

**Delrapport**

**2009-06-08**

SKL Diariernr

08/4144

## **Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård**

Regeringsbeslut 2007 12 19

### **1 Uppdraget**

Regeringen gav i beslut den 19 december 2007 Socialstyrelsen (SoS) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i uppdrag att i samverkan med Socialdepartementet bedriva ett arbete med att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättningssystem så att dessa kan bidra till att förbättra vårdens innehåll och resultat. Totalt tilldelade regeringen 16,5 miljoner kronor till uppdraget som pågår under perioden januari 2008 till juni 2010. Av denna ram har Socialstyrelsen tilldelats 5,4 miljoner kronor och SKL 11,1 miljoner kronor (inklusive projektsamordning). Uppdraget är att bedriva olika projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Projektet ska stödja en positiv utveckling av hälso- och sjukvården sett ur såväl ett organisations- som befolkningsperspektiv.

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

### **2 Organisation**

Arbetet är organiserat i olika delprojekt, fördelat på Socialstyrelsen och SKL där respektive part ansvarar för sin del av uppdraget. Arbetet hålls samman av en samordningsgrupp med representanter från de ansvariga och Socialdepartementet. Till samordningsgruppen har även knutits representanter från andra aktörer som bedriver aktiviteter inom området: Nätverket uppdrag hälsa, Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus och i kommande arbeten också Vårdföretagarna. Samordningsgruppen består av följande personer:

Stefan Ackerby  
Klas Öberg  
Mona Heurgren  
Anne Bylund  
Sören Berg  
Kerstin Troedsson

Daniel Zetterberg/Hanna Sjöberg  
Agneta Rönn  
Ulrika Eriksson  
Staffan Lindvall  
Johan Calltorp

-----

Vårdföretagarna kommer att fr o m höstens arbete att representeras av  
Stellan Ungerholm  
Eva Andersson

SKL  
Socialstyrelsen  
Socialstyrelsen  
Nätverket Uppdrag Hälsa  
Nätverket Uppdrag Hälsa/SLL  
Nätverket Hälsöfrämjande Sjukhus och  
Vårdorganisationer  
Socialdepartementet  
SKL  
SKL  
SKL, Projektledare  
Konsult och Sakkunnig i projektet

För det arbete och de projekt som finns inom SKL´s ansvarsområde sker förankring i Landstingsdirektörsgruppen. Landstingsdirektörsgruppen har utsett en kontaktgrupp för att följa projektet. För närvarande består kontaktgruppen av:

Anette Henriksson,  
Mikael Borin  
Mats Lindqvist  
Rune Ekman  
Kjell Nyström  
Bengt Kron (på väg att lämna gruppen)

Landstinget Halland  
Landstinget i Östergötlands län  
Västerbottens läns landsting  
Stockholms läns landsting  
Landstinget Dalarna  
Västra Götalandsregionen

Därutöver är olika delprojekt också förankrade i andra nätverk och samverkansgrupper, och för de projekt som drivs lokalt i landsting och/eller landsting i samverkan finns lokala projektledare/projektgrupper.

Arbetet inom Socialstyrelsen sker inom EpC och Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Projektplanen för regeringsuppdraget föredrogs för och är förankrad i Socialstyrelsens ledningsgrupp den 27/5-2008 (Dnr 00-12362/2009).

### 3 Sammanställning, projektområden och anslag

| Område/projekt  | SoS        | SKL         |
|---|------------|-------------|
|   | Mkr        | Mkr         |
| <b>1. Infrastruktur för beskrivning av vårdens verksamhet och kostnader som underlag för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem</b> |            |             |
| Utveckling av nordDRG och patientregistret  | 2.5        |             |
| Utveckling av KPP   |            | 2.5         |
| Utveckling av primära klassifikationer  | 2.5        |             |
| <b>2. Vårdval och mångfald</b>  |            |             |
| Nationella jämförelser av erfarenheter och utvärderingar av system med vårdval och mångfald inom primärvården   |            | 0.4         |
| <b>3. Helhetsorienterade ersättningssystem – vårdepisoder och sjukdomsgrupper</b>   |            |             |
| Vårdprocessansvar   |            | 3.2         |
| <b>4. Relationer mellan kostnader och mätbar kvalitet</b>   |            |             |
| Sambandet mellan hälso- och sjukvårdens kvalitet, resultat och kostnader  | 0.4        |             |
| Ersättning som baseras på kvalitet – målrelaterad ersättning  |            | 2.0         |
| <b>5. Samordning och plattform för kunskapsuppbyggnad</b>   |            | 3.0         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>5.4</b> | <b>11.1</b> |

## **4 Lägesrapport för projekten inom Socialstyrelsens ansvarsområde**

Socialstyrelsens ansvar omfattar projekt och utveckling med 5 miljoner kronor för arbetet med förbättrad infrastruktur för att beskriva vårdens verksamhet (EpC) och 400 tkr för att utveckla effektivitetsbegreppet i det pågående arbetet med att skapa en nationell modell för uppföljning av hjärtsjukvården (HS-avd). Det senare uppdraget redovisas särskilt till Socialdepartementet och redovisas inte i denna delrapport.

EpC:s uppdrag är enligt regeringens beslut:

1. Utveckling av NordDRG och Patientregistret
2. Utveckling av primära klassifikationer för primärvård och psykiatri

Målsättningen med arbetet är att förbättra beskrivningssystemen inom hälso- och sjukvården, och därmed främja utvecklingen av hälso- och sjukvårdens effektivitet genom att förbättra landstingens möjligheter att utveckla nya och mer kvalificerade ersättningssystem.

Arbetet bedrivs i nio olika delprojekt. Nedan följer en redovisning för läget i vart och ett av projekten.

### **Utveckling av NordDRG och primära klassifikationer**

#### ***4.1 Insatser för att förbättra beskrivningen av den öppna vården inom NordDRG***

**Syfte:** Att utveckla NordDRG:s öppenvårdsdel så att systemet blir än bättre som underlag för beskrivning och ersättning i den specialiserade öppna vården. Idag använder samtliga landsting NordDRG som underlag för ersättning för den slutna vården inom och/eller utom landstinget. Enbart fyra landsting använder NordDRG:s öppenvårdsdel för ersättning. Systemet är fortfarande nytt och behöver finjusteras för att bli ett bättre underlag för ersättning och beskrivning.

**Status:** Pågår

**Projektledare:** Mats Fernström, Socialstyrelsen/EDP

**Pågående aktiviteter:** Ett flertal aktiviteter har genomförts, bl a en uppdatering av de prospektiva (framåtsyftande) vikterna för 2009 med tillgängliga KPP-data i öppen vård. Framtagande av en kortlista för dyra rekvisitionsläkemedel är under slutförande. En systematisk genomgång av valda delar av DRG-systemet för den öppna vården har påbörjats. Den svenska expertgruppen för NordDRG finns som stöd och referensgrupp till arbetet.

**Planerat avslut:** december 2009

**Eventuella risker:** Kostnadsdataunderlaget (KPP) för den öppna vården har fortfarande inte tillräckligt god kvalitet och omfattning vilket ger vissa begränsningar i utvecklingsarbetet.

#### ***4.2 Utredning av bättre beskrivning av komplicerade fall (både för komplikationer och komorbiditet) inom ramen för NordDRG***

**Syfte:** Att modifiera nuvarande NordDRG-system till att bättre beskriva patienternas svårighetsgrad eller vårdtyngd. Delprojektet ska mynna ut i ett förslag till en ny modell för gruppering av komplicerade fall i NordDRG.

**Status:** Pågår

**Projektledare:** Per Sjöli/VGR

**Pågående aktiviteter:** En förstudie för delprojektet har genomförts som visar att projektet har stor potential att lyckas med att bättre beskriva patienternas vårdtyngd i termer av komplikationer och komorbiditet. En särskild projektgrupp har bildats med experter från hela landet och från Finland. System från USA och Kanada har studerats och på bas av detta har beslut tagits om att ta fram en modell som liknar den USA:s statliga DRG-system för Medicare och Medicaid (CMS). Ett "översättningsarbete" av amerikanska koder för komplicerande diagnoser till svenska diagnoskoder pågår. När detta arbete är slutfört kan en ny svensk version av den amerikanska modellen tas fram.

**Planerat avslut:** november 2009.

**Eventuella risker:** Inga nu kända.

#### ***4.3 Utveckling av system som länkar DSM-IV (diagnostisk manual inom psykiatrin) till ICD-10***

**Syfte:** Att skapa förutsättningar för psykiatriska verksamheter att utnyttja DSM-IV som kliniskt beslutsstöd för ökad diagnostisk tillförlitlighet vid klassificering, kodning och inrapportering av psykiatriska tillstånd enligt ICD-10.

**Status:** Pågår

**Projektledare:** Roland Morgell, Socialstyrelsen/EKT

**Pågående aktiviteter:** En arbetsgrupp med representanter från vuxen- och barnpsykiatri har påbörjat en mappning (länkning) mellan DSM-IV-TR och den svenska versionen av ICD-10, och i samband med det analyserat skillnader i strukturell uppbyggnad, omfång och detaljeringsnivå. Psykiatriska kliniker inom Stockholms läns landsting och Norrbottens läns landsting har tidigare var för sig tagit fram konverteringstabeller som på en aggregerad nivå länkar DSM-IV-kategorier till ICD-10 koder. Projektet ska sammanföra och använda erfarenheter från detta arbete. Kontakt har tagits med det amerikanska förlag som har copyright till DSM-systemet för att dessa länkningar ska kunna göras tillgängliga i Sverige. Positivt besked förväntas då länkning, och därmed stöd till utökad användning, torde ligga även i deras intresse.

DSM-systemet medger diagnostisk bedömning med flera sinsemellan oberoende variabler, vilket ger ett mycket stort antal kombinationer och därmed tänkbara kategorier. En mappning gentemot SNOMED CT har även påbörjats för att utvärdera om detta begreppssystem kan användas som komplement till ICD-10 i de fall man för kliniska behov vill kunna ange diagnoser med en högre preciseringsgrad än vad ICD-10 medger. Arbetet i delprojektet som helhet har hittills varit framgångsrikt.

**Planerat avslut:** december 2009

**Eventuella risker:** American Psychiatric Association har inte besvarat svensk förfrågan om tillgång till DSM-IV-TR som elektroniskt diagnosstöd för kodning enligt ICD-10.

#### ***4.4 En översyn av sekundärgruppering av psykiatrin på övergripande nivå***

**Syfte:** Att göra en översyn av en tidigare framtagen aggregerad beskrivningsnivå för den psykiatriska verksamheten, med definitioner som baseras på ICD-10 och DSM-IV. Tanken med den aggregerade beskrivningsnivån är att det ska bli enklare för den psykiatriska verksamheten att göra analyser. Exempel på aggregerade grupper är missbruk, schizofreni, demens etc.

**Status:** Ej påbörjad. Delprojektet avvaktar resultatet från projekt 3.

**Planerat avslut:** Maj 2010

#### ***4.5 Studera hur kontaktorsaker, diagnoser, funktionstillstånd och åtgärder används inom primärvården***

**Pågående aktiviteter:** Delprojektet har avgränsats till att avse läkare inom primärvården.

Sveriges Kommuner och Landsting har via en enkät hösten 2008 kartlagt användningen av klassifikationer inom primärvården som helhet. Kompletterande information insamlas via intervjuer med allmänläkare och företrädare för förvaltningar på olika nivåer.

*Besöksdiagnoser* kodas nästan alltid. Flera landsting har krav på lokal inrapportering. Kodning sker oftast enligt KSH97P men även KSH97 används. Det finns behov av nationella anvisningar för diagnoskodning i primärvård och att de lokala systemen utvecklas så att det blir enklare hitta rätt diagnoskod. Det finns även visst behov av att KSH97P uppdateras.

*Kontaktorsaker* och *funktioner* klassificeras inte enhetligt idag. Vare sig KKO eller ICF är kända bland allmänläkare. Kontaktorsaker och funktioner beskrivs huvudsakligen med fri text under sökord utan nationell standard.

*Åtgärder* beskrivs oftast med fri text. Avsaknad tillgång till åtgärdsklassificering i systemen gör att diagnosklassifikationen i viss utsträckning används till att koda åtgärder. NLL har inom ramen för sammanhållen patientjournal gjort ett urval av KVÅ för primärvård, vilket läkarna förväntas tillämpa.

*Andra kodverk.* Vid läkemedelsförskrivning anges ATC-koder. Det finns behov av system för enhetlig beskrivning av livsstilsfaktorer och vårdform, som exempelvis hemsjukvård.

*Automatkodning.* Datoriserade journaler ger förutsättningar för automatkodning av data som inmatas på ett enhetligt sätt, vilket idag inte sker enligt någon nationell standard. Exempel på detta är åtgärder som utfärdande av recept eller intyg samt kliniska undersökning, där dokumentation av undersökningsfynd förutsätter åtgärden undersökning. Krav på kodning av information som redan på annat sätt framgår skulle medföra oönskade effekter avseende effektiva vårdprocesser och arbetsmiljö.

*Datakvalitet.* Den osäkra kvaliteten i de data som registreras i journalsystem och inrapporteras till lokala register och kvalitetsregister gör att det finns behov av nationella anvisningar och utvecklande av metoder för kvalitetssäkring.

**Fortsatt arbete:** Delrapport juni 2009. Därefter fortsatt arbete utifrån identifierade behov av uppdatering av KSH97P och utveckling av primärvårdsversion KVÅ samt uppdaterade klassificeringsanvisningar för primärvård.

**Planerad avslutning:** november 2009

#### ***4.6 En inventering av olika sekundära patientklassificeringssystem inom primärvården***

**Syfte:** Syftet med delprojektet är att kartlägga vilka sekundära beskrivningssystem som är i bruk inom primärvården internationellt och nationellt. Arbetet kommer att vara en utgångspunkt i ett framtida ställningstagande om ett svenskt system för sekundärklassificering i primärvården.

**Status:** Pågår

**Projektledare:** Lisbeth Serdén, EDP/Socialstyrelsen

**Pågående aktiviteter:** SKL har via enkät till landsting och regioner kartlagt den nationella användningen av sekundära patientklassificeringssystem inom primärvård. Kartläggningen kan även användas i detta delprojekt. Utöver enkäten har en kartläggning påbörjats av de internationella system som är i bruk inom området, med hjälp av sammanställning av information på Internet.

**Planerat avslut:** december 2009

**Eventuella risker:** brist på dokumentation om de sekundära beskrivningssystem inom primärvården som är i bruk.

### **Utveckling av Patientregistret**

#### ***4.7 Förbereda och genomföra en utvidgning av patientregistret till att innehålla alla yrkeskategorier med legitimation inom den öppna specialiserade vården***

**Syfte:** Att erhålla en bättre beskrivning och bättre möjligheter till uppföljning och analys av den öppna specialiserade vården genom att inkludera alla yrkeskategorier i patientregistret.

**Status:** En hemställan om ändring av patientregistrets förordning till att omfatta andra yrkeskategorier än läkare har inlämnats till regeringskansliet i januari 2008. En dialog har inletts med Socialdepartementet som arbetar med skrivelsen och avser att gå vidare med ärendet.

**Projektledare:** Hillevi Rydh, EDP/Socialstyrelsen

**Pågående aktiviteter:** Starten av delprojektet har skjutits upp på grund av det uteblivna beskedet. En utredning kommer dock att tas fram oavsett vilket beslutet blir, arbetet ska påbörjas i vår. Projektet kommer att koncentrera arbetet till att beskriva de förutsättningar som måste vara uppfyllda för ett eventuellt utbyggt register.

**Planerat avslut:** februari 2010

#### **4.8 Utredda förutsättningarna för ett hälsodataregister inom primärvården**

**Syfte:** Att påbörja diskussionen kring vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att kunna bygga upp ett nationellt hälsodataregister inom primärvården.

**Status:** Utredningen är delvis påbörjad. Delprojektet avvaktar vissa resultat från projekt 3 innan projektstart. I stora drag kan vi i nuläget identifiera några grundläggande förutsättningar som måste vara uppfyllda:

- *Gemensam informationsstruktur*
  - Enhetlig och standardiserad terminologi
  - Gemensamma klassifikationer och kodverk för ändamålsenlig dokumentation
  - Aktuella anvisningar för användning av kodverk och uppföljning av användning
  - Enhetlig typ av information i lokala register/journalsystem (på grundläggande nivå)
- *Teknisk mognad*
  - Tillgång till individdata i datoriserade journaler
  - Lokala datoriserade register
  - IT lösningar baserade på gemensamma informationsmodeller
  - IT lösningar som möjliggör överföring av uppgifter
- *Regelverk*
  - Juridiska förutsättningar för nationellt register
- *Regionala skillnader*
  - Kartläggning av organisatoriska skillnader och eventuella skillnader i primärvårdens uppdrag.
- *Syfte och innehåll i ett eventuellt primärvårdsregister*
  - Kartläggning av informationsbehov och önskemål inom verksamheten och huvudmännen samt motivation och inställning till eventuellt register.
  - Klarlägga relation till andra befintliga register i syfte att på sikt möjliggöra ett helhetsperspektiv av hälso- och sjukvårdens verksamhet samt undvika dubbelrapportering.

Det finns idag ingen enhetlig informationsstruktur inom primärvården, men utvecklingsarbete pågår inom ramen för den nationella IT-strategin bl a genom projekten Nationell informationsstruktur och Nationellt fackspråk för vård och omsorg (SoS) samt Tillämpad informationsstruktur (Beställarfunktionen, SKL).

**Projektledare:** Karin Nyqvist, EDP/Socialstyrelsen

**Planera avslut:** maj 2010

#### **4.9 Utveckla ett system för elektronisk rapportering till PAR**

**Syfte:** En övergång till elektronisk dataöverföring, och på sikt en uppgiftsöverföring som sker oftare än en gång per år, utgör basen i strävan efter ökad aktualitet av Patientregistret. Huvudmålet är att finna en teknisk lösning och möjliggöra för dem som

bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården att på ett säkert och smidigt sätt överföra information elektroniskt till Socialstyrelsens Patientregister.

**Status:** Pågår

**Projektledare:** Karin Nyqvist, EDP/Socialstyrelsen

**Pågående aktiviteter:** Det finns idag möjlighet att överföra uppgifter elektroniskt för dem som har installerat SHS<sup>1</sup>-klient eller PMI<sup>2</sup>-klient. Dessa tekniska lösningar fungerar bäst för journalsystemen Profdoc/Medidoc och Obstetrix. En av svårigheterna med att få en elektronisk överföring att fungera fullt ut är den stora mängd olikartade tekniska lösningar som nu florerar inom stat, landsting och kommun. Ett samarbete har därför inletts med Beställarfunktionen på SKL. Samarbetet syftar till att gemensamt, inom ramen för den nationella IT strategin, hitta en bredare teknisk lösning för elektronisk informationsöverföring. En konsult är under upphandling, och syftet är att se över olika alternativa tekniska lösningar som kan vara hållbara i relation till IT-utvecklingen i stort, landstingen/regionernas tekniska mognad samt Socialstyrelsens IT-miljö.

**Planerat avslut:** december 2010

**Eventuella risker:** Med tanke på den mängd av individuellt anpassade IT-lösningar som florerar kan det eventuellt ta lång tid att få fram en fungerande teknisk informationsöverföring inom ramen för den nationella IT-strategin.

## Sammanfattningsvis

De flesta av delprojekten är igång enligt plan. Delprojekt 7 ”Utvidgning av patientregistret...”) har fått en något ändrat innehåll på grund av att svar på hemställan till förändring av lagtexten ännu inte har inkommit till Socialstyrelsen.

De anslagna medlen för projektarbetet får användas t o m juni 2010. En särskild finansierings- och projektkod har upprättats. De medel som regeringen har avsatt till SKL inom projektet (11,1 Mkr) utbetalades i december 2008. Ett särskilt projektavtal har upprättats med externa projektledare för delprojekt 2, för en del inom delprojekt 1 (kortlista för rekvisitionsläkemedel) samt för delprojekt 3 och 5.

Projektbudgeten och de uppsatta tidsplanerna bedöms i dagsläget att hålla.

Huvudansvariga för regeringsuppdraget är

Mona Heurgren  
Enhetschef  
EDP/EpC  
Socialstyrelsen

Kristina Bränd Persson  
Enhetschef  
EKT/EpC  
Socialstyrelsen

---

<sup>1</sup> Spridnings- och Hämtningssystem

<sup>2</sup> Profdoc Medical Interchange är en nationell tjänst som möjliggör informationsutbyte mellan olika aktörer inom vårdsektorn

## **5 Projektområden och lägesrapport inom SKL´s ansvarsområde**

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

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

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

Idag finns cirka 60 procent av den slutna somatiska vården med i databasen för KPP, med en tyngpunkt i stora sjukhus i de stora landstingen. KPP-databasen innehåller också en mindre andel av den öppna somatiska vården samt viss psykiatrisk vård. När det gäller KPP inom psykiatri och framför allt primärvård finns dock stora utvecklingsbehov.

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

Projektet för utveckling av KPP har haft tre delmål:

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

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

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

En projektledare anställdes för att samordna arbetet i projektet.

Under hösten gjordes en närmare inventering av situationen i varje landsting när det gäller KPP och behoven av stöd, information m.m.

Under hösten inbjöds alla landsting till tre heldagar med information och erfarenhetsutbyte i Östergötland, som är det landsting som kommit längst när det gäller utveckling av KPP.

I syfte att öka kunskapen om KPP och dess användningsmöjligheter har landstingsledningarna m.fl. i de landsting som saknar KPP erbjudits en KPP-presentation.

För att öka kunskapen om vad det praktiska införandet av KPP innebär har två heldagsseminarier arrangerats i mars 2009, där bl.a. de olika systemleverantörerna av KPP-system deltog och presenterade sitt arbete och sina produkter och flera landsting presenterade sina erfarenheter.

En broschyr med information om KPP har tagits fram.

För att mer konkret stödja nya projekt för införande och breddning av KPP skickades i maj månad ut ett erbjudande till alla landsting om bidrag till stöd i arbetet. Stödet kan ha formen av information, expertstöd, kompetensuppbyggnad och även stöd vid det praktiska genomförandet. I inbjudan angavs att högsta prioritet ges åt projekt i de landsting som inte har infört KPP över huvud taget och projekt som ligger inom områdena primärvård eller psykiatri. Ansökningstiden gick ut 25 maj, och då hade sammanlagt 12 landsting inkommit med ansökningar för projekt om totalt närmare 6 miljoner kronor, vilket skall ställas i relation till den angivna ramen som erbjöds på ca 2 milj kr. Efter prövning och prioritering av ansökningarna har stöd beviljats till sammanlagt 7 projekt.

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

**Status:** Pågår.

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

**Projektets syfte/mål:** Projektet skall utveckla kunskapen om ersättningsmodeller som utgår från befolkningens val av vårdgivare i en mångfald av utförare. Landstingen är på väg att införa nya ersättningssystem där resurserna följer patienternas val. Det finns både likheter och skillnader mellan de olika modellerna.

Målet är att skapa en kunskapsbas om konsekvenserna av olika system för att låta resurser följa patienters val. Fördjupad jämförelse görs av kostnader, produktivitet, täckningsgrad, förändringar i utbud och ägandeformer, fördelningseffekter mm i de landsting där utvärderingar genomförs.

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

## **Genomförande/aktiviteter**

### Modell för uppföljning/utvärdering

Ni införs vårdvalsmodeller för primärvård i hela landet. Det faktum att det delvis är olika modeller som införs gör det angeläget att utvärdera modellerna så att det går att dra lärdom av förtjänster och brister i olika lösningar. Ett sådant lärande underlättas om de olika vårdvalsmodellerna utvärderas på ungefär samma sätt. I ett delprojekt har utarbetats en mall för hur införandet av vårdval i primärvård kan följas. Rapporten redovisar även viss internationell bakgrund/standard för vilka parametrar/perspektiv som används för uppföljning på denna vårdnivå.

Rapporten har presenterats i Vårdvalsnätverket och i Nätverket för Hälso- och sjukvårdsdirektörer. Förslaget har också diskuterats med Socialstyrelsen utifrån deras uppdrag att följa genomförandet av vårdvalet i primärvård. Rapporten "Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval" är skriven av Gert Paulsson och finns tillgänglig via SKL's publikationsservice (publiceras 10 juni 2009). Därutöver pågår en del aktiviteter för att informera och sprida rapportens innehåll.

### Beskrivning av vårdvalsmodeller

Under 2008 publicerade KEFU en rapport som jämförde vårdvalsmodellerna i Halland, Västmanland och Stockholm. Beskrivningen har därefter kompletterats med en beskrivning enligt samma struktur modellerna i de landsting som under 2008 och 2009 infört eller tagit tydliga beslut om vårdval i primärvården. Det innebär att rapporten redovisar nu gällande vårdvalsbeslut för Stockholm, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Halland, Västmanland, Östergötland och Landstinget i Kronoberg

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

Rapporten "Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner" är skriven av Anders Anell och finns tillgänglig via SKL's publikationsservice (publiceras 10 juni 2009). SKL distribuerar den i sina nätverk (Vårdvalsnätverket, Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, etc).

### Uppföljning av effekter

När de olika vårdvalsmodellerna varit i bruk ett tag kommer efter hand uppföljningar att tas fram av både landstingen själva och andra. Ett delprojekt är etablerat med uppdraget att systematiskt samla alla enskilda erfarenheter i ett gemensamt dokument. Detta projekt löper fram till andra halvåret 2010.

Arbetet inom detta delprojekt kommer att publiceras i en första webbaserad version under hösten 2009, för att därefter successivt fyllas på med tillkommande uppföljningar fram till juni 2010 då en skriftlig rapport publiceras.

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

Flera landsting har efterfrågat metoder för att hantera skillnader i vårdtyngd (case-mix) mellan vårdenheter. Efter inventering och kontakter i landstingen har detta arbete lett fram till en koncentrerad utveckling av ACG-systemet ( Adjusted Clinical Groups – Utvecklat av Johns Hopkins University). Arbetet har fokuserat på att ta fram svenska anpassade konsumtions- och kostnadsvikter. Detta arbete har nu lett till att mer än

hälften av landstingen fullt ut eller i pilotprojekt har anslutit till ACG. Exempelvis Skåne och Västra Götalandsregionen kommer att basera merparten av vårdpengen på ACG.

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

Inom området "målrelaterade ersättningar" pågår det ett samordnande arbete för att finna hållbara och möjliga variabler som grund för att en del av ersättningen till vårdgivarna skall baserad på uppnådda resultat. I de införda och beslutade vårdvalssystemen uppgår vanligen den delen av ersättningen till c:a 3 procent.

För att presentera den utveckling som skett inom området så genomfördes i januari en konferens med ett stort deltagande från landstingen och vårdföretagare.

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

**Projektets syfte/mål:** Projektet skall skapa modeller som är användbara för att ersätta hela vårdkedjor. Sjukvårdens insatser är oftast mycket effektiva, men brister finns i helhet för patienterna och effektivitet utifrån ett totalt samhällsperspektiv. Hälsoresultat är svåra att värdera i ett kortare projekt, men följsamhet till validerade och kända insatser för att nå hälsovinster kan vara en del som inkluderas. Projektet skall utgå från några tydliga avgränsade sjukdomsgrupper, där någon part i vårdflödet, eller någon utanför själva utförarorganisationen, ansvarar för helheten och ersätts utifrån detta ansvar..

Tänkt omfattning är några landsting som jobbar med en identifierad vårdkedja inom psykiatri och några landsting som jobbar med någon/några somatiska sjukdomsgrupper

**Genomförande/aktiviteter:** Ett större nationellt seminarium kring ersättningssystem för utvecklade vårdprocesser genomfördes i början av hösten 2008. Landstingen har erbjudits att medverka i form av delprojekt. Två lokala projekt pågår inom området.

Skåne – Utveckling av ett nytt ersättningssystem för vårdprocesser.

Projektet är väldefinierat och omfattar en sjukdomsgrupp (Steg 1 Stroke). Bygger på en sammanhållen struktur för en sjukdomsgrupp – med flera "aktörer". Hanteras av utsedd vårdprocessansvarig.

Uppsala - Utveckling av ersättningssystem kopplat till "högspecialicerad vård".

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

Projektet har genererat samverkansmöten och utbyten med flera landsting. Exempelvis vårdkedjearbeten inom strokeområdet har intresserat flera landsting och försök att identifiera processkostnader med hjälp av "flödesmodellen" görs också.

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

Något strukturerat projekt inom området psykiatri har inte kommit igång.

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

**Projektets syfte/mål:** Projektet stödjer arbetet att söka nya sätt att ersätta sjukvården, som traditionellt ersätter per prestation eller för att täcka en kostnads massa men inte tar hänsyn till kvalitet. Inspiration till hur en sådan ersättning skulle kunna se ut kan man hitta i det system som nu tagits fram inom engelsk primärvård.

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

**Genomförande/aktiviteter:** En större litteraturgenomgång av system med målrelaterad ersättning har genomförts. Resultaten redovisas i en rapport som publiceras i projektet under juni 2009.

Projektet har också samlat en grupp för bedömning av möjliga indikatorer för målrelaterad ersättning i primärvård. Gruppen består av personer med uppdrag inom området i Stockholm, Skåne och Västra Götalandsregionen tillsammans med representanter från Svensk Allmänmedicinsk förening. Arbetet har hittills skett inom den gruppen. Planering för en bredare workshop planeras till hösten 2009.

Ett lokalt projekt inom målrelaterad ersättning med hälsofrämjande perspektiv pågår.

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

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

**Status** Arbeta pågår, men mest koncentrerat till primärvård. Andra specialiteter i öppenvård och för mer specifik slutenvård utvecklar sig långsammare.

## 5. Samordning och plattform för kunskapsuppbyggnad

### Projektets syfte/mål:

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

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

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

### Genomförande/aktiviteter

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

- Vårdtyngd/case-mix som underlag för vårdpeng i primärvård – Linköpings Universitet
- Socioekonomiska modeller – Karolinska Institutet
- Vårdvalsmodeller - Lunds Universitet
- Effektivitet/Produktivitet som begrepp – Göteborgs Universitet

Som deltagare i samordningsgruppen har Johan Calltorp uppdraget att samordna ”mötesplatsen” forskning – praktik. Som en särskild aktivitet kommer identifierade forskarmiljöer inom området att möta landstingen i en träff 1 september.

I projektens utvecklingsarbete finns utvecklade kontakter med forskningsvärden. Kvarstår att sammanställa de kunskaper som finns och göra dessa tillgängliga/publika.

## 6 Sammanfattning

Projektet som helhet är mitt i de uppdrag som regeringen givit. Projektet är strukturerat i olika delprojekt som följer angivna planer. I något avseende skulle ytterligare aktiviteter önskas, samtidigt som en del andra områden haft större intensitet än vad som förutsågs. Det är hög intensitet i arbetet och just nu är projektet mitt i en period av arbete i projektgrupper, layout och tryck av rapporter, planering för samordnade möte/workshops....etc.

I projektets kontakter med landstingen har det varit starkt fokuserat på att genomföra vårdval för primärvård och att inom det området finna bra underlag för beslut om ersättningsmodeller. Inom en del andra områden som att med hjälp av ersättningssystem utveckla vårdprocesser och effektivitet har det inte varit lika lätt att gå från ord till handling. Utan där är arbete mer fokuserat på att ta fram kunskapsmaterial, ordna seminarier, nätverk, etc.

Redan nu i denna delrapport vill vi dock avisera att den positiva utveckling som är på gång inte ska bromsa upp så önskar vi föreslå en utökad satsning för 2010 på arbetet

med KPP (kostnad per patient) och en kraftfullare satsning inom området målrelaterad ersättning. Angeläget är också en fortsatt satsning på den informationsmässiga infrastruktur som är grunden för mycket av en kunskapsbaserad utveckling. En av de mest avgörande frågorna är den fortsatta utvecklingen av primära klassifikationer i primärvården.

Önskemål är också att regeringen skapar utrymme för att bidra till en delfinansiering av det nationella forskningsprogram som är målsättningen att arbeta fram under hösten.

För projektet  
2009 06 08

Staffan Lindvall

Projektledare och föredragande i Samordningsgruppen