

Framtaget som en del av Socialstyrelsens stöd till regioners
arbete med nationell vårdförmedling

Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling

Informationsunderlag kring ersättningsmodeller inom specialiserad vård

Introduktion till underlaget

Detta stödjande material är en del av ett samlat stöd till regionerna som syftar till att förbättra regionernas förutsättningar att erbjuda patienter som förväntas vänta längre än vårdgarantin vård hos en annan vårdgivare.

Nationell vårdförmedling innebär att väntande patienter erbjuds vård hos en annan vårdgivare (offentlig eller privat) med ledig kapacitet eller kortare väntetider – oavsett var i landet denna vårdgivare bedriver sin verksamhet. I samband med detta sker, helt eller delvis, en överföring av patientansvar mellan vårdgivarna. Det är vårdens skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare om regionen inte uppfyller den författningsreglerade vårdgarantin. Nationell vårdförmedling är ett av flera verktyg som regionerna kan arbeta med för att förbättra tillgängligheten i vården.

Nationell vårdförmedling kan sannolikt underlättas av ekonomisk styrning och ändamålsenligt utformade ersättningsmodeller. Ekonomisk styrning och ersättningsmodeller reglerar compensation till vårdgivaren som utför en vårdåtgärd. Modellens utformning anses viktig eftersom den styr de ekonomiska drivkrafterna för verksamheterna, och därigenom påverkar prioriteringar. Genom en väl utformad och ändamålsenlig ersättningsmodell – som hänger ihop med den samlade styrningen – kan en region optimera sin resursanvändning och främja samarbete mellan olika vårdgivare. I förlängningen kan detta bidra till en smidigare vårdförmedlingsprocess. Dessutom kan en mindre ändamålsenligt utformad modell skapa hinder för nationell vårdförmedling, till exempel genom att det upplevs som kostsamt för en vårdgivare att erbjuda patienter nationell vårdförmedling.

Detta material bygger på och sammanfattar teoretisk kunskap som kan fungera som en inspirationskälla för regionernas arbete med utveckla ändamålsenliga ersättningsmodeller kopplade till nationell vårdförmedling. Underlaget utgör ett stöd för reflektion och diskussion på regional nivå. Materialet är **inte** utformat för att beskriva vad som är rätt eller fel, utan varje region behöver göra en egen bedömning utifrån regionens egna förutsättningar och prioriteringar.

Innehåll

1

Hur kan informationsunderlaget användas?

Sidor 4–8

4

Källor

Sidor 34–35

2

Information om de olika ersättningsmodellerna

Sidor 9–28

3

Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling

Sidor 29–33

Hur kan informationsunderlaget användas?



Detta kapitel innehåller

- ▶ *Hur kan det stödjande materialet användas?*
- ▶ *Finansiell styrning och ersättningsmodeller*
- ▶ *Styrmedel i den svenska hälso- och sjukvården*

Hur kan det stödjande materialet användas?

Syftet med detta informationsunderlag är att ge en överblick av de mest väletablerade ersättningsmodellerna inom den svenska hälso- och sjukvården, samt bidra med inspiration kring hur dessa kan användas i arbetet med nationell vårdförmedling.

Detta underlag fokuserar på att beskriva sex väletablerade ersättningsmodeller, inklusive deras inneboende styrkor och svagheter. Underlaget innehåller även exempel på hur de olika ersättningsmodellerna används inom den svenska hälso- och sjukvården samt vid nationell vårdförmedling.

Underlaget riktar sig bland annat till personer som arbetar med vårdförmedling, personer inom regionen som arbetar med upphandling, verksamhetscontrollers och regionjurister.

Syftet med materialet är *inte* att beskriva vad som är rätt eller fel eller ge direktiv kring hur regioner ska arbeta. Ambitionen är istället att bidra med ett teoretiskt informationsunderlag som till exempel kan användas vid regionala diskussioner om ersättningsmodeller för nationell vårdförmedling. Underlaget kan även ligga till grund för att identifiera eventuella förbättringsområden. Med hjälp av underlaget är det möjligt att få en övergripande bild av olika ersättningsmodeller som på olika sätt kan bidra till att påverka verksamheters drivkrafter att arbeta med nationell vårdförmedling.

Det finns sex väletablerade ersättningsmodeller:

1. Åtgärdsbaserad ersättning
2. DRG-baserad ersättning
3. Vårdepisodersättning
4. Målrelaterad ersättning
5. Värdebaserad ersättning
6. Fast ersättning i form av anslag eller kapitering

Utöver ersättningsmodellerna beskrivs även exempel på hur samverkan och koordinering potentiellt kan stärkas genom extra ersättning.

Innehållet i detta stödjande material bygger på:

- Vetenskapliga artiklar och litteraturöversikter
- Nationella rapporter och kunskapsstöd
- Intervjuer med sakkunniga forskare inom ekonomistyrning inom hälso- och sjukvård

Finansiell styrning och ersättningsmodeller (1/2)

Finansiell styrning innebär att en beställare påverkar system, strukturer, utförare och invånare genom ekonomiska drivkrafter [1]. Genom dessa drivkrafter kan den finansiella styrningen till exempel påverka hur resurser används, och hur effektivt en verksamhet bedrivs.

De huvudsakliga styrmedlen som kommuner och regioner använder för att styra hälso- och sjukvård är [1]:

- Finansiell styrning
- Uppdrag och regler
- Uppföljning, utvärdering och utveckling
- Kunskap
- Konstruktiv dialog
- Möjligheter för invånare till informerade val

En kombination av olika styrmedel krävs för att hälso- och sjukvården ska kunna styras effektivt. Dessa styrmedel behöver synkroniseras med varandra utifrån ett helhetsperspektiv, och bör anpassas på ett sätt som är optimalt för just det specifika sammanhanget som det ska tillämpas inom.

Den finansiella styrningen innebär att regioner och kommuner skapar

ekonomiska drivkrafter för att påverka hälso- och sjukvårdens utförande och resultat. Majoriteten av regionerna och kommunernas styrning riktar sig till vårdutförarna, men det finns även metoder som används som riktar sig till medarbetare och patienter. Beroende på vilken nivå styrningen riktar sig till, består den av olika delar och kan ge olika styreffekter.

Finansiell styrning och ersättningsmodeller (2/2)

Finansiell styrning innebär att en beställare påverkar system, strukturer, utförare och invånare genom ekonomiska drivkrafter [1]. Genom dessa drivkrafter kan den finansiella styrningen till exempel påverka hur resurser används, och hur effektivt en verksamhet bedrivs.

De olika delar som styrningen riktar sig till är [1]:

- *System och struktur:* hur stor del av tillsatta resurser som avsätts till hälso- och sjukvård och hur dessa resurser fördelas mellan olika vårdnivåer och former.
- *Utförare:* vilka ersättningsmodeller som används, ersättningsnivån för de olika delarna av modellen och tilldelning av kostnadsansvar till utförarna.
- *Invånare:* uppmuntra beteenden, till exempel genom besöksavgifter.

regionerna kan använda sig av för att styra vårdutförarna. De önskade effekterna av en ersättningsmodell är att främja och stimulera [1]:

- Hög produktivitet
- Effektivitet
- Innovation
- Vårdkvalitet
- En jämlik vård

Ersättningsmodeller är därmed ett av de centrala verktygen som

Styrmedel i den svenska hälso- och sjukvården

Ekonomiska styrmedel utgör endast en del av ett större system, där även faktorer som bland annat uppföljning, regler och kunskap spelar en viktig roll för att påverka hälso- och sjukvårdens utförande och resultat.

Även om ersättning är en viktig komponent inom styrningen av hälso- och sjukvården, är det endast en del av ett större system [1]. Som tidigare nämnts på föregående sida om Finansiell styrning och ersättningsmodeller, behöver styrmedlen synkroniseras med varandra utifrån ett helhetsperspektiv. För att uppnå önskade resultat behöver styrningen anpassas på ett sätt som är optimalt för just det specifika sammanhanget som det ska tillämpas inom [1]. Detta kan exempelvis innebära att specifika styrmedel används för att motverka de inneboende negativa effekterna som följer med den ersättningsmodell som används.

Syftet med respektive styrmedel – utöver finansiell styrning [1]:

- Uppdrag och regler definierar ramarna för kraven på hälso- och sjukvårdens verksamheter
- Uppföljning, utvärdering och utveckling är verktyg som kan användas för att utveckla och förbättra verksamheten
- Med kunskap menas att utveckla, samordna, sprida och tillämpa bästa möjliga kunskap inom vården

- Konstruktiv dialog mellan politiker, tjänstepersoner, utförare, medarbetare och invånare skapar en gemensam förståelse och samverkan
- Möjligheten för invånare att göra informerade val stärker den demokratiska kontrollen för en hälso- och sjukvård som möter deras behov

De olika styrmedlen ska därmed inte ses som isolerade verktyg, utan som delar av ett större system där de samverkar för att säkerställa att hälso- och sjukvården levererar god kvalitet och uppfyller sina mål [1]. Även om ekonomiska incitament är en central del är det alltså bara en av flera aspekter inom den bredare styrningen.

Information om de olika ersättningsmodellerna



Detta kapitel innehåller

- ▶ *Fast ersättning i form av anslag eller kapitering*
- ▶ *Åtgärdsbaserad ersättning*
- ▶ *DRG-baserad ersättning*
- ▶ *Vårdepisodersättning*
- ▶ *Målrelaterad ersättning*
- ▶ *Värdebaserad ersättning*
- ▶ *Extra ersättning för samverkan och koordinering*

Åtgärdsbaserad ersättning

Information

1/3

Åtgärdsbaserad ersättning, även kallad "fee-for-service", är en rörlig ersättningsmodell där utföraren i efterhand ersätts för varje genomförd vårdåtgärd [2–5]. Vad som räknas som en vårdåtgärd varierar beroende på modellens utformning, men kan exempelvis innefatta behandling, operation eller patientbesök [2,3].

Målsättningen med den åtgärdsbaserade ersättningsmodellen är att skapa ekonomiska drivkrafter för ökad vårdproduktion och förbättrad tillgänglighet [4,6,7]. Genom att vårdgivare uppmuntras att ta emot fler patienter kan modellen också bidra till att minska väntetiderna. Modellen syftar även till att säkerställa att ersättningen speglar den faktiska vårdåtgärden [2,3].

Ersättningens storlek baseras på de åtgärder som vidtas utifrån patientens sökorsak, och kan variera beroende på faktorer såsom diagnos och insatsens omfattning [2,3,5]. Beroende på modellens utformning kan det finnas skillnader i både definitionen av vad som räknas som en åtgärd och hur dessa ska ersättas [3]. Ersättningsnivån är till exempel densamma oavsett vilken yrkesgrupp patienten träffar i vissa modeller. I andra modeller varierar istället ersättningsnivån om besöket sker hos exempelvis en läkare eller sjuksköterska [3].

Modellens inneboende styrkor och svagheter

1/2

Styrkor

- Kan skapa drivkrafter för ökad vårdproduktion, vilket kan bidra till minskade väntetider inom vården [2,3,5].
- Eftersom varje åtgärd ersätts är modellens drivkrafter för patientselektion låga, vilket kan bidra till en mer jämlik vård [3,5].

Åtgärdsbaserad ersättning

Information

2/3

En särskild utmaning med modellen är att den kan ge låg kostnadskontroll för regionen. Detta eftersom den totala ersättningen baseras på den faktiska kostnaden av de utförda åtgärderna [2,3,7]. Eftersom ersättningen är direkt kopplad till mängden producerad vård, kan det finnas en risk att vårdgivaren utför fler åtgärder än vad som är medicinskt motiverat för att maximera ersättningen [2,7,8]. För att motverka risken att vård produceras i onödan, kan ett så kallat ersättningstak införas. Taket innebär att ersättningen reduceras eller uteblir efter att en viss mängd vårdåtgärder har uppnåtts [2,3]. Exempelvis får en utförare full ersättning för ett förutbestämt antal åtgärder, men när denna mängd är nådd uteblir ersättningen för ytterligare åtgärder helt och hållet.

Modellens inneboende styrkor och svagheter

2/2

Svagheter

- Ökad vårdproduktion ger inte alltid mer patientnytta. Detta eftersom fokus på kvantitet kan leda till att onödiga åtgärder utförs och att patienter hamnar på fel vårdnivå [2,3,5,8].
- Bristande budgetkontroll och avsaknad av ersättningstak riskerar att driva upp kostnader och leda till suboptimal resursfördelning [2,3,5].
- Kan tänkas hämma innovation och effektivisering. Detta eftersom fokus endast ligger på att öka vårdproduktionen, snarare än att utveckla mer effektiva arbetssätt [2,3].
- Drivkrafterna kan leda till över- och felregistrering av diagnoser och åtgärder, vilket ökar risken för systemmanipulation och felaktig fakturering [2,3,6].

Åtgärdsbaserad ersättning

Exempel på tillämpningar inom den svenska hälso- och sjukvården

3/3

Ett exempel på hur åtgärdsbaserad ersättning används inom den svenska hälso- och sjukvården återfinns i Region Jönköpings län [9]. Här baseras majoriteten av ersättningen för vårdval inom den specialiserade ögonsjukvården på en modell vars utformning överensstämmer med principerna för åtgärdsbaserad ersättning [4]. Regionen kallar denna modell för patientrelaterad ersättning.

Det är vanligt förekommande att åtgärdsbaserad ersättning används inom primärvården för att ersätta de patientbesök som inkluderar patienter som inte är listade på den vårdcentralen de besöker [10]. Statistik från 2021 visar dock att användningen av åtgärdsbaserad ersättning minskar inom den svenska hälso- och sjukvården.



DRG-ersättning

Information

1/4

Diagnosrelaterade grupper (DRG) är ett patientklassificeringssystem för att gruppera patienter utifrån medicinskt jämförbara tillstånd och resursförbrukning [2,3,11,12]. I Sverige används huvudsakligen NordDRG, som förvaltas av Socialstyrelsen [11]. Inom den specialiserade vården används DRG bland annat även som ett mått på produktivitet [2,11].

DRG-grupperna klassificeras utifrån primärdiagnos, eventuella sekundärdiagnoser, genomförda åtgärder och andra relevanta bakgrundsfaktorer, såsom ålder och kön [2,3,11,12]. Primärdiagnosen och större åtgärder, exempelvis kirurgisk behandling, är de huvudsakliga faktorerna som avgör vilken DRG-grupp patienten tillhör [11].

Sekundärdiagnoser och andra faktorer som kan påverka vårdbehovet, används för att ytterligare särskilja olika patientgrupper från varandra. Ansatsen gör det i korthet möjligt att separera relativt okomplicerade från mer komplicerade patientfall.

Modellens inneboende styrkor och svagheter

1/3

Styrkor

- En ersättning baserad på DRG-poäng kan främja en ökad effektivitet. Detta genom att utförarna kan fokusera på att minska resursanvändningen och arbeta kostnadseffektivt, vilket också skulle kunna stimulera innovation [2,3,5,6,8].
- Eftersom ersättningen är kopplad till antalet behandlade patienter, uppmuntras vårdgivarna till hög produktivitet. Upplägget kan därmed i förlängningen bidra till en ökad tillgänglighet till vård [3,6].
- Till skillnad från en retroaktiv ersättningsmodell, där regionen har svårt att förutsäga kostnaderna, underlättar en DRG-baserad ersättning regionernas resursfördelning. Detta eftersom den innebär en förutsägbar kostnad per diagnosrelaterad grupp [5].

*Ytterfallsersättning innebär att extremt dyra vårdtillfällen ersätts med den faktiska kostnaden för att undvika att dessa ytterfall snedvrider en utförarens vårdkostnader.

DRG-ersättning

Information

2/4

Det DRG-baserade ersättningssystemet är en form av ersättning per produktgrupp, där vårdgivaren ersätts med en på förhand fastställd ersättning som baseras på så kallade DRG-poäng [2,3,11,12]. DRG-poäng är en vikt som tilldelas varje DRG-grupp baserat på hur resurskrävande denna är i genomsnitt [11]. Mindre resurskrävande grupper viktas med lägre poäng, medan mer omfattande och kostsamma behandlingar får en högre vikt. Resursåtgången per DRG beräknas nationellt med hjälp av Kostnad Per Patient (KPP). Den används för att fastställa den genomsnittliga kostnaden samt den relativa vikten för de olika grupperna [11,12]. Den genomsnittliga kostnaden är tänkt att i slutändan säkerställa en tillräcklig ersättning till utföraren, även om den faktiska kostnaden kan variera. I vissa fall överstiger eller understiger kostnaden denna nivå. För att hantera kostnadsvariationer exkluderas ytterfall, det vill säga vårdtillfällen som är betydligt dyrare än genomsnittet för respektive DRG-poäng. Dessa fall utgör cirka 5 procent av alla vårdtillfällen, och kompenseras istället genom en särskild ytterfallsersättning* [3,11].

Modellens inneboende styrkor och svagheter

2/3

Svagheter

- Drivkrafterna för kostnadsminimering kan potentiellt öka risken för att vårdkvaliteten försämras [2,3,5].
- Eftersom en ökad vårdproduktion ger högre ersättning, upp till en viss taknivå, finns en risk för att modellen bidrar till drivkrafter för att onödiga medicinska åtgärder utförs [2].
- Modellen kan leda till att vårdgivare blir mer benägna att undvika mer komplicerade eller kostsamma patienter för att optimera ersättningen [3].
- DRG-systemet kräver noggrann registrering och klassificering av varje patient, vilket innebär en hög administrativ börda [2,3,5].

*Ytterfallsersättning innebär att extremt dyra vårdtillfällen ersätts med den faktiska kostnaden för att undvika att dessa ytterfall snedvrider en utförares vårdkostnader.

DRG-ersättning

Information

3/4

Målsättningen med en DRG-baserad ersättningsmodell är att – genom en standardiserad ersättning – kompensera verksamheterna proportionerligt och att resurserna fördelas effektivt [2,3,7]. I en DRG-baserad modell betalas ersättningen ut i förväg, vilket jämfört med retrospektiva modeller, skapar bättre förutsättningar för kostnadskontroll [2,3]. Det finns dessutom en förhoppning om att modellen skapar drivkrafter för effektivisering av vårdprocesser. Detta eftersom ersättningen per vårdtillfälle är fastställd i förväg, vilket leder till att verksamheten gynnas av att använda resurser på ett effektivt sätt vid varje vårdtillfälle [3].

Det är vanligt att DRG-baserade ersättningsmodeller har en taknivå för att undvika överproduktion av vård. Sammanfattningsvis sätts då en gräns för hur många DRG-poäng en vårdgivare ska producera. Om taket överskrids ges en reducerad ersättning per producerad poäng [3]. I vissa fall kompletteras modellen med en komplikationsgaranti, vilket innebär att vårdgivaren blir finansiellt ansvarig för komplikationer som uppstår efter behandling [3,13].

Modellens inneboende styrkor och svagheter

3/3

Svagheter

- Det finns exempel då diagnoskoder manipuleras för att vårdgivare ska kunna maximera ersättningen [2,3,16].
- Eftersom KPP inte är heltäckande och inte nödvändigtvis speglar de genomsnittliga kostnaderna, kan det finnas en risk att ersättningen motsvarar verksamhetens faktiska kostnader [17].

DRG-ersättning

Exempel på tillämpningar inom den svenska hälso- och sjukvården

4/4

Någon form av DRG-baserad ersättning används i den specialiserade vården inom samtliga regioner [14]. Däremot finns regionala variationer i vilken omfattning modellen används.

Under de senaste åren har en nedåtgående trend setts i användningen av DRG-baserad ersättning för vård inom den egna regionen [14]. Samtidigt används DRG-baserad ersättning i stor utsträckning inom ramen för de regionala prislistorna för utomlänsvård [3,4]. Exempelvis har de sex sjukvårdsregionerna tagit fram DRG-baserade prislistor [15]. Socialstyrelsens analyser visar också att DRG-poäng används vid avtalsspecifika prislistor mellan regioner och privata vårdgivare vid nationell vårdförmedling.



Vårdepisodersättning

Information

1/3

Vårdepisodersättning är en modell där utföraren får en fast ersättning för en hel vårdepisod istället för att faktureras per enskild åtgärd eller besök [2,3]. En vårdepisod består av en sammanhängande vårdprocess över en längre tidsperiod, där patienten genomgår en utredning, behandlas och får eftervård för en specifik diagnos eller ett ingrepp [2]. Modellen används vanligtvis vid standardiserade vårdförlopp med tydliga avgränsningar, till exempel knäprotesoperationer eller graviditet och förlossning [2,3,4]. Den tillämpas även vid behandling av vissa kroniska sjukdomar för patienter som inte är multisjuka, exempelvis KOL-patienter [2–5]. Att modellen vanligtvis inte appliceras på multisjuka patienter beror på att deras vårdförlopp ofta är mer komplexa och oförutsägbara.

Målsättningen med vårdepisodersättning är att skapa en mer sammanhållen vårdprocess där vårdgivaren tar ett helhetsansvar för patientens behandling och eftervård [3,5]. Genom att en fast ersättning betalas ut för hela vårdepisoden, kan modellen bidra till ökad effektivitet, minskad fragmentering inom vårdkedjan och mer koordinerade insatser [2,5,8]. För att skapa incitament för en god vårdkvalitet, innehåller vårdepisodersättningen i vissa fall en komplikationsgaranti. Garantin innebär att verksamheterna är ekonomiskt ansvariga för eventuella komplikationer under en avgränsad tidsperiod [2,3].

Modellens inneboende styrkor och svagheter 1/2

Styrkor

- Vårdepisodersättning skulle kunna främja ökad effektivitet genom att utförarna kan fokusera på att minska resursanvändningen och arbeta mer kostnadseffektivt [2,3,5,6,8].
- Eftersom ersättningen är kopplad till antalet behandlade patienter, kan den lämpa sig bra när syftet är att öka produktiviteten [3,6].
- Till skillnad från retroaktiv ersättning bidrar vårdepisodersättning till förutsägbara kostnader, vilket underlättar resursfördelningen [5].
- Den kan främja samordning inom vårdkedjan [13].

Vårdepisodersättning

Information

2/3

Modellen liknar DRG-baserad ersättning (se s. 13 – 14), men den skiljer sig så till vida att den omfattar flera vårdaktiviteter, sträcker sig över en längre tidsperiod och kan involvera fler än en vårdaktör [2]. Det finns alltid en huvudansvarig vårdaktör som samordnar insatserna och säkerställer att alla aktiviteter genomförs på ett ändamålsenligt sätt [2,3]. Alla aktörer som är inblandade i vårdepisoden ersätts, men fördelningen av ersättning varierar beroende på modellens specifika upplägg [3]. Till exempel kan den sekundära vårdgivaren eller verksamheten ersättas antingen via avtal med den primära aktören, eller få ersättning direkt från regionen [3].

Modellens inneboende styrkor och svagheter 2/2

Svagheter

- Drivkrafterna för kostnadsminimering kan potentiellt bidra till en försämrad vårdkvalitet [3,5].
- Ökad vårdproduktion ger inte alltid ökad patientnytta [2].
- Modellen kan leda till att utförare blir mer benägna att undvika mer komplicerade eller kostsamma patienter för att optimera ersättningen [3,5].
- En vårdepisodsbaserad modell kräver noggrann registrering och dokumentation, vilket skapar ökad administrativ börda [2,6].

Vårdepisodersättning

Exempel på tillämpningar inom den svenska hälso- och sjukvården

3/3

I Region Halland baseras 100 procent av ersättningen inom vårdvalet för viss somatisk specialiserad öppenvård på vårdepisodersättning [18]. Vårdepisodersättning gäller för dermatologisk vård samt viss psykiatrisk vård. Alla dermatologiska sjukdomar, förutom sexuellt överförbara sjukdomar, inkluderas. De psykiatriska diagnoserna som ingår är ADHD, ADD, depression och bipolärsjukdom. Regionen har infört ett kostnadstak för att motverka överproduktion av vård.



Målrelaterad ersättning

Information

1/3

Målrelaterad ersättning, även kallad "pay for performance", är en ersättningsmodell som syftar till att skapa ekonomiska incitament för att motivera utföraren att nå uppsatta mål [2–5,8]. Modellens ersättning kan antingen utformas som belöningar för väl uppfyllda mål, eller som vite när målen inte uppfylls [3]. Ersättningen kan baseras på absoluta eller relativa prestationer [3]. Absoluta prestationer innebär att utbetalningen sker när en förutbestämd målnivå uppnås. Relativa prestationer innebär istället att ersättning endast ges till den utförare som presterar bäst i relation till uppsatta mål [3].

Modellen används ofta som ett komplement till andra ersättningsmodeller och utgör vanligtvis en liten andel av den totala ersättningen [2,8,19]. Till skillnad från prestationsbaserad ersättning, som fokuserar på kvantitativa mått som exempelvis vårdproduktion, riktar sig målrelaterad ersättning mot slutresultatet i relation till uppsatta mål [2].

Syftet med målrelaterad ersättning är att, genom att skapa ekonomiska drivkrafter, styra utföraren mot ett eller flera önskade resultat, såsom ökad vårdkvalitet eller förbättrad effektivitet [2,3–5]. Modellen är tänkt att bidra till att motverka negativa drivkrafter som kan uppstå med andra ersättningsmodeller, där kostnadseffektivitet ofta prioriteras över vårdkvalitet [3,5,8,19]. Den har även potential att direkt främja samordning. Detta genom att ersättningen kopplas till mål som kräver samverkan inom vårdkedjan [2,13].

Modellens inneboende styrkor och svagheter

1/2

Styrkor

- Modellen skulle kunna kompensera för de kvalitetsrisker som uppstår i andra ersättningsmodeller, förutsatt att uppsatta mål är kopplade till relevanta kvalitetsindikatorer [2,3,5,19].
- Eftersom ersättningen fokuserar på förbättrade vårdresultat, kan det finnas drivkrafter för utveckling och innovation [2,3,8].
- Genom att använda målrelaterad ersättning kan regionerna påverka utförarnas fokus och styra resurser mot prioriterade områden [2,3,5,19].

Målrelaterad ersättning

Information

2/3

Modellen används bland annat för att introducera styrmedel som motverkar negativa effekter av traditionella ersättningsmodeller och för att rikta fokus mot specifika prioriterade områden inom vården [1,5,8]. Ett exempel på en utmaning som modellen syftar till att motverka är en försämrad vårdkvalitet, som kan uppstå när en utförare strävar efter att minska resursanvändningen [2,3,5,8,19]. Däremot antyder ett flertal studier att målrelaterad ersättning inte alltid genererar dessa önskade styreffekter [19].

För att bibehålla en god kostnadskontroll är utformningen av modellen viktig [2,8]. Om regionen erbjuder en fast ersättning kopplat till målen har de god kostnadskontroll. Om ersättningens storlek istället varierar beroende på uppnådda mål minskar kontrollen och det blir därmed svårare att förutsäga den totala kostnaden [2,8]. Det är också viktigt att ersättningen är tillräcklig för att motivera verkliga insatser. Annars blir det inte lönsamt för utföraren att lägga resurser på att uppnå målen [2].

Modellens inneboende styrkor och svagheter

2/2

Svagheter

- Det kan finnas en risk för undanträngning av arbetsuppgifter och patientgrupper som inte är kopplade till målen, vilket i vissa fall kan påverka vårdkvaliteten negativt [2,3,19].
- Det kan vara utmanande att säkerställa att målen uppfylls och att följa upp resultaten på ett likvärdigt sätt [2,5,7,19].
- För att uppnå ersättningsmålen finns en risk att vårdgivare justerar eller rapporterar data på ett sätt som inte speglar verkligheten [2,19].
- Det finns begränsad evidens för att ersättningsmodellen ger de önskade styreffekterna [8,19].

Målrelaterad ersättning

Exempel på tillämpningar inom den svenska hälso- och sjukvården

3/3

Alingsås kommun införde år 2016 en målrelaterad ersättning inom äldreomsorgen. Ersättningen motsvarade maximalt 3,5 procent av den totala dygnsersättningen. För att en utförare skulle erhålla ersättning, krävdes att andelen nöjda brukare översteg riksgenomsnittet och inte var lägre än kommungenomsnittet med mer än 3 procentenheter i Socialstyrelsens enkätundersökning "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?" [2]. Dessutom betalades en extra ersättning ut om andelen nöjda brukare översteg kommungenomsnittet.



Värdebaserad ersättning

Information

1/3

Värdebaserad ersättning innebär en resultatorienterad ansats som kompletterar fasta och prestationsbaserade ersättningsmodeller [3,20]. Modellen är en variant av vårdepisodersättning, men den största skillnaden är att en värdebaserad modell fokuserar på patienternas hälsoutfall. Detta snarare än processen för själva vårdepisoden [2,5]. Gemensamt för de flesta värdebaserade ersättningsmodeller är att ersättningen är kopplad till hälsoutfall. Alla aktörer som är inblandade i vårdepisoden ska omfattas av ersättningen, och compensationen är skräddarsydd utifrån patienters vårdbehov [3]. I likhet med de prestationsbaserade ersättningsmodellerna kan en komplikationsgaranti implementeras i modellen (se s. 9-14) [3].

Modellens målsättning är att stimulera innovation, effektivitet och kvalitet inom vården genom att skapa mål kopplade till patientnytta [3,5,20]. Genom att förskjuta fokuset till patienternas perspektiv och hälsa, är tanken att värdebaserad ersättning ska fungera som en motvikt till de mer produktionsinriktade modellerna [20].

Modellens inneboende styrkor och svagheter 1/2

Styrkor

- Kan bidra till att patientens långsiktiga hälsa och välbefinnande prioriteras då ersättningen fokuserar på vårdresultat [2,5].
- Eftersom ersättningen är knuten till utfall skulle utförarna kunna styras till att utveckla innovativa metoder för att uppnå bättre hälsoutfall [3,5,20].
- Det finns en förhoppning om att den värdebaserade ersättningsmodellen ska öka effektiviteten genom att koppla ersättningen till de faktiska hälsoresultaten [3,5,20].

Värdebaserad ersättning

Information

2/3

En förutsättning för att implementera en värdebaserad ersättningsmodell är att det går att koppla utfall till respektive vårdepisod [5]. I Sverige finns god datatillgång genom kvalitetsregister, vilket i teorin ger goda möjligheter att följa upp resultaten [20]. Däremot är dessa kvalitetsregister inte utformade i syfte att koppla ersättning till kvalitetsutfall, och det finns därför risker med att använda data från register för detta ändamål [20].

Grunderna för utbetalning av ersättningen varierar beroende på modellens uppbyggnad. I vissa fall betalas ersättning ut när en patient rapporterar förbättrade hälsomått efter en vårdepisod [4,5]. I andra fall kan vårdgivaren få avdrag på ersättningen om patientens hälsotillstånd försämras efter behandling [4,5].

Modellen har under de senaste åren kritiserats av flera aktörer. Kritiken grundar sig i bristen på vetenskapliga stöd från studier och det ensidiga fokuset på kostnadseffektivitet, vilket riskerar att leda till att de andra aspekterna i den svenska hälso- och sjukvårdens etiska plattform förbises [20]. Modellen har även mött kritik på grund av att den bygger på marknads- och styrlogik inom new public management, vilket är en styrform som i sig blivit kritiserad och ifrågasatt [4].

Modellens inneboende styrkor och svagheter 2/2

Svagheter

- Diagnoser som inte täcks av kvalitetsindikatorerna kan få mindre uppmärksamhet, vilket kan skapa ojämlik vård [3,5].
- Hälsoutfall riskerar att registreras på ett sätt som ger största möjliga ersättning snarare än på ett sätt som speglar det verkliga utfallet [3].
- Insamling, analys och rapportering av patientutfall skapar en stor administrativ börda [19].
- Det är svårt att definiera rätt kvalitetsindikatorer, vilket försvårar utvärdering av om modellen faktiskt leder till förbättrad vård [5].

Värdebaserad ersättning

Exempel på tillämpningar inom den svenska hälso- och sjukvården

3/3

Under 2021 utgjorde värdebaserad ersättning 2 procent av Region Stockholms totala ersättning inom vårdval för knä- och höftprotesoperationer samt ryggkirurgi inom specialiserad somatisk öppenvård [4]. Att modellen mött stor kritik kan vara en anledning till den sparsamma användningen inom den svenska hälso- och sjukvården [4].



Fast ersättning – Anslag och kapitering

Information

1/2

Fast ersättning innebär att ersättning betalas ut till vårdutförare utan koppling till prestation eller produktion [2,3,4]. Anslagsfinansiering och kapitering är två typer av fast ersättning. Anslagsfinansiering används i stor utsträckning inom den specialiserade vården, medan kapitering är vanligare inom primärvården [2,3,12].

Anslagsfinansiering innebär att utföraren i förväg får en fast summa pengar, baserat på generella åtaganden och förväntat behov, oberoende av mängden vård som produceras [2,3,21]. Ersättningen är avsedd att täcka verksamhetskostnaderna under en bestämd tidsperiod, och storleken baseras på historiska data [3].

Kapitering är också en fast ersättningsmodell. Till skillnad från anslagsfinansiering baseras ersättningen istället på en definierad population [2,3,12,21]. Populationen definieras antingen från antalet listade patienter eller antalet invånare i ett specifikt geografiskt område [2]. Vissa justeringar av ersättningsnivån görs vanligen utifrån populationens vårdbehov. Justeringarna kan till exempel baseras på vårdtyngd, socioekonomi eller geografiskt område. Eftersom ersättningen delas ut per individ – oberoende av mängden vård som produceras – har utföraren drivkrafter för att hålla produktionskostnaderna låga [21].

Modellens inneboende styrkor och svagheter 1/2

Styrkor

- Eftersom regionen får en förutbestämd summa, ger fast ersättning i teorin god kostnadskontroll [2,3,21].
- Drivkrafter för innovation skapas genom att medlen tilldelas i förväg utan koppling till en specifik aktivitet. Detta bidrar med att ge utföraren frihet att utveckla kostnadseffektiva arbetssätt [2,21].
- Eftersom ersättningen inte baseras på vårdproduktion kan detta minska risken för överbehandling av patienter [2].

Fast ersättning – Anslag och kapitering

Information

2/2

Målsättningen med en fast ersättningsmodell är att skapa en förutsägbar och kostnadseffektiv finansiering [2,21]. Anslag och kapitering kan bidra till att regionerna har bättre kostnadskontroll jämfört med när de använder rörliga ersättningsmodeller. Modellen innebär även en minskad risk för ekonomiska drivkrafter för överproduktion av vårdtjänster [2,21].

Alla regioner i Sverige använder någon form av fast ersättning för att finansiera vårdtjänster. Inom specialistvården är det främst anslag som används, vilket innebär att ersättningen är förutbestämd och inte kopplad till det faktiska antalet utförda vårdtjänster [2,3]. Inom primärvården justeras däremot ersättningen utifrån vårdtyngd, vilket sker genom kapitering. Det är vanligt att ersättningen för till exempel en vårdcentral baseras på antalet listade patienter [2,3].

Modellens inneboende styrkor och svagheter 2/2

Svagheter

- Modellen kan leda till minskad produktionsvolym och vårdkvalitet. Detta eftersom utföraren vill undvika ett negativt resultat [21].
- I praktiken är det vanligt att ersättningen inte täcker de faktiska kostnaderna, vilket leder till att regionen måste bistå med ytterligare ersättning under tidsperioden [3].
- Ersättning via kapitering riskerar att leda till att patienter som är enklare att hantera prioriteras, vilket kan bidra till undanträngning av sjukare patienter [2].

Extra ersättning för samverkan och koordinering

Notera att detta inte utgör ersättning för en vårdåtgärd utan ersättning för administrativt arbete

Information

Ersättning för samverkan och koordinering är inte en egen ersättningsmodell. Det är istället ett tillägg för administrativa kostnader som tillkommer vid insatser som kräver samverkan eller koordinering [13]. Mer konkret innebär detta att vårdgivare ersätts för att samordna insatser mellan olika aktörer, exempelvis de administrativa kostnader som uppkommer vid nationell vårdförmedling.

Ett sätt att ersätta för samverkan och koordinering är genom direkt ersättning. Denna ersättningsform innebär att ekonomiska incitament specifikt riktas mot de insatser som förbättrar samverkan och koordinering mellan olika vårdenheter [13]. Exempelvis kan en utförare få ersättning för de kostnader som tillkommer i samband med att de använder ett visst kommunikationsmedel för samverkan [13]. Vid direkt ersättning av detta slag, måste det på förhand vara bestämt vilka insatser som ska ersättas [13].

Det finns ingen modell som i sin standardutformning skapar en drivkraft för samverkan och koordinering [2,13]. Vissa modeller kan till och med hämma dessa processer [2,13]. Samtidigt kan en särskilt anpassad utformning främja samverkan [2]. Ett tydligt exempel på hur detta kan utformas i praktiken är att koppla målrelaterad ersättning till samverkan och koordinering [2,13].

Exempel på användning av extra ersättning

Direkt ersättning för samordning kan delas upp i fast, rörlig och målrelaterad ersättning.

En fast direkt ersättning kan till exempel vara att en verksamhet får ersättning för att tillhandahålla en kontaktperson som arbetar med samverkan mellan olika vårdgivare för att möta patienters behov [13].

En rörlig direkt ersättning kan exempelvis vara att en region betalar alla verksamheter som deltar i vårdplaneringsmöten vid utskrivning av en svårt sjuk äldre patient [13]. Ersättningen ges då direkt till varje deltagande verksamhet, oberoende av om andra aktörer också deltar.

Ett exempel på målrelaterad direkt ersättning skulle kunna vara en specifik ersättning som baseras på patienter och anhörigas upplevelser av hur väl vården har koordinerats [13].

Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling



Detta kapitel innehåller

- ▶ *Sammanfattning av modellernas inneboende styrkor och svagheter*
- ▶ *Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling*

Sammanfattning av modellernas inneboende styrkor och svagheter

- ✓ Styrkor
- Svagheter
- Neutralt

Alla ersättningsmodeller har både inneboende styrkor och svagheter. Hur effektiv en ersättningsmodell är i praktiken beror i hög grad på vilka områden modellen används inom och omgivande faktorer. Även aspekter som motivation, ledarskap, organisationens struktur och patientegenskaper spelar en viktig roll för de resultaten som modellen ger [1].

Ersättningsmodell	Kostnadskontroll för regionerna	Effektiv vård	Främja god vårdkvalitet	Bidrar till innovation	Ökar produktivitet	Jämlik vård	Risk för avsiktlig felregistrering
Åtgärdsbaserad ersättning [2,3,5,6,8]	Svaghet –	Svaghet –	Svaghet –	Svaghet –	Styrka ✓	Styrka ✓	Svaghet –
DRG-baserad ersättning [2,3,5,6,8,16,17]	Styrka ✓	Styrka ✓	Svaghet –	Styrka ✓	Styrka ✓	Svaghet –	Svaghet –
Vårdepisodersättning [2,3,5,6,8,13]	Styrka ✓	Styrka ✓	Svaghet –	Styrka ✓	Styrka ✓	Svaghet –	Neutralt ○
Målrelaterad ersättning [2,3,5,7,8,19]	Neutralt ○	Neutralt ○	Styrka ✓	Styrka ✓	Neutralt ○	Svaghet –	Svaghet –
Värdebaserad ersättning [2,3,5,19,20]	Neutralt ○	Styrka ✓	Styrka ✓	Styrka ✓	Neutralt ○	Svaghet –	Svaghet –
Anslag/kapitering [2,3,21]	Styrka ✓	Svaghet –	Svaghet –	Styrka ✓	Svaghet –	Svaghet –	Neutralt ○

Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling

I dagsläget finns det ett gap i litteraturen kring kopplingen mellan ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling. Vi har intervjuat fem sakkunniga forskare inom ekonomistyrning i hälso- och sjukvård för att diskutera vad som kan vara viktigt vid val av ersättningsmodell i kontexten av nationell vårdförmedling.

Att utveckla en ändamålsenlig och effektiv ersättningsmodell är en komplex process som påverkas av en rad olika faktorer, inte minst till den övriga styrningen. Alla ersättningsmodeller har sina inneboende för- och nackdelar. Hur finansiella styrmedel kombineras med övriga styrmedel är viktigt för att nå en ändamålsenlig och effektiv styrning. Intervjuade forskare lyfter fram att det kan finnas fördelar med en ersättningsmodell som är enkel, långsiktig och förutsägbar. Det är även centralt att det, genom användning av andra styrmedel, finns ett fokus på att skapa ett stöttande system runt modellen. Det är till exempel viktigt att följa upp och utvärdera modellens effekter, samt att möjliggöra informationsutbyte. Vissa forskare lyfter även möjligheten att kombinera flera olika ersättningsmodeller, exempelvis vårdepisod- och målrelaterad ersättning. Modellerna kan enligt forskarna komplettera varandra och motverka de enskilda nackdelarna.

I utformningen av en ersättningsmodell för nationell vårdförmedling pekar de intervjuade forskarna på vikten av ett totalkostnadsperspektiv. Ett sådant perspektiv innebär att hänsyn tas till alla kostnader som är kopplade till förmedlingsprocessen och patientens vård. Detta istället för att enbart fokusera på enskilda vårdaktiviteter.

Ansatsen påminner om den som ligger till grund för vårdepisodersättning, men det är angeläget att berörda aktörer gemensamt definierar vilka aktiviteter som ska ingå i vårdepisoden.

När det kommer till nationell vårdförmedling, är de intervjuade forskarna eniga om att regionerna är lämpliga att, på central nivå, bära kostnadsansvaret för nationell vårdförmedling i enlighet med vårdgarantin. Om enskilda verksamheter istället är kostnadsansvariga, finns det enligt forskarna risk för att det skapas drivkrafter mot att ge patienter vård inom vårdgarantins tidsgränser.

Intervjuade forskare poängterar att valet av ersättningsmodell för nationell vårdförmedling behöver relateras till andra styrsignaler inom ramen för den bredare finansiella styrningen. Det är till exempel viktigt att ta hänsyn till andra ekonomiska incitament som minskar risken för undanträngningseffekter.

1/3

Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling

Även om ersättningsmodellens utformning inte är den enda faktorn som påverkar hur effektivt ett system för nationell vårdförmedling fungerar, lyfter forskarna under intervjuerna att det finns faktorer som gör att vissa modeller är bättre anpassade för nationell vårdförmedling än andra.

De intervjuade forskarna har en gemensam uppfattning om **att en rörlig ersättning med ett på förväg fastställt pris**, exempelvis DRG-baserad ersättning, är fördelaktig vid nationell vårdförmedling. Detta eftersom det bland annat ger bäst balans mellan kostnadskontroll och återspeglning av de verkliga kostnaderna.

Samtliga forskare identifierar däremot att rörliga ersättningsmodeller riskerar att skapa incitament för att den mottagande utföraren genomför medicinskt omotiverade åtgärder eller utför vård med bristande kvalitet. Detta i syfte att uppnå så hög ersättning som möjligt. Risken anses vara särskilt stor om den mottagande utföraren även ansvarar för diagnosställningen. Ett sätt att minska denna risk är att tydligt definiera vem som har huvudansvaret för patienten genom hela vårdepisoden, samt att etablera klara rutiner för hur den mottagande utförarens arbete ska följas upp och utvärderas. Vem som ansvarar för eventuella komplikationer samt genomför och bekostar reoperationer är exempel på aspekter som behöver klargöras på förhand.

Trots risken för överproduktion, är det viktigt att det finns ett förtroende för att de mottagande utförarna agerar ansvarsfullt och med patientens bästa i fokus. Att fler åtgärder utförs, än de som

ursprungligen var planerade, behöver emellertid inte nödvändigtvis vara negativt. I vissa fall kan det finnas ett syfte med att utföra extra åtgärder när patienten ändå är på plats. Denna flexibilitet kan bidra till både ökad kostnadseffektivitet och en högre patientnytta.

2/3

Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling

Även om ersättningsmodellens utformning inte är den enda faktorn som påverkar hur effektivt ett system för nationell vårdförmedling fungerar, lyfter forskarna under intervjuerna att det finns faktorer som gör att vissa modeller är bättre anpassade för nationell vårdförmedling än andra.

3/3

Som tidigare nämnts är **kostnadskontroll en viktig aspekt** att väga in vid utformningen av ersättningsmodeller kopplade till nationell vårdförmedling. En god kostnadskontroll gör det möjligt för regionerna att på förhand uppskatta den totala kostnaden för nationell vårdförmedling. En av de inneboende nackdelarna med en åtgärdsbaserad ersättning uppges dock vara den låga kostnadskontrollen, vilket kan göra denna modell mindre lämplig för nationell vårdförmedling jämfört med vissa av de andra alternativen.

En fast ersättning ger god kostnadskontroll, men eftersom den totala kostnaden för **nationell vårdförmedling under en specifik tidsperiod är svår att förutspå, kan det vara utmanande att på förhand fastställa den exakta storleken på ersättningen**. Det finns även en risk att en fast ersättning minskar incitamenten att bygga upp intern kapacitet, vilket i sin tur kan leda till att verksamheter prioriterar vårdförmedling framför satsningar som syftar till att öka den egna kapaciteten. På kort sikt kan samtidigt anslag riktade mot specifika ansträngningar, som att bygga upp kapacitet eller snabbt minska antalet väntande patienter, vara relevant för att stödja verksamheternas arbete att uppfylla vårdgarantin.



Utveckla en modell som kan användas långsiktigt och koppla på principer för att få till informationsöverföring och lärande

- Forskare på ersättningsmodeller inom svensk hälso- och sjukvård

Källor

4

Källor

1. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. 2021-8-7496.
2. Statens offentliga utredningar. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen: vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
3. Lindgren P. Ersättning i sjukvården: modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS förlag; 2014.
4. Sveriges Kommuner och Regioner. Ersättningsmodeller i specialiserad vård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
5. Sveriges Kommuner och Regioner. Ersättningsmodeller för Nära vård: Ett kunskaps- och dialogunderlag med fokus på regionens primärvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.
6. Kastberg G, Siverbo S. Activity-based financing of health care—experiences from Sweden. The International Journal of Health Planning and Management. 2007;22(1):25–44.
7. Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle Linköpings universitet; 2007.
8. Anders A. Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Stockholm: Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi; 2010
9. Region Jönköpings län. Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län: Regelbok 2025. Jönköping: Region Jönköpings län; 2025
10. Sveriges Kommuner och Regioner. Ersättningsmodeller i primärvården: Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
11. Socialstyrelsen. DRG - GRUNDLÄGGANDE BEGREPP OCH PRINCIPER. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
12. Statens offentliga utredningar. God och nära vård: en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Stockholm: Norstedts juridik; 2020.
13. Fernler K, Krohwinkel A, Rognes J, Winberg H. Ekonomi på tvären: ersättningsmodeller för samverkan: en vägledning. Stockholm: Leading Health Care; 2014.
14. Socialstyrelsen. DRG-statistik 2022: En beskrivning av vårdproduktion och vårdkonsumtion i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
15. Sveriges Kommuner och Regioner. Regionernas prislister. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
16. Calltorp J. Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården: En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2018.
17. Sveriges Kommuner och Regioner. KPP-databas. Sveriges Kommuner och Regioner. 2025; [citerad 28 februari 2025].
18. Region Halland. Uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag för Vårdval Halland, specialiserad öppenvård 2024. Halland: Region Halland; 2024.
19. Statens offentliga utredningar. Effektiv vård: slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
20. Region Uppsala. Utvecklingen av värdebaserade ersättningssystem. Uppsala: Region Uppsala; 2014.
21. Persson C, Andersson M, Wärmark A. Vägledning: Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg. Stockholm: Kammarkollegiet/Upphandlingsstödet; 2012.

