



VALTIONEUVOSTO  
STATSRÅDET

# Anvisningar om ersättningsmodeller för social- och hälsocentralernas direktvalstjänster

SHM 15.2.2019

## Innehåll

1. Bakgrund .....	3
2. Grunderna för ordnandet av verksamheten vid social- och hälsocentralerna.....	4
3. Anordnarens mål som utgångspunkt för planeringen.....	6
3.1 Uppställande av mål .....	6
3.2 Uppföljning av målen.....	8
4. Styrning av social- och hälsocentralernas producentnätverk .....	10
4.1 Styrningen som helhet.....	10
4.2 Producentersättningar som styrmedel.....	11
5. Den övergripande planeringen av ersättningsmodellen.....	15
6. Olika ersättningstyper .....	23
6.1 Fast ersättning .....	23
6.2 Prestationsbaserade ersättningar.....	26
6.3 Incitamentsbaserade ersättningar .....	28
6.4 Andra ersättningar .....	32

## 1. Bakgrund

Denna rapport om ersättningar till producenter av social- och hälsocentralstjänster har utarbetats som stöd för landskapens arbete. Social- och hälsovårdsministeriet har utarbetat rapporten i samarbete med Nordic Healthcare Group. Anvisningarna är inte förpliktande för landskapen.

Social- och hälsovårdsreformen träder i kraft 2021, medan de verktyg som möjliggör införandet av valfrihet (direktvalstjänster, kundsedlar och en personlig budget) införs stegvis 2021–2023. Social- och hälsocentralerna inleder sin verksamhet 2023, såvida inte landskapet får tillstånd att inleda verksamheten antingen tidigare eller senare.

Målet med rapporten är att med planeringen av ersättningarna till social- och hälsocentralerna som utgångspunkt

- redogöra för grunderna för den verksamhet som social- och hälsocentralernas direktvalstjänster innebär,
- informera om olika producentersättningar för social- och hälsocentralstjänster och om tillämpningen av dem,
- informera om hur ersättningsmodellen fungerar som styrmedel för landskapet som anordnare.

Som stöd för landskapen kommer man i ett senare skede även att utarbeta bland annat en rapport som i större detalj redogör för tillämpningen av ersättningar till producenter av social- och hälsocentralstjänster samt en rapport som behandlar direktval inom mun- och tandvården.

## 2. Grunderna för ordnandet av verksamheten vid social- och hälsocentralerna

De självstyrande landskapen kommer i fortsättningen att ansvara för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster. Lagstiftningsgrunden för ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänster utgörs av förslaget till lagstiftning om inrättande av landskap och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården (RP 15/2017 rd)<sup>1</sup> (nedan lagen om ordnande av social- och hälsovård) och förslaget till lag om valfrihet (RP 16/2018 rd)<sup>2</sup> (nedan valfrihetslagen), social- och hälsovårdsutskottets betänkande och motiveringarna enligt betänkandena (nedan betänkandet)<sup>3</sup>. De paragrafer i ovannämnda regeringspropositioner som gäller ersättningar är främst 18 § och 63–69 § i valfrihetslagen. Förutom av ovannämnda bestämmelser styrs verksamheten av de materiella lagarna om social- och hälsovårdstjänster och i sista hand av grundlagen (731/1999), enligt vilken alla har rätt till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Grundlagen förbjuder också diskriminering till exempel på grund av hälsotillstånd.

Den finansiering som landskapen får anger ramarna för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster. Bestämmelser om finansieringen finns i förslaget till lag om landskapens finansiering (RP 15/2017 rd) (nedan finansieringslagen). Den finansiering som fås för att ordna social- och hälsocentralverksamhet ingår i landskapens allmänna finansiering. I statens finansiering till landskapen beaktas skillnaderna mellan landskapen vad gäller invånarnas servicebehov och de varierande finansieringsbehov som följer av detta. På så sätt säkerställer man att varje landskap har tillräckliga ekonomiska förutsättningar att ordna tjänster för sina invånare med beaktande av de regionala särdragen. Utöver den finansiering som staten tillhandahåller har landskapen möjlighet att samla in medel för sina uppgifter med hjälp av kundavgifter. I förslaget till lag om kundavgifter för social- och hälsotjänster (RP 310/2018 rd) finns bestämmelser om hur dessa avgifter får tas ut.

Landskapsfullmäktige styr landskapets verksamhet som anordnare bland annat genom att ställa upp mål för verksamheten och bindande inkomst- och utgiftsbestämmelser för skötseln av ekonomin samt genom att utarbeta investeringsplaner. Med hjälp av landskapets budget anvisas medlen till olika tjänster. Därmed bestäms även ersättningsnivåerna för produktionen av social- och hälsovårdstjänster i budgetförfarandet.

Den ovan beskrivna lagstiftningen och verksamheten styr landskapens ordnande av tjänster men även planeringen och produktionen av tjänsterna. Ramarna för uppgiften att ordna tjänsterna utgörs dessutom av produktionsfaktorerna och informationssystemen samt av den information och det kunnande som finns att tillgå.

---

<sup>1</sup> Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av landskap och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården samt till lämnande av underrättelse enligt artikel 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse

([https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sidor/RP\\_15+2017.aspx](https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sidor/RP_15+2017.aspx))

<sup>2</sup> Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården och till vissa lagar som har samband med den

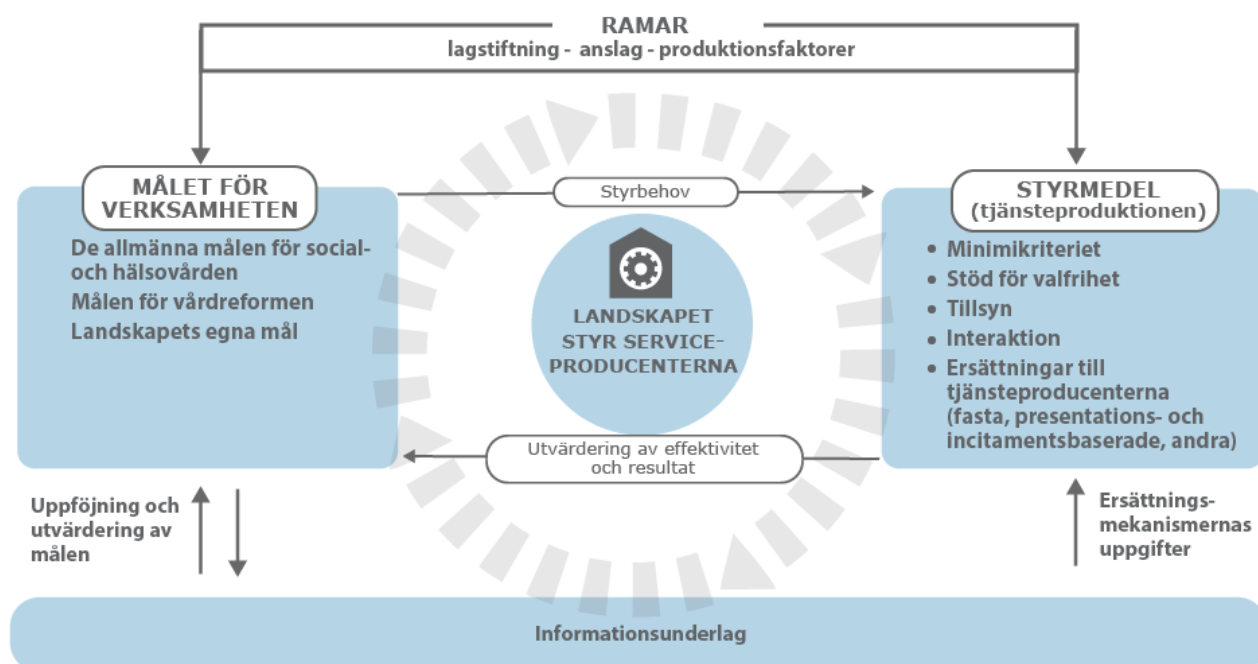
([https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/HallituksenEsitys/Sidor/RP\\_16+2018.aspx](https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/HallituksenEsitys/Sidor/RP_16+2018.aspx))

<sup>3</sup> <https://www.eduskunta.fi/SV/lakiensaataminen/valiokunnat/sosiaali-ja-terveysvaliokunta/Sidor/default.aspx>

Tillsammans bildar detta grunden för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster i landskapen.

Figur 1 ger en övergripande bild av anordnarens uppgift och producentersättningarnas roll. Landskapet ställer upp mål för verksamheten inom gällande ramar. Målen och det tillgängliga informationsunderlaget är sammankopplade eftersom landskapet måste följa upp och bedöma de uppställda målen. Med stöd av målen kan anordnaren identifiera behovet av styrning och planera styrmedel utifrån detta behov. Styrmedel kan bland annat vara förvaltningsbeslut, tillsyn, aktivt stöd för valfrihet och producentersättningar. Uppställandet av mål och samordningen av olika styrmedel samt en kontinuerlig utveckling av dem förutsätter långsiktiga insatser av landskapen. Denna process i ständig utveckling omfattar även producentersättningarna.

Figur 1 Ordnandet av social- och hälsovård samt ersättningar



Enligt 63 och 64 § i valfrihetslagen ska de ersättningar som betalas till tjänsteproducenterna sporra till att det ordnas effektiva tjänster samt främja befolkningens hälsa och välfärd och upprätthållandet av befolkningens funktionsförmåga. Ersättningarna ska stödja förverkligandet av effektivitetsmålen för social- och hälsovårdstjänsterna, kundernas valfrihet och en hållbar landskapsekonomi. Landskapet ska även behandla tjänsteproducenterna jämlikt när det bestämmer ersättningarna. Landskapet ska anvisa de social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter som dess affärsverk självt är huvudman för ersättning på samma allmänna grunder som det anvisar andra producenter av direktvalstjänster ersättning. Även verksamheten i samband med affärsverkets egna social- och hälsocentralstjänster ska täckas med de ersättningar som betalas till landskapets affärsverk enligt 65–69 §. Landskapet kan till följd av en i 49 § avsedd ändring av lagstiftningen eller med stöd av ett i 43 § avsett förvaltningsbeslut ändra beloppet av och grunderna för de ersättningar som det betalar för direktvalstjänster. Ändringen gäller jämlikt alla producenter av social- och hälsocentralstjänster och träder i kraft efter en övergångsperiod som landskapet meddelar, dock tidigast efter tre månader.

Enligt valfrihetslagen är grundformen för producentersättningar inom social- och hälsocentralsverksamheten kapitationsersättning<sup>4</sup>, och den ska utgöra minst två tredjedelar av det anslag som landskapet anvisat för direktvalstjänster. Utöver detta kan landskapet välja att betala andra ersättningar som får utgöra högst en tredjedel. Andra ersättningar kan vara prestationsbaserade ersättningar, incitamentsbaserade ersättningar och andra ersättningar som avses i 69 § i lagen, till exempel ersättningar som betalas på grund av olika omständigheter.

### 3. Anordnarens mål som utgångspunkt för planeringen

#### 3.1 Uppställande av mål

När landskapet ordnar tjänsterna ska det beakta de allmänna målen för social- och hälsovården<sup>5</sup>, målen för social- och hälsovårdsreformen<sup>6</sup> samt eventuella egna mål som grundar sig på regionala aspekter. Att ställa upp målen och följa upp genomförandet av dem hör till anordnarens kärnuppgifter och är av central betydelse för alla beslut som landskapet fattar i egenskap av anordnare. Eftersom de mål som ställts upp ska följas upp och mätas måste uppställandet och uppföljningen av målen vara kopplade till informationssystemen och den tillgängliga informationen. För att anordnaren ska ha förutsättningar att sköta sin uppgift korrekt måste man satsa på denna helhet – liksom på informationsledning överlag – i betydligt högre grad än förut.

Vid genomförandet måste landskapet hitta balans mellan de olika målen. Ett stort antal mål innebär ofta att alla mål inte samtidigt kan uppnås i önskad omfattning eftersom de kan vara sinsemellan motstridiga. Av central betydelse för uppnåendet av målen och ordnandet av social- och hälsocentralernas verksamhet är landskapets förståelse för den egna regionen, dess särdrag samt efterfrågan på och utbudet av tjänster. Som grund för ordnandet av social- och hälsocentralernas verksamhet måste landskapet utöver de nationella målen även ställa upp egna mål och ordna målen i prioriteringsordning. Anordnarens prioriteringar påverkar den tillgång och tillgänglighet som man vill upprätthålla inom landskapet i förhållande till de kostnader som detta medför. Å andra sidan kräver vissa mål, till exempel en förbättring av kundupplevelsen, ofta inte några tilläggsresurser utan en förändring av verksamhetssätten.

I exempel 1 presenteras en variant av den så kallade Triple Aim-ramen som ofta används internationellt för att skapa en uppfattning om målen. I exemplet fokuserar man särskilt på målen för social- och hälsovårdsreformen (som även omfattar valfrihetslagen), eftersom dessa mål på ett centralt sätt styr planeringen av landskapens ersättningsmodeller.

Målen för lagen om ordnande av social- och hälsovård är att

- minska skillnaderna i välfärd och hälsa människor emellan,
- göra tjänsterna mer jämlika och förbättra tillgången, samt

---

<sup>4</sup> Kapitationsersättning är en fast ersättning som betalas för alla kunder. Den beskrivs närmare i avsnitt 5 och 6.

<sup>5</sup> <https://stm.fi/sv/social-och-halsotjanster>

<sup>6</sup>

[https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet?p\\_p\\_id=56\\_INSTANCE\\_NjuvYc4A6K8L&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_56\\_INSTANCE\\_NjuvYc4A6K8L\\_languageId=sv\\_SE](https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet?p_p_id=56_INSTANCE_NjuvYc4A6K8L&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_NjuvYc4A6K8L_languageId=sv_SE)

- stävja kostnaderna.

Målen för valfrihetslagen är att

- förbättra möjligheterna för social- och hälsovårdens kunder att välja tjänsteproducent,
- säkerställa att tjänsterna för en kund genomförs som samordnade helheter,
- säkerställa att servicekedjorna fungerar, samt
- förbättra tillgången till tjänsterna och deras kvalitet.

### Exempel 1: Triple Aim-modellen för uppställande av mål

Med hjälp av den så kallade Triple Aim-modellen kan man gestalta flera samtidiga mål. Grundtanken är att man försöker uppnå alla tre mål samtidigt, trots att det egentligen ofta är fråga om en kompromiss mellan olika mål. På ett allmänt plan är de olika dimensionerna i Triple aim-modellen befolkningens hälsa, kundupplevelsen och en minskning av kostnaderna per invånare. Dessa mål är inte oberoende av varandra, utan uppnåendet av ett mål kan påverka de andra målen antingen positivt eller negativt. Till exempel kan en förbättring av kundupplevelsen kräva ytterligare resurser och därmed öka kostnaderna. I skattefinansierade system för social- och hälsovården utgörs Triple Aim-modellens dimensioner ofta av hälsofördelar, kvalitet samt tillgång eller jämlikhet. Kvaliteten definieras allmänt så att den inbegriper kundnöjdhet, säkerhet och tillgång.

I Bild 1 beskrivs målen för valfrihetslagen med Triple Aim-modellen, som anpassats till Finlands social- och hälsovårdsreform genom att målen utgörs av stävjande av kostnadsökningen, kundorientering och jämlikhet. I modellen har dessa tre huvudmål ytterligare delats upp i undermål.

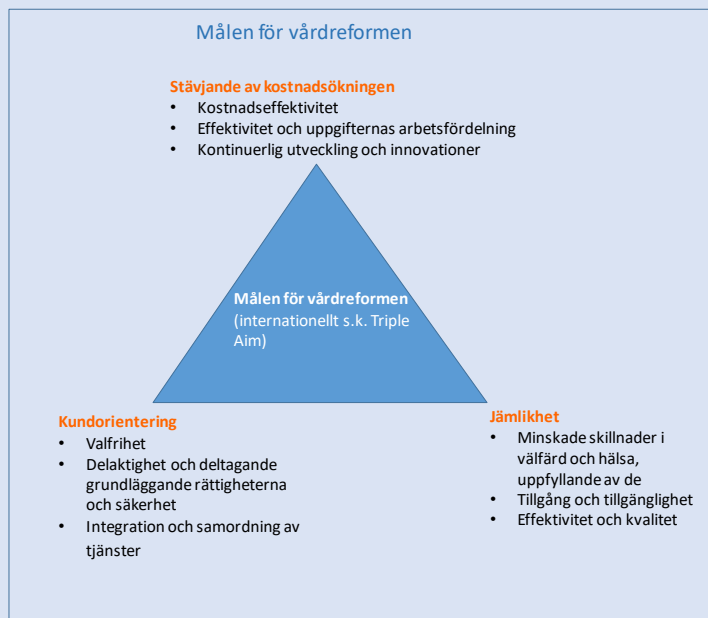


Bild 1: Målen för social- och hälsovårdsreformen enligt Triple Aim-modellen.

### 3.2 Uppföljning av målen

För att kunna kontrollera att målen uppnås och att servicesystemet fungerar behöver landskapet kunna mäta verksamheten och resultaten. Servicesystemet och dess mätare kan delas in i tre nivåer: befolkningen och dess hälsa, servicesystemets prestanda samt de enskilda vårdepisodernas effekt, kvalitet och lönsamhet.<sup>7</sup> Landskapets långsiktiga mål finns på den högsta nivån, och det slutliga målet är befolkningens hälsa och välfärd. När landskapet planerar ersättningssystemet undersöker det särskilt nivån på servicesystemets prestanda. För att kunna följa upp och utveckla servicesystemet behöver landskapet även information om den lägsta nivån, det vill säga om de enskilda vårdepisoderna. För att kunna identifiera kopplingarna mellan systemets delområden måste de tre nivåernas mätare vara knutna till varandra.

Förutom att landskapet använder mätare för att följa upp verksamheten kan vissa mätare även användas som grund för fastställandet av ersättningar, framför allt vid incitamentsbaserade ersättningar. Sådana mätare bör dock utformas och införas stegvis. Innan de tas i bruk och kopplas till ersättningarna i egentlig mening bör man observera dem, eftersom landskapen på så sätt får mer information om mätarnas siffervärde och känslighet för förändringar. Det är också viktigt att se till att mätarna inte kan manipuleras. Med stöd av dessa uppgifter kan man slutligen bedöma om mätarna lämpar sig som grund för betalning av ersättningar. Trots det som anges ovan måste dock varje landskap oberoende av ersättningsmodellerna följa upp de mätare som beskriver hur målen för social- och hälsovårdsreformen (inkl. den utökade valfriheten) har uppnåtts.

När mätarna införs i praktiken måste man utarbeta noggranna villkor för producenterna, till exempel om tillhandahållandet av och det detaljerade innehållet i information. Den information som samlas in måste definieras mycket noggrant och dess korrekthet ska kunna testas exempelvis genom stickprov. Landskapet får avgöra i vilken omfattning producenterna ombeds meddela färdiga mätvärden och i vilken omfattning man vill att producenterna tillhandahåller rådata som landskapet analyserar som grund för beräkningen av mätvärdena. Det är också viktigt att utreda den arbetsmängd, de kostnader och det kunnande som beräkningen kommer att kräva.

Landskapet ska tydligt informera om vad som krävs av producenterna och vilka följderna blir om villkoren inte uppfylls. På så sätt blir systemet förutsebart för producenterna, som behandlas på ett jämlikt sätt. Det är viktigt att tjänsteproducenterna involveras redan i planeringen av systemet, eftersom producenternas informationssystem och övriga förutsättningar att tillhandahålla information påverkar hur systemet genomförs i praktiken.

---

<sup>7</sup> Torkki, P., Leskelä, R-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A., Hörhammer, I. Ehdotus sosiaali- ja terveystalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Statsrådets publikationsserie för utrednings- och forskningsverksamhet 36/2017



### **Exempel 2: T3-tiden som mått på tillgången**

Ett exempel på hur noggrann definitionen behöver vara i samband med införandet av mätarna är mätningen av tillgången. I Finland har tillgången normalt mätts i T3-tid, som anger inom hur många dagar den tredje lediga mottagningstiden finns vid den aktuella enheten. Tiden mäts separat för läkare och sjukskötare. Dessutom måste man bestämma om T3-tiden ska beräknas gemensamt för alla mottagningstider vid enheten eller separat för varje mottagare och vilka yrkesgrupper som ska tas med i beräkningen samt hur ofta och för vilken veckodag beräkningen ska göras och på vilket sätt veckosluten ska beaktas.

Mätningen och uppföljningen av en viss faktor, såsom T3-tiden, inverkar på producentens verksamhet. Ju mer den påverkar exempelvis kundernas val eller ersättningarna, desto större är dess inverkan. Till exempel bidrar medianen eller medelvärdet för mottagarnas T3-tider sannolikt till att endast mottagare som arbetar heltid anställs, eftersom till exempel en läkare som bara arbetar en dag i veckan vid en social- och hälsocentral försämrar medianen/medelvärdet. Däremot är hela enhetens T3-tid neutral i detta hänseende. Av denna orsak måste anordnaren vara väl insatt i de mätare som den fastställer och de bakgrundsfaktorer som påverkar dem, eftersom det är till kundernas fördel om exempelvis en erfaren expert arbetar vid en social- och hälsocentral, även om det endast är deltid.

## 4. Styrning av social- och hälsocentralernas producentnätverk

### 4.1 Styrningen som helhet

Landskapet har som anordnare tillgång till olika metoder för att styra social- och hälsocentralernas producentnätverk så att de mål som landskapet ställt upp kan nås. Styrningen bör grunda sig på målen och därmed på principerna för informationsledning. Förenklat sett kan anordnarens styruppgift sägas innebära en process som omfattar följande tre punkter och som ständigt utvecklas och upprepas:

- 1) Identifiering av styrbehoven och förändringar i dessa med hjälp av informationsunderlaget för uppföljningen av målen
- 2) Val och genomförande av styrmedlen, varvid man måste beakta att
  - a. styråtgärdernas effekt varierar
  - b. styråtgärdernas konsekvenskedjor varierar
  - c. styråtgärdernas direkta konsekvenser och kostnader samt bieffekter (indirekta kostnader) varierar mellan olika styrmedel
- 3) Utvärdering av styrmedlens verkningsfullhet och resultat

Det viktigaste av landskapens styrmedel är förvaltningsbeslutet, om vilket det föreskrivs i 43 § i valfrihetslagen. Landskapen har rätt att inom ramarna för lagen om ordnande av social- och hälsovård och valfrihetslagen genom ett förvaltningsbeslut ställa upp olika villkor och krav för tjänsteproducenterna som gäller tjänsteproduktionen. Landskapen kan för tjänsteproducenterna ställa upp villkor som gäller exempelvis tjänsternas kvalitet, servicekedjor, resurser och tillgång, samordning av tjänster samt beredskap i händelse av störningar och undantagsförhållanden. Dessutom innehåller lagstiftningen bestämmelser om vissa faktorer till exempel i anslutning till tjänsternas kvalitet, såsom kompetenskrav för yrkesutbildade personer och de språk som tjänsterna ska tillhandahållas på.

Som styrmedel kan villkoren ha formen av minimikriterier, dvs. villkor som alltid ska uppfyllas i alla situationer. Förutom villkor som gäller i hela landskapet kan ett landskap även ställa upp villkor som endast gäller tjänsteproducenter i en viss del av landskapet. Dessa villkor kan variera inom olika delar av landskapet, och syftet med dem kan exempelvis vara att förbättra tillgången till tjänster i glesbygden.

Ett förvaltningsbeslut omfattar producentersättningar och villkor för utbetalning av ersättningarna. Villkor som utfärdas genom ett förvaltningsbeslut gäller både privata producenter och landskapets egna producenter av social- och hälsocentralstjänster. Med privata producenter ingår landskapen även avtal, men det rekommenderas att avtalen endast ska omfatta sådana praktiska frågor som varierar mellan de olika producenterna – exempelvis öppettider – eftersom landskapets förvaltningsbeslut är anordnarens huvudsakliga, till producenterna riktade styrdokument. Utöver förvaltningsbesluten har landskapen även tillgång till andra viktiga styrmedel.

Landskapets styrmekanismer kan indelas enligt följande:

- Normstyrning: Styrningen sker med hjälp av lagstiftning och anvisningar.
- Resursstyrning: Styrningen sker genom fördelning av pengar eller andra resurser och genom fastställande av fördelningsgrunder.
  - Resultat- och målstyrning: En form av resursstyrning där resurserna fördelas utgående från i vilken omfattning en organisation eller enhet har

uppnått de mål som ställts upp. Vid resultatstyrning betonas förhållandet mellan verksamhetens resultat och de tilldelade resurserna tydligare än vid traditionell resursstyrning.

- Avtalsstyrning: Ett strategiskt och operativt styrmedel vid tjänsteproduktion. Vid avtalsstyrning avtalar anordnaren och producenten om den tjänst som ska produceras och om detaljerna för den.

Utöver de egentliga styrmedlen lägger övergången till en modell med flera producenter fokus på dialog och förtroende mellan anordnaren och tjänsteproducenterna. Dessutom kan det vara klokt av landskapet att stå för en del av kostnaderna för utvecklingen av informationssystemen, eftersom det gör det möjligt för producenter av olika typ och storlek att ansluta sig till producentnätverket. Landskapet bör också genom sin egen verksamhet försöka påverka kunderna att göra ett aktivt val genom att tillhandahålla mångsidig information för jämförelse av producenterna och genom att överlag informera om rätten att välja producent.

## **4.2 Producentersättningar som styrmedel**

Producentersättningarna bestäms genom landskapets förvaltningsbeslut, som utgör en del av landskapets styrsystem. När landskapet fastställer ersättningsmodellen måste det besluta vilka frågor rörande producentnätverkets styrning som det försöker och kan hantera med hjälp av ersättningsmodellen och vilka som måste hanteras med andra styrmedel.

De villkor för tjänsteproduktionen som fastställs genom förvaltningsbeslutet kan variera mellan de olika landskapen inom ramen för bestämmelserna i förslaget till valfrihetslag. Det är motiverat att fastställa landsskapspecifika villkor eftersom landskapen skiljer sig från varandra bland annat i fråga om befolkningsunderlag, servicebehov, näringsstruktur och exempelvis geografiska och språkliga förhållanden. Villkoren omfattar även betalningsgrunderna för producentersättningarna. Genom att anpassa villkoren kan landskapen således för att uppnå olika mål (t.ex. tillgång, tillgänglighet och språkliga behov) utnyttja de olika former av producentersättningar som förslaget till valfrihetslag möjliggör.

De villkor för producentersättningarna som fastställs genom förvaltningsbeslutet påverkar avsevärt producenternas förutsättningar att producera tjänster på ett affärsmässigt lönsamt sätt. De har bland annat betydelse för hur många tjänsteproducenter som söker sig till området och hur mångsidigt områdets servicenätverk blir. Ett omfattande och mångsidigt servicenätverk är en förutsättning för att kunden ska ha en verklig möjlighet att välja mellan olika producenter. De villkor som fastställs påverkar emellertid inte bara formen på det producentnätverk som skapas i området, utan med hjälp av detaljer som gäller producentersättningarna kan man även påverka producenternas specialisering och tjänsternas effektivitet. Samtidigt är det bra att komma ihåg att producentersättningarna endast är en av de mekanismer som styr systemet. Även ett större antal tjänsteproducenter och större valfrihet för kunderna, det vill säga en konkurrensfrämjande verksamhetsmiljö, styr producenternas verksamhet.

Till exempel beror de aktiva val som görs bland annat på antalet social- och hälsocentraler och deras regionala fördelning, väntetiderna, avstånden och tjänstens tillgänglighet i övrigt. Ovannämnda faktorer kan påverkas med hjälp av producentersättningarna, men i ersättningsnivån måste man samtidigt beakta målet att stävja kostnaderna. Den ersättningsmodell som utformas måste alltså ligga i linje med verksamhetens finansiering

samtidigt som den måste möjliggöra ett tillräckligt tätt servicenätverk. Dessutom måste producentersättningarna styra tjänsteproduktionen i önskad riktning vad gäller verksamhetens innehåll.

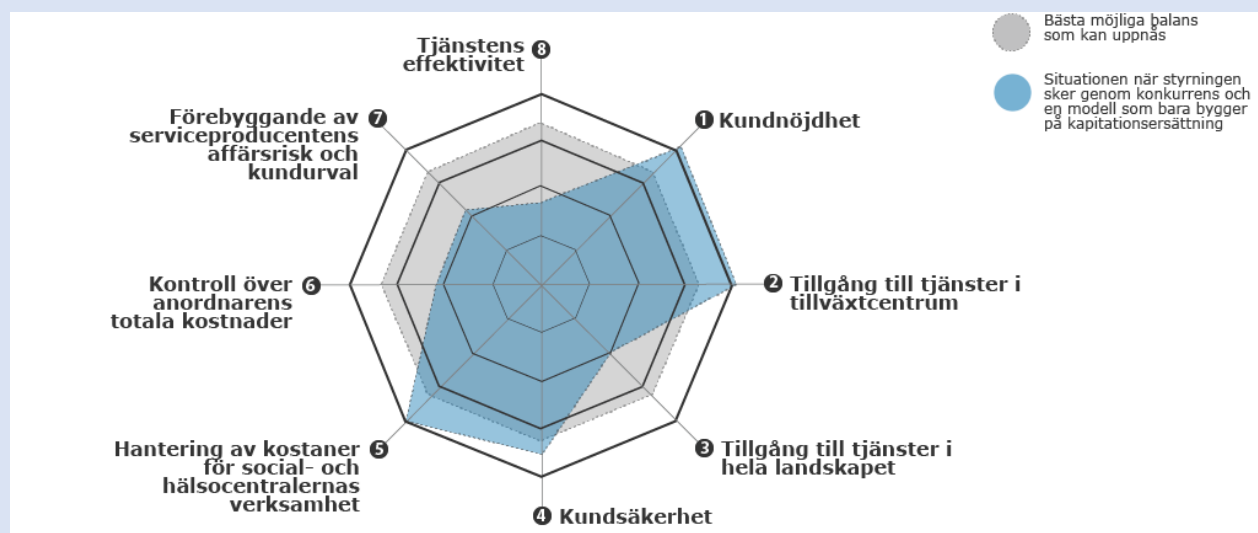
I exempel 3 åskådliggörs användningen av producentersättningar och andra styrmekanismer i förhållande till de mål som ställts upp. Exemplet är endast åskådliggörande och bygger inte på empirisk forskning.

### Exempel 3: Användningen av producentersättningar och andra styrmekanismer i förhållande till de mål som ställts upp

Kapitationsersättningar i kombination med kundernas valfrihet och en konkurrensfrämjande verksamhetsmiljö stöder uppnåendet av såväl de nationella målen som landskapens egna mål för social- och hälsovårdsreformen och bidrar till att styra producenternas verksamhet mot de mål som ställts upp. Därtill är det viktigt att landskapet är medvetet om hur det kan använda andra ersättningsformer och även helt andra styrmedel som verktyg för att uppnå olika mål, eftersom inte ens ett starkt system som grundar sig på kapitationsersättningar i kombination med en konkurrensfrämjande verksamhetsmiljö nödvändigtvis är tillräckligt för att alla mål ska kunna uppnås i tillfredsställande grad. Olika ersättningstyper kan också påverka målen negativt.

Mål	Kapitationsbaserad lösning	Producentersättningar och andra medel som kan förbättra situationen
<b>1. Kundnöjdhet</b>	Systemet styr och kapitationsersättningarna stöder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Villkoren i förvaltningsbeslutet</li> <li>Styrning av valfriheten genom information</li> </ul>
<b>2. Tillgång till tjänster</b>	Systemet styr och kapitationsersättningarna stöder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incitamentsbaserade ersättningar</li> <li>Prestationsbaserade ersättningar</li> <li>Villkoren i förvaltningsbeslutet</li> <li>Styrning av valfriheten genom information</li> </ul>
<b>3. Tjänsternas tillgänglighet</b>	Serviceutbudet i glesbygden är en utmaning	<ul style="list-style-type: none"> <li>Andra ersättningar</li> </ul>
<b>4. Kund-/patientsäkerhet</b>	Kapitationsersättningarna är av mindre betydelse; är knutet till tillsyn och lagstiftning	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incitamentsbaserade ersättningar</li> <li>Villkoren i förvaltningsbeslutet</li> </ul>
<b>5. Kostnader för social- och hälsocentralernas verksamhet</b>	Med hjälp av kapitationsersättningar kan anordnarens kostnader förutses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verksamheten måste säkerställas genom villkoren i förvaltningsbeslutet</li> </ul>
<b>6. Anordnarens totala kostnader</b>	Överföringen av kostnaderna från primärvården till den specialiserade sjukvården är en utmaning	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incitamentsbaserade ersättningar</li> <li>Prestationsbaserade ersättningar</li> <li>Villkoren i förvaltningsbeslutet</li> <li>Uppföljning av remisser</li> </ul>
<b>7. Förhindrande av kundurval</b>	En utmaning trots tillämpningen av behovsfaktorer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestationsbaserade ersättningar</li> <li>Andra ersättningar</li> <li>Villkoren i förvaltningsbeslutet</li> <li>Styrning av valfriheten genom information</li> </ul>
<b>8. Effektivitet</b>	Kapitationsersättningarna sporrar till att åtgärda allt på en gång, trots det är det en utmaning att t.ex. uppnå hälsomålen på befolkningsnivå	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incitamentsbaserade ersättningar</li> <li>Prestationsbaserade ersättningar</li> <li>Andra ersättningar</li> <li>Villkoren i förvaltningsbeslutet</li> <li>Styrning av valfriheten genom information</li> </ul>

Exemplet visar att kundnöjdheten, tillgången till tjänster – framför allt i tillväxtcentrum – samt möjligheten att förutse kostnaderna för social- och hälsocentralernas verksamhet sannolikt är sådana mål som landskapet kan uppnå utan att behöva använda andra styrmedel. Detta förutsätter dock att uppföljnings- och utvärderingsinformationen utnyttjas effektivt. Om man dessutom förutsätter att övervakningen av verksamheten kan fortsätta åtminstone på samma nivå som i dag kan man även relativt väl garantera kundernas och patienternas säkerhet. Däremot måste anordnaren sannolikt överväga att använda andra styr- och övervakningsmekanismer till exempel för att säkerställa tillgången till tjänster i glesbygder. Valfrihetslagen ger möjlighet till detta eftersom landskapet i sådana fall till exempel kan använda ersättningar som baserar sig på omständigheter.



## 5. Den övergripande planeringen av ersättningsmodellen

Ersättningssystemet planeras utifrån de mål som landskapet har ställt upp. Vid den övergripande planeringen måste man känna till den totala nivån på ersättningarna och förstå kopplingarna mellan de olika krav och villkor som landskapet fastställt. De krav som ställs på producenterna medför kostnader, varför den totala nivån på ersättningarna måste motsvara de krav som villkoren innebär. Ersättningssystemet måste planeras för flera år framåt, och vid planeringen av systemet och fastställandet av ramarna för producentersättningarna måste man bland annat beakta inflationens konsekvenser.

Kärnan i ersättningarna till social- och hälsocentralerna utgörs av en fast ersättning, en så kallad kapitationersättning, som betalas för alla kunder. För fasta ersättningar måste landskapet i sin budget avsätta minst två tredjedelar av de anslag som anvisats för ersättningar för social- och hälsocentralernas direktvalstjänster. För att kundernas varierande servicebehov ska beaktas i den ersättning som producenten får inbegriper kapitationen en riskjustering som grundar sig på kundernas förväntade servicebehov och som beaktar åldersstruktur, sjukfrekvens och socioekonomiska förhållanden, dvs. de faktorer som i första hand påverkar servicebehovet.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) utarbetar utifrån en undersökning som institutet gör ett förslag till faktorer som beskriver behovet av social- och hälsocentralernas tjänster samt till dessa faktorer betydelse, varefter närmare bestämmelser om faktorerna utfärdas genom förordning av statsrådet. Med hjälp av riskjusteringen strävar man efter att kundgrupper som anlitar tjänsterna ofta ur producentens synvinkel ska bli ekonomiskt likvärdiga med kundgrupper som anlitar tjänsterna i mindre omfattning. Med andra ord minskar riskjusteringen den ekonomiska risk som en kund som anlitar tjänsterna ofta eventuellt medför för producenten. För de kunder som sannolikt kommer att behöva fler tjänster betalas också större ersättning. Detta gör det möjligt även för producenter med en mindre kundvolym att producera social- och hälsocentralstjänster.

Landskapet måste beakta behovsfaktorerna när det planerar en ersättningsmodell utifrån landskapets egna behov, men först när undersökningen är klar kan landskapen göra en slutlig bedömning av förhållandet mellan kapitationersättning och andra producentersättningar. Till exempel kan faktorer som är knutna till olika omständigheter förutsätta ytterligare åtgärder inom vissa områden eller för vissa kundgruppers del, även om behovsjusteringen omfattar vissa faktorer som är knutna till omständigheterna.

I en ersättningsmodell som grundar sig på kapitation kan riskkunderna komma att fördelas ojämnt mellan producenterna i förhållande till ersättningarna och de förväntade kostnaderna, eftersom behovsjusteringen inte kan beakta alla faktorer som påverkar kostnaderna. Behovsfaktorernas obalans mellan olika kundgrupper kan även leda till ett oönskat urval av kunder från producenternas sida (de "plockar russinen ur kakan"). Detta kan vara lockande för producenterna i det finska systemet, särskilt på grund av att företagshälsovårdens tjänster delvis överlappar social- och hälsocentralernas tjänster. En kund som anlitar företagshälsovårdens tjänster behöver sannolikt inte anlita social- och hälsocentralstjänsterna lika ofta, vilket sporrar producenterna att försöka locka just dessa kunder till sig. Man måste dock komma ihåg att social- och hälsocentralerna inte får sätta en övre gräns för kundantalet, utan är tvungna att ta emot alla kunder som vill anlita dem. Kunderna kan således inte väljas ut direkt genom att vissa personer förhindras att bli kunder. Dessutom varierar innehållet i företagshälsovårdens tjänster, vilket innebär att företagshälsovården inte nödvändigtvis omfattar sjukvårdstjänster i

någon större utsträckning, varför kunden trots företagshälsovården kan komma att behöva anlita offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänster. Företagshälsovårdens kunder har alltid rätt att även göra detta.

Fördelen med en kapitationsbaserad ersättningsmodell är att den är förutsebar och sporrar producenten till en (kostnads)effektiv verksamhet. Risker med ersättningsmodellen är underbehandling, undvikande av patienter som behöver anlita tjänsterna ofta och överföring av kostnader till andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Den sistnämnda risken kan förverkligas till exempel genom att det till kunderna skrivs ut många remisser till landskapens affärsverk. Identifieringen och uppföljningen samt begränsningen av dessa fenomen med hjälp av ersättningsmekanismer och andra medel utgör en viktig del av uppgiften att ordna social- och hälsocentralverksamhet. Att följa upp remisspraxisen hör i och för sig redan i dag till rutinuppgifterna inom hälso- och sjukvården, och det föreslagna valfrihetssystemet ändrar inte på denna princip.

Tabell 1 redogör för olika aspekter av ett kapitationsbaserat ersättningssystem som kräver särskild uppmärksamhet. Aspekterna speglas mot målen för den föreslagna valfrihetslagen.



Tabell 1 Aspekter av ett kapitationsbaserat ersättningsystem som kräver särskild uppmärksamhet

<b>Problem som särskilt bör beaktas vid utformningen av ersättningssystemet, speglade mot de mål som ställts upp</b>		
<b>Problem</b>	<b>Mål</b>	<b>Beskrivning</b>
<b>Överföring av kostnader</b>	Förbättring av tjänsternas kostnadseffektivitet	Överföring av kostnader avser en situation där tjänsteproducenten försöker överföra kostnaderna för vården av kunden till en annan aktör: social- och hälsocentralen har t.ex. låg tröskel för att remittera kunder till den specialiserade sjukvården, varvid kostnaderna överförs från tjänsteproducenten till landskapets affärsverk.
<b>Urval av kunder ("plocka russin ur kakan")</b>	Främjande av kundens valmöjligheter, förbättring av tjänsternas kostnadseffektivitet	Urval avser en situation där tjänsteproducenten strävar efter att maximera vinsten genom att favorisera patienter som förväntas anlita tjänsterna i liten omfattning, varvid kostnadsrisken i förhållande till den kapitationsersättning som betalas är liten. Typiskt för detta är att producenten undviker kunder med många problem eller kunder som behöver många tjänster, men beroende på behovsjusteringen och de kapitationsersättningar som betalas kan urvalet även gälla grupper som anlitar tjänsterna ofta.
<b>Problem som gäller tillgängligheten eller tillgången på landskapsnivå</b>	Främjande av kundens valmöjligheter	Problem som rör tillgängligheten och tillgången handlar särskilt om avlägset belägna områden eller andra omständighetsfaktorer som påverkar mångsidigheten i det producentnätverk som utvecklas i området. Även språkrelaterade faktorer måste vid behov beaktas vid planeringen av ersättningssystemet.
<b>Effektivitet</b>	Förbättring av tjänsternas kostnadseffektivitet	En tjänsts effektivitet omfattar åtminstone två problem: Vård som verkar på lång sikt minskar de kundspecifika totalkostnaderna, med den kan 1) realiseras för långsamt för att vara lönsam för tjänsteproducenten (kunden hinner byta social- och hälsocentral innan kostnadsbesparingen realiseras) och 2) riktas mot andra tjänster än de som social- och hälsocentralen producerar (varvid man är tillbaka vid problemet med överföring av kostnaderna). Vid övervägandet av effektiviteten måste man även beakta frågor som gäller mätningen av den.

Ovannämnda faktorer kopplade till kapitation kan balanseras upp med andra ersättningar, som får uppgå till en tredjedel. Den fasta ersättningen kompletteras av prestationsbaserade och incitamentsbaserade ersättningar samt andra ersättningar, såsom ersättningar som baserar sig på omständigheter. Olika omständigheter råder i olika landskap och därför varierar olika faktorer betydelse från ett landskap till ett annat. Tabell 2 innehåller ett sammandrag av de producentersättningar som ingår i valfrihetslagen och som utgör grunden när landskapen utformar sin egen ersättningsmodell.

Med hjälp av dessa ersättningstyper kan man försöka kompensera kapitationsersättningens brister och påverka ett oönskat beteende hos producenterna. Om den ersättning som producenten får i hög grad bygger på antalet prestationer är risken att antalet onödiga prestationer och kostnaderna ökar, eftersom prestationsersättningar ofta har en tendens att öka antalet prestationer. Med incitamentsbaserade ersättningar kan man försöka uppnå de på förhand uppställda målen, och med hjälp av dessa ersättningar kan man styra producentens verksamhet på ett effektivitetsbaserat sätt.<sup>8</sup> Med hjälp av de incitamentsbaserade ersättningarna strävar man efter att styra verksamheten så att det inte uppstår några incitament för under- eller överbehandling. Det är dock möjligt att dåliga incitament skapas, och landskapen måste vara noggranna när de ställer upp och mäter målen. Utöver ovannämnda ersättningar kan landskapen även inkludera andra ersättningar i ersättningsmodellen. Grunderna för fastställandet av dessa ersättningar måste emellertid anges på ett noggrant och transparent sätt som inte diskriminerar någon. Till exempel kan ersättningar som baseras på olika omständigheter få stor betydelse i vissa områden, eftersom lokala omständigheter såsom ett perifert läge eller språkliga förhållanden kan medföra betydande extra kostnader som inte kan täckas enbart med kapitationsersättning.

---

<sup>8</sup> Toward Greater Integration Of Care And Improved Efficiency: A critical review of EHIF's payment system (version 1). World Bank Group 2017

Tabell 2 Sammanfattning av olika ersättningstyper

Paragraf i valfrihetslagen	Ersättningstyp	Beskrivning
<b>65 §</b> <b>Fasta ersättningar</b>	Kapitationsersättning	Kapitationsersättningen är en fast ersättning som betalas för varje kund som är registrerad hos en tjänsteproducent. Genom riskjustering försöker man få ersättningen att motsvara det genomsnittliga servicebehovet baserat på ålder och sjukfrekvens.
<b>67 §</b> <b>Prestationsbaserade ersättningar</b>	Prestationsbaserad ersättning	De prestationsbaserade ersättningarna betalas för faktiska prestationer, såsom besök eller enskilda vårdhändelser.
<b>68 §</b> <b>Incitamentsbaserade ersättningar</b>	Incitamentsbaserad ersättning	De incitamentsbaserade ersättningarna baseras på i vilken grad de uppställda målen har uppnåtts, vilket mäts med hjälp av överenskomna mätare.
	Fördelning av kostnadsfördelarna	Fördelning av kostnadsfördelarna innebär att de besparingar som gjorts inom hela servicekedjan i fråga om en kund fördelas mellan anordnaren och producenten.
<b>69 §</b> <b>Andra ersättningar</b>	Ersättningar baserade på olika omständigheter	Med ersättningar baserade på olika omständigheter avses ersättningar som baseras på lokala omständigheter. Dessa omständigheter kan medföra större kostnader än i genomsnitt eller i övrigt göra området mindre attraktivt för tjänsteproducenter. Sådana omständigheter kan vara exempelvis ett perifert läge, tvåspråkighet eller främmande språk.

Med hjälp av detaljer i ersättningssystemet och olika ersättningstyper kan man styra producenternas beteende i syfte att lösa vissa av de problem som det redogörs för i tabell 1. Tabell 3 innehåller en sammanfattning av olika förslag till lösningar på vissa centrala problem. Dessa problem är sådana som det kan vara motiverat att försöka hitta en lösning på med hjälp av detaljer i ersättningssystemet i stället för med hjälp av de grundläggande utgångspunkterna i lagstiftningen (kapitation, valfrihet, fri placering).

Tabell 3: Styrning av servicenätet med hjälp av producentersättningar

<b>Olika möjligheter att påverka problem med anknytning till ersättningssystemet</b>	
<b>Överföring av kostnader</b>	Det kommer inte att ske några förändringar i uppföljningen av remisser efter reformen. Det blir även möjligt att införa incitamentsbaserade ersättningar (t.ex. modellen med fördelade besparingar), som kommer att inkludera en mätare som anger i vilken omfattning tjänster inom annan hälsovård används. Ersättningarna betalas inte om denna användning överskrider en särskilt fastställd gräns. Fördelningen av kostnadsbesparingarna får dock inte leda till underbehandling, utan verksamheten måste följas upp även ur detta perspektiv.
<b>Plocka russen ur kakan</b>	Producenterna får inte ange ett maximiantal kunder, utan de måste ta emot alla kunder som registrerar sig hos dem. Dessutom minskar riskjusteringen i samband med kapitationsersättning risken för kundurval. Till producenterna kan även betalas tilläggsersättningar som baseras på socioekonomiska faktorer (prestationsbaserade ersättningar, ersättningar baserade på olika omständigheter eller till och med incitamentsbaserade ersättningar), till exempel beroende på var tjänsteproducentens vårdcentral är belägen.
<b>Sämre tillgång i mer avlägset belägna områden</b>	I glesbygden eller i områden där utbudet av någon annan orsak inte blir tillräckligt stort kan ersättningar som baseras på omständigheterna användas.
<b>Förbättring av effektiviteten</b>	Ersättningsmodellen kan inbegripa incitamentsbaserade ersättningar som baseras på vårdens (kostnads)effektivitet.

Ersättningsformerna bör väljas och planeras utgående från landskapets viktigaste mål. Framför allt när man använder incitamentsbaserade och prestationsbaserade ersättningar bör man beakta att det inte nödvändigtvis går att på förhand göra en noggrann uppskattning av deras inverkan på anslagens tillräcklighet. Förutsägbarheten kan dock förbättras till exempel genom att man fastställer en övre gräns för de totala ersättningarna.

Eftersom det i dag endast finns lite information om användningen av olika ersättningsformer inom den finländska social- och hälsovårdens verksamhetsmiljö och eftersom ersättningarna kan fungera olika väl i olika delar av landet måste man kontinuerligt följa upp och utveckla ersättningssystemet. Å andra sidan påverkar ersättningssystemet avsevärt lönsamheten i producenternas verksamhet, och därför måste systemet vara tydligt och förutsägbart och får inte ändras för ofta. Om ersättningssystemet redan från början är mycket komplicerat är det svårt att identifiera konsekvenserna av systemets olika delar och det blir svårare att reagera på förändringar. I Sverige har Riksrevisionen till exempel rekommenderat att ersättningssystemet förenklas för att minimera en oändamålsenlig optimering och förvaltningskostnaderna.<sup>9</sup> Det är också bra att notera att om ersättningsmodellen innehåller ett mycket stort antal ersättningsformer kan en ersättningsforms andel bli så liten att dess inverkan på producentens verksamhet är obetydlig. Därför bör landskapen börja med en enkel och noga planerad modell. Samtidigt ska man komma ihåg att den modell som initialt införs inte är den slutgiltiga, utan att landskapen kan införa fler ersättningsformer när de får

<sup>9</sup> Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22, s. 111

erfarenhet av systemet. Stora och plötsliga ändringar bör dock undvikas, och de är också svåra att genomföra i praktiken.

#### **Exempel 4: Remitteringen av kunder till den specialiserade sjukvården och användningen av jourtjänster**

Remitteringen av kunder till den specialiserade sjukvården är en faktor som påverkar anordnarens totala kostnader för social- och hälsovården. Landskapets affärsverk ska fungera som dörrvakt till den specialiserade sjukvården, och remisspraxisen motsvarar därmed i mycket hög grad remisspraxisen inom de nuvarande sjukvårdsdistrikten.

När man mäter antalet remisser – och framför allt när en incitamentsmodell utformas utifrån dessa uppgifter – bör man beakta att målet naturligtvis inte är att det till exempel inte ska skrivas ut några remisser alls till den specialiserade sjukvården, utan att målet måste ställas upp utgående från jämförelser på landskapsnivå och nationell nivå. Dessutom får uppföljningen av antalet remisser aldrig styra verksamheten så att de som behöver vård blir utan på grund av ett alltför stramt ersättningssystem.

På motsvarande sätt behöver kunderna i vissa situationer använda jourtjänster, även om basservicen dagtid är i skick. Landskapet måste även följa upp användningen av jourtjänster för att kunna göra en helhetsbedömning. Här bör man skilja mellan användningen av jourtjänster under tjänstetid och andra jourtjänster: om social- och hälsocentralerna liksom den brådskande mottagningen fungerar väl bör behovet av primärvårdens jour vara mycket litet. Genom aktiv information och patientstyrning kan landskapet också medverka till att patienterna söker sig till rätt vårdenhet.

Generellt kan man konstatera att det väsentliga i fråga om remisserna till den specialiserade sjukvården och användningen av jourtjänster är att man under en längre tid följer upp det totala antalet remisser och den sammanlagda användningen av juren. En enskild remiss kan inte anses ha varit onödig även om den inte har lett till fortsatta åtgärder.

#### **Exempel 5: Observationer som gjorts vid försök med valfrihet<sup>10</sup>**

De försök med servicesedlar som gjorts sedan 2017 har följt den gällande lagstiftningen och omfattar en mycket begränsad grupp, varför man inte kan dra några direkta slutsatser av dem eller göra några generaliseringar med tanke på det framtida ersättningssystemets planering och funktion. De observationer som gjorts under försöken ger dock en fingervisning om hur ökad valfrihet påverkar kunderna, anordnarnas roll och tjänsteproducenternas verksamhet. Dessutom bidrar försöken med olika aspekter och erfarenheter som kan vara till hjälp vid utformningen av ersättningssystemet. Nedan redogörs i korthet för de viktigaste observationerna i samband med försöken.

<sup>10</sup> Se Owat Group Oy (2018). Utvärdering av försöket med valfrihet – mellanrapporterna Q2/2018 och Q3/2018, tillgängliga för kapitationersättning (på finska), <https://stm.fi/palvelusetelikeilu/materiaalit>

- Enligt försöken har valet av tjänsteproducent främst påverkats av tillgången till läkartider, tjänsteproducentens placering och den upplevda kvaliteten på vården. De observationer som gjorts om kundernas valbeteende motsvarar internationella erfarenheter<sup>11</sup>.
- De kunder som bytt från offentlig till privat vård har ofta varit kvinnor i arbetsför ålder som har anlitat tjänsterna ofta. Den som en gång har bytt producent har sällan bytt på nytt, även om möjligheten har funnits (Q2/2018).
- Informationen från anordnaren ansågs vara en central faktor för att försöket skulle lyckas. Producenternas egen information om försöken har däremot varit mer knapphändig. Ur producenternas synvinkel har verksamhetsmiljön präglats av den osäkra fortsättningen, och producenterna har inte alltid haft en exakt bild av försökets innehåll när de förbundit sig till det (Q3/2018).
- Tjänsteproducenterna har upplevt att exempelvis de informationssystem och den rapportering som krävts under försöket har varit problematiska. Detta har gjort försöken mindre intressanta för små företag, i synnerhet som man har upplevt att det stöd som anordnarna gett för specialisering har varit litet. På grund av detta har ny tjänsteproduktion endast uppstått i liten omfattning i försöksområdena (Q3/2018).
- Försöken gav också några resultat som stred mot de förväntade resultaten. För det första har de kunder som valt privata tjänsteproducenter använt tjänsterna mycket ofta, även om användningen har planat ut med tiden. För det andra skrev de privata tjänsteproducenterna ut färre remisser till den specialiserade sjukvården än de offentliga producenter som man jämförde med (Q3/2018). Man känner inte till orsakerna till dessa observationer, och de tar inte i sig helt bort oron för att de privata producenterna ska "plocka russin ur kakan" eller skriva ut fler remisser. Observationen kan till stor del bero på att till exempel äldre personer som behöver mycket vård inte har bytt till privata producenter särskilt aktivt. Observationerna betonar dock att man inte bör utveckla ersättningssystemet enbart utgående från antaganden.

Vid försöken med servicesedlar har man huvudsakligen tillämpat enkla justeringar som bara bygger på ålder och som inte beaktar behovsfaktorer på samma sätt som den planerade viktkoefficientmodellen. Dessutom har man med kundernas medgivande till exempel kunnat använda information om deras tidigare användning av tjänster, vilket har gjort att man rätt väl har kunnat förutse den senare användningen.

Utifrån försöken med valfrihet kan man inte dra några direkta slutsatser om huruvida trenden att de kunder som använder tjänsterna ofta har övergått till privata producenter är en trend som håller i sig även när man övergår till det nya systemet. Den flitiga användningen av tjänsterna kan till exempel bero på dålig tillgång i försöksområdet och därmed ett uppdämt behov av tjänster, som jämnas ut när tillgången till tjänster förbättras. I vilket fall som helst kommer de viktkoefficienter som ska tillämpas i samband med kapitationsersättningarna att bättre beakta de olika servicebehoven än de koefficienter som tillämpades under försöken. Det här betyder att producenterna i genomsnitt kommer att få högre ersättningar för de kunder som använder tjänsterna ofta än de fick under försöken med valfrihet. När systemförändringen blir bestående kommer antalet kunder dessutom sannolikt att vara större liksom exempelvis producenternas incitament för investeringar och marknadsföring.

<sup>11</sup> Victoor m.fl. 2012. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2012; 12: 272.

## 6. Olika ersättningstyper

### 6.1 Fast ersättning

På det internationella planet finns en hel del erfarenhet av kapitationsersättningar. Det kapitationsbaserade ersättningssystemets lämplighet i Finland har även utretts av internationella experter<sup>12</sup>, och systemet har konstaterats vara lämpligt med tanke på den verksamhetsmiljö som är resultatet av regeringens proposition (RP 16/2018).

En sådan fast ersättning som avses i 65 § i valfrihetslagen är en fast kundrelaterad ersättning (kapitation) som viktas utifrån nationella behovsfaktorer och relaterade viktkoefficienter och som betalas för varje kund som registrerats hos en tjänsteproducent. Ersättning betalas för den tid som tjänsteproducenten ansvarar för kunden, och kunden kan byta tjänsteproducent en gång i halvåret. Landskapet ska för de kapitationsersättningar som avses i 65 § avsätta minst två tredjedelar av det anslag som anvisats för kostnaderna för social- och hälsocentralernas direktvalstjänster i landskapets budget.

Kundernas servicebehov och serviceanvändning varierar, vilket ska beaktas i den ersättning som producenterna får genom att ersättningen viktas enligt de faktorer som påverkar kundernas förväntade användning av tjänster. I de nationella behovsfaktorerna beaktas ålder, kön, sjukfrekvens, socioekonomiska faktorer och sysselsättning. Med viktningen eftersträvas samma förväntade kostnader för alla kunder, varvid det inte uppstår betydande incitament för producenterna att välja sina kunder. Institutet för hälsa och välfärd utformar ett förslag till faktorer och relaterade viktkoefficienter utifrån vilket statsrådets förordning ska utarbetas. Viktkoefficienterna och de behovsfaktorer som ska beaktas beräknas på basis av forskningsmaterial och beskriver situationen i hela landet. Den undersökning som används vid bestämningen av viktkoefficienter och den utifrån koefficienterna fastställda förordningen ska ses över efter behov.

Den tekniska beräkningen av ersättningarna och betalningsrörelsen sköts av Folkpensionsanstalten. För beräkning och utbetalning av en fast ersättning enligt 65 § i valfrihetslagen ska landskapen lämna in ett genomsnittligt eurobelopp per kund till Folkpensionsanstalten. Utifrån dessa uppgifter samt de behovsfaktorer och viktkoefficienter som baserar sig på statsrådets förordning beräknar Folkpensionsanstalten de kundrelaterade kapitationsersättningarna och betalar ut den andel av ersättningarna som hör till varje producent av direktvalstjänster. Utbetalningen till producenterna sker som ett totalbelopp för alla de kunder som finns registrerade hos producenten varje månad, och producenterna och anordnaren ser inte den kundrelaterade specifikationen av ersättningarna.

I tabell 4 finns två exempel på behovsfaktorer och deras viktkoefficienter. Modellerna i tabellen beskriver kostnaderna för den offentliga hälso- och sjukvården och ingår i en tidigare undersökning av reformen av statsandelssystemet som utförts av Institutet för

---

<sup>12</sup> Cylus J., Williams G., Karanikolos M., Figueras J. Using risk-adjusted capitation for financial resource allocation and purchasing primary health care and social services. May 2018.  
<https://alueuudistus.fi/soteuudistus/selvitykset-ja-arvioinnit>.

hälsa och välfärd<sup>13</sup>. Behovsfaktorerna och deras viktkoefficienter beskriver inte på något sätt det planerade systemet som sådant utan fungerar endast som exempel.

**Tabell 4.** Exempel på behovsfaktorer och deras viktkoefficienter.

Obs! Denna tabell baserar sig på en gammal undersökning av ett annat system och ska inte användas som ett förslag till eller ett exempel på vilken riskjustering som bör användas i det planerade systemet. Tabellen är enbart avsedd som ett åskådliggörande exempel.

	Modell 1	Modell 2
Ålder 0–5	0,66	0,70
Ålder 6	0,42	0,50
Ålder 7–12	0,58	0,66
Ålder 13–15	0,82	0,89
Ålder 16–18	0,61	0,80
Ålder 19–64	0,25	0,47
Ålder 65–74	0,61	0,74
Ålder 75–84	0,80	1,14
Ålder 85+	1,20	1,65
Diabetes	0,54	0,56
Epilepsi	0,93	0,98
Psykos	6,50	6,63
Reumatism	0,80	0,84
Lungastma	0,45	0,47
Blodtryckssjukdomar	0,34	0,38
Kränskärlssjukdom	0,72	0,72
Crohns sjukdom	0,81	0,79
Demens	0,67	0,71
Cancer	2,87	2,89
Neurologiska sjukdomar	1,08	1,10
Rytmtörningar i hjärtat	1,10	1,12
Arbetsoförmögen, under 55 år	3,32	3,59
Lägsta utbildning, över 20 år	0,16	
Inte sysselsatt, 18–64 år	0,45	
Inte i parförhållande, över 80 år	0,30	
Kvinna	0,15	

<sup>13</sup> Till exempel: Vaalavuo, M., Häkkinen, U., & Fredriksson, S. (2013). Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Rapport 24/2013. (På finska)  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114577/URN\\_ISBN\\_978-952-302-075-7.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114577/URN_ISBN_978-952-302-075-7.pdf)



### Exempel 6: Beräkning av kapitationsersättningar i euro

För att åskådliggöra kapitationsersättningen beräknas den ersättning som ska utbetalas för varje enskild kund enligt de exempel på viktcoefficients som finns i tabellen ovan i ett fiktivt landskap med 200 000 invånare. I exemplet antas det att viktcoefficientserna har bedömts och fastställts på nationell nivå.

Nationellt är den genomsnittliga summan av viktcoefficientserna per invånare per definition 1,00. I ett enskilt landskap kan den genomsnittliga summan av viktcoefficients vara större eller mindre beroende på landskapsinvånarnas sjukfrekvens, åldersstruktur och andra behovsfaktorer. I exemplet antas det att den genomsnittliga summan av viktcoefficients i landskapet är 1,04, vilket innebär att det beräknade servicebehovet är något större än i landet i snitt.

Landskapets invånare och eurobelopp som anvisats för fasta ersättningar	
Landskapets invånarantal	200 000
Genomsnittlig summa av viktcoefficients per invånare	1,04
Totalbelopp som budgeterats för kapitationsersättningar i landskapet	40 000 000 €
Beräknad kapitationsersättning per invånare	200 €
Kundens viktcoefficients	
Kön: kvinna	0,15
Ålder: 68 år	0,61
Diabetes	0,54
Sammanlagt	1,30

Om ett landskap med 200 000 invånare budgeterar 40 miljoner euro för kapitationsersättningar, är den genomsnittliga kapitationsersättningen per invånare 200 euro. Det innebär att man i landskapet betalar 200 euro för en kund för vilken summan av viktcoefficientserna är 1,04. Hos den kvinna i exemplet som är 68 år och lider av diabetes är summan av viktcoefficientserna enligt tabellen 1,30. Det innebär att kapitationsersättningen för kvinnan är

$$\frac{200 \text{ €}}{1,04} * 1,30 = 250 \text{ €}.$$

Den genomsnittliga invånarrelaterade ersättning som landskapet fastställt delas alltså med den genomsnittliga summan av viktcoefficients i landskapet och multipliceras med summan av kundens viktcoefficients. En skalning av siffrorna i förhållande till det nationella genomsnittet är nödvändig, eftersom viktcoefficientserna har fastställts utifrån det nationella, inte det landskapsspecifika, genomsnittet.

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet är splittrat, och därför strävar man efter att i bestämningen av en fast ersättning beakta även de tjänster som finansieras via andra kanaler och som överlappar social- och hälsocentralernas tjänster samt påverkar behovet av att anlita dessa tjänster. Bland dessa kan nämnas företagshälsovården och hälsovårdstjänsterna för högskolestuderande. Det register över personer som omfattas av studerandehälsovården kan beaktas vid bestämningen av viktkoefficienter. I början av omstruktureringen ska företagshälsovården bland kapitationsersättningens viktkoefficienter beaktas med hjälp av sysselsättningsfaktorn, som indirekt förklarar företagshälsovården och kraftigt korrelerar med den<sup>14</sup>.

## 6.2 Prestationsbaserade ersättningar

Med de prestationsbaserade ersättningarna strävar man efter att kompensera de faktorer som inte kan åtgärdas med hjälp av kapitationsersättningen. Kapitationsersättningens nivå beskriver de sannolika totala kostnaderna för patienten, varför det finns en risk att tjänsteproducenten får enskilda patienter som är avsevärt dyrare än genomsnittet. Det viktigaste syftet med den prestationsbaserade ersättningen är att minska den kostnadsrisk som tjänsteproduktionen medför för producenten. Störst är risken för små producenter med ett litet antal kunder. Hos dessa är sannolikheten större att kundernas genomsnittliga användning av tjänster avviker från genomsnittet i landskapet, eftersom även ett litet antal kunder som anlitar tjänsterna ofta kan öka producentens kostnader. När det gäller stora producenter och stora kundantal jämnas risken däremot ut. Således är det mer sannolikt att en producent med ett stort kundantal kan kompensera de höga kostnaderna för kunder som anlitar tjänsterna ofta med de kunder som anlitar tjänsterna mer sällan än genomsnittet. Det är upp till anordnaren att avgöra i vilken mån producentens kostnadsrisk ska jämnas ut.

Som grund för de prestationsbaserade ersättningarna kan landskapet utifrån den nuvarande kundkretsens användning av tjänster skapa sig en uppfattning om hur befolkningens serviceanvändning är fördelad och om andelen kunder som medför stora kostnader. Man bör dock observera att det inte lönar sig att helt och hållet eliminera producenternas kostnadsrisk, eftersom denna fungerar som ett incitament för att stävja kostnaderna och effektivisera tjänsterna.

Den prestationsbaserade ersättningen kan täcka kostnaderna för prestationen helt eller delvis. Vid bestämningen av ersättningens nivå ska man beakta att en alltför låg prestationsbaserad ersättning sannolikt inte eliminerar incitamentet till underbehandling, medan en alltför hög nivå uppmuntrar till att öka antalet prestationer och därigenom till

---

<sup>14</sup> Sysselsättningsfaktorn liksom även många andra socioekonomiska faktorer, såsom ålder, korrelerar med huruvida personen omfattas av företagshälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet utreder dock bland annat hur man i framtiden kan få exaktare uppgifter om företagshälsovården och dess innehåll och hur lagstiftningen bör utvecklas eller vilken reglering som behövs för att uppgifterna ska kunna utnyttjas även vid bestämningen av kapitationsersättningen. De slutliga behovsfaktorer och relaterade viktkoefficienter som ska användas vid beräkningen av kapitationsersättningen fastställs genom statsrådets förordning när Institutet för hälsa och välfärd slutfört sin undersökning. I vilket fall som helst förutser riskjusteringen inte fullständigt de kostnader som enskilda kunder orsakar producenten, och det är inte heller meningen. Om exempelvis kundurvalet trots riskviktningen betraktas som ett problem, kan landskapet ingripa i det även med hjälp av de andra ersättningar som betalas till producenterna. De slutliga behovsfaktorer och relaterade viktkoefficienter som ska användas vid beräkningen av kapitationsersättningen fastställs genom statsrådets förordning när Institutet för hälsa och välfärd slutfört sin undersökning.

överbehandling. Det är till exempel möjligt att producenten uppmuntras till att konstgjort spjälka upp ett besök i flera besök för att maximera antalet besök. Därför bör de prestationsbaserade ersättningarna i första hand användas för relativt enkla tjänster av engångsnatur. Det väsentliga är att hitta en lämplig balans mellan kapitationsersättningarna och de prestationsbaserade ersättningarna, så att de olika ersättningsformerna kompenserar eventuella brister i de andra ersättningsformerna.

I allmänhet är en prestationsbaserad ersättning av besök till fullt belopp användbar endast när det gäller sådana kunder eller sjukdomar, där det är nödvändigt att garantera att kunden uppsöker vård eller får ett tillräckligt antal vårdbesök. Sådana situationer kan vara till exempel vaccinationsbesök samt åldersgrupps-, grupp- eller uppbådsundersökningar. I dessa fall begränsas patienternas besöksgånger oftast i vilket fall som helst till ett visst maximum. Därför är det till och med möjligt att betala en ersättning som täcker samtliga kostnader utan att det uppstår en betydande risk för överbehandling. Det bör dock observeras att den prestationsbaserade ersättningen inte nödvändigtvis beaktar prestationens kvalitet eller huruvida ersättningens nivå avspeglar det effektivaste möjliga sättet att utföra prestationen. Därför lämpar sig den prestationsbaserade ersättningen bäst för att ersätta sådana prestationer som i allmänhet sker på ett standardiserat sätt utan större variationer i kvalitet eller effektivitet, såsom de ovannämnda vaccinationerna.

Med hjälp av de prestationsbaserade ersättningarna kan man försöka kompensera de eventuella brister i kapitationsersättningens riskjustering som oundvikligen kvarstår i och med den slumpmässiga användningen av hälsovårdstjänsterna och därigenom påverka producenternas beteende. Till exempel genom att betala tilläggsersättning för kunder som behöver anlita tjänsterna mycket ofta kan anordnaren bära en del av kostnadsrisken för serviceanvändningen hos de kunder som anlitar tjänsterna ofta. De prestationsbaserade ersättningarna kan även användas för att styra verksamheten så att den betonar vissa tjänster. Användningen av prestationsbaserade ersättningar minskar de incitament att hålla kostnaderna nere som kapitationsersättningen ger producenten och minskar därför även incitamenten att flytta bort kostnaderna från social- och hälsocentralerna eller att sänka kvaliteten. Den risk för underbehandling som förknippas med den fasta ersättningen minskar i och med att incitamentet för producenten att minimera antalet vårdingrepp minskar.

Användningen av prestationsbaserade ersättningar ska definieras exakt och ersättningarna bör grunda sig enbart på sådana prestationer som konstateras vara motiverade med tanke på patientens vård. En förutsättning för att beakta särskilt de dyra patienterna i de prestationsbaserade ersättningarna är dessutom att informationssystemen och i synnerhet datainnehållet samordnas omsorgsfullt, så att de besöksuppgifter som slutligen inkluderas i den prestationsbaserade ersättningen bildar ändamålsenliga uppgifter om prestationen.

Vid planeringen av de prestationsbaserade ersättningarna ska anordnaren även överväga om ersättningar ska beviljas för alla prestationer upp till en viss grundnivå, för de prestationer som överskrider en viss grundnivå eller endast för specifika prestationer utanför social- och hälsocentralernas grundläggande serviceutbud. Anordnaren kan även besluta att ersättningsnivån sänks i takt med att antalet prestationer ökar.

Till exempel i Sverige uppgår de prestationsbaserade ersättningarna inom primärvården till i snitt 5–18 procent av producenternas ersättningar<sup>15</sup>. I Stockholmsmodellen utgör 42 procent av producentersättningarna ersättningar för besök. För de övriga prestationsbaserade ersättningarna har man fastställt ett besökstak, så att producenten får full ersättning upp till en viss gräns och en minskad ersättning upp till besökstaket för de besök som överskrider denna gräns. Besökstaket är avsett att förhindra onödiga besök. Av de kostnader som överstiger ersättningstaket ersätts dock kundavgifterna och kostnaderna för mycket dyra patienter.<sup>16</sup>

Genom att med exempelvis ett ersättningstak begränsa de prestationsbaserade ersättningarna till att gälla endast vissa typer av prestationer eller ett visst antal prestationer, kan anordnaren öka kostnadernas förutsägbarhet. Jämfört med den fulla kapitationsersättningen minskar de prestationsbaserade ersättningarna kostnadernas förutsebarhet ur anordnarens perspektiv. I och med att de prestationsbaserade ersättningarna i princip leder till att kostnadsrisken överförs från producenterna till anordnaren, kan man med hjälp av de prestationsbaserade ersättningarna även påverka hur höga kostnaderna, och därmed producentens kostandsrisk, för att delta i tjänsteproduktionen blir i praktiken. I och med att en del av kostnadsrisken överförs på anordnaren kan man stödja i synnerhet de mindre producenternas medverkan i produktionen.

De prestationsbaserade ersättningarna kan således användas för att minska incitamenten till ett kundurval. De lämpar sig bäst för sådana väldefinierade servicehändelser för vilka kostnaderna kan fastställas noggrant. De prestationsbaserade ersättningarna ska dock inte betraktas som ett alternativ till kapitationsersättningen utan som ett komplement till den med vilket man i ersättningssystemet kan beakta vissa element som inte i tillräcklig grad kan beaktas i kapitationsersättningen. Det gäller dock att komma ihåg att det i det kapitationsbaserade systemet inte lönar sig att överkompensera ersättningarna med prestationsbaserade ersättningar. Även om kapitationsersättningen i vissa situationer kan uppmuntra till underbehandling, sporrar den samtidigt till att vårda patienten så bra som möjligt på en gång.

### **6.3 Incitamentsbaserade ersättningar**

De incitamentsbaserade ersättningarna är avsedda att främja vissa på förhand uppställda mål eller kriterier. Dessa mål kan till exempel gälla vårdens kliniska kvalitet, kundnöjdheten eller tillgången till tjänster. I vanliga fall används de incitamentsbaserade ersättningarna dock för att sporra tjänsteproducenterna till effektiva tjänster och verkningsfull vård. För att skapa ett incitamentssystem måste man i praktiken operationalisera effektiviteten till en viss mätbar storhet genom att binda ersättningarna till denna variabel. Det kan vara svårt att fastställa mål och mätare för de incitamentsbaserade ersättningarna och att utforma dem så att de på ett tydligt och begripligt sätt signalerar för producenterna vad dessa särskilt bör fokusera på i sin verksamhet. Ett annat problem kan vara att producenten trots ett tydligt budskap alltför ensidigt fokuserar på de mål som fastställts i incitamentsmodellen.<sup>17</sup>

Vid planeringen av incitamentsersättningar lönar det sig att komma ihåg att redan den fasta ersättningen i sig sporrar producenterna att så bra som möjligt sköta sådant som

---

<sup>15</sup> <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>

<sup>16</sup> Med dessa avses kunder som omfattas av det så kallade högkostnadsskyddet (se t.ex. Sitra 2012, s. 19–20).

<sup>17</sup> Ryan and Werner 2013; Kao m.fl. 2015.

påverkar kundernas val. I och med att pengarna i form av den fasta ersättningen följer kunden säkerställer själva systemet i hög grad exempelvis kundnöjdheten och tillgången, eftersom dessa faktorer på ett betydande sätt påverkar de val som kunderna gör och därigenom även producenternas inkomster. Dessa element behöver därför i allmänhet inte stärkas separat med hjälp av incitamentsersättningar, om det inte finns någon särskild orsak till detta.

I de övriga OECD-länderna utgör incitamentsersättningarna vanligtvis mellan knappt fem och femton procent av tjänsteproducenternas genomsnittliga omsättning, vilket innebär att största delen av ersättningarna grundar sig på andra kriterier.<sup>18</sup> På basis av de internationella undersökningarna har incitamentssystemen fortfarande en synnerligen begränsad roll som modell för producentersättningarna.<sup>19</sup> Incitamentssystemet bör utformas utifrån de försöks- och forskningsresultat som visar vilka förfaranden som fungerar och vilka som inte leder till önskade resultat. Med tanke på styrningen som helhet ska incitamentsersättningarna i likhet med de prestationsbaserade ersättningarna betraktas som ett komplement till kapitationsersättningen, dvs. som en metod för att betona vissa enskilda mål.

Med tanke på informationsstyrningen är mätning och uppföljning viktiga styrmedel oavsett om de används för incitamentsarrangemang eller inte. Offentlig referensinformation i sig är ett viktigt styrmedel och effekterna realiserar bland annat i form av de val som kunderna gör. Med tanke på styrningssystemet som helhet bör man även komma ihåg att alla faktorer inte ens nödvändigtvis är optimalt lämpade för att styras med hjälp av incitamentssystem. Exempelvis serviceutbudets och öppettidernas omfattning (över den miniminivå som landskapet angett) är i allmänhet inte en sådan faktor som producenterna behöver spöras till med hjälp av ett separat incitamentssystem. I det valfrihetsbaserade systemet hör dessa faktorer till tjänsteproducenternas konkurrensfördelar, och incitamenten till att ha ett brett serviceutbud och långa öppettider uppstår tack vare kundernas val. Det är självklart att kunden mer sannolikt väljer en producent med omfattande tjänster och öppettider än en producent som endast uppfyller minimikriterierna, oavsett om man försöker påverka dessa faktorer med hjälp av separata incitamentsbaserade ersättningar.

Operationaliseringen av incitamentssystemets mål är också förknippad med en tidsrelaterad utmaning. Producentens verksamhet kan ha betydande effekter för patientens hälsa eller kundens funktionsförmåga, som dock inte kan identifieras med hjälp av mätare på kort sikt eller i samband med utvärderingen av producentens verksamhet. Det kan också hända att kunden bytt tjänsteproducent under mätningsperioden i fråga, varvid det kan vara svårt att avgöra om effekterna beror på en viss producent. Därför bör man hitta mätare som indikerar de långsiktiga effekterna redan under utvärderingsperiodens gång. För att nå ett önskat resultat, till exempel minskad sjukdomsfrekvens eller dödlighet, kan man i stället för direkt mätning studera de delfaktorer som korrelerar med slutresultatet, såsom blodtrycket, blodsockret och kolesterolvärdena, eller andra faktorer som hänför sig till vårdbalansen och funktionsförmågan. Delfaktorernas effekt kan ofta identifieras snabbare, varvid det är lättare att skapa ett samband mellan vården och mätningresultaten.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Srivastava m.fl. 2016

<sup>19</sup> Se till exempel Statens ekonomiska forskningscentrals utlåtande (på finska): [https://vatt.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/he-16-2018-vp-hallituksen-esitys-eduskunnalle-laiksi-asiakkaan-valinnanvapaudesta-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-ja-eraiksi-siihen-liittyviksi-laeiksi](https://vatt.fi/artikkeli/-/asset_publisher/he-16-2018-vp-hallituksen-esitys-eduskunnalle-laiksi-asiakkaan-valinnanvapaudesta-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-ja-eraiksi-siihen-liittyviksi-laeiksi)

<sup>20</sup> Toward Greater Integration Of Care And Improved Efficiency: A critical review of EHIF's payment system (version 1). Världsbanken, 2017, s. 23

Generellt sett är det viktigt att tjänsteproducenten direkt kan påverka de mål som ställs upp och de variabler som ska mätas. När man sporrar till effektivitet är målet ofta att förbättra kundens välfärd, funktionsförmåga och hälsa.<sup>21</sup> Eftersom kundens välfärd, funktionsförmåga och hälsa utöver vården även påverkas av många andra faktorer, måste man noga överväga hur incitamentssystemet ska genomföras i praktiken. För att praktiskt kunna genomföra incitamentssystemet utifrån målen ovan bör man hitta mätare som mäter välfärden och funktionsförmågan på ett ändamålsenligt sätt. Finland saknar en nationell standard för att mäta effektiviteten. I dag mäts effektiviteten främst med hjälp av ingreppsrelaterade kliniska mätare, såsom antalet reoperationer. Däremot mäts kundens upplevelse, hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet knappt alls systematiskt. Med tanke på jämförbarheten är det också viktigt att effektiviteten mäts systematiskt och enligt samma grundläggande principer i hela landet och även internationellt.

Incitament kan även utformas så att man i stället för att uppmuntra till ett slutresultat sporrar till vissa verksamhetsmetoder, såsom att undvika kostnadsöverföringar eller att integrera vården. När man använder incitament för att undvika kostnadsöverföringar ska ersättningarna bindas till mätare som beskriver de kundkostnader som orsakas anordnaren någon annanstans i vårdkedjan. Vanligen avses i dessa fall de kostnader för specialiserad sjukvård som uppstår utöver primärvårdskostnaderna. En metod för att sporra till att undvika kostnadsöverföringar är att binda incitamenten till antalet remisser inom den specialiserade sjukvården i förhållande till antalet patienter, dock med beaktande av producenternas kundstruktur (case-mix). Om man inte beaktar kundstrukturen är antalet remisser dock inte en ändamålsenlig incitamentsgrund, eftersom vissa producenter till exempel på grund av sin specialkompetens kan uppsökas av fler kunder som behöver remiss. När man använder antalet remisser som incitament måste man även beakta de lokala omständigheterna, såsom servicenätverket i landskapets område. Även tillgången till sjukhusvård på orten påverkar i vilken grad tjänsterna anlitas.

En central faktor i incitamentssystemet är även incitamentsersättningens belopp. Ett alltför lågt ersättningsbelopp sporrar inte producenterna att handla enligt incitamentet, särskilt om kostnaderna för att ändra verksamheten överstiger fördelarna med incitamentet. Till exempel i Estlands fall har Världsbanken rekommenderat att incitamentsmodellen bör grunda sig på en enda hög målnivå och att ersättningen bör vara tillräckligt stor för att den ska påverka producenternas verksamhet.<sup>22</sup> Emellertid kan även låga incitament vara motiverade, eftersom stora incitamentsersättningar i alltför hög grad kan styra verksamheten enbart i den riktning som eftersträvas med incitamentet. Till exempel i Sverige utgör de incitamentsbaserade ersättningarna endast 0–3 procent av producentersättningarna<sup>23</sup>. Med hjälp av mindre incitament kan man bättre belöna producenterna gradvis och sporra dem till fortlöpande utveckling, i och med att mindre ersättningar sannolikt kan delas ut oftare än större. En utmaning med stora ersättningar kan vara att incitamenteffekten avtar efter en viss gräns, om producenterna nöjer sig med en lägre incitamentsnivå. Då kanske motivationen att förbättra prestationsnivån över nivån i fråga blir låg. Dessutom är kriterierna för att få de större ersättningarna ofta strängare, varför även de åtgärder som behövs för att uppfylla kriterierna är mer krävande.

---

<sup>21</sup> Effektivitetsmålen står inte i konflikt med målet att stävja kostnaderna om man genom att förbättra patientens välfärd kan minska ett senare kostnadstryck.

<sup>22</sup> Toward Greater Integration of Care And Improved Efficiency: A critical review of EHIF's payment system (version 1). Världsbanken, 2017, s. 20.

<sup>23</sup> <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>

I början av detta kapitel poängterades informationens centrala roll i incitamentssystemen. Detta bör ytterligare framhävas, eftersom det inte är möjligt att följa upp målen utan jämförbar information som samlas in av producenterna och via andra källor. Ur praktisk synvinkel är det viktigt att beakta den insamlade informationens enhetlighet och objektivitet, den arbetsmängd som datainsamlingen kräver och informationssystemens ramar.<sup>24</sup> Till exempel kan man genom att automatisera datainsamlingen minska producenternas och anordnarens arbetsmängd och förbättra informationens jämförbarhet. Även samarbetet med producenterna är viktigt vid insamlingen av information. När man utformar mätare bör man även granska vilka basuppgifter mätarna ska grunda sig på. I vissa fall kan man istället för mätare baserade på information som insamlas direkt av producenterna använda mätare baserade på information som anordnaren samlar in separat exempelvis genom enkäter. Även i den praktiska tillämpningen av mätarna kan det uppstå problem som kan vara svåra att förutse vid utformningen av dem. Därför är det viktigt att i utformningen av incitamentsmodellen förbereda sig på eventuella ändringsbehov och kostnader för att utveckla ersättningssystemet. Det bör observeras att genomförandet av systemet samt mätningen och uppföljningen av målen orsakar kostnader till exempel för utvecklingen av informationssystemen. Det lönar sig inte att utforma ett incitamentssystem om de administrativa kostnaderna för systemet överstiger fördelarna med incitamenten. Det har i flera undersökningar konstaterats att även om incitamenten fungerar på rätt sätt har de inte nödvändigtvis planerats på ett optimalt sätt i förhållande till de kostnader som de medför.<sup>25</sup>

De incitamentsersättningar som införs i landskapen kan utöver producentens egen verksamhet beakta även övriga aktörer. En sådan typ av incitamentsersättning (s.k. shared savings) sporrar hela servicekedjan att handla enligt landskapets mål, eftersom strävan är att fördela de kostnadsbesparingar som uppnåtts inom hela servicekedjan mellan producenterna. Genom att införa en sådan incitamentsersättning sporrar alla aktörer i servicekedjan att tillsammans handla så att man når inbesparingar i de totala kostnaderna. Det praktiska genomförandet av shared savings-incitamentet förutsätter dock mycket noggranna definitioner av kostnadsbesparingarna. Även om de faktiska totala kostnaderna kan definieras rätt enkelt, kan det vara svårt att fastställa och mäta de egentliga kostnadsbesparingarna. I praktiken förutsätter fastställandet att landskapet har en referensram mot vilken de faktiska totala kostnaderna kan jämföras. Det är dock ingen lätt uppgift att fastställa en referensram, eftersom det inte är en självklarhet vilken vård patienten skulle ha fått i en annan region och vilka de alternativa kostnaderna för vården är jämfört med de faktiska. Dessutom realiserar kostnadsbesparingarna ofta först på lång sikt, varför inte ens en väl planerad incitamentsersättning nödvändigtvis medför fördelar för landskapet på kort sikt, liksom inte heller effekterna avspeglar sig på tjänsteproducentens verksamhet på kort sikt. Slutligen bör det observeras att kostnadsbesparingar kan uppstå även på grund av många orsaker som inte beror på producenterna, såsom systemändringar. Att skilja mellan sådana inbesparingar och övriga inbesparingar i servicekedjan bidrar till svårigheterna med att använda shared savings-ersättningar.

---

<sup>24</sup> Liknande erfarenheter har konstaterats i de valfrihetsförsök som genomförts i Finland. Se Owal Group Oy (2018). Utvärdering av försöket med valfrihet – Mellanrapport Q3/2018, tillgänglig på adressen <https://stm.fi/palvelusetelikeilu/materiaalit>

<sup>25</sup> Tim Doran, Kristin A. Maurer, and Andrew M. Ryan. Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care. *Annu. Rev. Public Health* 2017. 38:449–65

## 6.4 Andra ersättningar

Producenterna kan även få andra ersättningar som baserar sig på speciella omständigheter. Dessa ersättningar kan vara knutna exempelvis till geografiska egenskaper, såsom långa avstånd, befolkningstäthet eller fjärrorter. Till exempel i Sverige har man i vissa landsting använt ersättningar baserade på geografisk placering och befolkningstäthet<sup>26</sup>. Med hjälp av de på geografiska faktorer baserade ersättningarna kan landskapet styra tjänsteproducenternas placering i området. Ur producenternas synvinkel är de attraktivaste placeringsorterna befolkningstäta centrum. Inom dessa centrum kan producenterna också lättare rekrytera arbetskraft, minimera de logistiska kostnaderna och maximera kapacitetsutnyttjandet. Om landskapet i sitt område eftersträvar en jämnare placering av producenter i gles bebyggda områden, kan det överväga att betala en separat ersättning på basis av gles bebyggelse.

Det kan vara svårt att fastställa vilka kostnader som beror på omständigheter. Historiskt sett kan större kostnader i ett visst område även bero på många andra faktorer än omständigheter. Man bör från bestämningen och utbetalningen av separata ersättningar baserade på omständigheter omsorgsfullt utesluta de faktorer som redan beaktas i riskjusteringen av kapitationsersättningen eller i samband med andra ersättningar. Dessutom bör man fastställa de villkor eller situationer som gäller för att en separat ersättning inte längre ska betalas eller exempelvis minskas gradvis. Det finns många detaljer som kan försvåra fastställandet av ersättningar utifrån omständigheter. Om landskapet trots allt beslutar att betala ersättningar utifrån omständigheter ska man komma ihåg att landskapet med dessa separata ersättningar skapar egna incitament som kan stå i konflikt med de övriga målen i landskapet. Dessutom bör man till exempel för de geografiska specialersättningarna skapa enhetliga grunder för bestämning och mätning av tillgången. Tillgången till tjänsterna kan till exempel mätas genom att man beräknar hur stor andel av befolkningen som bor på högst en halv timmes avstånd från social- och hälsocentralen eller mun- och tandvårdsenheten. Det innebär att landskapet fastställer den längsta godkända restiden som kan tillåtas utan att producenternas placeringsbeslut behöver styras med separata ersättningar. Landskapet ska dock samtidigt beakta de möjligheter till distanstjänster som erbjuds för att åtgärda tillgänglighetsbristen i glesbygden. Därför beskriver inte enbart restiden nödvändigtvis tillgången till tjänster.

---

<sup>26</sup> Sitra 2012, s. 22–23