



Ersättningsmodeller för Nära vård

Ett kunskaps- och dialogunderlag med fokus
på regionens primärvård



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Ersättningsmodeller för Nära vård

Ett kunskaps- och dialogunderlag med fokus
på regionens primärvård

Denna skrift är resultatet av ett delprojekt om ändamålsenliga ersättningsmodeller för en Nära vård inom SKRs program Nära vård. Projektet har finansierats genom överenskommelsen Nära vård, mellan regeringen och SKR.

Skriften är tänkt som ett kunskaps- och dialogunderlag för hur en region kan gå till väga för att utforma sin ersättningsmodell så den är ändamålsenlig för att stödja utvecklingen av en Nära vård.

Inom ramen för uppdraget har ytterligare rapporter publicerats, där de två första avser kartläggningar av tillämpade ersättningsprinciper under år 2021 och den tredje en sammanställning av relevanta forskningsstudier sammanställd 2022.

- Ersättningsmodeller i primärvård,
- Ersättningsmodeller i specialiserad vård,
- Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården - en forskningsöversikt

SKR vill rikta tack till alla som bidragit till arbetet som ligger bakom denna skrift. Särskilt tack till regionernas kontaktpersoner i nätverket **Ändamålsenliga ersättningsmodeller** och olika gästföreläsare som under 2021–2022 generöst bidragit med erfarenheter och kunskap.

Upplysningar om innehållet:

Lisbeth Löpare Johansson, lisbeth.lopjohansson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2023

ISBN: 978-91-8047-190-9

Text: Lars Gohde

Illustration: Kristine Widlert

Produktion: Advant

Förord

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

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

Runt om i Sverige pågår nu omställningen till Nära vård. Ett omfattande arbete bedrivs i regioner och kommuner. Omställningen innefattar många delar och perspektiv.

En central del i SKRs arbete med att stödja omställningen till Nära vård är att skapa insikter, öka kunskap och bidra till lärande i olika avseenden, bland annat kring olika styrdimensioner. Denna skrift är tänkt som ett kunskaps- och dialogunderlag för att praktiskt införa ändamålsenliga ersättningsmodeller som stödjer arbetet för en nära vård. Skriften är en produkt av ett samarbete med regionerna i syfte att stödja lärandet om principer för ändamålsenliga ersättningsmodeller. Kunskapen om hur ersättningsmodeller påverkar omställningen till Nära vård behöver utvecklas ytterligare.

Sveriges Kommuner och Regioner, maj 2023.

Lisbeth Löpare-Johansson
Samordnare Nära vård

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

- 6 **Kapitel 1. Sammanfattning och slutsatser**
- 6 Sammanfattning
- 8 Slutsatser

- 10 **Kapitel 2. Inledning**

- 12 **Kapitel 3. Målet med en nära vård**
- 12 Varför ska vi ställa om?
- 13 Vad är Nära vård?
- 15 Målbilder för Nära vård
- 15 Nära vård behöver utvecklas i samverkan mellan kommuner och regioner (systemperspektivet)
- 17 Regionerna har olika utgångslägen och olika förutsättningar

- 18 **Kapitel 4. Styrning till en Nära vård**
- 18 Styrningen har olika delar som måste hänga ihop
- 18 Övergripande styrmodeller
- 19 Finansiell styrning
- 21 Den finansiella styrningens kraft i den samlade styrningen

- 24 **Kapitel 5. Vilka effekter kan egentligen nås med ersättningsmodeller?**
- 24 Vad kan vi lära av studier om ersättningsprincipers effekter?

- 29 **Kapitel 6. Dagens ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården**
- 29 Det finns både likheter och skillnader
- 47 Ersättningsmodeller som främst förekommer inom specialiserad vård
- 53 Ersättningsmodeller i kommunal vård
- 55 Samordnad finansiell styrning kommun-region
- 57 Alternativa finansiella instrument

59	Kapitel 7. Steg i utvecklingen av en ersättningsmodell
59	En generell modell för utveckling
64	Kapitel 8. Utformning av ändamålsenliga ersättningsmodeller
64	Inledning
64	Effektkedjan
68	Fyra förflyttningsområden mot en Nära vård
73	Gruppering av insatser och åtgärder för förflyttningen
89	Kapitel 9. Genomför, mät och följ upp
90	Ramverk för uppföljning av Nära vård
91	Bilaga 1. Modell för planering, uppföljning och åtgärder
92	Planeringsprocessen
94	Bilaga 2. Bedömning av olika ersättningsformers påverkan
96	Bilaga 3. Checklista vid utformning av ersättningsmodell
98	Bilaga 4. Mall effektkedja
99	Referenser

Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattning

Utveckling i nöd och lust

Alla Sveriges regioner arbetar med förändringar av hälso- och sjukvården för att klara framtidens utmaningar. Utvecklingen till en nära vård är sedan flera år högt prioriterad både på nationell nivå och i regioner och kommuner. Utvecklingen är komplex och saknar inte utmaningar. Det handlar både om att ge den nära vården ett mer konkret innehåll och därtill att hitta vägar att styra utvecklingen i den önskvärda riktningen.

Styrningen har många dimensioner

Styrningen sker i många dimensioner och i olika delar, till exempel genom lagar, organisation, ledning, kultur och pengar. En viktig och ofta kraftfull del av styrningen är den som görs med pengar, det vill säga finansiell styrning. Fokus för denna skrift är därför att beskriva hur anpassning och användning av olika ersättningsmodeller kan främja utvecklingen till en Nära vård.

Överväganden om finansiell styrning måste med nödvändighet kopplas till önskvärd utveckling av verksamheten och hur denna kan stimuleras genom ekonomiska villkor i förhållande till andra sätt att styra och påverka. Skriften innehåller därför flera avsnitt om hur målen för och innehållet i den nära vården kan konkretiseras genom olika steg; ett arbete som redan pågår i regionerna. Utgångspunkten är de övergripande målen för den nära vården samt de fyra viktiga områdena som identifierats för förflyttning av fokus, till exempel från organisation till person och relation.

Alla ersättningsformer har styrande effekter

Kunskapen om möjligheterna att styra med ersättningsmodeller är viktig. En genomgång av den internationella forskningen görs i ett särskilt kapitel. Bland de viktigaste lärdomarna ingår till exempel att ersättningsmodeller kan verka enkelt och flexibelt för beslutsfattare att påverka men att det kan leda till en ryckighet i styrningen. En annan lärdom är att ersättningsmodeller aldrig verkar i ett vakuum utan är starkt beroende av andra faktorer för att få önskvärd effekt. Det finns också vissa iakttagelser kring specifika ersättningsformer. Exempelvis att ersättning av prestationer främjar en ökad produktion, att fasta ersättningar skapar möjlighet för utveckling och innovation men sällan ger sådana effekter och att värdebaserade ersättningar kan ge goda effekter men är oerhört svåra att utforma på ett bra sätt.

Även bortvalet av en specifik ersättningsmodell och att den ekonomiska styrningen inskränks till anslagsfinansiering (budget) kommer också att ge en styrande effekt och konsekvenser för utfallet.

Hälso- och sjukvården har delat huvudmannaansvar

Kommunernas ersättningsmodeller beskrivs kortfattat. Vidare redovisas några exempel på samordnad finansiell styrning mellan huvudmän som delar ansvaret för invånarnas hälso- och sjukvård. Ur ett medborgar- och patientperspektiv behöver sjukvården ses ur ett systemperspektiv. Det är av högsta vikt att vid varje utformning av ersättningsformer inom kommun eller region beakta att ersättningsformen inte på något sätt förhindrar den samverkan som vi vill uppnå genom utvecklingen av en nära vård. Ersättningsformerna måste stödja detta systemperspektiv.

Ersättningsmodeller inom regionens hälso- och sjukvård

Ett kapitel beskriver hur regionernas ersättningsmodeller ser ut idag inom primärvård respektive specialiserad vård. Inom primärvården finns stora likheter mellan regionerna vad avser ersättningsmodeller, men det kan finnas stora skillnader i de olika ersättningsformerna. Till exempel riskjustering av den fasta kapitationsersättningen kan göras på flera sätt och med olika metoder, vilket ger olika utfall för utföraren beroende på i vilket sammanhang den verkar i. Det finns också skillnader när det gäller användningen av målrelaterade ersättningar och även när det gäller beräkning av så kallad täckningsgrad i primärvården och i vårdgivarnas kostnadsansvar för tjänster och material. Inom den specialiserade vården är anslagsfinansiering den vanligaste formen; i vissa fall beräknad utifrån vårdtyngd (DRG).

Anslagsfinansieringen kan kompletteras med målrelaterade ersättningar. Det förekommer också åtgärdsbaserade ersättningar, vårdepisodersättningar och värdebaserad vård. Alla de beskrivna ersättningsprinciperna har sina styrkor och svagheter, vilka också redovisas i kapitlet.

Förändringsprocessen på väg till en nära vård

För att skapa underlag för utformningen av ersättningsformer som stödjer förändringen till en Nära vård beskrivs i ett eget kapitel vilka olika steg som varje region kan gå igenom. Det är en mer generell utvecklingsmodell som beskrivs, med en del tips om vilka frågeställningar som kan behöva diskuteras inför arbetet med ersättningarna. Exempelvis kan det gälla frågeställningar om var man står idag, vart man vill nå och hur förändringsbehoven behöver analyseras.

Metoder och exempel till stöd för egen utveckling

Nästa kapitel ger förslag på en metodik som bidrar till att identifiera åtgärder och insatser som kan vidtas för att driva en förflyttning inom de fyra perspektiv som kännetecknar omställningen till en Nära vård. Utgångspunkten är den så kallade effektkedjan. Åtgärder och insatser har därefter grupperats inom ett antal områden, till exempel Jämlik hälsa och Ökad tillgänglighet. För varje sådant område görs sedan en redovisning av exempel på lösningar och ersättningsformer som kan stödja utvecklingen inom området. Det finns där också en beskrivning av vilken påverkan som lösningen har på effektkedjan, vilken ersättningsform som stödjer lösningen och vilka fördelar och nackdelar som finns.

Slutligen poängteras i sista kapitlet vikten av att mäta och följa upp de förändringar som genomförs.

Slutsatser

Valet av en ändamålsenlig styrprincip

Ett viktigt medskick är att arbetet med förändring och utformning av ersättningsmodeller behöver göras lugnt och systematiskt. Antalet exempel som presenteras är många för att stimulera till dialog om möjlig utveckling. Varje region som ska ta sig an detta behöver göra en prioritering av vilket/vilka områden som är viktigast att arbeta med, därefter behöver man överväga om och hur en ersättning kan stödja förändringen eller om det kanske

är andra styrmedel som är mer ändamålsenliga. Om man ändå stannar för en ersättningsform behöver man också överväga om ersättningen ska vara tillfällig eller mer permanent, vilka delar som ska omfattas och så vidare. Det finns en stor risk att för många, parallella ersättningsformer tar bort eller minskar den samlade styreffekten.

Önskvärd effekt en given utgångspunkt

En sammanfattande och ganska självklar slutsats i detta kunskaps- och dialogmaterial är att olika ersättningsformer behöver tillämpas beroende på vad man vill åstadkomma. En avvägning behöver göras mellan en mer stabil ”grundfinansiering” och en finansiering som direkt påverkar hur vården bedrivs, vad som kommer att utföras och vilka patientgrupper som prioriteras. Till exempel syftar en riskjustering av kapitationsersättning till att anpassa ersättningen efter sjukvårdsbehoven i den listade befolkningen. Aktivitetsbaserad ersättning syftar till att främja viss vårdproduktionen. Men de åsyftade effekterna uppnås inte alltid.

Följ upp och utvärdera

En uppföljning av ersättningsformernas genomslag och effekter behöver göras för att ge underlag för ett eventuellt behov av korrigeringar. Samtidigt måste behovet av justeringar nogt vägas mot verksamhetens behov av stabilitet och långsiktighet i styrningen.

Finansiella styrningens roll

En annan sammanfattande slutsats när det gäller ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården är att de kan vara kraftfulla. Det kan vara lockande för beslutsfattare att förändra ersättningen, samtidigt som den finansiella styrningen måste hanteras varsamt och ses i ett helhetsperspektiv av den samlade styrningen. Det går inte att lösa ett generellt styrproblem med ersättningsmodeller. Det går inte heller att ha ersättningsformer som krockar med andra delar i styrsystemet eller med till exempel en professionell kultur. Det är knappast heller särskilt verkningsfullt att ha för många ersättningsformer parallellt – det finns alltid en risk för att de skapar suboptimeringar och motverkar varandra. Vilket kan leda till uteblivna eller icke avsedda styreffekter.

Inledning

Omställningen till en Nära vård har stort fokus i den svenska hälso- och sjukvården. Ett omfattande utredningsarbete kring frågan har bedrivits på nationell nivå och riksdagen har beslutat om förändringar i lagstiftningen.¹ Regionerna och kommunerna bedriver ett omfattande arbete med omställningen och överenskommelser har träffats med staten om inriktningen. Staten bidrar också med ekonomiskt stöd för omställningen.

Utvecklingen till en Nära vård stödjer också de nationella målen om en jämlik hälso- och sjukvård, som innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

Studier har visat att det idag finns skillnader mellan regionerna i tillgången på hälso- och sjukvård och i kvalitet och resursutnyttjande. En del skillnader kan tillskrivas demografiska och socioekonomiska förutsättningar eller sjukvårdsresurser i kronor per invånare eller beskrivet som tillgången till läkare och vårdcentraler per invånare. Andra skillnader i resultat och utfall kan tillskrivas regionala variationer till exempel i styr- och ersättningsprinciper.

Omställningen till Nära vård ställer stora krav på regionerna och kommunerna bland annat när det gäller styrning och uppföljning av hälso- och sjukvården. En ökad samverkan måste också till. Förändringar behöver ske utifrån de olika förutsättningar som finns men också utifrån de gemensamma målen om en jämlik hälso- och sjukvård, där den statliga styrningen och det regionala och kommunala ansvaret behöver balanseras på ett ändamålsenligt sätt. SKR kan bidra med stöd bland annat för att öka kunskap och samverkan.

Not. 1 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform, prop.2021/22:72, samt Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, prop. 2019/20:164.

Styrningen av hälso- och sjukvården har många dimensioner. En av dem handlar om finansiell styrning där ersättningsmodeller kan vara en viktig del. Den finansiella styrningen är ofta kraftfull och behöver därför sättas in och avvägas i helheten i styrningen så att det hänger ihop.

I denna skrift görs en genomgång dels av utgångspunkterna för Nära vård, dels av kunskapsläget när det gäller effekter av finansiell styrning och ersättningsmodeller. Skriftens senare del är tänkt som ett dialogunderlag för hur arbetet med att främja Nära vård kan stödjas genom utveckling av befintliga ersättningsmodeller.

Målet med en nära vård

Varför ska vi ställa om?

Omställningen till nära vård sker utifrån ett antal utmaningar som sjukvården och hela samhället står inför. I internationell jämförelse underpresterar också svensk sjukvård inom ett antal viktiga områden. För att möta identifierade behov och utmaningar behöver hälso- och sjukvården på olika sätt radikalt förändras.

Svensk hälso- och sjukvård har under de senaste decennierna gjort stora framsteg med ny teknik, nya mediciner och behandlingsmetoder som gör att vi lever längre och vi mår bättre, flera sjukdomar kan botas. Samtidigt som vi kan göra mer ökar kraven på en mer tillgänglig, proaktiv och hälsofrämjande sjukvård. Detta ställer helt nya krav på vår hälso- och sjukvård samtidigt som den demografiska utvecklingen gör att färre personer ska försörja fler.

Figur 1: Varför ställer vi om till Nära vård?



Vad är Nära vård?

Innehållet i och utvecklingen till en Nära vård har de senaste åren beskrivits i olika utredningar, rapporter och beslutsdokument på nationell nivå.

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

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

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

Övergripande målbild för nära vård

Tillsammans med regioner och kommuner har SKR utformat en gemensam, övergripande målbild för en god och nära vård, att den:

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

Ett förändrat förhållningssätt

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

Från fokus på organisation till **fokus på person och relation.**

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

Från invånare och patienter som passiva mottagare till **aktiva medskapare**.

- › Skapa tillsammans med invånare, patienter och brukare.

Från isolerad vård och omsorgsinsatser till **samordning utifrån personens fokus**.

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

Från reaktiv till **proaktiv och hälsofrämjande**.

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

Figur 2: En omställning till Nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt som innebär nya sätt att arbeta och möta medborgarna



Målbilder för Nära vård

I hela Sverige samlas kommuner länsvis tillsammans med regionen kring en gemensam målbild för Nära vård. Dessa målbilder är grunden för att utforma en gemensam primärvårdsplan som ligger till grund för planering och utformning av den nära vården med tillhörande resurssättning.

Framgångsfaktorer för utveckling av den nära vården

I det omfattande utvecklingsarbete som pågår i många kommuner och regioner har man identifierat ett antal framgångsfaktorer:

- › Samverkan mellan kommuner och regioner.
- › Användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten i hälso- och sjukvården och omsorgen.
- › Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom.
- › Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt.
- › Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen.
- › Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen till en nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar.

Nära vård behöver utvecklas i samverkan mellan kommuner och regioner (systemperspektivet)

Nära vård innefattar verksamhet i såväl kommuner som regioner och även hos andra aktörer. Att driva en omställning till Nära vård är därför att driva en omställning i komplexitet. Det är ofta oförutsägbart och dynamiskt och det går sällan att planera exakt hur processen ska gå till.

SKR har givit ut en handbok² som ger både ger kunskap, vägledning och inspiration i det viktiga arbetet med omställningen. Handboken riktar sig till alla som har ett ansvar att leda eller driva omställningen till Nära vård.

Not. 2 Att driva omställning till en nära vård, SKR, 2020.

Ett sätt att möta utmaningar är att betrakta helheten i ett län som ett system. Respektive organisation, till exempel region och kommuner, har sina ansvar. Men utifrån ett invånarperspektiv utgör systemet en helhet med ansvar för alla invånare. Detta är också viktigt ur ett resursperspektiv, då man i gemensamma system kan minska suboptimering.

Utifrån lagstiftning, finansiering och organisering så har regioner och kommuner sina olika uppdrag. Men för att åstadkomma det som eftersträvas i omställningen till Nära vård, inklusive effektivt resursutnyttjande, finns det många fördelar med att också styra och leda helheten. I systemet finns då alla de aktörer som är inblandade i att skapa Nära vård i ett län.

I omställningen till Nära vård kan man betrakta systemgränsen som den geografiska gränsen för länet. I det systemet finns det aktörer som hör till både regionen och kommunerna, ofta både i egen regi och fristående. Dessutom finns civilsamhället och andra typer av organisationer som spelar stor roll för invånarna, men som inte är en del av regionens eller kommunernas organisationer.

Ett sätt att skapa förutsättningar för omställningen till Nära vård kan vara att skapa en gemensam systemledning för att leda de gemensamma uppdragen. De praktiska och formella aspekterna behöver först klaras ut, liksom frågor om ansvar och mandat. Inledningsvis behöver både ytterst ansvariga politiker och tjänstemän vara delaktiga i arbetet med att kartlägga och peka ut viktiga områden för gemensamma målsättningar. Man måste också gemensamt fundera över hur man kan följa upp hur utvecklingen fortskrider. Som systemhållare eller systemledare är man ansvarig för hela systemets resultat och utveckling. När man inte är chef i "linjen" över alla aktörer måste man använda andra angreppssätt än de traditionella, för att få till stånd en önskad rörelse och riktning. Man måste hitta sätt att sträva mot gemensamma mål, och också kunna följa om man är på rätt väg och om det går tillräckligt fort. En nyckel är att tillsammans ha metoder för att reflektera tillsammans och lära sig om systemets olika delar. En viktig aspekt är också återkopplingen till systemledningen och till både medverkande kommuner och region.

Regionerna har olika utgångslägen och olika förutsättningar

De nationella målen om en jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. Det finns dock skillnader mellan regionerna idag som bland annat beror på olika förutsättningar i en rad avseenden. För att åstadkomma en jämlik vård och bidra till jämlik hälsa behöver regionerna göra på olika sätt. Samma medicin passar inte alla.

Figur 3: Bilden illustrerar att insatser för en mer jämlik vård kräver olika lösningar utifrån behov



Statistik visar att det finns stora skillnader mellan befolkningen i olika regioner vad gäller levnadsvanor och hälsotillstånd. Regionerna har också betydande skillnader i de geografiska områden de ansvarar för.

Skillnaderna i levnadsvanor, som är en stor grund för ohälsa och behov av hälso- och sjukvård, behöver angripas på olika sätt utifrån det nuläge respektive region har.

De geografiska skillnaderna ställer olika krav på hur respektive region ska kunna uppfylla tillgång och tillgänglighet på vård.

Att skapa en nationell ersättningsmodell för att stödja utvecklingen av Nära vård, vilken skulle tillämpas av alla regioner, är sannolikt inte en lösning som skulle bidra till att infria förväntningarna på en jämlik vård.

Styrning till en Nära vård

Styrningen har olika delar som måste hänga ihop

Att styra omställningen i en riktning till Nära vård måste ligga i linje med all den styrning som utövas i regioner och kommuner, som omfattar alla olika delar av den kommunala och regionala verksamheten.

Övergripande styrmodeller

Delarna att organisera, styra och leda regionen eller kommunen måste samverka i en styrmodell. En styrmodell består av ett antal olika beståndsdelar och kan till exempel utgöras av ledningsprocesser, strategier för chefs- och medarbetarskap, uppföljning- och ansvarsutkrävning, organisation- och försörjningsstrategi, kultur och värdegrund, kunskapsstyrning och den finansiella styrningen. Det är den finansiella styrningen, en del av den samlade styrningen, som är i fokus för denna skrift.

En förändring i en av beståndsdelarna kommer med största sannolikhet att påverka någon av de andra delarna. Det innebär att om en förändring sker inom till exempel hur regionen planerar och följer upp så kan det påverka den finansiella styrningen, men även ledarskapet. Om ledningen vid sina genomgångar med verksamheterna bara fokuserar på om de ekonomiska målen nåtts så riskerar de mål som ställts upp för utveckling av tjänstekvalitet att negligeras och tvärtom. Styrningen får då icke önskvärda snedvridande effekter, vilket var skälet till ett ökat fokus på en mer balanserad styrning och introduktionen av **Balanserade styrkort**³.

Not. 3 Balanserat styrkort är ett ledningsverktyg som kopplar en organisations agerande och utfall till dess långsiktiga mål. Balanserade styrkort som metod utgår ifrån olika perspektiv, alla lika angelägna för organisationens långsiktiga resultat. Idén om en balanserad styrning introducerades av Robert Kaplan och David Norton 1992.

Det krävs alltså en väl sammanhållen styrmodell om man vill ge verksamheten så bra förutsättningar som möjligt att uppnå mål och visioner.

SKR har tagit fram en övergripande modell för planering, uppföljning och åtgärder i en kommunövergripande styrning, även kallad Styrnurrän. Den beskrivs i bilaga 1.

I Nära vård ses dessutom regionerna och kommunerna som en helhet vilket gör styrningen ännu mer komplex.

Figur 4: Exempel på olika delar i en organisations styrmodell. Den finansiella styrningen utgör en del i den samlade styrningen



Finansiell styrning

Finansiell styrning handlar helt enkelt om att styra med pengar. Genom sin utformning kan den finansiella styrningen skapa olika grad av ekonomiska incitament. Finansiell styrning adresserar såväl olika organisatoriska nivåer som den övergripande resursfördelning mellan verksamhetsområden, utförare och invånare.

Tabell 1: Den finansiella styrningens huvudsakliga delar

Styrning riktad till	Delar
System och struktur	<p>Resurssättning – Storlek på avsatta resurser för finansiering av till exempel hälso- och sjukvården.</p> <p>Resursfördelning – Fördelning av resurser till exempel olika nivåer och former av hälso- och sjukvård.</p>
Utförare	<p>Ersättningsmodell – Modell för kompensation till utförare, till exempel kapitering eller prestationsbaserad ersättning.</p> <p>Ersättningsnivå – Nivån på ersättning för olika delar i ersättningsmodellen, till exempel för olika sorters vårdkontakter.</p> <p>Kostnadsansvar – Ansvar hos utföraren för kostnader, till exempel medicinsk service.</p>
Invånare	<p>Ekonomiska incitament – Anpassning av kostnader för invånarna för att verka för önskade beteenden eller sökmönster, till exempel nivå på besöksavgift.</p>

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

Den finansiella styrningen är som tidigare redovisats bara en del av den samlade styrningen, där alla delar samverkar och påverkar det faktiska utfallet. Om styrningen som helhet fungerar bra kan sällan en dåligt utformad ersättningsmodell stjälpa helt. Analogt så kan en väl genomtänkt och utformad ersättningsmodell troligtvis inte rädda en i övrigt icke-fungerande styrning.⁴

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

Not. 4 Delbetänkande från Tillitsdelegationen, SOU 2017:56.

Fokus i denna rapport är styrningen riktad till utförare. Finansiell styrning riktad mot utförare inom hälso- och sjukvård kan bestå av tre delar: ersättningsmodell, ersättningsnivå och kostnadsansvar. Ersättningsmodellen beskriver hur kompensationen till utförare ges, till exempel via kapitation eller prestationsbaserad ersättning. Ersättningsnivån reglerar nivån för de olika delarna i ersättningsmodellen. Kostnadsansvaret reglerar vilka delar av en verksamhets olika kostnader som utföraren respektive regionen står för, till exempel medicinsk service.

Den finansiella styrningens kraft i den samlade styrningen

Det finns en mängd olika faktorer som är viktiga och betydelsefulla för individens motivation och arbetsprestation och därigenom också för organisationens framgång. Ersättning och lön är bara en faktor av flera. Det kan till exempel finnas starka professionella drivkrafter hos individer. Den finansiella styrningen behöver utformas så att den inte orsakar krockar mellan olika faktorer eller drivkrafter.

I rapporten ”Vården är värd en bättre styrning”⁵ pekar författaren på tendenser att beslutsfattare ofta glömmer bort alla övriga faktorer som påverkar individers motivation, utöver ekonomiska incitament som följer av en viss ersättningsprincip. Individers motivation kan i allmänhet förklaras av flera olika faktorer, och sambandet mellan motivation och incitament är komplext. Fyra typer av motivation eller drivkrafter har enligt rapporten kunnat identifieras i forskning som har relevans för styrning.

- motivation som förklaras av att uppgiften i sig är intressant
- motivation som förklaras av att individer vill verka på ett sätt som stämmer med självbilden och den självupplevda identiteten (self-approval)
- motivation som förklaras av önskemål att bli accepterad av andra (social-approval)
- motivation som förklaras av externa incitament i form av ekonomiska belöningar och sanktioner.

Not. 5 Vården är värd en bättre styrning, Anders Anell, SNS förlag 2020.

I rapporten utvecklas innebörden i de olika drivkrafterna.

Den första drivkraften har att göra med den inre motivation som förklaras av uppgiften i sig. Sådan motivation är enklare att utveckla för uppgifter som är intressanta och komplexa, förutsatt att individer känner att de har tillräcklig kompetens.

Den andra och tredje drivkraften utgår i stället från individers preferenser samt sociala normer. Preferenser avser hur individer uppfattar sig själva och vem man vill vara. Det finns en identitet och självbild man vill leva upp till. Den förklarar också varför individer kan agera altruistiskt och rättvist även om handlingarna inte observeras av andra. Sociala normer avser i stället hur individers motivation påverkas av att man vill bli accepterad och gillad av andra. Det är ett djupt rotat mänskligt beteende att söka bekräftelse från andra och undvika att hamna utanför. Vi blir särskilt motiverade om vi får positiv bekräftelse från individer som vi själva ser upp till (Fehr och Falk 2002). En läkare med stark professionell identitet blir sannolikt mer motiverad av positiv bekräftelse från seniora och högt aktade kollegor än av bekräftelse från någon vårdadministratör. En bekräftelse från "fel håll" kan till och med fungera omvänt, som en signal att man kanske fjärrmat sig från den egna (professionella) identiteten. Kortfattat skulle man kunna säga att individers motivation påverkas av möjligheterna att samla "sociala poäng" i relationen med andra och vid bedömning av det egna handlandet (Fehr och Falk 2002). Utfallen är i sin tur kopplade till känslor av stolthet och skam ("pride and shame") (Elingssen och Johansson 2007). Individer kan känna stolthet över sin identitet och sociala tillhörighet när man lyckas leva upp till idealen och normen. Här finns också en koppling till den inre motivationen eftersom det är enklare att utveckla social acceptans och beundran från andra om uppgiften är komplex, särskilt om uppgiften dessutom är nyttig för befolkningen och samhället i stort. Det är därför inte alls konstigt att det finns empiriska belägg för att motivation som följer av uppgiften i sig, identiteter och sociala normer har större betydelse i en professionell verksamhet som i hög grad förlitar sig på individers kompetens och autonomi (Frey m.fl. 2013).

Den fjärde motivationsfaktorn har att göra med externa incitament i form av materiella belöningar och sanktioner. Individens handlingar och ansträngningar motiveras med denna utgångspunkt av att man vill uppnå något annat, till exempel högre ersättning. I principal agent-modellen antas att det finns en priseffekt såtillvida att mer belöningar och kraftigare sanktioner förstärker motivationen. Empiriska studier visar dock att det inte alltid blir som man tänkt sig. Det kan i sin tur förklaras av de tre andra drivkrafterna.

Även om ekonomiska incitament är betydelsefulla för att rekrytera och behålla vårdpersonal är de andra motivationsfaktorerna viktigare i det dagliga arbetet. En stark professionell identitet och starka professionella normer kan ge tydliga incitament för kvalitetsförbättringar och utveckling av arbetsformerna. Det är också dessa drivkrafter som förklarar att hälso- och sjukvården hela tiden förbättras när det gäller medicinsk kvalitet, trots att den övergripande styrningens bidrag till utvecklingen kan betraktas som svagt.

En byråkratisk styrning behövs för att ange restriktioner och övergripande mål. Men själva motivationen till att utveckla nya arbetsformer genom lärande och systematiskt förbättringsarbete bör i första hand utgå ifrån professionella drivkrafter.

Sammanfattningsvis kan en slutsats av rapporten vara att finansiell styrning genom ersättningsmodeller således bör utformas med stor försiktighet och balanseras mot andra styrformer. En avvägning måste göras mellan olika drivkrafter hos individer och organisationer och hur de kan stödjas med olika typer av styrning.

Vilka effekter kan egentligen nås med ersättningsmodeller?

Vad kan vi lära av studier om ersättningsprincipers effekter?

För att ge ett underlag om vilken kunskap som finns om ersättningsprincipers effekter har professor Anders Anell på vårt uppdrag sammanställt en översikt av relevanta forskning. I detta kapitel samlar vi några av de lärdomar som redovisas i sin helhet i en separat rapport⁶.

Trots en omfattande litteratur och en mängd empiriska studier kan evidensen när det gäller effekter av ersättningsprinciper betraktas som ganska svag sett utifrån ett strikt vetenskapligt perspektiv. Det förklaras i första hand av att det finns få randomiserade och välkontrollerade studier. Det är också praktiskt svårt att genomföra studier med hög vetenskaplig kvalitet när det gäller ersättningsprinciper. Empiriska studier består i huvudsak av olika former av observationsstudier, där forskare studerar effekter av en förändring i ersättningsprinciperna jämfört med kontrollgrupp, eller att man analyserar paneldata över längre tid med kvasiexperimentell design och analys av orsakssamband med hjälp av mera avancerade statistiska metoder. I vilket fall finns svårigheter att kontrollera för alla tänkbara variabler som kan påverka utfallen. Det kan finnas en selektionseffekt bland vårdgivare om dessa har möjlighet att välja mellan de ersättningsprinciper de verkar inom. Även kontexten har betydelse. En och samma ersättningsprincip kan få olika effekt beroende på vem som driver mottagningar, hur styrning och uppföljning i stort utformas, graden av konkurrens mellan

Not. 6 Effekter av ersättningsmodeller i hälso och sjukvården – en forskningsöversikt, SKR 2022.

vårdgivare i olika geografiska områden, graden av altruism och så vidare. Att en och samma ersättningsprincip kan få olika effekt beroende på sammanhanget är i sig är en viktig lärdom.

I följande avsnitt beskrivs en del av rapportens mer generella lärdomar kring ersättningsprinciper. I nästa kapitel, om de ersättningsmodeller som tillämpas idag, beskrivs mer specifika lärdomar kopplat till olika typer av ersättningsprinciper, till exempel besöksersättning (fee-for-service, FFS), målrelaterad ersättning (pay-for-performance, P4P) och vårdepisod-ersättning (bundled-payment).

Skillnad mellan svenska och internationella förutsättningar

Av stor betydelse för svenskt vidkommande är att en stor andel av den internationella forskningen fokuserar på privata vårdgivare och ofta handlar om ersättning till individuella läkare. Det finns vanligen en tydlig uppdelning mellan beställare/finansiärer respektive vårdgivare. I svensk vård är majoriteten av enheter och mottagningar i primärvården fortfarande ägda och styrda av regionerna. Bland både privata och offentliga arbetsgivare är det praxis att läkare liksom annan vårdpersonal är anställd med fast lön. Svenska läkare får därmed inte med automatik högre inkomster om de producerar mer vård. Eftersom ersättningen i svensk vård avser enheter och mottagningar har förmodligen chefers agerande och prioriteringar stor betydelse. Chefer kan genom sitt agerande förstärka eller motverka effekterna av en ersättningsprincip. Effekterna av att använda olika ersättningsprinciper blir därmed mera osäkra.

Ersättningsprinciper är ett flexibelt styrinstrument

Översikten visar tydligt att ersättningsprinciper är ett flexibelt styrinstrument som ändras utifrån vilka målsättningar som prioriteras. Detta är inte enbart en fördel utan kan också leda till att vårdgivare uppfattar styrningen som ”ryckig” och oförutsägbar. I synnerhet i ett system som det svenska, där regioner har monopol på vilka principer som används och ensidigt kan ändra dessa med kort varsel, finns anledning till långsiktighet och framförhållning genom dialog med vårdgivare och deras representanter. Sådana principer kan främja en utveckling där ersättningsprinciperna upplevs som rättvisa, rimliga och legitima i vårdprofessionernas perspektiv. I flertalet andra länder finns en tydligare uppdelning mellan beställare och vårdgivare i primärvården (varav de allra flesta är privata). Förändringar i villkoren inklusive ersättningsprinciper och ersättningsnivåer förutsätter förhandlingar mellan två parter.

Enhetliga eller olika ersättningsprinciper?

Erfarenheter från USA visar tydligt att effekterna av förändrade ersättningsprinciper uteblir om det finns många finansiärer som inte samordnat sina ersättningsprinciper. I svensk vård har regioner monopol på ersättningsmodeller, vilket ger förutsättningar för tydlig effekt. Detta är en stor fördel men innebär samtidigt att det blir väsentligt att ersättningsprinciperna är väl avvägda. Mot bakgrund av att det finns ett regionalt monopol på utformningen av ersättningsprinciper har också väckts frågor om ersättningsprinciperna bör vara nationellt enhetliga, bland annat i utredningar med anknytning till utvecklingen av Nära vård. Argumenten är bland annat att sådana principer skulle främja en utveckling mot en mera jämlik och behovsbaserad vård. Praxis och förhållanden i UK, som har en enhetlig modell för ersättning till primärvården, visar dock att det kan finnas geografiska ojämlikheter i vården även med sådana principer. Utifrån översiktens resultat bör ersättningsprinciperna i första hand anpassas efter patienters behov och kan även behöva anpassas efter lokala geografiska förutsättningar om dessa varierar. Med samma utgångspunkt kan man argumentera för att det skulle vara bra med olika ersättningsystem inom primärvården, beroende på vilka patienter som är i fokus; mixade ersättningsystem med större andel rörlig ersättning för patienter med större behov, högre andel kapitering för mera homogena patientgrupper med smärre behov.

Värnandet om en jämlik och behovsbaserad vård

Svensk vård har en lång tradition av att värna jämlik och behovsbaserad vård, vilket också påverkat utformningen av ersättningsprinciperna, inte minst inom primärvården. Samtliga regioner justerar ersättningen utifrån socioekonomiska faktorer, utöver en riskjustering utifrån demografiska och/eller diagnosbaserade faktorer. Det finns också en lång tradition med offentliga vårdgivare och anslagsfinansiering, vilket kan förklara den höga andelen kapitering och en hög acceptans för kostnadsansvar jämfört med andra länder. I vilken grad en riskjusterad kapitering faktiskt ger stöd för en jämlik och behovsbaserad vård är mera osäkert. De få studier som finns kan inte ge svar på frågan. Sett till lärdomar från andra studier internationellt innebär kapiteringen att en mindre mängd vård genereras. Om ”bättre tillgänglighet” hade varit ett mera prioriterat mål hade det sannolikt funnits anledning att överväga en ökning av den rörliga ersättningen.

Intresset för olika former av fasta ersättningar i form av vårdepisod-ersättning (bundled-payment) och kapitering har ökat under senare tid sett till antalet internationella studier. Intresset kan ses mot bakgrund

av en återkommande rekommendation i litteraturen att ersättningsprinciper bör kombineras och att renodlade FFS lösningar bör undvikas. Flera studier visar att ökad andel kapitering i en kontext där man tidigare använt FFS genererar en mindre volym vård. Det finns studier som visar att mixade ersättningsystem genererar en vård som bättre svarar mot patientnyttan.

Främja innovation och samverkan

Mot bakgrund av omställningen till Nära vård behöver utformningen av ersättningsprinciper även prövas mot vad som bäst främjar innovationer i arbetsformer och utveckling av nya samverkansformer mellan såväl vårdgivare som huvudmän. Ersättningsprinciperna måste ge möjligheter till ”explore” och inte enbart fokusera ”exploit”. Med den utgångspunkten kan sägas att svensk praxis ger jämförelsevis bra förutsättningar. Alla former av fasta ersättningar ger bra möjligheter att utveckla och förändra arbetsformer i vården, men skapar inga direkta incitament till förändringar. Utan förändringar i organisation och/eller kostnadsansvar måste motivationen till att utveckla arbetsformerna komma från annat håll; det kan vara professionella drivkrafter, en återkoppling av information som visar på brister eller goda exempel, tydligare krav från ledningen eller en kombination av sådan parallell styrning. Om en kapitering eller vårdepisodersättning i sig ska ge incitament till förändringar måste de kompletteras med någon form vidgat kostnadsansvar som innebär att vinsterna av förebyggande insatser kan hämtas hem, omvänt att frånvaron av förebyggande insatser och de högre kostnader som detta kan leda till drabbar det egna kostnadsansvaret. De förändringar i organisationen, ledarskapet och/eller kostnadsansvaret som i så fall behövs kommer sannolikt att utmana etablerade maktförhållanden mellan både verksamheter och/eller professioner.

Behov av kompletterande uppföljning och ytterligare studier

Oavsett val av ersättningsprincip finns behov av en parallell styrning och uppföljning som kompenserar för bristerna.

De studier som sammanfattats ger ytterligare kunskaper om behoven av en sådan styrning och uppföljning, särskilt vid en kapiteringsersättning. Flera studier visar att det finns ökad risk för undervård med en renodlad kapiteringsersättning.

Det finns dock få empiriska studier som undersökt dessa risker närmare och vilken betydelse riskjusterad kapitering har för att undvika negativa effekter. Internationella studier om effekterna av en riskjusterad kapitering utifrån socioekonomiska faktorer saknas. Denna brist på studier kan kopplas samman med att ersättningsmodeller med riskjusterad kapitering som inkluderar socioekonomiska faktorer är ovanlig i andra länder. Riskjusteringen utgår i huvudsak ifrån demografiska modeller eller att den är diagnosbaserad.

Även om detaljer i regioners ersättningsprinciper varierar är de principer som används ganska lika. Det finns också gemensamma trender och en övergripande samsyn när det gäller hur olika mål ska prioriteras.

Dagens ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården

I detta avsnitt redovisas olika ersättningsformer som används inom svensk hälso- och sjukvård idag. Ersättningsformer beskrivs och kommenteras, vad de baseras på, utmärkande drag och vilka styrkor och svagheter de har. Uppgifterna baseras på en kartläggning av ersättningsmodeller inom regionernas hälso- och sjukvård som SKR genomförde under 2021. Resultatet från kartläggningarna har tidigare särredovisats i sin helhet i två delrapporter, en om regionens primärvård⁷ och en om specialistvården⁸.

Det finns både likheter och skillnader

En utveckling av nya ersättningsformer genomfördes samtidigt och som en konsekvens av det fria vårdvalet, som infördes 2009. I lagen om valfrihetssystem inklusive förarbeten⁹ finns bestämmelser och vägledning om hur ersättning och villkor ska utformas i ett sjukvårdssystem med en blandning av offentliga och privata utförare. På en övergripande nivå finns därför många gemensamma drag i de ersättningsformer och andra ekonomiska villkor som utformats regionalt.

Not. 7 Ersättningsmodeller i primärvården, SKR, 2022.

Not. 8 Ersättningsmodeller i specialiserad vård, SKR, 2022.

Not. 9 LOV att välja – lagen om valfrihetssystem, SOU 2008:15.

I detaljerna finns emellertid skillnader mellan regionerna. På regional nivå behöver nationella bestämmelser och riktlinjer tolkas och appliceras på en regional kontext. Den kommunala självstyrelsen ger möjlighet för regionala beslut i linje med regionfullmäktiges mål och inriktning. Även demografiska och geografiska skilda förutsättningar behöver tas i beaktande vid utformning av den regionala styrningen. Sammantaget har detta bidragit till att det över tid utvecklats variationer i primärvårdens ekonomiska styrning.

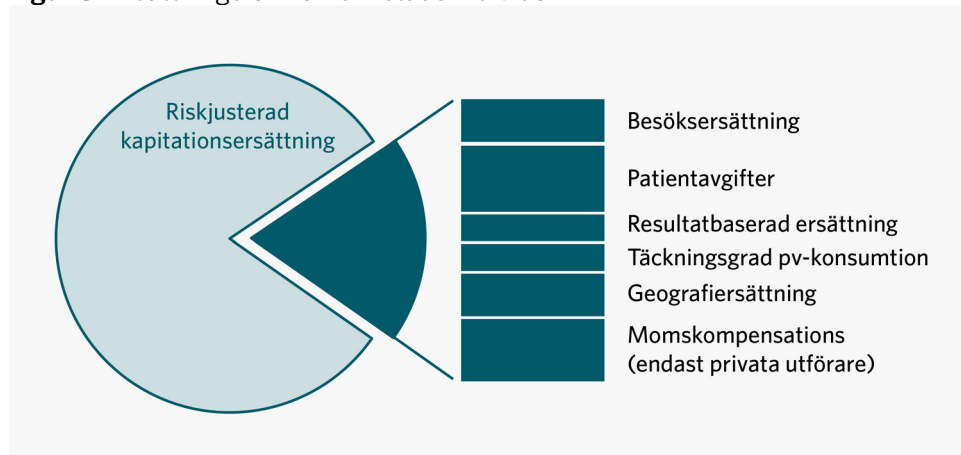
En gemensam nämnare är att det i alla regioner finns ett vårdvalssystem som omfattar allmänläkarverksamhet. Därutöver finns regionala skillnader i hur respektive regionen planerar och organiserar sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov och att den kan ges nära befolkningen. Uppdragen som omfattas av ett "vårdvalssystem" har därför utvecklats på litet olika sätt. I en del regioner är vårdvalsuppdraget brett och spänner över hela primärvårdens olika verksamhetsområden. I andra regioner kan det vara smalare, ibland organiserat i flera olika primärvårdsuppdrag eller att delar av primärvårdsuppdraget enbart utförs i regionens egen regi. Sannolikt har vårdvalsuppdragets bredd också fått konsekvenser för hur ersättningsprinciperna utformats.

Översikt över olika ersättningsformer

Samtliga regioner i Sverige tillämpar för vårdval primärvård¹⁰ en kombination av fast och rörlig ersättning. Vanliga delar i ersättningsmodellerna är kapitationsersättning för listade personer, ersättning kopplat till besök eller åtgärd, målrelaterad ersättning baserad på utvalda indikatorer som återspeglar uppnått resultat, täckningsgrad på primärvårdskonsumtion samt ersättning baserad på ett i något avseende ogynnsamt geografiskt läge.

Not. 10 Med vårdval primärvård avses här det "vårdvalssystem" som inkluderar allmänläkarverksamhet. Inom andra vårdval kan ersättningsmodellerna vara annorlunda utformade.

Figur 5: Ersättningsformer för listade individer



Ofta utgår också en särskild ersättning, en momskompensation, enbart till privata utförare. Syftet med ersättningen är neutralisera skattemässiga skillnader mellan regiformer och göra ersättningen konkurrensneutral.

Kapitationsersättning

Den övervägande delen av ersättningen i primärvården utgår som ersättning baserad på patientens val. Ersättningen, som utbetalas ”per capita” (för listade personer) kallas kapitationsersättning, kapitring eller listningsersättning.

Ersättningen utgör en grundersättning för uppdraget, och varierar i huvudsak endast beroende på antalet personer som valt att ”lista sig” på vårdcentralen. Att lista sig innebär att personen, oavsett om hen är i behov av vård eller ej, gör ett aktivt val av vård/hälsocentral som är förstahandsalternativet för framtida kontakter med sjukvården. Med ersättningen följer ett åtagande för vård/hälsocentralen att ta ett helhetsansvar för patienten och att organisera verksamheten utifrån patientens behov.

Ersättningen är i princip fast för varje listad person, och den totala ersättningen påverkas därmed – ur vårdcentralens perspektiv – främst av antalet listade personer. Ersättningen per individ kan dock varieras genom olika principer för hur kapitationsersättning ska fördelas rättvist och spegla förväntad resursåtgång, se nästa avsnitt.

En stor andel fast ersättning ger verksamheten stor flexibilitet och ett stort handlingsutrymme. Fast ersättning skapar incitament för utveckling av områden som kan bidra till ökad kostnadseffektivitet, patientsäkerhet och prevention. Det finns emellertid risker med stor fast ersättning som patientselektering, att i första hand rikta sig till befolkningsgrupper med låg risk för ohälsa, eller friska individer. Avsaknad av besöksersättning skapar incitament för låg produktivitet. Andra aspekter bland annat konkurrensen från andra vårdcentraler och risken att patienten väljer en annan vårdcentral, skapar däremot incitament för god tillgänglighet och patientupplevd kvalitet.

Forskningsresultat om kapitationsersättning

Kapitationsersättning kräver parallell styrning och uppföljning som kompenserar för brister. Flera studier visar att det finns risk för undervård med en renodlad kapitationsersättning. Några studier visar att detta i första hand drabbar patienter med stora behov, vilket går tvärt emot intentionerna. Denna risk är särskilt stor om det finns en resursknapphet som tvingar vårdgivarna att prioritera mellan patienterna. Det finns dock få studier som undersökt dessa risker närmare och vilken betydelse riskjusterad kapitation har för att undvika negativa effekter.

Alla former av fasta ersättningar ger bra möjligheter till innovation och utveckling. Det är dock viktigt att komma ihåg att fasta ersättningar enbart ger möjligheter till sådana förändringar men skapar inga sådana incitament.

Styrkor

- › Kostnadskontroll för finansiären.
- › Frihetsgrader att förändra arbetsformer inom givna resurser.
- › ”Rättvis”.
- › Enkel och tydlig.
- › Lättare att planera framåt för vårdcentraler/hälsocentraler med givna resurser.

Svagheter

- › Inga direkta incitament till förändring.
- › Risk att utförare undviker patienter med stora vårdbehov.
- › Risk för underproduktion/-vård.
- › Genomsnittsvärde på ersättningen, tar inte hänsyn till variationer i sjukvårdsbehov.
- › Risk att etableringar uteblir där kundunderlaget är litet.

Riskjustering av kapitationsersättning

Kapitationsersättning är i grunden ett fastställt belopp per invånare i länet. Då sjukvårdsbehov och vårdens resursåtgång skiljer sig för olika personer behöver ersättningen per person viktas, eller riskjusteras för förväntad ohälsa.

I vissa grupper är hälsan god och sjukvårdsbehoven litet och det kan gå år mellan kontakter med sjukvården. Inom andra grupper kan sannolikheten att drabbas av ohälsa predikteras vara större. Kapitationsersättning utbetalas till samtliga listade på vårdcentralen och oavsett om en enskild individ har ett sjukvårdsbehov eller inte. Därför finns det ett behov att vikta ersättningen, lägre för grupper med i genomsnitt lägre förväntad ohälsa, respektive högre för grupper med hög förväntad ohälsa.

Ersättningen kan justeras (viktas) för en listad persons sannolika risk att drabbas av ohälsa. För detta ändamål används individkaraktäristika som är tänkta att spegla förväntad ohälsa. Olika komponenter som kön, ålder, socioekonomiska egenskaper samt vårdtyngd används ensamt eller tillsammans för att justera ersättningsnivån.

Figur 6: Komponenter för att riskjustera kapitationsersättning

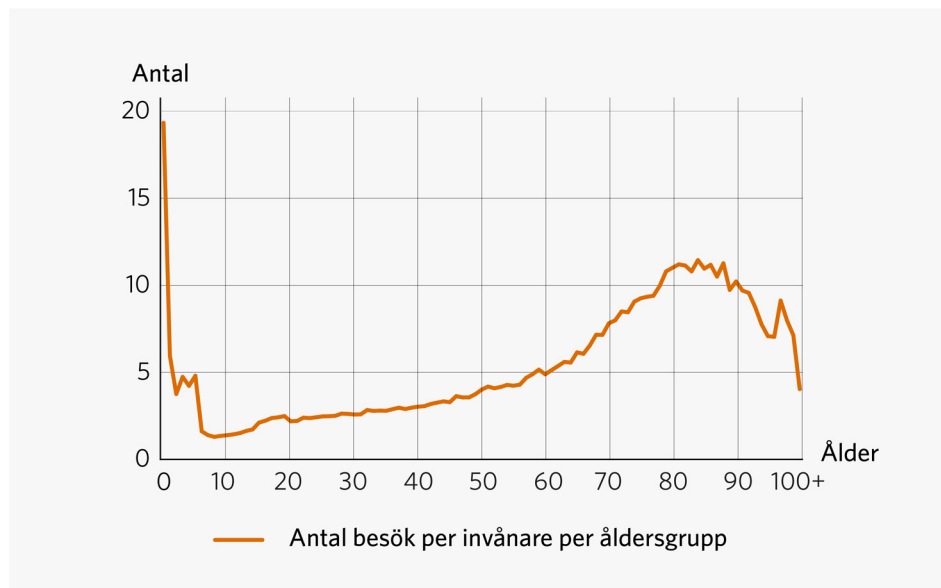


Åtminstone tre metoder används som indikatorer på förväntad ohälsa: ålder, kön och socioekonomi. Dessa metoder är alla prediktiva, det vill säga baserade på antaganden om gruppens genomsnittliga sjukvårdsbehov. En alternativ metod baseras i stället på individers faktiska och samlade sjukdomsburda och på uppgifter som finns dokumenterade om patienten.

Riskjustering för ålder

Ålder är en enkel metod för att vikta en population. Ålder baseras på personnummer för de som är listade på vårdcentralen. Viktning baserad på ålder är transparent och robust genom att den inte går att manipulera. Ålder är också en god indikator på en åldersgrupps förväntade sjukvårdsbehov och genomsnittliga resursåtgång. Med ökad ålder ökar sjukvårdsbehoven för de allra flesta och därför ökar också vikten med ökande ålder.

Diagram 1: Antal besök per invånare relativt befolkningsantalet inom motsvarande grupp



Källa: SKR.

På grund av att ålder är prediktiv för en given population är dess nackdel att den inte tar hänsyn till faktisk sjukdomsörda. Nyetablerade vårdcentraler kan uppleva en ekonomiskt pressad situation om de flesta som väljer den nya vårdcentralen har ett redan existerande sjukvårdsbehov. Tidigare etablerade vårdcentraler kan ha viss ekonomisk fördel av intäkter från personer som är listade men inte behöver vård.

Vanligt är att gruppera i åldersintervall och ge grupperna en relativ vikt, men även viktlistor med vikt för varje årsgrupp kan användas.

Vikter baseras på analyser av respektive åldersgrupps genomsnittliga, relativa resursförbrukning. Resursförbrukning kan beräknas på olika sätt och baseras på till exempel vårdkonsumtion, viktade vårdkontakter, kostnader eller kostnad per patient (KPP).

Styrkor

- › Lätt att använda, transparent.
- › Går inte att manipulera.

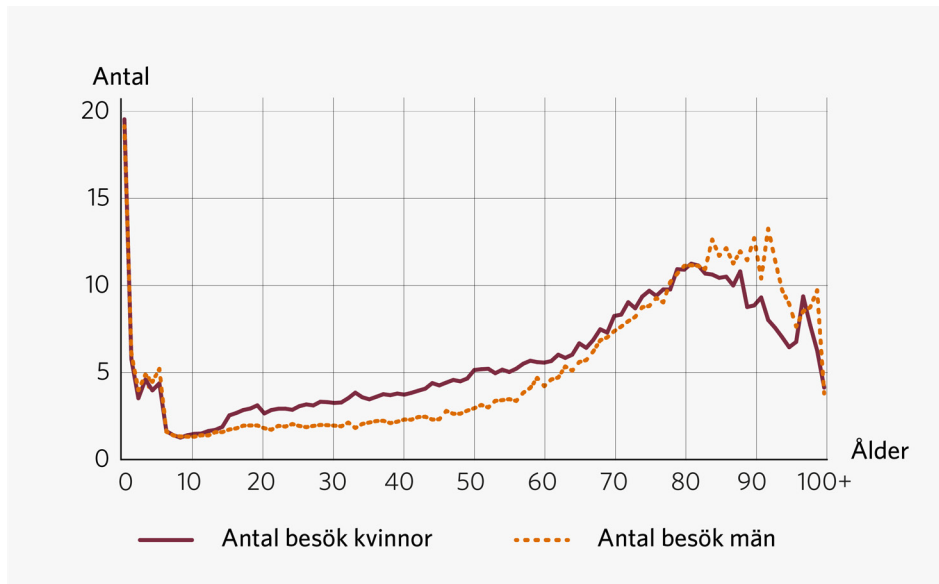
Svagheter

- › Ingen hänsyn till faktiska vårdbehov.
- › Behöver kompletteras med andra parametrar, ålder förklarar inte alla skillnader i behov.

Riskjustering för kön

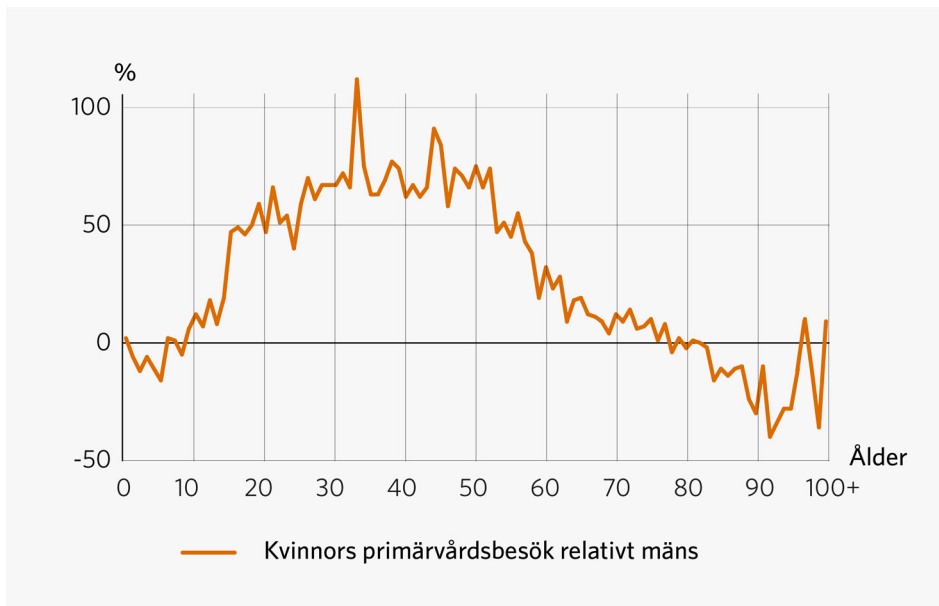
Beroende på vilka andra metoder för riskjustering som används kan variabeln kön vara relevant för riskjustering av kapitationsersättning. Tillsammans med ålder tillför variabeln kön ytterligare förklaringsvärde för att åstadkomma en rättvis resursfördelning, då kvinnors konsumtion av primärvård som regel är högre än mäns i vissa åldersgrupper (dock inte i de äldsta grupperna).

Diagram 2: Antal besök per invånare relativt befolkningsantalet inom motsvarande grupp, ålder och kön



Källa: SKR.

Diagram 3: Kvinnors vårdutnyttjande av primärvård relativt mäns



Källa: SKR

I exemplet ovan baserat på 1,5 miljoner besök på vårdcentral i en region under ett års tid, är kvinnors konsumtion totalt 27 procent högre än männens. I besöken är mödrahälsovård exkluderad. I hela åldersintervallet 20–60 år är kvinnors vårdkonsumtion av primärvård relativt männens högt, runt 50 procent högre än männens. I åldersintervallet över 80 år är mäns vårdkonsumtion högre än kvinnors.

Allt annat lika, innebär det att en vårdcentral med en dominerande andel kvinnliga listade har en högre resursförbrukning än vårdcentraler med en jämnare fördelning mellan könen eller med övervägande manliga listade. Riskjustering som tar hänsyn till kön kan därmed bidra till en mer rättvis fördelning av resurser och likvärdiga förutsättningar.

Styrkor

- › Lätt att använda, transparent.
- › Går inte att manipulera.

Svagheter

- › Ingen hänsyn till faktiska vårdbehov.
- › Behöver kompletteras med andra parametrar, kön förklarar inte alla skillnader i behov.

Riskjustering för socioekonomiska variabler

Socioekonomiska förhållanden kan användas för att identifiera risk för ohälsa. Högt socioekonomiskt index är en indikation på en högre förväntad ohälsa bland populationen och som konsekvens därav också en förväntad ökad vårdtyngd och högre kostnader.

Care Need Index

En metod för att mäta en populations socioekonomiska vikt är Care Need Index (CNI).^{11, 12} Metoden baseras på sju socioekonomiska egenskaper.

1. Ålder över 65 år och ensamstående
2. Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
3. Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år
4. Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
5. Person ett år eller äldre som flyttat in i området
6. Lågutbildad 25–64 år
7. Ålder yngre än fem år

Dessa egenskaper och dess inbördes vikt är baserad på en undersökning av läkares bedömning av vilka faktorer som bidrar till förväntad ohälsa. Genom en e-tjänst beräknar Statistiska centralbyrån, SCB, vårdcentralens socioekonomiska index, baserat på historiska personuppgifter över vårdcentralens listade individer. Nuvarande parametrar och vikter är från 2010, vilket föranleder frågor om metodens aktualitet och relevans.

Svagt stöd för att högre ersättning leder till effekter på utförd vård, tillgänglighet eller patientnöjdhet, vilket kan bero på att den ofta utgör en mindre del i den totala ersättningen. Sannolikt hade effekterna varit tydligare om andelen som viktas genom socioekonomi varit högre.

Användningen av socioekonomisk ersättning bör följas av ett specifikt uppdrag riktat mot socioekonomiskt utsatta grupper och följas upp.

Styrkor

- › Lätt att använda, transparent.
- › Går inte att manipulera.
- › Kan skapa incitament för etablering.
- › Kan ge legitimitet till modellen, ett försök att fånga och styra medel till där det behövs.
- › Forskning visar att socioekonomiska variabler har betydelse för befolkningens hälsa.

Not. 11 Care Need Index (CNI), <https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/>.

Not. 12 Om primärvårdens domän och strategier – slutrapport för Socialstyrelsens projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet, Socialstyrelsen 2004.

Svagheter

- › Ingen hänsyn till faktiska vårdbehov.
- › Black box, ej transparent.
- › Evidensen osäker om care-need-index grundas på objektiva markörer för ohälsa.
- › Bygger på äldre data om markörer för ohälsa.

Riskjustering för vårddyngd

Riskjustering för vårddyngd är den enda metoden som inte baseras på förväntad sannolikhet för ohälsa, utan som istället grundas på en populations faktiska sjukdomsbörda. En vanligt förekommande metod för att mäta vårddyngd är genom ACG-systemet (Adjusted Clinical Groups)¹³. I ACG-systemet är patienterna basen, inte vårdtillfällena.

Grunden för ACG-systemet är de diagnoser som personalen på vårdcentralen registrerat för sina listade patienter under den senaste perioden, oftast 15–24 månader. I vissa regioner ingår även sjukhusens diagnoser i underlaget.

ACG-systemet grupperar först diagnoser i 12 avgränsbara grupper (Collapsed adjusted diagnostic groups, CADG) baserat på dolda bedömningar av olika diagnosers varaktighet, allvarlighet, diagnostiska säkerhet, bakomliggande orsak (etiologi) och förväntat behov av specialistvård i. I efterföljande steg grupperas patienter baserat på ålder, kön samt kombination av en eller flera CADG till 1 av 92 olika ACG. För varje ACG-grupp finns en på förhand definierad kostnadsvikt, beräknad utifrån svenska kostnadsdata inom hälso- och sjukvården (kostnad per patient, KPP).

För vårdcentralen räknas fram ett sammanvägt index som beskriver patienternas kollektiva sjukdomsbörda och vårdcentralens vårddyngd, vilket kan tas som mått på vårdcentralens sannolika resursåtgång relativt andra vårdcentraler. Eftersom ACG-viktningen tillämpas relativt, skapas ett incitament för registrering av diagnoser: den vårdcentral som inte ökar sina diagnosregistreringar i samma grad som övriga får en sjunkande ACG-vikt och därmed minskad ekonomisk ersättning.¹⁴

Not. 13 ACG är utvecklat på John Hopkins University i Baltimore, se <https://www.hopkinsacg.org/about-the-acg-system/>.

Not. 14 Ersättningsmodeller för vårdcentraler kan förbättras – ACG-systemet medför överdriven diagnosregistrering som kan göra patienter sjukare, Sven Engström och Kjell Lindström, Läkartidningen 2020;117:FXPT.

Till skillnad från andra metoder för riskjustering finns det därför i användning av ACG-systemet en viss risk för manipulation. Det är väldokumenterat att verksamheter i vissa fall har ökat mottagningens vårdtyngdindex i syfte att öka ersättningsnivån. Detta kan i viss utsträckning åstadkommas genom att läkare sätter fler diagnoser än motiverat och för besöket ovidkommande diagnoser. Manipulering av vårddokumentationen kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskas deras värde, inte bara som grund för ersättning, utan också som källa till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.¹⁵

ACG förutsätter därför löpande förvaltning och utbildning av vårdpersonal för att undvika omedvetna och omotiverade skillnader mellan verksamheter. Diagnoskolor kan behöva genomföras för att uppnå en likvärdig vårdokumentation om vilka diagnoser som bör registreras och hur många. Därutöver kan en ökad uppföljning och medicinsk revision vara motiverat.

Styrkor

- › ACG ger sannolikt en god korrelation mellan ersättning och resursåtgång, då den inte baseras på genomsnittliga förväntningar på ohälsa och resursåtgång.
- › En vårdtyngdsparameter som förstärker systemet.
- › Diagnosvikten är okänd vilket gör det omöjligt/svårare att diagnosregistrera taktiskt.

Svagheter

- › Black box, ej transparent.
- › Finns en viss risk för manipulation.
- › Manipulation riskerar att förstöra nationell statistik/DRG.
- › ACG förutsätter också löpande förvaltning och utbildning av vårdpersonal om vårddokumentation.
- › ”Grumlar” kvaliteten i hela journalsystemet om det blir fråga om diagnosinflation.
- › Om diagnosättning ska kontrolleras så kräver det omfattande journalgranskning.

Not. 15 Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:22, Riksrevisionen, 2014.

Besöksersättning

Besöksersättning (fee-for-service, FFS) innebär att utföraren får en viss intäkt för varje besök eller kontakt. Besöksersättning kan utformas på olika sätt och förekommer till exempel i form av patientavgifter, besöksersättning för listade patienter (uppdragsersättning) respektive besöksersättning för andra som inte är listade. Besöksersättningen kan differentieras utifrån till exempel personalkategori som hanterar besöket (läkarbesök, sjuksköterskebesök etc). Ersättningar för listade, ej listade och utomlänspatienter följer olika logiker och ersättningsnivåer, vilket kan påverka förutsättningarna för om vården ges på lika villkor och efter behov.

Forskningsresultat om besöksersättning

Det finns gott om studier som visar att åtgärdsbaserad ersättning för besök (FFS) genererar en ökad volym vård. Enligt flera studier är denna ökade volym vård mera oklar vad gäller patientnyttan. En studie från norsk primärvård visar att FFS i primärvården kunde kopplas samman med minskade besök på sjukhus. Flera studier visar också att FFS tenderar att minska antalet remisser till sjukhusen medan en fast ersättning för kapitation i stället ökar dessa.

Styrkor

- › Motiverar till ökad produktion.
- › Kan leda till kortare vårdtider.
- › Kan leda till kortare väntetider.
- › Beställaren vet vad man får för pengarna.
- › Minskar antalet besök på sjukhus.
- › Minskar antalet remisser till sjukhus.
- › Kan stimulera en utveckling om man differentierar ersättningsnivåerna.

Svagheter

- › Risk för överproduktion utan motsvarande nytta.
- › Kräver omfattande uppföljning.
- › Inget incitament, men heller inget hinder, för innovationer.
- › Risk för brister i vårdkvalitet och arbetsmiljö.
- › Detaljstyrande.
- › Sämre kostnadskontroll för beställaren.
- › Belönar kvantitet framför kvalitet.
- › Tenderar leda till korta besök
- › Stimulerar inte egenvård.

Ersättning för geografi

En särskild tilläggsersättning kan utgå om vårdcentralen har ett geografiskt läge som innebär särskilda svårigheter och därmed påverkar de ekonomiska förutsättningarna att bedriva verksamhet på just denna plats. Det handlar ofta om glesbygd med ett mindre befolkningsunderlag.

Ersättning kan också baseras på att vårdcentralen ligger på långt avstånd från sjukhus, vilket påverkar patientens val av vårdinrättning. Vårdcentraler långt från sjukhus får vanligen ta hand om många fler och svårare patientärenden än vårdcentraler närmare sjukhus. En extra ersättning för geografiskt läge utgår i något fall också för vårdcentraler belägna på en ö utan fast förbindelse till fastland.

Styrkor

- › Kan ge större möjlighet till etablering i glesbygd.
- › Beaktar att geografin innebär olika förutsättningar inom regionen.

Svagheter

- › Ett relevant regelverk är svårt att få till, som upplevs rättvist.
- › Svårt att definiera glesbygd.
- › Svårt att avgöra nivå/belopp.

Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning syftar till att skapa incitament för att åtgärder vidtas inom ett visst område. Ersättningens nivå kan påverka i vilken omfattning utföraren finner det intressant ur ett ekonomiskt perspektiv att utföra de aktiviteter som krävs för att nå målet.

Målrelaterad ersättning baseras av nödvändighet på något som går att följa upp och mäta på ett objektivt sätt. För bästa effekt bör resultatet kunna påverkas och uppnås på relativt kort sikt, då incitamenten för att nå mål som ligger långt i framtiden är låga.

Det kan vara svårt att mäta den verkliga effekten av en insats, som ofta upplevs av mottagaren av insatsen. Valet av indikator kan därför ofta falla på någon form av antingen processmått eller intermediärt mått, ett mått som kan antas bidra till att nå den eftersökta effekten på individ- eller populationsnivå.

Ersättningen benämns ibland med sitt engelska namn pay-for-performance (P4P).

Forskningsresultat om målrelaterad ersättning

Flertalet studier visar att denna form av ersättning kan ha effekt på de processmått som fokuseras. Effekten är ofta marginell och beror på utgångsläget. Störst effekt nås för utförare med stor utvecklingspotential. Effekterna på längre sikt och på den egentliga patientnyttan är mera osäker. Eftersom ersättningen i svensk vård avser enheter och mottagningar och inte individer, har förmodligen chefers agerande och prioriteringar stor betydelse. Chefer kan genom sitt agerande förstärka eller motverka effekterna av en ersättningsprincip. Effekterna av att använda olika ersättningsprinciper blir därmed mera osäkra. Internationella studier av P4P har visat tydligast effekt om ersättningen går till enskilda läkare snarare än till enheter.

Styrkor

- › Sätter fokus på det område som huvudmannen pekat ut som utvecklingsområde.
- › Incitament till förändring, få fokus där det behövs – vid ”rätt mål”.

Svagheter

- › Detaljstyrande.
- › Kan leda till ökad administration.
- › Kan skapa undanträngningseffekter för andra lika angelägna områden som för tillfället inte är i fokus.
- › Svårt att mäta den verkliga effekten och ofta används i stället ett intermediärt utfallsmått.
- › Risk att effekten upphör om ersättning uteblir.

Täckningsgrad för primärvårdskonsumtion

Täckningsgrad för primärvårdskonsumtion används som styrmedel och incitament för att vård i första hand ska ges på primärvårdsnivå. Täckningsgrad kan därmed räknas in bland de målrelaterade ersättningarna, men i denna redovisning presenteras det som en egen ersättningsform.

Att koppla pengar till måttet täckningsgrad syftar till att skapa incitament och en ekonomisk möjlighet att så långt möjligt utreda och behandla patienter på primärvårdsnivå. Vårdcentraler med högt utfall kan antas ha lyckats tillgodose patienternas vårdbehov i huvudsak på primärvårdsnivå, företrädesvis på den valda vårdcentralen.

Ett lågt utfall på täckningsgraden indikerar att patienterna i högre grad söker annan vård än den som tillhandahålls på vårdcentralen eller i primärvården. Ett lågt utfall kan indikera att vårdcentralen inte har den tillgänglighet som efterfrågas eller att det finns god tillgång på specialiserad öppenvård i närområdet – eller både och. Ett lågt utfall föranleder en lägre ersättning, eller avdrag, vilket är logiskt och kan motiveras av att det finns ett gap mellan patienternas efterfrågan på vård och vårdcentralens utbud. Oaktat orsaken är konsekvensen att vårdcentralen blir avlastad en del ärenden som handläggs på en högre vårdnivå och får en lägre vårdtyngd och resursåtgång än vad som annars hade varit fallet.

Det förekommer olika definitioner på täckningsgrader. Den vanligast förekommande är antalet vårdkontakter i primärvården som andel av samtliga öppenvårdskontakter, beräknat på vårdcentralens listade population. Andra definitioner kan vara andel besök på patientens valda vårdcentral, andel besök på jour- eller akutmottagning etcetera.

Styrkor

- › Ger incitament att ”ta hand om” sina listade patienter.
- › Driver tillgänglighet till primärvård.
- › Kan definieras på olika sätt beroende på regionens syfte.

Svagheter

- › Beräkningarna riskerar att bli komplexa och svåra att förstå.
- › Kan bidra till en försämrad samverkan mellan primärvård och slutenvård.
- › Svårt att påverka konsumtionen av specialiserad öppenvård.
- › Kan driva produktion på ett mindre önskvärt sätt.

Kostnadsansvar för vissa tjänster och material

Utöver ersättningsprinciper och ersättningsnivåer utgör utförarens kostnadsansvar en del i den finansiella styrningen.

Med en stor andel fast ersättning följer i regel ett omfattande kostnadsansvar, antingen baserat på beställda/förskrivna/ remitterade tjänster eller för kostnader som vårdcentralens listade individer ”konsumerar”.

Material och tjänster som kan vara föremål för kostnadsansvar och stora kostnader är förskrivna och uthämtade läkemedel, laboratoriemedicin (analyser), bild- och funktionsmedicin (röntgen), listade individers vårdkonsumtion (besök och digitala vårdkontakter) på andra primärvårdsmottagningar inom eller utanför den egna regionen, sjukvårdsmaterial till exempel efter utskrivning från sjukhus, personliga hjälpmedel (om patienten inte är inskriven i kommunal hemsjukvård).

Kritik mot ett allt för omfattande kostnadsansvar förekommer, främst avseende kostnader som inte vårdcentralen själv initierat eller kan påverka. Kostnadsansvar kan skapa incitament för underbehandling, att patienten till exempel inte får tillgång till den undersökning eller behandling som

vore optimal. Å andra sidan tenderar tjänster som kan erhållas utan kostnad, så kallade fria nyttigheter, att överutnyttjas vilket kan leda till flaskhalsar, kapacitetsbrist, väntetider och kostnadsökningar. Beslutet om kostnadsansvar och dess effekter behöver därför övervägas noga.

Inte minst har kostnadsansvaret för digital utomlänsvård hamnat i fokus när volymerna och kostnaderna ökat. Digital vård kan potentiellt avlasta vårdcentralen, men kan vara en tillkommande kostnad om det är patienter som inte annars hade sökt vårdcentral för sina besvär. Motivet för ett kostnadsansvar för digital utomlänsvård är att skapa incitament att utföraren själv ska möta individens upplevda behov av vård. Om digital utomlänsvård i stället är en fri nyttighet kan utföraren potentiellt dra en ekonomisk fördel av denna genom att systematiskt hänvisa patienter till aktörer som tillhandahåller vård online.

Styrkor

- › Kostnaden tas där den uppstår.
- › En ökad kostnadsmedvetenhet erhålls i hela organisationen.
- › Rimligt att enheter tar ansvar för att hålla nere kostnaderna.
- › Driver utveckling av kostnadseffektiva lösningar, till exempel av digitala lösningar.

Svagheter

- › Risk att patienter av kostnadsskäl inte får den undersökning eller provtagning som är medicinskt motiverad.
- › Risk att patienter remitteras vidare till annan utförare för att slippa kostnadsansvar.
- › Kostnadsansvar stimulerar inte till en likvärdig vård, patientens bästa inte i fokus.

Ersättningsmodeller som främst förekommer inom specialiserad vård

I projektets delrapport Ersättningsmodeller i specialiserad vård¹⁶ redovisas vilka modeller som idag används i de olika regionerna. I föregående avsnitt förekommer en del ersättningsformer som används både inom primärvård och specialiserad vård. I detta avsnitt redovisas kort syftet med de ersättningsformer som företrädesvis oftast förekommer inom specialiserad vård och vad de kan bidra med.

Följande ersättningsformer beskrivs:

- › Anslag / fast ersättning / abonnemang
- › Åtgärdsbaserad ersättning för besök (fee-for-service, FFS)
- › Åtgärdsbaserad ersättning, DRG-baserad
- › Vårdepisodersättning (bundled-payment)
- › Värdebaserad ersättning (value-based-care, VBC)

Anslag/fast ersättning/abonnemang

Med anslag menas att utföraren/enheten/kliniken får en summa pengar som utgör en ram som ska täcka kostnaden för den verksamhet som ska bedrivas. Ingen direkt koppling till behov eller prestationer finns i själva ersättningen.

Styrkor

- › Enkelhet.
- › Mindre fokus på finansiering.
- › Kontroll över totalkostnaden för beställaren (om budget hålls).
- › Större professionellt handlingsutrymme.
- › Bättre förutsättningar att utveckla nya arbetsformer.

Not. 16 Ersättningsmodeller i specialiserad vård, SKR (2022).

Svagheter

- › Risk för underproduktion.
- › Ingen direkt koppling till vad som görs.
- › Inga specifika incitament för innovationer.
- › Stimulerar inte till kostnadseffektivitet.
- › Beroende på anslagets form kan de ge dålig kontroll över vilken verksamhet som bedrivs och volym som utförs.
- › Ökar behovet av uppföljning av kostnader och effektivitet.
- › Behöver kompletterande styrning.

Åtgärdsbaserad ersättning för besök

Ersättningen i vårdvalsystemen i specialiserad vård baseras vanligen på någon form av besöks- eller åtgärdsersättning. Patientens vårdval består i val av utförare, och ersättningen till utföraren baseras på de åtgärder som följer av patientens sökorsak. Besöksersättningen differentieras ofta utifrån registrerade diagnoser och vårdåtgärder. Ersättningsformen ger drivkrafter för en ökad produktion.

Forskningsresultat om besöksersättning

Det finns gott om studier som visar att åtgärdsbaserad ersättning för besök (FFS) genererar en ökad volym vård. Enligt flera studier är denna ökade volym vård mera oklar vad gäller patientnyttan. En studie från norsk primärvård visar att FFS i primärvården kunde kopplas samman med minskade besök på sjukhus. Flera studier visar också att FFS tenderar att minska antalet remisser till sjukhusen medan en fast ersättning för kapitation i stället ökar dessa.

Styrkor

- › Motiverar till ökad produktion.
- › Kan leda till kortare vårdtider.
- › Kan leda till kortare väntetider.
- › Beställaren vet vad man får för pengarna.

Svagheter

- › Fokus på friskare patienter
- › Risk för överproduktion utan motsvarande nytta.
- › Kräver omfattande uppföljning.
- › Inget incitament, men heller inget hinder, för innovationer.
- › Risk för brister i vårdkvalitet och arbetsmiljö.
- › Risk för uppkodning av besök
- › Detaljstyrande.
- › Sämre kostnadskontroll för beställaren.
- › Belönar inte kvalitet utan kvantitet.

Åtgärdsbaserad ersättning baserad på DRG

Ersättning för öppenvårdskontakter i specialiserad vård eller vårdtillfällen i slutenvård kan grupperas och viktas efter hur mycket resurser de tar i anspråk. Ersättningsformen baseras på de uppgifter som dokumenteras om patientens vårdkontakt/-tillfälle, som patientkaraktäristika och diagnoser (primärklassificering). I ett system för sekundär patientklassificering sorteras en mycket stor mängd primärklassificerade olika vårdtillfällen in ett mindre antal så kallade diagnosrelaterade grupper (DRG). Klassificeringsprincipen innebär att medicinskt liknande vårdkontakter/-tillfällen, som är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp och ges samma vikt. Vårdtillfällets vikt utgör grund för ersättningsnivå.

Att ersätta utifrån diagnosrelaterade grupper (DRG) är ett försök för att minska risken för att utförare fokuserar på lönsamma patienter.

En risk med DRG-baserad ersättning är att vårdgivarna ställer allvarigare diagnoser på patienter för att få en högre ersättning.

Forskningsresultat om DRG

Svenska kvalitativa studier har visat att effekter av övergången från DRG till fasta anslag inom sjukhusvården påverkats av chefers agerande och bytet av ersättningsform har haft begränsad betydelse för den dagliga verksamheten.

Mellanchefer agerade som filter (utifrån en roll att trygga långsiktighet och stabilitet för personal) och dämpade konsekvenser av förändringarna.

Bland chefer högre upp i förvaltningen fanns delvis olika strategier för att fylla det "tomrum" som förändringen till fast budget innebar; fortsätta att följa (delvis nya) indikatorer och ställa detaljerade krav som tidigare, eller att försöka ta fasta på möjligheten att öka medarbetares handlingsutrymme.

Vårdepisodersättning

Vårdepisodersättning utgör en fastställd klumpsumma för en hel och på förhand definierad vårdepisod, i stället för ersättning för de enskilda aktiviteter eller besök som ingår i ett vårdförlopp för att utreda eller behandla de symptom som patienten sökt vård för.

Vårdepisodersättningen utgör ett enhetligt belopp för det angivna syftet, oavsett det faktiska innehållet i episoden. Ersättningsformen ger därför ett större handlingsutrymme för utföraren att utforma effektiva vårdförlopp. Ersättningsformen syftar till att komma till rätta med de nackdelar som en helt rörlig ersättning kan ge upphov till.

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

Vårdepisodersättningen kan inkludera ersättning för såväl utredning som åtgärd och efterkontroll samt vid behov åtgärd av tillstötande komplikationer eller rehabilitering. Vårdepisodersättning kan också passa för patienter med kroniska sjukdomar. Vissa vårdepisoder kan kräva samverkan mellan flera olika utförare.

Vårdepisodersättning passar sämre för verksamheter dit patienter söker för vitt skilda ”osorterade” problem eller för patienter med komplexa behov.

Forskningsresultat om vårdepisodersättning (bundled-payment)

Det finns positiva resultat när det gäller vissa ortopediska ingrepp (även i Sverige) medan till exempel försök med ”bundled-payment” för vanliga kroniska sjukdomar i Nederländerna (diabetes, hjärta/kärl, KOL) inte infriat förväntningarna. I litteraturen noteras att ”bundled-payment” som inkluderar insatser från flera vårdgivare under längre tid nästan alltid förutsätter större förändringar i organisation och ledarskap. De svårigheter som kan identifieras med den typen av förändringar kan förklara att lösningen hittills i första hand använts för vårdepisoder som är avgränsade och enbart berör en och samma vårdgivare.

Styrkor

- › Stimulerar till ökad vårdproduktion.
- › Motiverar till ökad kvalitet (vid komplikationsgaranti).
- › Stimulerar korta vårdtider.
- › Stimulerar utveckling av vården inom ramen för vårdepisoden.
- › Tillgängligheten till vård kan öka.
- › Beställaren vet vad man får för pengarna.

Svagheter

- › Kan kräva omfattande uppföljning.
- › Brister i medicinskt utfall och patientupplevd kvalitet behöver uppmärksammas.
- › Ökade produktion kan driva beställarens kostnader.

Värdebaserad vård

Värdebaserade ersättningsmodeller är en utveckling av vårdepisodersättning kompletterad med en målrelaterad ersättning. De bygger på tanken att det medicinska resultatet och hälsoutfallet ska påverka ersättningens storlek. Till exempel kan bonus utgå när patienten kan rapportera ökad livskvalitet (hälsoutfall), medan endast grundersättning utgår vid oförändrad livskvalitet. Ett avdrag på ersättningen kan göras vid patientrapporterad försämrad livskvalitet.

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

Ett införande av värdebaserad vård förutsätter att de medicinska resultaten (hälsoutfallet) för olika diagnoser kan definieras och mätas. För att detta ska vara möjligt krävs att ett direkt samband kan påvisas mellan vårdåtgärden och patientens livskvalitet.

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

Forskningsresultaten för denna form av ersättning är samma som för vårdepisodersättning.

Styrkor

- › Motiverar till ökad kvalitet.
- › Stimulerar innovation.
- › Stimulerar effektivitetsutveckling.

Svagheter

- › Svårt att mäta medicinskt utfallsmått (hälsoutfallet).
- › Risk för överdrivet fokus på i övrigt friska patienter där ett positivt hälsoutfall lättare kan uppnås, snarare än på patienter med de största behoven.

Ersättningsmodeller i kommunal vård

I omställningen till Nära vård är en förflyttning önskvärd från isolerade vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus. Detta innebär att utgå från det bästa för patienten/brukaren i hela vård- och omsorgsprocessen och insikten att patienten ser sjukvården som en funktion, likgiltig inför vems ansvar det är att utföra nödvändiga sjukvårdsinsatser. Det innebär med nödvändighet att sjukvården och omsorg behöver betraktas ur ett systemperspektiv, över huvudmannagränser. I denna kontext är en utvecklad samverkan mellan kommun och region en framgångsfaktor.

Det innebär att även den finansiella styrningen inom och mellan kommuner och regioner måste samverka eller åtminstone inte stå i vägen för omställningen. Den mest effektiva vården är den som aldrig behövs. En förflyttning av perspektiv från att bota sjuka till ett fokus på hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är då det mest hållbara arbetssättet och en av nycklarna till att minska behovet av hälso- och sjukvård hos både kommuner och regioner. Kommunernas och regionernas gemensamma användning av ny teknik för att utveckla gränsöverskridande arbetssätt i hälso- och sjukvården och omsorgen är ytterligare en av framgångsfaktorerna.

Ersättningsmodeller i kommunerna är idag i främsta hand utvecklade för att stödja uppdrag och ansvar som följer av införda valfrihetssystem inom äldre- och funktionshinderområdet. Till skillnad från hälso- och sjukvård är kommunala omsorgsinsatser för enskilda baserade på ett bistånds- och myndighetsbeslut. När den enskildes behov prövats och omsorgsinsatsen beviljats kan omsorgstagaren välja mellan de utförare som anslutit sig till kommunens valfrihetssystemen för service och omsorg. Inom valfrihetssystem för till exempel för äldreomsorg i ordinärt boende, tillämpas ofta ersättningsmodeller som innebär att utförare får ersättning som baserar sig på någon av följande kriterier:

- Den biståndsbeslutade, beviljade tiden, det vill säga de timmar som står på den enskildes beslut. Detta är en uppfattning av tidsomfattning för att kunna tillgodose den enskildes behov och ge individen en skälig levnadsnivå.
- Den utförda tiden, vilket i stället innebär att ersättning utgår för den tid som givits till den enskilde, ofta kopplat till ett tidredovisningssystem hemma hos den enskilde hemtjänstmottagaren. Ersättningen följer därmed insatsutförandet, men det är inte ovanligt att biståndsbeslutad tid utgör ett maxtak för hur mycket som kan ersättas till utföraren.

- ✧ Andra mindre förekommande modeller handlar om nivåbeslut, där ersättning utgår från utförd tid inom ett spann. Ersättning i vissa kommuner utgår från planerad tid, anslagsfinansiering och i vissa få fall, ersättning utifrån måluppfyllelse.

I valfrihetssystem eller upphandling av entreprenader kan upphandlande myndighet välja att också lägga ut hälso- och sjukvårdsinsatserna.¹⁷ Legitimerad personal hos privata utförare kan i sin tur delegera insatser till omsorgspersonal inom det egna företaget. Andra kommuner väljer att inte lägga ut hälso- och sjukvårdsinsatser, utan ansvarar själv för all legitimerad personal. Vanligt förekommande är också att kommunens legitimerade personal delegerar till omsorgspersonal i både egen och privat regi.

För de ersättningsmodeller som grundas på utförd tid är metod för tidsredovisning intressant. Metoder varierar mellan kommuner. En vanlig, men också kritiserad metod, baseras på att all personal ska redovisa tid och insats hos den enskilde.

Hälso- och sjukvård inklusive ordinerad/delegerade sjukvårdsinsatser, som utförs av privata utförare på uppdrag av kommuner, ingår i regel inte i den biståndsbedömda tiden. Ersättning för sjukvårdsinsatser utgår därför utöver biståndsbedömda insatser, men ersättningsmodellen för detta varierar mellan kommuner.

När hälso- och sjukvården, som i merparten av kommunerna, utförs i egenregi är i stället anslagsfinansiering vanligast.

Not. 17 Ansvaret för sjukvård upp till sjuksköterskenivå övergår i regel från regionen till kommunen när den enskilde beviljats service och omsorgsinsatser. Undantaget är Stockholms län där sjukvårdsansvaret ligger kvar på regionen oavsett behovet av kommunala omsorgsinsatser.

Samordnad finansiell styrning kommun-region

En viktig del i utvecklingen av Nära vård är att stärka samverkan och samordningen mellan kommun och region i det gemensamma ansvaret för primärvården. Det är därför av allra största betydelse att beakta att utformningen av kommunens eller regionens ersättningsmodell eller andra ekonomiska villkor inte på något sätt förhindrar den samverkan som eftersträvas och som genom utvecklingen till en nära vård börjar etableras. Ersättningsformerna behöver stödja utvecklingen av den nära vården ur ett systemperspektiv.

I Samsjuklighetsutredningen¹⁸ lyfts den kortsiktiga ekonomisk styrning med fokus på enskilda organisationer och insatser som ett hinder. Ur individens perspektiv är primärvården ett system, utan gränser mellan huvudmän. Därför bör det närmare utforskas för att bättre förstås hur finansiell styrning kan skapa förutsättningar för och stimulera till samverkan och samordning.

Generell/traditionell samverkan utgår från att samarbete bedrivs inom ramen för befintliga organisationsstrukturer. Samverkan mellan kommunens och regionens verksamheter kan ske genom att till exempel samlokalisera verksamheter under samma tak. Detta kan i många fall ske med goda resultat och utan att någon finansiell samordning eller ekonomiska transfereringar behöver ske. De goda effekter som kan uppstå av en samlokalisering kan vara ökat teamarbete, ökad kunskapsöverföring mellan personalgrupper och kompetenser, bättre samordning av insatser eller högre kostnadseffektivitet. Exempel på samlokaliserade verksamheter är regionens barnhälsovård och kommunens öppna förskola.

Det finns flera exempel på olika former på finansiell samordning. Här ges några exempel.

Mellan åren 1994–2002 möjliggjordes genom lag en lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM). Genom att omvandla delar av budgeten för kontantstöd (sjukpenning och socialbidrag) kunde nya hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter initieras. Målgruppen var i huvudsak personer som stod långt från arbetsmarknaden eller personer med missbruk.

Not. 18 Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93, sidan 292.

År 2004 trädde lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser i kraft (FINSAM). Lagen gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region att samverka finansiellt genom att bilda samordningsförbund. I samordningsförbundet beslutar de fyra aktörerna hur samarbetet ska utformas utifrån lokala förutsättningar och behov. Samordningsförbundens uppgift är i första hand att finansiera insatser för att medborgare ska få stöd och rehabilitering som ger dem möjlighet att försörja sig själva.

En annan form av samverkan är bestämmelserna om kommunens ansvar att ta hem utskrivningsbara patienter från sjukhus. Bestämmelserna är villkorade med ekonomiska förpliktelser. I lag¹⁹ regleras hur samverkan mellan huvudmän ska ske och att kommunen är kostnadsansvarig för utskrivningsklara patienter på sjukhus som inte tas emot inom angiven tid av kommunen. Ersättningsmodeller har förhandlats fram mellan kommuner och regioner. Erfarenheterna från denna åtgärd är positiv. Som grund finns kravet på en ersättningsmodell och risken för ett kostnadsansvar, men det är det gemensamma arbetet med uppföljning som främst bidragit till det goda resultatet med färre färdigbehandlade patienter på sjukhus.

Organisatoriska lösningar kan tillvaratas för att möjliggöra finansiell och verksamhetsmässig samverkan. En sådan lösning valde Norrtälje genom bildandet av ett kommunalförbund, KSON, som självständig myndighet med ansvar för att invånarna i Norrtälje kommun får en sammanhållen hälso- och sjukvård och omsorg. Förbundets medlemmar är Region Stockholm och Norrtälje kommun. Förbundet utför sammanhållen vård och omsorg genom det helägda bolaget Tiohundra AB. Vårdbolaget driver bland annat akutsjukhuset i Norrtälje, vårdcentraler, psykiatri, äldreboenden, BVC, LSS-verksamheter och hemtjänst.²⁰ Norrtäljemodellen är uppmärksammas såväl i Sverige som internationellt och har lyfts fram av Socialdepartementet som en förebild för andra kommuner och regioner.²¹

Not. 19 Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Not. 20 <https://www.norrtalje.se/info/kommun-och-politik/organisation-och-styrning/sjukvards-och-omsorgskontoret/>.

Not. 21 <https://www.tiohundra.se/om-tiohundra/>, 2023-04-27.

Även Region Gotland är ett exempel på organisatorisk samverkan med sammanslagning av kommunens och regionens ansvar och uppgifter. 1971 bildade Gotland en kommun. Den 1 januari 2011 bytte Gotlands kommun namn till Region Gotland.²²

I en rapport från Leading Health Care – Ekonomi på tvären²³ introduceras tre principer som kan användas för att modifiera grundläggande ersättningsformer så att de ger incitament till och skapar förutsättningar för samverkan mellan vårdgivande enheter.

- Viktning av ersättning kan skapa förutsättning för att ta emot, ge god vård och arbeta för samverkan för patienter som har sådana behov.
- Aggregering av ersättningen till flera vård- och omsorgsdelar ska uppmuntra vårdgivare att arbeta mot gemensamma resultat och minska problemet med patienter som faller mellan stolarna när enskilda enheter ersätts separat.
- Direkt ersättning för samverkansaktiviteter och -roller ska, utöver det värde som skapas för vårdtagarna genom dessa aktiviteter, sätta fokus på samverkansproblematiken som ett prioriterat område för hälso- och sjukvården och omsorgen

Alternativa finansiella instrument

Andra, alternativa finansiella instrument för styrning i offentlig välfärd har beskrivits av Upphandlingsmyndigheten i en rapport.²⁴ Där beskrivs sociala utfallskontrakt, social investeringsfond, sociala obligationer, upphandling med fokus på utfall och idéburet offentligt partnerskap.

Ersättning genom social utfallskontrakt

Sociala utfallskontrakt är ett kontrakt mellan en eller flera offentliga aktörer och en eller flera externa parter. Kontraktet är en överenskommelse om investeringar i insatser för en definierad målgrupp. Det beskriver också hur utfall ska definieras, mätas och värderas, samt hur finansiella flöden mellan aktörerna ska regleras beroende på uppnådda utfall.

Not. 22 <https://www.gotland.se/regionochdemokrati>.

Not. 23 Ekonomi på tvären – Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning, Leading Health Care, Rapport nr 1 2014.

Not. 24 Alternativa finansiella instrument i offentlig välfärdssektor, Upphandlingsmyndigheten rapport 2020:2.

Det finns ett antal exempel genomförda eller pågående sociala investeringar.

- › Norrköping med målsättning att färre omplaceringar av barn i HVB-/SIS-hem ska minska kommunens kostnader samt bättre skolresultat²⁵,
- › Botkyrka och Örnsköldsvik med målsättning att minska kommunernas kostnader för personalens sjukskrivningar.

Styrkor

- › Prioriterar förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

Svagheter

- › Redovisningsmässigt svårt att periodisera intäkter och kostnader som hänger ihop.
- › Kan skapa en högre administration för hur utfall ska definieras, mätas och värderas.

Not. 25 En unik social investering – slutrapport om det sociala utfallskontraktet i Norrköping, Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR, 2021.

Steg i utvecklingen av en ersättningsmodell

En generell modell för utveckling

En generell modell för utveckling kan användas till stöd för att utforma ändamålsenliga ersättningsmodeller som i sin tur stödjer omställningen framåt till en Nära vård. Huvudsakligen innehåller modellen sju steg, dessa är följande:

1. Klargör nuläget
2. Designa framtiden
3. Analysera förändringsbehoven
4. Etappindela genomförande
5. Utforma ersättningsmodeller
6. Genomför utvecklingen
7. Mät och följ upp

För att veta vilka åtgärder som behöver tas för respektive region utgår vi från en nulägesanalys. Hur ser till exempel kvaliteten ut gällande medicinska resultat, tillgänglighet och patienternas uppfattning om verksamheten. Utifrån nuläget skissar och designar regionen ett önskat läge.

Förstå nuläget

En utgångspunkt i utveckling av verksamheter är att förstå nuläget. Hur fungerar verksamheten idag, vilka utfall och effekter levereras till medborgarna? Då mätningar är förutsättningen för allt förbättringsarbete gäller det att ha ett tydligt utgångsläge (baseline). Om vi inte mäter eller kan mäta så kommer vi aldrig veta om det vi gör blir förbättringar.

Frågor att diskutera:

1. Hur nöjda är invånarna med regionens tjänster?
2. Vilken tillgänglighet finns?
3. Hur ser ohälsan ut i regionen?
4. Hur ser kvaliteten ut inom de olika medicinska specialiteterna?
5. Levereras en likvärdig vård i hela regionen?

Designa framtiden

Utifrån det beskrivna och upplevda nuläget behöver vi designa vilket framtida läge som är önskvärt. I nära vård har målbilder och färdplaner tagits fram av region och kommuner tillsammans.

Frågor att diskutera

1. Hur ser målbild och färdplan ut i er Region?
2. Har målbilden och färdplan konkretiserats så det går att mäta måluppfyllelsen?

Analysera förändringsbehoven

Utifrån nuläge och önskad framtid identifieras vilka förändringsbehov som är önskvärda. Förändringsbehoven behöver vara relativt konkreta och tydliga om arbeten ska genomföras. Var är vi idag och hur ska det se ut i framtiden. Utifrån utgångsläget i nulägesbeskrivningen ska mål sättas som är SMARTA (specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta). Dock är det ju så att framtidens önskade läge ständigt förändras och därför kan inte planeringshorisonten bli alltför lång. Det är steg på vägen mot en målbild i rörelse som kan konkretiseras.

En svårighet i att förändringsbehoven förändras är att genomslag av ändringar av ersättningsmodeller tar tid. Utförare efterlyser också stabila ersättningsmodeller för att kunna ställa om sina verksamheter utifrån de förutsättningar som ges. Att öka eller minska personalstyrkan tar år att genomföra på ett stabilt sätt.

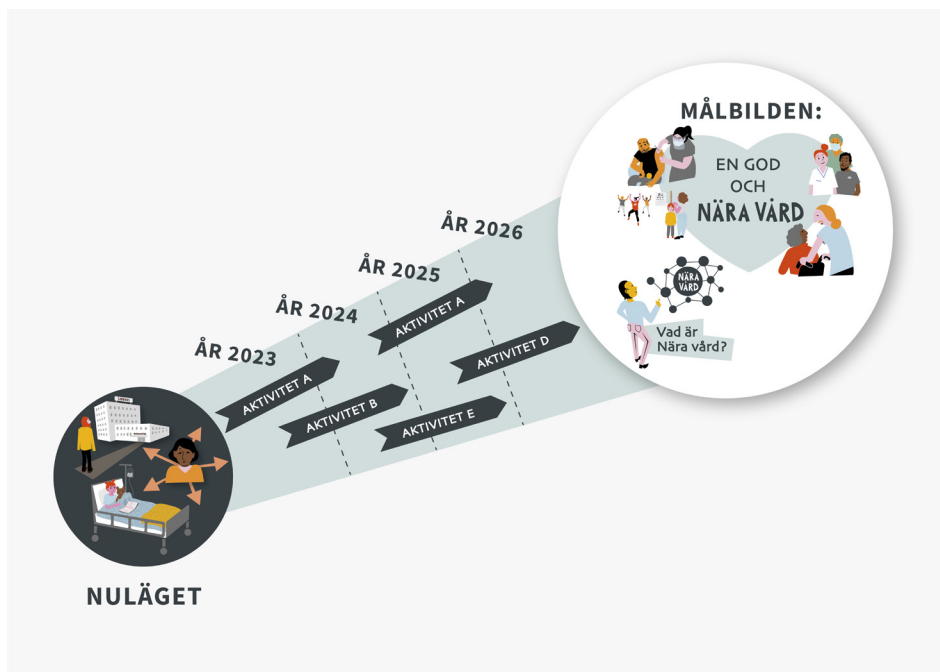
Frågor att diskutera

1. Utifrån er målbild och nuläget, har ni konkreta förändringsbehov beskrivna?
2. På vilket sätt kan förändrade ersättningsprinciper främja de önskvärda förändringarna?

Etappindela genomförandet

Nära vård är ett förhållningssätt med en långsiktig målbild som inte exakt kan konkretiseras och tidsättas. Det gäller att kunna arbeta med visionen i sikte på flera områden samtidigt. För att uppleva att vi är på rätt väg och löpande utvärdera framstegen är det viktigt att etappindela utvecklingen. Detta för att kunna mäta, följa upp och utvärdera.

Figur 8: Omställningen till Nära vård är ett långsiktigt arbete med ett förhållningssätt som ram, vilket skapar ett behov att etappindela utvecklingen för att kunna mäta och följa upp om utvecklingen går som det är tänkt



Frågor att diskutera:

1. Vilka delar av genomförandet är tydliga i er planering och vilken tidshorisont är satt för dessa arbeten?

Utformning av ändamålsenliga ersättningsmodeller

Inledning

Då förändringsbehoven är identifierade och etappindelade så kan arbetet starta med att utveckla ersättningsmodellen. En viktig del i detta är att se till att vi har rätt ersättningsformer som så långt möjligt stödjer arbetet mot en Nära vård och som framför allt inte förhindrar och motverkar det.

Som utgångspunkt för arbetet med att ta fram lämpliga ersättningsformer har vi här använt den så kallade effektkedjan²⁶, som kan användas för de olika målsättningar som finns för Nära vård.

Effektkedjan

Effektkedjan kan användas för att identifiera de resurser, processer och prestationer som krävs för att nå de effekter som Nära vård syftar till.

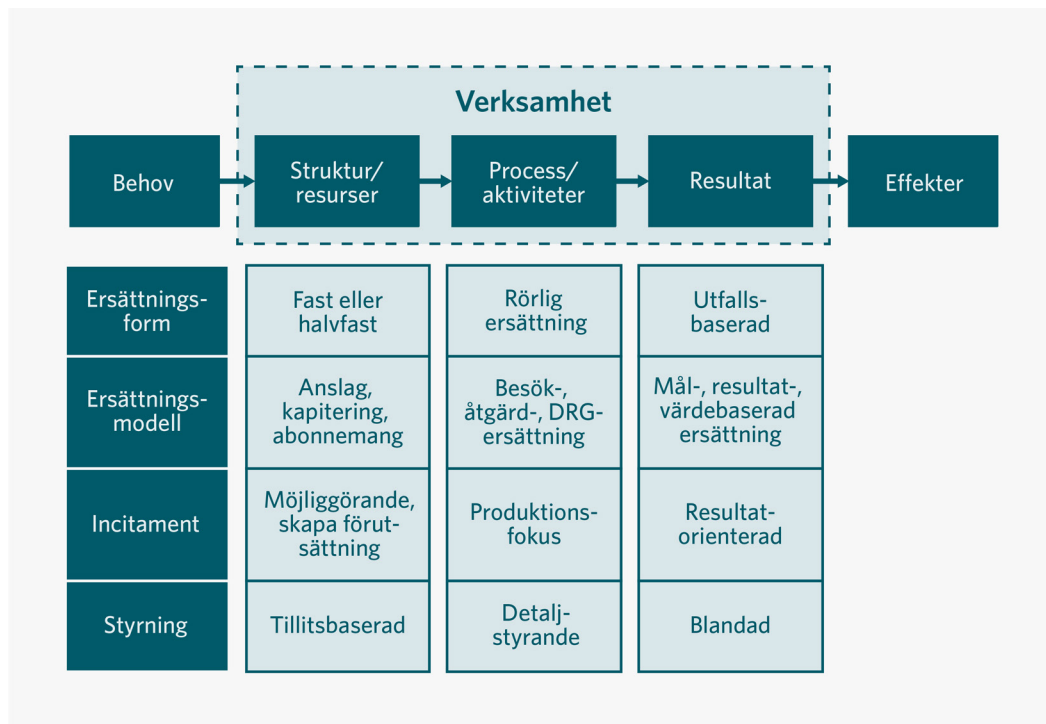
Not. 26 Se Ekonomistyrningsverket (2016): Vägledning Verksamhetslogik. ESV 2016:31.

Finansiell styrning

För att utforma en ändamålsenlig ersättningsmodell används effektkedjan för att identifiera vilka delar av denna som behöver finansiell styrning/ stimulans. Alla ersättningsmodeller skapar incitament och påverkar beteenden – men på olika sätt.

Kapital är som beskrivits en förutsättning för att bedriva verksamhet och en lika viktig insatsresurs som till exempel lokaler eller personal. Inte desto mindre kan resurser i form av ersättning från uppdragsgivaren tillföras på olika sätt. Grunden för vad ersättning baseras på, i det följande benämmt ersättningsformer, påverka olika delar i effektkedjan, evidensen för detta är stark. Figur 10 illustrerar dessa förhållanden.

Figur 10: Ersättningsformen påverkan i värdekedjan



En fast ersättning tillför framför allt mer kapital, vilket stärker verksamhetens tillgängliga resurser och förutsättningar för att genomföra förändringar. Men en fast ersättning påverkar i liten omfattning processperspektivet och till exempel hur många aktiviteter som kommer att genomföras. Inte heller skapas några direkta incitament för att nå ett utsatt mål.

En rörlig ersättning tillför inte verksamheten mer resurser med mindre än att aktiviteter genomförs. Om ambitionen är att öka omsättningen behöver antalet ersättningsskapande aktiviteter öka.

En utfallsbaserad ersättning tillför mer resurser endast när ett uppställt resultatmål uppnås. Givet att den extra ersättning som erhålls när målet nås överskrider kostnaden för de aktiviteter som behöver ske för att förflytta utfallet, skapas ekonomiska motiv för att nå målet.

Det är dessa olika motiv och effekter som kan planeras för att de ska inträffa vid utformningen av de ekonomiska villkoren eller av ersättningsformen.

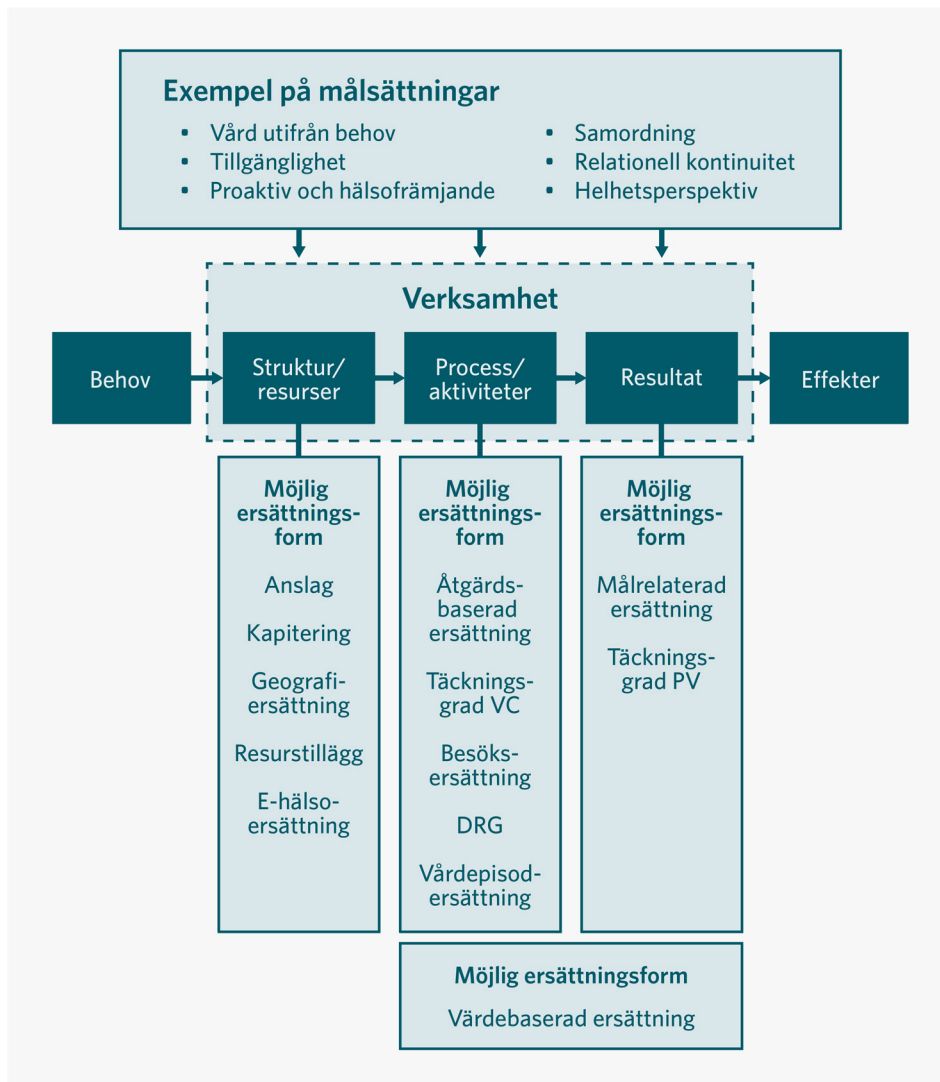
Ett metodstöd för val av ersättningsform som stödjer förflyttning

I nästa steg knyts Nära vårds olika målsättningar till delarna i effektkedjan samt hur dessa relaterar till möjliga ersättningsformer.

Exempel på målsättningar

- › Vård utifrån behov
- › Tillgänglighet
- › Proaktiv och hälsofrämjande
- › Samordning
- › Relationell kontinuitet
- › Helhetsperspektiv

Figur 11: Sammanfattande figur över effektkedjan och möjliga ersättningsformer



Fyra förflyttningsområden mot en Nära vård

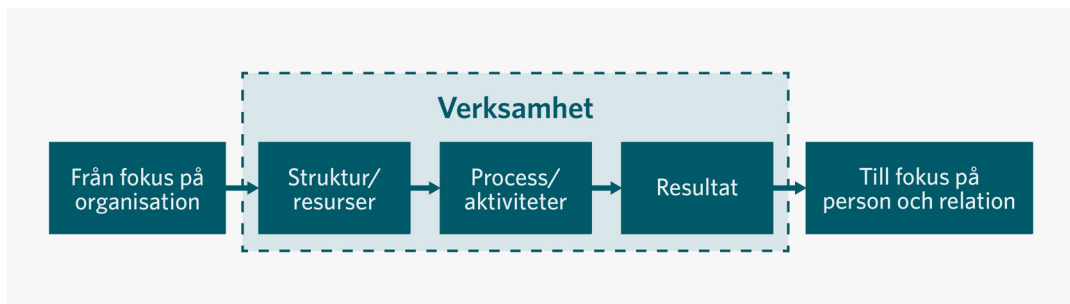
Utifrån det som lyfts fram som målbilder för Nära vård beskriver vi de fyra förflyttningsområden som identifierats i samband med utvecklingen av målbilden för nära vård samt insatser och åtgärder som kan stödja förflyttningen inom respektive område.

- › Från fokus på organisation till fokus på person och relation.
- › Från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare.
- › Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.
- › Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

Stödja förflyttningen mot fokus på person och relation

Att gå från fokus på organisation till fokus på person och relation innebär att utgå från patientens/brukarens individuella förutsättningar, förmågor och behov och bidra till trygghet. Utgå från att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet.

Figur 12: Verksamhetens behov att flytta sitt fokus på organisation till fokus på person och relation



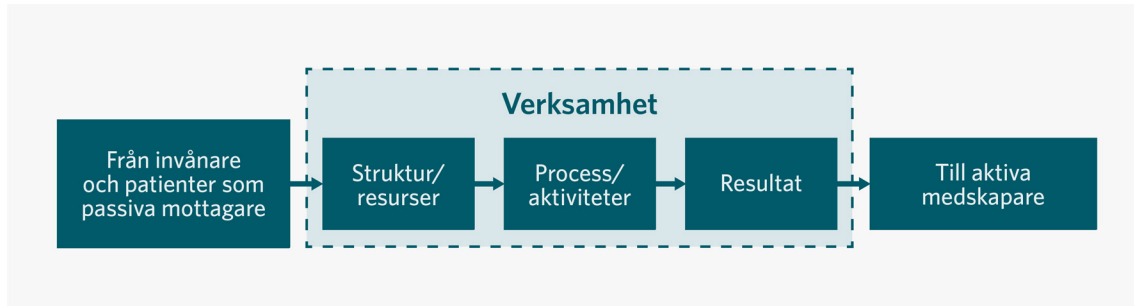
Exempel på insatser och åtgärder för att stödja förflyttningen:

- › Öka kontinuitet mellan vårdgivarpersonal och invånare.
 - Behålla medarbetare och utveckla dessa.
 - Utveckla e-hälsolösningar för att underlätta kontakterna.
- › Utveckla och optimera flödeseffektivitet snarare än enhets/funktionseffektivitet.
 - Anställa vårdsamordnare
 - Utveckla samordning mellan kommun-primärvård-slutenvård
- › Öka andelen med fast läkarkontakt
- › Öka andelen med fast vårdkontakt
- › Införa patientkontrakt.
- › Involvera patienten i vårdens planering.
- › Öka tillgängligheten för personer att få kontakt för ökad trygghet
- › Förbättra geografisk tillgänglighet för ökad närhet

Stödja förflyttningen mot patienten som aktiva medskapare

Att gå från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare innebär att skapa tillsammans med invånare, patienter och brukare.

Figur 13: Verksamhetens behov att flytta fokus från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare



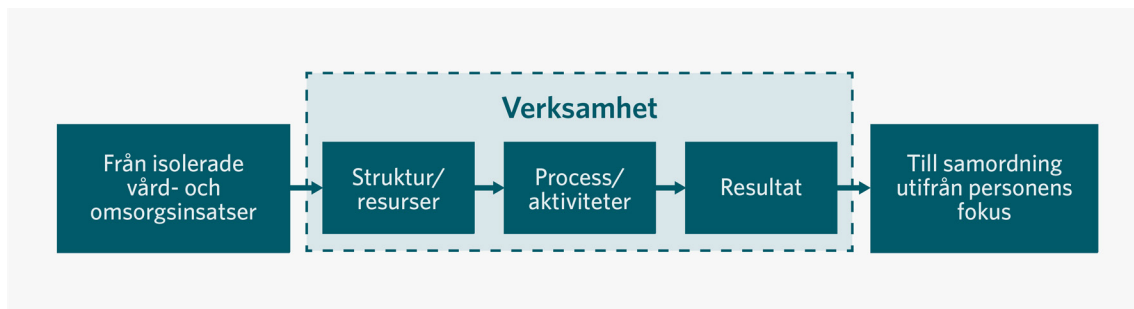
Exempel på insatser och åtgärder för att stödja förflyttningen:

- › Införa fler E-hälso-lösningar för att underlätta kommunikation/dialog.
- › Införa patientkontrakt.
- › Involvera patienten i vårdens planering.
- › Utveckla den personcentrerade palliativa vården, till exempel utifrån "Vad är viktigt för dig?" med exempelvis modellen 6 S, självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang samt strategier.
- › Skapa upplevelseverkstad för medarbetare i hälso- och sjukvården för att de själva ska kunna uppleva hur det är att ha en nedsättning av funktioner och hur det påverkar vardagen. Detta för att medarbetarna ska få en bättre förståelse för hur viktigt det är med känslan av att vara självständig.

Stödja förflyttningen mot samordning utifrån personens fokus

Att gå från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus innebär att utgå från det bästa för patienten/brukaren i hela vård- och omsorgsprocessen. Främja gemensamt ansvarstagande och tillit. Skapa förutsättningar för jämlik vård och omsorg.

Figur 14: Verksamhetens behov att flytta fokus från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus



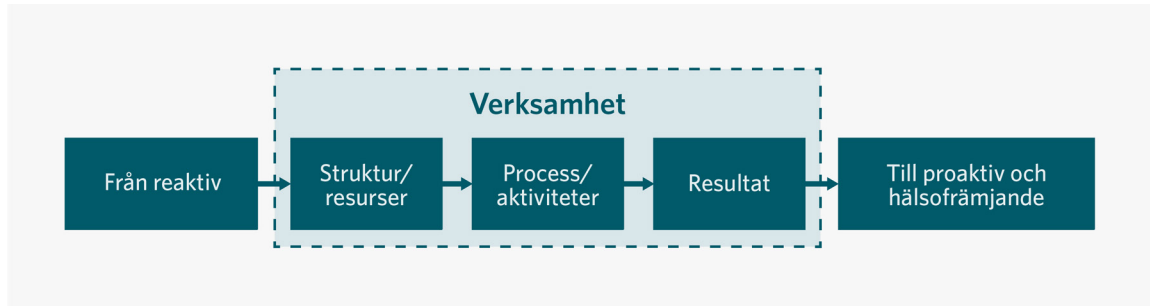
Exempel på insatser och åtgärder för att stödja förflyttningen:

- Utveckla och optimera flödeseffektivitet snarare än enhets/funktionseffektivitet.
 - Utveckla samordning mellan kommun-primärvård-slutenvård
 - Utveckla e-hälsolösningar för att underlätta kontakterna.
- Öka andelen med fast vårdkontakt
- Införa patientkontrakt.
- Involvera patienten i vårdens planering, till exempel genom "köksbordskonferens" där hälso- och sjukvårdspersonalen träffar medborgaren hemma hos denna vid köksbordet och ställer frågan "Vad är viktigt för dig?"

Stödja förflyttningen till proaktivitet och hälsofrämjande

Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande. Hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest hållbara arbets sättet. Skapa förutsättningar för självständighet och livskvalitet. Skapa förutsättningar för jämlik hälsa.

Figur 15: Verksamhetens behov att flytta fokus från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande



Exempel på insatser och åtgärder för att stödja förflyttningen:

- Utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.
 - Öka screening.
 - Fler hälsosamtal
 - Identifiera riskpatienter
 - Individuell coachning
 - Gruppinsatser
 - Hälsocoach online
- Införa digitala läkemedelsrobotar som vägleder patienten till rätt medicinering.
- Mobila akutläkare som besöker patienterna i deras hem.
- Digital bildhantering för att minska fysiska besök.
- Samverka än mer med skolhälsovården.
- Samverka än mer med tandvården som möter alla barn.

Gruppering av insatser och åtgärder för förflyttningen

I de fyra förflyttningsområdena mot en nära vård i föregående avsnitt ges ett antal olika exempel på vilka insatser och åtgärder som kan stödja förflyttningen. I detta avsnitt har vi grupperat insatserna och åtgärderna i olika områden. Varje sådant område, som beskrivs under respektive rubrik i det följande, kan sedan kopplas till effektkedjan och möjliga ersättningsformer. Dessa redovisas i en tabell under varje rubrik där det också framgår identifierade fördelar och nackdelar.

De olika områdena är:

- › Jämlik vård
- › Särskilda satsningar
- › Innovationer
- › Fokusering på person och relation
- › Kompetensförsörjning och arbetsmiljö
- › Minska påverkbar specialistvård
- › Öka medicinsk kvalitet
- › Öka kontinuitet
- › Samordning av vården
- › Öka tillgängligheten
- › Öka delaktighet, trygghet och förtroende
- › Arbeta mer proaktivt och hälsofrämjande
- › Främja E-hälsa
- › Öka tillgänglighet till specialiserad vård

Några ord på vägen om hur detta underlag kan användas

Arbetet med förändring och utformning av ersättningsformer behöver göras lugnt och systematiskt. Antalet områden som redovisats ovan är stort och det är knappast görligt att ta sig an alla på en gång. Ett stort antal tänkbara ersättningsformer finns också redovisade i genomgången nedan. Varje region som ska ta sig an detta behöver göra en prioritering av vilket/vilka områden som är viktigast att arbeta med, därefter behöver man överväga hur en ersättning kan stödja förändringen eller om det kanske är andra styrmedel som är mer ändamålsenliga. Om man ändå stannar för en ersättningsform behöver man också överväga om ersättningen ska vara tillfällig eller mer permanent, vilka delar som ska omfattas och så vidare. Det är inom svensk primärvård som regionerna ansvarar för, vanligt med mixade ersättningsmodeller, utformade med förväntningen att då undvika de negativa effekter som kan uppstå med renodlade lösningar. Det finns emellertid också en risk att för många, parallella ersättningsformer tar bort eller minskar den samlade styreffekten, samt – om de utformas som rörliga eller utfallsbaserade ersättningar – riskerar uppfattas som detaljstyrande.

För varje nedan redovisat område kan regionen förslagsvis föra en diskussion utifrån följande frågor:

- Är detta ett område där vi har ett gott nuläge?
- Hur kan vi se på de lösningsexempel som presenteras?
- Kan vi komma på fler exempel på ersättningsformer som stödjer detta område hos oss? Vilka delar av effektkedjan påverkas i så fall och hur?

Ersättningsformer för en jämlik vård

Socialstyrelsen beskriver att en jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, socioekonomisk status, födelse-land, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och etnisk eller religiös tillhörighet.

Tabell 2: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer en jämlik vård

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer förelagen lösning	Fördelar	Nackdelar
Skapa förutsättningar för insatser för en jämlik vård.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Ej säkert att ersättningen går till verksamhet som stödjer jämlik vård.
Främja lokalisering i glesbygd.	Struktur/resurser.	Geografi-ersättning.	Tydlig ersättning och signal.	Gränsdragningsproblematik om vad som är glesbygd.
Tillhandahålla e-hälsolösningar.	Process/aktivitet.	Ersätta för e-hälsobesök.	Arbetsinsats och ersättning har tydlig koppling.	Kräver specificering av vad som är besök, Kan driva "onödiga" besök.
Utveckla bemötande och patientnära resultat.	Resultat.	Målrelaterad ersättning.	Ersättning kopplat till prestationer som önskas.	Kan skapa undanträngning av andra angelägna områden.

Ersättningsformer för särskilda satsningar

I analys av verksamheten och dess resultat kan identifieras behov av särskilda satsningar på områden som behöver utvecklas, är eftersatta eller där måluppfyllelse brister. Utvecklingen av en Nära vård innebär en hel del särskilda satsningar som införande av patientkontrakt, öka andelen med fast läkarkontakt, öka kontinuiteten och så vidare.

Tabell 3: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer särskilda satsningar

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Skapa förutsättningar för verksamheten att göra åtgärder i linje med regionens beslut om prioriterade åtgärder.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Ej säkert att ersättningen går till verksamhet som stödjer särskilda satsningar.
Tilldela resurser dedikerade för särskilt arbete kopplat till satsningen.	Struktur/resurser.	Ersätta för antalet resurser.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Inte säkert att det är rätt sätt att lösa satsningen på.
Utföra särskilda arbetsuppgifter.	Process/aktivitet.	Ersätta för aktiviteter.	Arbetsinsats och ersättning har tydlig koppling.	Kräver specificering av vad som är besök. Kan driva "onödiga" besök.
Ökad andel patienter med fast läkarkontakt.	Resultat.	Ersätta för måluppfyllelse.	Ersättning direkt kopplat till önskad satsning.	Namngiven läkare innebär inte automatiskt att patienten träffar denna.

Ersättningsformer för innovationer

Behovet av en omställning av sjukvården grundar sig dels på behovet av att öka kvaliteten, dels på att antalet medarbetare i vården kontra de som ska vårdas troligen blir färre framöver. För att klara denna omställning är det önskvärt och nödvändigt med innovationer.

Innovation är nya lösningar som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet uppstår då en idé omsätts i praktiken och nyttiggörs. Värdet som skapas kan anta många former – ekonomiska, sociala eller miljömässiga. Innovation kan ske stegvis eller i stora språng.

Tabell 4: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer innovationer

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer förelagda lösningar	Fördelar	Nackdelar
Stödja och skapa förutsättningar för innovation.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Ej säkert att ersättningen bidrar till innovation.
Tillsätta utvecklingsledare.	Struktur/resurser.	Ersätta för antalet utvecklingsledare.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Ej säkert att utvecklingsledare kan bidra till lösning.
Arbeta i innovationsgrupper.	Process/aktivitet.	Ersätta för arbete i innovationsgrupper.	Arbetsinsats och ersättning har tydlig koppling.	Detaljstyrning, det kanske finns bättre lösningar.
Belöna bra idéer.	Resultat.	Ersätta för måluppfyllelse.	Ersättning kopplad till vad som önskas.	

Ersättningsformer för att fokusera på person och relation

Vården behöver fokusera mer på person och relation och mindre på sin egen organisation. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat förhållnings-sätt som utgår från individens resurser och behov. Att arbeta personcentrerat och med kontinuitet är särskilt viktigt för personer som behöver mycket vård eller många insatser.

Tabell 5: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer att verksamheten arbetar mer fokuserat på person och relation

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer förelagda lösningar	Fördelar	Nackdelar
Stärka förutsättningar för utveckling av personcentrerade arbetssätt.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Inga garantier att ersättningen går till utvecklingen av personcentrerade arbetssätt.
Tillsätta vård-samordnare.	Struktur/resurser.	Ersätta för antalet vård-samordnare.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Kan finnas hinder som inte vård-samordnaren kan lösa.
I ökad omfattning styra patienten till vald vårdcentral.	Process/aktivitet.	Lägre patientavgift vid besök på vald vårdcentral (jämfört med besök på annan VC).	Stimulerar patienten att välja besök på enhet där hen är listad.	Begränsar patientens valfrihet att välja.
I ökad omfattning styra patienten till vald vårdcentral.	Process/aktivitet.	Ersätta för täckningsgrad för andel listade patienters besök på vald VC.	Stimulerar utförare att ta emot patienter.	Begränsar patientens valfrihet att välja.
Öka kontinuiteten vid kontakter.	Resultat.	Ersätta för måluppfyllelse av kontinuitet.	Stimulerar utförare att nå det specifika målet.	Kan missgynna vårdcentraler i glesbygd med bemanningsproblem.

Ersättningsformer för kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare är en nyckelfråga. För att skapa goda förutsättningar för omställning till en nära vård behövs en ändamålsenlig kompetensförsörjning och nya arbetsformer utvecklas. Förmåga att behålla och rekrytera personal är beroende av möjlighet till vidareutbildning, karriärvägar och goda arbetsmiljöer.

Tabell 6: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer att verksamheten säkrar kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Möjliggöra goda förutsättningar för vårdens medarbetare.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell.	Ej säkert att ersättningen går till åtgärder som stödjer kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö.
Bemanningskrav per 1 000 listade.	Struktur/resurser.	Ersätta enligt bemanningskravet.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Ej säkert det går att rekrytera eller att det löser arbetsmiljöproblem.
Stödja det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM).	Process/aktivitet.	Ersätta för arbete med SAM.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Detaljersättning som kanske måste kvarstå.
God arbetsmiljö.	Resultat.	Målrelaterade ersättning kopplat till medarbetarindex.	Stimulerar till aktivt arbete för att nå just det målet.	Kan förstärka en negativ spiral.

Ersättningsformer för att minska påverkbar specialistvård

Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via primärvården. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan inskrivningar i slutenvård undvikas.

Tabell 7: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer minskningen av påverkbar slutenvård

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Skapa handlingsutrymme för att vidta åtgärder som kan minska påverkan slutenvård.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Riskjustering kompenserar för sjukvårdsbehov.	Osäkerhet om ersättningen används för insatser som minskar påverkbar slutenvård.
Inrätta äldre-sjuksköterskor.	Struktur/resurser.	Ersätta för anställning av äldre-sjuksköterskor.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Osäkerhet om SSK används för just detta syfte.
Arbeta mer med förebyggande arbete.	Process/aktivitet.	Ersätta för uppringning av patienter efter utskrivning för att förhindra återinskrivningar.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Kan vara andra faktorer som påverkar återinskrivning.
Minska den påverkbara slutenvården.	Resultat.	Ersätta för måluppfyllelse gällande påverkbar slutenvård.	Fokus på målet.	Kan tränga ut annat nödvändigt arbete som inte ersätts.

Ersättningsformer för ökad medicinsk kvalitet

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 5 kapitel 1§ ska hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket bland annat innefattar att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Enligt Patientlagen ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Tabell 8: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer ökad medicinsk kvalitet

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Skapa förutsättningar för verksamheten att utveckla kapacitet för egen kvalitetsutveckling.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Ej säkert att ersättningen går insatser för ökad medicinsk kvalitet.
Stärka förmågan till egen kvalitetsutveckling.	Struktur/resurser.	Ersätta för anställning av kvalitetsutvecklare.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Osäkerhet om resurser läggs på kvalitetsutveckling.
Arbeta i enlighet med beslutade vårdprogram.	Process/aktivitet.	Ersätta för följsamhet till vårdprogram.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Svårt att mäta och följa upp.
Förbättra den medicinska kvaliteten.	Resultat.	Ersätta för måluppfyllelse av medicinsk kvalitet.	Stödjer det specificerade målet som vill uppnås.	Andra viktiga mål kan få stå tillbaka.

Ersättningsformer för ökad kontinuitet

En del i ett personcentrerat arbetssätt är att patienten och vårdprofessionen har en god relation, så att ett partnerskap kan uppstå. För att möjliggöra den relationen är en god kontinuitet en viktig förutsättning. SKR stödjer på flera sätt utveckling av kontinuitet, fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården.

I omställningen till Nära vård flyttas fokus från organisation till person och relationer för att stödja utvecklingen av en personcentrerad vård. Den fasta läkarkontakten och den fasta vårdkontakten i primärvården har nyckelroller i omställningen eftersom de ger förutsättningar för att bygga goda, långvariga relationer.

Tabell 9: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer kontinuitet

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Möjliggöra för verksamheten att utveckla arbetsformer.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Ej säkert att ersättningen används för avsett ändamål.
Ökad kapacitet att möta behoven.	Struktur/resurser.	Ersätta för anställning av medarbetare.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Alla utförare har inte samma behov utifrån listade invånare.
Planera in kontinuitet vid besöksbokning.	Process/aktivitet.	Ersätta för arbete med planering.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Svårt att mäta och följa upp. Detaljstyrande.
Hög kontinuitet.	Resultat.	Ersätta för måluppfyllelse av kontinuitet.	Stimulerar till att arbeta med kontinuitet.	Kan skapa undanträngning av andra angelägena områden.
BEON-principen (bäst effektiva omhändertagandenivå).	Resultat.	Ersätta för täckningsgrad för andel besök i PV som andel av all ÖV.	Stimulerar utförare att ta hand om sina listade patienter och inte remittera vidare.	Begränsar patientens valfrihet att välja.

Ersättningsformer för att samordna vården

Samordningen av vården mellan kommuner, primärvård och slutenvård upplevs som ett problemområde inom svensk hälso- och sjukvård. En ökad samordning innebär stora kvalitetsvinster. För målet ökad samordning går det att välja ett antal olika lösningar. Förslagen är här riktade mot regionens primärvård.

Tabell 10: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer samordnad vård

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer förslagen lösning	Fördelar	Nackdelar
Skapa förutsättningar för bättre samordning av patientens vård.	Struktur/resurser	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Behöver kompletteras med uppdrag och följas upp.
Tillsätta samordnande sjuksköterskor.	Struktur/resurser	Ersätta för anställning av samordnande sjuksköterskor.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Detaljstyrning.
Genomföra samordningsmöten.	Process/aktivitet	Ersätta för antal genomförda samordningsmöten.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Detaljstyrning.
Minska antal akuta inskrivningar.	Resultat	Ersätta för minskat antal akuta inskrivningar.	Tydlig ersättning för önskat resultat.	Mätsvårigheter.

Ersättningsformer för att öka tillgängligheten

Om ökad tillgänglighet är ett av målen i Nära vård går det att välja ett antal olika lösningar. Val av lösning beror på hur detaljerat regionen önskar styra.

Tabell 11: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer ökad tillgänglighet

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösning	Fördelar	Nackdelar
Möjliggöra för verksamheter att öka kapacitet och tillgänglighet.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationserättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Ej säkert att ökad ersättning används för att stärka kapaciteten. Osäkerhet om det går att rekrytera.
Öka antalet sjuksköterskor som svarar i telefon.	Struktur/resurser.	Ersätta för anställning av sjuksköterskor.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Kan finnas andra sätt. Detaljstyrande.
Öppettider på kvällen och helger.	Process/aktivitet.	Ersätta för kvälls- och helgöppet.	Tydlig ersättning och koppling till det som ska göras.	Dyr lösning och troligen resurser från dagtid.
Andel vårdkontakter som uppfyller vårdgarantin ska öka.	Resultat.	Ersätta för måluppfyllelse (förflyttning).	Tydlig ersättning och koppling till det som önskas.	Kan skapa undanträngningseffekter för andra angelägna områden.

Ersättningsformer för delaktighet, trygghet och förtroende

Att patienter vet vart man kan vända sig, att vården finns tillgänglig när behov uppkommer, att patienten är trygg att hen få träffa sin fasta vård- eller läkarkontakt och att hen görs delaktig i sin vård är förutsättningar för att patienten känner trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården. Effekten förväntas på sikt leda till minskat vårdsökande.

Tabell 12: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer ökad delaktighet, trygghet och förtroende för vården

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Möjliggöra för vården att utveckla former för personcentrerad vård.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Komplettera med utbildningsinsatser och följa upp så att ersättningen används korrekt.
Öka bemanning som kan vara fast vård-, läkarkontakt.	Struktur/resurser.	Ersätt utifrån bemanning.	Koppling mellan ersättning och önskad lösning.	Alla utförare har inte samma behov utifrån listade patienter.
Patientkontrakt ska införas/upprättas.	Process/aktivitet.	Ersättning för antal upprättade patientkontrakt.	Koppling mellan ersättning och önskad lösning.	Ökad administration.
Öka kontinuitet i kontakter med vårdpersonal.	Resultat.	Ersättning för kontinuitet.	Koppling mellan ersättning och önskad lösning.	Kan missgynna utförare som har bemanningsproblem.

Ersättningsformer för mer proaktivt och hälsofrämjande arbete

För att minska ohälsan och kostnader för konsekvenser av ohälsa och sjukdom är förebyggande och hälsofrämjande åtgärder ett viktigt kvalitetsarbete. Att möta upp tidigare och att arbeta tillsammans utifrån individens individuella behov är en förutsättning för att lyckas med det hälsofrämjande arbetet.

Tabell 13: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer proaktivt och hälsofrämjande arbete

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Stärk kapaciteten för att möjliggöra ökad tid för förebyggande hälsofrämjande arbete.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till skillnader i behov.	Ej säkert att ersättningen går till just proaktivt och hälsofrämjande arbete.
Anställa hälsocoacher.	Struktur/resurser.	Ersätta utifrån anställda hälsocoacher.	Direkt koppling till att kompetens tillförs.	Anställning ingen garanti att aktiviteter genomförs.
Erbjuda invånare deltagande i hälsogrupper.	Process/aktivitet.	Ersätta utifrån antalet deltagare i hälsogrupper.	Direkt koppling till aktiviteter som kan förväntas ge önskvärd effekt.	Detaljstyrande. Kan tränga undan andra angelägna behov.
Öka antalet utskrivna FAR.	Resultat.	Ersätta utifrån antalet utskrivna FAR.	Direkt koppling mellan ersättning och önskvärd utfall.	Detaljstyrande. Kan tränga undan andra angelägna behov.

Ersättningsformer för E-hälsa

Med e-hälsa menas att använda digitala verktyg för att uppnå och bibehålla hälsa samt flytta vården närmare. Exempel på tillämpningar inom e-hälsa är glesbygdsmedicin, digitala vårdcentraler, att boka vård och kommunicera med vårdpersonal. E-hälsotjänster kan kombineras med egenmätningar, där data om det egna hälsotillståndet samlas in via hälsoappar och kroppsnära teknik.

Ett nära område är det som kallas välfärdsteknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har en funktionsnedsättning. Det kan handla om digitala trygghetslarm, övervakning via kamera och GPS, sensorer för påminnelser, hälsorobotar och datorprogram. Välfärdsteknik kan vara ett sätt att möta det växande behovet av vård och omsorg när andelen äldre i befolkningen blir allt större.

Tabell 14: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer ökad e-hälsa

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagna lösningar	Fördelar	Nackdelar
Möjliggöra för verksamheter att utveckla e-hälsolösningar.	Struktur/resurser.	Riskjusterad kapitationsersättning.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov.	Ej säkert att ersättningen går till verksamhets som stödjer e-hälsa.
Digitala mot-tagningsrum på äldreboenden.	Struktur/resurser.	Ersättning utifrån installationer.	Direkt koppling mellan ersättning och önskad resurs.	Detaljstyrande. Kan tränga undan andra angelägna behov.
Alla besök ska erbjudas digitalt.	Process/aktivitet.	Ersättning utifrån antalet genomförda digitala besök.	Tydlig signal och koppling till önskat resultat.	Detaljstyrande. Kan tränga undan andra angelägna behov.
Öka antalet digitala besök.	Resultat.	Målrelaterad ersättning utifrån andel digitala besök.	Tydlig signal och koppling till önskat resultat.	Detaljstyrande. Kan tränga undan andra angelägna behov.

Ersättningsformer för tillgänglig specialistvård

Omställningen till nära vård berör hela hälso- och sjukvården. Specialistvård kan också ske nära. Olika arbetsformer utvecklas nu över hela landet.

Tabell 15: Exempel på lösningar och ersättningsformer som stödjer ökad tillgänglig till specialistvård

Exempel på lösning	Påverkan på effektkedjan	Ersättningsform som stödjer förelagda lösning	Fördelar	Nackdelar
Höjd grundkapacitet (inom specialistvård).	Struktur/resurser.	Ökade anslag.	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell.	Osäkerhet om medel används till avsett syfte.
Mobila operationsteam.	Struktur/resurser.	Särskild ersättning, DRG-ersättning.	Koppling mellan resurs och verksamhet. Optimering av operationssalar.	Ökad belastning på operationspersonal.
Specialistkonsultationer.	Process/aktivitet.	Ersättning per konsultation.	Koppling mellan resurs och aktivitet.	Risk för överkonsultation utan motsvarande nytta.
Helgsatsningar.	Process/aktivitet	Särskild ersättning, besöks-, DRG-ersättning.	Koppling mellan resurs och utförd verksamhet.	Ökad belastning på operationspersonal.
Kökortningsåtgärder.	Process/aktivitet.	Särskild ersättning, besöks-, DRG-ersättning.	Koppling mellan resurs och utförda aktiviteter.	Detaljstyrning. Kan tränga undan andra angelägna satsningar.
Öka tillgängligheten.	Resultat.	Målrelaterad ersättning.	Tydlig koppling mellan resurser och önskat resultat.	Detaljstyrning. Kan tränga undan andra angelägna satsningar.

Genomför, mät och följ upp

Utifrån nuläget, önskad framtida målbild, analyserade förändringsbehov och planerade etapper med tillhörande utvecklade ersättningsformer startar genomförandet av förflyttningen mot en Nära vård.

En förändring behöver följas upp och utvärderas för att det ska gå att bedöma om de åtgärder som vidtogs var ändamålsenliga och verkliga förbättringar. Uppföljning sker kontinuerligt medan utvärdering är en tillfällig aktivitet. Många gånger saknas en fullgod uppföljning och utvärdering av genomförda utvecklingsarbeten och värdefull information riskerar gå till spillo.

Uppföljning och utvärdering av en genomförd förändring förutsätter att man gjort en nollmätning, en "baseline", så att man har klart för sig vilket utfall man hade före förändringen. En hypotes bör finnas vilken förändring som kan förväntas och vilka konsekvenserna är ifall målet nås, eller inte nås.

Utse vilka funktioner som ansvarar för nyttorealiserings och utvärdering av ersättningsformernas inverkan. Utan tydligt ansvar för värdehemtagning kommer sannolikt utvecklingen inte att kunna realiseras som planerat.

I forskningen vi studerat om ersättningsmodeller är det tydligt att det finns betydande svårigheter med uppföljning och utvärdering av deras effekter. Svårigheterna består av att utvecklingen av ersättningsmodeller inte genomförs isolerat från annan utveckling. Vilken betydelse har den förändrade ersättningsmodellen jämfört med övriga förändringar i organisation, ledarskap, omvärld och höjning av den totala ersättningsnivån och så vidare.

Vissa förändringar av ersättningsmodellen som till exempel införandet av en målrelaterad ersättning kan vi säkerligen se effekter av direkt när det gäller det specifika område som den målrelaterade ersättningen avser. Dock så kan

ju då samma effekt påverka ett annat område inom verksamheten som inte mäts eller studeras. Om det är så att den målrelaterade ersättningen får till resultat att annan förebyggande verksamhet bortprioriteras vars effekter kommer 5 år senare, hur fångar vi det? Och hur värderar vi det?

Trots alla svårigheter som kan ses att få till en korrekt uppföljning är den som görs bättre än ingen alls. Uppföljning och utvärdering av förändringar är ett fundament i förbättringsarbete.

Professor Anders Anell konstaterar som en av slutsatserna i en forskningsöversikt²⁷ att en viktig lärdom är att det behövs mer av utvärdering, utveckling och kunskap kring ersättningsprinciper. Det finns stora fördelar om detta görs gemensamt och nationellt. De olikheter som finns mellan regionerna när det gäller ersättningsmodellernas utformning kan vara värdefulla inte minst vid effektstudier. Det kan ändå finnas vissa fördelar med en utveckling som går mot en större enhetlighet i systemens utformning, men vissa skillnader kan vara motiverade utifrån olika strukturella och andra förhållanden.

Ramverk för uppföljning av Nära vård

Parallellt med utvecklingen av detta kunskap- och dialogsunderlag specifikt för ersättningsmodeller utvecklas ett ramverk som stöd i uppföljningen av Nära vårds fyra fokusflyttningar. Ramverket är en plattform och del av ett stöd som ska ge mer kraft och framåtsyn i lokala utvecklingsarbeten inom Nära vård. Ramverket för uppföljning stödjer viktiga processer i det utvecklings- och förbättringsarbete som är centralt såväl internt inom kommun/region och mellan de aktörer som ska samverka inom omställningen till Nära vård.

Ramverk för uppföljning delar samma utgångspunkter som detta kunskaps- och dialogsunderlag. Båda utgår från ett identifierat behov av förändrade arbetssätt. De resultat av förändrade arbetssätt som ramverket avser följa upp, motsvaras av de effekter som förväntas kunna uppstå genom införande av nya ersättningsformer eller anpassningar i befintliga ersättningsmodeller som denna skrift ger många exempel på. En justering av ersättningsformerna syftar till att skapa motiv för förändring och stödja utveckling av nya arbetssätt.

Not. 27 Anell, Anders, Effekter av ersättningsmodeller i hälso och sjukvården – en forskningsöversikt, SKR, 2023.

Planeringsprocessen

Planeringsprocessen, som illustreras i bilden, kan beskrivas i fyra olika delsteg. Allt tar sin utgångspunkt i beskrivning av uppdraget. För att sätta mål, fördela resurser och slutligen ta fram en handlingsplan (benämns även ibland verksamhetsplan) kan tjänstepersoner bidra med viktiga underlag. Löpande dialog med verksamheterna är viktigt.

Resursfördelning

Resursfördelningen har en central roll i styrningen av kommunen eller regionen. Den innebär att lagstiftningens krav, olika målgruppers behov, politiska mål och prioriteringar ställs mot tillgången på ekonomiska resurser. Förtroendevalda ska väga samman och prioritera hur ekonomiska medel ska fördelas mellan nämnder och verksamheter.

Eftersom prioriteringarna påverkar brukarna och medborgarna bör det vara tydligt varför och på vilket sätt kommunen eller regionen fördelar sina resurser. Om ett geografiskt område eller en viss verksamhet får mer resurser än andra kan skälet vara att andelen äldre eller barnfamiljer är större i vissa områden än i andra. Men skillnaderna kan också beror på att de förtroendevalda vill satsa mer eller mindre på vissa grupper (till exempel utifrån ålder eller kön), områden eller verksamheter. Det är resultatet av politiska prioriteringar.

En utgångspunkt för en väl fungerande resursfördelning är att medborgarna ska behandlas likvärdigt om det inte finns sakliga skäl för något annat. Utförandet kan se olika ut beroende på förutsättningarna men resultatet ska vara likvärdigt.

Resursfördelning mellan utförare verksamma i ett valfrihetssystem förutsätter att en upphandlande myndighet behandlar externa leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. Detta regleras i lag. I valfrihetssystem konkurrerar ofta kommunens eller regionens utförare sida vid sida med externa leverantörer. I förarbeten till lagen om valfrihetssystem angavs att den egna regin inte ska gynnas men inte heller missgynnas i förhållande till de externa leverantörerna. Detta medför att den upphandlande myndigheten i största möjliga utsträckning ske ge egenregiverksamheten samma förutsättningar och ställa samma krav som de ställer på de externa leverantörerna, men detta är framför allt ett politiskt ansvar.

Uppföljning och analys

Utifrån det löpande mätandet av resultat kan utvecklingsarbetet analyseras och effekten av ersättningsformer bedömas. För det krävs en uppföljning och analys av resultaten utifrån strukturella förutsättningar och processer i den egna organisationen.

Analysarbetet görs med fördel i samband med ordinarie uppföljningsarbete, till exempel inför årsbokslut eller budgetprocessen. Analysarbetet är uppdelat i fem steg.

- › Samla ihop information
- › Fokusera
- › Sök orsaker
- › Dra slutsatser
- › Förslag till åtgärder

Tänk på att förändringar inom sjukvården tar tid, beakta naturlig variation och analysera andra delar av styrsystemet än ersättningsmodellen som kan ha påverkat utfallet.

Åtgärder, konsekvensbeskrivningar

Bakomliggande orsaker synliggörs och förslag till åtgärder presenteras i det tredje steget. Vissa åtgärder blir förbättringsarbete direkt i verksamheten. Andra kan kräva större insatser där politiken måste prioritera och fatta beslut ur ett helhetsperspektiv. Lärdomar från goda exempel kommuniceras och sprids i hela organisationen.

Bilaga 2

Bedömning av olika ersättningsformers påverkan

Representanter från landets regioner har i en workshop uppskattat hur de ser att olika ersättningsformer stödjer eller motverkar olika målområden.

Tabell 16 visar hur ekonomer representerande samtliga regioner uppskattat hur olika ersättningsformer stödjer ett antal målområden. Projektdeltagarna fick göra en skattning utifrån en skala på en linje där vänstra ytteralternativet var att ersättningsformen motverkar målet (1) och högra ytteralternativet var att ersättningsformen stödjer målet fullt ut (4).

Det ska påpekas att bilden inte innebär en rekommendation som direkt kan användas för utformning av en ersättningsmodell, men utgör en indikation på hur starkt eller svagt olika ersättningsformer bedömts påverka ett potentiellt utfall.

Även om en viss ersättningsform i högre utsträckning bedöms kunna ge en viss efterfrågad effekt, behöver andra kompletterande bedömningar göras. Den finansiella styrningen behöver bedömas utifrån hur den till exempel samverkar med annan styrning och hur den påverkar medarbetarnas handlingsutrymme och inre motivation. Detta är en fråga av stor betydelse som syftar till att en finansiell styrform inte skapar snedvridande och icke önskvärda effekter.

Nr	Aktivitet	Status	Kommentar
15	Är det tydligt vilka olika delar av styrningen som behöver utvecklas, där den finansiella styrningen är en del?		
16	Är roller och ansvar i förändringarna tydliga?		
17	Är det tydligt vem/vilka funktioner som ansvarar för effekthemtagningen?		
18	Är genomförandet av förändringarna etappindelade?		
19	Är ersättningskomponenter som stödjer utvecklingen identifierade?		
20	Är svagheter med respektive ersättningskomponent tydliga?		
21	Är svagheter med respektive ersättningskomponent kompenserade med alternativ styrning, typ uppföljning?		
22	Är ersättningskomponenterna insatta i ett systemperspektiv så det inte riskeras en sub-optimering av enskilda delar i den kommunala-, primärvårds eller specialistvården?		
23	Genomförs utvecklingen strukturerat med uppdrags- och projektmodeller?		
24	Mät och följ upp		
25	Finns ett nuläge, en "baseline", av data att utgå ifrån som en jämförelse vid framtida mätning och uppföljning?		
26	Samlas data för värdering av utfall?		
27	Används löpande utvärdering enligt PDSA så att löpande justering kan göras av pågående arbete?		

Referenser

Alternativa finansiella instrument i offentlig välfärdssektor.
Upphandlingsmyndigheten. Rapport 2020:2.

Care Need Index (CNI), SCB, <https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/>,
2023-03-01.

Ekonomi på tvären – Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning
Författare: Karin Fernler, Anna Krohwinkel, Jon Rognes, Hans Winberg.
Leading Health Care nr 1 2014.

En unik social investering – slutrapport om det sociala utfallskontraktet i
Norrköping, Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR, 2021.

Ersättning i sjukvården – modeller, effekter, rekommendationer Peter
Lindgren, SBNS Förlag 2014.

Ersättningen och e-hälsan, SNS förlag, Peter Lindgren 2019.

Ersättningsmodeller för innovation - en vägledning, LHC report NR 2,
2017, Anna Krohwinkel, Jon Rognes, Hans Winberg.

Ersättningsmodeller för vårdcentraler kan förbättras – ACG-systemet
medför överdriven diagnosregistrering som kan göra patienter sjukare,
Sven Engström och Kjell Lindström, Läkartidningen 2020;117:FXPT.

Ersättningsmodellens styrande effekter - Intervjustudie om ersättnings-
modellens styrande effekter i primärvård och äldreomsorg, Health
Navigator på uppdrag av Tillitsdelegationen, SOU 2017:56.

Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet i Primärvården,
Svensk Näringsliv 2014.

LOV att välja – lagen om valfrihetssystem, SOU 2008:15.

Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:22,
Riksrevisionen, 2014.

Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården.
...eller....Pengar, en del av ledning och styrning! SKL 2006.

Om primärvårdens domän och strategier – slutrapport för Socialstyrelsens
projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet,
Socialstyrelsen 2004

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 Utvecklingen
i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. Socialstyrelsen
augusti 2021.

Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård.
Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.
Socialstyrelsen 2021.

Verksamhetslogik – beskrivning av effektkedjans struktur, ESV forum,
<https://forum.esv.se/styrning/resultatstyrning/resultatredovisning/verksamhetslogik>, 2023-03-01.

Vården är värd en bättre styrning Anders Anell. SNS förslag 2020.

