

Värde i välfärden



**Ersättningssystem som främjar
kvalitet och effektivitet i primärvården**

En rapport skriven av Sirona Health Solution
På uppdrag av Svenskt Näringsliv

Förord

En frisk och välutbildad befolkning är viktig för samhället. Alla har ett intresse av en väl fungerande vård, skola och omsorg. Det är också anledningen till att Sverige idag satsar mer resurser än någonsin inom just dessa områden. En förutsättning för att resurserna till välfärden ska öka är att vi hela tiden förbättrar oss och får ekonomin att växa.

Även om vi lyckas få ekonomin att växa är den långsiktiga finansieringen av välfärden en utmaning. En orsak till detta är att vi med tiden ställer högre krav på våra välfärdstjänster, vilket är rimligt i takt med att inkomsterna stiger. Samtidigt lever vi allt längre, vilket innebär att välfärdstjänsternas åtagande ökar av demografiska skäl.

Resurser är inte detsamma som kvalitet. De dyraste verksamheterna är långt ifrån alltid de bästa. Ökade resurser löser därför inte alla problem inom välfärden. En relevant fråga är hur vi bättre kan använda våra gemensamma skattemedel för att skapa mer värde för patienter, brukare och elever? Medborgarnas intressen kommer allt för ofta i skymundan. Istället för att diskutera målen med verksamheterna (exempelvis god hälsa och hög utbildningskvalitet) hamnar fokus på medel (exempelvis antal läkarbesök och lärartäthet).

Mot bakgrund av detta bedriver Svenskt Näringsliv ett omfattande arbete kring HUR vi bättre kan använda våra skattemedel för att uppnå mer värde inom vård, skola och omsorg. Projektet går under namnet *Värde i välfärden*. Det övergripande målet är att belysa hur värde skapas och även att föreslå ändringar i den ekonomiska styrningen som medför att värdet ökar i välfärden. Den första rapporten *Konkurrensutsättningens inverkan på produktivitet och effektivitet i svensk välfärd* släpptes i juni. Den andra rapporten *Vad kan forskningen säga om utbildningsresultat och lärarlöner?* publicerades i september.

Den aktuella rapporten handlar om sjukvården och är alltså den tredje rapporten inom ramen för Värde i välfärden-projektet. Syftet med rapporten är att beskriva hur dagens ersättningssystem inom primärvården kan ändras för att bättre belöna värde, förnyade arbetssätt och innovationer. Det befintliga systemet ersätter idag i för hög utsträckning medel och inte hälsoutfall. Detaljregleringen är i många fall hög. Systemen varierar också av oklar anledning förhållandevis mycket mellan olika landsting.

Svenskt Näringsliv står för samtliga slutsatser i rapporten. Ett stort tack till Sirona Health Solution som har författat rapporten. Svenskt Näringsliv vill också tacka alla de personer som under arbetet med att framställa rapporten har lämnat värdefulla synpunkter. Till att börja med till Anders Anell, professor vid Lunds Universitet, som har läst och kommenterat ett tidigare utkast av rapporten. Landstingens och företagens olika perspektiv har diskuterats i två olika referensgrupper. Personer från landstingssektorn som lämnat synpunkter är främst Ingrid Bengtsson-Rijavec Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne och Ann Söderström Hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen. Företagens perspektiv har representerats av Eric Wahlberg Affärsområdeschef, Praktikertjänst, Martin Engström Biträdande Sverigechef, Capio AB och Jörgen Månsson Sjukhuschef, Carlanderska sjukhuset.

Värdefulla synpunkter har också lämnats av Peter Seger VD Sophiahemmet och ordförande Vårdföretagarnas Bransch Sjukvård, Karin Liljeblad Näringspolitisk expert, Vårdföretagarna, Per Båtelson Ordförande Karolinska Universitetssjukhuset, Heidi Stensmyren Ordförande Sveriges Läkarförbund, samt Georg Engel Enhetschef vid vårdinformatik och ersättningsmodeller, Stockholms läns landsting.

Tack slutligen till deltagarna i Svenskt Näringslivs arbetsseminarium kring rapporten den 3 juli i Almedalen. Medverkade i seminariet gjorde bland annat Helene Hellmark-Knutsson Oppositionslandstingsråd för Socialdemokraterna, Stockholms läns landsting, Daniel Forslund Chefsstrateg, Vinnova och Cristine Dahlbom Nygren Sjukvård och omsorgschef, Norrtälje kommun.

Rapporten presenteras i samband med en halvdagskonferens som Svenskt Näringsliv samarrangerar tillsammans med Forum för Health Policy.

Stockholm, december 2014

Mikael Witterblad,
Projektledare för *Värde i välfärden*

Sammanfattning

Införandet av vårdval i primärvården har inneburit stora förändringar, inte minst genom att samtliga landsting åtagit sig rollen som beställare och inte enbart producent. Landstingen har valt olika sätt att hantera detta, vilket bland annat har resulterat i att den svenska primärvården i dagsläget ersätts enligt 21 olika system. Denna rapport syftar till att besvara frågan: ”Hur bör dagens ersättningssystem inom primärvården vidareutvecklas för att bättre främja kvalitet och effektivitet?” Diabetesområdet är valt som ett caseexempel för att illustrera effekterna.

Svenskt Näringsliv står för samtliga slutsatser i rapporten, som är utarbetad i nära samarbete med Sirona Health Solutions. Innehållet har även diskuterats tillsammans med representanter för landsting och utförare av primärvård i samband med ett antal referensgruppsmöten, där vi har fått många värdefulla synpunkter och ytterligare vässat våra analyser och förslag.

Det är viktigt att understryka att ett väl fungerande ersättningssystem enbart är en del av den helhet som krävs för att främja kvalitet och effektivitet inom primärvården. Läkare och övrig vårdpersonal motiveras självklart främst av att hjälpa sina patienter, och inte i huvudsak av hur verksamheten erhåller ersättning. Ett tydligt ledarskap och en kultur och strategi inom verksamheten som fokuserar på kvalitetsutveckling är enligt all beprövad erfarenhet det viktigaste för att skapa god kvalitet. Med detta som fundament kvarstår dock faktum att ändamålsenliga ersättningsmodeller ger ytterligare incitament och fokus på kvalitet, innovation och preventivt arbete – och motsatsen: om ersättningsmodellerna inte alls understödjer en kvalitetsutveckling så tröttnar till slut även den mest kvalitetsmotiverade ledaren och vårdorganisationen.

De frågor som vi har diskuterat och analyserat som underlag för denna rapport är bland annat:

- Är det möjligt att ersätta för kvalitet?
- Är det önskvärt att koppla ersättning till kvalitetsresultat?
- I vilken utsträckning är det önskvärt att standardisera primärvårdens ersättningssystem mellan landsting? Ska alla landsting ha sitt eget system eller finns det fördelar med en nationell standard?
- Hur bör ersättningssystem utformas för att bäst stimulera till innovation och nytänkande?
- Hur samspelar ersättningssystem med andra viktiga aspekter för att främja kvalitet såsom valfrihet, utformning av etableringskrav och öppna kvalitetsjämförelser?

Vårt analysarbete och omfattande dialogprocess med beställare från landstingen och vårdgivare har resulterat i ett förslag till en möjlig vidareutveckling av dagens ersättningssystem som ska ses som ett första inspel till en vidare dialog med samtliga berörda aktörer, och kan sammanfattas som följer:

Basersättningen bör utgöras av kapitation, det vill säga att utförare som uppfyller landstingets grundkrav ersätts per listad individ. Varianter på denna modell används i basersättningen från samtliga landsting i dagsläget, och vi rekommenderar att man fortsätter med detta. Kapitationsersättning är lämplig eftersom den tydligt kopplar ersättningen till patientens val av vårdcentral, samt ger möjlighet till god kostnadskontroll och förutsägbarhet för beställaren. Vidare ger kapitation vårdgivaren starka incitament till att ta hand om hela individen, inklusive preventiva och hälsofrämjande åtgärder, samt medför god ekonomisk förutsägbarhet.

För att säkerställa en behovsstyrd och jämlik vård bör ersättningen justeras efter patienternas vårdtyngd och socioekonomi. De metoder som används i många landsting idag (ACG respektive CNI) bör förbättras för att trygga att svaga grupper inte missgynnas. Vare sig ACG eller CNI är perfekta modeller, men de är det bästa som finns idag och vi rekommenderar att dessa vidareutvecklas.

Det är möjligt att ytterligare kompensera utförare genom att justera för täckningsgrad (hur stor andel av patientens öppenvårdsbesök som görs inom sådan verksamhet som vårdcentralen har kostnadsansvar för) eller geografiska förhållanden (glesbygdstillägg), vilket många landsting redan gör. Detta är positivt, men utformningen av sådana justeringar måste analyseras i detalj innan införande, då den exakta utformningen får stora konsekvenser för vilka incitament systemet skapar.

Mellan tre och fem procent av den samlade ersättningen bör utgöras av målrelaterad ersättning, för att skapa tydliga incitament för kvalitetsförbättringar. Våra analyser och dialoger har konkluderat med att vi rekommenderar en målrelaterad ersättning, även om det finns kritiska röster som motsätter sig detta. Vi rekommenderar detta då det skapar konkreta incitament för förbättring och ett tydligt utvecklingsfokus som är lämpligt när huvuddelen av ersättningen (95–97 procent) kommer ifrån kapitationsersättning. Det kanske viktigaste incitamentet för kvalitetsutveckling ligger dock i valfrihetssystemets grundutformning genom att patienterna kan välja bort vårdgivare som har otillräcklig kvalitet och att huvudmannen kan utesluta vårdgivare med dålig kvalitet. En andel om 3–5 procent för den målrelaterade ersättningen bedöms vara nödvändig och tillräcklig för att skapa ytterligare incitament för kvalitetsutveckling.

Vi rekommenderar att den målrelaterade ersättningen kopplas till måluppfyllelse för kvalitetsindikatorer inom tre områden:

- Patientrapporterad kvalitet
- Medicinsk kvalitet
- Landstingets särskilda beställarmål för kvalitet

De två första områdena (patientrapporterad och medicinsk kvalitet) skulle med fördel kunna ingå i en gemensam nationell standard, medan utformningen av den sistnämnda delen är upp till varje enskilt landsting. Frågan om hur stor grad av standardisering mellan landsting som är önskvärd har varit omdebatterad. De flesta vårdgivare anser att det finns betydande kostnader med att ha 21 olika system och att en större grad av harmonisering mellan landstingen vore önskvärd, då det varken är medicinskt eller ekonomiskt motiverat att ersättningssystemen skiljer sig väsentligt mellan landstingen. En vidare process för att utveckla exakt hur detta bör utformas är viktig, då många frågor kvarstår att besvara. I denna process är det viktigt att involvera samtliga berörda aktörer, inklusive den medicinska professionen.

Genom att koppla en tredjedel av den målrelaterade ersättningen till patientrapporterad kvalitet viktas patientens egen upplevelse av vården upp jämfört med situationen idag. Detta förslag medför att patientens upplevelse påverkar vårdgivarens ekonomiska ersättning direkt vilket ger incitament till förbättring av såväl vårdkvalitet som tillgänglighet och bemötande. Det viktigaste incitamentet till att ha en tillräckligt god kvalitet återfinns såklart i valfrihetssystemet, genom att patienten kan ”ta med sig” kapitationsersättningen (ersättningen per listad patient) och välja en annan vårdgivare om patienten inte är nöjd.

Resultatmätningen bör vara helhetlig, det vill säga omfatta samtliga sjukdomsgrupper. Vi har i denna rapport använt diabetes som ett exempel, då många landsting har kommit långt i att mäta resultat för just diabetes. Diabetesvården kan dock självklart inte ses isolerat, utan måste sättas i sitt sammanhang. När vi i framtiden mäter resultat och kopplar resultat till ersättning måste resultaten mätas för alla sjukdomsgrupper, inte bara diabetes, annars kommer effekten över tid att bli att diabetesvården får större fokus och en bättre kvalitetsutveckling än vården för andra patientgrupper.

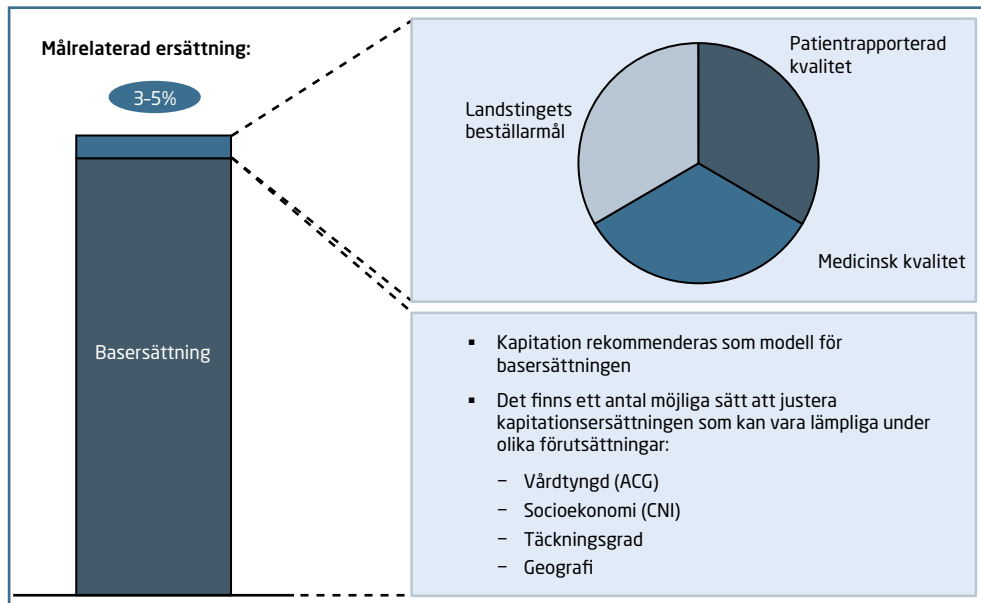
Vissa läkare som arbetar operativt med direkta patientmöten anser att målrelaterad ersättning kopplade till kvalitetsregister och utfallsmått av medicinska parametrar bör undvikas då de anser att detta ökar risken för manipulation. Vidare anser vissa läkare att denna typ av ersättning (även om den endast utgör 3–5 procent) inskränker deras möjlighet att ge vård utifrån sin egen professionella bedömning. Å andra sidan finns det många läkare, särskilt i ledande befattning, som förespråkar användandet av målrelaterad ersättning. Det är viktigt att understryka att en viss grad av manipulation förekommer i alla system och för att motverka många av de negativa effekterna kan tydliga riktlinjer etableras. Vidare bör beställarstyrningen och uppföljningen vidareutvecklas, och tydliga konsekvenser bör tillämpas för de vårdgivare eller enskilda personer som försöker manipulera systemen.

Den målrelaterade ersättningen bör utformas som bonus, inte som vite, då bonus skapar goda incitament för kvalitetsutveckling samt bidrar till ett mer positivt och samarbetsorienterat klimat mellan beställare och utförare. Ersättningen bör vara kopplad till en trappa med flera målnivåer, där varje steg successivt ger högre ersättning. Detta för att säkra att samtliga utförare, även de bästa, har incitament till kontinuerliga förbättringar. Utvärdering av måluppfyllelse bör ske så tydligt och transparent som möjligt för att säkra likabehandling av utförare.

Det är viktigt att notera att detta förslag till ersättningssystem inte i sig avser bidra till högre totalkostnader för landstingen, och i slutändan för skattebetalarna. Den målrelaterade ersättningsdelen skulle istället bidra till en långsiktig omfördelning av resurser från utförare med lägre kvalitet till de med högre. Målet är således att ge mer och bättre vård med samma resurser som idag.

Slutligen bör det lyftas fram att en större andel målrelaterad ersättning och minskade detaljkrav även bidrar till större innovationsmöjligheter, och säkrar att nödvändiga investeringar i nya arbetssätt och preventivt arbete kan genomföras i högre utsträckning. Detta är en nyckelfaktor för att långsiktigt främja utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Sammantaget kan våra förslag illustreras i bilden nedan:



Många landsting har redan idag ersättningssystem som i stort liknar detta förslag, men det bör ändå konstateras att om förslaget skulle implementeras genomgående skulle detta medföra viktiga förändringar för de allra flesta landsting. Detta gäller framför allt för de landsting som idag baserar stora delar av sin ersättning på åtgärder och besök.

Även om fokus för detta arbete har varit att utveckla förslag till mer ändamålsenliga ersättningsmodeller så har våra analyser och dialoger ständigt återkommit till ett antal andra faktorer som är lika viktiga för att skapa kvalitet och effektivitet, och därigenom maximera värdet för både patienter och skattebetalare. Detta har inte varit fokus för vårt arbete, men vi vill ändå lyfta dessa då vi anser att det är kritiskt viktigt för det fortsatta förbättringsarbetet att dessa faktorer vidareutvecklas.

Vikten av ledarskap, kultur och strategier som fokuserar på kvalitetsutveckling är redan betonad. Utöver detta anser vi att de viktigaste faktorerna för kvalitetsutveckling är:

Fortsatt vidareutveckling av valfrihetssystemen

Vårdvalet inom primärvården har haft tydliga positiva effekter, särskilt med avseende på tillgänglighet, vilket kan sägas vara det mest basala kvalitetskravet en patient bör ställa: att faktiskt få komma till en vårdgivare när behovet finns. Samtliga aktörer bör därför arbeta för att skapa välfungerande strukturer i hela Sverige med beställare (landstingen) och vårdgivare av alla olika regiformer (ideella stiftelser, privat ägda och offentligt ägda). Alla vårdgivare ska utvärderas utifrån de resultat och leveranser som de faktiskt bidrar med till vårt samhälle och till patienterna.

I detta sammanhang är det även viktigt att lyfta fram att en överväldigande majoritet av svenska folket önskar att vården ska vara solidariskt finansierad, men önskar valfrihet i frågan om vem som ska utföra vården. Denna önskan om valfrihet gäller för såväl unga som gamla, lågutbildade som högutbildade, kvinnor som män och invånare i städer såväl som i glesbygd.[1] Det faktum att patienterna kan ”rösta med fötterna” och välja bort vårdcentraler som har brister i tillgänglighet, bemötande eller kvalitet innebär en gedigen överföring av makt till patienterna. Möjligheten att välja vårdgivare,

i kombination med andra trender så som utvecklandet av nya e-Hälsolösningar, bidrar till att skapa delaktiga och engagerade patienter, vilket i sin tur bidrar till att ställa mer omfattande kvalitetskrav på de utförare som vill vara med och konkurrera.

Det svenska valfrihetssystemet inom primärvården är fortfarande relativt nytt och tydliga utvecklingsbehov finns, men dessa barnsjukdomar får inte överskugga den fundamentalt positiva utvecklingen som valmöjligheten representerar. Oberoende av politiska trender är det av största vikt att såväl landsting som nationella aktörer beaktar det faktum att patienterna vill ha valfrihet och att möjligheten att välja bort vårdgivare som inte ger god vård säkerställs. Om konkurrensen mellan olika utförare försvinner, förloras också många av de positiva drivkrafter som ett ändamålsenligt ersättningssystem ger upphov till. Detta medför även att incitamentet att sätta patienten i fokus går förlorat vilket enligt tidigare erfarenhet bidrar till köer, sämre tillgänglighet, sämre tjänster till högre priser samt en miljö som i mindre utsträckning stimulerar till införande av innovationer.

Att valfriheten i sig skulle leda till sämre kvalitet, eller att privata leverantörer skulle leda till mindre god kvalitet motbevisas både av den svenska erfarenheten och icke minst av den norska erfarenheten. Den norska primärvården är välfungerande, och den nuvarande ordningen – där primärvårdsläkarna har stor självständighet och tecknar avtal med kommunen inom ramen för ett nationellt ersättningssystem – har varit på plats sedan 1982. Finansieringen är nationell, och solidariskt finansierad genom skatter.

Reell valfrihet för patienter

I tillägg till den formella möjligheten att välja utförare krävs att den reella valfriheten säkerställs. Det finns kritik om att vårdvalet har bidragit till undanträngningseffekter, dvs. att ”enklare” patienter har prioriterats framför ”svårare” patienter. Denna kritik är missriktad; vårdval i sig ger inte undanträngningseffekter, men dåligt utformade ersättningssystem och svårigheter för patienter att göra ett reellt val av vårdgivare kan ge sådana effekter.

God information om bland annat tillgänglighet och kvalitet för att patienterna ska kunna göra välgrundade val är en grundläggande komponent i ett välfungerande vårdvalssystem. Här kvarstår viktigt förbättringsarbete, både genom att skapa förutsättningar för att patienter ska kunna göra väl informerade val och säkra att också svagare grupper faktiskt väljer, samt genom att säkra att valfrihetssystemens utformning, inklusive ersättningsmodellernas utformning, inte tränger undan grupper med stora eller sammansatta behov.

Likabehandling av utförare

För att valfrihetssystemen ska fungera och belöna de vårdgivare som faktiskt levererar kvalitet, är det avgörande att landstinget i rollen som beställare tillämpar likabehandling av både externa utförare och utförare i egen regi. Om landstinget till synes ger samma beställning och samma ersättning till vårdgivare i egen och privat regi, men sedan täcker upp underskotten i egenregi-verksamheten – direkt eller indirekt – efter årets bokslut så finns ingen reell likabehandling. Över tid medför detta i så fall att en vårdgivare i egen regi kan leverera samma eller sämre kvalitet till en högre ersättning än vad en utförare i extern regi får, vilket missgynnar både patienter och skattebetalare. Principer för att säkra faktisk likabehandling bör vidareutvecklas, och dessa bör finnas som en gemensam standard på nationell nivå.

Väl genomtänkta etableringskrav

Det är rimligt att landstingen ställer höga krav på aktörer som önskar etablera sig som utförare av hälso- och sjukvård. Det är dock viktigt att vara restriktiv med att ställa för detaljerade krav, exempelvis kopplade till bemanning, då bemanning i sig inte har en direkt positiv effekt på kvalitet varken i form av patientens upplevelse eller av de medicinska resultaten. Om målet är en hög patientupplevd kvalitet och goda medicinska resultat, skapas bättre resultat per krona genom att utförare följs upp direkt på dessa mål. Principer för etableringskrav bör vidareutvecklas, om dessa ska vara gemensamma på nationell nivå är något som bör utredas vidare.

Ökad status och fokus på primärvården

I absoluta termer har resurserna till primärvården ökat de senaste tio åren, men i relativa termer har specialistsjukvårdens resurser ökat mycket snabbare. Vi måste som samhälle investera mer av våra gemensamma resurser inom primärvården, bland annat till följd av att våra sjukdomar i allt större utsträckning är kroniska och livs- stilsrelaterade.

Ökad samverkan mellan primärvården och specialistvården

Primärvården och specialistvården bör samverka mer och bättre för att öka tryggheten och kontinuiteten för patienterna. Ersättningssystemen kan bidra till att ge incitament till detta.

Ökat fokus på primär- och sekundärprevention

Dagens ersättningssystem stödjer till viss del preventivt arbete då kapitationsersättning i stor utsträckning används som basersättning i samtliga landsting. Kapitationsersättning är dock inte ett tillräckligt incitament för att öka det preventiva arbetet inom primärvården, därför bör andra metoder, inklusive justeringar av ersättningssystemen, användas för att öka fokus på primär- och sekundärprevention.

Mot denna bakgrund, och med dessa viktiga preciseringar, så har fokus för detta arbete legat på ersättningssystemens utformning för att skapa bättre kvalitet, och andra aspekter har lyfts i rapporten enbart då detta har bedömts vara nödvändigt för sammanhanget.

Hela denna rapport ska ses som ett underlag till ett fortsatt gemensamt utvecklingsarbete med syfte att skapa ökad kvalitet och effektivitet inom primärvården, och därmed bidra till bättre hälsa och livskvalitet. Vidare syftar denna rapport till att belysa att det är viktigt att initiera innovation och förnyelse i primärvården och komma bort från processkrav.

Svensk primärvård är bland de bästa i världen, och Svenskt Näringsliv vill bidra till att ytterligare sätta fokus på kvalitet. Vi hoppas att denna rapport kan utgöra ett konstruktivt inspel till en fortsatt dialog kring dessa frågor med samtliga involverade aktörer.

Innehåll

1	Inledning	10
2	Bakgrund - utformning av ersättningssystem.....	12
2.1	Klassificeringsdimensioner av ersättningsformer.....	12
2.2	Anslagsfinansiering.....	12
2.3	Kapitation.....	13
2.4	Åtgärdsbaserad ersättning	13
2.5	Målrelaterad ersättning	14
3	Bakgrund - ersättningssystem för diabetesvård inom primärvården	16
3.1	Ersättningssystem för primärvården i svenska landsting.....	16
3.2	Landstingens användning av målrelaterad ersättning för diabetesvård.....	18
3.3	Exempel på ersättningssystem från fyra landsting	19
4	Hur är kvaliteten inom svensk diabetesvård idag?	26
4.1	Hur väl följer landstingen Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvård?	26
4.2	Vilka indikatorer beskriver kvalitet inom diabetesvården?	27
4.3	Hur har utvecklingen sett ut över tid för hela riket?	28
4.4	Finns det ett samband mellan god kvalitet och användandet av målrelaterad ersättning för diabetesvården?	29
5	Vilka ersättningsformer bör användas inom primärvården?.....	32
5.1	Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer?.....	32
5.2	Vilka ersättningsformer rekommenderas för primärvården?	38
6	Hur bör ett system för målrelaterad ersättning för primärvården utformas?	41
6.1	Hur bör indikatorer för målrelaterad ersättning väljas ut?	41
6.2	Hur bör systemet utformas?	50
7	Hur bör vidareutvecklingen av ersättningssystem för primärvården ske i ett nästa steg? ..	55
8	Referenser.....	56
9	Appendix	60
9.1	Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer? - Bakomliggande bedömning	60
9.2	Hur kan målrelaterad ersättning inom diabetesvård inspireras av internationella exempel?.....	61

1 Inledning

Denna rapport syftar till att vara ett inspel i debatten kring hur primärvårdens ersättningssystem bör utvecklas framöver. Diabetesvården har använts som ett konkret exempel, men arbetets genomgående utgångspunkt har varit att bidra till ett välfungerande ersättningssystem för hela primärvården. Metodiken för detta arbete har utgjorts av existerande forskning, dialoger med referensgrupper samt praktisk erfarenhet inom området. Dessa tre angreppssätt har tillsammans lett fram till analyser och rekommendationer som vi hoppas är praktiskt greppbara för involverade aktörer och som bidrar konstruktivt till debatten kring hur vi kan använda ersättningssystem som ett av flera verktyg för att skapa god kvalitet och kvalitetsförbättringar inom primärvården.

Under de senaste åren har stora förändringar skett inom den svenska primärvården. Sedan 1 januari 2010 har alla invånare möjlighet att fritt välja vårdcentral, och alla utförare som uppfyller respektive landstings krav har rätt att bedriva primärvårdsverksamhet. Detta har medfört många möjligheter, men även en hel del utmaningar för landstingen i deras roll som beställare och finansiärer av primärvård.

Landstingen har valt olika sätt att hantera dessa utmaningar, vilket bland annat tagit sig uttryck i att olika krav ställs på utförare för etablering och att olika ersättningssystem har implementerats. Detta har haft fördelen att ett stort antal olika lösningar har prövats och att landstingen har kunnat lära av varandras erfarenheter. Samtidigt har det lett till en fragmenterad helhetsbild vilket bidragit till vissa svårigheter för utförare som önskat att etablera sig i flera landsting. Dessutom finns det frågetecken kring huruvida dagens system är korrekt utformade för att ge incitament för bästa möjliga vårdkvalitet och hälsa i befolkningen.

Denna rapport är skriven av Sirona Health Solutions på uppdrag av Svenskt Näringsliv, och syftar till att vara ett inspel i debatten kring hur primärvårdens ersättningssystem bör utformas framöver. Vår frågeställning är: *”Hur bör dagens ersättningssystem inom primärvården vidareutvecklas för att bättre främja kvalitet och effektivitet?”*. Kvalitet avser här att ersättningssystemen bör skapa förutsättningar för bästa möjliga vårdresultat och hälsa, medan effektivitet avser att detta mål bör uppnås utan ökade samhällskostnader. Diabetesvården har använts som konkret exempel, men arbetets utgångspunkt har genomgående varit att ett välfungerande ersättningssystem måste vara relevant för hela primärvården och därmed fånga viktiga aspekter för alla stora folksjukdomar, samt ta hänsyn till det faktum att en stor del av sjukdomsburden och samhällskostnaden utgörs av patienter som har mer än en sjukdom i kombination.

Ersättningssystemet är en viktig del av den helhet som skapar förutsättningarna för den svenska primärvården. Det är dock viktigt att komma ihåg att vårdpersonal självklart drivs av annat än enbart pengar, såsom viljan att få erkännande för kvalitet och yrkesskicklighet samt naturligtvis att hjälpa sina patienter. Det finns ett stort antal andra sätt att styra och leda i vården utöver att använda finansiella incitament, exempelvis genom tydliga verksamhetsuppdrag, öppna kvalitetsjämförelser och medicinska revisioner, samt andra komponenter som ingår i god beställarstyrning.

Ersättningssystemet samspelar dessutom med ett antal andra viktiga faktorer, som exempelvis etableringskrav och valfrihetssystemets specifika utformning. Ofta är etableringskraven omfattande med många skullkrav, exempelvis inom tillgänglighet och bemanning. Det kan handla om att vårdenheten måste tillhandahålla läkarbemanning mottagning minst 40 timmar i veckan. Vidare finns det skullkrav på vilka typer av bemanning och kompetens som vårdenheten måste ha – exempelvis måste vårdenheter i vissa landsting ha tillgång till en specialistläkare i allmänmedicin och bestå av ett visst antal vårdteam för att uppnå alla krav.

Det är viktigt att landstingen ställer välavvägda och genomtänkta etableringskrav, då alltför detaljerade krav, exempelvis specifika krav på bemanning och kompetens, bland annat kan hämma utförarens innovationsförmåga. Kraven driver såklart också kostnader, och har en viktig effekt på inträdesbarriärerna, dvs. hur svårt eller enkelt det är för en ny aktör att etablera sig och därigenom öka konkurrensen. Fokus för vår analys har varit ersättningssystemet, men där det bedömts vara oundgängligt har även andra aspekter lyfts och diskuterats.

Metodiken för arbetet med denna rapport har utgjorts av tre delar:

Existerande forskning: Vi har tagit del av aktuella rapporter på området, både nationella och internationella. Vi har här konstaterat att befintliga studier omfattar begränsade delar av frågeställningarna och att graden av evidens som dessa rapporter kan sägas representera varierar, vilket är naturligt då detta handlar om komplexa och dynamiska system som inte kan eller bör analyseras genom randomiserade studier. Vi noterar även att det i rapporterna i många fall saknas förankring i praktisk verksamhet, vilket gör att möjligheterna att dra relevanta slutsatser för den svenska primärvården är begränsade. Vi har därför kompletterat vår metodik med dialoger med referensgrupper och praktisk erfarenhet.

Dialoger med referensgrupper: För att komplettera informationen i bakgrundsmaterialet och skapa genuin förståelse för involverade aktörers situation har vi fört dialoger med representanter för både beställare och utförare. Vi har även kvalitetssäkrat våra slutsatser mot vårt expertråd där man återfinner representanter från diabetesområdet, kvalitetsregister och forskning kring värdeskapande ersättningssystem.

Praktisk erfarenhet på området: Slutligen har vi i analysen av detta uppdrag använt oss av vårt teams djupa kunnande kring olika incitamentsmodeller och deras effekter samt praktiska erfarenheter rörande utformning och utvärdering av ersättningssystem inom privat och offentlig vård och omsorg såväl som andra branscher, exempelvis finans och telekom.

Dessa tre angreppssätt har tillsammans lett fram till analyser och rekommendationer som vi hoppas är praktiskt greppbara för involverade aktörer och som syftar till att bidra konstruktivt till debatten kring hur vi kan använda ersättningssystem som ett av flera verktyg för att skapa god kvalitet och kvalitetsförbättringar inom primärvården.

Rapporten inleds med en bakgrund till området som omfattar en principiell överblick av olika ersättningsformer samt en beskrivning av de ersättningssystem som används i svensk primärvård idag, med särskilt fokus på diabetesvården. Läsare som är väl insatta i området kan passera dessa två kapitel. Därefter följer en översiktlig analys av kvaliteten i den svenska diabetesvården, och därefter en analys av vilka incitament och effekter som olika ersättningsformer ger upphov till. Rapporten diskuterar sedan hur en målrelaterad ersättningskomponent för primärvården kan utformas, och avslutas med några reflektioner kring lämpliga nästa steg för att skapa ett ersättningssystem som främjar hög vårdkvalitet och god hälsa i hela landet.

2 Bakgrund - utformning av ersättningsystem

Det finns flera ersättningsformer inom den svenska sjukvården, som exempelvis anslagsfinansiering, kapitation, vårdepisodersättning, åtgärdsbaserad ersättning och målrelaterad ersättning. Genom att kombinera de olika ersättningsformerna kan respektive systems önskade effekter reduceras. Till den målrelaterade ersättningen kan olika typer av mått knytas (struktur-, process- samt resultatmått). Detta kapitel är en enkel introduktion till olika ersättningsformer, och kan passeras förbi av läsare med djup kunskap.

2.1 Klassificeringsdimensioner av ersättningsformer

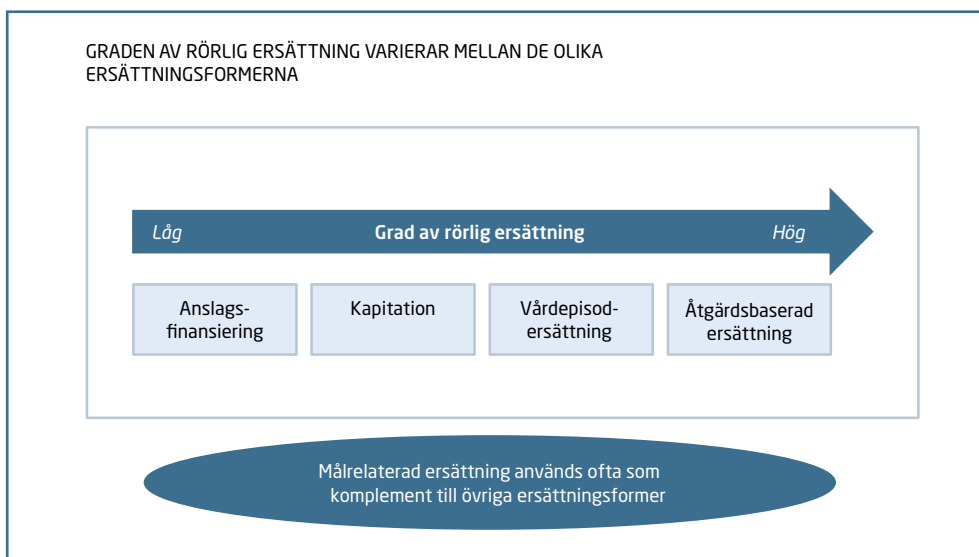
I forskning klassificeras ersättningsformer ofta utifrån tre olika dimensioner (tid, aktivitet och objekt), där främst graden av aktivitet och tidsåtgång bestämmer vilken typ av incitament som ersättningsformen ger upphov till. Den tredje dimensionen, objekt, bestämmer inom vilket område som incitamentet ska verka. De tre dimensionerna sammanfattas nedan: [2]

- **Tidsdimensionen:** Vid ett retrospektivt system ersätter beställaren producenten i efterskott. Storleken på ersättningen beror exempelvis på vilka åtgärder som utförts. Vid en sådan ersättningsform skapas inga incitament för producenten att minska kostnader. Vid ett prospektivt system fastsätts ersättning till producenten på förhand. Eftersom ersättningen är given ger det producenten ett ekonomiskt incitament att arbeta mer kostnadseffektivt.
- **Aktivitetsdimensionen:** Aktivitetsdimensionen avser om ersättningen är fast eller rörlig. En rörlig ersättning ger producenten incitament att öka volymerna, då ersättningen (som är ett fast pris per utförd aktivitet) ökar med ökad volym. En fast ersättning ger inget ekonomiskt incitament för producenten att öka produktionen.
- **Objektdimensionen:** Objektdimensionen avser vilken enhet beställaren ersätter producenten för. Vanliga ersättningsobjekt är åtgärd, resultat, individ och period. Objektdimensionen beskriver även aggregeringsgraden av ersättningsobjektet, exempelvis kan ersättningsobjektets period ha en låg aggregeringsgrad i form av ersättning per minut, eller en hög aggregeringsgrad i form av ersättning per år.

I Figur 1 finns aktivitetsdimensionen illustrerad för de olika ersättningsformerna. Vårdepisodersättning kommer inte att diskuteras mer i detalj, då denna ersättningsform är mindre relevant för primärvården.

2.2 Anslagsfinansiering

Vid anslagsfinansiering, ibland kallad budgetfinansiering, ersätts utföraren med ett fast belopp där storleken av beloppet utgår från organisationens behov av resurser. Detta fasta belopp ska täcka verksamhetskostnader under en given tidsperiod och baseras ofta på föregående års resursförbrukning, köer, inflationsjustering och effektiviseringskrav. Gällande tidsdimensionen utgör denna typ av ersättningsform en blandning av retrospektiv och prospektiv ersättning då bland annat tidigare års kostnader ligger som underlag för bestämning av ersättningens storlek. [2]



Figur 1: De olika ersättningsformerna har olika grad av rörlig ersättning. Vårdepisod-ersättning är mindre relevant som ersättningsform för primärvården, därför kommer denna ersättningsform inte att diskuteras vidare i denna rapport.

2.3 Kapitation

Kapitation innebär att utförarens ersättning baseras på egenskaper hos den underliggande populationen som utföraren har ansvar för. Denna population kan exempelvis definieras som antalet personer som är listade hos utföraren eller utifrån ett geografiskt upptagningsområde. Förekommande faktorer och deras tyngd i landstingens ersättnings-system varierar, men vanliga faktorer är vårdtyngd, socioekonomisk status och lokalisering. Vårdtyngd kan bedömas utifrån ålder, ACG (Adjusted Clinical Groups) eller CNI (Care Need Index), alternativt genom en kombination av samtliga. Kapitation klassificeras som fast och prospektiv vilket ger incitament för låg output och låga kostnader. Utförare inom primärvården har kunnat påverka ersättningens storlek genom antalet listade personer vilket påverkar aktivitetsdimensionen. Detta medför att det har förts en diskussion bland forskare huruvida kapitation är helt fast eller lite rörlig. [2] Utifrån ett praktiskt vårdgivarperspektiv är kapitation rörlig, eftersom ersättningen följer patienten vilket innebär att vårdgivaren förlorar ersättningen om patienten väljer en annan vårdgivare. Däremot kan kapitation betraktas som fast ur ett åtgärdsbaserat perspektiv, eftersom ersättningen är oberoende av vilka besök och åtgärder som genomförs.

2.4 Åtgärdsbaserad ersättning

Vid ersättning per åtgärd ersätts utföraren i efterhand för alla aktiviteter som har utförts. Detta innebär att denna typ av ersättningsform klassificeras som retrospektiv och rörlig. Det finns även exempel på åtgärdsbaserad ersättning som är prospektiv. [2] Vad som utgör en aktivitet och hur denna ersätts kan variera, men exempel på aktiviteter är ett besök eller ett test. Denna ersättningsform ställer höga krav på att åtgärderna som ska ersättas är väldefinierade, vilket innebär att arbetsuppgiften inte får vara för komplex då den måste gå att mäta.

En vanligt förekommande typ av åtgärdsbaserad ersättning, särskilt inom sjukhusvård, är baserad på antalet DRG-poäng som utföraren producerar, dock exkluderas fall med extrema kostnader (kostnadsytterfall) och för dessa fall betalas en särskild ersättning som ofta baseras på vårdtid. Ett DRG-poäng motsvarar genomsnittskostnaden för alla

vårdtillfällen och utifrån detta viktas alla diagnosrelaterade grupper. Vårdkontakter som liknar varandra rent medicinskt och har liknande åtgång av resurser kommer således att ersättas på samma sätt. Det förekommer lokala prislistor, men vanligast är att ersättningen baseras på den nationella snittkostnaden per DRG-poäng. Det är vanligt att det finns ett tak på antalet producerade DRG-poäng, där ersättningen per DRG-poäng sänks om taket överskrids.

2.5 Målrelaterad ersättning

Vid målrelaterad ersättning premieras vissa uppnådda resultat genom att ersättningen knyts till uppsatta mål. I dagsläget används alltid målrelaterad ersättning i kombination med andra ersättningsformer. Nedan följer en beskrivning av olika typer av mål och mått som kan vara knutna till målrelaterad ersättning. Slutligen redovisas vilka belöningsstrategier som kan kopplas till de uppsatta målen.

2.5.1 Struktur-, process- och resultatmått

Det finns flera olika typer av mått, vilka vanligtvis delas in i struktur-, process- och resultatmått. [3] Grundtanken är att vårdens och omsorgens utfallskvalitet (resultat) påverkas av vilken kunskap och vilka resurser (struktur) som utföraren besitter samt hur kunskapen och resurserna används och vilka åtgärder och metoder som används för leverans av tjänster, exempelvis prevention, behandling eller omsorg (process). [4]

Förutsättningarna för att driva en god hälso- och sjukvård speglas av strukturindikatorer som anger vilka resurser som bör finnas för att det ska vara möjligt att uppnå ett mål. Detta omfattar bland annat materiella resurser, personalresurser och organisationsstruktur. Exempel på materiella resurser är fastigheter, utrustning och ekonomiskt kapital. Personalresurser innefattar exempelvis antal anställda per patient eller personalens utbildningsnivå. Organisationsstruktur omfattar hur organisationen är utformad [5], här inkluderas även sådana aspekter som IT-infrastuktur. Strukturmått är ofta relativt enkla att mäta och följa upp, samtidigt som de anses vara trubbiga och inte ge en representativ bild av den utförda vården. Ett exempel på ett strukturmått är diabetespatienters tillgång till diabetesmottagning.

De indikatorer som speglar vad som utförs i en vårdprocess kallas processindikator. En fördel med processmått är att de är enkla att förstå, dock kritiserar processmått för att mäta dokumentationen hos en utförare snarare än den faktiskt utförda vården och omsorgen. [6] Ett exempel på ett processmått är att mäta om det finns journalförda uppgifter för 90 procent av diabetespatienterna enligt ett regionalt vårdprogram.

Inom ramen för resultatmått inkluderas såväl medicinska resultat och patientrapporterade resultat. [5] Patientrapporterade resultat kan delas in i patientrapporterad tillfredsställelse (Patient Reported Experience Measures, PREM) och i patientrapporterade hälsoreultat (Patient Reported Outcome Measures, PROM) [7].

2.5.2 Belöningsstrategi

Det finns många aspekter att ta hänsyn till när belöningsstrategin kopplas till de uppsatta målen utformas. Dels bör det beslutas huruvida ersättningen ska vara utformad som bonus eller vite, eller en kombination av båda. Vidare måste beslut tas om målen ska vara utformade som absoluta eller relativa mål.

Tidigare studier visar att bonus skapar något svagare incitament än vite.[4] Vite kan dock bidra till negativa reaktioner och kan även skada relationen mellan utförare och beställare. Den starkare incitamenteffekten som uppstår vid vite kan även bidra till en förhöjd risk för manipulation. [8] En målrelaterad ersättning som är utformad som bonus bidrar till att fokus ligger på möjligheter istället för hot och detta bidrar även till ett gott samarbete mellan beställare och utförare.

Absoluta mål som premierar alla utförare vilka uppfyller en given målnivå ger tydliga incitament för utförare att arbeta mot förbättrad kvalitet. Dock finns det risk för att utförare bedömer målnivån som omöjlig att nå vid för högt satta mål. Absoluta mål ger även sämre kostnadskontroll för beställaren om maxtak för ersättningen saknas. Relativa mål¹, då en viss andel av utförarna premieras, stimulerar visserligen till kontinuerlig förbättring, men det finns en risk att de sämsta utförarna inte satsar för att nå målen då det kräver för mycket resurser i förhållande till sannolikheten att erhålla ersättning.

Kritiker av målrelaterad ersättning framhäver att det finns en risk att effekten på den totala kvaliteten blir låg då de bästa utförarna blir bättre och de utförare som är i behov av ersättning för att kunna förbättra sig blir utan. Å andra sidan lyfter anhängare av målrelaterad ersättning fram att det är precis detta som är målet: att utförare bör försvinna om de inte klarar av att leverera ständiga förbättringar eller en genomgående förhöjning av kvalitetsnivån över tid och att det är just denna mekanism som över tid lyfter resultaten.

¹ Relativa mål kan vara utformade på två sätt: relativ förbättring jämfört med andra utförare eller relativ förbättring jämfört med utförarens resultat från föregående period. I detta sammanhang menas relativ förbättring jämfört med andra utförare, för beskrivning av relativ förbättring jämfört med utförarens tidigare resultat se 6.2.2.

3 Bakgrund - ersättningsystem för diabetesvård inom primärvården

Arton landsting har idag infört någon form av målrelaterad ersättning och sju av dessa landsting har kvalitetsindikatorer kopplade till diabetesvård. Det finns markanta skillnader både i antal och typ av mått; processmått dominerar, men två landsting har även valt att införa resultatmått. Landstinget i Östergötland är ett exempel på ett landsting som tidigare har haft målrelaterad ersättning kopplat till diabetesvård, men som på senare år har valt att exkludera diabetes från den målrelaterade ersättningen.

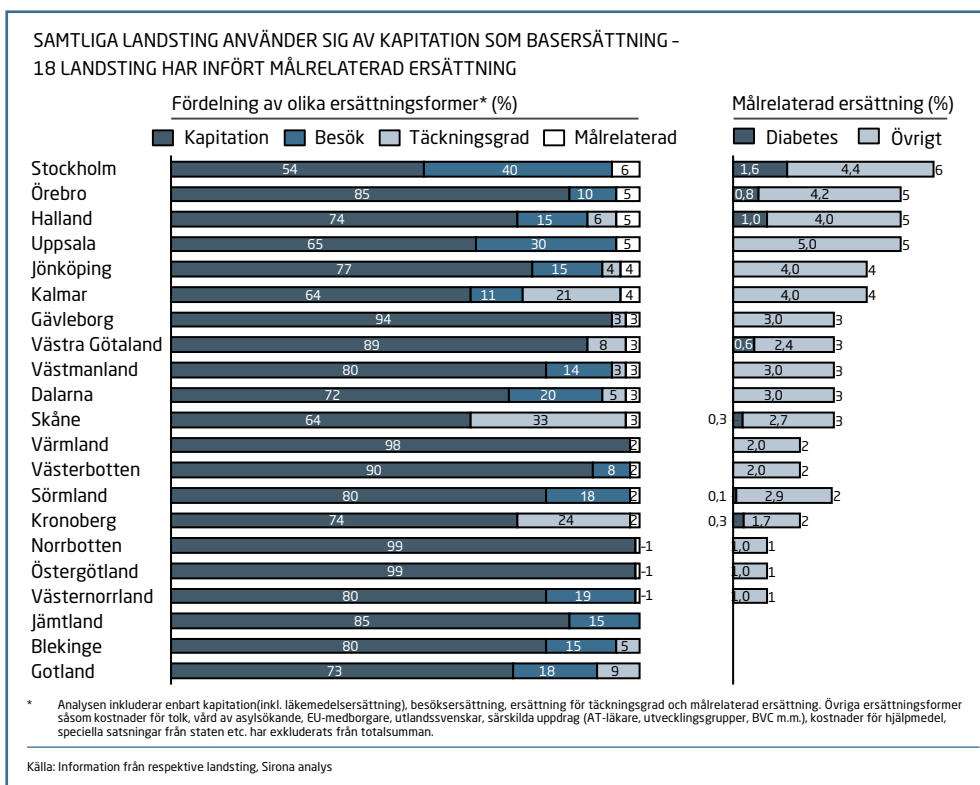
Diabetes är en av primärvårdens stora sjukdomsgrupper tillsammans med astma, psykosociala sjukdomar, KOL samt hjärtsvikt [9]. Detta kapitel syftar till att kortfattat ge en bakgrund till de ersättningsystem som används i primärvården av svenska landsting, med särskilt fokus på de landsting som har målrelaterad ersättning kopplad till diabetesindikatorer.

I början av kapitlet presenteras en analys av de olika landstingens ersättningsystem. Mer detaljerade beskrivningar av fyra landstings ersättningsystem finns även exemplifierade i detta kapitel. Tre av landstingen – Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting och Örebro läns landsting – har målrelaterad ersättning kopplat till kvalitetsindikatorer som mäter diabetesvård. Det sista exemplet, Landstinget i Östergötland, har tidigare haft målrelaterad ersättning knuten till diabetesvård, men har på senare år valt att exkludera diabetes från den målrelaterade ersättningen.

3.1 Ersättningsystem för primärvården i svenska landsting

Utformningen av landstingens ersättningsystem för primärvården skiljer sig åt, men huvudmodellen är kapitation för samtliga landsting. Kapitationsersättning kompletteras ofta med andra ersättningar, exempelvis besöksersättning, ersättning för täckningsgrad och målrelaterad ersättning. I Figur 2 finns en sammanställning av samtliga landstings ersättningsystem². I tillägg till en översikt av de olika komponenterna illustreras även hur stor del av den målrelaterade ersättningen som är kopplad till diabetesvård.

² Observera att uppgifterna i Figur 2 kan avvika från de uppgifter som landstingen har angett i respektive krav- och kvalitetsbok då vissa uppgifter bygger på approximationer för att det ska vara möjligt att jämföra ersättningsystemen som används i olika landsting.



Figur 2: Analys och sammanställning av ersättningssystem inom primärvård i svenska landsting. Analysen inkluderar enbart kapitation (inklusive läkemedelsersättning), besöksersättning (uppskattad för de landsting som ej angett procentsats), ersättning för täckningsgrad och målrelaterad ersättning. Övriga ersättningsformer såsom kostnader för tolk, vård av asylsökande, EU-medborgare, utlandssvenskar, särskilda uppdrag (AT-läkare, utvecklingsgrupper, BVC m.m.), kostnader för hjälpmedel samt speciella satsningar från staten har exkluderats från totalsumman för att det ska gå att jämföra ersättningssystemen mellan olika landsting. Detta innebär att uppgifterna kan avvika från de uppgifter som landstinget har angett i sina krav- och kvalitetsböcker.

Andelen kapitationsersättning (inklusive läkemedelsersättning) av primärvårdens totala ersättning (exklusive övrig ersättning³) varierar från 99 procent (Norrbottns läns landsting och Landstinget i Östergötland) till 54 procent (Stockholms läns landsting). 14 landsting har även besöksersättning⁴ och elva landsting har ersättning för olika former av täckningsgrad.

Målrelaterad ersättning som komplement till kapitationsersättning är numera vanligt förekommande, idag har 18 landsting infört målrelaterad ersättning. Dock är spannet av antal mål stort och varierar från två (Västernorrland) till 35 mål (Västra Götalandsregionen). [10] [11] Den målrelaterade ersättningen utgör mellan 1 och 6 procent av den totala ersättningen och kan vara utformad som bonus och/eller vite. Belöning, i form av bonus vid uppnådda mål, är den vanligaste formen av målrelaterad ersättning och förekommer i 14 av 18 landsting. Tre landsting arbetar både med belöning och vite och endast en region arbetar enbart med vite (Halland).

³ Övrig ersättning omfattar kostnader för tolk, vård av asylsökande, EU-medborgare, utlandssvenskar, särskilda uppdrag (AT-läkare, utvecklingsgrupper, BVC m.m.), kostnader för hjälpmedel, speciella satsningar från staten etc.

⁴ För ett par landsting saknas uppgifter om exakt procentsats för besöksersättningen. För dessa landsting har besöksersättningen uppskattats utifrån att 100 kronor motsvarar 10 procent av den totala ersättningen, vilket är ett förhållande som återkommer för många landsting. För de landsting där denna approximation översteg 100 procent justerades kapitationsdelen ner.

3.2 Landstingens användning av målrelaterad ersättning för diabetesvård

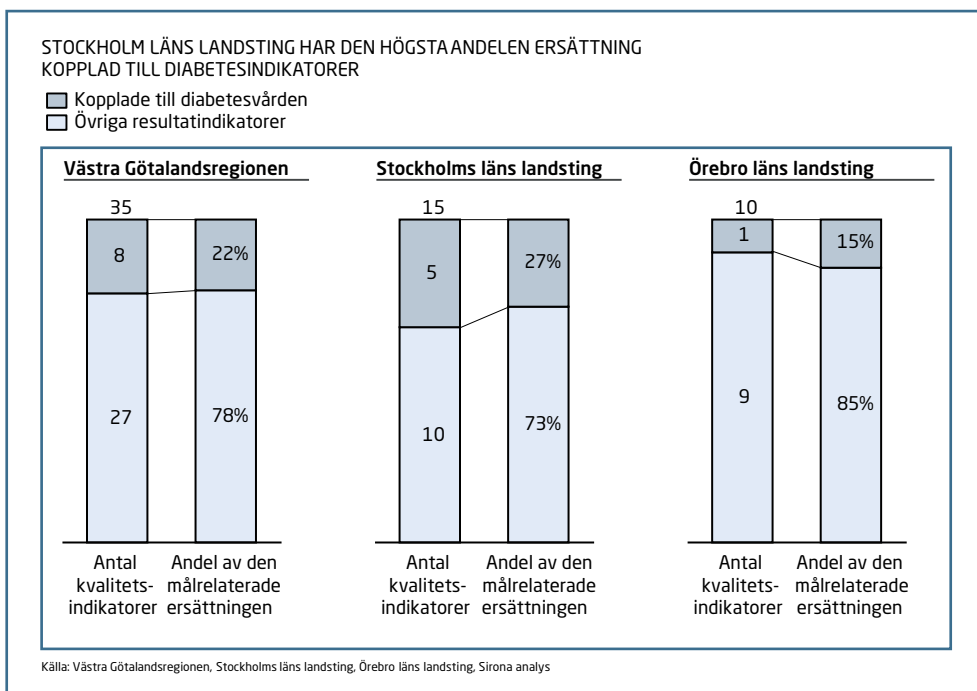
Idag har 18 landsting målrelaterad ersättning kopplat till kvalitetsindikatorer, men endast sju av dessa landsting har kvalitetsindikatorer som är kopplade till diabetesvård. I Figur 3 finns en sammanställning av samtliga landsting som använder målrelaterad ersättning kopplat till diabetesindikatorer. Av figuren framgår att processmått dominerar, endast två landsting har resultatmått. Inget av landstingen använder sig av strukturmått.

AV DE SJU LANDSTING SOM HAR MÅLRELATERAD ERSÄTTNING DOMINERAR PROCESSMÅTT ÖVER STRUKTUR- OCH RESULTATMÅTT					
Landsting	Indikator	Mått	Infördes	Kommentar	Bonus/vite
Region Halland	• Registrering i NDR e 80 %	P	2013	• <80% ger vite, ca 100 000 kr för en medelstor vårdcentral	• Vite
Kronoberg	• Mål för HbA1c d 73 mmol/mol • Mål för Blodtryck d 130/80 • Är ickerökare • Har tillfrågats om fysisk aktivitet	R R R P	2012 (fysisk aktivitet tillkom 2014)	• Kan maximalt ge 6 poäng av 38,5	• Bonus
Region Skåne	• Registrering i NDR av: - Vikt - HbA1c - Blodtryck - Blodfetter - Rökning - Fotstatus - Mikroalbuminuri	P	Tidigare än 2009 (exakt uppgift saknas)	• 7 miljoner kr fördelas i landstinget beroende på antal registreringar som gjorts för varje enskild variabel	• Bonus
Stockholm	• Registrering i NDR • Registrering LDL-kolesterol • Registrering rökning • Registrering fotstatus • Registrering BMI	P P P P P	2008 (för NDR)	• ± 3 % av vårdcentralens totala ersättning	• Bonus • Vite
Sörmland	• Registrering i NDR	P	2011	• 80 kr per registrerad patient	• Bonus
Västra Götalandsregionen	• Registrering i NDR • Registrering blodtryck • Registrering rökning • Registrering HbA1c • Registrering LDL-kolesterol • Registrering albuminuri • Mål för HbA1c < 52 mmol/mol • Mål för LDL-kolesterol d 2,5 mmol/l	P P P P P P R R	2011	• Ersättning per poäng 0,95 kr/kvalitets- och listningspoäng och månad • Maximalt 6,5 poäng för diabetes	• Bonus
Örebro	• Registrering i NDR e 90 %	P	2007	• Full ersättning då e 90 % registreras (17,67 kr/listad) • Halva ersättningen då e 80% registreras	• Bonus

Källa: Sirona analys

Figur 3: Analys och sammanställning av de sju landsting som har målrelaterad ersättning kopplat till diabetesindikatorer.

Av Figur 4 framgår det att finns en stor variation mellan antalet diabetesindikatorer och deras andel av den totala målrelaterade ersättningen. Exempelvis har Västra Götalandsregionen flest indikatorer, 8 av 35, kopplade till diabetesvård. Detta kan exempelvis jämföras med Stockholms läns landsting som har fem av 15 indikatorer kopplade till diabetesvården och Örebro läns landsting som endast har en av tio indikatorer knuta till diabetesvård. Även om Västra Götalandsregionen har flest antal indikatorer kopplade till diabetesvård står Stockholms läns landstings diabetesindikatorer för en större andel av den målrelaterade ersättningen. [11] [12][13][14]



Figur 4: Antalet indikatorer och deras andel av den totala målrelaterade ersättningen varierar mellan landstingen. I denna figur exemplifieras tre landsting som har målrelaterad ersättning kopplat till diabetesindikatorer. [11][12][13][14]

3.3 Exempel på ersättningssystem från fyra landsting

I detta avsnitt finns en kort presentation av tre landsting som har målrelaterad ersättning inom primärvården för diabetesindikatorer, samt Östergötland som tidigare haft det.

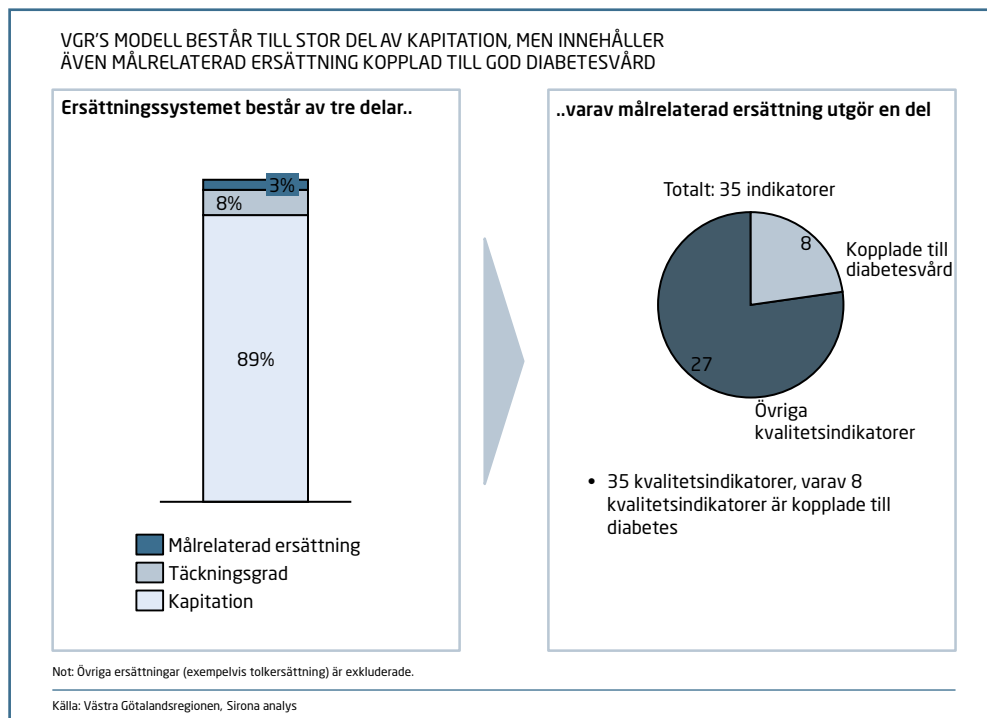
3.3.1 Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen har idag ett ersättningssystem som inkluderar målrelaterad ersättning knuten till diabetesindikatorer. Denna målrelaterade ersättning för diabetesindikatorer infördes 2011 i samband med att ett stort antal indikatorer adderades till regionens ersättningssystem. Innan dess genomförde Västra Götalandsregionen 2009 en satsning, kallad Q-diabetes, för att införa målrelaterad ersättning som var kopplad direkt till diabetesvård.

Dagens ersättningssystem

Ersättningssystemet för Västra Götalandsregionen består av tre delar och är samma för samtliga vårdcentraler, oavsett driftsform. Ersättningen är avsedd att täcka alla kostnader för vårdenheten som uppkommer genom uppdraget. [14] Samtliga delar av ersättningssystemet är illustrerade i Figur 5.

Den största delen i ersättningssystemet utgörs av primärvårdspengen som beror på invånarens val av vårdcentral och baseras på antalet vårdvalspoäng. [14] Denna del utgör cirka 89 procent (exklusive övriga ersättningar, exempelvis tolkersättning) av den totala ersättningen [11], vilket betyder att kapitation är huvudmodellen för Västra Götalandsregionens ersättningssystem för primärvården.



Figur 5: Västra Götalandsregionens ersättningssystem för primärvården.

Vårdvalpoängen beräknas utifrån ålder, kön och vårdtyngd och den inbördes viktningen är 50 procent för ålder och kön och resterande del för vårdtyngd. [11] För att beräkna vårdtyngden används ACG-systemet (Adjusted Clinical Groups) som ska spegla invånarnas samlade sjuklighet. Den relativa ACG-viktningen⁵ för respektive vårdcentral beräknas varje månad på de diagnoser som har registrerats inom primärvården i Västra Götalandsregionen under de senaste 15 månaderna. Patientens senaste kända vårdval avgör vilken vårdcentral som får tillgodoräkna sig patientens diagnoser. Vårdcentralens totala ACG-vikt multipliceras därefter med vårdcentralens listningspoäng⁶ (som tar hänsyn till ålder och kön). [14] Ersättningen per listningspoäng uppgår till 289 kronor per månad. [11]

Målrelaterad ersättning för vårdenhetens täckningsgrad och uppfyllelse av angivna kvalitetsindikatorer utgör den andra delen av ersättningssystemet. Den målrelaterade ersättningen för kvalitetsindikatorer utgör cirka 3 procent av den totala ersättningen. Det finns 35 kvalitetsindikatorer, varav 34 kvalitetsindikatorer har en poängvikt (som markerar dess värde relativt de andra indikatorerna) och tillsammans genererar de 30,0 kvalitetspoäng. De flesta indikatorer har två måltal (en övre och en undre gräns för ersättning) och ersättningen är även kopplad till vårdcentralens storlek som beräknas genom antalet listningspoäng. Ersättningen vid full måluppfyllelse uppgår till 0,95 kronor per kvalitetspoäng och listningspoäng per månad.

För diabetes finns det åtta indikatorer som maximalt kan generera 6,5 kvalitetspoäng. [14] För den sista kvalitetsindikatorn utgår det ett fast belopp per månad om målet uppnås som är oberoende av vårdcentralens storlek. Denna indikator är ackrediterade laboratorier på vårdcentral. Ersättningsgränser och kvalitetspoäng för respektive kvalitetsindikator som är kopplad till diabetesvård återfinns i Tabell 1.

⁵ Att ACG-viktningen är relativ innebär att den genomsnittliga vårdtyngden för Västra Götalandsregionen alltid uppgår till 1.00 vid varje mätillfälle. Detta innebär att den faktiska utvecklingen av vårdtyngd i regionen inte följs.

⁶ Listningspoängen beräknas med utgångspunkt i gällande viktlista som baseras på kön och ålder i 1-årsintervall. Totalt genererar befolkningen i Västra Götaland i genomsnitt 658 000 listningspoäng under 2014.

Tabell 1: Sammanställning av Västra Götalandsregionens kvalitetsindikatorer som är kopplade till diabetesvård och deras ersättningsgränser. [11]

Kvalitetsindikator	Ersättningsgränser (%)	Kvalitetspoäng
Registrering NDR	70-90	2,5
Registrering blodtryck	80-95	0,5
Registrering rökning	70-90	0,5
Registrering HbA1c	80-95	0,5
Registrering LDL-kolesterol	50-80	0,5
Registrering albuminuri	70-90	0,5
Mål för HbA1c	45-65	0,5
Mål för LDL-kolesterol	35-50	1
Totalt:		6,5 kvalitetspoäng

Den målrelaterade ersättningen för täckningsgrad, som utgör 8 procent av den totala ersättningen, beräknas genom att dividera de listade invånarnas besök som vårdcentralen har kostnadsansvar för med invånarnas samtliga besök hos offentligt finansierade utförare i Sverige. Vid beräkningen tas hänsyn till vårdcentralens storlek (genom antalet listningspoäng) och ersättningen uppgår till fyra kronor per poäng och månad för varje procentenhet som täckningsgraden överstiger 50 procent till en maximal nivå om 80 procent. Detta innebär att vårdcentralen får mer ersättning om de listade individerna gör en större andel av sina öppenvårdsbesök inom sådan verksamhet som vårdcentralen har kostnadsansvar för. [14]

Ersättningsystemet ger även särskild ersättning för vårdcentralens geografiska och socioekonomiska förutsättningar (utöver det som justeras med hjälp av ACG-viktning) samt ersättning då tolk har anlåtats. Ersättning kan även utgå för eventuella särskilda uppdrag, som exempelvis att ha en familjecentral där öppen förskola, mödravårdscentral, barnavårdscentral och socialtjänsten samverkar under samma tak. [14] Denna typ av ersättning har exkluderats från sammanställningen i Figur 5.

Q-projektet: Målrelaterad ersättning för diabetesvård

Q-projektet (Q-diabetes och Q-svikt) var en satsning som genomfördes i Västra Götalandsregionen under 2009 till 2011 för att införa målrelaterad ersättning inom primärvården för hjärtsvikts- och diabetesvård. [4] 40 vårdcentraler i primärvårdsområdena Fyrbodalen och Södra Bohuslän deltog i projektet. [15] I projektet ingick behandlingsmål enligt de målvärden som definierats i Nationella Diabetesregistret: Kontroll av blodsockernivå (HbA1c), totalkolesterol och blodtryck. [4] Dessa uppföljningsvariabler sattes upp för att flera patienter skulle nå sina behandlingsmål. [15] Med hjälp av en patientenkät som tagits fram inom Nationella Diabetesregistret sattes ytterligare resultatmått upp som baseras på uppföljning. [4]

I Figur 6 illustreras ersättningsnivåerna för de tre uppföljningsvariablerna (HbA1c, totalkolesterol samt blodtryck) och andelen registreringar till det Nationella Diabetesregistret. Ersättningsystemet var utformat så att den maximala ersättningen per deltagande vårdcentral aldrig kunde överstiga 50 000 kronor per enhet och år. [15]

Projektet Q-diabetes resulterade i en ökning av antalet registreringar till Nationella Diabetesregistret och ett ökat antal diabetiker som nått målvärdena för totalkolesterol och blodtryck. Dock var påverkan på målvärdet för HbA1c liten. [15]

DEN MAXIMALA ERSÄTTNINGEN PER DELTAGANDE ENHET ÄR UTFORMAD
SÅ ATT DEN INTE KAN ÖVERSTIGA 50 000 KR PER ÅR OCH ENHET
ERSÄTTNINGSNIVÅER, Q-DIABETES

	År 1		År 2	
Deltagande i Q-projektet	5 000 kr		-	
Registrering NDR	0-69 %	0 kr	0-69 %	0 kr
	70-85 %	10 000 kr	70-85 %	10 000 kr
	> 85 %	15 000 kr	> 85 %	15 000 kr
HbA1c ≤ 6%	0-54 %	0 kr	0-54 %	0 kr
	55-64 %	5 000 kr	55-64 %	5 000 kr
	> 64 %	10 000 kr	> 64 %	10 000 kr
Totalkolesterol ≤ 4,5 mmol/l	0-44 %	0 kr	0-44 %	0 kr
	44-59 %	5 000 kr	44-59 %	5 000 kr
	> 59 %	10 000 kr	> 59 %	10 000 kr
Blodtryck ≤ 130/80 mm HG	0-34 %	0 kr	0-34 %	0 kr
	34-44 %	5 000 kr	34-44 %	5 000 kr
	> 44 %	10 000 kr	> 44 %	10 000 kr

Figur 6: Illustration av ersättningsnivåerna per indikator och deltagande enhet för Q-diabetes. Ersättningen var utformad så att den maximala ersättningen per deltagande vårdcentral aldrig kan överstiga 50 000 kronor per enhet och år. [15]

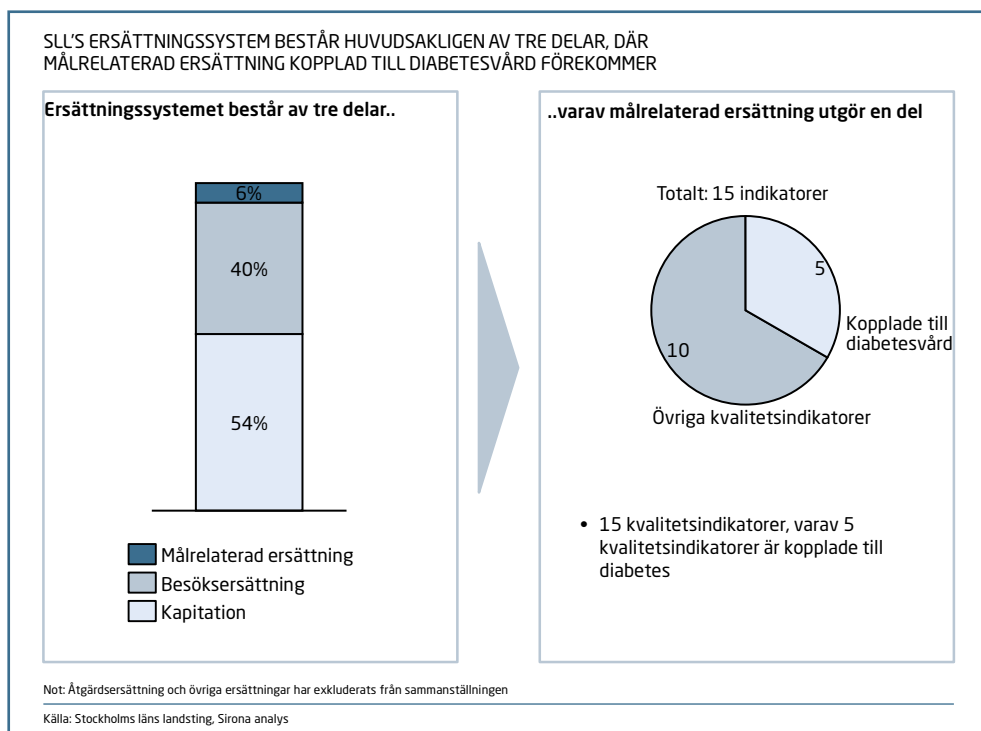
3.3.2 Stockholms läns landsting

Husläkarmottagningar i Stockholms läns landsting har ett ersättningssystem som består av tre huvudsakliga delar, vilka illustreras i Figur 7. Den första delen, kapitation, är en fast ersättning som baseras på antalet listade patienter och deras ålder. Till skillnad från de flesta landsting justerar Stockholms läns landsting inte för socioekonomisk status, kön eller ACG⁷. Den andra delen är besöksersättning, vilket utgör 40 procent av den totala ersättningen. Stockholms läns landsting har den högsta andelen besöksersättning av samtliga landsting. Den sista delen utgörs av målrelaterad ersättning som ska se till att utföraren uppnår en lägsta godtagbar kvalitetsnivå. Om utföraren överträffar denna lägsta nivå utbetalas en bonus och vid de fall där nivån ej nås kan ett vite tas ut. Denna ersättning beräknas efter de underlag som utföraren har rapporterat in och uppgår till högst ± 3 procent av den totala ersättningen. [13] Stockholm har haft målrelaterad ersättning sedan år 2008.

Av de 15 kvalitetsindikatorer som den målrelaterade ersättningen premierar återfinns fem indikatorer som är kopplade till diabetesvård. Deras vikt och lägsta kvalitetsnivå samt maxpoäng⁸ är sammanfattat i Tabell 2 nedan. Den maximala poängen för samtliga kvalitetsindikatorer uppgår till 2,38 varav indikatorer relaterade till diabetesvård står för cirka en fjärdedel av poängen. [13]

⁷ De tre landsting som varken använder CNI, ACG eller kön vid beräkning av den fasta ersättningen vid kapitation är Stockholms läns landsting, Region Halland och Landstinget i Uppsala län. Istället använder dessa landsting endast ålder vid beräkning av den fasta ersättningen. [29]

⁸ Vid beräkning av maxpoängen subtraheras det värde som utföraren har rapportat in för kvalitetsindikatorn med värdet för den lägsta kvalitetsnivån. Differensen multipliceras därefter med vikten för att få poängen. Om poängen överstiger den definierade maxpoängen reduceras poängen till maxpoängens värde.



Figur 7: Stockholms läns landstings ersättningssystem för husläkarmottagningar.

Tabell 2: Sammanställning av Stockholms läns landstings kvalitetsindikatorer som är kopplade till diabetesvård och deras ersättningsgränser. [13]

Kvalitetsindikator	Vikt	Lägsta kvalitetsnivå	Maxpoäng
Registrering i Nationella Diabetesregistret (NDR) ¹	1	90 %	0,08
Uppgift om LDL-kolesterol hos diabetiker (NDR)	0,25	70 %	0,07
Uppgift om rökning hos NDR	1	80 %	0,18
Genomförd undersökning av fotstatus hos diabetespatienter	0,5	70 %	0,14
Uppgift om längd och vikt eller BMI hos diabetespatienter (NDR)	1	80 %	0,18

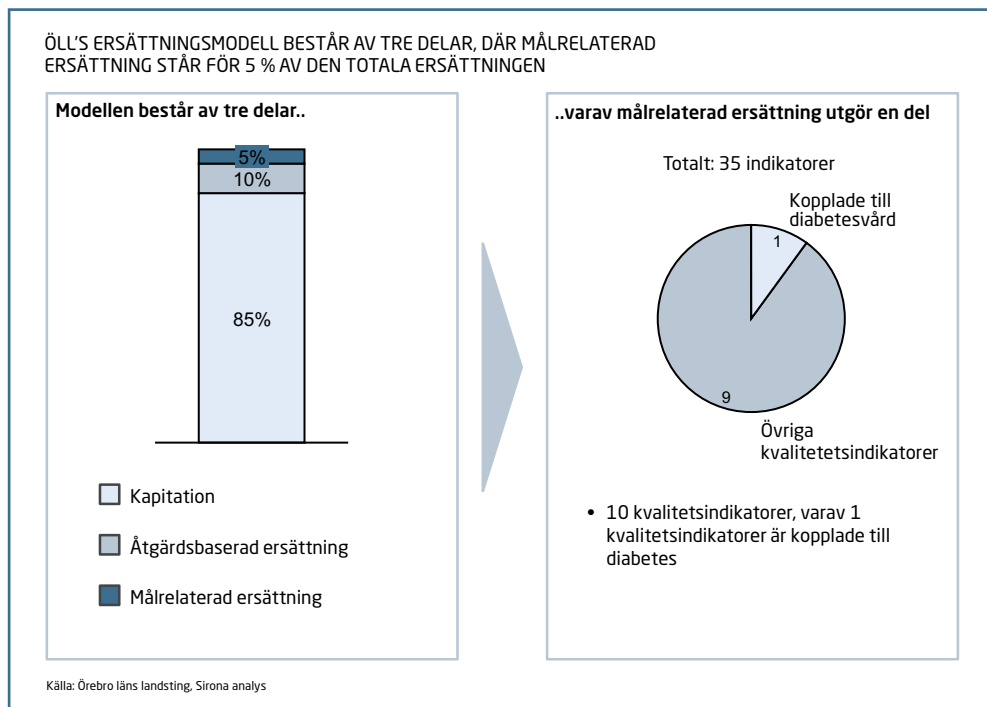
¹ Nationella Diabetesregistret (NDR) är Sveriges största kvalitetsregister och det har en mycket god täckningsgrad. Cirka 90 procent av alla personer som behandlas med diabetesläkemedel uppskattas vara registrerade. [38]

Idag använder Stockholms läns landsting både bonus och vite för den målrelaterade ersättningen. Utföraren ska uppnå en lägsta godtagbar gräns för kvalitet, om utförare överträffar denna nivå utbetalas en bonus, annars kan ett vite tas ut. Ett vite uttas även vid bristande inrapportering av information som ligger till grund för den målrelaterade ersättningen. [13]

3.3.3 Örebro läns landsting

Örebro läns landsting har ett ersättningssystem som består av 85 procent kapitation, 10 procent åtgärdsbaserad ersättning och 5 procent målrelaterad ersättning. Den fasta delen, kapitation, följer invånarens val av vårdcentral och baseras på åldersstruktur och behov av vård. Till denna del finns även tillägg för geografi och socioekonomi. Den åtgärdsbaserade ersättningen baseras på antalet direkta besök, det vill säga personliga möten mellan patienten och behandlande personal där journalteckning görs. Detta innebär att telefonsamtal eller videomöte ej ersätts.

Den målrelaterade ersättningen premierar tio indikatorer fördelat på tio olika områden där diabetesvård är ett område. Inom diabetesområdet är det andelen registreringar i det Nationella Diabetesregistret som premieras. Registrering i NDR står för 15 procent av den totala målrelaterade ersättningen och kan maximalt ge cirka 18 kronor extra per listad person och helår. [12] En illustration av ersättningssystemets olika delar finns i Figur 8.

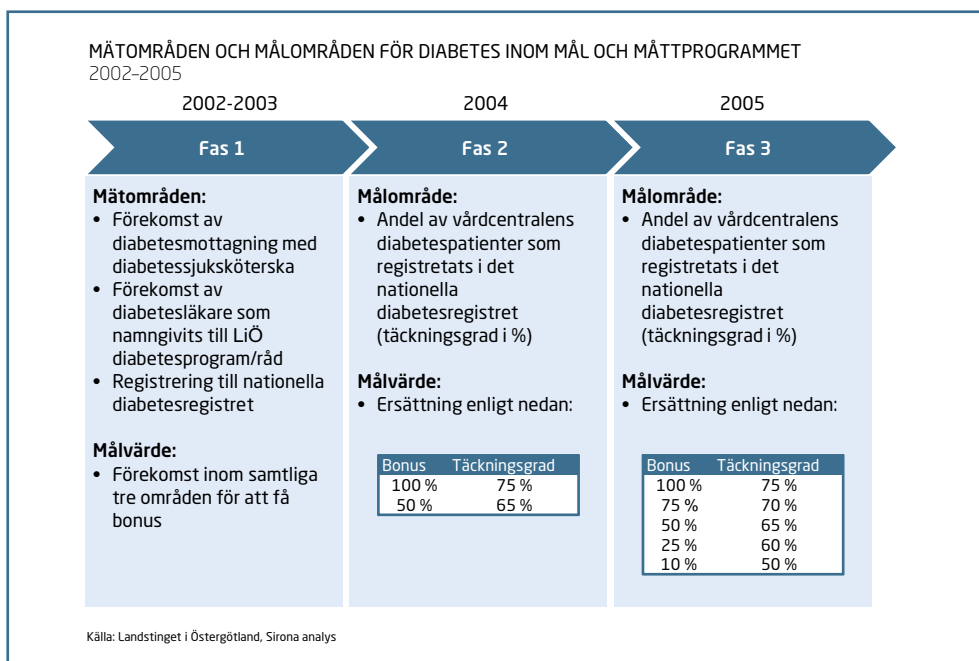


Figur 8: Örebro läns landstings ersättningssystem för primärvården. [12]

3.3.4 Landstinget i Östergötland

Landstinget i Östergötland genomförde under början av 2000-talet en satsning för att premiera insatser inom diabetesvård. Under 2002 introducerade landstinget en målrelaterad ersättning, kallad "Mål och mått", där prevention och behandling av diabetes var ett av nio fokusområden. Denna målrelaterade ersättning (inom samtliga områden) utgjorde cirka fyra procent av vårdcentralernas totala ersättning. [9] Ett fast belopp för Mål- och måttprogrammet avsattes varje år och resterande del av ersättningen baserades i huvudsak på ett fast belopp per registrerad individ.[4] I Figur 9 finns mätområden och målområden för diabetesområdet illustrerade.

Under själva ersättningsperioden, 2002–2005, ökade antalet registreringar till det Nationella Diabetesregistret (NDR) och andelen läkarbesök med registrerad diagnos. Vid införandet av ersättningssystemet fanns det flera mätområden och målvärden för området diabetes. En av parametrarna var rapportering till NDR. Från början räckte det med att göra en rapportering till NDR, men från år 2004 ändrades utformningen av mätområdet till att ersätta täckningsgraden i registret istället. Detta innebar att vårdcentralen fick ersättning efter hur stor andel av vårdcentralens diabetespatienter som registrerats i NDR. Vid borttagandet av ersättningen avstannade antalet nya registreringar. [9]



Figur 9: Under 2002 och 2005 pågick en satsning för att premiera insatser inom diabetesvård. Under satsningen, kallad Mål och mått, infördes målrelaterad ersättning för nio fokusområden, där diabetesvård var ett område. I denna figur illustreras de olika mätområdena och målvärdena under de fyra år som satsningen pågick. [9]

Den första januari 2014 införde landstinget ett nytt ersättningssystem för vårdcentralerna i landstinget. Detta nya ersättningssystem ska införas successivt under tre år och kommer att fokusera mer på vårdtyngd, som baseras på ACG-vikt, och på socioekonomiska förhållanden i den listade befolkningen. Det gamla systemet baserade ersättningen till stor del på de listade personernas ålder. [16]

Enligt överenskommelsen mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Närsjukvården i centrala Östergötland ersätts Närsjukvården med en årlig fast ersättning samt har möjlighet att få både rörlig och målrelaterad ersättning. Den rörliga ersättningen avser medel för riskbruk, missbruk och beroende hos barn/unga upp till 26 år. Den målrelaterade ersättningen är kopplad till tillgänglighet, exempelvis vård i rimlig tid och antal väntande till nybesök (beräkningssystem med vite om Närsjukvården inte når sitt utlovade mål). [17] Inga av kvalitetsindikatorerna är idag kopplade till diabetesvård i landstinget då de fann resultatet från Mål- och måttsatsningen tillfredsställande och ville fokusera på andra områden.

4 Hur är kvaliteten inom svensk diabetesvård idag?

Överlag har rikets utveckling av kvalitet inom diabetesvården över tid varit positiv. Andelen patienter som uppfyller målet för LDL-kolesterol och blodtryck har ökat sedan 2010. Dock har andelen patienter som uppfyller målvärdet för blodsocker försämrats under samma period. Analys av data från Öppna Jämförelser tyder på att landsting som använder målrelaterad ersättning för diabetes har haft en något bättre kvalitetsutveckling än övriga landsting. Det går dock inte att säga om denna observerade skillnad går att hänföra direkt till den målrelaterade ersättningen eller om den beror på andra faktorer.

Det huvudsakliga målet för ett ersättningssystem är att bidra till en god hälso- och sjukvård för befolkningen. För att utforma ändamålsenliga ersättningssystem och utvärdera effekten av dessa är det viktigt att analysera och följa upp kvaliteten inom sjukvården idag och hur den utvecklas över tid. Diabetes är en av de största folksjukdomarna som berör primärvården och därför har diabetes typ 2 valts ut för att illustrera hur kvaliteten inom primärvården ser ut idag.

Kvalitetsanalyserna bygger på data från Öppna Jämförelser samt från Kommun- och landstingsdatabasen (KOLADA).

4.1 Hur väl följer landstingen Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvård?

Socialstyrelsen ger ut nationella riktlinjer med rekommendationer om vård och åtgärder för vuxna diabetiker. I juni 2014 presenterades en revision av riktlinjerna som publicerades 2010. Rekommendationerna berör ett flertal områden som exempelvis screening, prevention och diabeteskomplikationer och syftar till att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom diabetesvården. Riktlinjerna innehåller indikatorer för uppföljning och samtliga indikatorer som berör diabetesvård i Öppna Jämförelser finns med i Socialstyrelsens riktlinjer om diabetesvården från 2010. [18] I den uppdaterade och reviderade versionen av de nationella riktlinjerna för diabetesvård har dock fokus flyttats från att patienter ska uppfylla ett visst målvärde för LDL-kolesterol till att patienterna ska få en särskild dos av kolesterolsänkande statiner. [19]

Det finns flera indikationer på att landstingen brister i följsamhet till Socialstyrelsens riktlinjer. I de nationella riktlinjerna betonar Socialstyrelsen vikten av att ge diabetiker utbildning om sin sjukdom och även Diabetesförbundet anser att utbildning är en viktig del av behandlingen. [20] En ny undersökning som är framtagen av marknadsundersökningsföretaget Ipsos för Diabetesförbundet och Astra Zeneca visar dock att mer än varannan nydiagnostiserad typ 2-diabetiker inte får någon utbildning om sin sjukdom. [21] Andelen som inte har fått någon utbildning har ökat med 13 procent på fyra år. [22]

Vidare finns det argument för att riktlinjerna varken fungerar för primärvården eller för patienterna, vilket innebär att insatserna i primärvården inte baseras på bästa möjliga kunskap vilket är en förutsättning för jämlik och god vård. Det finns även

argument för att detta kan bero på att riktlinjerna inte är primärvårdsanpassade, utan optimerade för att passa in i en vetenskaplig studie. För att få genomslag för riktlinjerna behöver insatser riktas för att involvera professionen, patienterna och verksamheterna i arbetet. I diskussionerna anses det vara positivt att patienterna i framtiden förväntas ta ett större ansvar då många diabetiker endast tar ett mätvärde en gång om året i primärvården medan de kanske tar flera hundra mätvärden hemma när de är helt själva. [23][24]

4.2 Vilka indikatorer beskriver kvalitet inom diabetesvården?

I Öppna Jämförelser finns sju indikatorer som berör svensk diabetesvård. Merparten av dessa, sex stycken, är baserade på data från det Nationella diabetesregistret (NDR), medan den sista indikatorn är baserad på data hämtad från Patientregistret (Socialstyrelsen). Två av indikatorerna speglar diabetesvården för de patienter som har diabetes typ 1 och en indikator är kopplad till diabetesvård för barn, vilket medför att dessa tre indikatorer inte är relevanta för denna analys och har således exkluderats. [25] Följaktligen har fyra indikatorer relevanta för diabetes typ 2 hos vuxna analyserats nedan.

Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes (Primärvård)

En god diabetesregim medför en jämn blodsockernivå med endast mindre stegringar efter måltid. En för hög blodsockernivå ger på lång sikt ökad risk för diabeteskomplikationer. En låg blodsockernivå kan dock vara obehagligt och farligt för patienten och ska därför undvikas. [25]

Det finns ett starkt samband mellan risken att utveckla diabeteskomplikationer och värdet för HbA1c, vilket återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen i kroppen. Målet är att HbA1c inte ska överstiga 52 mmol/mol enligt nationella riktlinjer, men behandlingen ska individualiseras. Det kan finnas motiv för att tillåta en något högre HbA1c nivå för vissa personer, exempelvis om det finns risk för frekvent hög hypoglykemi (lågt blodsocker). [25]

Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes (Primärvård)

Högt blodsockervärde och blodtryck är välkända riskfaktorer som påverkar risken att få hjärt-kärlsjukdomar. Många studier visar att diabetiker har två till tre gånger högre risk att få hjärt-kärlsjukdom än personer som inte lider av sjukdomen. [25]

Ungefär 80–90 procent av alla diabetiker i primärvården har högt blodtryck⁹. Indikatorn i Öppna Jämförelser visar andelen patienter med typ 2-diabetes som har ett blodtryck lägre än 130/80 mmHg, vilket är gränsvärdet för högt blodtryck för diabetiker enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för 2010. [25] Detta värde kommer att höjas till 140/85 mmHg enligt de nya riktlinjerna som kommer att publiceras i början av 2015. [19]

Måluppfyllelse för LDL-kolesterol (Primärvård)

En hög nivå av blodfetter, exempelvis LDL-kolesterol hos diabetiker kan öka risken för hjärtsjukdomar, stroke och nedsatt cirkulation i benen. Behandling med blodfett-sänkande mediciner rekommenderas till typ-2 diabetiker då behandling påtagligt kan minska risken. [25]

⁹ Diabetiker som har ett blodtryck högre än 130/80 mmHg och som går på blodtryckssänkande läkemedel eller är obehandlade.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målnivån för typ-2 diabetiker ett värde för LDL-kolesterol som understiger 2,5 mmol/l. Indikatorn i Öppna Jämförelser anger andel patienter (under 80 år) som har ett LDL-kolesterolvärde under 2,5 mmol/l. [25]

Amputation vid diabetes

En allvarlig komplikation vid långvarig diabetes är nedsatt blodcirkulation i benen vilket medför risk för vävnadsdöd, vilket i sin tur kan vara livshotande. Detta tillstånd kan resultera i att patienten tvingas att amputera delar av benet. Risken för amputation på grund av kärlsjukdom beror i huvudsak av tre faktorer där diabetes är en (hög ålder och rökning är de två övriga riskfaktorerna). För att minska antalet amputationer är det viktigt med förebyggande information och god fotvård. [25]

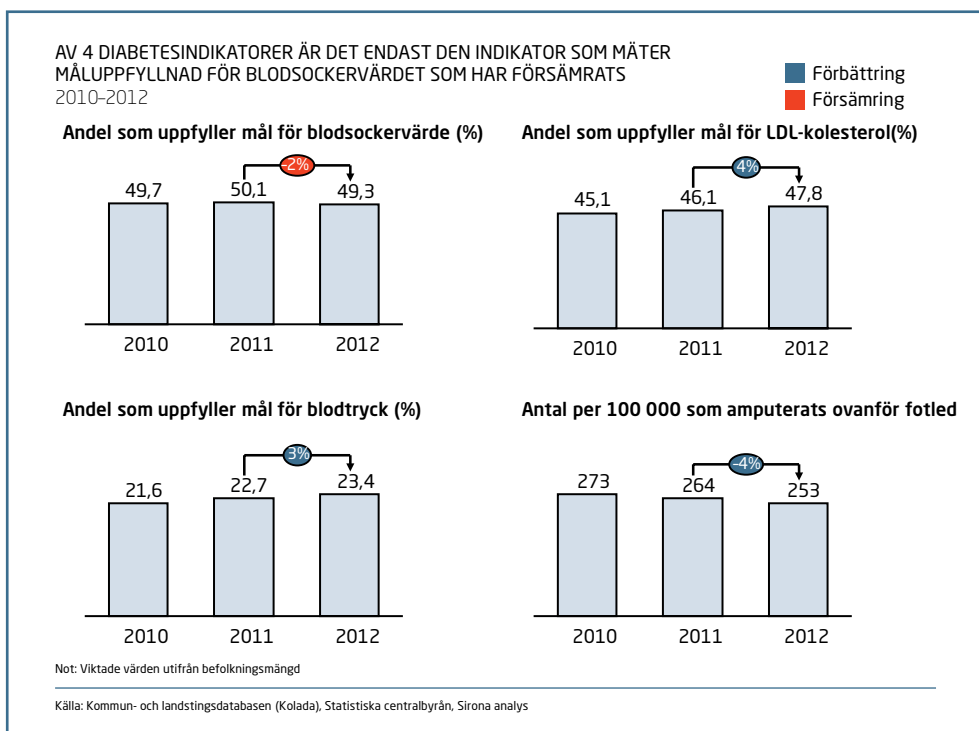
Mindre amputation omfattar amputation av delar av framfoten eller tår, medan amputation ovanför fotleden benämns som *större amputation*. Amputation ovan fotleden kan ses som ett tecken på för sent insatta åtgärder från diabetesvården. De mindre amputationerna registreras inte alltid vilket gör att antalet som genomgår denna typ av amputation är osäkert, men cirka 800 större amputationer görs årligen bland de över 300 000 diabetespatienterna som behandlas med läkemedel i åldern 40 år eller äldre. [25]

4.3 Hur har utvecklingen sett ut över tid för hela riket?

För att få en generell bild över kvaliteten inom diabetesvården har rikets utveckling över tid analyserats. Av Figur 10 framgår att utvecklingen av indikatorerna över tid har varit positiv för tre av indikatorerna. Andelen diabetiker i primärvården som uppfyller målet för LDL-kolesterol och blodtryck har ökat sedan 2010. Dock når endast färre än hälften behandlingsmålet för LDL-kolesterol och knappt en fjärdel når behandlingsmålet för blodtryck vilket tyder på att det fortfarande sker en underbehandling och att det finns utrymme för förbättring i landstingen.

Även en minskning av antalet diabetiker som har behövt amputera ovanför fotleden har skett under 2010 till 2011, vilket är en positiv utveckling. Det är dock viktigt att påpeka att detta mått inte speglar dagens diabetesvård utan snarare vården som gavs för fem–tio år sedan, då amputation är en allvarlig komplikation av långvarig nedsatt blodsöckerkontroll.

En indikator har försämrats sedan 2010: andelen diabetiker som uppfyller målet för blodsöckervärdet. Under 2011 kan en ökning urskiljas, men under 2012 försämrades denna indikator igen. Denna indikator återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen hos diabetikern och den har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. Det finns idag inget mål för hur stor andel av diabetikerna som ska uppfylla målvärdet för blodsöcker, men resultaten tyder på att en del patienter inte får fullgod behandling. [25][26]



Figur 10: Utvecklingen över tid av identifierade kvalitetsindikatorer.

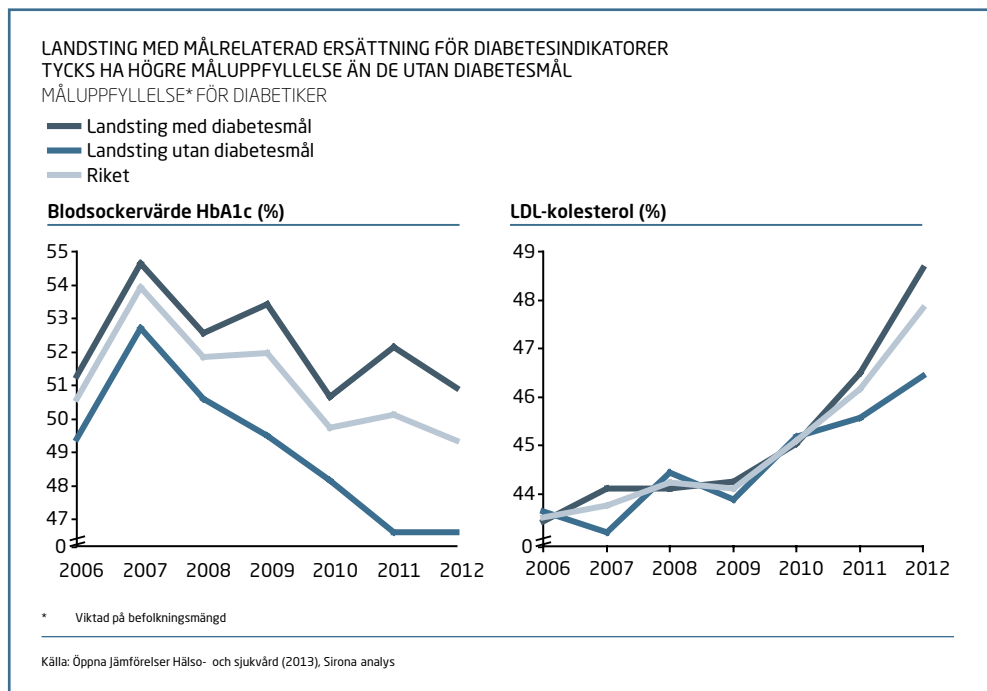
4.4 Finns det ett samband mellan god kvalitet och användandet av målrelaterad ersättning för diabetesvården?

En relevant frågeställning gällande ersättningssystem är huruvida målrelaterad ersättning bidrar till en positiv kvalitetsutveckling. Sju landsting använder i dagsläget målrelaterad ersättning kopplad till diabetesindikatorer. Nedan har en övergripande analys genomförts, som jämför kvalitetsutvecklingen i dessa landsting med övriga på de ovan beskrivna indikatorerna. Värdena har viktats utifrån befolkningsstorlek för att ge ett jämförbart resultat.

Av Figur 11 framgår att landsting som har målrelaterad ersättning kopplat till diabetesmått har en högre grad av måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c) och LDL-kolesterol jämfört med riket och med landsting som inte har diabetesmått. För måluppfyllelse av blodsockervärdet har denna positiva utveckling förekommit under flera år, även om differensen mellan landsting med diabetesmått jämfört med de utan diabetesmått har fluktuerat. Sedan 2010 har samma positiva differens kunnat ses för måluppfyllelse för LDL-kolesterol för patienter med diabetes. Av figuren framgår det att differensen mellan landsting med respektive utan diabetesmål har fluktuerat innan 2010.

Vid analys av måluppfyllelse för blodtryck för diabetiker och antal amputationer ovanför fotleden finns inga större skillnader mellan landsting med diabetesmått jämfört med de landsting som valt att inte koppla målrelaterad ersättning till diabetesmått.

Således tycks data från Öppna jämförelser indikera att landsting som använder målrelaterad ersättning för diabetes har haft en något bättre kvalitetsutveckling än övriga landsting. Huruvida denna observerade skillnad kan hänföras direkt till den målrelaterade ersättningen går dock inte att säga med säkerhet. En annan möjlig förklaring är att de landsting som infört målrelaterad ersättning för diabetes är de som även i övrigt satsar mest på just diabetesvården, och att de därför har haft en mer gynnsam utveckling, eller att dessa landsting genomför bättre ledning och styrning över lag.

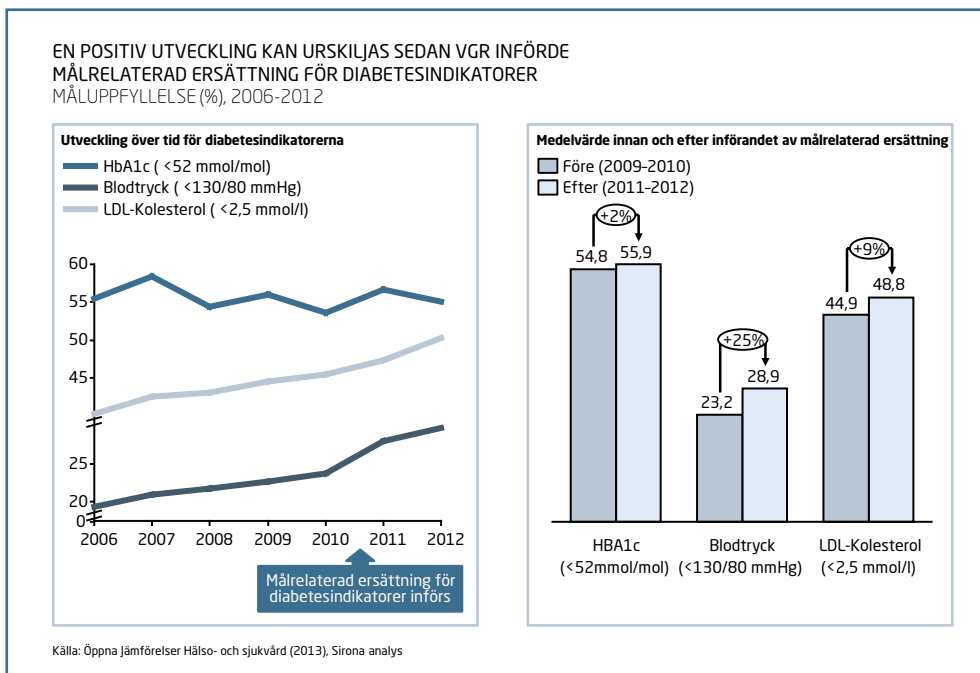


Figur 11: Analys av utvecklingen över tid för måluppfyllelse av HbA1c och LDL-kolesterol.

För att ytterligare konkretisera effekten av införandet av målrelaterad ersättning för diabetesmått exemplifieras Västra Götalandsregionens utveckling över tid för tre indikatorer i Figur 12. Västra Götalandsregionen har haft målrelaterad ersättning kopplad till diabetesmått sedan 2011. Totalt har Västra Götalandsregionen åtta diabetesindikatorer, varav två stycken är resultatmått: Mål för HbA1c och LDL-kolesterol. För blodtryck finns endast ett processmått: Registrering i Nationella Diabetesregistret att blodtryck har tagits på patienten.

Av Figur 12 framgår att utvecklingen av måluppfyllelse för samtliga indikatorer har varit positiv sedan målrelaterad ersättning infördes i regionen. Framför allt är det måluppfyllelsen för blodtryck som har ökat, men en svag ökning kan även ses för blodsockervärdet (HbA1c) samt för LDL-kolesterol. Enligt tidigare resonemang går det dock inte att fastställa att det råder kausalitet mellan införandet av målrelaterad ersättning och den positiva utvecklingen av måluppfyllelse för indikatorerna. Många andra faktorer kan påverka resultatet.

Det är också relevant att nämna att vår erfarenhet visar att god ledning och styrning, inklusive tydlig resultatstyrning, både leder till att genomsnittresultaten förbättras, och – kanske ännu viktigare – också leder till att variabiliteten i resultaten minskar. Med andra ord, de vårdenheter som presterar sämst lyfter sig relativt sett mest. Detta är en observation baserad på omfattande erfarenhet som av naturliga skäl inte enkelt kan påvisas genom forskning.



Figur 12: Analys av utvecklingen av måluppfyllelse för tre indikatorer över tid för Västra Götalandsregionen.

5 Vilka ersättningsformer bör användas inom primärvården?

Samtliga identifierade ersättningsformer har olika effekt på kvalitet, kostnader och effektivitet samt systemstyrning. Det innebär att det är viktigt att utforma ett system som lyfter enskilda ersättningsformers positiva effekter och som väger upp för de negativa effekterna som vissa ersättningsformer bidrar med. Vår rekommendation är att använda kapitation som basersättning och komplettera med målrelaterad ersättning för att styra mot relevanta uppsatta kvalitetsmål.

I detta avsnitt beskrivs vilka effekter och incitament som olika ersättningsformer skapar, baserat på ett antal relevanta kriterier. Utifrån detta utarbetas sedan en rekommendation kring vilka ersättningsformer som är lämpliga att använda beroende på landstingets mål och förutsättningar.

5.1 Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer?

Ersättningsystemens huvudsakliga mål är att få organisationer och individer att sträva efter att ge god vård när den behövs och att långsiktigt åstadkomma en god hälsa hos hela befolkningen. För att belysa vilka incitament de olika ersättningsformerna ger analyseras ersättningsformerna utifrån perspektiven kvalitet, kostnader och effektivitet samt systemstyrning. För varje perspektiv har vi formulerat olika kriterier som ersättningsmodellerna analyseras utifrån. Figur 13 redogör för de 14 uppställda kriterierna. I efterföljande avsnitt beskrivs fördelar och nackdelar med de olika ersättningsformerna för varje kriterium. I avsnitt 9.1 finns sammanfattande resonemang kring hur olika ersättningsformer uppfyller kriterierna.

5.1.1 Hur påverkas kvalitet?

Vid utvärdering av ersättningsformerna med avseende på kvalitet har de olika ersättningsformerna kartlagts utifrån i vilken utsträckning de:

- Skapar incitament för kvalitetsförbättringar
- Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens
- Bidrar till patientfokus
- Främjar jämlik vård och hälsa
- Bidrar till god tillgänglighet

Vid anslagsfinansiering och kapitationsersättning finns det incitament för att hålla nere produktionen för att minska kostnaderna, eftersom ersättningen är oberoende av producerad volym och kvalitetsresultat. Detta kan innebära en risk för dålig tillgänglighet, låg patientservice och en låg kvalitet av den utförda vården. Anslagsfinansiering stimulerar inte till patientfokus då utföraren tilldelas ett fast belopp oavsett patientgruppens resursbehov. Kapitationsersättning kombinerat med ACG och/eller CNI bidrar mer till patientfokus då ersättningen tar tydligare hänsyn till patienternas vårdtyngd.

SIRONAS RAMVERK FÖR UTVÄRDERING AV ERSÄTTNINGSFORMER		
Kriterier för utvärdering av ersättningsformer	Kriteriet avser:	
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Om utföraren får ekonomisk kompensation för högre kvalitetsresultat
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Om ersättningsformen bidrar till att konkurrensfördelar kan erhållas genom att erbjuda tjänster med hög kvalitet
	3. Bidrar till patientfokus	Om ersättningsformen skapar ekonomiska incitament att anpassa värden efter individens situation
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Om ersättningsformens skapar incitament för jämlik vård och hälsa, exempelvis genom att motverka patientselektion
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Om ersättningsformen bidrar till att fler individer kan få tillgång till vård inom systemet som helhet
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Om ersättningsformen ger förutsättningar för finansären att begränsa de ekonomiska ramarna och på förhand förutsäga kostnader
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolym	Om ersättningsformen bidrar till om utföraren får ekonomiska incitament att utöka kapaciteten
	8. Förbättrar transparens av kostnader	Om ersättningsformen bidrar till att synliggöra vilka typer av kostnader som skapas för finansären
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Om ersättningsformen ger ekonomiska incitament att minska kostnaden med bibehållen kvalitet
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansär och utförare	Om ersättningsformen möjliggör ekonomisk riskdelning, exempelvis vid över- eller underkonsumtion av vård
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	Om ersättningsformen kan utformas för att främja samarbete och samverkan mellan olika aktörer inom hälsa, sjukvård, socialtjänst och omsorg
	12. Ger incitament för innovation	Om ersättningsformen positivt påverkar möjligheten till innovation och nytänkande
	13. Är robust mot manipulation	Om ersättningsformen är robust mot manipulation av systemet för att erhålla högre ersättning
	14. Medför begränsad administrativ börda	Om ersättningen medför begränsad administrativ börda för finansären och utföraren vid exempelvis uppföljning och inrapportering

Figur 13: Sironas ramverk för utvärdering av ersättningsformer är utvecklat baserat på en rad nationella och internationella källor, inklusive hälso- och sjukvårdslagens krav och Socialstyrelsens principer för God Vård, samt diskussioner med referensgruppen. [2][8][9][10][27][28][29][30][31]

Kapitation tillsammans med vårdval är även en mer fördelaktig ersättningsform jämfört med anslagsfinansiering ur ett tillgänglighetsperspektiv. Följer ersättningen patienterna och patienterna värdesätter en god tillgänglighet måste utförarna ta hänsyn till detta om de ska behålla befintliga patienter och attrahera nya. Vid anslagsfinansiering finns det risk för en begränsning i tillgänglighet då det finns incitament för utförarna att reducera volymen (att möta färre patienter/lämna patienterna i kö) och därigenom reducera kostnaderna, eftersom intäkterna kommer oavsett. Kapitationsersättning å andra sidan går att utforma så att systemet har en mer positiv effekt på tillgängligheten för patienterna, även om denna ersättningsform utan komplement också medför incitament för att reducera produktionsvolym och kostnad.

Patientselektion riskerar att uppstå vid kapitations- och anslagsersättning eftersom dessa kan ge incitament för utföraren att göra sig av med resurs- och kostnadskrävande patienter. Då ersättningsbeloppet är fast finns det ett incitament att premiera de lättbehandlade patienterna och låta de svårbehandlade patienterna hamna på väntelista. Vid kapitationsersättning kan denna risk dock motverkas genom att differentiera ersättningen efter vårdtyngd. Genom att differentiera efter vårdtyngd kan selektion vid listning motverkas, dock kvarstår problem med selektion vid behandling.

En annan motverkande kraft mot patientselektion är valfrihetssystem i kombination med kapitationsersättning. Patienterna har då möjlighet att lista sig hos annan utförare om de inte får tillgång till den vård de behöver. Detta medför att ett valfrihetssystem med kapitation uppmuntrar till kvalitetskonkurrens, då ersättningen följer patienten. Dock är det tveksamt om de mest vårdtunga/”kostsamma” patienterna kommer att välja att lista sig på en annan vårdcentral om de inte är nöjda med vården eller tillgängligheten. Vidare kan beställaren också kräva att utförarna måste lista alla patienter som önskar detta, då ges ingen möjlighet för utföraren att selektera de mest ”attraktiva” patienterna (de friskaste).

Vid åtgärdsbaserad ersättning finns det incitament för att sänka kostnaderna och öka volymen vilket kan resultera i sämre kvalitet. Dessutom ger behandlingar på grund av komplikationer ytterligare ersättning. Åtgärdsersättning uppmuntrar dock till kvalitetskonkurrens, givet fungerande valfrihet, då utföraren kan gå miste om framtida besök. Detta innebär att utföraren måste hålla en viss nivå på den patientupplevda kvaliteten för att säkra framtida patientströmmar. Då utföraren är beroende av patienter för att få ersättning bidrar det till visst patientfokus. Dock innebär det även en risk för att patientens önskemål om behandlingar/åtgärder tillgodoses även om de inte är motiverade ur ett samhällsperspektiv eller främjar individens hälsa (exempelvis onödig antibiotikabehandling).

Det finns risk att vissa åtgärder ersätts högre än andra (relativt arbetsinsats och övriga kostnader) vid åtgärdsbaserad ersättning. Detta kan medföra incitament för att anpassa vårdens innehåll till det som ger bäst ersättning vilket inte nödvändigtvis sammanfaller med vad som är bäst för patienten. [2] Så länge som utföraren har ledig kapacitet och kostnaden för att utföra åtgärden är lägre än ersättningen finns det incitament för utföraren att utföra åtgärden. När åtgärdsbaserad ersättning används är det därför viktigt att noga tänka igenom hur varje åtgärd ersätts, så att incitament skapas för att utföra rätt åtgärd för rätt patient vid rätt tidpunkt.

Målrelaterad ersättning kan användas som ett komplement för att kompensera de risker för låg kvalitet som övriga ersättningsformer kan medföra. Mål kan väljas utifrån vilka aspekter och områden som beställaren vill förbättra. Genom att knyta ersättning till kvalitetsmål ges incitament för att förbättra kvaliteten och mål kan även knytas till hälsoutfall. Dessutom uppmuntrar målrelaterad ersättning till kvalitetskonkurrens då utförare med högre måluppfyllelse får högre ersättning samtidigt som den öppna redovisningen ökar konkurrensen ytterligare en nivå.

Vidare kan mål upprättas som ökar värdet för patienten vilket bidrar till bra patientfokus. Mål kan även skapas för att främja jämlik vård och hälsa samt för att bidra till en god tillgänglighet, men om dessa mål saknas finns ingen direkt effekt på jämlikhet eller tillgänglighet. Vid målrelaterad ersättning kan det dock finnas vissa ekonomiska incitament för patientselektion genom att överproducera vård till de lättbehandlade patienterna och undvika komplicerade fall. Detta beror på att det kan vara lättare att nå målen för mindre komplicerade patienter.

5.1.2 Hur påverkas kostnader och effektivitet?

Fem olika kriterier har identifierats för att analysera ersättningsformers effekter gällande kostnader och effektivitet. De fyra olika ersättningsformerna har analyserats utifrån i vilken grad de:

- Möjliggör totalkostnadskontroll
- Skapar incitament för ökade produktionsvolym
- Förbättrar transparens av kostnader
- Ökar kostnadseffektiviteten
- Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare

Generellt sägs det finnas ett motsatsförhållande mellan produktionsvolym och kostnadskontroll. En låg grad av rörlig ersättning ger svaga incitament för hög produktionsvolym, då ersättningen är konstant oavsett hur mycket utföraren producerar. Detta ger snarare ett incitament för utföraren att producera mindre vård då detta resulterar i lägre kostnad. Den låga graden av rörlig ersättning ger dock budgethållaren en god

kostnadskontroll. Vid en hög grad av rörlig ersättning blir effekterna motsatta. Denna typ av ersättning ger incitament för utföraren att genomföra så många insatser som möjligt (vilket är bra för tillgängligheten men kan i värsta fall medföra att resurserna används ineffektivt) och detta resulterar i att budgethållaren i mindre utsträckning kan kontrollera kostnaden.

Anslagsfinansiering, där utföraren tilldelas ett fast belopp, ger i teorin en god kostnadskontroll för budgethållaren. Det fasta beloppet baseras ofta på föregående års resursförbrukning, köer etc. vilket skapar incitament för utföraren att inte genomföra effektiviseringsåtgärder då detta kan leda till minskade anslag kommande år. Köer kan till och med vara argument för att utföraren ska få extra mycket pengar nästkommande år. Detta betyder att denna typ av ersättningsform ger till synes god förutsägbarhet för budgethållaren och god totalkostnadskontroll, men den innehåller inga incitament för produktivitetsförbättringar eller för ökade volymer. Vidare skapar anslagsfinansiering inga tydliga förbättringar avseende kostnads-/aktivitetstransparens då ersättningen ges som ett fast belopp och det saknas en mekanism som belyser utförarens kostnader på en detaljnivå, eller som tydligt kopplar ersättningens omfattning till volymer.

Kapitation ger god kostnadskontroll då beloppet bestäms i förväg och baseras på antalet listade personer och oftast kompletteras med justeringar för exempelvis vårdtyngd. Då ersättningen är fast per person ges inga incitament för ökad volym, men systemet ger däremot incitament för att minska kostnaderna och därigenom öka resultatmarginalen. Kapitation ger även bättre transparens av kostnader än anslagsfinansiering om ersättningen kompletteras med personernas vårdtyngd.

Vid åtgärdsbaserad ersättning ersätts utföraren i efterhand för alla aktiviteter som genomförts, vilket förbättrar transparensen då alla åtgärder måste redovisas. Detta system medför en sämre kostnadskontroll för budgethållaren då det finns incitament för utföraren att producera mycket vård, och en risk för att då genomföra åtgärder som inte egentligen är nödvändiga. Den höga produktionen av vård som denna ersättningsform kan medföra kan leda till sämre effektivitet och överutnyttjande av tjänster. Ett exempel är leverantörsstyrd efterfrågan vilket innebär att utföraren rekommenderar patienten insatser som inte är nödvändiga, men som premierar utföraren ekonomiskt. I ett system där patienten inte behöver stå för kostnaden, eller där patienten har ett stort informationsunderläge, medför detta att det finns en efterfrågan på insatsen så länge som nyttan är större än noll.

Vid målrelaterad ersättning premieras uppnådda mål och detta innebär att det inte finns någon koppling till mängden vård som produceras, förutsatt att vårdvolymen inte är ett mål som belönas i sig. Målrelaterad ersättning ökar effektiviteten för de områden som ersättningen riktas mot genom att öka produktionen och minska produktionskostnaderna. [2] Det finns även incitament för att uppnå fler mål med lägre kostnader, vilket ökar kostnadseffektiviteten.

Vid både åtgärdsbaserad och målrelaterad ersättning kan finansären använda sig av ett tak för ersättningen för att inte tappa totalkostnadskontrollen. Användandet av ersättningstak kan även bidra till att utföraren får incitament för att göra varje åtgärd så effektiv som möjligt vid åtgärdsbaserad ersättning. Till målrelaterad ersättning går det även att knyta relativa mål med vite till de sämsta vårdgivarna och bonus till de bästa vårdgivarna, vilket innebär att den målrelaterade ersättningen inte kommer att påverka finansären ekonomiskt då de sämsta vårdgivarna indirekt kommer att få betala de bästa vårdgivarnas bonus.

Ingen av de presenterade ersättningsformerna möjliggör en fullständig ekonomisk riskdelning mellan finansär och utförare i termer av både totalkostnad och kostnad

per volymenhet (patient respektive åtgärd). Vid anslagsfinansiering och kapitation är finansiärens kostnader givna i förväg vilket skapar god totalkostnadskontroll. Dock tar finansiären på sig en annan form av ekonomisk risk vid anslagsfinansiering om vårdkonsumtionen understiger den förväntade, då finansiären i denna situation måste ersätta utföraren för icke utförd vård vilket ökar kostnaden per volymenhet. Den största risken med anslagsfinansiering är dock att systemet ger incitament att skapa köer. Utföraren i ett anslagssystem riskerar att tvingas utföra vård utan att få ersättning om vårdkonsumtionen överstiger den förväntade. Finansiären får en liknande ekonomisk risk vid kapitationsersättning. För utföraren tillkommer risken att få minskad ersättning till följd av att personer listar sig hos andra utförare.

Vid åtgärdsbaserad ersättning och målrelaterad ersättning bär utförarna en stor risk då de endast ersätts för genomförda åtgärder eller uppfyllda mål, vilket innebär att det är svårt att förutspå hur stora intäkterna kommer att bli. Vid åtgärdsbaserad ersättning betyder detta att utföraren är beroende av stora volymer för att få mycket ersättning och vid målrelaterad ersättning är utföraren beroende av att utföra de aktiviteter som ger bäst måluppfyllelse. Dessa två system medför även en risk för finansiären om inget ersättningstak är satt då de inte ger någon totalkostnadskontroll.

5.1.3 Hur påverkas systemstyrning?

Vid utvärdering av ersättningsformernas effekt på systemstyrning analyseras de utifrån följande perspektiv:

- Gynnar helhetsperspektiv och samverkan
- Ger incitament för innovation
- Är robust mot manipulation
- Medför begränsad administrativ börda

Helhetsperspektiv och samverkan

En positiv effekt med målrelaterad ersättning är att den kan leda till en ökad helhetssyn och samverkan jämfört med andra ersättningsformer. [9] Exempelvis kan ersättning för gemensamma samverkansinsatser mellan slutenvården, primärvården och kommunala omsorgen utbetalas, såsom att genomföra en gemensam vårdplanering när en multisjuk äldre är utskrivningsklar från ett sjukhus. [29] En annan möjlig ersättningsparameter för att förbättra helhetsperspektiv och samverkan är att ersätta för undvikbar slutenvård, där ersättningen fördelas mellan fler aktörer. Inga av de andra analyserade ersättningsformerna bidrar till explicit helhetsperspektiv eller samverkan. Det är dock möjligt att skapa incitament exempelvis genom att höja aggregeringsnivån till att inkludera flera aktörer. [29]

Innovation

En önskvärd effekt av ersättningssystem är att ge incitament till innovation. Genom innovation kan vårdens effektivitet förbättras, exempelvis genom att åtgången av resurser för att uppnå ett givet hälsoutfall minskas eller hälsoutfall förbättras på ett kostnadseffektivt sätt.

Målrelaterad ersättning kan styra klokt mot innovation, men kan även begränsa innovationsmöjligheter om ersättningsystemet bygger på mindre kloka mål. Resultatmått främjar utveckling av nya arbetssätt att uppnå önskvärda resultat. Innovationen kan ske lokalt där varje verksamhet har frihet att utföra tjänster på det sätt som verksamheten bedömer vara bäst. Processmått kan användas inom områden där evidensbaserade

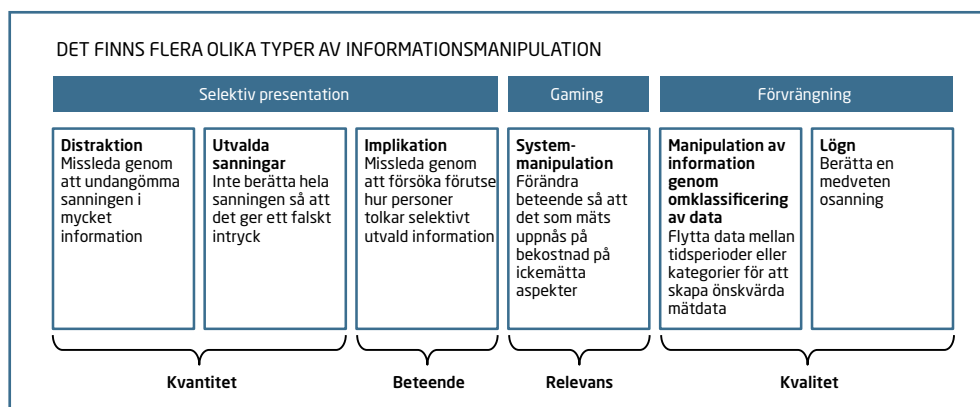
metoder eller åtgärder redan finns, men är mindre lämpliga eftersom de skapar mindre utrymme för innovation. [4] [32] Generellt är vår erfarenhet att det finns stora positiva innovationseffekter genom att fokusera på de slutgiltiga resultaten man vill uppnå, och styra ersättningen mot detta, och att detaljstyrning av process- eller strukturmått tenderar att motverka innovation och cementera gamla arbetssätt och processer.

Vid anslagsfinansiering finns svaga incitament för att minska resursförbrukningen eller införa innovationer då detta kan leda till mindre ersättning kommande år. Även vid åtgärdsbaserad ersättning finns svaga incitament för innovation då utföraren ersätts per utförd åtgärd, vilket begränsar möjligheterna att införa nya arbetssätt.

Manipulation

Det finns risk att ersättningsystemen manipuleras då ersättningsformerna är beroende av information från utföraren för att beräkna storleken på ersättningen. [30] Alla metoder för ersättning har en risk för manipulation. I Figur 14 presenteras ett ramverk för klassificering av olika manipuleringsstrategier. Ramverket används för att underlätta diskussionen kring vilka olika manipulationsrisker som respektive ersättningsform kan medföra. Det finns fyra principer vid användning och presentation av information:

- Kvantitet avser att tillhandahålla rätt mängd information, varken för mycket eller för lite
- Kvalitet avser att tillhandahålla rätt information
- Relevans avser att tillhandahålla relevant information
- Beteende avser att tillhandahålla tydlig information



Figur 14: Typer av informationsmanipulation. Översatt från Downes och Fisher. [33]

Anslagsfinansiering skapar incitament för utföraren att låta kostnaderna vara oförändrade eller öka då ersättningens storlek oftast baseras på historiska kostnader. Utförare som minskar kostnader bestraffas i praktiken genom minskade anslag nästkommande period. Detta innebär att det kan uppstå en risk för manipulation av systemet genom kreativ bokföring eller genom att kommunicera att det finns stora behov och långa köer för att undvika minskade anslag. [2] Detta beteende var, enligt vår bedömning, ett stort problem förr då primärvården i stor utsträckning var anslagsfinansierad och det inte fanns valfrihet samtidigt som egenregi-verksamheten hade lokala geografiska monopol utan konkurrens. Även ersättningsystem som bygger på kapitation går att manipulera genom såkallad övervältring av patienter. Detta begrepp innebär att den listade patienten hänvisas till att söka vård hos andra vårdgivare på samma nivå eller på högre vårdnivåer än nödvändigt för att utföraren ska slippa vårdkostnaden för patienten trots att utföraren har vidhållit ersättning för den listade patienten. Ett sätt att motverka detta är att inkludera ersättning för täckningsgrad, vilket innebär att

utföraren får mer ersättning om listade patienter gör en större andel av sina öppenvårdsbesök inom sådan verksamhet som den aktuella utföraren har kostnadsansvar för. Denna form av ersättning måste dock vara väl genomarbetad för att säkra rätt incitament och få önskad effekt. Vissa landsting har exempelvis testat att införa täckningsgrad som inkluderar tillgång till diagnostisk röntgen. Detta kan dock medföra risker då denna typ av undersökningar kostar långt mer än vad hela kapitationsersättningen ger i ersättning för omhändertagandet av patienten under ett helt år. Vårdgivaren får då ett incitament att undvika undersökningar som vore medicinskt motiverade.

Vid åtgärdsbaserad ersättning finns det en risk att utföraren avsiktligt registrerar besök på fel sätt eller att onödiga besök genomförs. Detta beror på att utföraren är beroende av antalet utförda åtgärder för att få ersättning.

Beroende på hur detaljerna i de målrelaterade ersättningssystemen är utformade finns även här en risk för manipulation. En risk är undanträngningseffekter eller systemmanipulation enligt ramverket i Figur 14, där utföraren fokuserar på de mål som ersätts på bekostnad av andra kvalitetsaspekter. Om ersättningen baseras på av utföraren egenrapporterade data finns risk för manipulation av information genom omklassificering av data. Det kan exempelvis innebära att utföraren undlåter att rapportera in information eller rapporterar in felaktig information.

Risken för manipulation av data kan exempelvis minskas genom att hämta information som ligger till grund för den målrelaterade ersättningen från en annan källa än utföraren [30] eller att beställaren utför inspektioner för att kontrollera att informationen stämmer överens med verkligheten. En möjlighet är att basera målrelaterad ersättning på enkätundersökningar, exempelvis kundnöjdhetenkäter eller medarbetarenkäter. Det finns dock en potentiell risk att utförarna försöker påverka respondenterna att lämna ett gott omdöme. För att minska risken för manipulation kan även data för kvalitetsindikatorerna hämtas direkt från journalsystemen, givet att de tekniska förutsättningarna finns på plats. Allt detta är viktiga frågor att analysera och diskutera i det vidare arbetet.

Administrativ börda

Anslagsfinansiering medför en marginell administrativ börda för både utförare och beställare då inga aktiviteter behöver registreras utan ersättningen är fast och bestämd i förväg. Kapitation, givet vårdval, medför däremot mer administrativt arbete än anslagsfinansiering för både utföraren och beställaren. Ersättningen är, precis som vid anslagsfinansiering, definierad i förväg, men bygger på antalet listade personer och deras vårdtyngd. Detta innebär en del administrativt arbete i samband med listningen av patienter och beräkning av deras vårdtyngd. [2]

Både åtgärdsbaserad ersättning och målrelaterad ersättning medför ett visst administrativt tillägsarbete för utföraren och beställaren. Vid åtgärdsbaserad ersättning måste utföraren noggrant registrera varje utförd åtgärd för att få korrekt ersättning. Ett liknande upplägg gäller för målrelaterad ersättning då målluppfyllelse ska rapporteras, dokumenteras och följas upp vilket leder till ökad administration. [9] Erfarenhet visar dock att den samlade administrativa kostnaden är relativt låg.

5.2 Vilka ersättningsformer rekommenderas för primärvården?

Olika ersättningsformer har olika effekt på kvalitet, kostnader och effektivitet samt möjligheter för systemstyrning. Det finns ingen ersättningsform som enbart har positiv effekt på samtliga kriterier, utan hänsyn måste tas till varje ersättningsforms för- och nackdelar vid utformningen av ersättningssystem för primärvården. Det viktigaste är

att sammansättningen av ersättningsformerna till ett system väger upp för de negativa effekterna som vissa ersättningsformer bidrar med och istället tar fram de positiva effekterna som varje ersättningsform medför.

Dagens ersättningssystem inom primärvården består huvudsakligen av kapitation för samtliga svenska landsting, men kompletteras i många fall av målrelaterad och åtgärdsbaserad ersättning. Vår samlade bedömning är att kapitation är det mest lämpliga systemet för basersättning i primärvården även framöver, då det tydligt kopplar ersättningen till patientens val av vårdcentral, vilket ger samtliga utförare ett starkt incitament att behålla existerande patienter och attrahera nya. Kapitation ger dessutom god totalkostnadskontroll och förutsägbarhet för beställaren.

Ren kapitationsersättning har dock vissa brister, främst kopplade till att utförarna får samma ersättning för varje patient, oavsett vårdtyngd och genomförda insatser. Detta kan exempelvis drabba vårdcentraler med sjukare patienter eller vårdcentraler i glesbygden eller i socioekonomiskt utsatta områden. För att hantera denna problematik bör ett antal olika metoder för att justera och komplettera kapitationsersättningen användas:

- **ACG och CNI:** Justering efter vårdtyngd och socioekonomisk status kan göras genom användande av ACG (adjusted clinical groups) respektive CNI (care need index). Detta är lämpligt då det fördelar mer resurser till de utförare som har patientgrupper med stora behov, vilket skapar förutsättningar för en mer patientfokuserad och jämlik vård och motverkar försök till patientselektion.¹⁰ De metoder som används i många landsting idag bör förbättras för att trygga att svaga grupper inte missgynnas.
- **Täckningsgrad:** Delar av ersättningen kan kopplas till vårdcentralens täckningsgrad – det vill säga den andel av patientpopulationens öppenvårdskonsumtion som utföraren står för. Täckningsgrad kan definieras och beräknas på många olika sätt, men gemensamt är att syftet är att motverka övervältring av patienter till andra vårdnivåer, genom att skapa incitament för utförarna att möta patienternas behov i större utsträckning, och därmed bidra till att vården ges enligt *LEON-principen* (lägsta effektiva omhändertagandenivå). Eftersom små detaljer i utformningen av detta mått kan få stora effekter på utförarnas incitament, är det mycket viktigt att noga analysera den exakta utformningen innan ett eventuellt införande.
- **Geografisk justering:** Vårdcentraler som ligger i glesbygden, där tillgången till andra vårdnivåer kan vara begränsad, tar ofta av naturliga skäl större ansvar för sin patientpopulation än andra vårdcentraler och kan även ha högre kostnader. Ett sätt att kompensera för det är att justera ersättningen för geografiska faktorer, exempelvis genom ett *”glesbygdstillägg”*. Detta fyller delvis samma funktion som att justera ersättningen för täckningsgrad, och beställaren bör därför noga överväga ifall båda dessa justeringar är nödvändiga, eller om täckningsgrad räcker för att uppnå de önskade effekterna.
- **Besöksersättning:** Som diskussionen i avsnitten ovan visar tenderar åtgärdsbaserad ersättning att ge incitament till höga produktionsvolymerna. Detta har historiskt varit nödvändigt i många fall för att åtgärda bristande tillgänglighet. Sedan införandet av vårdval är detta behov dock väsentligt mindre än tidigare då monopolet inom primärvården har försvunnit vilket bidrar till kortare köer¹¹. Eftersom besöksersättning

¹⁰ Riksrevisionens rapport ”Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?” (RiR 2014:22) tyder på att primärvården i vissa fall blivit mera ojämlig i delar av landet. Tidigare har granskningar av Karolinska Institutet (2013) och Myndigheten för vårdanalys (2013) visat annorlunda. Riksrevisionen rekommenderar som en följd av sina egna slutsatser – som inte kan stödjas av Karolinska Institutet och Myndigheten för vårdanalys analys - regeringen att ta initiativ till att göra landstingens ersättningssystemen mera lika. Riksrevisionen tycker vidare att principerna för ersättningarna bör vidareutvecklas så att de mera styr mera mot vårdens etiska principer.

¹¹ Det bör påpekas att även andra aspekter, såsom Kömiljarden, har haft en viktig roll i att korta köerna.

riskerar att lägga för mycket fokus på att ”räkna pinnar” och att dra till sig ”enkla” patienter istället för att ta ett helhetsansvar, är därmed vår bedömning att man bör vara mycket försiktig med att använda denna ersättningsform framöver. För att åtgärda eventuella köer eller tillgänglighetsproblem är vår rekommendation att i första hand överväga att justera kapitationsersättningen (exempelvis för täckningsgrad), och i andra hand att koppla delar av en eventuell målrelaterad ersättning till uppfyllelse av tillgänglighetsmått, eller överväga åtgärder som inte är kopplade till ersättningen, exempelvis att göra det enklare för fler vårdgivare att etablera sig.

Vid beslut kring dessa olika former av justering av ersättningen, bör man ha i åtanke att samtliga medför en viss ökad administrativ börda, och därmed ställer större krav på resurser och kompetens från beställaren. En fördjupad analys är även nödvändig för att utforma varje del i detalj och avgöra hur stor vikt som ska läggas vid respektive justering.

Utöver de ovan nämnda ersättningsformerna förekommer ett antal olika typer av justering av primärvårdsersättningen inom landstingen idag. Exempel på detta är läkemedelsersättning och tolkersättning. Dessa utgör i många fall en signifikant del av vårdcentralernas totala ersättning, och deras utformning har således relevanta effekter på systemets incitament. Inom ramen för detta arbete har det inte funnits utrymme att gå in på dessa effekter; djupare analys och vidare diskussioner mellan berörda parter behövs för att kunna dra slutsatser kring detta.

För att styra mot relevanta kvalitetsmål rekommenderar vi att en andel av ersättningen görs målrelaterad. De landsting som har haft målrelaterad ersättning kopplad till exempelvis diabetes har bättre resultat än de landsting som inte har haft sådana incitament. Vi kan självklart inte påvisa en kausalitet – att det enbart är på grund av de målrelaterade ersättningarna som kvaliteten är bättre – men vi bedömer att detta ingår som en viktig del i helheten. I litteraturen finns begränsad evidens kring huruvida målrelaterad ersättning bidrar till kvalitets- och effektivitetsförbättringar eller ej, men praktisk erfarenhet indikerar att ersättning knuten till påverkbara mål har en tydlig inverkan på utförarnas agerande.

Vi rekommenderar därför en liten, men ändå effektiv, målrelaterad ersättning som komplement till basersättningen, för att ge extra incitament till förbättringar i kvalitet och för att reducera de risker som kapitationsersättningen medför. Även om fördelarna med målrelaterad ersättning är många, medför denna ersättningsform dock ett flertal risker som måste beaktas.

Exempelvis föreligger det en risk att utförare enbart fokuserar på de mål som ersätts på bekostnad av övriga områden som inte följs upp. Vidare finns risk för detaljstyrning av utförare beroende på vilka mål och mått som den målrelaterade ersättningen bygger på. Slutligen riskerar målrelaterad ersättning att skapa drivkrafter för utförare att manipulera systemet så att en högre ersättning erhålls. Det är även ett problem om de mål som sätts står utanför utförarens möjlighet att påverka, och självklart en stor risk om beställaren skulle sätta felaktiga eller irrelevanta mål.

Det är en stor utmaning att utforma ett målrelaterat ersättningssystem som beaktar ovan nämnda risker och samtidigt fångar upp och uppmuntrar goda kvalitetsresultat. Detta faktum bör dock inte tas som ett argument för att avstå från att använda målrelaterad ersättning; en vidare process bör drivas gemensamt av alla involverade aktörer för att utreda hur ett eventuellt gemensamt system skulle kunna utformas för att ge maximala incitament för kvalitet och effektivitet samtidigt som det hanterar de olika riskerna. I nästa kapitel presenteras ett inspel till denna diskussion.

6 Hur bör ett system för målrelaterad ersättning för primärvården utformas?

Vi rekommenderar en modell som omfattar tre delar: patientrapporterad kvalitet, medicinsk kvalitet och patientsäkerhet samt beställarens egna mål. De första två delarna föreslås utformas som en standard för alla landsting. Eftersom varje landsting har sina egna förutsättningar anser vi att det finns ett värde i att den sista delen går att utforma efter landstingets egna mål. Vidare anser vi att den målrelaterade ersättningen bör uppgå till 3-5 procent av den totala ersättningen och att den bör utformas med bonus som belöningsstrategi.

Utifrån utgångspunkten att det är fördelaktigt att använda målrelaterad ersättning som komplement till basersättningen förs i detta kapitel en diskussion kring hur detta system bör utformas. Inledningsvis presenteras vilka olika typer av indikatorer som är önskvärda att följa upp samt vilka datakällor som finns tillgängliga att basera indikatorerna på. Vidare förs en diskussion kring hur många typer av mått som ska användas samt hur stor andel av den totala ersättningen som bör vara målrelaterad. Avslutningsvis presenteras olika typer av belöningsstrategier och lämplig period för uppföljning diskuteras.

Detta förslag ska ses som ett initialt utkast för samtliga involverade aktörer att gemensamt diskutera och detaljera vidare.

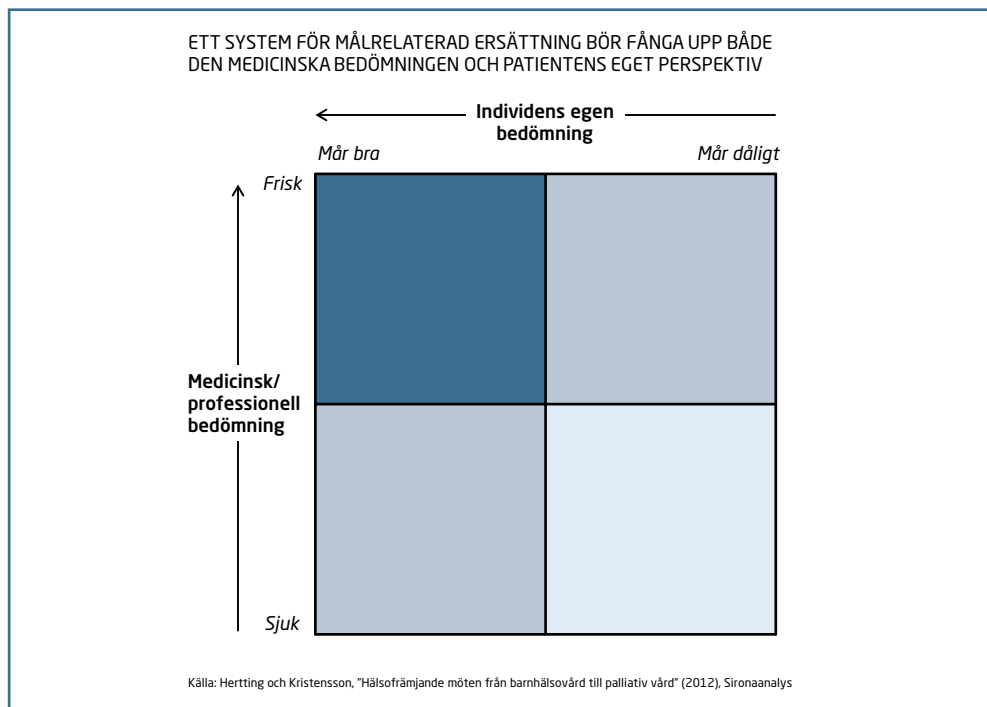
6.1 Hur bör indikatorer för målrelaterad ersättning väljas ut?

I tidigare kapitel har bakgrunden till olika typer av mått presenterats. Denna del syftar till att närmare beskriva vilka olika typer av indikatorer som kan användas för målrelaterad ersättning och vilka datakällor som finns att tillgå.

6.1.1 Vilka slags indikatorer bör användas?

Vid utformning av indikatorer för målrelaterad ersättning inom primärvården är vår utgångspunkt att både professionens och patientens perspektiv bör beaktas. Figur 15 illustrerar en matris där den lodrätta axeln beskriver den professionella bedömningen (patienten anses vara sjuk eller frisk) och den horisontella axeln beskriver patientens egen bedömning (patienten mår bra eller dåligt). Den optimala situationen uppstår om både patienten bedömer att han/hon mår bra och professionen uppfattar att patienten är frisk. Vid vissa tillfällen kan professionens och patientens bedömning om vad som ger bäst utfall stå i konflikt med varandra. [34]

Vid val av indikatorer för målrelaterad ersättning anser vi att det är viktigt att beakta både patientens och professionens perspektiv, då de fångar olika och komplementära dimensioner av kvalitet. Ett system som fokuserar för ensidigt på en av dimensionerna riskerar att bidra till snedvridna incitament och att det inte uppfattas som legitimt av samtliga inblandade. Genom att balansera de båda perspektiven tydliggörs att utförarna som verkar inom systemet måste arbeta *både* för att upprätthålla den medicinska kvaliteten *och* för att ha fokus på patienternas subjektiva upplevelse av kvalitet.



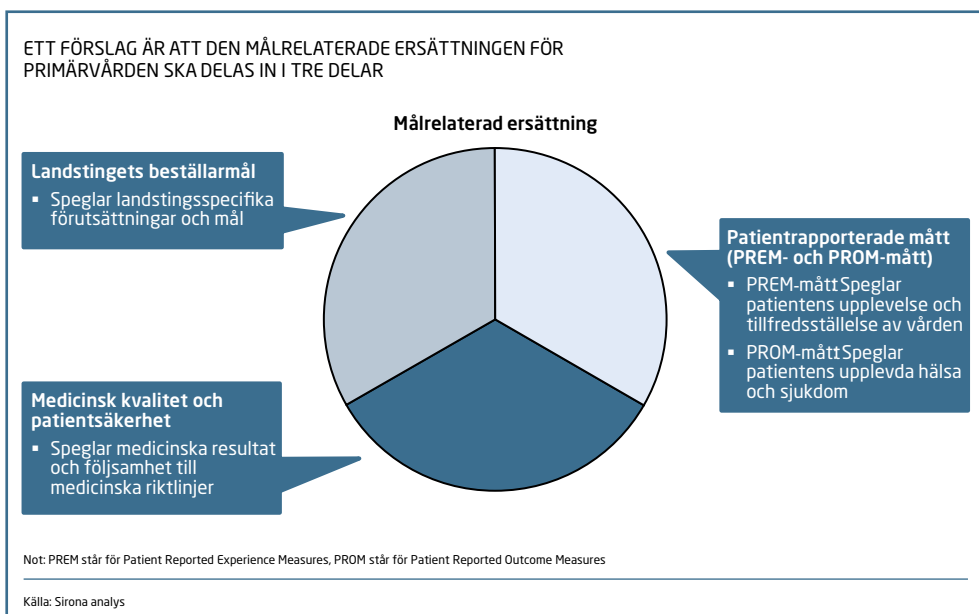
Figur 15: Vid utformning av indikatorer för målrelaterad ersättning inom diabetesvården är det viktigt att beakta båda patientens och professionens perspektiv.

Denna modell är möjlig att vidareutveckla genom att addera ytterligare en dimension: beställarens perspektiv. En fördel med denna vidareutvecklade modell är att den inkluderar alla aktörer (patient, profession och beställare) som påverkas av eller påverkar ersättningssystemet i en gemensam modell. Figur 16 visar vårt förslag till vilka delar som kan inkluderas i den målrelaterade ersättningen för primärvården. En långsiktig vision är att samtliga delar ska vara lika stora, dock är detta oftast inte möjligt i dagsläget utan något som bör eftersträvas i framtiden.

Vi rekommenderar en modell som fokuserar på tre faktorer: (1) patientens upplevda kvalitet genom PROM- och PREM-mått, (2) professionens bedömning av medicinsk kvalitet och patientsäkerhet samt (3) beställarens särskilda mål.

Två av tre delar (patientrapporterad kvalitet samt medicinsk kvalitet och patientsäkerhet) föreslås utformas som en standard som kan användas av samtliga landsting, och bör därför spegla mål som är önskvärda oavsett situation. En sådan standardiserad modell har fördelarna att enskilda landsting inte behöver lägga resurser på att ta fram ett eget system, samt att utförare som är aktiva i flera landsting inte behöver anpassa sig efter många olika mål och system.

Eftersom varje landsting har sina egna förutsättningar, finns det dock ett värde i att varje landsting har möjlighet att ersätta enligt egna mål. Denna möjlighet bidrar dessutom till större nytänkande och utvecklingskraft i landstingen än om utformningen av hela systemet är beslutad på nationell nivå. Därför föreslås att en tredjedel av den målrelaterade ersättningen dedicerats till landstingets egna beställarmål.



Figur 16: Ett förslag är att den målrelaterade ersättningen delas in i tre delar som speglar landstingets beställarmål, den medicinska kvaliteten och patientsäkerheten samt patienternas synvinkel.

Den första delen, patientrapporterade resultat, bör vara en blandning av PROM- och PREM-mått för att tillgodose patientens perspektiv. I 2a § 2 st. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) går det att utläsa att ”Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.” [35] De som bäst kan utvärdera huruvida detta uppfylls bör rimligtvis vara patienterna själva. I den föreslagna modellen baseras därför en av tre delar på patientrapporterad kvalitet.

Att använda sig av patientrapporterad kvalitet är dock inte helt oproblematiskt [36]. En synpunkt är att patientens upplevelse inte ger hela bilden då patienterna kan sakna medicinsk kunskap och utbildning och då måtten kan spegla andra aspekter än medicinskt utfall. Vidare har få studier som undersöker sambandet mellan patientrapporterade mått och hälsoutfall genomförts, och resultatet skiljer sig mellan olika undersökningar och mått. I den föreslagna modellen särskiljs dock patientrapporterat resultat från medicinska resultat, just för att de patientrapporterade resultaten ska spegla en annan dimension av vård och omsorg bl.a. interaktionen mellan utförare och patient och upplevda hälsoreultat och nöjdhet. [37] Vår bedömning är att patienten är den främsta experten på sitt eget liv och på sin egen upplevelse och detta är vår utgångspunkt i att rekommendera fokus på patientrelaterade mått.

Den andra delen syftar till att spegla de medicinska resultat som efterfrågas och även möjliggöra uppföljning och ersättning för patientsäkerhet, exempelvis genom att ersätta på följsamhet till medicinska riktlinjer. Struktur- och processindikatorer kan användas för att styra verksamheter att använda evidensbaserade arbetsmetoder, det vill säga existerande och dokumenterad kunskap framtagen av någon annan. Dessa indikatorer är lämpliga då det finns tydlig evidens för att vissa specifika förutsättningar eller processer leder till ett bra utfall. För att de ska bidra till god kvalitet måste struktur- och processindikatorer genomgå omprövningar i och med att evidens och kunskap förändras.

Resultatindikatorer möjliggör i större utsträckning att insatser individanpassas efter patientens behov och skapar större möjlighet för innovation. Resultatindikatorer kan därför med fördel användas då evidensbaserade metoder saknas för att ge incitament att utveckla nya metoder. Ytterligare en anledning till att målrelaterad ersättning i större utsträckning bör knytas till resultatmått snarare än processmått är att effekten på vårdkvaliteten är mer osäker för processmått än resultatmått. [4] Dock finns det även nackdelar med att använda resultatindikatorer, exempelvis kan resultatindikatorer i större utsträckning påverkas av slumpen och utförare med mer vårdtunga patienter kan få svårare att uppnå målen trots hög kvalitet.

Ett sätt att hantera denna problematik är att justera resultatindikatorerna utifrån utförarnas casemix, det vill säga deras patientsammansättning i termer av exempelvis ålder, diagnoser och socioekonomisk status. Om beställaren använder ACG och CNI för att justera basersättningen skulle samma information potentiellt kunna användas för casemix-justeringen. Det finns dock ett behov av att vidareutveckla casemixen då ACG/CNI inte är helt perfekta mått att utgå ifrån i denna typ av sammanhang. Fördelarna med att använda casemix måste vägas mot att en sådan justering riskerar att kraftigt öka den administrativa bördan och leda till betydande merarbete för beställaren.

Den sista delen består av landstingets beställarmål. Dessa ger landstinget möjlighet att anpassa systemet efter lokala förutsättningar, kontext eller specifika mål och fokusområden. Gemensamt för landstingets beställarmål är att de bör vara utformade enligt principen SMART, som är en akronym för att mål ska vara Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska och Tidssatta.

Vidare måste målen upplevas som påverkbara av utföraren. Det är således viktigt att utreda vilka aktörer som har möjlighet att påverka utfallet av en indikator. Om det är flera aktörer (exempelvis inom sjukvården) som påverkar utfallet kan detta göra att incitamenten försvagas för utföraren (dock kan ersättningen utformas på ett sådant sätt att samverkan uppmuntras, exempelvis genom att flera aktörer får dela på ersättningen). Uppföljningsprocessen måste utformas så att det sker på ett objektivt och transparent sätt. Slutligen bör målen vara icke-överlappande, det vill säga inte täckas av andra mål eller skallkrav. Vid utformningen bör man dessutom ha i beaktande att vissa typer av målsättningar kanske uppnås mer effektivt genom andra mekanismer än målrelaterad ersättning – exempelvis är ökad valfrihet och konkurrens i många fall det mest effektiva sättet att komma till rätta med bristande tillgänglighet.

Exempel på mått som landstingen skulle kunna innefatta i sina lokalt anpassade mål är:

- Mått som kopplas till särskilda satsningar från beställarens sida, exempelvis på tillgänglighet eller jämlikhet
- Mått som syftar till samverkan med landstingen och/eller samverkan mellan olika aktörer i en vårdkedja
- Mått som syftar till ständiga förbättringar i kvalitetsarbete
- Mått kopplade till innovation

6.1.2 Vilka datakällor är möjliga att basera indikatorer på?

I detta avsnitt diskuteras översiktligt datakällor som skulle kunna vara möjliga att basera den målrelaterade ersättningen på. Det är dock ett för tidigt skede för att rekommendera specifika indikatorer och dess utformning.

Patientrapporterad kvalitet

En möjlig källa för patientrapporterad kvalitet är Nationella patientenkäten som årligen genomförs i samtliga landsting. Institutet för kvalitetsindikatorer genomför undersökningen på uppdrag av landstingen. År 2013 skickades enkäten ut till 265 000 slumpmässigt utvalda patienter som under september månad har genomfört ett läkarbesök. Svarsfrekvensen uppgick till 53 procent. [38]

Undersökningen behandlar hur patienter upplever områdena bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta, rekommendation och helhetsintryck. [38] Västra Götalandsregionen använder idag nationella patientenkäten som källa för patientrapporterade mått. Ett övergripande PREM-mått som bör vara gemensamt för samtliga patienter oavsett sjukdomsgrupp är patienternas bedömning av bemötande och delaktighet. Ett exempel på ett PROM-mått skulle kunna vara upplevd nytta.

Det kan vara nödvändigt att utveckla särskilda patientrapporterade mått för stora patientgrupper som bättre speglar sjukdomsspecifika resultat, exempelvis för diabetesvården. NDR arbetar med att ta fram en patientenkät för att fånga upp PROM-mått i registret. Ett första förslag till patientenkät har tagits fram bland annat med hjälp av djupintervjuer med 29 personer med diabetes. I nästa steg ska patienter med diabetes få besvara enkäten och samtidigt lämna muntliga kommentarer om potentiella förbättringsmöjligheter. Parallellt kommer en expertgrupp att få ge synpunkter på enkäten. [39]

Ett exempel på ett specifikt patientrapporterat mått för diabetespatienter är om patienten har fått och är nöjd med utbildning om sin sjukdom. Både Diabetesförbundet och Socialstyrelsen anser att utbildning är en viktig del av behandlingen. [20]

Det finns en stor potential att mäta patientrapporterade mått digitalt i linje med utvecklingen inom e-Hälsoområdet. E-Hälsa har potential att initiera innovationer och möjliggör att feedback kan ges direkt till personalen vid uppföljning av digitala patientrapporterade mått.

Vår hypotes är att patientrapporterade mått bör vara oberoende av sjukdomsgrupp, men detta kvarstår att analysera.

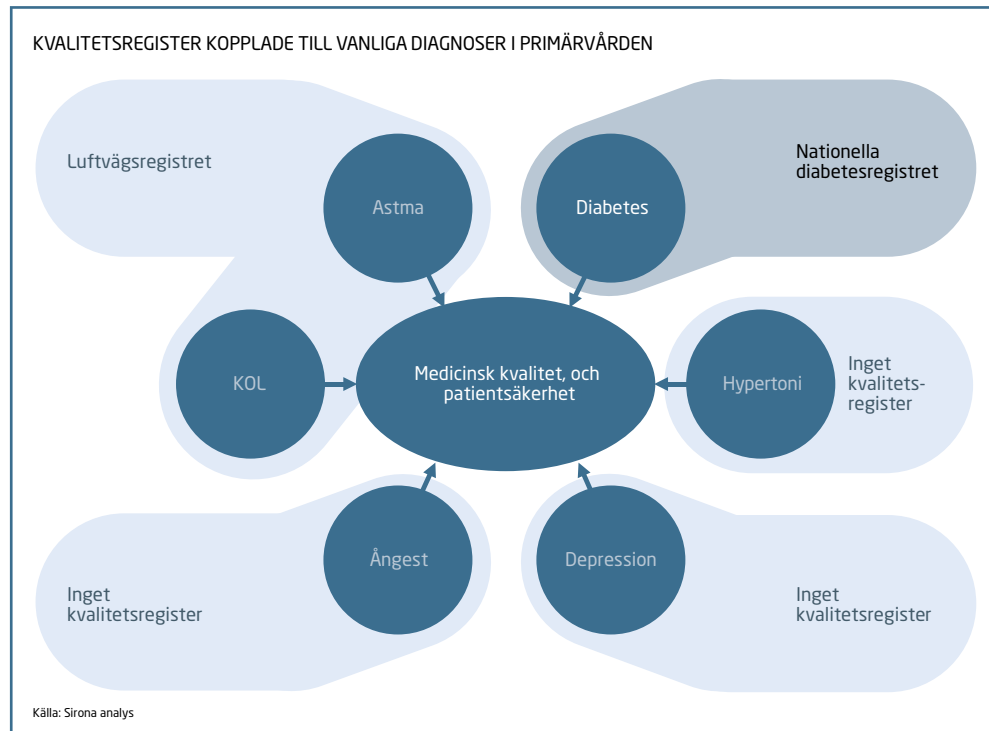
Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet

Medicinska indikatorer bör spegla dels hälsofrämjande och preventiva insatser, dels medicinsk behandling av vissa sjukdomsgrupper, samt kombinationer av sjukdomsgrupper. Hälsofrämjande och preventiva insatser kan exempelvis handla om att mäta andelen personer över 65 år som vaccinerats mot influensa. Dessa uppgifter behöver hämtas från respektive landstings journalsystem. Medicinsk behandling för specifika sjukdomsgrupper kan exempelvis behandla diagnoser som diabetes, depression, ångest, hypertoni, astma och KOL (de vanligaste diagnoserna i primärvården enligt en undersökning i Stockholms läns landsting [40]).

För diabetes, kol och astma finns nationella kvalitetsregister som skulle vara möjliga att basera målrelaterade ersättningsystem på, se Figur 17. För att få tillgång till uppgifter om övriga diagnoser i figuren behöver uppgifter inhämtas från respektive landstings journalsystem, då kvalitetsregister inte finns tillgängliga i dagsläget.

Dock pågår ett arbete med att ta fram ett kvalitetsregister för primärvård. I registret planeras indikatorer knutna till bland annat tonsillit och strep-A, cystit, astma, kol,

hjärtsvikt, bensår, nedre luftvägsinfektion hos vuxna och förmaksflimmer att följas upp. Indikatorerna bygger på att varje verksamhet gör en journalgranskning av cirka 50–60 journaler per diagnos, resultatet rapporteras sedan in till kvalitetsregistret. [41] Det föreslagna upplägget gör att det blir svårt att kontrollera att korrekta resultat inrapporteras, vilket medför att registret för primärvård som det nu planeras troligen inte lämpar sig att basera målrelaterad ersättning på då risken för manipulation är hög.



Figur 17: Vanliga diagnoser i primärvården och dess kopplingar till kvalitetsregister.

Idag används målrelaterad ersättning kopplad till medicinsk kvalitet i diabetesvården av sju landsting. Kronoberg inhämtar information för uppföljning från journalsystemet Cosmic, övriga landsting baserar indikatorerna på data från Nationella Diabetesregistret. Den vanligaste typen av mått är processmått vilket används av samtliga sju landsting. Endast Västra Götalandsregionen och Landstinget Kronoberg har idag resultatmått som är kopplade till diabetes för målrelaterad ersättning. I Figur 18 återfinns samtliga landstings kvalitetsindikatorer för diabetesvård uppdelade i struktur-, process- samt resultatmått.

I Socialstyrelsens preliminära version av nationella riktlinjer för god diabetesvård finns det ytterligare exempel på nya indikatorer som kan användas för uppföljning av diabetesvård, se Figur 19. [42] Rekommendationerna i riktlinjerna är inte bindande för hälso- och sjukvården, utan beskriver endast vad utförarna bör göra. Exempelvis rekommenderar Socialstyrelsen att metformin ska ges i första hand till diabetiker om de behöver läkemedel för att sänka sitt blodsockervärde. [20] Region Halland har tidigare använt ett resultatmått för att följa upp läkemedelskvoter för metformin, där vite har utdelats om utföraren inte uppfyller målet.

MERPARTEN AV DE MÅTT SOM ANVÄNDS IDAG FÖR MÅLRELATERAD ERSÄTTNING KOPPLAT TILL DIABETESVÅRD ÄR PROCESSMÅTT

Strukturmått	Processmått	Resultatmått
<ul style="list-style-type: none"> Inga strukturmått används idag 	<ul style="list-style-type: none"> Registrering i NDR* Registrering av blodtryck Registrering av HbA1c Registrering albuminuri Registrering LDL-kolesterol Registrering om rökning hos diabetiker Genomförd undersökning av fotstatus hos diabetikerpatienter Registrering av längd och vikt eller BMI hos diabetikerpatienter Tillfrågat diabetiker om patienten utför fysisk aktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> Mål för HbA1c Mål för blodtryck Mål för LDL-kolesterol

* Nationella diabetesregistret

Källa: Krav- och kvalitetsrapporter från svenska landsting, Sirona analys

Figur 18: Processmått är den vanligaste typen av mått som används av de sju landsting som har målrelaterad ersättning kopplat till diabetesvård.

FÖRTECKNING ÖVER SOCIALSTYRELSENS INDIKATORER FÖR DIABETESVÅRD

Område	Indikator	Typ av mått
Övergripande indikatorer för diabetesvård	Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom	Resultat
	Amputation ovan fotled	Resultat
	Personer med diabetes med terminal njursvikt	Resultat
	Dödföddhet och neonatal dödlighet bland enkelbörder	Resultat
	Allvarliga fosterskador	Resultat
	Förekomst av diabetesretinopati	Resultat
Riktlinjespecifika indikatorer för diabetesvård	Behandlingsmål HbA1c < 52 mmol/mol	Resultat
	HbA1c > 70 mmol/mol	Resultat
	Blodtryck < 140/85 mm Hg	Resultat
	Statinbehandling vid diabetes efter graden av risk för hjärtkärlsjukdom	Process
	Uppmätt makroalbuminuri	Resultat
	Fotundersökning	Process
	Ögonbottenundersökning	Process
	Mätning av albuminutsöndring i urinen	Process
	Laktacidosis vid metforminbehandling	Resultat
	Utvävande av fysisk aktivitet	Resultat
Icke-rökare bland personer med diabetes	Resultat	
Strukturindikatorer för diabetesvård	Diabetesutbildad sjuksköterska	Struktur
	Gruppbaseade utbildningsprogram givna med stöd av personal med ämneskompetens och pedagogisk kompetens	Struktur
Utvecklingsindikatorer för diabetesvård	Tillgång till och erfarenheter av hjälp och stöd från diabetesvården	Resultat
	Hur jag mår, hanterar min diabetes och hur diabetes påverkar mig & mitt liv	Resultat

Figur 19: Indikatorer som presenteras i Socialstyrelsens preliminära riktlinjer för diabetesvård.

Ett målrelaterat ersättningssystem baserat på medicinska resultatindikatorer från kvalitetsregister medför risk för manipulation av datainrapportering, exempelvis genom minskad benägenhet att registrera vissa typer av resultat, eller genom direkt felrapportering av resultat. [43][44]

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) argumenterar, i ett policydokument från maj 2014, för att målrelaterade ersättningar kopplade till registreringar i kvalitetsregister bör undvikas. Vidare anser SFAM att även ersättning kopplade till utfallsmått av medicinska parametrar bör undvikas. [31] Att SFAM är kritisk till förslaget om målrelaterad ersättning, baseras – enligt vår förståelse – på deras bedömning av flera farhågor. Dels att det inskränker läkarens frihet och professionella bedömning och dels att det är svårt att utveckla goda mål, och att landstingens beställare har en begränsad kompetens inom detta viktiga område. Slutligen framhåller SFAM att läkarna kan inrapportera inkorrekta data för att uppnå en högre ersättning.

Vi delar SFAM:s farhågor, men vår bedömning är att dessa farhågor kan undvikas genom god ledning och styrning hos vårdgivaren samt tydliga riktlinjer kombinerat med gedigen analys och väl genomtänkta mål från beställarens sida. Vidare är det viktigt att följa upp medicinska revisioner och tillämpa tydliga konsekvenser för vårdgivare eller enskilda personer som manipulerar systemen. Slutligen är det viktigt att få till en konstruktiv dialog med alla berörda aktörer kring hur man hittar de bästa lösningarna till dessa utmaningar.

Det är vår bedömning att det finns starka skäl att värna om de drivkrafter som ligger bakom befintliga kvalitetsregister, men att det bör vara möjligt att kombinera detta med ett användande av dessa register som syftar till att utveckla kvaliteten i omhändertagandet av de aktuella patientgrupperna. Vi anser även att resultatmått är den typ av mått som bör tillmätas störst tyngd avseende medicinska utfall, men att det är viktigt att utforma dessa så att förbättrat omhändertagande av patienten speglas i dessa utfall. Man bör inte abdikera inför det faktum att resultat kan manipuleras, utan istället genom förbättrade system och revisioner, med tydliga konsekvenser, hantera och minimera dessa risker.

Vid användande av resultatindikatorer kan olika patientsammansättningar för olika utförare påverka resultatet. Detta innebär att det kan vara nödvändigt att justera resultaten efter casemix. Idag justeras kapitationsersättning efter vårdtyngd och socioekonomiska faktorer genom att använda ACG och CNI för beräkning av ersättning. Förslagsvis bör även den målrelaterade ersättningen kopplad till resultatindikatorer justeras på samma sätt.

Möjliga indikatorer som speglar den medicinska kvaliteten i primärvården, och samtidigt är robusta mot manipulation och av utförarna betraktas som påverkbara, måste väljas ut och utvecklas i samverkan mellan berörda aktörer.

Landstingets beställarmål

Beroende på vilka beställarmål som landstinget väljer att sätta finns det olika potentiella datakällor att tillgå. En möjlighet är att använda tillgängliga nationella datakällor för att följa upp landstingsspecifika mål, exempelvis Nationella Diabetesregistret som idag används av flera landsting för att följa upp diabetesmått. Vidare går det även att använda interna datakällor som landstinget har till förfogande, som exempelvis inspektioner, data från landstingets IT-system samt egenutförda patientundersökningar.

6.1.3 Hur många indikatorer bör användas?

En viktig aspekt att beakta vid utformning av ett målrelaterat ersättningssystem är antalet indikatorer som används. För många indikatorer kan utgöra tre potentiella risker [45]:

1. Det ökar den administrativa bördan för såväl finansiärer som för utförarna
2. Det gör ersättningssystemet mer komplext och svårt att tolka
3. Det kräver ofta att mått som är mindre tydligt kopplade till utförd vård måste användas

Merkostnaden av den ökade administrativa bördan måste vägas mot vad som kan tänkas komma ut av att mäta och ersätta på fler indikatorer. Exempel på administrativa kostnader som kan öka för finansiären är kostnader för dataverifikation och andra kostnader kopplade till uppföljning. För utföraren kan ökad administrativ börda innebära att personalen måste lägga mer tid på registrering, vilket kan ske på bekostnad av vård och omsorg för patienten. [28] Komplexiteten av ett målrelaterat ersättningssystem ökar med antal indikatorer. Det kan medföra att det är svårt att överblicka vilka åtgärder som måste vidtas för att erhålla ersättningen. Ersättningen per indikator minskar med antal indikatorer, vilket också minskar utförarens incitament att förbättra en viss indikator. Detta beror på att utföraren måste bedöma att ersättning kopplad till en indikator överstiger kostnaden för förbättringsåtgärden, annars uppstår inget förbättringsincitament. Ytterligare en risk med att använda för många indikatorer är att indikatorerna inte blir tydligt kopplade till den vård eller omsorg som utförs. Detta kan utgöra ett problem då indikatorerna som används bör vara evidensbaserade eller direkt kopplade till hälsoresultat.

Nackdelarna med att använda många indikatorer måste vägas mot de nackdelar som kan uppstå vid användandet av få indikatorer. Exempelvis kan för få indikatorer bidra till att en undanträngningseffekt skapas, där utförare fokuserar på de mål som ersätts på bekostnad av övriga områden som inte följs upp. [28] När antal och vilka indikatorer som ska användas är fastställt är det möjligt att vikta indikatorer efter hur viktiga de anses vara. Detta medför att vissa indikatorer är kopplade med en större andel ersättning än övriga indikatorer.

Antalet indikatorer kopplade till målrelaterad ersättning varierar idag stort mellan landstingen, från två indikatorer till drygt 30 stycken. Västra Götalandsregionen toppar listan, de arbetar med flest mål (35 stycken). Det finns även en stor variation i antalet indikatorer som är kopplade till diabetesvård. Exempelvis har Västra Götalandsregionen hela åtta indikatorer kopplade till diabetesvård, medan Stockholms läns landsting har fem och Örebro läns landsting har en.

Ett möjligt förslag är att den målrelaterade ersättningen kopplas till ett fåtal områden som speglar ett antal breda sjukdomsgrupper som är de vanligast förekommande i primärvården. För respektive område/sjukdomsgrupp kan flera indikatorer vara knutna i sin tur. Exempel på sjukdomsgrupper som kan vara kopplade till indikatorerna är diabetes, högt blodtryck och KOL. För att undvika undanträngningseffekter är det viktigt att även mäta och följa upp kvalitetsindikatorer som det inte utgår ersättning för.

6.1.4 Vilka rekommendationer ges sammantaget om indikatorer för målrelaterad ersättning?

Indikatorer som målrelaterad ersättning för primärvården föreslås spegla tre perspektiv: patientrapporterade hälsoreultat och upplevelse, medicinsk kvalitet och patientsäkerhet samt landstingens beställarmål. Indikatorer inom de två förstnämnda områdena rekommenderas vara lika utformade för samtliga landsting. Landstingens beställarmål utformas av varje landsting utifrån lokal kontext, förutsättningar och mål.

Exakt vilka indikatorer som ska inkluderas inom varje område, och hur de ska utformas, bör utredas vidare genom ett gemensamt arbete med relevanta aktörer för såväl patientrapporterade som medicinska mått. Exempel på frågeställningar som bör utredas är hur risken för manipulation kan hanteras och hur den administrativa bördan för såväl beställare som utförare kan minimeras.

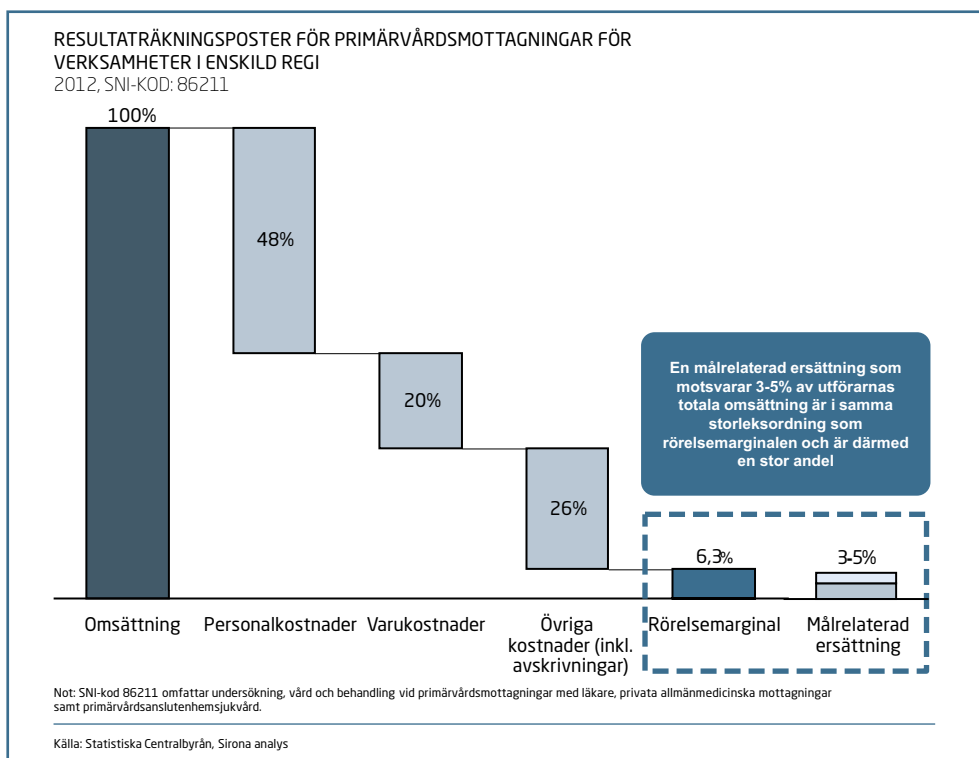
6.2 Hur bör systemet utformas?

Vid utformningen av ersättningssystem bör man utgå från syftet med den målrelaterade ersättningen när typ av mål och belöningsstrategi ska bestämmas. Exempelvis kan syftet vara att behålla en viss kvalitetsnivå, förbättra kvaliteten bland de sämsta utförarna eller öka kvaliteten generellt. [8] I detta delkapitel förs en diskussion kring hur stor del av ersättningen som bör vara målrelaterad, vilken belöningsstrategi som är mest fördelaktig att använda samt hur ofta uppföljning bör ske. En utgångspunkt är att ersättningssystemet bör vara samma för samtliga utförare, oberoende av driftsform. Detta för att säkra likabehandling av alla verksamheter. För att denna likabehandling ska vara reell är det viktigt att utvärderingen av måluppfyllelse är transparent och baseras på tydliga kriterier. Ett sätt att bidra till detta vore att låta mätning och utvärdering utföras av en oberoende tredje part.

6.2.1 Hur stor andel av ersättningen bör vara målrelaterad?

Målrelaterad ersättning kombineras i dagsläget alltid med andra ersättningsformer. Generellt sett är relationen mellan ersättningsstorleken och prestationen positiv men med minskad marginalnytta över en viss nivå, dvs. kvalitetsförbättringseffekten avklingar efterhand som ersättningen ökar. Vad gäller minimiersättning för att få en kvalitetsförbättring, måste utföraren bedöma att ersättningen är tillräckligt stor för att täcka de potentiella merkostnader som potentiellt uppstår för att uppnå målet kopplat till ersättningen. Det finns begränsad evidens kring hur nivån på den målrelaterade ersättningen påverkar incitament till måluppfyllelse. [8] Olika studier har undersökt målrelaterad ersättning i intervallet mellan 2–9 procent av den totala ersättningen, men inte funnit någon direkt koppling mellan storleken på ersättningen och uppnådd kvalitet. [46] [47] Werner och Dudley anser att en målrelaterad del på fem procent är en tillräckligt stor ersättning för att förändra utförares beteende. Denna procentsats används idag av framstående sjukhus i USA som har målrelaterad ersättning. [48]

Figur 20 visar rörelseresultatet för primärvårdsmottagningar i enskild regi i relation till intäkter och kostnader. År 2012 uppgick rörelseresultatet i genomsnitt till 6,3 procent av omsättningen. En resultatbaserad ersättning som uppgår till 3–5 procent av den totala omsättningen motsvarar cirka 50–80 procent av rörelseresultatet och bedöms vara tillräckligt stort för att ge utföraren ett starkt ekonomiskt incitament för att förbättra kvaliteten. Det är viktigt att poängtera att bättre kvalitet inte nödvändigtvis kostar mer; i vissa fall kan ökad kvalitet kosta mindre. Vidare är det så att högre ersättningsnivåer inte tycks ge någon markant ökad effekt enligt relevant forskning. Detta innebär att vår samlade rekommendation är att den målrelaterade ersättningen bör uppgå till 3–5 procent av den totala ersättningen.



Figur 20: Rörelseresultat i relation till intäkter och kostnader för primärvården. Resultaträkningsposterna exkluderar primärvård i landstingets regi.

6.2.2 Vilken typ av belöningsstrategi bör användas?

Vid beslut av vilken typ av belöningsstrategi som bör användas till målrelaterad ersättning för primärvården måste ersättningstyp (bonus/vite) och typ av mål (absoluta/relativa) bestämmas.

Bonus eller vite

Den målrelaterade ersättningen kan vara utformad som bonus till de utförare som klarar nivån för uppsatta mål och/eller som vite för de utförare som inte uppfyller målen. En analys av samtliga landsting som har infört målrelaterad ersättning visar att fjorton landsting använder sig endast av bonus för den målrelaterade ersättningen vilket kan jämföras med de tre landsting som använder en kombination av bonus och vite. Endast ett landsting använder bara vite om utföraren inte uppfyller en lägstanivå för de uppsatta målen.

En internationell utblick visar att även i andra länder används till stor del bonus som belöningsstrategi. Exempelvis används bonus som belöningsstrategi i 60 procent av Pay-for-performance-programmen i USA och användandet av negativa incitament, det vill säga viten, har kraftigt reducerats. [8]

Forskning visar att positiva finansiella incitament (bonus) har mindre effekt på kvalitet än negativa incitament (vite) av samma storleksordning. Detta kan förklaras med att risken att förlora något framkallar en starkare respons än sannolikheten att vinna något enligt forskning inom beteendekonometri. [49] [47] [8] Incitament för förbättring är således starkare vid vite [4], men flera studier visar att användandet av vite kan resultera i negativa reaktioner hos utförarna och kan skada relationen mellan utförare och beställare. Viten kan även ge upphov till oönskade beteendemönster hos personal

och den starka incitamentseffekten kan bidra till en ökad risk för manipulation. [8] En annan nackdel med att använda viten som strategi för ersättning är att det kan medföra att utförare väljer att inte delta i programmen. [8]

Vid utformningen av ett ersättningssystem för primärvården är det viktigt att säkerställa att systemet är robust mot manipulation samtidigt som det ska skapa incitament för förbättring. Vidare är det viktigt att belöningsstrategin skapar ett bra samarbetsklimat mellan utförare och beställare. Baserat på detta resonemang rekommenderar vi att det målrelaterade ersättningssystemet utformas med bonus som belöningsstrategi och inte viten.

Absoluta eller relativa mål

Vid utformningen av mål kan absoluta och relativa mål användas. Vid absoluta mål får alla utförare som uppnår en förutbestämd nivå ersättning, medan en förutbestämd andel utförare får ersättning vid relativa mål. Absoluta mål medför alltså mindre osäkerhet för utförarna, då de vet precis vilka prestationer som krävs för att få ta del av ersättningen. Om relativa mål används beror varje utförares ersättning på hur de övriga utförarna presterar, vilket skapar ett riskmoment och kan innebära att utförare i vissa fall avstår från kvalitetshöjande satsningar.

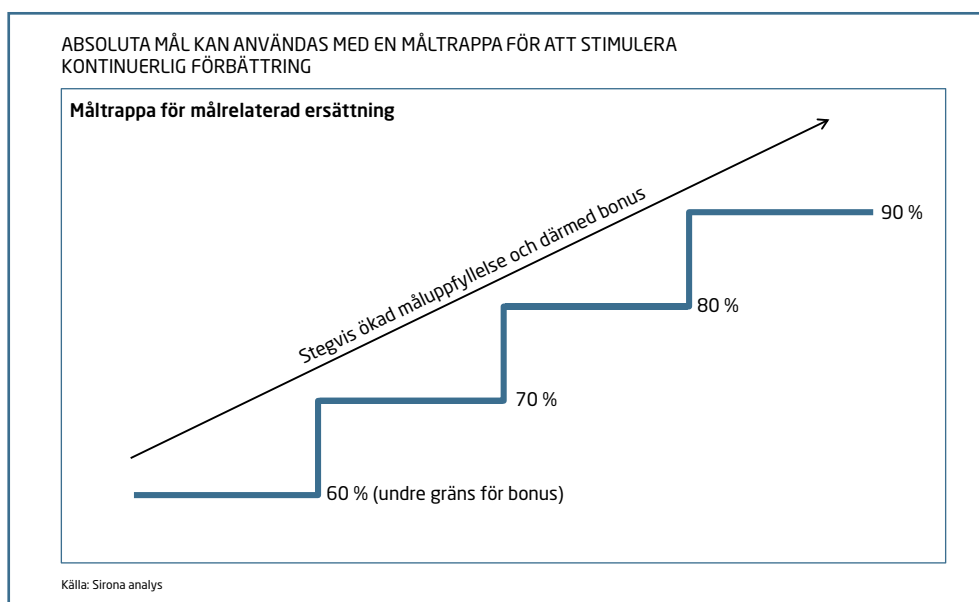
Eftersom varje utförares ersättning riskerar att bli lägre om övriga utförare presterar väl, medför relativa mål även bristande incitament för samarbete och kunskapsdelning mellan utförare. Ur ett beställar- och brukarperspektiv är det önskvärt med ett gott samarbetsklimat mellan utförarna, då detta bidrar till att det sammanlagda värdet som skapas blir högre; detta underlättas av att använda absoluta mål istället för relativa. Dock går det att utforma relativa mål så att de bygger på en förbättringstakt istället för enbart på nivå. Detta innebär att utförare ersätts utifrån deras grad av förbättring från föregående periods resultat. En fördel med detta är att det blir svårare att manipulera resultatet då det tydliggör orimliga förbättringar. En nackdel med denna typ av mål är dock att utförare som uppvisar ett oacceptabelt dåligt resultat kan med små medel få en hög förbättringstakt, medan utförare som redan har ett bra resultat får svårare att nå en högre förbättringstakt då de redan har nått en god nivå. Detta system kan således uppfattas som orimligt.

Mot denna bakgrund är absoluta mål att föredra framför relativa, dock återstår att beakta möjligheten för beställaren att upprätthålla totalkostnadskontroll. Vid relativa mål har finansören full kostnadskontroll då endast ett visst antal utförare kan få bonus, men vid absoluta mål är kostnadskontroll något svårare att upprätta. [4] För att avhjälpa detta kan ett ersättningstak sättas även då absoluta mål används; taket kan eventuellt vara kopplat till den totala måluppfyllelsen, så att totalkostnaden för beställaren blir lägre om kvalitetsutfallet blir sämre än väntat.

Dock bör man som beställare vara försiktig med att införa denna typ av tak, då detta introducerar en relativ aspekt i det absoluta målet, och därmed flera av de nackdelar med relativa mål som diskuterats ovan: osäkerheten ökar, och utförarnas ersättning blir mer beroende av andras resultat vilket riskerar att leda till ett sämre samarbetsklimat. Fördelarna med totalkostnadskontroll måste därför noggrant vägas mot dessa potentiella problem vid beslut om hur systemet ska utformas och vår rekommendation är att landstingen använder andra metoder för att säkra sitt önskemål om totalkostnadskontroll.

I många fall där målrelaterad ersättning har använts inom den svenska vården och omsorgen har endast en målnivå använts, oavsett om denna nivå varit absolut eller relativ. Denna utformning leder till att utförare som i dagsläget ligger långt ifrån denna målnivå, antingen över eller under, får svaga incitament till förbättring. Ett målrelaterat ersättningsystem som inte skapar incitament för majoriteten av utförarna riskerar att enbart bli ett system för omfördelning av resurser från de utförare som har problem med kvaliteten till dem som redan idag lyckas bra. Ett sådant system har negativa, snarare än positiva, effekter på den samlade kvalitetsutvecklingen om systemet inte samtidigt säkrar att de utförare som inte presterar god kvalitet över tid måste utveckla sin verksamhet och att de som presterar bra får expandera.

För att skapa incitament för alla utförare rekommenderar vi därför att en måltrappa används, vilket illustreras i Figur 21. Måltrappan bör ha en undre gräns för ersättning för att garantera en lägsta kvalitetsnivå och stegvis öka ersättningen till att den maximala måluppfyllelsen är uppnådd. Genom en sådan utformning kommer samtliga utförare ha incitament att förbättra sig för att nå nästa målnivå.



Figur 21: Illustration av utformning av en måltrappa för absoluta mål vid målrelaterad ersättning.

6.2.3 Hur ofta bör uppföljning och ersättning ske?

Det är önskvärt att minimera tiden mellan mätperiod och utbetalning av ersättningen, speciellt när det gäller lite större ersättningsbelopp. Detta beror delvis på att kostnaderna som eventuellt uppstår i samband med förbättringsåtgärder ofta kommer i samband med att vården utförs och inte långt i efterhand. En snabbare utbetalningsfrekvens stärker drivkraften hos utförarna [8], eftersom det tydliggör kopplingen mellan åtgärd och belöning. Detta resonemang överensstämmer även med övrig psykologisk forskning som har visat att det är enklare att förändra ett beteende om tiden mellan det förändrade beteendet och belöningen är kort. [4] En stor klumpsumma tenderar dessutom att vara mindre effektiv än flera småsummor då varje utbetalning ses som en positiv feedback som skapar starkare incitament för fortsatt förbättring.

En lång period mellan inhämtande av data och utbetalning av ersättning kan dock vara nödvändig för att samla ihop tillräckligt mycket säkerställd information. [8][28] Både valideringen av inhämtade data och själva datainsamlingen kan ta lång tid. Tidigare studier har undersökt om effekten av målrelaterad ersättning ökade om ersättningen utbetalades kvartalsvis istället för på årsbasis. Resultatet av en studie visade att det inte finns någon skillnad i den genomsnittliga kvalitetspoängen eller den intjänade bonusen för de olika utbetalningsperioderna. [8]

För vissa typer av mått är det inte möjligt att ha korta perioder mellan aktivitetsutförande och utbetalning. Detta gäller exempelvis för indikatorer som mäter prestationer som sker över lång tid. Struktur- och processmått är då att föredra, liksom mått som mäter patientupplevelse då dessa mått kan mätas mer regelbundet. [8]

En tätare uppföljning skapar en motiverad personalstyrka [28] då det tydligt går att följa utvecklingen av förbättringsarbetet. En snabbare utbetalningsfrekvens förstärker även drivkraften hos utförarna, [28] [8] samt minskar den finansiella risken för utförarna. [28] Enligt tidigare resonemang är det önskvärt att förkorta tiden mellan aktiviteten och utbetalningen, därför är vår samlade rekommendation att uppföljning och utbetalning av ersättning i den mån det är möjligt bör ske kvartalsvis istället för på årsbasis som är vanligt förekommande idag. Denna uppföljningsperiod anser även många vårdgivare är rimlig.

6.2.4 Vilka rekommendationer ges sammantaget om ersättningssystemets utformning?

Som tidigare delkapitel har diskuterat är det viktigt att utforma en belöningsstrategi som stimulerar till kontinuerlig förbättring av kvalitet och effektivitet. Internationell forskning visar att kvalitetsförbättringseffekten avklingar efterhand som ersättningen ökar, vilket är ett argument för att den målrelaterade ersättningen inte ska utgöra för stor del av den totala ersättningen. Samtidigt bör den målrelaterade ersättningen inte vara för liten då alternativkostnaden inte får överstiga beloppet för den målrelaterade ersättningen om den ska skapa incitament för kvalitetsförbättring. Med detta som bakgrund är rekommendationen att den målrelaterade ersättningen bör uppgå till 3 till 5 procent av den totala ersättningen i primärvården. Detta innebär att den målrelaterade ersättningen motsvarar 50–80 procent av rörelseresultatet och vilket bedöms vara tillräckligt stort för att få ge utföraren ekonomiskt incitament att förbättra kvaliteten.

Generellt gäller det att målen ska vara utmanande att nå, men inte omöjliga, för att skapa incitament till förbättring. För utformningen av belöningsstrategi för den målrelaterade ersättningen rekommenderar vi att bonus knyts till absoluta mål med en måltrappa för att nå kontinuerlig förbättring av kvaliteten. Forskning visar att bonus skapar något svagare incitament för förbättring än vite, men våra dialoger med både beställare och utförare gör att vi tydligt rekommenderar bonus då detta skapar ett bättre samarbetsklimat mellan utförare och beställare samt är mer robust mot manipulation än vite.

Åtminstone årsvis uppföljning och utbetalning rekommenderas, även om kvartalsvis vore att föredra. Dock anser vi att detta i nuläget skulle vara en för stor utmaning för de flesta av landstingens beställarorganisationer att genomföra, eftersom beställarrollen är relativt ny för de flesta. Utförare bör i vilket fall få återkoppling av resultat där det är möjligt. Långa tidsintervall i kombination med bonus kan medföra svårigheter med kassaflöde för mindre aktörer, och gör det mer utmanande för nya aktörer att grunda en verksamhet. Möjliga åtgärder för att uppväga detta bör utredas vidare.

7 Hur bör vidareutvecklingen av ersättningssystem för primärvården ske i ett nästa steg?

Inom ramen för detta uppdrag har endast några av de aspekter som påverkar ersättningssystem för primärvården varit möjliga att belysa. Förslagen har konkretiserats så långt som möjligt för att utgöra en bas för vidare diskussion och utveckling. Det kvarstår många utmaningar och frågeställningar. Nästa steg i det vidare arbetet bör vara att inleda en strukturerad process där samtliga berörda aktörer driver ett gemensamt utvecklingsarbete.

Fokus för arbetet vidare bör vara att etablera gemensamma perspektiv på bland annat:

- **I vilken utsträckning bör man sträva efter att standardisera landstingens ersättningssystem för primärvården?** I dagsläget skiljer sig landstingens ersättningssystem för primärvården åt på många punkter. Vi rekommenderar att arbeta för en större grad av nationell standardisering, men på vilket sätt detta kan genomföras i praktiken bör analyseras vidare.
- **Vilka indikatorer är mest lämpliga att använda för målrelaterad ersättning för primärvården?** Det finns idag ett flertal datakällor som kan användas för målrelaterad ersättning för primärvården. När ekonomisk ersättning kopplas till olika mått finns emellertid en risk för manipulering och därigenom att data som idag används för forskning och förbättringsarbete skadas. Vid urval av indikatorer måste detta beaktas, så att mått som är robusta mot manipulation används. Vidare bör indikatorer uppfylla andra krav såsom begränsad administrativ börda, upplevas som påverkbara av utförarna, vara stabila över tid, vara specifika (ickeöverlappande), vara kontrollerbara, ha god täckningsgrad och naturligtvis reflektera god kvalitet och uppnådda vårdresultat. Detta bör analyseras och beslutas i samråd mellan berörda parter.
- **Hur bör ett målrelaterat ersättningssystem anpassat för primärvården utformas?** Rapporten presenterar ett förslag på hur ett målrelaterat ersättningssystem kan utformas. Detta förslag bör vidareutvecklas och konkretiseras ytterligare. Gemensamma perspektiv på bl.a. den målrelaterade ersättningens storlek, bonus/vite, absoluta/relativa mål bör utvecklas och förankras.

Genom att samtliga berörda aktörer arbetar vidare med dessa frågor gemensamt finns goda möjligheter att vidareutveckla dagens ersättningssystem för att skapa incitament till bättre vård och därigenom skapa bättre hälsa och livskvalitet. Eftersom det är landstingen som i slutändan beslutar i dessa frågor, är SKL en nyckelaktör i dessa dialoger. Vi hoppas att våra förslag kommer att bidra till en konstruktiv debatt och till konkreta initiativ.

8 Referenser

1. **The Commonwealth Fund.** *International Health Policy Survey.* 2011.
2. **Jacobsson, F.** *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården.* Linköping: Liu-Tryck, 2007. 0283-1228.
3. **Donabedian, A.** Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1966, Vol. 44, 3.
4. **Anell, A.** *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.* Stockholm: ESO, 2010.
5. **Donabedian, A.** The Quality of Care. How can it be Assessed. *JAMA.* 1988, Vol. 260, 23.
6. **Castle, N. G. och Ferguson, J. C.** What is nursing home quality and how is it measured=. *The Gerontologist.* 4, 2010, Vol. 50.
7. **Lindblom, H.** *Sambanden mellan tillfredsställelse med och upplevelse av vården och patientrapporterad hälsoutfall.* u.o.: PROMcenter, 2013.
8. **Eijkenaar, F.** *Pay-for-performance for healthcare providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects.* Rotterdam: u.n., 2013. 978-94-90420-40-6.
9. **Jacobsson, F.** *Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården.* Linköping: LiU-Tryck, 2008. 0283-1228.
10. **Jacobsson, F. och Lindvall, S.** *Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer.* Stockholm: u.n., 2008. 978-91-7164-353-7.
11. **Västra Götalandsregionen.** *Krav- och kvalitetsbok. Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. Gällande från och med 1 januari 2014. Västra Götalandsregionen.* [Online] [Citat: den 05 05 2014.] <http://www.vgregion.se/upload/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdskansliet%20Bor%C3%A5s/Medborgardialog/Krav-%20och%20kvalitetsbok%20VG%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd%202014.pdf>.
12. **Örebro läns landsting.** *Hälsoval Örebro län, Krav- och kvalitetsbok.* 2013.
13. **Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting.** *Förfrågningsunderlag enligt LOV Vårdval. Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.* [Online] [Citat: den 08 05 2014.] http://www.vardgivarguiden.se/Global/03_Avtal-uppdrag/V%C3%A5rdval%20Stockholm/Husl%C3%A4karverksamhet%20med%20basal%20hemsjukv%C3%A5rd/FFUHLM2014.pdf.
14. **Västra Götalandsregionen.** *Ersättningsmodellen. Västra Götalandsregionen.* [Online] den 28 01 2014. [Citat: den 29 04 2014.] <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-wardgivare1/Ersattningsmodellen/ACG-systemet/>.

15. Maliniak, A. och Eriksson, U. *Q-projekten Slutrapport. Verksamhetsförbättring inom diabetes och hjärtsvikt*. 2011.
16. Landstinget i Östergötland. Ny modell för ersättning till vårdcentraler. *Landstinget i Östergötland*. [Online] den 25 7 2013. [Citat: den 05 05 2014.] <http://www.lio.se/Nyhetsarkiv/Nyheter-2013/Ny-modell-for-ersattning-till-vardcentraler/#>.
17. Hälso- och sjukvårdsnämnden och Närsjukvården i centrala Östergötland. Överenskommelse om uppdrag 2014 mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Närsjukvården i centrala Östergötland. *Landstinget i Östergötland*. [Online] 2013. [Citat: den 05 05 2014.] <http://www2.lio.se/pages/8143/Li%C3%96%202013-756.pdf>.
18. Socialstyrelsen. *Nationella Riktlinjer 2014. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. 2014.
19. Hake, C-M. Dagens Medicin. *Tandhälsa lyfts fram i nya riktlinjer*. [Online] Dagens Medicin, den 18 06 2014. [Citat: den 23 06 2014.] <http://www.dagensmedicin.se/vetenskap/diabetes/tandhalsa-lyfts-fram-i-nya-riktlinjer/>.
20. Socialstyrelsen. *Typ 2-diabetes - vad du kan göra och vad vården bör göra. Rekommendationer ur nationella riktlinjer*. Västerås: Edita Västra Aros, 2010. ISBN 978-91-86585-33-4.
21. Ipsos. Att leva med Typ 2-diabetes. *Diabetesförbundet*. [Online] 5 2014. [Citat: den 10 06 2014.] <http://www.diabetes.se/PageFiles/27634/Att%20leva%20med%20typ%202-diabetes%20-%20Diabetesf%C3%B6rbundet%20och%20AstraZeneca.pdf>.
22. Diabetesförbundet. Press och nyheter. *Diabetesförbundet*. [Online] den 03 06 2014. [Citat: den 10 06 2014.] <http://www.diabetes.se/sv/Om-oss/Nyheter/Nyheter/Mer-an-varannan-med-nydiagnostiserad-typ-2-diabetes-far-ingen-utbildning-/>.
23. Krey, J. Man utgår kanske inte alltid från vår vardag. *Dagens Medicin*. 2014, Vol. 23, 14.
24. Sprengel, V. Riktlinjer faller platt i primärvården. *Dagens Medicin*. 2014, Vol. 23, 14.
25. Socialstyrelsen. *Öppna Jämförelser 2013 - Hälso- och sjukvård*. Västerås: Edita Västra Aros, 2013. 978-91-7555-111-1.
26. Kommun- och landstingsdatabasen (KOLADA). Kommun- och landstingsdatabasen KOLADA. [Online] [Citat: den 20 05 2014.] <http://kolada.se/index.php?page=workspace/nt>.
27. Kammarkollegiet. *Vägledning: Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg*. Stockholm: Kammarkollegiet, 2012.
28. Cromwell, J., Trisolini, M. G., Pope, G. C., Mitchell, B. J. och Greenwald, L. M. *Pay for performance in health Care: methods and Approaches*. NC: RTI Press, 2011. 978-1-934831-04-5.
29. Fernler, K., Krohwinkel, A., Rognes, J. och Winberg, H. *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan - en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care (LHC), 2014. 978-91-980169-1-8.
30. Lindgren, P. *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag, 2014. 978-91-86949-56-3.

31. Svensk förening för Allmänmedicin. *Ersättningssystem som främjar god vårdkvalitet*. 2014.
32. Anell, A. *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre*. Stockholm: Leading Health Care, 2012.
33. Fisher, C. och Downes, B. Performance measurement and metric manipulation in the public sector. *Business Ethics: A European Review*. July, 2008, Vol. 17, 3.
34. Hertting, A. och Kristensson, M. *Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård*. u.o.: Studentlitteratur, 2012.
35. SFS (1982:763). Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
36. Manary, M., Boulding, W., Staelin, R. och Glickman, S. The Patient Experience and Health Outcomes. *The New England Journal of Medicine*. January, 2013, Vol. 368, 3.
37. Fenton, J. J. och Bertakis, K. D. The Cost of Satisfaction – A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *American Medical Association*. Mars, 2012, Vol. 172, 5.
38. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell patientenkät – Sveriges regioner och landsting i samverkan. [Online] [Citat: den 17 06 2014.] <http://npe.skl.se/>.
39. Nationella Diabetesregistret NDR. *Nationella diabetesregistret Årsrapport – 2013 års resultat*. Hisings Kärra: Litorapid, 2014. ISSN 2001-2632.
40. Wändell, P. och Carlsson, A. C. Vanligaste diagnoserna i Stockholms län har räknats fram. *Läkartidningen*. 2013, Vol. 43-44.
41. pvkvalitet.se – Kvalitetsregister för primärvården. Välkommen till pvkvalitet.se. [pvkvalitet.se](http://www.pvkvalitet.se/). [Online] [Citat: den 18 06 2014.] <http://www.pvkvalitet.se/>.
42. Nationella Riktlinjer. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för diabetesvård 2014. Indikatorer. Bilaga*. [Online] 2014. [Citat: den 23 06 2014.] <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-diabetes-indikatorbilaga-preliminar-2014.pdf>.
43. Ljung, R. Ekonomiska incitament ger risk för datamanipulation. *Läkartidningen*. 20-21, 2012, Vol. 109.
44. Myndigheten för Vårdanalys. *Grönt ljus för Öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: TMG Sthlm, 2012. ISBN 978-91-87213-02-1.
45. Cromwell, J., Trisolini, M., Pope, G., Mitchell, J. och Greenwald, L. *Pay for performance in health Care: methods and Approaches*. NC: RTI Press, 2011. 978-1-934831-04-5.
46. Anell, A. *Målrelaterad ersättning i primärvården – Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2009. 978-91-7164-495-4.
47. Conrad, D. A. och Perry, L. Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? *Annu. Rev. Public Health*. January, 2009, Vol. 30.
48. Blue Cross Blue Shield of Michigan. Hospital Pay for Performance. *Blue Cross Blue Shield of Michigan*. [Online] 2013. [Citat: den 10 06 2014.] <http://www.bcbsm.com/content/dam/public/Providers/Documents/value/2014-hospital-pay-for-performance-program.pdf>.

49. Kahneman, D. *Thinking, Fast and Slow*. u.o.: Penguin Books Ltd, 2012. ISBN 9780141033570.
50. CBS News. Dubai offers gold as reward for losing weight. *CBS News*. [Online] den 18 7 2013. [Citat: den 30 05 2014.] <http://www.cbsnews.com/news/dubai-offers-gold-as-a-reward-for-losing-weight/>.
51. The Guardian. Dubai offers golden slimming incentive. *The Guardian*. [Online] den 17 7 2013. [Citat: den 30 05 2014.] <http://www.theguardian.com/world/2013/jul/17/dubai-golden-slimming-incentive>.
52. Emirates 24/7 News. Reduce weight and win gold in dubai. *Emirates 24/7 News*. [Online] den 16 7 2013. [Citat: den 30 05 2014.] <http://www.emirates247.com/news/emirates/reduce-weight-and-win-gold-in-dubai-2013-07-16-1.514484>.
53. Region Gotland. *Krav- och kvalitetsbok för primärvård på Gotland*. 2011.
54. Riksrevisionens rapport "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?" (RiR 2014:22).
55. Myndigheten för vårdanalys (2013) "Låt den rätte komma in".
56. Karolinska Institutet, Rehnberg m. fl. (2013) "Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm".

9 Appendix

9.1 Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer? - Bakomliggande bedömning

UTVÄRDERING AV ANSLAGSFINANSIERING		
Kriterier för utvärdering av ersättningsformer	Utvärdering av anslagsfinansiering	
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Incitament att reducera volymen & kostnaderna medför risk för låg vårdkvalitet. Ersättning beror ej på kvalitetsresultat
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	<i>Påverkar ej explicit</i>
	3. Bidrar till patientfokus	Begränsat fokus på patienten, utföraren tilldelas ett fast belopp oberoende av patientgruppens resursbehov
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	<i>Påverkar ej explicit</i>
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Kan innebära risk för begränsning i tillgänglighet då incitament finns för att reducera produktionsvolymen
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Mycket god totalkostnadskontroll, beloppet bestäms i förväg och baseras ofta på föregående års resursförbrukning
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolymen	Ersättningen är konstant oavsett hur mycket utföraren producerar vilket inte ger incitament för ökade volymer
	8. Förbättrar transparens av kostnader	Det saknas en mekanism som belyser utförarens kostnad på detaljnivå
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Då anslaget storlek ofta baseras på tidigare kostnader finns incitament för att låta kostnader vara oförändrade eller öka
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare	Risken är delad mellan utförare och finansiär. Finansiären tar ekonomisk risk för underkonsumtion av vård och utförare tar ekonomisk risk för överkonsumtion av vård
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	<i>Påverkar ej explicit</i>
	12. Ger incitament för innovation	Inga direkta incitament för innovation som effektiviserar då mindre resursförbrukning kan bidra till att utföraren får mindre ersättning kommande år
	13. Är robust mot manipulation	Risk för viss manipulation, exempelvis anpassning av kostnader efter budget, köbildning etc.
	14. Medför begränsad administrativ börda	Marginell administrativ börda då inga aktiviteter behöver registreras för att erhålla ersättning

UTVÄRDERING AV KAPITATIONSERSÄTTNING		
Kriterier för utvärdering av ersättningsformer	Utvärdering av kapitationsersättning	
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Incitament att reducera produktionen och kostnaderna medför risk för låg vårdkvalitet. Ersättning beror ej på kvalitetsresultat
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Om ersättningen följer patienten (enligt principen för vårdval) uppmuntras kvalitetskonkurrens mellan utförarna
	3. Bidrar till patientfokus	Bidrar till patientfokus om ersättningen tar hänsyn till patienternas vårdtyngd
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Risk för patientselektion, men detta kan motverkas genom att differentiera ersättningen efter patienternas vårdtyngd
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Kan innebära risk för begränsning i tillgänglighet då incitament finns för att reducera produktionen och kostnaderna
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Mycket god totalkostnadskontroll då beloppet bestäms i förväg och baseras på antalet listade personer
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolymen	Begränsade incitament för ökade volymer då ersättningen är fast per listad person
	8. Förbättrar transparens av kostnader	Bättre transparens av kostnader än anslagsfinansiering om ersättningen baseras på patientens vårdtyngd
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Utförare har incitament att minska kostnaderna och öka vinstmarginalen då ersättningen är fast per listad patient
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare	Utföraren bär risken för låga intäkter om få patienter listar sig. Finansiären bär risken om vårdkonsumtionen är låg (betalar för ickeutförd vård)
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	<i>Påverkar ej explicit</i>
	12. Ger incitament för innovation	<i>Påverkar ej explicit</i>
	13. Är robust mot manipulation	Går att manipulera genom att exempelvis hänvisa listade patienter till andra vårdnivåer
	14. Medför begränsad administrativ börda	Ökad administrativ börda för utförare och finansiär då ersättningen bygger på antalet listade patienter och deras vårdtyngd

UTVÄRDERING AV ÅTGÄRDSERSÄTTNING		
Kriterier för utvärdering av ersättningsformer		Utvärdering av åtgärdsersättning
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Incitament för att sänka kostnader & öka volymen kan resultera i sämre kvalitet. Åtgärder pga. komplikationer ger extra ersättning
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens då utföraren kan gå miste om framtida besök av missnöjda patienter
	3. Bidrar till patientfokus	Utförare är beroende av patienter för att få ersättning, vilket bidrar till visst patientfokus
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Inga incitament för att undvika åtgärder, men kan leda till att helhetssynen på patienten prioriteras ner till fördel för produktionsfokus
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Ersättning per utförd åtgärd ger incitament för att öka volymerna och bidra till god tillgänglighet
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Dålig kostnadskontroll då det finns incitament för utföraren att producera stora volymer, kan åtgärdas med ett tak
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolym	Utföraren får betalt per utförd åtgärd vilket resulterar i incitament för ökade produktionsvolym
	8. Förbättrar transparens av kostnader	Utföraren måste redovisa alla åtgärder för att få ersättning vilket förbättrar transparens av kostnader
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Volymtak och åtgärdsersättning kan ge incitament för att göra varje åtgärd så effektiv som möjligt
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansär och utförare	Finansiären betalar endast för de åtgärder som utförs, vilket medför att utföraren är beroende av höga volymer
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	<i>Påverkar ej explicit</i>
	12. Ger incitament för innovation	<i>Påverkar ej explicit</i>
	13. Är robust mot manipulation	Risk för manipulation ex. genom att utföraren registrerar åtgärd på fel sätt eller genom att genomföra onödiga åtgärder
	14. Medför begränsad administrativ börda	Mycket administrativt arbete då varje åtgärd ska redovisas för att utföraren ska få korrekt ersättning

UTVÄRDERING AV MÅLRELATERAD ERSÄTTNING		
Kriterier för utvärdering av ersättningsformer		Utvärdering av målrelaterad ersättning
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Genom att knyta ersättning till kvalitetsmål ges incitament för att förbättra kvaliteten
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens då utförare med högre måluppfyllelse får högre ersättning. Öppen redovisning ökar konkurrensen ytterligare
	3. Bidrar till patientfokus	Genom att upprätta mål som ökar värdet för patienten bidrar denna modell till patientfokus
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Incitament finns för patientsektion då mindre vårdtunga patienter kan leda till att målen lättare uppfylls. Kan motverkas genom att ersätta jämlikhetsmått
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Om mål knyts till tillgänglighet kan modellen bidra till en god tillgänglighet
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Finansiären kan sätta ett tak på maximal ersättning för att upprätta kostnadskontroll
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolym	Incitament för utföraren att producera större volymer om det medför att fler mål uppnås vilket ökar ersättningen
	8. Förbättrar transparens av kostnader	En förbättring av transparens av kostnader fås för de områden som den målrelaterade ersättningen är knuten till
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Incitament för att uppnå fler mål med lägre kostnader, vilket ökar kostnadseffektiviteten
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansär och utförare	Risk för utföraren då det är svårt att förutsäga hur stora intäkterna kommer att bli, men även en risk för finansiären om det inte finns något tak för ersättningen
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	Kan gynna helhetsperspektiv och samverkan om ersättning knyts till mål som berör detta
	12. Ger incitament för innovation	Resultatmått främjar utveckling av nya arbetssätt att uppnå önskvärda resultat
	13. Är robust mot manipulation	Alla mått som baseras på rapportering från utförare medför risk för manipulation. Kan motverkas genom uppföljning och inspektion
	14. Medför begränsad administrativ börda	Stor administrativ börda för såväl finansär som utförare då måluppfyllelse ska rapporteras, dokumenteras och följas upp

9.2 Hur kan målrelaterad ersättning inom diabetesvård inspireras av internationella exempel?

Både i Storbritannien och i USA är det vanligt att den målrelaterade ersättningen är kopplad till diabetesvården. Storbritannien har troligen det största ”pay-for-performance”-programmet i hela världen (sett till ersättningens storlek) och programmet har ett stort antal medverkande utförare (99,6 procent av alla allmänläkare deltar i programmet). Ända sedan 2004 har det varit möjligt för engelska allmänläkare att få målrelaterad ersättning och ersättningens storlek utgör cirka en fjärdedel av allmänläkarnas inkomst. För att få höga poäng (och därmed hög ersättning) var det viktigt att ge en god hjärt- och kärlsjukvård samt diabetesvård. Den ursprungliga modellen

var uppbyggd av cirka 140 kvalitetsindikatorer inom fyra domäner, där kliniska indikatorer tillhör en gemensam domän. Från början var 16 av de 80 kliniska indikatorerna kopplade till diabetesvård. Tillsammans med hjärt-/kärlsjukvård och journalernas kvalitet svarade diabetesvården för knappt hälften av den totala poängsumman.[4]

Under de första åren uppnådde 98 procent av alla mottagningar de uppsatta målen, vilket indikerar att de kvalitetsmått som sattes upp var för enkla att nå. Hälsodepartementet hade förväntat sig att endast 75 procent av mottagningarna skulle nå målen. [4] Detta innebar ett problem då det var svårt att generera extra pengar för att ge alla bonus, samtidigt som det skulle skapa negativa reaktioner från utförarna om bonusen per utförare skulle sänkas. En sänkning av ersättningen per utförare skulle troligtvis innebära att effekten av den målrelaterade ersättningen skulle avta till nästkommande år. [8]

Anell har i sin rapport *Värden i vården – ESO-rapport om målrelaterad ersättning i hälso- och sjukvården* genomfört en omfattande litteraturstudie om ersättningssystem i andra länder. Anell fann flertalet studier som beskriver den målrelaterade ersättningens effekter på diabetesvården i Storbritannien. Bland annat antalet diabetespatienter som fått sin rökstatus dokumenterad och rådgivning om att sluta röka ökat sedan målrelaterad ersättning infördes i Storbritannien. Samtidigt har andelen rökare minskat och kontrollen av blodtryck har förbättrats. Det finns även studier som visar att skillnaden mellan olika socioekonomiska profiler har minskat. Detta betyder att det finns viss evidens för att förbättringar enligt kvalitetsindikatorer för diabetes har skett sedan pay for performance infördes i den brittiska primärvården. Samtidigt är det svårt att avgöra om effekterna har uppstått på grund av den målrelaterade ersättningen eller från parallellt genomförda insatser för att förbättra diabetesvården. [4]

Denna rapport fokuserar på målrelaterad ersättning som betalas ut till utföraren vid uppfyllda mål, alternativt vite som betalas av utföraren för misslyckande av måloppfyllelse. I Dubai genomfördes under 2013 en satsning kallad ”Your weight in Gold” med avsikt att uppmuntra till en hälsosammare livsstil i Förenade Arabemiraten. I denna satsning erbjöds personer ur allmänheten ett gram guld för varje tappat kilo under en 30 dagars tävlingsperiod. Den minsta viktnedskningen för att få ersättning var 2 kilogram, men det fanns ingen övre gräns för ersättningen. [50] [51] Satsningen genomfördes av staten (municipal officials) och sponsrades av DGJG (Dubai Gold and Jewellery Group) och DMCC (Dubai Multi Commodities Centre). [52] Denna typ av ersättningssystem kan ses som en målrelaterad ersättning, där patienten premieras för uppnådda resultat och inte utföraren som den svenska modellen gör.

www.svensktnaringsliv.se

Storgatan 19, 114 82 Stockholm

Telefon 08-553 430 00