

Peter Lindgren

# Ersättningen och e-hälsan



SNS Förlag

## ERSÄTTNINGEN OCH E-HÄLSAN



Peter Lindgren

# Ersättningen och e-hälsan



SNS Förlag

SNS Förlag  
Box 5629  
114 86 Stockholm  
Telefon: 08-507 025 00  
info@sns.se  
www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys. 280 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.

*Ersättningen och e-hälsan*  
Peter Lindgren  
© Författaren och SNS Förlag 2019  
Omslag och grafisk form: Allan Seppa  
Tryck: E-print, Stockholm 2019

ISBN 978-91-88637-13-0

# Innehåll

Förord 7

Sammanfattning 9

1. Inledning 17

2. Ersättningsmodeller – typer och effekter 21

3. Hur påverkar ersättningsmodellerna möjligheten  
att implementera e-hälsolösningar? 36

4. Ersättning av vården i Sverige i dag 46

5. Slutsatser och rekommendationer 70

Referenser 78



# Förord

E-hälsolösningar lyfts ofta fram som ett sätt att öka effektiviteten och möta de utmaningar vården står inför. Hur vårdgivare ersätts har betydelse för i vilken utsträckning nya lösningar och innovationer implementeras. I rapporten kartlägger *Peter Lindgren*, vd för Institutet för Hälso- och Sjukvårds ekonomi (IHE) och adjungerad professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet, vilka ersättningsmodeller som används i Sveriges regioner i dag och hur de främjar eller hindrar utvecklingen inom e-hälsoområdet.

Rapporten utgör en del av SNS forskningsprojekt Vård och omsorg i det 21:a århundradet. Projektet syftar till att ta fram ny kunskap om hur kompetensförsörjningen kan säkras och hur ny teknik kan tas tillvara för att möta vårdens och omsorgens förändrade förutsättningar. Det är SNS förhoppning att rapporten ska ge ny kunskap, bidra till diskussionen om ersättningssystem och e-hälsolösningar och vara av värde för beslutsfattare. Författaren svarar helt och hållet för analys, slutsatser och förslag. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS har som uppdrag att initiera och presentera forskningsbaserade analyser av viktiga samhällsfrågor.

Projektet har gjorts möjligt genom bidrag från en referensgrupp som också följer forskningsprojektet. I referensgruppen ingår Apoteket, Astra-Zeneca, Attendo, Bräcke diakoni, Frisq, Inera, Kry, MedLearn, Min Doktor, Praktikertjänst, Riksförbundet HjärtLung, Socialdepartementet, Sophiahemmet, SOS Alarm, Stockholms läns landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Läkarförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Temabo, Universitetskanslersämbetet, Vinnova och Vårdförbundet. *Ari Kokko*, professor i internationell ekonomi och internationellt företagande vid Copenhagen Business School, är SNS vetenskapliga råds representant i referensgruppen och *Urban Englund*, styrelseordförande för Praktikertjänst, är gruppens ordförande. Författaren har fått många värdefulla synpunkter på utkast till rapporten från referensgruppens medlemmar.



*Anna Glenngård*, docent vid Företagsekonomiska institutionen vid Lunds universitet, har vid ett akademiskt seminarium lämnat mycket konstruktiva synpunkter på ett manus till rapporten.

Stockholm i mars 2019  
*Gabriella Chirico Willstedt*  
forskningsledare, SNS

# Sammanfattning

Digitaliseringen påverkar i dag många områden. I diskussionen om sjukvårdens utmaningar lyfts ofta e-hälsolösningar fram som en möjlighet att öka vårdens effektivitet och därigenom lösa en del av de utmaningar vården står inför. Hur vården ersätts har stor påverkan på vilka förutsättningar som finns för att anamma nya innovationer. Detta skapar en länk mellan vårdens ersättningsmodeller och möjligheten att realisera de vinster som ett ökat användande av e-hälsolösningar kan ge.

Denna rapport syftar till att beskriva kunskapsläget kring effekten av olika ersättningsmodeller. Mer specifikt syftar den till att beskriva vad vi kan säga om hur ersättningsmodellerna påverkar användningen av e-hälsolösningar utifrån den vetenskapliga litteraturen samt att ge en bild av hur vårdgivare i Sverige ersätts. Utifrån dessa tre delar ges några policyrekommendationer. Rapportens första två delar baseras på en genomgång av litteraturen på området. Kartläggningen baseras på intervjuer med representanter från regionerna genomförda under våren 2018.

I arbetet med rapporten har det varit nödvändigt att göra några avgränsningar. Den första är fokuset på ersättningsmodeller i sig. Ekonomistyrningen, där ersättningsmodellen är en central komponent, är en viktig del av styrningen av sjukvården. Det är dock inte den enda faktorn och andra delar av styrningen har också stor påverkan. En annan avgränsning är att rapporten fokuserar på en delmängd inom området e-hälsa. Termen har många definitioner och kan omfatta skilda element som elektroniska journaler, standardisering av terminologi och användandet av appar för egenvård. Fokus för denna rapport är de mer handgripliga exempel som finns i gränssnittet mellan vårdgivare och patient: tjänster och andra lösningar som direkt påverkar hur vården utförs.

## Olika modeller och deras effekter

Det finns fem grundtyper av ersättningsmodeller som används för att ersätta vårdgivare, ofta i kombination:

- Vid *anslagsfinansiering* anslås ett fixt belopp som ska täcka en specifik verksamhet.
- *Kapitationsersättning* innebär att vårdgivaren ersätts baserat på hur många patienter denne ansvarar för.
- Vid *produktgrupp-baserad ersättning* får vårdgivaren ett i förväg bestämt belopp för en grupp aktiviteter, till exempel en vårdkedja (vårdepisod-ersättning) eller alla insatser under en sjukhusinläggning (diagnosrelaterade grupper, DRG).
- Med *åtgärdsbaserad ersättning* får vårdgivaren betalt i efterhand för varje enskild åtgärd som utförts.
- Ersättningen kan kompletteras med *målrelaterad ersättning* där vårdgivaren får bonus eller viten utifrån i förväg uppsatta indikatorer.

Ibland talar man också om värdebaserad ersättning men termen används lite olika. Ibland avses en målrelaterad ersättning baserad på faktiska hälsoresultat och ibland ersättning som stöder arbete enligt principerna för värdebaserad vård, oftast i form av vårdepisodersättning.

En hög grad av rörlig ersättning leder till hög aktivitet i sjukvårdssystemet, det vill säga att fler vårdinsatser genomförs, med baksidan att kostnadskontrollen för betalaren (i Sverige regionerna) riskerar att bli dålig. Hög respektive låg aktivitet kan inte entydigt tolkas som bra eller dåligt. Vi vill varken under- eller överbehandla patienter.

I en situation där vårdgivaren har inflytande över vilka patienter som behandlas finns risk för patientselektion där vårdgivaren väljer ut de patienter som ger bäst vinstmarginal. Detta har lyfts som en potentiell risk både vid användandet av målrelaterad ersättning och vid produktgrupp-baserad ersättning. Det är svårt att dra generella slutsatser kring hur stora dessa effekter är i praktiken, men det finns internationella data som pekar på att denna typ av selektion skett. Korrekt riskjustering har därför lyfts som en nyckelfaktor för att undvika dessa problem.

Teoretiskt kan ersättning påverka vårdens kvalitet på flera sätt. Det är exempelvis tänkbart att för hög eller för låg aktivitet leder till sämre kvalitet, eller att ersättning som omfattar en grupp av aktiviteter skulle introducera

incitament att vara för resurssnål. Det finns lite i litteraturen som pekar på stora kvalitetseffekter av de olika modellerna. Ett undantag är målrelaterad ersättning som verkar styra mot de mål som ställs upp.

## Ersättningssystemens effekter för e-hälsolösningar

Baserat på en genomgång av publicerad forskning indexerad i databaserna PubMed och Web of Science kan vi konstatera att det finns en uppsjö av artiklar som nämner ersättning i samband med e-hälsolösningar, men att det finns väldigt få djuplodande studier.

Flertalet av de artiklar som publicerats kommer från USA, vilket gör att erfarenheten kring ersättningens effekter främst handlar om vilka ramar som ställs upp vid användning av åtgärdsbaserad ersättning. Det tycks finnas en samstämmighet kring att ersättningssystemen utgör en barriär. Det är knappast förvånande att vårdgivare i en situation där verksamheten finansieras i princip helt på ersättning för de enskilda aktiviteter som utförs, inte kommer anamma teknologi som inte ersätts, alternativt har mindre marginal. Det tycks inte heller räcka med att en aktivitet betalas, det måste också finnas tillräcklig efterfrågan på den aktuella tjänsten för att motivera den investering som krävs.

En teoretisk analys av de incitament de olika modellerna skapar ger vid handen att de modeller som gör någon form av gruppering av de aktiviteter som omfattas av ersättningen, i kombination med att ta hand om så många patienter som möjligt, tycks ge bäst förutsättningar för anammandet av e-hälsolösningar. Vid anslagsfinansiering finns inga starka drivkrafter till hög användning, medan åtgärdsbaserad ersättning introducerar en risk för att man prioriterar aktiviteter som ger bättre marginal när en ny teknik väl börjat ersättas. Vid såväl kapitation som produktgruppsbaserade ersättningar finns incitament att arbeta så effektivt som möjligt inom ramen för det ersatta området, samtidigt som man har incitament att ta hand om så många patienter som möjligt. Dessa modeller bör därför ge de bästa förutsättningarna.

Detta resonemang är egentligen inte unikt för lösningar just inom e-hälsa utan kan appliceras på innovationer inom sjukvården generellt, till exem-

pel tjänsteinnovationer eller nya tekniska lösningar. Beroende på hur stor kostnaden för införandet av innovationen är kan det inom ramen för alla typer av ersättningar behövas ett särskilt stöd vid införandet. Generellt underlättas det faktiska användandet av innovationen av modeller som inte är detaljstyrande och som premierar effektivitet inom det objekt som omfattas av ersättningen.

## Hur ersätts vården i Sverige i dag?

### Kapitation i primärvården

Kapitation utgör den huvudsakliga ersättningsformen för primärvården i alla regioner, även om det finns variation i hur stor del av vårdcentralernas totala ersättning för den verksamhet som omfattas (mellan 60 och 100 procent). Kapitationsersättningen justeras utifrån de listade patienternas förväntade vårdtyngd baserat på socioekonomi, sjuklighet, ålder, kön och vårdcentralens läge, men med betydande variation i vilka element som inkluderas i justeringen och hur stor vikt som ges varje del. I 17 av regionerna kompletteras kapitationsersättningen med åtgärdsbaserad ersättning, oftast i form av betalning per genomfört besök. I 13 av regionerna används olika former av målrelaterad ersättning som ett komplement. Mellan 2 och 16 indikatorer används, där de vanligast förekommande är kopplade till tillgänglighet och korrekt läkemedelsanvändning.

### Anslag i somatisk specialistvård och psykiatri

I den somatiska specialistvården och inom psykiatrin finansieras verksamheten framför allt genom anslag. DRG används i många länder som en prestationsbaserad ersättning. I Sverige har dock DRG numera en undanskymd roll i regionernas betalning till sjukhusen. Endast fyra regioner använder DRG i stor utsträckning och i ett av dem kommer man övergå helt till anslagsfinansiering 2019. I ytterligare några regioner används DRG som bas för viss upphandlad verksamhet. Vårdepisodersättningar används inom ramen för några enstaka vårdval, framför allt i Stockholm och Västra Götaland (i det senare fallet på prov). Även målrelaterad ersättning är ovanlig.

## Anpassningar för e-hälsa

Sju av regionerna indikerade att det finns mekanismer som har direkt samband med e-hälsolösningar i de lokala ersättningsmodellerna. I två fall var denna ersättning kopplad till kognitiv beteendeterapi via internet. I fyra regioner betalas ersättning för digitala vårdkontakter. I Västra Götaland finns en särskild ersättning för att tillhandahålla e-tjänster. I Stockholm finns dessutom en målrelaterad ersättning knuten till främjande av e-hälsolösningar i husläkaravtalet samt flera produktionsbaserade ersättningar i avtalet med S:t Görans sjukhus. Det finns inget tydligt samband mellan hur ersättningssystemet är konstruerat i övrigt och om specifika ersättningar för e-hälsa implementerats.

## Slutsatser och rekommendationer

*Mindre styrande modeller öppnar för nya lösningar.* Ersättningsformer som ersätter ett paket av åtgärder, antingen en vårdkedja eller under en tidsperiod, ger generellt bättre förutsättningar för innovationer eftersom de inte detaljstyr vårdgivaren till specifika aktiviteter. De ger också incitament att bedriva vården så resurseffektivt som möjligt. Som exempel är kapitation i primärvården förmodligen bra för att främja digitala besök medan besöksersättning kräver noggrann konstruktion för att inte skapa oönskade undanträngningseffekter. Det är i det senare fallet viktigt att bedöma vårdcentralernas marginalkostnad per besök; om ersättningen för alternativa kontaktvägar är låg jämfört med den för fysiska besök, riskerar man från vårdgivarens sida att föredra fysiska besök.

I specialistvården skulle ett liknande resonemang kunna föras kring vårdepisodersättningar som möjliggör för vårdgivaren att ersätta fysiska besök vid uppföljningen med elektronisk kontakt. Ett problem i sammanhanget är de täta skott som finns mellan primärvård, specialistvård och psykiatri som i dag ersätts på olika sätt. En potentiell vinst med e-hälsolösningar är att de kan bidra till starkare samverkan mellan de olika vårdgivarna. En förutsättning för att detta ska ske är att båda sidor ser det som en del i deras uppdrag och ersättningsmodellen kan här vara en viktig del.

Resonemanget ovan gäller om vi vill ha system som ger förutsättningar för att anamma nya lösningar utan att vi har en bestämd åsikt om vilka dessa är. Om vi däremot har en specifik insats i åtanke kan besöksersättning an-

vändas styrande för att premiera vissa typer av aktiviteter.

Här behövs också en brasklapp; det empiriska underlaget vad gäller e-hälsolösningar är än så länge klen och fler välgjorda studier behövs på området.

*Regionerna bör se över hur kapitationsersättningen kombineras med åtgärdsbaserad ersättning.* Ovanstående resonemang, och det faktum att kapitation är den dominerande ersättningsformen inom svensk primärvård, borde innebära en mycket hög innovationstakt inom primärvården. Så ser det dock inte ut. En tänkbar förklaring är att kapitationsersättningen oftast kombineras med åtgärdsbaserad ersättning. I de fall dessa åtgärder ersätts med till exempel digitala vårdmöten, eller något så enkelt som telefonkontakter, finns det en risk att vårdcentralens intäkter minskar kraftigt. Anledningen till att ha en åtgärdsbaserad komponent i ersättningen är att främja hög aktivitet, men här bör man överväga om inte detta i stället kan uppnås med en väldimensionerad målrelaterad komponent kopplad till tillgänglighet och någon form av resultat. Man bör också gå igenom hur vårdcentralernas uppdrag ser ut och tolkas, så att anammandet av ny innovation blir en naturlig del av verksamheten. Det behöver finnas ekonomiskt utrymme i ersättningen för att möjliggöra innovation.

*Överväg en separat kapitationsersättning för digital vård.* Ett av syftena med en kapitationsmodell är att skapa kontinuitet i omhändertagandet genom att ge en vårdgivare ett helhetsansvar för patienten. Detta tänkande utmanas nu när patienterna enkelt kan söka viss vård på annat håll. Är det ett problem att patienter söker sig någon annanstans för de besvär som kan hanteras digitalt? I princip skulle detta kunna ses som att patienten söker sig till en ännu lägre vårdnivå, vilket skulle kunna avlasta primärvården i övrigt. Det finns dock en risk för överkonsumtion och problem med dubbel debitering om en patient söker kontakt som bara leder till rekommendation att besöka en fysisk vårdcentral, och att man då fått kostnaden för två besök i stället för ett. Ett alternativ här skulle vara att införa en kapitationsmodell för digitala tjänster. Patienterna kan då lista sig dels på en vanlig vårdcentral, dels hos någon som tillhandahåller digitala lösningar (vilket förstås kan vara samma vårdgivare). Eftersom utvecklingen för vad som kan hanteras digitalt går snabbt blir det en utmaning att beskriva detta uppdrag på ett sådant sätt att innovationstakten inte hämmas. För att underlätta för digitala

vårdgivare som agerar nationellt, vilket ger bättre förutsättningar för att ta fram nya tjänster, behövs en nationell koordinering av hur detta uppdrag ser ut och ersätts.

*Undersök om och hur egenavgifter kan bidra till att styra mot rätt vårdnivå.*

När ersättningsmodellerna diskuteras görs detta ofta på utbudssidan, det vill säga i relation till hur de påverkar vårdgivarens beteende. Det finns förstås också en efterfrågekomponent i detta som påverkas av patienternas egenavgifter. Rätt nivå på egenavgiften kan även vid e-hälsolösningar vara ett instrument för att undvika onödiga besök. Det råder dock osäkerhet om exakt hur stor denna effekt är och det finns inga studier som tittar specifikt på digitala tjänster. Ett sätt att hantera kapacitetsproblem är att skifta patienter till mer resurseffektiva former av vård i de fall där det är lämpligt, och egenavgifter kan då vara ett sätt att styra patienterna åt detta håll. Här behövs ytterligare studier.

*Nationell koordinering för att reagera på nya tekniska lösningar.* Det ligger i digitala tjänsters natur att dessa inte behöver begränsas av geografin. En fördel med detta är att det möjliggör större volymer för vårdgivarna. Då ersättningen för sjukvården är en lokal fråga finns behov av samordning och regionerna (förmodligen genom SKL) behöver en plan för detta. Eftersom framtida genombrott är svåra att förutse är det lämpligt att man är beredd att ta en snabb reaktiv ansats för detta, snarare än att i förväg försöka förutspå utvecklingen.

*Strukturerad uppföljning behövs.* Detta är den andra rapporten som ges ut i SNS regi på temat ersättningsmodeller, och vi kan se att under de fyra år som gått sedan den förra rapporten gavs ut har många förändringar skett i regionernas ersättningsmodeller. I Sverige har vi god tillgång på data över vårdkonsumtion och inom flera sjukdomsområden finns också data om hälsoutfall i nationella kvalitetsregister. Genom att mer systematiskt följa förändringar i ersättningsmodellerna och koppla detta till påverkan på vårdkonsumtion – och ytterst hälsoresultat – skulle många lärdomar kunna dras. En löpande sammanställning över förändringar i ersättningssystemen på nationell nivå, till exempel hos SKL eller Socialstyrelsen, skulle vara ett viktigt instrument för framtida forskning och för att generera viktig kunskap till regionerna.



*Nya lösningar utmanar de existerande systemen.* Denna rapport har ett ganska traditionellt systemperspektiv. En effekt av digitaliseringen är att detta system nu utmanas. De digitala vårdcentralerna som fått ett stort genomslag och som diskuterats en del här är ett exempel på systemutmaning, men de är fortfarande i viss mån traditionella vårdgivare som agerar inom det existerande sjukvårdssystemets ramar. Effekterna bortom detta blir sannolikt mer svåröverskådliga. Aktörer som traditionellt inte varit vårdgivare kommer att etablera tjänster som tangerar den traditionella vården. Patienternas roll har redan ändrats från i någon mån passiva vårdkonsumenter till i många fall mycket aktiva aktörer, och detta är bara början på utvecklingen. Hur vården – och dess ersättningssystem – ska förhålla sig till detta kommer att vara ett mycket intressant och utmanande område framöver.

# 1. Inledning

## Digitaliseringen öppnar nya möjligheter

Det finns förmodligen ingen samhällssektor som inte berörts av digitaliseringsens effekter. Hälso- och sjukvården står inför stora framtida utmaningar för att kunna möta medborgarnas behov och förväntningar. Med tanke på den utveckling som digitaliseringen drivit fram inom andra områden ser många aktörer dessutom detta som ett centralt utvecklingsområde för sjukvården. Exempelvis har Världshälsoorganisationen (WHO) lyft e-hälsa som en nyckelfaktor för att nå målet om universellt tillgänglig hälso- och sjukvård (WHO 2016). Europeiska kommissionen har också tagit upp dessa frågor som centrala inom ramen för något de kallar den digitala inre marknaden (Europeiska kommissionen 2018).

Vi kan i dag se hur de nya möjligheterna ändrar sjukvårdens förutsättningar. Etableringen av privata digitala vårdcentraler som erbjuder läkar-konsultationer, receptförnyelse och andra tjänster nationellt har accelererat utvecklingen av liknande tjänster i regionens egna verksamhet. Samtidigt med detta har fler företag etablerat sig. Introduktionen av nätläkartjänster har redan förbättrat tillgängligheten inom vården, dock med spänningar mellan olika aktörer kring hur kostnaden för dessa besök ska hanteras som följd (Blix och Levay 2018).

En genomgång gjord av Socialstyrelsen i maj 2018 visade att alla regioner utom en erbjuder någon form av digital vårdtjänst. Samtidigt fanns det åtminstone nio privata vårdgivare som erbjöd digitala tjänster (Socialstyrelsen 2018a). Förändringarna återspeglas också i hur lagstiftarna agerar. Riksdagen beslutade 2018 om en ändring i vårdgarantin. I stället för att enskilda individer inom en viss tid garanteras att träffa läkare, ska de nu inom en viss tid garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad

hälso- och sjukvårdspersonal. Bedömningen kan om det är lämpligt göras på distans (Socialdepartementet 2018).

Sverige ligger i framkant bland OECD:s medlemmar vad gäller digitalisering generellt (OECD 2018). Att vi i Sverige ser möjligheter på detta område är därför naturligt. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram en vision för denna utveckling. De kallar den Vision e-hälsa 2025 och slår i den fast att:

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet (Regeringskansliet och SKL 2016).

## Vad är e-hälsa?

Vad är då e-hälsa? Socialstyrelsen definierar e-hälsa som ”att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa” (Socialstyrelsen 2018b). Begreppet är dock vitt och kan användas på många olika sätt. I en översiktsartikel från 2005 identifierade författarna 51 unika definitioner. Det gemensamma för definitionerna var att de innefattade begreppen hälsa och teknologi; i övrigt täckte de in ett brett spektrum av företeelser från det mycket breda (som digitalisering) till mer snäva (internetrelaterad teknik) (Oh m.fl. 2005). Troligtvis har antalet definitioner inte minskat under de dryga tio år som gått sedan artikeln publicerades. I en intervjustudie med 25 respondenter aktiva inom olika organisationer kopplade till hälso- och sjukvårdsområdet i Australien identifierade Shaw med flera (2017) tre delvis överlappande teman när de skulle beskriva begreppet: *health in our hands* – användandet av digitala teknologier för att följa och informera om hälsa, *data enabling health* – insamlande, hanterande och användandet av hälsodata, *interacting for health* – användandet av digital teknik för att kommunicera om hälsa mellan olika vårdgivare och mellan vårdgivare och patient.

Detta kan alltså omfatta en rad olika teknologier och lösningar. Vi kan jämföra med de begrepp som WHO använder i sin genomgång av e-hälsområdet: telemedicin, m-hälsa, e-lärande, elektronisk journalföring, big data och sociala medier (WHO 2016).

## Ersättningen och e-hälsan

Som en del av det kommunala självstyret i Sverige ansvarar regioner för utförandet av sjukvården. Det innebär också att regionerna själva bestämmer hur vårdens aktörer ska ersättas för sina insatser. Som en följd finns det stora geografiska skillnader i hur ersättningssystemen är konstruerade. Men det finns också variation inom regionerna där man använder olika modeller för primärvård och specialiserad vård och mellan olika vårdgivare. Vilken typ av ersättningsmodeller som används varierar också över tid. Vi har gått från en situation med fokus på anslag och budgetar under 1980-talet till mer marknadsorienterade lösningar med syfte att lösa vårdens produktivitetsproblem. Detta har följts av en period med mer fokus på mätning av utfall och målrelaterade ersättningar.

År 2014 skrev jag en rapport åt SNS där jag beskrev kunskapsläget om vårdens ersättningsmodeller (Lindgren 2014). Vi vet att vården kan påverkas av hur ersättningen till vårdgivarna ser ut, både genom vilka incitament som skapas och direkt genom de ramverk som ställs upp. Ersättningsmodellerna är förstås bara en del av vårdens styrning. Inom primärvården använder regionerna exempelvis ekonomistyrningen – där ersättningsmodellen är en viktig del – i kombination med dialog med vårdgivare, förfrågningsunderlag som beskriver vårdcentralernas uppdrag och prestationsmätning för att både kontrollera och stödja verksamheterna (Glenngård Häger 2017). En välkonstruerad ersättningsmodell kan inte heller reparera en i övrigt icke-fungerande styrning. Samtidigt stjälper en dåligt fungerande ersättningsmodell inte ett i övrigt välfungerande styrningssystem även om den kan leda till kostnader för att parera dess oönskade effekter (SOU 2017). Att ersättningsmodellen är en viktig faktor för att introducera och börja använda nya digitala lösningar har dock lyfts i debatten (Blix och Jeansson 2018).

Syftet med denna rapport är att beskriva vad vi utifrån den vetenskapliga litteraturen vet om ersättningsmodellernas påverkan på vården med ett särskilt fokus på e-hälsa. Rapporten syftar också till att beskriva hur vården i Sverige ersätts i dag.

Som jag beskrivit ovan är e-hälsa ett vitt begrepp som omfattar många olika aspekter. Den svenska e-hälsovisionen fokuserar exempelvis på övergripande faktorer som regelverk, enhetlig begreppsanvändning och standardiseringsfrågor (E-hälsomyndigheten 2018). Även inom det europeiska samarbetet ligger tonvikten på den typ av frågor som närmast knyter an till

infrastrukturen för e-hälsolösningar där säker datahantering och datadelning utgör två (av tre) pelare i strategin för den digitala inre marknaden (Europeiska kommissionen 2018). Dessa aspekter är naturligtvis centrala för digitaliseringen. Det är dock inte faktorer som kan förväntas påverkas av de styrmedel regionerna använder gentemot vårdgivarna. Fokus för denna rapport är därför de mer handgripliga exempel som finns i gränssnittet mellan vårdgivare och patient, nämligen de tjänster och andra lösningar som direkt påverkar hur vården utförs. Det kanske mest etablerade fältet inom detta område är telemedicin som innefattar besök på distans och lagring av exempelvis bilder för diagnostik som kan bedömas av en specialist på annan plats. I dag används ibland termen m-hälsa (från engelskans *mHealth*) för tjänster med hjälp av en smartphone. Distansbesök kan i det fallet göras som videobesök. Det kanske mest aktuella exemplet på detta är dagens digitala vårdcentraler.

## Denna rapport

Rapporten är upplagd på följande sätt. I kapitel två beskriver jag de olika typer av ersättningsmodeller som används för att ersätta sjukvårdens aktörer och vad vi vet om deras effekter på några olika områden. Detta är ett destillat av min tidigare SNS-rapport kompletterat med en del nyare referenser på området.

I kapitel tre beskrivs vad vi vet om effekten av olika modeller för ersättning på användandet av e-hälsolösningar. Beskrivningen är baserad på en översikt av den vetenskapliga litteraturen på området kompletterat med ett teoretiskt resonemang.

Kapitel fyra beskriver hur de 21 regionerna<sup>1</sup> valt att hantera ersättningen till sina utförare. Detta baseras på intervjuer genomförda under våren och försommaren 2018.<sup>2</sup>

Avslutningsvis förs i kapitel fem en diskussion om ett antal policyimplikationer.

---

<sup>1</sup> Från och med 2019 har samtliga landsting övergått till att vara regioner. Även om några av dem formellt fortfarande var landsting när denna genomgång gjordes kallar jag dem genomgående för enkelhets skull för regioner.

<sup>2</sup> Tack till Sebastian Ekberg, SNS, som genomfört de intervjuer som ligger till grund för kapitel fyra samt till representanterna för de olika landstingen som låtit sig intervjuas.

## 2. Ersättningsmodeller – typer och effekter

I detta kapitel beskriver jag först de sex olika ersättningsmodeller som finns. Därefter går jag igenom vad man utifrån publicerad forskning och teoretisk analys av förväntade incitament kan säga om de olika modellernas effekter på områdena resursanvändning, produktion och kostnader, lika tillgång till vård, kvalitet samt risk för manipulation.

Ersättningsmodeller kan definieras utifrån tre dimensioner beroende på vilken typ av incitament modellen skapar (Jegers m.fl. 2002, Jacobsson 2007).

- *Objekt.* Vad ersätts? Om ersättning betalas för flera olika saker (objekt) så har en vårdgivare eller producent incitament att fokusera på de aktiviteter där marginalen är högst.
- *Grad av rörlighet.* I vilken utsträckning är den totala ersättningen kopplad till aktiviteten hos vårdgivaren? En högre grad av rörlighet ger mer betalt vid högre aktivitet och vårdgivaren har därför incitament att vara mer aktiv, särskilt när det gäller insatser där marginalen är god.
- *Tid.* Bestäms ersättningen på förhand (prospektivt) eller avgörs den av den faktiska resursåtgången i efterhand (retrospektivt)? I det första fallet har producenten incitament att agera så resurssnålt som möjligt vid varje insats eftersom den vet på förhand hur stor ersättningen blir och man genererar ett överskott om man kan utföra insatsen billigare än så. Inget sådant incitament finns vid retrospektiv ersättning.

Ersättning till vårdgivare kan grupperas i fem huvudtyper: anslag, kapitation, produktgrupp, åtgärd och resultat. Produktgrupp och åtgärd grupperas ibland under termen prestationsbaserad ersättning eftersom vårdgivaren får ersättning för varje genomförd prestation. Ibland används termen aktivitetsbaserad ersättning i stället för prestationsbaserad ersättning. Tabell

1 visar hur dessa typer förhåller sig till de tre dimensionerna som beskrivits ovan. I praktiken är det vanligt att de olika typerna kombineras med varandra.

Ibland talar man om värdebaserad ersättning. Termen har dock kommit att betyda olika saker beroende på sammanhang. Ibland avses en målrelaterad ersättning där betalningen baseras på uppnådda hälsoreultat i analogi med hur vi i Sverige sätter priser för läkemedel med värdebaserad prissättning efter förväntade hälsoreultat. I andra sammanhang används termen i stället för att beskriva ersättningsformer som stöder arbete enligt principerna för värdebaserad vård, oftast i samband med olika former av vårdepisod-ersättning. För att undvika denna tvetydighet används inte termen i denna rapport.

**Tabell 1.** Typer av ersättning och deras egenskaper på övergripande nivå.

Typ av ersättning	Objekt	Tid*	Grad av rörlighet
Anslag	En viss i förväg definerad verksamhet	Prospektiv	Ingen
Kapitation	Vård för ett antal patienter (listade eller i ett geografiskt område)	Prospektiv	Låg
Produktgrupp	En definierad vårdkedja	Prospektiv	Hög
Åtgärd	Enskild åtgärd eller produkt	Retrospektiv	Hög
Resultat	Måluppfyllnad	Prospektiv	Hög

\* Med tid menas här när i tiden ersättningens storlek bestäms. Är den känd på förhand eller bestäms den baserad på vilka kostnader som uppstått?

## Anslag

Vid anslagsfinansiering, eller budgetfinansiering, anslås ett fixt belopp som ska täcka en specifik verksamhet eller ett uppdrag. Anslaget storlek bestäms typiskt av verksamhetens storlek tidigare år, möjligen justerat för exempelvis demografiska förändringar eller nedjusterat med en viss procent för att driva effektivisering. I teorin ger detta betalaren god kostnadskontroll eftersom årets utgifter är bestämda i förväg. I praktiken kan förstås problem med överskridna budgetar ändå uppstå.

Anslagsfinansieringen kan vara olika detaljerad från betalarens sida. Den kan antingen omfatta all verksamhet utan närmare specifikation och lämna fördelningen på olika aktiviteter till ledningen för verksamheten. Det kan också finnas en detaljerad specifikation av hur anslaget ska användas.

## Kapitation

Vid kapitationsersättning (eller kapitering) ersätts vårdgivaren efter det antal patienter som man är satt att ta omhand. Detta kan baseras på populationen i ett visst geografiskt område eller på hur många patienter som är listade hos vårdgivaren. Ersättningsformen är därför i huvudsak fast. Om fri listning tillåts får man ett mått av rörlighet då en vårdgivare kan attrahera ett större eller mindre antal patienter över tid.

Det är i många fall önskvärt att ta hänsyn till att olika patientgrupper kräver olika mycket resurser. Ersättningen kan då viktas utifrån faktorer som förväntas påverka behovet. Inom primärvården i Sverige används i huvudsak fyra principer för att vikta ersättningen.

- *Ålder*. Äldre förväntas ha större vårdbehov än yngre. Oftast sker viktningen baserat på hur många listade patienter som finns inom olika åldersgrupper.
- *Vårdtyngd*. Patienter med befintlig sjukdom kan förväntas ha större behov i framtiden. En metod för att skatta detta är Adjusted Clinical Groups (ACG), som grupperar patienter utifrån förväntad vårdtyngd baserat på tidigare diagnoser. Systemet har sitt ursprung i USA men finns i dag i en svensk version där det kalibrerats utifrån svenska vårdkonsumtionsdata (Zielinski m.fl. 2009).



- *Socioekonomi*. I Sverige använder flera regioner Care Need Index (CNI) för att justera kapitationen utifrån socioekonomiska förutsättningar. Indexet tillhandahålls av Statistiska centralbyrån och baseras på distriktsläkares uppgifter om hur de anser att sju faktorer påverkar arbetsbelastningen (Sundquist m.fl. 2003).
- *Läge*. Avstånd från närmaste sjukhus kan påverka vårdkonsumtionen.

## Åtgärd

Vid åtgärdsbaserad ersättning<sup>3</sup> får vårdgivaren betalt i efterskott (retrospektivt) baserat på vilka insatser som gjorts. Dessa betalas utifrån en styckprislista. Hög aktivitet premieras genom att varje aktivitet ersätts, vårdgivaren har därför incitament att göra så mycket som möjligt – särskilt aktiviteter där vårdgivarens marginal i förhållande till styckpriset är god. Å andra sidan har vårdgivaren inte några som helst incitament att arbeta för bättre effektivitet. Betalaren kan dessutom få problem med kostnadskontroll om det inte finns ett tak för maximalt utbetald ersättning (Street m.fl. 2007).

## Produktgrupp

Ersättning per produktgrupp och åtgärd kan med en gemensam term kallas för prestationsersättningar. Det innebär att vårdgivaren får betalt för varje genomförd prestation. Vad som utgör en prestation definieras däremot olika. Medan vårdgivaren i fallet åtgärdsbaserad ersättning, som beskrivits ovan, blir ersatt i efterhand för varje enskild aktivitet som genomförts, ger produktgruppsbaserad ersättning en i förväg bestämd summa för ett paket av möjliga aktiviteter. I båda fallen finns incitament att göra många prestationer. I fallet produktgrupp finns dessutom incitament att vara så effektiv som möjligt vid varje enskild prestation.

---

<sup>3</sup> På engelska *fee for service*.

## Diagnosrelaterade grupper (DRG)

DRG är primärt ett beskrivningssystem där vårdtillfällen grupperas efter hur mycket resurser de tar i anspråk. Systemet togs från början fram i USA under 1960- och 1970-talen och har sedan dess utvecklats i ett antal varianter. I Sverige används framför allt NordDRG, som tagits fram av Nordiska medicinalstatistiska kommittén (NOMESKO) och som i Sverige förvaltas av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2011).

I DRG-systemet grupperas vårdkontakter som medicinskt liknar varandra och som har en liknande resursåtgång. Grupperingen baseras på huvuddiagnos, bidiagnoser, genomförda åtgärder, ålder, kön och utskrivningssätt för det aktuella vårdtillfället, till exempel om patienten flyttats till annan avdelning eller avlider under vårdtillfället. Huvuddiagnos och större åtgärder, exempelvis operationer, avgör vilken grupp som tillfället klassificeras i. I många fall delas grupperna även in i okomplicerade, komplicerade eller mycket komplicerade. Denna klassificering avgörs av bidiagnoser och åtgärder. Om en patient till exempel vårdas för hjärtinfarkt och genomgår en ballongpumpsvidgning klassificeras detta vårdtillfälle med en viss kod så länge inga komplicerande faktorer föreligger. Skulle så vara fallet blir koden i stället en annan. En komplicerande bidiagnos kan exempelvis vara att patienten även har en tumör (Socialstyrelsen 2015).

I ersättningssammanhang baseras betalningen på ett pris per DRG-poäng där 1 motsvarar genomsnittskostnaden för alla vårdtillfällen. Dessa vikter baseras i Sverige på SKL:s databas "Kostnad per patient" som är en sammanställning av kostnaden för ungefär 70 procent av alla vårdtillfällen inom slutenvården. I vissa fall grundar sig ersättningen på den nationella snittkostnaden per DRG-poäng, men lokala prislistor förekommer också. Vårdgivare ersätts sedan efter det antal DRG-poäng som de producerat. Vid beräkningen exkluderas fall med extrema kostnader, så kallade ytterfall. Normalt utgör dessa 5 procent av fallen. En särskild ytterfallsersättning betalas för dessa patienter, vanligen grundad på vårdtid. För att ge betalaren budgetkontroll finns ofta ett tak för hur många DRG-poäng som ska produceras. Om taket överskrids ges mindre ersättning per producerad poäng.

## Vårdepisodersättning

Liksom vid DRG-ersättning bestäms ersättningen vid vårdepisodersättning<sup>4</sup> prospektivt, vilket ger vårdgivaren incitament att arbeta så effektivt som möjligt inom ramen för episoden (Welch 1998). På flera sätt skiljer sig dock modellen från DRG. En central skillnad är att medan DRG fokuserar på ett enskilt vårdtillfälle syftar vårdepisodersättning till att omfatta en hel vårdkedja. Denna kan innefatta både slutenvård och öppenvård. För att stärka integrationen av vårdkedjor kan vårdepisoder konstrueras så att de omfattar flera vårdgivare. En aktör har huvudansvaret för vårdkedjan och ansvarar för samarbetet med övriga vårdgivare. Dessa ersätts sedan antingen genom kontrakt med den huvudansvariga eller genom avräkningar som beställaren gör.

En annan skillnad mot DRG är hur ersättningen för episoden beräknas. Som beskrivits ovan beräknas ersättningen per DRG-poäng utifrån genomsnittskostnaden för alla vårdtillfällen. I vårdepisodfallet finns ingen sådan gemensam beräkningsgrund utan det kan variera hur ersättningen beräknas. Det vanligaste är att ersättningen baseras på historiska data, som kan justeras beroende på tillståndets svårighetsgrad eller patientkaraktäristika (Shih m.fl. 2015).

En del vårdepisodersättningar gör vårdproducenten finansiellt ansvarig för eventuella komplikationer genom en komplikationsgaranti. Vårdgivaren får då stå för kostnaderna för att hantera eventuella komplikationer som uppstår under en viss tidsperiod, oavsett om dessa tas om hand hos den aktuella vårdproducenten eller vid en annan enhet. Detta ger vårdgivaren starka ekonomiska incitament att driva kvalitetsarbete.

## Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning<sup>5</sup> används ofta som en mekanism för att kompensera upplevda nackdelar med andra ersättningsmodeller eller för att tillfälligt fokusera på ett specifikt område. Den används därför inte som en fristående ersättningsform utan enbart som ett komplement till andra modeller. Principen är att vårdgivare som uppnår goda resultat inom ett område belönas

---

4 På engelska *bundle payment*.

5 På engelska *pay for performance*, ofta förkortat *P4P*.

för detta, alternativt att vårdgivare som presterat undermåligt bötfälls för dåliga insatser.

I princip kan vilket mål som helst användas som underlag för den målrelaterade ersättningen. Men de kan delas in i olika kategorier beroende på hur nära de slutliga målen för vården i termer av patientrelevanta utfall de hamnar: från strukturmål som belönar förutsättningar för att bedriva en viss typ av vård, över processmål som belönar att vården bedrivs enligt etablerade riktlinjer, till resultatmål där utgångspunkten är faktiska medicinska resultat (se tabell 2). Ju närmare de faktiska utfallen målen hamnar, desto större frihet har vårdgivaren att anpassa sina aktiviteter till att nå målen på ett sätt som passar den enskilde patienten. När det gäller faktiska resultat

**Tabell 2.** Olika typer av mål vid målrelaterad ersättning med exempel inom rökavvänjning.

Typ av mål	Exempel	Vilket incitament skapas	Risker/svårigheter
Struktur	Personal utbildad i tobaksavvänjning	Förutsättningar att bedriva en viss typ av vård, givet att ersättningen är tillräckligt stor	Det finns inget som säger att den utbildade personalen faktiskt arbetar med dessa frågor i praktiken.
Process	Genomföra motiverande samtal	Utföra viss typ av vård	Den premierade metoden är inte nödvändigtvis den mest lämpade för alla patienter och detta begränsar då vårdgivarens möjlighet att vara flexibel.
Intermediära resultat	Andel rökare som slutat	Incitament att utföra åtgärder för att nå behandlingsmålen	Relevansen av de intermediära resultaten beror på hur starkt kopplade de är till de faktiska hälsoutfall man vill uppnå.
Resultat (värde)	Nya fall av hjärtsjukdom, KOL och lungcancer	Incitament att vidta åtgärder för att uppnå hälsoreultat	Dessa effekter kan ligga långt in i framtiden och påverkas av många faktorer – svåra att mäta!

Typ av mål efter (Anell 2010).

– hälsoutfall – kan dessa vara svåra att mäta inom en relevant tidsperiod. Därför fokuserar man ofta på intermediära mått, till exempel hur många patienter som når behandlingsmålen för blodtryck i stället för hur många patienter som undviker stroke eller hjärtinfarkt, vilket är vad man egentligen vill åt.

Ersättning baserad på hälsoutfall kallas ibland också värdebaserad ersättning. Det är dock ingen entydig term eftersom den även används för att beskriva vårdepisodersättningar som stöder arbetssättet värdebaserad vård.

## Vilka effekter har ersättningsmodellerna?

I min tidigare publicerade SNS-rapport redovisade jag kunskapsläget kring ersättningsmodellernas effekter utifrån publicerade vetenskapliga studier. Detta gjordes utifrån ett antal områden som är centrala för den svenska hälso- och sjukvårdsdebatten:

- resursanvändning, produktion och kostnader
- lika tillgång till vård
- kvalitet
- risk för manipulation
- förutsättningar för innovation.

Nedan följer en sammanfattande diskussion av de fyra första områdena (för en mer omfattande genomgång, se Lindgren 2014). Innovation återkommer jag till i kapitel 4 eftersom detta är intimt sammanlänkat med utvecklingen på e-hälsoområdet.

Det kan inledningsvis konstateras att det är svårt att studera ersättningsmodellernas effekter. Införandet av en ersättningsmodell är sällan den enda förändring som genomförs i ett system. Ofta sker det i samband med andra reformer – i Sverige till exempel samtidigt med införande av vårdval eller tillgänglighetsreformer. Det är då svårt att isolera vad som är resultatet av förändringen i ersättning och vad som beror på andra samtidiga förändringar. Randomiserade försök inom det här området är mycket sällsynta. Det finns också många andra kontextuella faktorer som kan påverka effekten av ersättningsmodellen. Detta medför att man alltid behöver göra en ny bedömning av hur mycket man kan generalisera utifrån ett fynd vid överföring från ett hälso- och sjukvårdssystem till ett annat.

## Effekt på resursanvändning, produktion och kostnader

Olika ersättning ger olika incitament. Utifrån det kan man ställa upp en teoretisk modell för vilka effekter de kan tänkas ha i sin rena form (tabell 3). Som synes råder ofta ett motsatsförhållande mellan kostnadskontroll och aktivitet i systemet (det vill säga hur många insatser som genomförs eller kontakter som sker). För målrelaterad ersättning beror incitamenten helt på vilka mål som ersätts, till exempel kan ett mål riktade mot minskade köer leda till fler behandlade patienter men mindre aktivitet per patient.

Hög respektive låg aktivitet kan inte entydigt tolkas som bra eller dåligt. Man vill varken under- eller överbehandla patienter. Detta har betydelse för modellernas påverkan på både tillgång till vård och kvalitet, vilket jag diskuterar närmare i de två följande avsnitten.

Hur väl stämmer denna teoretiska modell överens med verkligheten? Det finns flera studier som verkar stödja den.

Hussey med flera (2012) genomförde en systematisk översikt av effekterna av vårdepisodersättning. Baserat på 58 studier noterade de att introduktionen av denna typ av ersättning tycks ha lett till lägre kostnader och resursåtgång per behandlad patient (inre effektivitet), med reservationen att

**Tabell 3.** Olika ersättningsmodellernas effekter på resursanvändning, produktion och kostnader.

Typ av ersättning	Aktivitet – behandlade pa- tienter	Aktivitet – insatser per be- handlad patient	Kostnadskontroll
Anslag	Låg	Låg	God
Kapitation	Hög*	Låg	God
Produktgrupp	Hög	Låg	Dålig
Åtgärd	Hög	Hög	Dålig
Målrelaterad	Beror på mål	Beror på mål	Beror på mål

\* Givet att vårdgivaren kan kontrollera hur många patienter denne ansvarar för. Efter (Barnum m.fl. 1995) och (WHO 2000).

det råder brist på välgjorda kontrollerade studier. En annan begränsning var att det saknas data på effekterna av episoder som konstruerats så att de omfattar flera vårdgivare. I en nyare kvalitativ studie av vårdepisodersättning inom ramen för amerikanska Medicare beskriver dock Zhu med flera (2018) hur vårdgivare proaktivt arbetar med att minska utskrivningen till vårdhem efter operation samt att förbättra integrationen med dessa för de patienter som ändå inte kunde skrivas ut till sitt eget hem.

I flera amerikanska studier har man observerat att tiden till utskrivning minskade efter införandet av DRG (Or och Häkkinen 2011). För DRG-ersättning på sjukhus finns svenska data som tyder på att effektiviteten ökat när man gått från ett anslagsfinansierat system till ersättning baserad på DRG (Gerdtham m.fl. 1999). En annan konsekvens av införande av DRG-system tycks dock vara, helt i enlighet med teorin, att kostnaderna ökar överlag eftersom sjukhusen ökar sina volymer (Anell 2005, Kastberg och Siverbo 2007). Något liknande skifte tycks inte ha skett vid övergången från aktivitetsbaserad ersättning till DRG, vilket också är i linje med vad man kan förvänta sig utifrån teorin (Street m.fl. 2011). När Region Skåne övergick från DRG till anslagsfinansiering observerades en minskning av antalet producerade DRG-poäng.<sup>6</sup> En bidragande orsak här kan dock ha varit mindre noggrann registrering av diagnoser och åtgärder efter förändringen (Ellegård och Glenngård Häger 2018).

Det finns även data som visar på att denna typ av samband också gäller i primärvården där fler besök görs vid åtgärdsbaserad ersättning än om vårdgivarna ersätts med kapitation, även om slutsatserna baseras på ett begränsat antal studier (Gosden m.fl. 2001).

## Påverkar modellerna tillgången till vård för olika grupper?

I en situation där vårdgivaren har inflytande över vilka patienter som behandlas talas det ibland om risk för patientsektion. Det innebär att vårdgivaren väljer ut de patienter som ger bäst marginal, vilket oftast är de som är lättast att behandla för ett givet tillstånd. Detta har lyfts som en potentiell risk både vid målrelaterad ersättning och produktgruppsbaserad ersättning.

---

<sup>6</sup> DRG används överallt i Sverige som en del i Socialstyrelsens statistik som ett mått på hur mycket vård som produceras oavsett om det ligger till grund för ersättning eller ej.

Även vid kapitation kan problemet uppstå om vårdgivaren till exempel undviker att lista patienter som kan medföra stora kostnader.<sup>7</sup>

Det finns även risk att de incitament för produktivitet som beskrevs ovan får effekter som påverkar en jämlik tillgång till vård. Konsekvensen av låg aktivitet vid fasta ersättningsformer kan vara köbildning och väntetider. Dessa kan drabba socioekonomiskt mer utsatta grupper hårdare jämfört med grupper som har större kunskaper i att navigera systemet. Det talas ibland också om övervältringseffekter där vårdgivare undviker svårare patienter genom att exempelvis remittera dem till andra vårdgivare. Även detta kan drabba olikt.

Som framkommit av denna teoretiska diskussion, som sammanfattas i tabell 4, är det enbart åtgärdsbaserad ersättning som är neutral. Här lönar det sig att genomföra så många åtgärder som möjligt, och det finns därför ingen anledning att välja bort vissa patienter (Gosden m.fl. 2001).

Det är svårt att dra generella slutsatser kring hur stora dessa effekter är i praktiken. När det gäller målrelaterad ersättning finns vissa indikationer på att patientselektion också sker. De studier som analyserat detta har dock en del metodologiska problem och man ska därför vara försiktig med att dra starka slutsatser (Eijkenaar m.fl. 2013). Målrelaterade ersättningar kan konstrueras på många olika sätt, och detta påverkar risken för patientselektion. Korrekt riskjustering har därför lyfts som en nyckelfaktor för att undvika dessa problem (Eijkenaar 2013). Även utan patientselektion kan införandet av målrelaterad ersättning leda till omfördelningar mellan vårdgivare som hanterar patienter av olika svårighetsgrad, något som setts vid införandet av ett sådant system inom ramen för det amerikanska Medicaid (Roberts m.fl. 2018).

Data från Norge visar på att patientselektion kan ha förekommit när man införde DRG. Baserat på en analys av väntetider tycks sjukhusen ha prioriterat enklare patienter, i alla fall inom vissa mildare ortopediska diagnoser (Martinussen och Hagen 2009). Även i USA har tecken på patientselektion observerats (Friesner och Rosenman 2009). I kontrast till dessa fynd visade en svensk studie på oförändrade patientkaraktäristika när man

---

<sup>7</sup> I Sverige är det förbjudet att vägra någon att lista sig vid en vårdcentral, så just detta är inte aktuellt här. Problemet skulle ändå kunna uppstå om vårdgivaren listar många patienter men låter de mer resurskrävande vänta. I och med vårdvalet i Sverige skulle dessa då dock kunna lista sig på en annan vårdcentral, så detta är förmodligen inte heller relevant i en svensk kontext.



**Tabell 4.** Olika ersättningsmodellernas effekter på jämnt fördelad vård.

Typ av ersättning	Risker
Anslag	Övervältring Väntetider
Kapitation	Övervältring Väntetider Patientselektion
Produktgrupp	Patientselektion
Åtgärd	Inga förväntade risker
Målrelaterad	Patientselektion

införde DRG. Detta kan tolkas som att ingen patientselektion förekommit (Charpentier och Samuelsson 1996). Någon entydig bild ges alltså inte.

Det tycks finnas färre studier av effekten av kapitation. En systematisk genomgång av primärvårdens ersättningssystem indikerade att det inte finns stöd för att ersättningssystemen påverkar tillgång till vård negativt för svaga socioekonomiska grupper (Tao m.fl. 2016). Majoriteten av de studier som inkluderades i översikten kom från USA. En studie från Nordirland rapporterar att det inte funnits tecken på patientselektion när kapitationsersättning infördes inom en del av tandvården (Hill m.fl. 2017). En form av patientselektion kan uppstå om vårdgivare väljer att etablera sig i områden med mer lättbehandlade patienter i stället för i mer utsatta områden. Svenska data visar här på att justering av kapitationsersättning utifrån socioekonomi (CNI) leder till att vårdgivare etablerar sig i mer socioekonomiskt svaga områden (Anell m.fl. 2018).

## Hur påverkar modellerna vårdens kvalitet?

Även för kvalitet kan vi utifrån de incitament vi förknippar med de olika modellerna ställa upp en teoretisk modell för de risker som finns (tabell 5).

Som jag nämnt finns med de mer fasta ersättningsformerna (anslag och kapitation) inga incitament för vårdgivaren att vara aktiv. En konsekvens av

**Tabell 5.** Tänkbara kvalitetsrisker utifrån ersättningsmodellernas incitament.

Typ av ersättning	Risker
Anslag	Underbehandling till följd av låg aktivitet
Kapitation	Underbehandling till följd av låg aktivitet
Produktgrupp	Underbehandling inom varje episod
Åtgärd	Överbehandling
Målrelaterad	Undanträngning

detta skulle kunna bli lägre kvalitet i form av längre väntetider eller underbehandling. Vid åtgärdsbaserad ersättning finns motsatta incitament. Här skulle man möjligen kunna se överbehandling som ett potentiellt kvalitetsproblem.

Vid ersättning per produktgrupp finns incitament att behandla så många patienter det går, men också att hålla ned kostnaderna för varje behandlad patient eftersom ersättningen är bestämd i förväg. Detta ger incitament att vara så resurseffektiv som möjligt. Den potentiella baksidan är att vårdgivaren håller ned resursanvändningen för mycket, till exempel genom att skriva ut patienter för tidigt.<sup>8</sup> Ett möjligt sätt att parera detta är att genom en komplikationsgaranti göra vårdgivaren finansiellt ansvarig för de komplikationer som uppstår.

Målrelaterad ersättning används ofta som ett sätt att styra mot ökad kvalitet, vilket borde förbättra de indikatorer som används. I stället talar man om risk för undanträngning. Det innebär att vårdgivaren fokuserar på insatser som förbättrar resultaten för de indikatorer ersättningen baseras på i stället för på insatser som påverkar andra potentiellt lika viktiga faktorer.

Effekten av anslag, åtgärdsbaserad ersättning och kapitation i sig tycks

<sup>8</sup> I DRG-systemet finns också incitament som kan verka i motsatt riktning om vårdgivaren ger onödiga behandlingar som klassificerar patienten i en dyrare DRG.

inte ha studerats i någon större utsträckning. I den tidigare refererade översikten av ersättning inom primärvården fanns inget som tydde på kvalitetskillnader (Tao m.fl. 2016). I sin genomgång av vårdepisodersättningar noterade Hussey och kollegor inte heller några kvalitetseffekter (Hussey m.fl. 2012). För DRG pekar data åt olika håll beroende på var frågan studerats. I USA tycks man ha sett tecken på en del kvalitetsproblem, medan detta inte varit fallet i Europa. En möjlig förklaring är att övergången till DRG i USA gjordes från en åtgärdsbaserad modell medan man i Europa gick från fasta anslag (Or och Häkkinen 2011). Så tycks fallet vara i Italien där regioner som ersätter med DRG tycks ha bättre kvalitet (Cavalieri m.fl. 2013). Detta ligger i linje med vad vi skulle förvänta oss utifrån teorin. I Sverige uttrycktes initialt oro för försämrade kvalitet när man införde DRG, men detta kunde åtminstone inte mätas i form av fler återinläggningar (Forsberg m.fl. 2000).

Flera olika målrelaterade ersättningsmodeller har använts för att premiera skilda beteenden, något som gör det svårt att dra generella slutsatser om effekterna. De översikter som gjorts av målrelaterad ersättning betonar också att kvaliteten på genomförda studier inte är särskilt hög. I de randomiserade studier som genomförts har effekten varit positiv, men blygsam. Observationsstudier indikerar viss förbättring (Eijkenaar m.fl. 2013). I Sverige visar en nyligen publicerad studie att målrelaterad ersättning har varit effektiv för att undvika förskrivning av bredspektrumantibiotika (Ellegård m.fl. 2018).<sup>9</sup> Det verkar alltså vara möjligt att styra mot kvalitet. Men leder detta samtidigt till minskad kvalitet på andra områden? Enligt de översikter som gjorts verkar så inte vara fallet (Eijkenaar m.fl. 2013). En utmaning med målrelaterad ersättning som kvalitetsdrivare är att ersättning mot ett specifikt mål inte driver enheter som redan presterar på hög nivå att förbättra sig ytterligare. Man kan därför argumentera för att målrelaterad ersättning bör kombinera både förändring över tid (för att alla ska förbättras) och absoluta nivåer (för att inte premiera verksamheter som har kraftigt fluktuerande resultat över tid). Sådana kombinerade mål verkar vara relativt ovanliga (Sannandaji 2014).

Det kan tyckas konstigt att ersättningsmodellerna inte har en starkare koppling till kvalitet. En förklaring kan vara att de medicinska professionerna har starka inre drivkrafter och att sjukvården i allmänhet präglas av ett

---

<sup>9</sup> I kapitel tre visas att detta är ett av de vanligare målen för målrelaterad ersättning i svensk primärvård.

starkt kvalitetstänk oavsett ersättningssystem. Det finns data som pekar på att ledare i klinisk verksamhet översätter den styrning modellen syftar mot till mål mer i linje med personalens drivkrafter och att man till och med går mot modellen om man tycker det är motiverat ur patientsynpunkt (Korlen m.fl. 2017).

## Modellerna och risken för manipulation

Alla system som baseras på information från vårdgivaren för att beräkna ersättningens storlek är potentiellt känsliga för manipulation. Detta kan ta sig olika former beroende på vilken ersättningsmodell som tillämpas.

Vid åtgärdsbaserad ersättning – i praktiken ersättning per genomfört besök – finns en risk att alltför många besök faktureras eller att onödiga besök görs. Det senare knyter an till diskussionen ovan om utbudsstyrd efterfrågan eller påverkan. Vårdgivaren kan också avsiktligt registrera besök på fel sätt för att därigenom få högre ersättning, exempelvis registrera ett sjuksköterskebesök som ett läkarbesök om detta ger högre ersättning.

När ersättningen baseras på patientkaraktäristika, till exempel DRG eller justering av kapitation med ACG, kan vårdgivaren frestas att registrera så många diagnos- eller åtgärds-koder som möjligt. Det brukar kallas uppkodning. Detta i sig är inte ett problem om de koder som läggs in är korrekta eftersom det då bara ger högre kvalitet i beskrivningen. Felaktig kodning däremot är förstås bedrägligt. Denna typ av problematik kan också uppkomma vid målrelaterad ersättning om denna baseras på data som vårdgivaren matar in.

Över tid har man kunnat observera att antalet diagnoser och åtgärder ökat efter införande av DRG vilket tyder på att uppkodning förekommer. Om detta beror på bättre kodningsrutiner eller felaktigheter är svårt att bedöma (Steinwald och Dummit 1989, Carter m.fl. 1990). Från Belgien har det dock rapporterats förändringar i kodning över tid som inte kan förklaras med förbättrade kodningsrutiner (Aelvoet m.fl. 2009).

I Sverige ökade antalet bidiagnoser under perioden 1988 till 2000 (Serdén m.fl. 2003). Ökningen skedde dock både vid sjukhus som ersattes med DRG och vid sjukhus som hade anslagsfinansiering, vilket tyder på att den var en effekt av förbättrad kodningspraxis.

### 3. Hur påverkar ersättningsmodellerna möjligheten att implementera e-hälsolösningar?

Redan 1998 argumenterade Perednia och Grigsby för behovet av att göra ersättningen teknikneutral. De menade att om vi vill att sjukvården ska anamma nya lösningar inom telemedicin som är potentiellt kostnadsbesparande måste vi betala vårdgivare lika mycket för att använda dessa så att de inte håller fast vid traditionella konsultationer av rent ekonomiska skäl (Perednia och Grigsby 1998). Redan tidigt<sup>10</sup> insåg man alltså att ersättningssystemen skulle ha stor påverkan på spridningen av dessa nya teknologier. I detta kapitel diskuterar jag vad vi i dag, 20 år senare, vet om ersättningssystemens roll. Först beskriver jag vilka slutsatser som kan dras från tidigare studier på detta område. Därefter följer en teoretisk analys utifrån de incitament som skapas i de olika modellerna.

#### Studier av ersättningssystemens effekter

Kruse med flera (2018) har publicerat en översikt av de hinder som finns för att implementera telemedicin där trettio studier identifierades. En rad potentiella hinder lyftes fram i de olika studierna. Av de studier som analyserat detta ur ett organisationsperspektiv var kostnader för implementering det

---

<sup>10</sup> Teledermatologi var ett av de första områdena inom telemedicin och finns dokumenterat sedan 1995 (Tensen m.fl. 2016).

vanligast nämnda hindret, följt av ersättning för användandet (8 respektive 5 omnämmanden). de Grood med flera (2016) har också publicerat en översikt, men med ett bredare perspektiv där fokus var på e-hälsa generellt. Här identifierades 74 studier, återigen en majoritet från USA. Oklarhet kring finansiering och ersättning lyftes som det viktigaste hindret, tillsammans med frågor om autonomi och utbildning.

Baserat på en genomgång av publicerad forskning indexerad i databaser-na PubMed och Web of Science kan man konstatera att det finns en uppsjö av artiklar som nämner ersättning i samband med e-hälsolösningar, men att väldigt få rigorösa studier gjorts.<sup>11</sup> De publikationer som finns kan delas in i fyra grupper:

- kvantitativa analyser baserade på enkätdata eller data från betalare (så kallad *claims-data*)
- kvalitativa studier baserade på intervjuer med olika intressenter
- de översiktsartiklar av hinder för implementering där ersättningsmodeller är en komponent som nämndes inledningsvis
- resonemangsartiklar, mer eller mindre formellt teoretiskt underbyggda.

Det kan konstateras att det sålunda inte finns några randomiserade studier på detta område, vilket i och för sig inte är utmärkande när det gäller ersättningsmodeller och deras effekter.

Den överväldigande majoriteten av artiklarna kommer från USA. Endast enstaka artiklar är från andra länder. I de fall artiklarna diskuterar ett specifikt medicinskt område är dermatologi, strokevård, kardiologi och psykiatri vanligast.

## Kvantitativa analyser av effekter av ersättning

De kvantitativa studier som gjorts fokuserar på effekterna av hur lagstiftning kring ersättning påverkar användandet av telemedicin utifrån ett amerikanskt perspektiv. Adler-Milstein med flera (2014) studerade faktorer som påverkar hur sjukhus valt att införa telemedicinlösningar. Data om vilka faciliteter akutsjukhus valt att ha baserades på en undersökning från AHA

---

<sup>11</sup> Sökningen gjordes under augusti 2018 och baserades på sökord kring e-hälsa, m-hälsa och telemedicin i kombination med ersättning utan begränsningar i tid men bara inkluderande artiklar på engelska eller svenska.

(American Hospital Association) genomförd 2012. Det fanns stora variationer mellan sjukhus på delstatsnivå där sjukhus i delstater som kräver att privata försäkringsbolag ersätter telemedicinlösningar hade sådana faciliteter i betydligt större utsträckning. Harvey med flera (2018) kom nyligen fram till samma slutsats genom att analysera faktiskt användande av denna typ av tjänster baserat på data från försäkringsbolag.

Att endast ge ersättning för telemedicintjänster är inte nödvändigtvis tillräckligt, det tycks också vara nödvändigt med en viss storlek på efterfrågan för att vårdgivare ska tycka att det är värt att implementera lösningarna. Neufeld med flera (2016) studerade hur en regeländring i försäkringssystemet Medicaid (som omfattar låginkomsttagare) påverkade användandet av telemedicinlösningar inom ramen för försäkringssystemet Medicare (som omfattar äldre). Man fann att förändringen i Medicaid ledde till ökat användande även inom ramen för Medicare trots att man inom ramen för det senare också tidigare ersatt dessa åtgärder.

En lite annorlunda vinkling har Robinson med flera (2009) som undersökte kopplingen mellan finansiella och andra organisationsfaktorer och användandet av informationsteknologi generellt baserat på enkäter till alla större läkarmottagningar i USA. Här såg man ett samband mellan målrelaterad ersättning kopplad till offentlig rapportering av resultat och anammande av nyare teknologi. En förklaring är att IT-systemen är en förutsättning för att kunna rapportera effektivt och få del av ersättningen.

## Ersättningsmodellen som hinder för nya lösningar

De mer kvalitativa studier som finns publicerade ger en tämligen samstämmig bild av ersättningssystemen som potentiella hinder för att anamma nya lösningar.

I Kansas City implementerades tidigt ett system för telekonsultationer inom skolhälsovården där skolsköterskor var kontaktperson på skolan. Trots ett positivt mottagande varierade upptaget mellan skolor, och förändringar i ersättningen lyftes som ett sätt att öka användandet (Cook m.fl. 2002).

Ett annat område där ett förvånansvärt långsamt upptag observerats är teledermatologi finansierat av Med-Cal (Kaliforniens Medicaid-program) som 2007 implementerade ersättning för både direktkonsultation över länk och så kallad *store and forward*: en läkare i primärvården skickar en bild för senare bedömning av en dermatolog. Två faktorer kopplade till ersättning

lyftes fram som problematiska. Dels trodde många vårdgivare att de fick lägre ersättning för de telemedicinska insatserna, vilket inte stämde. Dels ansåg vårdgivarna att de inte gav upphov till potentiellt inkomstbringande återbesök på samma sätt som vanliga besök (Centre for Connected Health Policy 2011).

Olika medicinska specialiteter har kommit fram till liknande analyser av vilka utmaningar som finns, återigen utifrån en amerikansk kontext. Aita med flera (2013) lyfter utmaningar inom strokevården där en brist på neurologer kan vara en utmaning vid administration av propplösande behandling, som behöver ges så snabbt som möjligt. Där skulle distanskonsultation kunna vara en lösning. De koder som används för att registrera åtgärder och få betalt är otillräckliga och det finns inom de amerikanska offentliga försäkringarna geografiska restriktioner när det gäller vilka center som kan få ersättning (det finns krav på att de behöver vara i glesbygd). Adams med flera (2018) gör nästan precis samma analys baserad på en översikt av situationen inom psykiatri. Ett annat problem som lyfts inom psykiatri, pediatrik och dermatologi är att det finns flera olika finansiärer som tillämpar olika regler både när det gäller ersättning och andra faktorer som licensiering. Detta gör att det blir svårt att hantera för vårdgivare vars tjänster i princip inte har geografiska restriktioner (Brooks m.fl. 2013, Giambrone m.fl. 2014, Kulcsar m.fl. 2014, Brophy 2017).

Det finns ett fåtal studier från andra länder än USA som diskuterar ersättningsystem och deras relation till e-hälsa. Alaboudi med flera (2016) har studerat hinder för implementering av ett nationellt system för telemedicin i Saudiarabien genom att intervjua representanter för samtliga vårdgivare. 91 procent av de svarande uppgav ersättning som ett problem. Det var den viktigaste faktorn vid sidan av finansieringen av själva införandet. Mairesse med flera (2015) undersökte användandet av distansmonitorering i hjärtsjukvården bland 43 center i 13 europeiska länder. 80 procent av respondenterna lyfte fram ersättning som det största hindret för tillämpning.



## Vilka slutsatser kan vi dra av litteraturen?

Det faktum att en så stor del av de studier som finns genomförts i USA gör att erfarenheten av ersättnings effekter främst handlar om vilka ramar som ställs upp vid användning av åtgärdsbaserad ersättning<sup>12</sup>. Det är knappast förvånande att vårdgivare i en situation där verksamheten finansieras i princip helt baserat på ersättning för de enskilda aktiviteter som utförs inte kommer att anamma teknologi som inte ersätts, alternativt får mindre betalt – eller kanske snarare har mindre marginal för. Det tycks också vara så att det inte räcker med att en aktivitet betalas, det måste också finnas tillräcklig efterfrågan på den aktuella tjänsten för att motivera den investering som krävs. En möjlig men något spekulativ tolkning av att man i de översikter som finns främst lyft ersättning i amerikanska studier och inte i andra länder kan också vara att det är just åtgärdsbaserad ersättning som är vanligt i USA som orsakar problem. Saudiarabien är ett undantag, men även där dominerar åtgärdsbaserad ersättning.

Det amerikanska sjukvårdssystemet är mycket annorlunda jämfört med det svenska både när det gäller finansiering (försäkringsfinansiering kontra skattefinansiering) och drift (privata, i huvudsak vinstdrivande vårdgivare). I vilken utsträckning kan vi förvänta oss att denna typ av resultat är relevanta i en svensk kontext? Det finns trots allt några beröringspunkter som gör att resonemanget kan tillämpas även här. I primärvården drivs omkring 40 procent av vårdcentralerna i privat regi och de tjänster för digitala läkarbesök som etablerats nationellt drivs av privata företag. När regioner har velat driva på användandet av digitala lösningar har man dessutom i stor utsträckning använt sig av åtgärdsbaserade ersättningar för specifika åtgärder (se kapitel 4).

Det tycks i litteraturen finnas en samstämmighet kring att ersättningssystemen utgör ett hinder. Det saknas dock stark empiri på området, och vi har inga studier som belyser hur de olika modellerna skiljer sig från varandra.

---

12 Robinsons (2009) studie om målrelaterad ersättning utgör ett välkommet undantag.

## E-hälsolösningar som en form av innovation

Ett alternativt sätt att bedöma ersättningsmodellernas påverkan på anammandet av e-hälsolösningar är att se dessa som en innovation bland andra och bedöma hur ersättningsmodellerna påverkar innovation mer generellt. Som jag beskrev i min tidigare SNS-rapport är litteraturen även på detta område begränsad (Lindgren 2014). Det är emellertid möjligt att göra en analys av de förväntade effekterna utifrån en teoretisk modell, se nästa delkapitel för en utveckling av denna. Sedan den rapporten publicerades har ämnet belysts i ett par intressanta svenska rapporter.

Region Västerbotten har studerat vilka hinder som finns för innovation i partnerskap med olika aktörer inom ramen för regionens verksamhet. Avsaknad av både ersättningsmodeller som premierar innovation och riktade incitament för utveckling och förändringar identifierades som två hinder. Besläktat med detta identifierade man också otillräckliga data om faktiska kostnader i verksamheten och ett kortsiktigt budgetperspektiv som potentiella problem. Att ersättningen är en del av ett system av faktorer framgår tydligt: ytterligare faktorer som identifieras som hinder inkluderar juridik, struktur, organisation i stuprör, datatillgång, hur värde definieras och organisationskultur som formen för själva partnerskapet mellan olika aktörer (Norberg m.fl. 2018).

Krohwinkel med flera (2017) identifierar ett antal konkreta problem som kan uppstå till följd av ersättningsmodellernas konstruktion. Dessa problem baseras i mycket på *vad* som ersätts, ersättningsobjekt, så de kan sägas vara generella oavsett vilken typ av modell som ligger i botten. En *alltför detaljerad ersättning* kan leda till brist på flexibilitet och därför oförmåga att använda nya lösningar. På samma sätt kan en ersättning som är *alltför innehållsspecifik* förhindra nya arbetssätt för att uppnå samma resultat. Att uppdatera prislister för ersättning tar tid, ett till två år för de prislister som används vid åtgärdsbaserad ersättning. Det kan göra ersättningsmodellen *föråldrad*. Ersättningen kan också vara *alltför snävt definierad* och förhindra innovation över organisationsgränser (till exempel mellan primär- och specialistvård). Slutligen kan ersättningens *tidshorisont*, det vill säga budgetperioden, vara problematisk om en innovation har initialt höga kostnader

men leder till besparingar över tid. Man föreslår fyra möjliga principer för att möjliggöra innovation:

- förenkling av modellerna för mindre detaljstyrning
- aggregering av ersättningen så att den omfattar fler komponenter för att minska problem med för snäv ersättning
- riktade medel för att undvika en för snäv ersättning
- slack i ersättningen i form av ospecificerat budgetutrymme, vilket kan möjliggöra förändringsarbete.

## Teoretisk analys av modellerna

Som beskrivits ovan är det empiriska underlaget kring ersättningens effekter på implementering och användande av e-hälsa tämligen begränsat. Som stöd för en diskussion om vilka förutsättningar olika modeller ger får vi i stället föra ett teoretiskt resonemang baserat på de incitament som skapas och som jag beskrivit i tidigare kapitel samt vad vi kan lära av innovationslitteraturen. En översikt av detta visas i tabell 6.

Vid *anslagsfinansiering* ges ett fast belopp för att täcka en viss verksamhet. Detta innebär att införande av en ny lösning initialt kräver antingen en omfördelning inom anslaget, det vill säga att annan verksamhet minskas, eller att extra medel skjuts till. Det senare förefaller mer troligt i de flesta verksamheter. När teknologin är på plats finns inga egentliga hinder för att den ska användas, men det finns heller inga ekonomiska incitament för att driva på användningen. Ett alltför snävt definierat anslag kan bli problematiskt.

Vid *kapitation* är det teoretiskt möjligt att finansiera investeringar i en ny teknik genom framtida vinster tack vare ett effektivare omhändertagande i framtiden. I realiteten gäller förmodligen samma begränsningar som vid anslagsfinansiering, det vill säga att extra medel behöver skjutas till för implementering. När lösningen väl finns på plats ger ersättningsmodellen incitament för att ta hand om så många patienter som möjligt men att samtidigt begränsa insatsen per patient. Här finns alltså incitament för lösningar som gör det möjligt att ta hand om många patienter med liten resursinsats. Detta kräver dock att uppdraget är definierat på ett sådant sätt att så också sker.

Vid *DRG*-ersättning baseras ersättningens storlek på historiska data. Det kan därför vara svårt att investera i nya teknologi. I många fall, till exempel i det tyska DRG-systemet, införs tillfälliga koder för att kunna finansiera

**Tabell 6.** Förutsättningar och incitament för införande och användande av e-hälsolösningar.

Typ av ersättning	Införande	Användning	Risker	Generell lämplighet
Anslag	Resurser för införande behöver skjutas till	Inga hinder om man kan fördela om inom anslaget	Inga incitament för användning Anslaget kan vara för snävt definierat	++
Kapitation	Resurser för införande behöver skjutas till om inte framtida vinster kan motivera införandet	Incitament för lösningar där så många patienter som möjligt med så liten resursåtgång som möjligt kan hanteras	För snävt definierat uppdrag	+++
DRG	Resurser för införande behöver skjutas till	Incitament för användning om detta kan leda till kortare sjukhusvistelser	Premierar många sjukhusinläggningar, inga incitament för vård utanför sjukhus	+
Vårdepisod	Resurser för införande behöver skjutas till om inte framtida vinster motiverar införandet	Incitament för mer resurseffektiv användning	För snävt definierad eller detaljstyrd episod	+++
Åtgärd	Resurser för införande behöver skjutas till om inte framtida vinster motiverar införandet, kriterier för betalning behöver etableras	Incitament för användning av ersatt objekt	Risk för marginal-effekter (över- eller underutnyttjande)  Fördröjning i prislister	-*
Målrelaterad	En hög ersättning kan motivera investering i införande	Incitament för användning givet att detta förbättrar det resultat som ersätts	-	Beror på mål

\* Kan dock vara mycket lämpligt för en enskild insats om man vill styra hårt mot denna.

nya, dyrare ingrepp innan systemet hunnit uppdateras. Sett till faktisk användning ger DRG incitament för effektivitet inom ramen för varje vårdtillfälle – här finns därför incitament att anamma lösningar som till exempel kan förkorta tiden på sjukhus. DRG ger dock även incitament för att ha så många vårdtillfällen på sjukhus som möjligt. Ersättningsformen är därför direkt hämmande för innovationer som leder till minskat behov av sjukhusinläggningar, vilket inte är bra ur ett systemperspektiv.

*Vårdepisodersättningar* är ofta flexibelt konstruerade och ger vårdgivaren möjlighet att anpassa vårdens innehåll till varje patient. Modellen ger incitament att anamma nya lösningar om dessa är mer resurseffektiva. Det kan därför vara enklare att motivera investeringsbeslut jämfört med övriga modeller, och det finns också incitament för att använda nya lösningar inom ramen för varje episod. Riskmoment här är om vårdepisoden är för snävt definierad för att möjliggöra mer resurseffektiv vård ur ett systemperspektiv, eller om den är för detaljstyrd och därför inte ger flexibilitet att använda nya lösningar.

Som framgick av litteraturgenomgången ovan lyfts ofta ersättningen som ett problem i sammanhang där man primärt använder sig av åtgärdsbaserad ersättning. Ett problem är att den nya teknologin behöver inkluderas i de prislistor som används – annars kommer den knappast att användas. Det finns också en risk att vårdgivare väljer aktiviteter där de har större marginal. Om marginalen för ett vanligt fysiskt möte är större än för exempelvis en telefonkontakt styrs verksamheten mot att premiera fler fysiska möten.

*Målrelaterade ersättningar* slutligen kan konstrueras på så många olika sätt att det är svårt att föra några generella resonemang. I teorin kan incitament att investera i nya lösningar för att uppnå ett mål uppstå om den bonus som betalas ut vid måluppfyllnad är tillräckligt stor. I realiteten är dock den målrelaterade delen av ersättningen till vårdgivare relativt liten, varför detta sannolikt inte är fallet i dag. Med en lösning på plats finns det incitament att använda denna givet att kostnaden står i proportion till den ersättning som finns.

En ytterligare komplexitet vid bedömningen av incitament är att det är mycket vanligt att kombinationer av modeller används. I dessa fall kommer varierande beteenden uppstå beroende på hur konstruktionen ser ut. Om en vårdgivare ersätts baserat på både kapitation och aktivitet (åtgärder) kommer förutsättningen att anamma nya lösningar bero på hur den relativa viktningen ser ut, samt på vilka åtgärder som ersätts. Det kan till exempel

vara finansiellt omöjligt att övergå till fler kontakter via en app om det sker på bekostnad av fysiska besök.

En slutsats som kan dras av denna analys är att de ersättningsmodeller som gör någon form av gruppering av de aktiviteter som omfattas av ersättningen, i kombination med att ta hand om så många patienter som möjligt, tycks ge bäst förutsättningar för att anamma e-hälsolösningar. Undantaget är DRG som endast premierar effektivisering under en enskild sjukhusvistelse.

## 4. Ersättning av vården i Sverige i dag

I detta kapitel beskrivs vilka modeller regionerna har valt för att ersätta vårdgivarna. Genomgången är uppdelad i tre delar utifrån vårdens huvudsakliga organisation: primärvård, specialiserad somatisk vård och psykiatri. Jag beskriver också vilka förändringar som kan observeras sedan min genomgång som publicerades 2014. Avslutningsvis beskrivs vilka kopplingar mellan ersättning och e-hälsosatsningar som finns i regionerna i dagsläget.

I Sverige ansvarar staten för reglering och tillsyn av sjukvården medan ansvaret för utförandet ligger på regioner och omfattas av det kommunala självstyret. Det är därmed varje enskild region som bestämmer hur man väljer att konstruera sina ersättningsystem. Det enda undantaget från denna princip är ersättning för läkemedel inom läkemedelsförmånen, det vill säga de läkemedel som omfattas av högkostnadsskyddet och hämtas ut av patienten på apotek. Här bestämmer staten priset<sup>13</sup> genom beslut av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och ersätter regionerna för kostnader genom ett separat statsanslag. Patientlagen ger dessutom patienter stor frihet att söka vård i andra regioner än den egna hemregionen. Regionerna har därför överenskommelser som reglerar ersättningen dem emellan i dessa fall.

Det finns ingen aktuell nationell sammanställning av hur regionernas ersättningsmodeller är konstruerade i stort, men en sammanställning för primärvården för 2016–2017 finns i Glenngård Häger (2017). Detta kapitel baseras på intervjuer med representanter i alla 21 regioner samt genomgång av styrdokument, till exempel förfrågningsunderlag. Intervjuerna genom-

---

13 Formellt avgörs bara om läkemedlet ska ingå i förmånen till det pris som producenten har begärt. Producenten kan ta ut vilket pris som helst för ett godkänt läkemedel, men utan ett positivt besked från TLV får patienten själv stå för kostnaden.

fördes per telefon och baserades på en mall som i förväg skickades till respondenterna. Datainsamlingen gjordes under maj och juni 2018 och resultatet beskriver situationen vid denna tidpunkt. Utöver detaljer om vilka ersättningsmodeller som används ställdes också frågor om särskilda insatser för att främja e-hälsolösningar.

## Primärvård

### Alla regioner använder kapitation som stommen i sin primärvård ersättning

Kapitation utgör den huvudsakliga ersättningsformen för primärvården i samtliga regioner. Det finns dock variation i hur stor del av vårdcentralernas totala ersättning för den verksamhet som omfattas av vårdvalet inom primärvården som kommer från denna del: från omkring 60 procent i Stockholm och Sörmland till 100 procent i Halland och Värmland (se tabell 7).

I tabell 7 visas också hur regionerna har valt att vikta den ersättning vårdcentralerna får. I huvudsak används de fyra komponenter som beskrivs i kapitel 2: ålder (några regioner inkluderar också kön som en faktor när de beräknar förväntad vårdkonsumtion utifrån åldersgrupper), vårdtyngd (ACG), socioekonomi (CNI) och läge. Exakt vilka faktorer som inkluderas och vilken vikt som läggs vid varje faktor varierar dock.

### Åtgärdsbaserad ersättning för besök

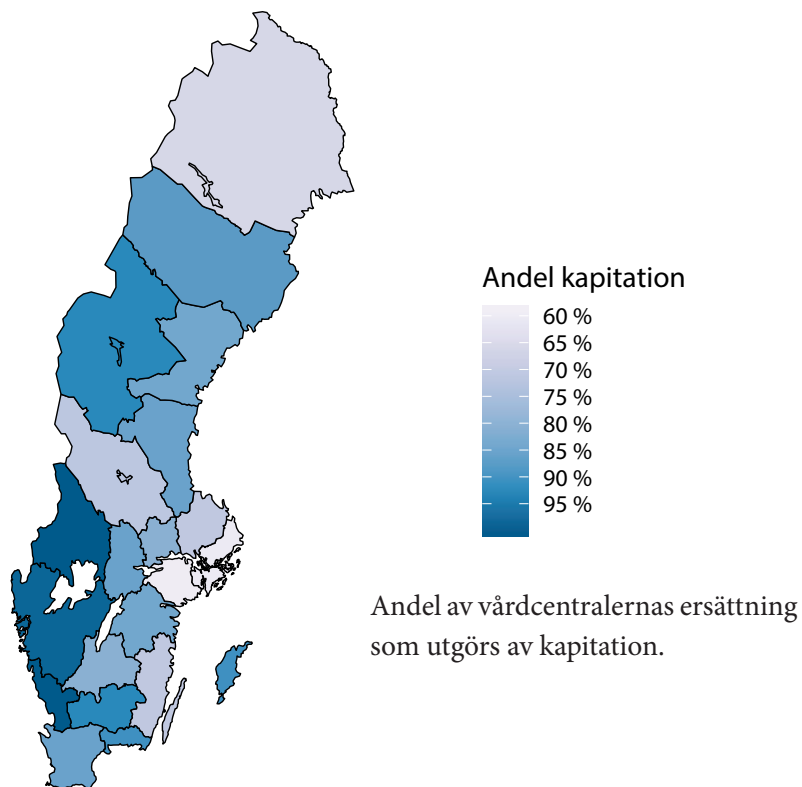
Som framgår av tabell 7 kompletterar flera regioner kapitationsersättningen med prestationsersättningar. Endast fyra av dessa har ingen åtgärdsbaserad ersättning alls. Det vanligaste är en enkel ersättning per besök. Men några regioner (framför allt Skåne och Stockholm) använder också mer detaljerade modeller med mer omfattande prislister. Storleksmässigt utgör denna del av ersättningen i princip den del som inte täcks av kapitationen (minus eventuellt en liten del målrelaterad ersättning som beskrivs i ett senare stycke). Detta innebär att den varierar från ingen eller någon procent i de regioner med minst andel till 40 procent i Stockholm och Södermanland.

I alla regioner utom en (Sörmland) betalar patienten en patientavgift vid varje besök (tabell 8). Hur denna egenavgift hanteras skiljer sig mellan re-



gionerna. I en del fall behåller vårdcentralen betalningen och man kan därmed säga att den utgör en form av prestationsersättning, i andra fall återförs den till regionen centralt.

**Tabell 7.** Grunder för justering av kapitationsersättning (2018).



Region	Andel av total ersättning (%)	ACG	CNI	Ålder	Läge
Blekinge	90 %	x	x	x <sup>1</sup>	
Dalarna	71 %	x	x		x <sup>2</sup>
Gotland	90 %		x	x	
Gävleborg	85 %	x	x	x	x

Region	Andel av total ersättning (%)	ACG	CNI	Ålder	Läge
Halland	100 %		x	x <sup>1</sup>	
Jämtland Härjedalen <sup>3</sup>	92 %		x	x	x
Jönköping	80 %	x	x	x <sup>4</sup>	
Kalmar	70 %	x	x		x
Kronoberg	92 %	x	x	x	x
Norrbottn	65 %	x	x	x	x
Skåne	85 %	x	x		
Stockholm	60 %	x	x	x	
Sörmland	59,1 %	x <sup>5</sup>	x <sup>6</sup>	x	x
Uppsala <sup>7</sup>	70 %		x	x	x
Värmland	100 %	x	x	x <sup>1</sup>	x
Västerbotten	87 %		x	x	x
Västernorrland	83,6 %	x	x	x	x
Västmanland	80 %	x	x	x	x
Västra Götaland	98 %	x	x	x <sup>1</sup>	x
Örebro	85 %		x	x	x
Östergötland	84 %	x	x	x	x

1. Även kön.
2. En vårdcentral får ett särskilt glesbygdstillägg.
3. Förändringar kommer ske 2019.
4. För läkemedel.
5. För identifikation av kronikergrupper.
6. Delar av indexet används.
7. Förändringar troliga.

**Tabell 8.** Åtgärdsbaserad ersättning i primärvården (2018).

Region	Åtgärdsbaserad ersättning	Exempel	Hantering av patientavgift
Blekinge	Ja	Hälsosamtal, KBT	Behålls ej
Dalarna	Ja	Besök + 5 åtgärder	Behålls ej
Gotland	Ja	Besök	Behålls ej
Gävleborg	Nej		Behålls
Halland	Nej		Behålls
Jämtland Härjedalen	Ja	Utbildningsplatser	Behålls
Jönköping	Ja	Hembesök, vårdplanering, hälsosamtal	Behålls delvis
Kalmar	Ja	Besök, asyl , hembesök	Behålls ej
Kronoberg	Ja	Hembesök, avstämning Försäkringskassan	Behålls ej
Norrbottnen	Ja	Hälsosamtal, fysisk aktivitet på recept, tobaksavvänjning	Behålls
Skåne	Ja	50 olika åtgärder	Dras från kapiteringen
Stockholm	Ja	18 varianter	Behålls
Sörmland	Ja	Besök	Ingen patientavgift
Uppsala	Ja	Besök	Dras från besöksersättningen
Värmland	Nej		Behålls ej
Västerbotten	Ja	Besök	Behålls
Västernorrland	Ja	Besök, folkhälsoåtgärder	Dras från besöksersättningen
Västmanland	Ja	Besök	Behålls ej
Västra Götaland	Nej	Vissa undantag	Dras från kapiteringen

Region	Åtgärds- baserad ersättning	Exempel	Hantering av patientavgift
Örebro	Ja	Besök	Behålls ej
Östergötland	Ja	Samtalsbehandling, hälsosamtal	Behålls

## Anslag för verksamheter utanför vårdvalet

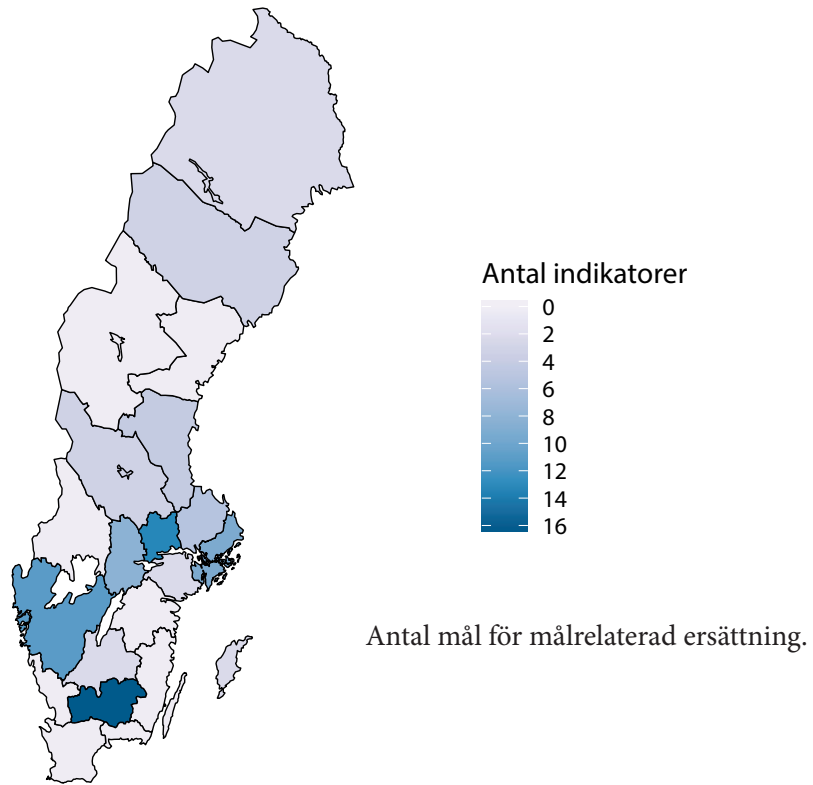
Regionerna använder anslagsfinansiering för verksamheter som inte omfattas av vårdvalet inom primärvård, exempelvis ungdomsmottagningar, jourverksamhet, rehabilitering och mödravård. Så gott som alla regioner har någon verksamhet som finansieras på detta vis.

## Målrelaterad ersättning för ett begränsat antal mått

I tretton av regionerna justeras ersättningen baserat på täckningsgrad, det vill säga beroende på hur stor andel av en patients totala antal vårdkontakter som skett på den vårdcentral där patienten är listad. Tretton av regionerna använder målrelaterad ersättning för andra indikatorer. Antalet indikatorer (exklusive täckningsgrad) varierar mellan 2 och 16, där alla regioner utom tre har målrelaterad ersättning kopplat till färre än 10 indikatorer (se tabell 9). Det är ungefär lika vanligt med bonus som med viten som incitament, men det finns skillnader i om regionen valt att arbeta med enbart det ena eller det andra eller med en kombination.

Vilken typ av indikatorer används då? Regionerna definierar sina indikatorer på olika sätt, men de kan grupperas i ett antal områden (tabell 10). Det finns några grupper som sticker ut. Läkemedelsanvändning är det vanligast förekommande målet. Sex regioner har mål specifikt för antibiotikaförskrivning och sex har mål för andra typer av förskrivningar, till exempel av riskpreparat till vissa grupper. Tre regioner har dessutom ersättning kopplat till genomgång av läkemedel. Flera regioner använder målrelaterad ersättning där målen är kopplade till tillgänglighet. En tolkning av detta är att man försöker parera oönskade incitament som hör ihop med ersättningssystemen i övrigt. Vid kapitationsersättning finns som beskrivits i tidigare kapitel en

**Tabell 9.** Målrelaterad ersättning i primärvården (2018).



Region	Antal indikatorer*	Täckningsgrad	Bonus	Viten
Blekinge	0	Ja	Nej	Nej
Dalarna	3	Ja	Ja	Nej
Gotland	2	Ja	Ja	Nej
Gävleborg	4	Ja	Nej	Ja
Halland	0	Ja	Nej	Nej
Jämtland Härjedalen	0	Nej	Nej	Nej
Jönköping	2	Nej	Ja	Ja

Region	Antal indikatorer*	Täckningsgrad	Bonus	Viten
Kalmar	1	Ja	Nej	Ja
Kronoberg	16	Ja	Ja	Ja
Norrbottn	2	Nej	Ja	Nej
Skåne	0	Ja	Nej	Nej
Stockholm	9	Ja	Ja	Ja
Södermanland	2	Ja	Ja	Ja
Uppsala	5	Nej	Ja	Ja
Värmland	0	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	3	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	0	Nej	Nej	Nej
Västmanland	13	Nej	Ja	Ja
Västra Götaland	11	Ja	Ja	Nej
Örebro	8	Ja	Ja	Nej
Östergötland	0	Nej	Nej	Nej

\* Exklusive täckningsgrad.

**Tabell 10.** Områden för målrelaterad ersättning i primärvården (2018).

Område	Exempel	Antal regioner*
Tillgänglighet	Telefontillgänglighet, läkarbesök inom vårdgarantin	10
Läkemedelsförskrivning	Förskrivning enligt kloka listan, förskrivning av riskläkemedel	6
Antibiotika	Antal uthämtade antibiotikarecept, andel av vissa typer av antibiotika	6
Levnadsvanor	Andel av patienter som tillfrågats om tobaksvanor, antal patienter som fått kvalificerat rådgivande samtal	5
Kontinuitet	Andel patienter som träffat samma läkare de tre senaste besöken	4
Registrering	Andel patienter registrerade i kvalitetsregister, korrekt registrering i journal	4
Kvalitet	Följsamhet till hygienregler, redovisning av kvalitetsarbete	3
Läkemedelsgenomgång	Genomförda läkemedelsgenomgångar eller andel patienter som fått en genomgång	3
Behandlingsmål	Andel patienter med diabetes som når HbA <sub>1c</sub> -mål	2
FaR (Fysisk aktivitet på recept)	Antal recept på fysisk aktivitet	2
Utbildning	Fortbildning av informationsapotekare/läkare	1
Struktur	Godkänd äldremottagning, utökad e-hälsa på mottagningen	1

\* En del regioner använder flera indikatorer inom samma område.

risk för låg aktivitet och genom att belöna tillgänglighet minskas denna risk (det andra sättet att parera risken är att betala en ersättning per besök).

Ett tredje område där flera regioner satt upp mål handlar om levnadsvanor där fem regioner ersätter för faktorer som har samband med detta. Två regioner har dessutom separata ersättningar för användandet av fysisk aktivitet på recept (FaR). I dessa fall (och i flera andra av kategorierna) kan det diskuteras om det rör sig om egentliga målrelaterade ersättningar eller om det handlar om en åtgärdsbaserad ersättning – i vilket fall är syftet att stimulera till ett mer preventionsinriktat arbete. I en kapitationsmodell där vårdgivaren har fullt ansvar för de kostnader som uppstår i framtiden borde det ändå finnas starka incitament till att arbeta preventivt, men detta tycks inte anses vara tillräckligt.

I kapitel 2 beskrevs hur målrelaterad ersättning kunde delas in i fyra typer beroende på hur nära de patientrelevanta utfallen de ligger och därför vilken typ av incitament som skapas: struktur, process, intermediära resultat och resultat. Här kan vi se att processrelaterade mål, det vill säga mål som är kopplade till hur verksamheten bedrivs, är den helt dominerande typen av indikator som används. Av totalt 80 målrelaterade ersättningar i bruk är 72 processrelaterade (tabell 11).

**Tabell 11.** Typer av målrelaterad ersättning i primärvården (2018).

Typ av mål	Antal	Exempel
Struktur	4 <sup>1</sup>	Godkänd astma/KOL-mottagning, godkänd äldremottagning, utökad e-hälsa, fortbildning av informationsapotekare
Process	72	Tillgänglighet, förskrivning av läkemedel, registrering, frågor och insatser kring levnadsvanor, kontinuitet i vård
Intermediära resultat	2 <sup>2</sup>	Andel patienter med diabetes som når HbA <sub>1c</sub> -mål, andel patienter med diabetes som är icke-rökare
Resultat (värde)	2 <sup>3</sup>	Vårdrelaterade infektioner, trycksår

1. Samtliga av dessa i Stockholm.

2. I Kronoberg.

3. I Gävleborg.



## Specialiserad somatisk vård

Den specialiserade somatiska vården omfattar vård som kräver mer specialiserad vård än vad som kan ges i primärvården. Det kan röra sig om öppen eller sluten vård på sjukhus men även vård hos specialister verksamma i öppenvård utanför sjukhus.

### Anslag dominerar helt

Anslagsfinansiering har traditionellt sett utgjort fundamentet för ersättning av specialistvården i Sverige. Åtta regioner ersätter vården enbart med anslag medan övriga regioner kompletterar med andra ersättningsformer i olika stor utsträckning. Jämfört med primärvården är målrelaterade ersättningar mindre vanliga. Tabell 12 visar vilka modeller som används utöver anslag.

Östergötland är unikt såtillvida att där används kapitationsersättning för en del av specialistvården – den del som kallas närsjukvården och omfattar specialistmottagningar, vissa vårdavdelningar och hemsjukvård.

### DRG-ersättning används endast undantagsvis

DRG används i många länder som en prestationsbaserad ersättning. I Sverige har dock DRG numera en undanskymd roll i hur regionerna betalar sjukhusen. Endast fyra regioner använder DRG i stor utsträckning: Halland, Västra Götaland, Västernorrland och Gävleborg, där man i det sista fallet helt kommer att övergå till anslagsfinansiering 2019. I ytterligare några regioner användes DRG som bas för viss upphandlad verksamhet, till exempel för Vårdval Ögonsjukdomar i Jönköping, S:t Görans Sjukhus i Stockholm, Lasarettet i Motala i Östergötland och Simrishamns Sjukhus i Skåne.

Ett undantag från detta är riksavtalet som reglerar ersättning mellan regionerna för vård i andra län, så kallade utomlänspatienter (Sveriges Kommuner och Landsting 2015). Där används DRG som bas. DRG används också som beskrivningssystem över vilken vård som produceras i många regioner och nationellt i Socialstyrelsens register.

## Målrelaterad ersättning i specialistvården är ovanligare än i primärvården

Jämfört med situationen i primärvården är målrelaterad ersättning betydligt mer sällsynt i specialistvården. Endast fyra regioner angav att detta används, och i ytterligare ett endast som försöksverksamhet. Fokus för indikatorerna är kvalitetsarbete. Exakt vilka indikatorer som används varierar från avtal till avtal.

## Vårdepisodersättning inom vissa vårdval

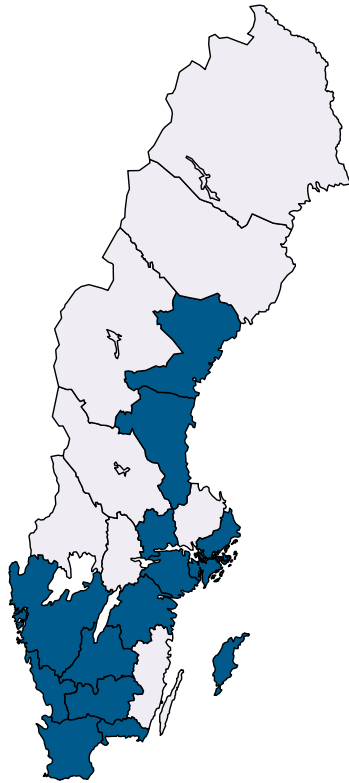
Vårdepisodersättning används i fyra av regionerna. Det används för att hantera ersättningen av vissa vårdval i Stockholm, Västra Götaland, Halland och Kronoberg. I Västra Götalands fall har vårdepisodersättningarna använts på försök under 2018 varefter dessa ska utvärderas. I tabell 13 sammanfattas de huvudsakliga komponenterna i de vårdepisodersättningar som används i dag. Varje episod ersätter en vårdkedja som kan vara mer eller mindre omfattande. Ersättningens storlek kan justeras för *case-mix*, det vill säga olika patientegenskaper och också omfatta en komplikationsgaranti där vårdgivaren görs ekonomiskt ansvarig för komplikationer som kan uppstå under behandlingen. Till ersättningen går det också att koppla en resultatbaserad del.

## Psykiatri

Även inom psykiatrin är anslag den dominerande formen av ersättning. I tretton av regionerna används enbart anslag. I de regioner där anslagen kompletteras med åtgärdsbaserad ersättning handlar det främst om ersättning för besök, och framför allt då inom vårdval.

Tre regioner använder någon form av produktgruppsbaserad ersättning. I Gävleborg används liksom i den somatiska vården DRG som ersättning för sjukhusvård. Halland använder en vårdepisodersättning inom vårdvalet för vuxenpsykiatri som omfattar vårdkontakter, diagnostik och behandlingar inom en – beroende på diagnos – i förväg bestämd tidsperiod. I Stockholm betalas en fast summa för slutförd neuropsykiatrisk utredning.

**Tabell 12.** Ersättning utöver anslag inom somatisk specialistvård (2018).



Regioner (blåfärgade) som kompletterar anslag med andra typer av ersättning.

Region	Åtgärd	Grupp	Resultat
Blekinge	Vissa upphandlade uppdrag	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej
Gotland	Ja (vissa avtal)	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	DRG	4 mål
Halland	Ja	DRG Värdeperiod inom vårdval hud	Nej
Jämtland Härjedalen	Nej	Nej	Nej

Region	Åtgärd	Grupp	Resultat
Jönköping	Ja	DRG inom vårdval ögonsjukvård	3 mål inom vårdval ögonsjukvård
Kalmar	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Nej	Vårdepisod vårdval hud	På försök
Norrbottnen	Nej	Nej	Nej
Skåne	Upphandlad vård	DRG – Simrishamn	Nej
Stockholm	Ja	DRG – S:t Görans Vårdepisod inom höftprotes- och ryggkirurgi, neuro- logisk rehab	Ja
Sörmland	Medicinsk service	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	DRG	Nej
Västmanland	Vissa åtgärder inom medicinsk service	Nej	Nej
Västra Götaland	Besök som ej täcks av DRG	DRG (50 %) Vårdepisod inom höftprotes-, rygg och bariatrisk ki- rurgi	Nej
Örebro	Nej	Nej	Nej
Östergötland*	Ja	DRG – upphandlad verksamhet	2–3 mål per verk- samhet

\* Östergötland ersätter närsjukvården med kapitation.

**Tabell 13.** Vårdepisodersättningar inom somatisk specialistvård (2018).

Episod	Ingående delar	Case-mix justering	Komplikationsgaranti	Resultatbaserad ersättning
Vårdval dermatologi (Halland, Kronoberg)	Vårdkontakter, diagnostik och behandlingar inom en beroende på diagnos i förväg bestämd tidsperiod	Nej	Nej	Nej
Höft- och knäproteskirurgi (Stockholm)	Operation, eftervård och rehabilitering, återbesök	Nej	Ja – reoperation och djupa infektioner	Nej
Höft- och knäproteskirurgi (Västra Götaland)	Operation, eftervård och rehabilitering, återbesök	Ja	Ja – potentiellt oönskade händelser <sup>1</sup>	Ja (höftproteser) – 1) Patientrapporterad smärta 2) Tillfredsställelse med resultat
Ryggkirurgi (Stockholm, Västra Götaland)	Operation, eftervård och rehabilitering, återbesök	Ja	Ja – potentiellt oönskade händelser	Ja – patientrapporterad smärta
Bariatrisk kirurgi (Västra Götaland)	Operation, eftervård och rehabilitering, återbesök	Ja	Ja – potentiellt oönskade händelser	Ja – 1) Viktnedgång 2) Fetmaspecifikt mått på psykosocial funktion
Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering (Stockholm)	Rehabilitering i dagvård eller veckovård	Ja (behovsgradering)	Nej	Nej <sup>2</sup>

Episod	Ingående delar	Case-mix justering	Komplikationsgaranti	Resultatbaserad ersättning
Specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus (Stockholm)	Rehabilitering i slutenvård	Ja (utifrån patientgrupp)	Nej	Nej <sup>2</sup>

1. En något mer omfattande lista än den som tillämpas i Stockholm.

2. Viten kan dock utdömas vid bristande inrapportering eller om man saknar miljöcertifikat.

Fyra regioner använder målrelaterad ersättning, medan ett femte genomför detta på försök. Exempel på mål inkluderar processmått som tillgänglighet, andel av patienter som fått en vårdplan, belöning för registrering av diagnoser och inmatning i kvalitetsregister.

## Vård av patienter från andra län

Patienter kan ha flera anledningar att behandlas i en annan region än den de är bosatta i. Historiskt har detta i princip handlat om två situationer. Antingen har patienten blivit akut sjuk och behöver uppsöka vård på den plats där han eller hon befinner sig, eller så behöver patienten vårdas i en annan region för att hemregionen inte kan genomföra den aktuella insatsen. Från och med 2015 gavs patienter rätt att i stor utsträckning på frivillig basis söka vård i andra regioner. I samtliga fall behöver kostnaden för detta regleras. Regionerna använder särskilda utomlänsprislistor för detta där sjukhusvård oftast ersätts baserat på DRG. Tanken bakom ersättningarna är att regionerna ska debitera enligt självkostnadsprincipen för den vård som utförts åt andra regioner.

En intressant situation uppstod när privata aktörer lanserade digitala vårdcentraler med hela Sverige som upptagningsområde. Genom att teckna ett underleverantörsavtal med en fysisk vårdcentral räknas ett besök hos den digitala vårdcentralen på samma sätt som ett besök hos den fysiska. Den fysiska vårdcentralen fakturerar sedan sin egen region som i sin tur fakturerar patientens hemregion enligt gällande utomlänstaxa. Denna taxa

gjorde till en början ingen skillnad på fasta och digitala besök även om de senare är mer resurskrävande, vilket blev problematiskt. SKL har därför rekommenderat ett lägre pris för digitala läkarkontakter: 650 kronor mot tidigare 1 800 kronor (Sveriges Kommuner och Landsting 2017). Patientavgiften medförde också ett problem. En konsekvens av att en del regioner hade lägre eller ingen patientavgift alls blev att dessa kunde gå med vinst på de vidaredebiterade kostnaderna för digitala besök. I dag finns därför även en rekommenderad patientavgift för digitala besök (Sveriges Kommuner och Landsting 2018).

## Förändringar sedan 2013

I min rapport från 2014 skedde datainsamlingen under slutet av 2013 (Lindgren 2014). Det har sedan dess skett många förändringar i hur vården ersätts.<sup>14</sup> Även om regionerna inte koordinerar sina ersättningsystem annat än i undantagsfall utbyter man naturligtvis information om vad som fungerar bra respektive mindre bra. Det är därför inte förvånande att vi kan se ett antal tydliga trender.

### (Ännu) större tonvikt på kapitation i primärvården

Kapitation var även tidigare fundamentet i primärvårdens ersättning, kompletterat med åtgärdsbaserad ersättning (framför allt besök) i olika storsträckning. Det vi kan se i denna rapport är att den andel av ersättningen som ges via kapitation generellt tycks ha ökat. Eller för att uttrycka det med andra ord: en mindre del av ersättningen baseras på till exempel en summa per besök. En anledning till detta kan vara att det funnits en diskussion om risken med att en hög andel besöksersättning premierat många korta besök på bekostnad av patienter med hög grad av samsjuklighet. Det har också funnits en diskussion om svårigheten med att introducera nya, potentiellt mer resurseffektiva, behandlingsformer om en hög grad av vårdcentralens ersättning kommer från besök.

---

<sup>14</sup> 2014 års rapport omfattade inte psykiatri – här beskrivs därför enbart förändringar inom primärvården och den somatiska specialistvården.

Ett möjligt annat resultat av diskussionen om jämlik tillgång till vård kan vara att vi i dag ser ett något mer enhetligt sätt att justera kapitationen på, framför allt genom stor användning av justering för vårdtyngd genom ACG och socioekonomi genom CNI. Det var tidigare vanligare att regionerna använde egna justeringar, alternativt inte justerade alls. Det bör dock noteras att vilken relativ vikt de olika justeringsfaktorerna ges varierar kraftigt – vi är väldigt långt från en enhetlig svensk modell för kapitationsersättning.

## Ovanligare med resultatbaserad ersättning

År 2013 var det endast en region som inte använde resultatbaserad ersättning i primärvården. I medeltal användes 8 indikatorer för ersättning, även om spännvidden var stor (från inga till 39 mål, medianen var 6 mål). I dag är situationen annorlunda och bara något mer än hälften (13) av regionerna har målrelaterad ersättning i primärvården. Generellt sett används också färre indikatorer. Bland de regioner som använder resultatbaserad ersättning används som beskrivits ovan mellan 1 och 16 indikatorer med en grupp kring 2 till 4 mål och en grupp med omkring 10 mål. Även inom den specialiserade vården syns en minskning: där tidigare tio regioner använt resultatbaserad ersättning är motsvarande antal i dag fyra.

## DRG har nästan försvunnit som ersättningsmodell i Sverige

Redan vid publiceringen av den förra rapporten hade vi förmodligen passerat toppen för DRG i Sverige. Flera regioner hade tagit eller diskuterade att ta ett steg tillbaka från modellen, till exempel Skåne där man i stället för att använda DRG som en prestationsbaserad modell använde det som grund för att resonera kring sjukhusanslagens storlek. Trenden har fortsatt och det är i dag endast fyra regioner som använder modellen i större utsträckning, varav ett håller på att fasa ut den. Sverige skiljer sig här från många länder (USA, Tyskland, Storbritannien med flera), där DRG är en betydande del i hur ersättningssystemen för sjukhusvård fungerar. En möjlig förklaring till nedgången är den kritik som riktats mot *new public management*, NPM, i allmänhet där DRG ses som en del. DRG-modellen har också, som tidigare beskrivits, effektivitetsproblem på systemnivå i och med att den kan styra mot ökad behandling i slutenvård i stället för öppenvård. Detta har angetts



som skäl till att Region Skåne övergett modellen (Ellegård och Glenngård Häger 2018).

### Vårdepisodersättning – ett steg fram, ett tillbaka?

Vid publiceringen av den förra rapporten fanns allmänt ett stort intresse för vårdepisodersättning, inklusive en nationell samverkan för att ta fram denna typ av modeller. Användningen var främst inom ramen för olika vårdval. Intresset för denna typ av lösningar tycks ha svalnat något nu. Bilden är i dag blandad: två regioner har avvecklat sina modeller (Jönköping, Uppsala) medan två (Stockholm, Västra Götaland) tagit ytterligare modeller i bruk. En anledning till det något avtagande intresset kan vara att modellerna kräver en del arbete att ta fram och administrera. Modellerna har också kommit att förknippas med vårdval, vilket alls inte är en nödvändig koppling. Det kan ha gjort att intresset minskat i takt med politiska skiftningar i intresset för vårdval generellt.

## Initiativ för att främja e-hälsolösningar

Många respondenter svarade att frågor om hur digitalisering kan främjas är något som diskuteras mycket, och flera regioner har pågående projekt kring detta.

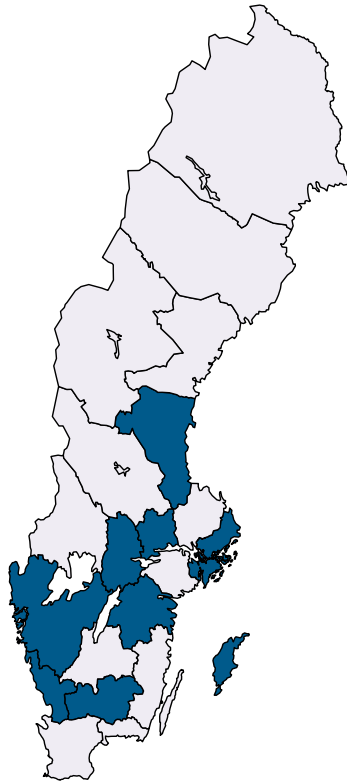
Sju av regionerna uppgav att det finns mekanismer direkt kopplade till e-hälsolösningar i de lokala ersättningsmodellerna (se tabell 14). I två fall (Gotland och Östergötland) var denna ersättning kopplad till en specifik behandlingsform: kognitiv beteendeterapi via internet. I fyra (Stockholm, Sörmland, Uppsala, Västernorrland) betalas ersättning för digitala vårdkontakter. I Västra Götaland finns en särskild ersättning för att tillhandahålla vissa e-tjänster. I Stockholm finns dessutom en målrelaterad ersättning kopplad till främjande av e-hälsolösningar i husläkaravtalet samt flera produktionsbaserade ersättningar i avtalet med (det privata) S:t Görans Sjukhus. Det finns inget tydligt samband mellan hur ersättningssystemet är konstruerat i övrigt och om specifika ersättningar för e-hälsa implementerats. Detta är något förvånande eftersom det, som en av respondenterna uttryckte det, bör vara effektivt att använda denna typ av lösningar inom ramen för kapitationsersättningen.

Västerbotten är på väg att genomföra ett större reformarbete för att öka användandet av vård på distans i samverkan mellan primärvård och sjukhus. Här ingår ett arbete kring ersättningarna för både primär- och specialistvård med syfte att skapa incitament för att främja användandet av e-hälsolösningar ytterligare. Detta kommer förmodligen att lanseras under året (2019). I detta arbete har tre vårdtyper identifierats som kan premieras med ekonomiska incitament:

- lagring och vidarebefordring av data från primärvården för distansbedömning på sjukhusklinik
- distansbesök där en patient är i kontakt med behandlande sjukhusklinik i primärvårdens lokaler genom till exempel videomöten
- distanskonsultationer mellan primärvård och sjukhus med patienten närvarande.

Incitamenten behöver riktas olika för att ta bort hinder mellan sjukhus och primärvård. För lagring och vidarebefordring samt distanskonsultationer behöver incitamentet riktas mot sjukhusklinikerna som i dag inte ersätts för detta, och i fallet med distansbesök behöver primärvården ersättas. Genom att öka mängden av besök på distans kan satsningen bli kostnadsbesparande för regionen, framför allt genom att resekostnader undviks.

**Tabell 14.** Ersättning utöver anslag inom psykiatri (2018).

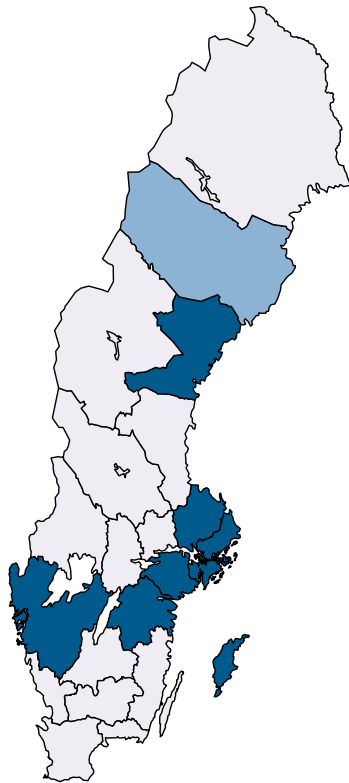


Regioner som kompletterar anslag med andra typer av ersättning.

Region	Åtgärd	Grupp	Resultat
Blekinge	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Nej	DRG	4 mål
Halland	Inom vårdval	Värdepisod inom vårdval	Nej
Jämtland Härjedalen	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Nej	Nej	Nej

Region	Åtgärd	Grupp	Resultat
Kronoberg	Inom rättspsykiatrin	Nej	På försök
Norrbottn	Nej	Nej	Nej
Skåne	Nej	Nej	Nej
Stockholm	Ja	Värdepisod för slutförd neuro-psykiatrisk utredning	14 mål
Sörmland	Medicinsk service	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Nej	Nej	4 mål
Västra Götaland	Vårdtillfällen och vård dygn (50 %)	Nej	Nej
Örebro	Psykoterapi	Nej	Nej
Östergötland	Inom upphandlad BUP och vårdval vuxenpsykiatri	Nej	5 mål

**Tabell 15.** Ersättning för e-hälsolösningar (2018).



Regioner som infört (mörkblå) eller är på väg att införa (ljusblå) ersättningar för att stimulera digitalisering.

Region	Ersättning för e-hälsolösningar
Blekinge	Nej
Dalarna	Nej
Gotland	Internet-KBT
Gävleborg	Nej
Halland	Nej
Jämtland Härjedalen	Nej
Jönköping	Nej
Kalmar	Nej

Region	Ersättning för e-hälsolösningar
Kronoberg	Nej
Norrbottn	Nej
Skåne	Nej
Stockholm	Videobesök Mål i husläkaruppdraget Del i produktionsbaserad ersättning på S:t Görän
Sörmland	Ersätts som fysiska besök
Uppsala	Digitala vårdmöten
Värmland	Nej
Västerbotten	Under utredning
Västernorrland	Digitala besök
Västmanland	Nej
Västra Götaland	Ersättning för tillhandahållande av e-tjänster
Örebro	Nej
Östergötland	Internet-KBT

## 5. Slutsatser och rekommendationer

### Och vinnaren är...

En av slutsatserna i 2014 års rapport var att det inte finns några neutrala ersättningsmodeller. De har alltid effekter, avsiktliga eller oavsiktliga. Om vi har som mål att möjliggöra, alternativt stimulera, införandet av digitala lösningar i mötet mellan vårdgivare och patient, vilken modell är då att föredra?

Den analys som gjorts här ger vid handen att de ersättningsformer som ersätter ett paket av åtgärder, antingen en vårdkedja eller under en tidsperiod, ger bättre förutsättningar för användandet av nya lösningar generellt sett eftersom de inte detaljstyr vårdgivaren till vissa aktiviteter. De har dessutom fördelen att de ger incitament att bedriva vården så resurseffektivt som möjligt<sup>15</sup>. Som exempel är kapitation i primärvården förmodligen bra för att främja möjlighet till digitala besök medan besöksersättning kräver en noggrann konstruktion för att inte skapa oönskade undanträngningseffekter. I det senare fallet är det dessutom viktigt att bedöma vårdcentralernas marginalkostnad per besök. I specialistvården skulle ett liknande resonemang kunna föras kring värdepisodersättningar som möjliggör för vårdgivaren att till exempel ersätta fysiska besök vid uppföljningen med elektronisk kontakt.

Detta resonemang är egentligen inte unikt för lösningar just inom e-hälsa utan kan appliceras på innovationer inom sjukvården generellt. Dessa kan ta sig formen av tjänsteinnovationer eller nya tekniska lösningar. Beroende

---

<sup>15</sup> Det går förstås att tänka sig att en e-hälsolösning kan vara mindre resurseffektiv, men argumentet för ett utökat användande av e-hälsolösningar handlar oftast om ökad effektivitet.

på hur stor kostnaden för införandet av innovationen är kan det inom ramen för alla typer av ersättningar behövas ett särskilt stöd vid införandet. Det faktiska användandet av innovationen underlättas dock av modeller som inte är detaljstyrande och som premierar effektivitet inom det objekt som omfattas av ersättningen.

Resonemanget ovan gäller för att skapa system som ger förutsättningar för att anamma nya lösningar utan en bestämd åsikt om vilka dessa är. Om man däremot har en specifik insats i åtanke kan besöksersättning ha en roll och användas styrande för att premiera vissa typer av aktiviteter.

Här behövs emellertid en brasklapp: det empiriska underlaget kring e-hälsolösningar är än så länge klen och fler välgjorda studier på området är nödvändiga.

## Mer kapitation – mer innovation?

Kombinationen av ovanstående resonemang och det faktum att kapitation är den dominerande ersättningsformen inom svensk primärvård borde medföra en mycket hög innovationstakt inom primärvården. Så ser det dock inte ut. Exempelvis har videomöten med läkare tagit fart först efter att privata aktörer utnyttjat patientlagens möjligheter för patienter att söka vård var som helst i landet i kombination med regionernas regler för utomlänbesök. Vad beror det på? Detta är ett intressant forskningsområde i sig, men utifrån denna rapport går det att ge några tentativa förklaringar som alla kan bidra.

För det första är rena kapitationsmodeller ovanliga. I de allra flesta fall kombineras dessa med åtgärdsbaserad ersättning i olika former. I de fall dessa åtgärder ersätts med exempelvis digitala vårdmöten – eller något så enkelt som telefonkontakter – finns det en risk för att vårdcentralens intäkter minskar kraftigt. Anledningen till att man har en åtgärdsbaserad komponent i ersättningen är att det ger incitament för högre aktivitet. Här bör man överväga om inte detta i stället kan uppnås med en väldimensionerad målrelaterad komponent, kopplad till tillgänglighet och någon form av resultat, för att låta vårdcentralen välja den typ av kontakt som är mest motiverad i det enskilda fallet.

För det andra kräver anammandet av innovationer en insats i form av tid. Situationen i primärvården är i många fall ansträngd, vilket kan göra det



svårt att implementera något nytt i avsaknad av ”slack” i systemet eller riktade insatser. Detta är i sig ironiskt eftersom en effekt av ökad användning av alternativa besöksformer skulle kunna bli att verksamheten avlastas.

Till sist kan man ställa sig frågan hur vårdcentralens uppdrag ser ut och tolkas. Om detta definieras snävt i exempelvis förfrågningsunderlag finns risken att man från vårdgivarens sida inte ser anammandet av ny innovation som en del av kärnverksamheten. Det är en situation som regionerna behöver analysera noggrant inför framtida upphandlingar. Samma resonemang kan också gälla för den anslagsfinansierade verksamheten där snävt definierade uppdrag och därtill hörande anslag skulle kunna förhindra introduktionen av nya lösningar.

## Kapitationens roll i en gränslös värld

Ett av syftena med en kapitationsmodell är att skapa kontinuitet i omhändertagandet genom att ge en vårdgivare ett helhetsansvar för patienten. Detta tänkande utmanas nu när patienterna enkelt kan söka viss vård på annat håll. Här behöver regionerna ta ställning till hur man ska se på detta.

I många regioner justeras ersättningen baserat på täckningsgrad – det vill säga hur stor del av patientens besök som görs på den vårdcentral där han eller hon är listad. Man brukar ibland använda termen otrohetsbesök. Tanken är att vårdcentralen ska stimuleras till att behålla sina patienter och att dessa ska söka vård på rätt nivå, till exempel inte söka sig till akuten för att få hjälp med problem som bättre hanteras på vårdcentralen. En fråga som kan ställas här är hur digitala vårdkontakter till någon annan aktör ska ses i sammanhanget. Ett alternativ är att betrakta denna typ av verksamhet som något som bör ingå i kapitationsuppdraget, och att de därför ska behandlas som vilket otrohetsbesök som helst. Det skulle då i princip vara vårdcentralernas ansvar att tillhandahålla denna typ av verksamhet antingen i egen regi eller genom att handla upp den från en annan aktör.

En alternativ ståndpunkt är att se de digitala besöken som att patienten söker sig till en ännu lägre vårdnivå, vilket kan vara eftersträvänsvärt. Centralt blir då hur hög ersättningen för dessa kontakter är. Från forskningen vet vi att åtgärdsfinansierad ersättning leder till hög aktivitet och antalet kontakter har ökat kraftigt över tid (Blix och Levay 2018).

Vad som är korrekt här är svårt att säga. Vi vet ännu för lite om vilka

effekter de digitala aktörerna haft på sjukvården i övrigt och på patienternas beteende. Det optimistiska scenariot är att dessa tjänster leder till avlastning där lätta ärenden hanteras utanför vårdcentralen, vilket ger mer tid för mer komplexa fall. I en situation där vården har kapacitetsproblem kan de digitala tjänsterna leda till att kön kortas utan att detta behöver synas i form av minskad aktivitet hos de fysiska vårdcentralerna.

Det pessimistiska scenariot är att vi får en överkonsumtion där patienter söker vårdkontakter i onödan, eller söker digital kontakt som enbart leder till en rekommendation att besöka en fysisk vårdcentral och att man då fått kostnaden för två besök i stället för ett. Ur ett systemperspektiv skulle det i detta fall förmodligen vara mer gynnsamt med någon form av abonnemangsmodell för att betala för dessa tjänster snarare än att betala per besök – det skulle också ge en större förutsägbarhet ur ett kostnadsperspektiv. Ett alternativ skulle vara att införa en kapitationsmodell för digitala tjänster. Patienterna kan då lista sig dels på en vanlig vårdcentral, dels hos någon som tillhandahåller digitala lösningar (vilket förstås kan vara samma vårdgivare). Eftersom utvecklingen för vad som kan hanteras digitalt går snabbt, blir det en utmaning att beskriva detta uppdrag på ett sådant sätt att innovationstakten inte hämmas. För att underlätta för digitala vårdgivare att agera nationellt (vilket ger bättre förutsättningar för att ta fram nya tjänster) behövs en nationell koordinering för hur detta uppdrag ser ut och ersätts.

## Styra mot rätt vårdnivå

När ersättningsmodellerna diskuteras görs detta ofta på utbudssidan, det vill säga i relation till hur de påverkar vårdgivarens beteende. Det finns förstås också en efterfrågekomponent i detta som påverkas av patienternas egenavgifter. Det finns flera studier som pekar på att egenavgifternas nivå påverkar hur många besök patienter gör (SBU 2018). Blix och Jeansson (2018) argumenterar för att den avgiftsbefriade vården till barn och unga är en orsak till den stora användningen av nätläkartjänster för unga åldrar. Rätt nivå på egenavgiften även vid e-hälsolösningar kan vara ett instrument för att undvika onödiga besök. Det råder osäkerhet om exakt hur stor denna effekt är, och det finns inga studier som tittar specifikt på digitala tjänster. Ett sätt att hantera kapacitetsproblem är att skifta patienter till mer resurseffektiva former av vård i de fall där det är lämpligt. Egenavgifter kan då vara

ett sätt att styra patienterna åt detta håll. Det tycks dock vara osäkert om någon substitution sker vid en differentiering av egenavgifterna. Här behövs ytterligare studier.

## Organisatoriska stuprör kan utgöra ytterligare ett hinder

En stor del av det material som presenteras har implicit utgångspunkten att vi har en vårdgivare som interagerar med en patient, och att hur denna relation ersätts kommer att påverka implementeringen av nya metoder. En ytterligare komplexitet tillkommer dock. I Sverige har vi förhållandevis täta skott mellan primärvård, somatisk specialistvård och psykiatri. Dessutom bedrivs en del vård i kommunerna vilken introducerar en helt ny huvudman. Som beskrivits i kapitel 3 används helt olika modeller med en kapitationsbaserad modell i primärvården och i huvudsak kombinationer av anslag och åtgärdsbaserad ersättning inom somatisk specialistvård och psykiatri. Detta reglerar dock bara den ovan beskrivna relationen för ersättningen i det direkta omhändertagandet av en patient.

En potentiell vinst med e-hälsoläsningar är att de på olika sätt kan bidra till starkare samverkan mellan de olika vårdgivarna. Ett klassiskt exempel på detta är teledermatologi där prover kan tas i primärvården för att senare bedömas i specialistvården, eller där primärvården direkt kan konsultera specialister antingen med eller utan patientens deltagande. En förutsättning för att detta ska kunna ske är att båda sidor ser det som en del i deras uppdrag, och då kan ersättningsmodellen vara en viktig del. Det ska bli intressant att följa den diskussion som förs i Västerbotten om precis dessa frågor och hur man där kan arbeta med digitala lösningar för att överbrygga geografiska avstånd.

## Behov av nationell koordinering

Ansvar för sjukvården i Sverige ligger hos 21 regioner med ett omfattande självstyre. Samtidigt ger lagstiftningen patienter stora möjligheter att söka vård på andra platser än i hemregionen – både i Sverige och i vissa fall inom EU. Det ligger i digitala tjänsters natur att dessa inte behöver begränsas av

geografin, och dagens privat drivna digitala vårdcentraler verkar på en nationell – för att inte säga internationell – marknad även om en lokal anknytning till en region funnits för att kunna omfattas av regelverket kring ersättning. En fördel med detta är att det möjliggör större volymer för vårdgivarna. Som vi sett i delar av den amerikanska litteraturen verkar det inte räcka med att en åtgärd ersätts, det måste också finnas en tillräckligt stor efterfrågan för att vårdgivare ska göra de investeringar som krävs. Det är då en fördel att kunna agera nationellt snarare än regionalt.

På betalarsidan, det vill säga hos regionerna, skapar denna situation naturligtvis ett behov av samordning. Vi har också sett SKL komma med rekommendationer om hur debiteringen mellan regionerna ska skötas, det vill säga vilken ersättningsnivå som ska gälla, samt hur egenavgiften, det vill säga den del av kostnaden som patienten betalar vid varje besök, ska hanteras. Denna typ av koordinering kommer sannolikt behövas även i framtiden och regionerna (förmodligen genom SKL) behöver en plan för detta.

Det finns två huvudsakliga strategier för denna koordinering. Antingen försöker man agera proaktivt och sätter upp reglerna i förväg, eller så justerar man regelverket efter hand. Det vi sett i litteraturen är att i miljöer där väldigt specifika prislistor används får nya lösningar svårt att slå igenom. För att inte verka innovationshämmande skulle man därför behöva vara väldigt aktiv med så kallad *horizon scanning* där nya lösningar identifieras långt innan de lanseras. En sådan verksamhet bedrivs redan inom ramen för regionernas arbete med ordnat införande av nya läkemedel. Sannolikt skulle ändå lösningar med potentiellt stor inverkan missas – jag tror inte någon förutsade det snabba genombrottet för de digitala vårdcentralerna även om tekniken i sig är välbekant. Ur innovationsperspektivet är en reaktiv ansats därför förmodligen bättre. Om en ny lösning kommer som exempelvis ersätts till en för hög nivå är det bättre om regionerna är beredda att snabbt justera hur ersättningen sinsemellan fungerar.

## Etablera rutiner för kontinuerlig uppföljning och utvärdering

Detta är den andra rapporten som ges ut i SNS regi på temat ersättningsmodeller, och vi kan se att under de fyra år som gått sedan den förra rapporten gavs ut har många förändringar skett i regionernas ersättningsmodeller. Som vanligt har vi en begränsad uppfattning om exakt vilka effekter dessa förändringar har. Genom att mer systematiskt följa förändringar i ersättningsmodellerna och koppla detta till påverkan på vårdkonsumtion, och ytterst hälsoreultat, skulle en hel del lärdomar kunna dras. I Sverige har vi god tillgång på data om vårdkonsumtion, dels i Socialstyrelsens register, dels i regionernas produktionsdatabaser. Inom flera sjukdomsområden finns också god tillgång till data om hälsoutfall i nationella kvalitetsregister. Det som saknas är länken till ersättningsmodellerna som i dag enbart studeras i enstaka projekt. En löpande sammanställning över förändringar i ersättningssystemen på nationell nivå, till exempel hos SKL eller Socialstyrelsen, skulle vara ett viktigt instrument för framtida forskning och för att generera viktig kunskap till regionerna.

## Flera öppna frågor återstår

I denna rapport är analysen begränsad till hur ersättningen påverkar sjukvårdens aktörer och hur detta hjälper eller hindrar användandet av nya e-hälsolösningar. Som nämnts utgör ersättningsmodellerna bara en del av vårdens styrning och det skulle vara intressant med fördjupade studier av hur andra delar av styrningen påverkar dessa frågor i samspel med ersättningen.

Denna rapport har ett ganska traditionellt systemperspektiv. En effekt av digitaliseringen är att detta system nu utmanas. De digitala vårdcentraler som fått ett stort genomslag och som diskuterats en del här är ett exempel på systemutmaning, men de är fortfarande i viss mån traditionella vårdgivare som agerar inom det existerande sjukvårdssystemets ramar. Effekterna bortom detta blir sannolikt mer svåröverskådliga. Aktörer som traditionellt inte varit vårdgivare kommer att etablera tjänster som tangerar den traditionella vården. Patienternas roll har redan ändrats från i någon mån passiva

vårdkonsumenter till i många fall mycket aktiva aktörer – och det här är bara början på utvecklingen. Hur vården och dess ersättningssystem ska förhålla sig till detta kommer att vara ett mycket intressant och utmanande område framöver.

# Referenser

- Adams, S. M., Rice, M. J., Jones, S. L., Herzog, E., Mackenzie, L. J. och Oleck, L. G. (2018). Telemental health: standards, reimbursement, and interstate practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 24(4): 295–305.
- Adler-Milstein, J., Kvedar, J. och Bates, D. W. (2014). Telehealth among US hospitals: several factors, including state reimbursement and licensure policies, influence adoption. *Health Affairs (Millwood)* 33(2): 207–215.
- Aelvoet, W. H., Terry, N., Windey, F., Redivo, M., van Sprundel, M., Faes, C. och Cell, A. (2009). Miscoding: a threat to the hospital care system. How to detect it? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 57(3): 169–177.
- Aita, M. C., Nguyen, K., Bacon, R. och Capuzzi, K. M. (2013). Obstacles and solutions in the implementation of telestroke: billing, licensing, and legislation. *Stroke* 44(12): 3602–3606.
- Alaboudi, A., Atkins, A., Sharp, B., Balkhair, A., Alzahrani, M. och Sunbul, T. (2016). Barriers and challenges in adopting Saudi telemedicine network: The perceptions of decision makers of healthcare facilities in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health* 9(6): 725–733.
- Anell, A. (2005). Swedish healthcare under pressure. *Health Economics* 14(Suppl 1): S237–254.
- Anell, A. (2010). *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso och sjukvården*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Anell, A., Dackehag, M. och Dietrichson, J. (2018). Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? *BMC Health Services Research* 18(1): 179.
- Barnum, H., Kutzin, J. och Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management* 10(1): 23–45.

- Blix, M. och Jeansson, J. (2018). Nätläkare i primärvården – lindring eller lidande? *Ekonomisk Debatt* 46(3): 66–78.
- Blix, M. och Levay, C. (2018). *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2018:6. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Brooks, E., Turvey, C. och Augusterfer, E. F. (2013). Provider barriers to telemental health: obstacles overcome, obstacles remaining. *Telemedicine Journal and E-Health* 19(6): 433–437.
- Brophy, P. D. (2017). Overview on the Challenges and Benefits of Using Telehealth Tools in a Pediatric Population. *Advances in Chronic Kidney Disease* 24(1): 17–21.
- Carter, G. M., Newhouse, J. P. och Relles, D. A. (1990). How much change in the case mix index is DRG creep? *Journal of Health Economics* 9(4): 411–428.
- Cavaliere, M., Gitto, L. och Guccio, C. (2013). Reimbursement systems and quality of hospital care: An empirical analysis for Italy. *Health Policy* 111(3): 273–289.
- Centre for Connected Health Policy (2011). Tele-dermatology in medical. Findings from the field and challenges for the future. *Issue Briefs*, October. Sacramento: Centre for Connected Health Policy,
- Charpentier, C. och Samuelsson, L. A. (1996). Effects of new control systems in Swedish health care organizations. *Financial Accountability and Management* 12(2): 157–171.
- Cook, D. J., Doolittle, G. C., Ferguson, D., Hanks, N., Hood, J., Howard, M., Troha, J., Mehling, D. och Zurbuchen, N. (2002). Explaining the adoption of telemedicine services: an analysis of a paediatric telemedicine service. *Journal of Telemedicine and Telecare* 8 Suppl 2: 106–107.
- E-hälsomyndigheten (2018). Vision e-hälsa 2025. Hämtad 2018-06-25, från [www.ehalsomyndigheten.se/vision-e-halsa-2025/](http://www.ehalsomyndigheten.se/vision-e-halsa-2025/).
- Eijkenaar, F. (2013). Key issues in the design of pay for performance programs. *European Journal of Health Economics* 14(1): 117–131.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M. och Schoffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 110(2-3): 115–130.
- Ellegård, L. M., Dietrichson, J. och Anell, A. (2018). Can pay-for-performance to primary care providers stimulate appropriate use of antibiotics? *Health Economics* 27(1): e39–e54.



- Ellegård, L. M. och Glengård Häger, A. (2018). Att visa tillit genom val av ersättningsmodell – effekter av anslagsfinansiering i hälso- och sjukvården i Region Skåne. Kapitel 5 i *Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen*. SOU 2018:38. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Europeiska kommissionen (2018). Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén om en digital omvandling av vård och omsorg på den digitala inre marknaden, om medborgarinflytande och ett hälsosammare samhälle. COM(2018) 233.
- Forsberg, E., Axelsson, R. och Arnetz, B. (2000). Effects of performance-based reimbursement in healthcare. *Scandinavian Journal of Public Health* 28(2): 102–110.
- Friesner, D. L. och Rosenman, R. (2009). Do hospitals practice cream skimming? *Health Services Management Research* 22(1): 39–49.
- Gerdtham, U. G., Lothgren, M., Tambour, M. och Rehnberg, C. (1999). Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics* 8(2): 151–164.
- Giambrone, D., Rao, B. K., Esfahani, A. och Rao, S. (2014). Obstacles hindering the mainstream practice of teledermatopathology. *Journal of the American Academy of Dermatology* 71(4): 772–780.
- Glengård Häger, A. (2017). Dialog och prestationsmätning – mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård. Lund: Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning, Lunds universitet.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. och Pedersen, L. (2001). Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy* 6(1): 44–55.
- de Grood, C., Raissi, A., Kwon, Y. och Santana, M. J. (2016). Adoption of e-health technology by physicians: a scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 9: 335–344.
- Harvey, J. B., Valenta, S., Simpson, K., Lyles, M. och McElligott, J. (2018). Utilization of outpatient telehealth services in parity and nonparity states 2010–2015. *Telemedicine Journal and E-Health*.
- Hill, H., Birch, S., Tickle, M., McDonald, R., Donaldson, M., O'Carolan, D. och Brocklehurst, P. (2017). Does capitation affect the delivery of

- oral healthcare and access to services? Evidence from a pilot contact in Northern Ireland. *BMC Health Services Research* 17(1): 175.
- Hussey, P. S., Mulcahy, A. W., Schnyer, C. och Schneider, E. C. (2012). Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report/Technology Assessment No. 208. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. och Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 60(3): 255–273.
- Kastberg, G. och Siverbo, S. (2007). Activity-based financing of health care – experiences from Sweden. *International Journal of Health Planning and Management* 22(1): 25–44.
- Korlen, S., Essen, A., Lindgren, P., Amer-Wahlin, I. och von Thiele Schwarz, U. (2017). Managerial strategies to make incentives meaningful and motivating. *Journal of Health Organisation and Management* 31(2): 126–141.
- Krohwinkel, A., Rognes, J. och Winberg, H. (2017). *Ekonomi för förändring: ersättningsmodeller för innovation – en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care (LHC).
- Kruse, C. S., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K. och Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* 24(1): 4–12.
- Kulcsar, M., Gilchrist, S. och George, M. G. (2014). Improving stroke outcomes in rural areas through telestroke programs: an examination of barriers, facilitators, and state policies. *Telemedicine Journal and E-Health* 20(1): 3–10.
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Mairesse, G. H., Braunschweig, F., Klersy, K., Cowie, M. R. och Leyva, F. (2015). Implementation and reimbursement of remote monitoring for cardiac implantable electronic devices in Europe: a survey from the health economics committee of the European Heart Rhythm Association. *Europace* 17(5): 814–818.

- Martinussen, P. E. och Hagen, T. P. (2009). Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway. *Health Economics, Policy and Law* 4(Pt 2): 139–158.
- Neufeld, J. D., Doarn, C. R. och Aly, R. (2016). State policies influence medicare telemedicine utilization. *Telemedicine Journal and E-Health* 22(1): 70–74.
- Norberg, Ö., Pourazar, E., Eklund, J. och Krohwinkel, A. (2018). Förstudierapport: En hinderksammanställning gällande värdeskapande innovation i partnerskap. Umeå: Västerbottens läns landsting.
- OECD (2018). *OECD Reviews of Digital Transformation: Going Digital in Sweden*. Paris: OECD Publishing.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. och Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research* 7(1): e1.
- Or, Z. och Häkkinen, U. (2011). DRGs and quality: For better or worse? Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. och Wiley, M. (red.) *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Perednia, D. A. och Grigsby, J. (1998). Telephones, telemedicine, and a technologically neutral coverage policy. *Telemedicine Journal* 4(2): 145–152.
- Regeringens proposition 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.
- Regeringskansliet och SKL (2016). Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Regeringskansliet och SKL.
- Roberts, E. T., Zaslavsky, A. M. och McWilliams, J. M. (2018). The value-based payment modifier: program outcomes and implications for disparities. *Annals of Internal Medicine* 168(4): 255–265.
- Robinson, J. C., Casalino, L. P., Gillies, R. R., Rittenhouse, D. R., Shortell, S. S. och Fernandes-Taylor, S. (2009). Financial incentives, quality improvement programs, and the adoption of clinical information technology. *Medical Care* 47(4): 411–417.
- Sanandaji, N. (2014). *Vägar till välfärdsinnovation. Hur ersättningsmodeller och impact bonds kan stimulera nytänkande och innovation i offentlig verksamhet*. VINNOVA Rapport 2014:01. Stockholm: VINNOVA.

- SBU (2018). Svar från SBU:s Upplysningstjänst. Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- Serden, L., Lindqvist, R. och Rosen, M. (2003). Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data? *Health Policy* 65(2): 101–107.
- Shih, T., Chen, L. M. och Nallamotheu, B. K. (2015). Will bundled payments change health care? Examining the evidence thus far in cardiovascular care. *Circulation* 131(24): 2151–2158.
- Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A. och Barnet, S. (2017). What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. *Journal of Medical Internet Research* 19(10): e324.
- Socialstyrelsen (2011). Vad är DRG? Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015). Vägledning till NordDRG. Svensk version. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018a). *Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Kartläggning och uppföljning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018b). Nationell e-hälsa och Gemensam informationsstruktur. Hämtad 2018-06-20, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa>.
- SOU (2017). *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen: vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* Delbetänkande av Tillitsdelegationen SOU 2017:56. Stockholm: Wolters Kluwer.
- Steinwald, B. och Dummit, L. A. (1989). Hospital case-mix change: sicker patients or DRG creep? *Health Affairs (Millwood)* 8(2): 35–47.
- Street, A., O'Reilly, J., Ward, P. och Mason, A. (2011). DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges. Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. och Wiley, M. (red.) *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Street, A., Vitikainen, K., Bjorvatn, A. och Hvenegaard, A. (2007). *Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*. York: University of York Centre for Health Economics.

- Sundquist, K., Malmstrom, M., Johansson, S. E. och Sundquist, J. (2003). Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(5): 347–352.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Meddelande från styrelsen nr 11/2017. Rekommendation till landsting och regioner om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2018). Meddelanden från styrelsen nr 5/2018. Patientavgifter vid digitala vårdmöten.
- Tao, W., Agerholm, J. och Burstrom, B. (2016). The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Services Research* 16(1): 542.
- Tensen, E., van der Heijden, J. P., Jaspers, M. W. och Witkamp, L. (2016). Two Decades of Tele dermatology: Current Status and Integration in National Healthcare Systems. *Current Dermatology Reports* 5: 96–104.
- Welch, W. P. (1998). Bundled Medicare payment for acute and postacute care. *Health Affairs (Millwood)* 17(6): 69–81.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Genève: WHO.
- WHO (2016). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable*. Report of the third global survey on eHealth. Genève: WHO.
- Zhu, J. M., Patel, V., Shea, J. A., Neuman, M. D. och Werner, R. M. (2018). Hospitals Using Bundled Payment Report Reducing Skilled Nursing Facility Use And Improving Care Integration. *Health Affairs (Millwood)* 37(8): 1282–1289.
- Zielinski, A., Kronogard, M., Lenhoff, H. och Halling, A. (2009). Validation of ACG Case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care. *BMC Public Health* 9: 347.

E-hälsolösningar lyfts ofta fram som en möjlighet att effektivisera vården och möta de utmaningar som finns i form av bland annat en åldrande befolkning och mer vårdkrävande patienter. Något som har stor betydelse för hur nya lösningar och innovationer anammas är ersättningsystemen.

Forskaren Peter Lindgren har undersökt vilka ersättningsmodeller som är att föredra om målet är att möjliggöra eller stimulera införandet av digitala lösningar i vården. I rapporten finns en kartläggning över kunskapsläget om effekter av olika modeller för att ersätta vårdgivare och hur dessa påverkar användandet av e-hälsolösningar. En unik genomgång belyser dessutom på vilket sätt vårdgivare i Sveriges samtliga regioner ersätts i dag.

Författaren lämnar slutligen ett antal policyrekommendationer om hur ersättningsystemen kan anpassas och följas upp för att ge bättre förutsättningar för innovationer.

*Peter Lindgren* är vd för Institutet för Hälsa- och Sjukvårdsekonomi (IHE) och adjungerad professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet.



ISBN 978-91-88637-13-0



9 789188 637130