olika medicinska vårdtjänster som röntgenundersökningar, laboratorieanalyser eller dagkirurgiska operationer. Likaså kan yrkeskategorier utan befogenhet att ordinera laboratorieanalyser eller röntgenundersökningar bli kostnadsbärare för dessa tjänster. Sådana matchningsresultat skulle kunna medföra stora svårigheter att göra adekvata analyser och jämförelser av KPP-data.

För att utveckla ökad säkerhet i matchningen inom öppenvården skulle också möjligheten att styra mot vissa KVÅ vara önskvärd. Till exempel skulle operationskoderna i operationssystemen kunna styra matchningen av operationer mot vårdkontakter där motsvarande KVÅ-kod finns registrerad. Det är dock osäkert om detta låter sig göras med den matchningsteknik som används idag.

<sup>24</sup> Metoden beskrivs i rapporten "Att matcha vårdtjänster i ett KPP-system" (5). Metoden innebär att man stegvis utvidgar möjligheten att matcha en vårdtjänst som utförts till en viss vårdkontakt genom att fler möjliga datum före och efter en viss vårdkontakt tillåts i matchningslogiken. De tillåtna datumen för matchningen kallas fönster. I rapporten visas att denna metod matchade den högsta andelen vårdtjänster och kostnader till rätt vårdkontakt.



Sammanfattningsvis ställs högre tekniska krav på KPP-systemet i öppenvården än i slutenvården.

Följande rekommendationer gäller för KPP-systemens matchningsfunktion inom öppenvården:

- För varje kontakt behöver följande poster finnas i KPP-systemet:
  - Patientens personnummer
  - Vårdhändelsens datum
  - Beställande/betalande enhet
  - Yrkeskategori
  - Kontakttyp

Yrkeskategori är nödvändig för att hierarkireglerna vid matchningen ska kunna gälla.

- Matchningen bör i så hög grad som möjligt baseras på både datum och beställande enhet. Utifrån hur verksamheten ser ut bör matchningen om möjligt också kunna styras mot yrkeskategori, kontakttyp och KVÅ. Det är dock oklart i vilken mån detta går att göra i dagens KPP-system, eftersom dessa uppgifter inte alltid kan utläsas av de poster som inhämtas för varje vårdtjänst.
- Systemet bör klara av att undanta vissa ej KPP-relevanta kontakter från matchningen av medicinska servicetjänster, t.ex. osjälvständiga kontakter eller kontakter med yrkeskategorier utan ordinationsrätt, se avsnitt 4.

### 5.3 Sammanfattande rekommendationer kring matchning av vårdtjänster

- Matchning med stegvisa fönster rekommenderas. KPP-systemet bör ha en funktion där det går att följa upp hur många procent av vårdtjänsterna och kostnaderna som har kunnat matchas till rätt patient. Ambitionen bör vara att komma så nära 100 procent som möjligt av andelen matchade kostnader, samtidigt som den matchade vårdkontakten också är så relevant som möjligt för den aktuella servicetjänsten. KPP-systemet bör uppdateras kontinuerligt för att kunna användas som underlag löpande i klinikens styrning och uppföljning.
- Både öppen- och slutenvård bör finnas med i matchningen för att vårdtjänsterna ska kunna knytas till rätt vårdkontakt.
- Högre tekniska krav ställs på matchning i öppenvården än i slutenvården, bland annat för att öka säkerheten i matchningen och för att matchning inte ska kunna göras till ej KPP-relevanta kontakter.



## 6. Metod för kvalitetskontroll av kostnadsdata

---

### 6.1 Enhetlighet och transparens i inlevererade KPP-data

Det är viktigt att underliggande kvalitet och jämförbarhet i KPP-databasen kan bedömas på ett bra sätt. Därför ska det KPP-material som levereras till KPP-databasen också innehålla en sammanställning av hur beräkningsunderlaget till KPP-uppgifterna ser ut. Sammanställningen ska belysa delar av totalkostnadsboks slutet och särredovisa stora kostnadsposter som hyror, pensionskostnader och FoU, och utgöra underlag för avstämning mellan sjukhusets totala KPP-kostnad och det KPP-material som leverats till SKL.

En enkät för detta skickas årligen ut från SKL tillsammans med aktuell layout för datainsamlingen.

För att SKL lättare ska kunna bedöma kvaliteten i levererade data om användning som underlag för viktberäkning, bör det finnas en aktiv dialog mellan levererande sjukhus/motsvarande och SKL, t.ex. om vilka kalkylmetoder och vilken matchningsteknik som har använts.

För öppenvårdsdata kan alltså betydande variationer i matchningslogik och val av kostnadsbärare medföra vissa svårigheter att analysera och jämföra framför allt öppenvårdens KPP-data mellan landstingen. Men med en hög ambitionsnivå att inleverera öppenvårdsdata till SKL utifrån en enhetlig struktur så kan analysmöjligheterna förbättras avsevärt. Därmed kan också kvaliteten lättare kontrolleras på de data som ska ingå i underlaget till öppenvårdsvikterna.

Följande rekommenderas därför specifikt för öppenvårdsdata:

- Leverera inte enbart totalkostnad per öppenvårdskontakt. Gör en specifikation enligt uppställningen i kapitel 4 så långt som möjligt, dock lägst en uppdelning av kostnaderna på mottagningstjänst och medicinska servicetjänster.
- Ange i samband med leveransen om några schablonfördelade kostnader för medicinska servicetjänster ingår i mottagningstjänsten, t.ex. labkostnader.

### 6.2 KPP-datas beskrivningsvärde

Det är framför allt verksamhetsföreträdarna som kan bedöma hur väl ett KPP-system fungerar som beskrivningsverktyg. KPP-data för varje sjukhus bör därför kontinuerligt analyseras och rimlighetsbedömas av sjukvårdens verksamhetsansvariga. Den ansvariga för ett medicinskt verksamhetsområde kan i analysarbetet ställa sig frågor som

- Verkar den relativa kostnadsfördelningen mellan de vanligaste DRG i min verksamhet rimlig?
- Stämmer antalet matchade vårdtjänster för vissa vanligtvis homogena DRG rimligt väl med verkliga förhållanden?

- Hur förhåller sig min verksamhets genomsnittskostnader per DRG till de nationella genomsnittskostnaderna?
- Redovisas stora och diskriminerande kostnader på rätt kontakt?
- Vad är orsaken till ytterfallen (extremt dyra vårdkontakter) inom min verksamhet?
- Belastar öppenvårdskostnaderna endast KPP-relevanta kontakter?

## Bilaga 1

---

### KPP-modellens begrepp

De vårdadministrativa termer och begrepp som används i rapporten följer Landstingsförbundets och Socialstyrelsens rekommendation ”Nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken” (13). När begrepp saknas där har KPP-specifika begrepp skapats.

De viktigaste begreppen som används är:

- *Vårdkontakt* – kontakt mellan patient och vårdgivare för utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad. Vårdkontakt omfattar vårdtillfälle, besök, hemsjukvårdsbesök, konsultation, telefonkontakt samt brevkontakt. En patient kan ha flera vårdkontakter.
- *Vårdtjänster* – avser de tjänster som de patientrelaterade verksamheterna producerar och som i KPP-systemet knyts till den enskilde patienten och vårdkontakten. Synonymer i andra skrifter om KPP-system är exempelvis delprestationer eller delprodukter.
- *Patientrelaterade verksamheter* – verksamheter vars tjänster kan relateras direkt till en viss patient, till exempel röntgen, operation och vårdavdelning. Patientrelaterade verksamheter producerar med andra ord vårdtjänster. Den patientrelaterade verksamhetens egna kostnader kallas i rapporten patientrelaterade kostnader.
- *Gemensamma verksamheter* – verksamheter vars tjänster inte kan relateras direkt till en patient, till exempel administrativa tjänster, vaktmästeri och telefonväxel. Kostnaderna för de gemensamma verksamheterna kallas i rapporten för gemensamma kostnader.
- *Patientspecifika/Patientunika kostnader* – används för att beteckna de kostnader som kan relateras till ”rätt” patient. Hur stor del av de patientrelaterade kostnaderna som blir patientspecifika avgörs således av hur utvecklade kostnadsberäkningarna för vårdtjänsterna är.
- *Gemensamma kostnader* – motsatsen till de patientspecifika kostnaderna, dvs. de kostnader som schabloniseras vid kostnadsberäkningen av vårdtjänster.
- *Diskriminerande kostnader* – avser kostnader för resurser som ”sticker ut” jämfört med en genomsnittlig resursåtgång inom verksamheten. Vad som ska ses som diskriminerande kan alltså variera mellan olika enheter beroende på vilken typ av verksamhet som normalt bedrivs vid enheten.
- *Totalkostnadsbokslut* – kostnadsbokslut där varje enhet inom exempelvis ett sjukhus bär alla sina kostnader, inklusive kostnaderna för de tjänster som enheten får eller köper från andra enheter.

## Bilaga 2

---

### Referenser

1. Landstingsförbundet, *Kostnad Per Patient (KPP) för bättre ledningsinformation i sjukvården*, Stockholm, 2002.
2. Landstingsförbundet, *KPP i primärvården – resultat från ett pilotprojekt*, Stockholm, 2003.
3. Landstingsförbundet, *KPP i psykiatri – en handledning i kalkylering*, Stockholm 2003.
4. Landstingsförbundet, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, KPP-projektet delrapport nr 1, Stockholm, 1999.
5. Landstingsförbundet, *Att matcha vårdtjänster i ett KPP-system – rekommendationer kring matchning*, Stockholm 2003.
6. Landstingsförbundet, *Principer för totalkostnadsredovisningen och att fördela gemensamma kostnader*, delrapport nr 4, Stockholm, 2000.
7. Landstingsförbundet, *Beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster i ett KPP-system – en översikt*, KPP-projektet delrapport nr 3, Stockholm, 2000.
8. Landstingsförbundet, *Att införa KPP – Erfarenheter från landsting och sjukhus*, KPP-projektet delrapport nr 6, Stockholm, 2001.
9. Landstingsförbundet, *Att mäta läkartidens användning – för KPP och andra syften*, Stockholm, 2000.
10. Socialstyrelsen, Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), aktuell information finns tillgänglig på nätet på <http://www.socialstyrelsen.se>, sökord KVÅ.
11. Socialstyrelsen, NordDRG-logik, aktuell information tillgänglig på nätet på <http://www.socialstyrelsen.se>, sökord NordDRG.
12. Landstingsförbundet, *Beskrivning och kostnadsberäkning av hematologiska åtgärder – KPP-modell för öppen- och slutenvård*, Stockholm, 2000.
13. Landstingsförbundet, *Nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken*, Stockholm, 1998.

## Bilaga 3

### Exempel på viktningsmodell

En excel-fil kan beställas från SKL.

I modellen behöver endast läggas in antal prestationer per de kontakttyper/yrkeskategorier som är aktuella på enheten, samt mottagningsenhetens totala kostnad att fördela på mottagningsstjänst (markerade poster). Excel-filen kan erhållas från SKL. Den innehåller även exempel på hur egna vikter per kontakttyp och yrkeskategori kan tas fram.

MOTT: X		FAKTORER (SIMULERADE)			ANTAL PREST.	SUMMA VIKT	TOTAL KOSTNAD FÖR MOTTAGNINGSTJÄNST	KOSTNAD/BESÖK, TKR
		Lön	Tid	S:a				
Vårdgivare	Kontakttyp							
Läkare	Nybesök, enskilt	1,2	0,5	0,600	1 823	1 094	3 747	2,055
	Återbesök, enskilt	1,2	0,2	0,240	3 868	928	3 180	0,822
	Gruppbesök	0,4	0,5	0,200		0	0	
	Teambesök	3,6	0,5	1,800		0	0	
	Gruppteam	1,2	0,7	0,840		0	0	
	Telefon/Brevkontakt	1,2	0,2	0,240		0	0	
Ssk	Nybesök, enskilt	0,7	0,7	0,490	315	154	529	1,679
	Återbesök, enskilt	0,7	0,5	0,350	2 735	957	3 279	1,199
	Gruppbesök	0,2	0,5	0,100		0	0	
	Teambesök	2,1	0,5	1,050		0	0	
	Gruppteam	0,7	0,7	0,490		0	0	
	Telefon/Brevkontakt	0,7	0,2	0,140		0	0	
Sjukgymnast	Nybesök, enskilt	0,6	0,8	0,480	121	58	199	1,644
	Återbesök, enskilt	0,6	0,6	0,360	542	195	668	1,233
	Gruppbesök	0,2	0,5	0,100		0	0	
	Teambesök	1,8	0,5	0,900		0	0	
	Gruppteam	0,6	0,7	0,420		0	0	
	Telefon/Brevkontakt	0,6	0,1	0,060		0	0	
Summa					9 404	3 387	11 603	
Genomsnittlig kostnad per prestation				1,234				
Genomsnittlig kostnad per vikt poäng				3,426				

Modell från Leif Lundstedt, SLL, bearbetad på SKL.  
OBS endast exempel, vikterna ej korrekt beräknade.

## Nationella KPP-principer, version 2

**KPP står för kostnad per patient** och är en metod för att beräkna sjukvårdens kostnader per vårdkontakt och patient. Vi kallar det också för patientrelaterad kostnadsredovisning.

De första KPP-principerna, som avsåg sluten somatisk vård, publicerades 2002 och uppdaterades 2006 i ett samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och expertgruppen för KPP-frågor. I expertgruppen ingår representanter för de sjukhus och landsting som har infört KPP. Sedan de första versionerna av KPP-principerna publicerades har metoden utvecklats och principerna har utökats till att omfatta andra vårdformer än den slutna somatiska vården. KPP-principer har nu tagits fram även för öppenvård, primärvård och psykiatri, och de bygger på nya primära klassifikationer för att beskriva innehållet i sjukvården.

Denna rapport innehåller en andra uppdatering av 2002 års grundversion av nationella KPP-principer.

Uppdateringarna har främst inriktats på:

- att förtydliga vårdtjänstbeskrivningen samt rekommendera en miniminivå för ett KPP-system
- att lyfta fram betydelsen av att fånga kostnader som "sticker ut" samt visa exempel på hur detta kan göras
- att utveckla rekommendationerna för KPP inom öppenvården

TRYCKSAKER FRÅN SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING  
LADDAS NER PÅ [WWW.SK.LSE](http://WWW.SK.LSE).

ISBN 978-91-7164-467-1



118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20  
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50  
info@skl.se, www.skl.se