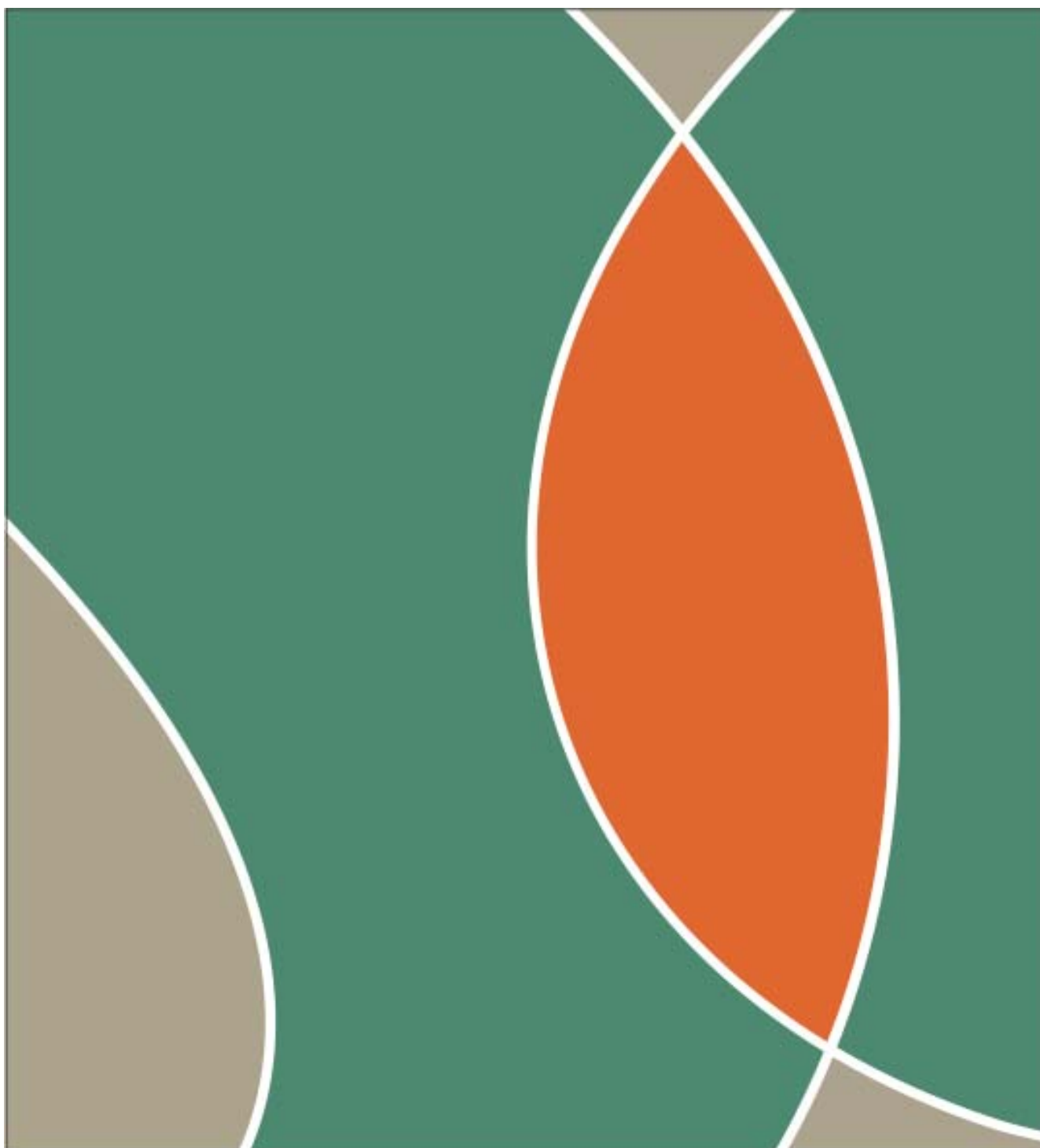


Målrelaterad ersättning i primärvården

– Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009



Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm. • *Besök* Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00. • *Fax* 08-452 70 50 • info@skl.se • www.skl.se

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av:
Staffan Lindvall

Författare: Anders Anell

Förbundets trycksaker beställs på

www.skl.se/publikationer • *tfn* 020-31 32 30 • *fax* 020-31 32 40

ISBN: 978-91-7164-495-4

© Sveriges Kommuner och Landsting 2009

Innehåll

Innehåll	3
Förord	4
Bakgrund.....	5
Material och metod.....	7
Resultat.....	8
Övergripande resultat.....	8
Vilken typ av mål och indikatorer används?	8
Vilken typ av mål och indikatorer väger tyngst?	10
Bedömningar om framtiden	12
Referenser	14
Förteckning av tabeller i bilaga	15
Redovisning av mål/indikatorer per område	15
Övriga tabeller.....	15
Tabell 1: Tillgänglighet.....	16
Tabell 2: Patienterfarenheter respektive kontinuitet	16
Tabell 3: Läkemedel	17
Tabell 4: Följsamhet till reklista eller enskilda förskrivningsmål	18
Tabell 5: Andra hälsofrämjande insatser.....	19
Tabell 6: Register/diagnosregistrering.....	20
Tabell 7: Patientsäkerhet/ samverkan/rutiner.....	20
Tabell 8: Diabetes respektive astma/KOL.....	21
Tabell 9: Systemeffekter respektive övriga mål	22
Tabell 10: Bonus, viten eller både och?	22
Tabell 11: Exempel på regler för ersättningen	23
Tabell 12: Exempel på utformning av regler för ersättningen i landstingen	24
Tabell 13: Bokstavsbeteckningar för landstingen.....	25

Förord

Den här skriften är framtagen som ett delprojekt inom det nationella utvecklingsprojektet för ersättningssystem inom hälso- och sjukvård.

Sveriges Kommuner och landsting har fått regeringens uppdrag att bedriva ett projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Projektet ska stödja en positiv utveckling av hälso- och sjukvården sett ur såväl ett organisations- som befolkningsperspektiv.

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

I arbetet med att utveckla ersättningsmodeller inom vårdvalet för primärvård har frågan om målrelaterad ersättning fått ett starkt fokus.

Den här rapporten redovisas uppdraget att kartlägga och sammanställa de modeller som hittills utvecklats för målrelaterade ersättning inom ramen för vårdval i primärvården. Material hämtas från samtliga landsting och regioner som använder sådana principer. Fokus ligger på vilka mål och indikatorer som används inom ramen för målrelaterad ersättning.

Sammanställt material diskuteras också med utgångspunkt i internationell litteratur om principer för och erfarenheter av målrelaterad ersättning. En annan utgångspunkt för diskussion är kopplingar mellan målrelaterad ersättning och hur primärvården generellt följs upp.

Uppdraget är genomfört av Anders Anell. Arbetet har stämts av med den nationella arbetsgrupp som för SKL's räkning fokuserat på frågan. En workshop/arbetsseminarium med deltagare från i stort sett alla landsting har också diskuterat området.

Rapporten ger kunskap om vilka variabler/indikatorer som används för målrelaterad ersättning inom primärvård. Rapporten ger också bakgrund samt vägledning i den fortsatta utvecklingen av indikatorer, variabler och synsätt, för fortsatt utveckling och samverkan inom området.

Staffan Lindvall

Projektledare

Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård

Bakgrund

I allt fler hälso- och sjukvårdssystem kompletteras den traditionella ersättningen till vårdgivare med en rörlig ersättning baserat på resultat eller måluppfyllelse. Utgångspunkterna varierar beroende på vilka ersättningsprinciper – fast budgettilldelning eller ersättning per utförda åtgärd - som tillämpats tidigare. I amerikansk vård har s.k. 'pay-for-performance' (P4P) under 2000-talet blivit en integrerad del av ersättningen till läkare, delvis mot bakgrund av en tidigare rapport från US Institute of Medicine (2001) som hävdade att de traditionella ersättningssystemen med fokus på betalning per åtgärd ('fee-for-service') var en bidragande förklaring till dålig kvalitet i vården. Istället för att uppmuntra till mer volym vård borde ersättningssystemen premiera en vård med hög kvalitet, resonerade man. Ett flertal olika program har därefter tagits fram av olika försäkringsbolag (både privata och offentliga), vårdgivare och läkarföreningar och i stort sett alla läkare i amerikansk öppen vård påverkas idag åtminstone till någon del av de nya systemen. Betydelsen av den målrelaterade ersättningen varierar upp till 10 procent av den totala ersättningen. Det finns dock förmodligen en mängd andra faktorer som styr vilka effekter som kan förväntas, utöver den målrelaterade ersättningens storlek. Det gäller t.ex. om ersättningen avser enskilda läkare eller grupper av läkare, om ersättningen utgår som bonus eller vite, vilka mål/indikatorer som ersättningen avser (struktur, process eller resultatmätt), vilka regler som gäller för att vårdgivare ska kvalificera sig för ersättningen, hur ofta ersättningen betalas ut och inte minst hur svåra målen är att nå. I Europa är det främst brittiska NHS som anammat målrelaterad ersättning genom att ge ersättning för 'good practice' till läkare i primärvården sedan år 2004. The Quality and Outcomes Framework (QOF) i brittiska primärvården är sannolikt det enskilt största existerande programmet i världen för sådan ersättning. Den målrelaterade ersättningen svarar för ca 25 procent av allmänläkarnas inkomster och är uppbyggd kring ett 140-tal olika kvalitetsindikatorer.

De flesta kontrollerande utvärderingar (dvs. med någon form av kontrollgrupp) som gjorts om effekter av 'pay-for-performance' avser förhållanden i USA eller Storbritannien. Sammanfattningsvis visar tidiga systematiska översikter från USA och utvärderingar från brittisk primärvård att P4P kan ha en positiv effekt på kvaliteten (Petersen L A et al 2006; Rosenthal & Frank 2006; Doran T et al 2006; Campbell et al 2009). Flera enskilda studier pekar dock på att den positiva effekten är förhållandevis blygsam, att effekterna enbart avser vissa av de mål som fokuseras eller att effekterna bara gäller upp till den målnivå som belönas. Det finns också studier som inte visar någon skillnad i kvalitet alls, liksom att en stor del av ersättningen inte sällan går till enheter som redan uppvisar bra resultat och som förbättrat sig minst. Studier redovisar också exempel på icke-avsedda effekter till följd av P4P, t.ex. att dokumentationen snarare än vården förbättras, att vårdenheter utnyttjar regelverket till sin fördel samt (mera allvarligt) risk för undanträngning av patientgrupper och hela kvalitetsområden. Mot bakgrund av gjorda utvärderingar och dess huvudsakliga resultat i form av brist på tydliga (och

entydiga) positiva effekter har själva utformningen av målrelaterad ersättning hamnat allt mer i fokus.

Även flera andra länder har visat intresse för och även i viss mån tillämpat målrelaterad ersättning i hälso- och sjukvården, däribland Sverige. I den här rapporten redovisas en kartläggning av hur målrelaterad ersättning tillämpas inom svensk primärvård år 2009/10.

Material och metod

Kartläggningen genomfördes i oktober-november 2009 och avsåg primärt förekomst och tillämpningar av målrelaterad ersättning i primärvården 2009. Även program som landsting beslutat införa år 2010 inom ramen för vårdvalssystem omfattas av kartläggningen.

De frågeställningar som fokuserats i kartläggningen är följande:

- Vilka mål/indikatorer används år 2009/10?
- Vilka kvalitetsområden väger tyngst?
- Hur många mål/indikatorer omfattar respektive landstings ersättningssystem?
- Hur stor andel utgör den målrelaterade ersättningen av den totala ersättningen?
- Utgår målrelaterad ersättning som bonus/tillägg eller viten/avdrag?
- Vad belönas? Hur utformas regler för målrelaterad ersättning?
- Vilka bedömningar görs om den fortsatta utvecklingen?

Material insamlades genom mailkontakt med kontaktpersoner i respektive landsting och regioner som förmedlades av uppdragsgivaren, Sveriges Kommuner och Landsting. Kartläggningen begränsas av det material som skickats från olika landsting och regioner eller som finns tillgängligt på hemsidor i form av kravspecifikationer eller liknande för vårdenheter.

Målrelaterad ersättning har olika namn i skilda landsting och regioner. Det finns också olika syn på vilka mål och indikatorer som omfattas. I flera landsting finns utöver system för mål- eller kvalitetsersättningar en justering av den fasta ersättningen per individ med hänsyn till s.k. täckningsgrad¹ som formellt sett inte betraktas som en del av den målrelaterade ersättningen. I andra landsting ingår justeringen utifrån täckningsgrad i det målrelaterade ersättningssystemet. För att uppnå jämförbarhet mellan landstingen omfattar denna rapport samtliga ersättningar (avdrag, tillägg etc.) som kopplas till måluppfyllelse hos respektive huvudman, oavsett om dessa avdrag/tillägg betraktas som en del av den målrelaterade ersättningen hos respektive landsting/region.

¹ Täckningsgrad avser vårdenhetens andel av förtecknade individers totala konsumtion av öppen vård.

Resultat

I detta avsnitt redovisas resultatet av kartläggningen samlat för alla landstingen med hänvisning till tabeller i särskild bilaga. En översättning av de bokstavsbe-teckningar som används för landstingen återfinns i Tabell 13. För information om respektive landstings och regions närmare utformning av målrelaterad ersättning hänvisas till landstingens egen dokumentation.

Övergripande resultat

Målrelaterad ersättning i primärvården är inte någon ny företeelse, även om in-tresset för principen ökat under senare år. I åtminstone en handfull landsting har en målrelaterad ersättning i primärvården använts under flera år. Det finns dock lite dokumenterad erfarenhet. Ett undantag är Landstinget i Östergötland där de principer för målrelaterad ersättning som använts i primärvården utvärderats avse-ende åren 2002-2006 (Jacobsson 2008).

Åtminstone 15 landsting och regioner använder sig av målrelaterad ersättning i primärvården år 2009 eller har beslutat sig för att införa sådana principer 2010. Utvecklingen av vårdvalssystem förefaller ha drivit på utvecklingen. Målrelaterad ersättning används som komplement till den i huvudsak fasta ersättning per för-tecknad individ. I de flesta landsting som tillämpar principerna uppgår den målre-laterade ersättningen till ca 3 procent av den totala ersättningen till vårdenheter.

I fem av de 15 landstingen utgår ersättningen från 11-20 mål eller indikatorer. Flest mål och indikatorer i denna grupp återfinns i Uppsala och Västernorrland. I nästa grupp av fem landsting, däribland Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, finns 7-10 mål eller indikatorer. I den sista gruppen av fem lands-ting baseras ersättningen på 3-6 mål. I många landsting och regioner har definition av mål och indikatorer inspirerats av de kvalitetsdimensioner som ingår i Social-styrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso-och sjukvården (SOSFS 2005:12). Denna referensram avseende 'God vård' kom-pletteras med landstingets egna mål och de mål som kan kopplas samman med utvecklingen av vårdvalssystem. Det finns en stark koppling till generella uppfölj-ningssystem för primärvården. De mål och indikatorer som används för målrelate-rad ersättning har vanligtvis en tydlig koppling till evidens om vad som är ända-målsenligt för primärvård och vad som går att mäta på ett förhållandevis invänd-ningsfritt sätt.

Vilken typ av mål och indikatorer används?

De mål och indikatorer som kartlagts i studien kan på en övergripande nivå delas in i tre områden: 'patientens möte med vården', 'vårdens innehåll' respektive 'sy-stemeffekter och övrigt'. Som framgår av Tabell 1 är de vanligaste målen och indikatorerna kopplade till läkemedel, tillgänglighet, hälsofrämjande insatser, täckningsgrad och register-/diagnosregistrering.

Tabell 1. Typ av mål och indikatorer i landstingens målrelaterade ersättning till primärvård år 2009/10

Område	Mål och indikatorer	Antal landsting
”Patientens möte med vården”	Tillgänglighet	11
	Patienterfarenheter	4
	Kontinuitet	2
”Vårdens innehåll”	Läkemedel	13
	Andra hälsofrämjande insatser	11
	Register/diagnosregistrering	9
	Patientsäkerhet/samverkan/rutiner	5
	Diabetes respektive astma/KOL	3
”Systemeffekter och övrigt”	Täckningsgrad	9
	Övriga indikatorer	6

”Patientens möte med vården”

Tio landsting och regioner inkluderar mål om **telefon tillgänglighet** i den målrelaterade ersättningen och i fem landsting återfinns motsvarande mål om **tillgängligheten till läkarbesök** (Tabell 1 i tabellbilagan). Även mål som baseras på **patienters erfarenheter enligt enkätresultat** fokuserar uppfattningar om tillgänglighet (Tabell 2). Trots att **kontinuitet** i samband med läkarbesök ofta lyfts fram som ett viktigt mål för primärvården är det enbart två landsting som valt att inkludera ett sådant mål i den målrelaterade ersättningen (Tabell 2).

”Vårdens innehåll”

Mål och indikatorer kopplade till läkemedel återfinns i de flesta landsting och regioner (Tabell 3). Flera av dessa mål avser **rekommendationer och förskrivningsmål som formulerats av Läkemedelskommitté eller motsvarande**. Målen avser både hela rekommendationslistan eller enskilda förskrivningsmål (Tabell 4). Bland enskilda förskrivningsmål är begränsningar av antibiotikaanvändningen vanligast. Syftet är att motverka resistansutveckling och skapa en mer ändamålsenlig användning av antibiotika. I övrigt avser förskrivningsmål i huvudsak mål för att uppnå en besparingspotential (ökad andel generiska läkemedel) men även mål för mer ändamålsenlig och patientsäker vård.

Bland övriga indikatorer som kan kopplas till läkemedel återfinns mål om **läkemedelsgenomgångar för äldre** i flera landsting (Tabell 3). I tre landsting – Östergötland, Stockholm och Västernorrland - finns även mål kopplade till de totala **läkemedelskostnaderna**. Målen är dock formulerade på olika sätt och utifrån skilda syften. I Östergötland finns möjligheter till avdrag på ersättningen till vårdenheter om behandlingstrycket mätt som DDD per listade är för lågt jämfört med andra vårdenheter. Denna möjlighet till vite om läkemedelskostnaderna är för låga ska ses mot bakgrund av att vårdenheter i Östergötland sedan flera år har ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård. I Stockholm och Västernorrland finns inget sådant kostnadsansvar. Däremot finns möjligheter till bonus om kostnaderna

för basläkemedel håller sig inom viss nivå (Stockholm) alternativt om läkemedelsbudgeten är i balans (Västernorrland). I både Stockholm och Västernorrland syftar målet till att göra förskrivare mer kostnadsmedvetna. I Östergötland syftar målet istället till att motverka att förskrivare i allt för hög grad motiveras av det kostnadsansvar som gäller för läkemedel.

Ett annat vanligt område för målrelaterad ersättning är olika former av **hälsofrämjande insatser** (Tabell 5). Till stor del avser sådana insatser stimulans till förbättrad livsstil hos patienter, i synnerhet genom rökavvänjning och fysisk aktivitet. Även hembesök till olika patientgrupper har i denna rapport listats som en hälsofrämjande insats.

Kvalitetsregister har i olika sammanhang lyfts fram som en viktig grund för ständig förbättring av vården. För primärvårdens del är det i första hand det **nationella diabetesregistret (NDR)** som kan användas för sådana förbättringar. Nio landsting och regioner har också andel diabetespatienter registrerade i NDR som grund för målrelaterad ersättning (Tabell 6).

Övriga mål och indikatorer som berör vårdens innehåll kan grovt delas in i mål som syftar till att förbättra **patientsäkerhet, samverkan och rutiner** i olika avseenden (Tabell 7) samt mål som syftar till bättre omhändertagande av patienter med **diabetes respektive astma/KOL** (Tabell 9). Som framgår av tabellerna är det bara enstaka landsting (högst två) som tillämpar de mål och indikatorer som identifierats inom dessa två områden.

”Systemeffekter och övrigt”

En justerad ersättning med hänsyn till s.k. **täckningsgrad** förekommer i nio landsting (Tabell 9). I en del landsting är detta mål en del av den målrelaterade ersättningen. I andra landsting justeras den fasta ersättningen utifrån täckningsgrad parallellt med den målrelaterade ersättningen.

Bland **övriga mål och indikatorer** återfinns bl.a. möjligheter till sanktioner i de fall vårdenheter inte agerar som förväntat (Tabell 9). Det ska noteras att tabellen i detta avseende är delvis missvisande och utgår ifrån vad som explicit redovisas i landstingens kravspecifikationer för vårdenheter. Möjligheter till någon form av sanktioner om inte vårdenheter fullgör sina skyldigheter finns i praktiken i alla landsting och regioner.

Vilken typ av mål och indikatorer väger tyngst?

De flesta mål och indikatorer enligt tabellerna 1-9 i bilagan avser struktur eller processmått som är direkt påverkbara för vårdenheter. För några av de mål som specificerats (hälsofrämjande insatser och läkemedelsgenomgångar) får vårdenheter snarast en riktad ersättning per åtgärd. Även i övrigt kan dock vårdenheter i mycket hög grad påverka om målen nås eller inte. Undantag avser i först hand resultatmått som baseras på patienternas erfarenheter enligt patientenkäter och utfallet av s.k. täckningsgrad. För dessa två mål och i synnerhet vad gäller täckningsgrad kan vårdenheter enbart indirekt påverka utfallet genom sitt eget agerande.

Vårdenheters möjligheter att påverka utfallet varierar även beroende på hur målvärden har formulerats. Förhållandevis små skillnader kan ha stor betydelse. Flera landsting har t.ex. ’antal förskrivna recept på fysisk aktivitet’ som målsättning.

Detta mål kan påverkas direkt av vårdenheter och är förhållandevis enkelt att följa upp. Det finns också landsting som istället valt 'antal patienter som är följsamma till fysisk aktivitet på recept efter 3 månader' som målvärde. Detta mål är mindre kontrollerbart och därmed svårare för vårdenheter att uppnå. Det är sannolikt också svårare att följa upp. En stor fördel är dock att målet är bättre kopplat till det övergripande resultat (bättre hälsa) som är själva målsättningen med fysisk aktivitet på recept.

Det är inte helt enkelt att sortera in alla de mål och indikatorer som används i landstingen i de sex kvalitetsområden som definierats inom ramen för 'God vård'. Flera mål och indikatorer berör snarast flera av områdena. Ett försök att övergripande inordna målen ger dock som resultat att de flesta av målen är ungefär jämnt fördelade mellan 'kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård', 'effektiv hälso- och sjukvård' samt 'hälso- och sjukvård i rimlig tid'. Några av målen avser 'säker hälso- och sjukvård' och 'patientfokuserad hälso- och sjukvård'. Däremot återfinns inget mål som i huvudsak kan inordnas i kvalitetsområdet 'Jämlig vård'.

Nivå på ersättningen och dess utformning

Effekterna av en målrelaterad ersättning beror sannolikt mest på hur svårt det är för vårdenheter att uppnå målen och stor andel den målrelaterade ersättningen utgör av den totala ersättningen. Även andra faktorer kan ha betydelse, t.ex. om ersättningen utgår i form av bonus eller vite och hur målen och villkoren för ersättningen utformats.

Nivån på ersättningen

I de landsting som tillämpar målrelaterad ersättning varierar andelen mellan 2-5 procent av den totala ersättningen. I de flesta av de 15 landstingen svarar den målrelaterade ersättningen för ca 3 procent av ersättningen till vårdenheter. I landsting som Uppsala, Östergötland, Örebro och Västerbotten uppgår dock den målrelaterade ersättningen till 4-5 procent av den totala ersättningen. En intressant fråga är vilken nivå på ersättningen som krävs för att uppnå effekt. I amerikansk vård är ca 5 procent vanligt inom de program som använder sig av 'pay-for-performance' (Werner & Dudley 2009). Den nivån har också angetts som tillräcklig för att få effekt. Samtidigt har det i debatten hävdats att andelen målrelaterad ersättning hittills varit för liten och att detta förklarar de blygsamma positiva resultaten. I de jämförande studier som gjorts har man dock inte funnit någon uppenbar skillnad i effektstorlek inom intervallet 2-9 procent målrelaterad ersättning (Conrad & Perry 2009). Det kan också noteras att även inom brittisk primärvård, där andelen målrelaterad ersättning överstiger 20 procent, har effekterna på kvaliteten varit relativt blygsamma (Campbell et al 2009). Den främsta effekten har snarast varit att allmänläkarnas inkomster ökat (Fujisawa, Lafortune 2008).

Utformning av ersättningen

I de flesta av landstingen ger den målrelaterade ersättningen möjligheter till en extra ersättning (bonus) beroende på måluppfyllelse, se Tabell 10 i bilagan. Flera landsting tillämpar också en kombination av tillägg och avdrag på ersättningen. I tre landsting utgår den målrelaterade ersättningen i huvudsak som viten eller avdrag på ersättningen. Detta sker dock på olika sätt. I Halland finns två olika

former av avdrag eller viten. Den första baseras på täckningsgrad och utgår från målsättningen att vårdenheter ska ta hand om 80 procent av förtecknade individers konsumtion av öppen vård. Om så inte är fallet får man ett avdrag på den fasta ersättningen för varje förtecknad individ. Den andra formen avser viten med visst förutbestämt belopp om vårdenheter har bristande följsamhet till fem utvalda terapeutiska kvoter som formulerats av landstingets läkemedelskommitté. I Uppsala (år 2009) och Västernorrland läggs den målrelaterade ersättningen istället ut till vårdenheter i början av året baserat på ett antagande om 100 procent positivt utfall. I det avseendet utgör den målrelaterade ersättningen en bonus eftersom vårdenheter får möjlighet till extra resurser. I den utsträckning som vårdenheter inte når målen görs sedan ett avdrag på ersättningen. I praktiken uppfattar därför vårdenheterna sannolikt den målrelaterade ersättningen som ett system som baseras på avdrag på ersättningen, snarare än tillägg. Baserat på ekonomisk teori bör en sådan princip om avdrag istället för bonus ge en starkare effekt hos vårdenheter. Detta eftersom förlusten av ett visst belopp ger större (negativ) nyttoförändring än motsvarande (positiva) nyttoförändring som genereras om man istället vinner samma belopp (Conrad & Perry 2009).

Incitamenten för vårdenheter att ändra beteenden påverkas även av målens närmare formulering. Beroende på hur målen utformas kan man t.ex. ge incitament till alla vårdenheter att förbättra sina resultat eller enbart skapa incitament till vårdenheter som i huvudsak redan har uppnått goda resultat. Exempel på olika möjliga utformningar, deras för- respektive nackdelar samt några exempel på utformningar i landstingen redovisas i Tabell 11 och 12 i bilagan. Generellt kan sägas att den vanligaste utformningen i landstingen baseras på måluppfyllelse formulerat som en trappa. En sådan lösning ger större möjligheter att skapa incitament till förbättringar för ett förhållandevis stort spann av vårdenheter beroende på initial måluppfyllelse.

Utbetalning av ersättningar (eller avdrag) varierar från varje månad till en gång om året. Inom ramen för ett och samma landsting varierar också principerna beroende på vilket mål som avses. Den vanligaste periodiciteten för målrelaterad ersättning förefaller dock vara baserad på ett helår.

Bedömningar om framtiden

I flera landsting finns förhoppningar om att utvidga och utveckla principerna om målrelaterad ersättning. Det finns förhoppningar om att öka antalet mål och indikatorer och att den målrelaterade ersättningen ska bli en större andel av den totala ersättningen. Samtidigt förefaller det finnas stor medvetenhet om problemen. Ett flertal mål och indikatorer har förkastats i den process som lett fram till de system som faktiskt tillämpas idag. Från flera landsting och regioner poängteras att det måste finnas en balans mellan de mål och indikatorer som används, samtidigt som vart och ett av målen uppfattas som viktiga bland inte minst berörda professioner och yrkesgrupper. Man vill ha in fler mål och mått som baseras på resultat snarare än strukturer och processer. Samtidigt får kraven på datafångst inte bli alltför betungande och det måste finnas en kunskapsbas bakom de mått som används. Det är också viktigt att beakta icke-avsedda effekter av olika slag, inte minst risk för undanträngning av sådan verksamhet som är viktig med svår att målsätta och mäta.

Med tanke på både ambitioner och utmaningar förefaller det finnas all anledning för landsting och regioner att arbeta gemensamt i det fortsatta utvecklingsarbetet. Sådant samarbete finns redan regionalt och borde utvecklas ytterligare på nationell nivå. Det utvecklingsarbete med målrelaterad ersättning som redan påbörjats pekar också entydigt på behovet av bättre uppföljningssystem för primärvården. Även i detta avseende finns stor potential till samverkan mellan olika aktörer.

Referenser

Campbell S M et al (2009) Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*; 361: 368-78.

Conrad D A, Perry L (2009) Quality-based financial incentives in health care: Can we improve quality by paying for it? *Annu. Rev. Public Health*; 30: 357-71.

Doran T, et al (2006) Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*; 355(4): 375-84.

Fujisawa R, Lafortune G (2008) The remuneration of General Practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? *OECD Health Working Papers no. 41*.

Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm: A new health system for the Twenty-first century*. Washington: National Academies Press.

Jacobsson F (2008) *Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården*. CMT Rapport 2008:6, Linköpings universitet.

Petersen L A, et al (2006) Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*; 145(4): 265-72.

Rosenthal M B, Frank R G (2006) What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*; 63(2): 135-57.

SOSFS (2005:12) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Werner R M, Dudley R A (2009) Making the 'pay' matter in pay-for-performance: Implications for payment strategies. *Health Affairs*; 28(5): 1498-1508.

Förteckning av tabeller i bilaga

Redovisning av mål/indikatorer per område

Tabell 1: Tillgänglighet

Tabell 2: Patienterfarenheter respektive kontinuitet

Tabell 3: Läkemedel

Tabell 4: Följsamhet till reklista eller enskilda förskrivningsmål

Tabell 5: Andra hälsofrämjande insatser

Tabell 6: Register/diagnosregistrering

Tabell 7: Patientsäkerhet/samverkan/rutiner

Tabell 8: Diabetes respektive astma/KOL

Tabell 9: Systemeffekter respektive övriga mål

Övriga tabeller

Tabell 10: Bonus, viten eller både och?

Tabell 11: Exempel på utformning av regler för ersättningen samt för- respektive nackdelar

Tabell 12: Exempel på utformning av regler för ersättningen i landstingen

Tabell 13: Bokstavsbeteckningar för landstingen

Tabell 1: Tillgänglighet

	Antal landsting	Landsting
Andel telefonsamtal som besvarats inom samma dag/godkänd tid	10	AB, C, E, F, VGREG, S, W, X, AC, Y
Antal läkarbesök inom sju dagar	5	C, E, X, AC, Y
Tillgänglighet enligt vårdgarantin	1	T
Ersättning per individ som besökt vårdenheten (vårdenhetstäckningsgrad)	1	E

Tabell 2: Patienterfarenheter respektive kontinuitet

	Antal landsting	Landsting
Andel patienter som upplevde mottagningens tillgänglighet per telefon som bra/mktbra/utmärkt	1	AB
Patientnöjdhet; Hur patienter upplevt tillgänglighet, information, bemötande, delaktighet och trygghet	2	SKÅNE, Y
Andel patienter som är nöjda med tillgängligheten	1	VGREG

Tabell 3: Läkemedel

	Antal landsting	Landsting
Följsamhet till rekommendationslista eller förskrivningsmål (ett eller flera)	11	AB, C, SKÅNE, N, VGREG, S, T, U, W, K, Y
Andel 65 år och äldre som influensavaccinerats	1	Y
Andel MPR vaccinerade vid 18 månader	1	Y
Kontinuerlig systematisk kvalitetskontroll av läkemedelsanvändningen för äldre	1	C
Andel patienter över 75 år för vilka läkemedelsavstämning genomförts	1	VGREG
Läkemedelsgenomgångar för multistjuka äldre med ≥ 5 läkemedel	1	S
Antal patienter i SÄBO vars utskrivna läkemedel är genomgångna enligt SoS	1	X
Årlig hälsokontroll inkl läkemedelsgenomgång för patienter i särskilt boende	1	T
Antal vårdplaneringar inkl läkemedelsgenomgångar per hemsjukvårdspatient	1	U
Kvalitetsbokslut för läkemedel	1	AB
Behandlingstryck läkemedel, DDD per listade	1	E
Kostnad för basläkemedel per läkarbesök	1	AB
Läkemedelsbudget i balans	1	Y

Tabell 4: Följsamhet till reklista eller enskilda förskrivningsmål

Typ av mål	Antal landsting	Landsting
Följsamhet till hela rekommendationslistan	3	AB, SKÅNE, T
Enskilda förskrivningsmål (urval)		
UVI (minskad andel kinoloner)	7	C, K, SKÅNE, N, VGREG, S, Y
Luftvägsantibiotika till barn/ungdom	3	K, SKÅNE, Y
Antibiotika enligt STRAMA	1	W
Generika (främst PPI och statiner)	5	C, N, T, U, Y
ACE/ARB	4	C, N, T, W
Sömnmedel & lungnade	3	C, N, Y
Startförpackningar	2	C, U

Tabell 5: Andra hälsofrämjande insatser

	Antal landsting	Landsting
Antal genomförda hälsoundersökningar av listade	1	AC
Andel patienter som fått frågor om levnadsvanor (tobak, kost, fysisk aktivitet)	2	C, Y
Antal 40-åringar som deltagit i hälsosamtal enligt landstingets hjärt-/kärlprogram	1	X
Andel patienter 20-74 år med journalldokumenterad genomgång av förebyggandemål	1	U
Patienter +13/+11 år som tillfrågas om tobaksvanor vid besök	2	S, X
Tobaksbrukande patienter som fått tobaksslutarstöd	2	C, E
Andelen av de som tillfrågats om rökning som deltagit i strukturerad rökavvänjning	1	W
Antal förskrivna recept på fysisk aktivitet (och liknande)	5	C, E, T, X, AC
Antal vuxna patienter som fått behandling för övervikt och fetma	1	C
Hembesök till förstagångsföräldrar/föderskor från BVC	2	S, T
Antal hembesök och hemsjukvårdsbesök för listade personer över 65 år	1	U
'Prevention'	1	F
Deltagande i folkhälsorådets arbete (eller motsvarande)	1	VGREG

Tabell 6: Register/diagnosregistrering

	Antal landsting	Landsting
Andel diabetspatienter registrerade i NDR	9	AB, C, SKÅNE, VGREG, T, U, X, AC, Y
Andelen diagnossatta läkarbesök	1	C

Tabell 7: Patientsäkerhet/ samverkan/rutiner

	Antal landsting	Landsting
Upprättade/reviderade handlingsplaner för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov	1	E
Förekomst av samverkansavtal med kommun om insatser i kommunal hälso- och sjukvård	1	VGREG
“Patientsäkerhet”	1	F
Händelseanalys enligt SoS i samband med eller vid risk för allvarlig händelse	1	X
Avvikelse rapportering/-system	2	E, S
Rutiner för bevakning av inkommande provsvar/remisser	1	S
Fungerande system för bevakning av obesvarade remisser	1	S
Rutiner för sjukskrivning	2	VGREG, S

Tabell 8: Diabetes respektive astma/KOL

	Antal landsting	Landsting
Kriterier för diabetesverksamhet ska uppfyllas	1	S
Kriterier för astma/KOL-mottagning ska uppfyllas	1	S
Diagnosregistrerade besök på sjuksköterskeledd spec.mott. för diabetes	1	E
Diagnosregistrerade besök på sjuksköterskeledd spec.mott. för astma/KOL	1	E
Journalregistrering av exacerbationer för patienter med astma/KOL vid besök hos läkare/sjuksköterska	1	E
Andel patienter som genomgått spirometri när diagnosen KOL satts	1	U
Journalregistrering om tobaksbruk för vuxna patienter med astma/KOL	1	E
Andel KOL-patienter som fått slutrökarstöd	1	U

Tabell 9: Systemeffekter respektive övriga mål

Systemeffekter	Antal landsting	Landsting
Täckningsgrad	9	AB, E, F, G, SKÅNE, N, VGREG, X, K
Övriga mål	Antal landsting	Landsting
Ackrediterade laboratorier på vårdenheter	1	VGREG
Vite för bristande miljöarbete	1	AB
Vite för bristande rapportering	3	AB, VGREG, X
Ej deltagit i mätningar av telefon-tillgänglighet (vite)	1	VGREG
Verksamheter som inte anordnar närakut (vite)	1	AB
Aktivt delta i uppföljningsarbete	1	F
Medicinsk revision av oberoende resurs	1	X
Deltagande i fortbildning som anordnas av landstinget/regionen	1	SKÅNE
Index läkarbesök kroniska/akuta	1	W
“Kvalitetsindex”	1	W

Tabell 10: Bonus, vite eller både och?

Strategi (exklusive tillägg/avdrag för täckningsbidrag)	Antal landsting	Landsting
Bonus (tillägg på ersättning)	8	F, K, SKÅNE, S, T, U, W, AC
Vite (avdrag på ersättningen)	3	N, Y, C
Bonus och vite (inkl ekonomiska sanktioner)	4	AB, E, VGREG, X

Tabell 11: Exempel på regler för ersättningen

	Tillämpas i landsting/regioner	Fördelar1	Nackdelar1
Relative rank - t.ex. bonus till de 10% bästa	Begränsat	Incitament för de bästa att bibehålla nivå	Begränsade incitament för de sämsta
Relative rank with penalties – som ovan samt vite om man inte når grundmål	Nej	Incitament bland de sämsta att nå grundmål	Viten för de sämsta kan reducera kvaliteten ytterligare hos dessa
Target attainment – alla som når målvärden får bonus	Ja, i flera varianter (viten under viss nivå, kostnads-kontroll)	Incitament att nå målen, men inte till ytterligare förbättring	Begränsade incitament för enheter som ligger långt ifrån målen
Target attainment plus improvement – kombination av måluppfyllelse och förbättring	Nej	Som ovan + incitament till förbättring för alla	Begränsade incitament för enheter som ligger långt ifrån målen
Percentage recommended – alla får bonus efter andel måluppfyllelse (“fee-for-a-necessary-service-done-right”)	Ja, riktad åtgärdsersättning	Incitament att göra rätt vid varje tillfälle	Små skillnader i måluppfyllelse ger lite skillnad i bonus

Tabell 12: Exempel på utformning av regler för ersättningen i landstingen

Typ av strategi	Exempel på utformning
Rangordning ("relative rank")	<p>Patienterfarenheter: Den tredjedel av enheterna som uppvisar bäst kvalitet per område får bonus. De totalt 10% bästa enheterna per område får dubbel bonus. Till varje område avsätts 1 mkr. (SKÅNE)</p>
Måluppfyllelse ("target attainment")	<p>Registrering i NDR: < 60% ingen ersättning; 60-75% halv ersättning; >75% hel ersättning (VGREG)</p> <p>Bonusnivå \geq 50%; Vitesnivå \leq 25% (AB)</p> <p>>60% registrerade i NDR (SKÅNE)</p> <p>UVI- resp luftvägsantibiotika:</p> <p>< 10% kinoloner resp >75% penicillin V; max 150 tkr per uppnått mål, om fler än 10 enheter uppnår båda målen minskas beloppen för att täckas inom de 3 mkr som avsatts (K)</p>
Per åtgärd ("percentage recommended")	<p>Läkemedelsgenomgångar för multisjuka äldre: 500 kr per genomgång max 2 ggr per patient och år (S)</p> <p>Hälsosamtal: Hälsosamtal för 40-åringar enligt landstingets hjärt-/kärlprogram: 1 100 kr per samtal (X)</p>

Tabell 13: Bokstavsbeteckningar för landstingen

Bokstavsförkortning	Landsting/region
AB	Stockholm
C	Uppsala
E	Östergötland
F	Jönköping
G	Kronoberg
H	Kalmar
K	Blekinge
SKÅNE	Skåne
N	Halland
VGREG	Västra Götalandsregionen
S	Värmland
T	Örebro
U	Västmanland
W	Dalarna
X	Gävleborg
Y	Västernorrland
Z	Jämtland
AC	Västerbotten
BD	Norrbotten

Målrelaterad ersättning i primärvården

*– Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen
hösten 2009*

Rapporten redovisar uppdraget att kartlägga och sammanställa de modeller som hittills utvecklats för målrelaterad ersättning inom ramen för vårdval i primärvården. Material hämtas från samtliga landsting och regioner som använder sådana principer. Fokus ligger på vilka mål och indikatorer som används inom ramen för målrelaterad ersättning.

Sammanställt material diskuteras också med utgångspunkt i internationell litteratur om principer för och erfarenheter av målrelaterad ersättning.

Rapporten ger kunskap om vilka variabler/indikatorer som används för målrelaterad ersättning inom primärvård. Rapporten ger också bakgrund samt vägledning i den fortsatta utvecklingen av indikatorer, variabler och synsätt, för fortsatt utveckling och samverkan inom området.

Skriften kan hämtas som pdf-fil på www.skl.se/publikationer

ISBN: 978-91-7164-495-4



Sveriges
Kommuner
och Landsting

118 82 Stockholm • Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00 • Fax 08-452 70 50
info@skl.se • www.skl.se