



# Granskning av nya ersättningsystem - förstudie

**Region Skåne, november 2024**



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund, syfte och metod för genomförande</b>	<b>2</b>
2.1	Bakgrund	2
2.2	Syfte	2
2.3	Revisionsfrågor	2
2.4	Avgränsning	3
2.5	Metod och genomförande	4
<b>3</b>	<b>Inledande iakttagelser</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Iakttagelser, analyser och bedömningar per revisionsfråga</b>	<b>7</b>
4.1	Revisionsfråga 2:	7
4.2	Revisionsfråga 3:	9
4.3	Revisionsfråga 4:	12
4.4	Revisionsfråga 1:	15
<b>5</b>	<b>Sammanfattande bedömning</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Bilagor</b>	<b>21</b>
	Bilaga 1: Granskade dokument	21
	Bilaga 2: Intervjuer	21
	Bilaga 3: Intervjuguide	22
	Bilaga 4: Begrepp och definitioner	24
	Bilaga 5: Kvantitativ analys	26



# 1 Sammanfattning

Sirona har, på uppdrag av revisorerna i Region Skåne, genomfört en förstudie av Region Skånes nya ersättningssystem för den somatiska specialistvården. Syftet med förstudien är att belysa innebörden av de nya ersättningssystemen (incitamentsmodellen för operationer och den nya ersättningsmodellen för somatisk vård) samt kartlägga hur de reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild. Vidare är syftet att bedöma om det finns behov av en fördjupad granskning inom området framöver. Sirona önskar upplysa läsaren om att det under 2024 har pågått ett aktivt arbete med att vidareutveckla ersättningsmodellerna och att det redan från och med 2025 kommer att ske betydande förändringar då operationer inom incitamentsmodellen inkorporeras i den nya ersättningsmodellen.

Sironas samlade bedömning är att de nya ersättningssystemen, som de fungerar idag, inte på ett helt ändamålsenligt sätt reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild. Vi bedömer vidare att det idag finns förbättringspotential i ersättningssystemens förmåga att förbättra patientflöden mellan den somatiska sjukhusvården och övriga vårdformer, liksom att öka verksamheternas produktivitet och effektivitet. Därutöver bedömer Sirona att ersättningssystemen inte är ändamålsenliga för att uppnå en ekonomi i balans och för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling.

Ovanstående bedömning baseras i huvudsak på att den nya ersättningsmodellen inom den somatiska vården inte skapar förutsägbara ersättningar för sjukhusstyrelserna, vilket försvårar en effektiv styrning. Därtill tenderar den till att förstärka och styra fördelning av ekonomiska resurser som inte nödvändigtvis baserats på politiska ställningstaganden och beslut utifrån en framtida målbild. Sirona bedömer vidare att andra styrsignaler, exempelvis tillgänglighet, väger betydligt tyngre än ersättningsmodeller varför dessas betydelse som styrinstrument överskattas. Till skillnad från den nya ersättningsmodellen har incitamentsmodellen en förutsägbar ersättning, vilket bedöms ha bidragit till en ökad produktion men att detta har drivit en ännu högre kostnad. Den korta uppföljningstiden och de generella prisökningar som skett under tidsperioden år 2022–2023 gör dock att det inte är möjligt att bedöma i vilken grad incitamentsmodellen bidragit till ökad produktivitet.

Sirona bedömer att det inte finns ett behov av en fördjupad granskning då det kommer att vara svårt att påvisa effekter av det nya ersättningssystemet innan den modellen har stabiliserats. Däremot bedömer Sirona att det är en fördel om Region Skånes sjukhusstyrelser och nämnder följer upp innebörden av de nya ersättningssystemen samt kartlägger hur de reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild.



## 2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande

### 2.1 Bakgrund

Av Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025–2026 framgår att nuvarande ersättningsmodell för den somatiska specialistvården i Region Skånes regi i huvudsak är baserad på vården som bedrevs för tio år sedan och att den således inte är uppdaterad eller anpassad till utvecklingen fram till idag.

Ersättningssystemet för operationer ändrades med start 2023 genom införandet av en incitamentsmodell. I verksamhetsplan och budget för 2024 inrättas en ny ersättningsmodell för somatisk specialistvård. Modellen avser skapa en tydligare koppling mellan produktions-uppdrag och finansiering.

Under 2024 införs en ny beräkningsgrund för regionbidraget för de åtta sjukhusstyrelserna. Modellen bygger på historiskt utförd produktion vilken beskrivs i vårdkostnadsdatabasen för 2022. Modellen ger en procentuell fördelning av totalt regionbidrag till sjukhusstyrelserna och justeras med eventuella nya uppdrag eller verksamhetsflyttar som inte finns med i vårddata från 2022. Modellen ger relativt stora slag och som ett sista steg appliceras en dämpare på modellen som begränsar effekten under 2024.

Med anledning av ovan har revisorskollegiet beslutat att genomföra en förstudie inom detta område.

### 2.2 Syfte

Syftet med förstudien är att belysa innebörden av de nya ersättningssystemen samt kartlägga hur de reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild. Vidare är syftet att bedöma om det finns behov av en fördjupad granskning inom området framöver.

### 2.3 Revisionsfrågor

1. Hur ser den faktiska kostnadsfördelningen ut i Region Skåne fördelat per styrelse/nämnd för respektive sjukhus, totalt för respektive sjukhus och för ett urval specialiteter (cirka 8–10 specialiteter), avseende bland annat:
  - Kostnad per patient (KPP)
  - Antal vårdtillfällen
  - Kostnad totalt
  - Kostnad genomsnitt och median
  - Kostnad per DRG-poäng
  - Kostnad per vård dag

I revisionsfrågan ingår att göra en jämförelse av eventuella avvikelser mellan de olika styrelserna/nämndernas utfall för att om möjligt påvisa orsakerna till dessa. Observera att specialiserad öppenvård, inklusive dagvård samt både besök och åtgärder ska beaktas utifrån tillgängliga uppgifter.

2. Vilka effekter förväntas ersättningsmodellerna ha på hälso- och sjukvården i Region Skåne och vilka effekter har konstaterats under året? I revisionsfrågan ingår att belysa kopplingen vad avser patientflöden gentemot primärvården och andra öppna vårdformer.



3. Ger ersättningsmodellerna en adekvat ersättning till berörda nämnder gällande bland annat patientmix och vårdtyngd och skapar ersättningsmodellerna incitament för de enskilda sjukhusstyrelserna till effektivisering av verksamheten?
4. På vilket sätt ger befintliga ersättningsmodeller förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans och för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling?

## 2.4 Avgränsning

Förstudien avgränsas till att avse verksamhetsåren 2022–2024. Vidare är primärvårdsnämnden och andra öppna vårdformer endast berörda av revisionsfråga 2. Förstudien omfattar regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och samtliga sjukhusstyrelser.

Efter dialog med verksamheterna har följande avgränsningar genomförts:

- När det gäller revisionsfråga 1 har antalet specialiteter som analyserats begränsats från tio till tre då vår erfarenhet är att ett stort antal analyser snarare försvårar än underlättar för mottagarens förståelse. Mot bakgrund av detta fokuserar förstudien på de tre största specialiteterna – medicin, kirurgi och ortopedi – för vilka kvantitativa analyser har genomförts. För att underlätta jämförelser mellan sjukhusstyrelser som helhet presenteras övergripande jämförelser – det vill säga ej nedbrutet per specialitet, i en separat analysbilaga, se Bilaga 5. I rapporten presenteras genomgående de analyser som bedömts som mest relevanta utifrån granskningens frågeställningar och analysernas resultat – för att underbygga våra bedömningar och rekommendationer.
- Utomlänspatienter har exkluderats vid analyser av kostnad och produktion, då dem i dagsläget inte omfattas av den nya ersättningsmodellen och dess beräkningsgrund.
- Overheadkostnader har exkluderats vid beräkning av kostnad per patient (KPP), för att möjliggöra jämförelser på nationell nivå.
- Analys av patientflöden mellan slutenvård, öppen vård och primärvård har exkluderats eftersom registreringen i primärvården inte är tillförlitlig då registrering på ICD/MDC kod inte är obligatoriskt samt på grund av att definitionen av besök har förändrats vid införandet av digitala besök i primärvården.
- Analys av inläggningsfrekvens har exkluderats i analysen eftersom det främst styrs av medicinska indikatorer och ej direkt ersättningsystem.
- Analys av total vistelsetid samt tid till läkare på akutmottagning har exkluderats eftersom det främst beror på resurstillgång och ej direkt ersättningsystem.
- Analys av antalet DRG-poäng per arbetad timma kunde inte extraheras från verksamheten och ersätts med analys av kostnad per DRG-poäng.
- Vid analys av beläggningsgrad samt andel återinläggningar var dataunderlaget för samtliga verksamheter osäkert och därmed valdes de tre största verksamhetsområdena (Medicin, Kirurgi och Ortopedi) ut för analys.



## 2.5 Metod och genomförande

Förstudien genomfördes av Sirona AB på uppdrag av revisorerna i Region Skåne under perioden juni 2024 till oktober 2024. Uppdragsansvarig och förstudieledare från Sirona var Johan Hilm. Utredare i uppdraget var Johan Assarsson, senior expert inom hälso- och sjukvård och Marit Vaagen, senior expert inom hälso- och sjukvård och förändringsledning. Kontaktperson vid Region Skånes revisorer har varit Niklas Sjöberg, förtroendevald revisor i revisorskollegiet.

För att besvara frågorna inom förstudien samt belysa innebörden av de nya ersättningssystemen och kartlägga hur de reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild, genomfördes en dokumentgranskning, semistrukturerade djupintervjuer och kvantitativ analys av ersättningsmodellen, vårddata och kostnader. Förstudien tog sin utgångspunkt i tillämplig lagstiftning, föreskrifter, avtal och riktlinjer som gällde för den aktuella perioden. Jämförande analys mellan dokumentation, intervjuer och kvantitativ analys tillämpades för att bedöma och sammanställa överensstämmelse/diskrepans.

### 2.6.1 Dokumentgranskning

Förstudien omfattade systematisk genomgång och analys av styrande handlingar samt presentationer kopplade till ersättningssystemen inom Region Skåne. Interna styrdokument innefattande mål, och beräkningsmetodik avseende arbetet med ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvård i Region Skåne analyserades. Även dokument inkluderande beslut från regionfullmäktige, policydokument samt övriga styrdokument som ansetts relevanta för granskningen inkluderades. En förteckning över granskade dokument återfinns i *Bilaga 1*.

### 2.6.2 Intervjuer

För att få ett fördjupat och tillräckligt underlag inom området intervjuades ett urval av nyckelpersoner som bedömdes relevanta utifrån förstudiens syfte. Totalt genomfördes semistrukturerade djupintervjuer med 28 personer. Urval av relevanta personer och funktioner skedde utifrån granskningens syfte. Intervjuförteckning kan ses i *Bilaga 2* och intervjuguide kan ses i *Bilaga 3*.

### 2.6.3 Kvantitativ analys

Sirona har genomfört kvantitativa analyser av Region Skånes vård- och kostnadsdata för åren 2022 och 2023 samt 2019 med syfte att analysera produktions- och kostnadsutvecklingen över tid samt dess påverkan på/av det nya ersättningssystemet. Kvantitativa analyser har inte genomförts för år 2024 då data för innevarande år ännu inte finns sammanställd vid tidpunkten för granskningens genomförande (sep-okt). En uppföljning på halvårsbasis skulle inte ge en representativ bild av vård- och kostnadsdata, då tidigare vårdstrejk har påverkat det första halvåret av år 2024. Sirona bedömer vidare att en analys av en osäker data riskerar att leda till felaktiga slutsatser, vilket anses mer skadligt än att avstå från att presentera resultatet. Sirona har gjort bedömningen att inkludera ett tidigare år än kommunicerad avgränsning (år 2022-2024) för att möjliggöra iakttagelser av relevanta trender. Som referenspunkt har vi valt år 2019, då Covid-19 pandemin bedöms ha haft stora effekter på produktions- och kostnadsdata år 2020 och år 2021 och därmed inte är jämförbara med andra år. Viktiga begrepp och definitioner som använts för att utvärdera ersättningsmodellernas påverkan på vården i Region Skåne framgår i *Bilaga 4*.

### 2.6.3 Sakgranskning

Samtliga personer som intervjuats eller lämnat skriftligt underlag har fått möjligheten att sakgranska rapportens innehåll och inkomma med synpunkter.



### 3 Inledande iakttagelser

Av Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 framgår att den tidigare ersättningsmodellen för den somatiska specialistvården i Region Skånes regi i huvudsak är baserad på vård som bedrevs för tio år sedan och att den således inte är uppdaterad eller anpassad till utvecklingen fram till idag<sup>1</sup>. Då den är en rak anslagsmodell bidrar den inte heller till att främja behovet av en ökad produktivitet och effektivitet som krävs för att åtgärda problem inom såväl ekonomi som tillgänglighet. Enligt uppgift baseras den tidigare modellen på 2011 års vårdproduktion och omvandlades till ekonomisk ersättning baserat på dåvarande DRG, med årlig uppräknings. I planen framhålls att den inte hade en tydlig koppling till produktionsuppdrag och finansiering, vilket framhålls som en grundförutsättning för att modellen ska kunna bidra till en förbättrad produktivitet. Enligt uppgift har det med utgångspunkt i detta pågått ett utvecklingsarbete för att ta fram nya ersättningsmodeller för den somatiska specialistvården.

Som tidigare nämnts har Region Skåne infört två nya ersättningsssystem inom den somatiska specialiserade vården; en incitamentsmodell för operationsverksamheten och ny ersättningsmodell för somatisk specialistvård. I Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2023 framgår att incitamentsmodellen infördes för operationsverksamheter inom specialiserad somatisk vård år 2023<sup>2</sup>. Modellen syftar till att skapa incitament för en ökad vårdproduktion för att förbättra tillgängligheten till åtgärd. Det beskrivs att den innebär att sjukhusstyrelserna får 25 procent i fast kostnadstäckning och 75 procent av ersättning sker efter utförda operationer. För detta ändamål överfördes medel för operationsverksamheterna från sjukhusstyrelserna till hälso- och sjukvårdsnämnden, varefter varje sjukhus ersätts månadsvis baserat på producerad DRG-poäng från operationsverksamheten inom specialiserad somatisk vård. Därtill avsattes även extra medel om 600 miljoner SEK inom ramen för befintligt regionbidrag för hälso- och sjukvårdsnämnden, för att vidare möjliggöra en ökad produktion och minskade värdköer<sup>3</sup>. Genom att allokera en total finansiering för incitamentsmodellen skapades även ett kostnadstak för den totala kostnaden för operationsverksamheten, vilket ger en god kostnadskontroll för Region Skåne då kostnaderna inte kan överstiga den totala finansieringen. I Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2024 beskrivs att incitamentsmodellen kvarstår under 2024.

I Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2024 beskrivs den nya ersättningsmodellen för den somatiska specialiserade vården som infördes under 2024<sup>4</sup>. Modellen beskrivs skapa en tydligare koppling mellan produktionsuppdrag och finansiering som syftar till att främja produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården, förenkla överföring av uppdrag mellan sjukhus, ge stöd till innovation och utveckling samt bidra till omställningen till Framtidens hälsosystem. Det beskrivs att modellen ska behålla anslag som grundmodell för ersättning men nu utgå ifrån sjukhusens vårdproduktion två år tidigare, justerat för eventuella nya uppdrag eller verksamhetsflyttar som inträffat därefter. För att skapa jämförbara uppdrag mellan sjukhusen beskrivs vårdproduktionen genom uppdelning i olika patientflöden, klassificerade efter

<sup>1</sup> Region Skåne. (2023). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025-2026*. RF 2023-11-28 § 75

<sup>2</sup> Region Skåne. (2022). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023 med plan för 2024-2025*. RF 2022-12-13 § 109

<sup>3</sup> Region Skåne. (2022-2023). *Presentation av "Incitamentsmodell operationer"*. dec 22 – apr 23

<sup>4</sup> Region Skåne. (2023). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025-2026*. RF 2023-11-28 § 75



DRG-kod och huvuddiagnos för varje vårdkontakt<sup>5</sup>. Dessa flöden har sedan fördelats i 14 patientgrupper, baserat på vid vilket/vilka sjukhus vården bedrivs. Till exempel omfattar patientgrupp 1 endast patientflöden som bedrivs vid Sus. Det antas att vård av patienter inom samma patientflöde och patientgrupp har likvärdig resursåtgång oavsett ansvarigt sjukhus och samma kostnad per resurs. Ersättningen styrs av två fördelningsprinciper, som beskrivs enligt nedan:

- (1) Varje patientflöde tilldelas mixpoäng utifrån den genomsnittliga resursåtgången. Mixpoängen fördelas därefter till de sjukhus som bedriver vård inom patientflödet.
- (2) Ersättning per mixpoäng för respektive patientflöde beror på vilken patientgrupp som patientflödet tillhör, det vill säga vid vilket/vilka sjukhus som vården bedrivs. Det innebär att det blir 14 olika ersättningar per mixpoäng som motsvarar de strukturella förutsättningarna inom olika patientgrupper.

Ersättning utgår enligt ovan till de sjukhusstyrelser vars samlade volym av vård inom ett patientflöde uppgår till mer än två procent av samtliga vårdkontakter<sup>6</sup>. De vårdkontakter som motsvarar under två procent av vårdkontakterna eller inte har en registrerad diagnos, ersätts för sig. Därutöver erhåller sjukhusstyrelserna strukturersättning för ytterfall, (de dyraste patientfallen), samt vård vid intensivvårdsavdelningen, eftersom vissa sjukhus har strukturellt högre kostnader än andra för motsvarande produktionsuppdrag. Sjukhusen erhåller även tilläggsersättning avseende riktade uppdrag som inte avser vårdproduktion, exempelvis hjälpmedel, förmånläkemedel och Forskning och Utbildning och Utveckling (FoUU). Införandet av den nya ersättningsmodellen innebar stora förändringar i fördelningen av regionbidraget för respektive sjukhusstyrelse, därför infördes en dämpare som begränsade dess effekt och den totala förändringen från år 2023 begränsades till en maximal minskning på två procent och en maximal ökning på fem procent.

Enligt uppgift bygger den nya ersättningsmodellen på tidigare arbete och utredningar av ersättningsmodeller från 2018 och 2019<sup>7,8</sup>. Dessa genomfördes med utgångspunkt i regiondirektörens beslut år 2017 om att initiera en särskild utredning om framtida ersättningsmodeller för hälso- och sjukvården i Region Skåne<sup>9</sup>. Målet var att skapa en tydligare koppling mellan uppdrag och budget, skapa önskvärda incitament för sjukvårdsnämnder och förvaltningar, ge stöd för innovation och nya arbetssätt samt stötta systemeffektivitet och effektivitet i patientprocessen utifrån ett helhetsperspektiv. Arbetet med den nya ersättningsmodellen har alltså pågått under en längre tid och det beskrivs att beräkningsmetodiken för den nya ersättningsmodellen är under fortsatt utveckling, då en uppdaterad version av den nya ersättningsmodellen planeras att införas till år 2025. Ett centralt utvecklingsområde beskrivs vara att utveckla modellen så att den på ett bättre sätt gynnar användandet av öppna och lättare

---

<sup>5</sup> Region Skåne. (2023). *Uppdrag utveckling av ersättningsmodell 2025*. Minnesanteckningar fil "Uppdrag inför 2025 ersättningsmodell 231205 m anteckningar 231206."

<sup>6</sup> Region Skåne. (2024). *Presentation av Ersättningsystem på Region Skånes sjukhus*. Filnamn "Ersättningsmodell SRVN 240123". 2024-01-23

<sup>7</sup> Region Skåne. (2018). *Utredning avseende sjukvårdens ersättning och samband mellan hälso- och sjukvårdsstyrning och ekonomistyrning*, lägesrapport mars 2018

<sup>8</sup> Region Skåne. (2019). *Utredning avseende ersättning för hälso- och sjukvård Region Skåne*, delrapport 2

<sup>9</sup> Region Skåne. (2017). *Beslut - Ekonomistyrning inom hälso- och sjukvården – Utredning avseende sjukvårdens ersättning och samband mellan hälso- och sjukvårdsstyrning och ekonomistyrning – UPPDRAG*. RD 2017-04-06. Dnr 1700202.





behandlingsformer, vilket är i linje med omställningarna till Framtidens hälsosystem. Därtill planeras inkludering av incitamentsmodellen i den uppdaterade versionen av den nya ersättningsmodellen<sup>10</sup>.

## 4 Iakttagelser, analyser och bedömningar per revisionsfråga

Resultaten som presenteras nedan är en sammanställning av resultatet från dokumentgranskningen, analys av vård- och kostnadsdata samt de semistrukturerade intervjuerna. Varje revisionsfråga inleds med iakttagelser och analyser och avslutas med Sironas bedömningar för de styrelser och de nämnder som ingår i granskningen. Revisionsfrågorna kommer besvaras i följande ordning: 2, 3, 4 och 1.

### 4.1 Revisionsfråga 2:

*Vilka effekter förväntas ersättningsmodellerna ha på hälso- och sjukvården i Region Skåne och vilka effekter har konstaterats under året? I revisionsfrågan ingår att belysa kopplingen vad avser patientflöden gentemot primärvården och andra öppna vårdformer.*

#### 4.1.1 Iakttagelser och analyser

I Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2023 framgår att incitamentsmodellen som infördes för operationsverksamheter inom specialiserad somatisk vård år 2023, syftade till att skapa incitament för en ökad vårdproduktion för att förbättra tillgängligheten till åtgärd<sup>11</sup>. Vid införandet av incitamentsmodellen identifieras dock ett antal risker i hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys och riskhanteringsplan som kan skapa negativa effekter för operationsverksamheten. Identifierade risker var<sup>12</sup>: 1) Risk för att registreringen av en vårdinsats glider mot tyngre diagnoser och vårdinsatser på grund av att ersättningen baseras på registreringar i Pasis (RSVD3) vilket kan leda till felaktig bild av genomförd vård, felaktig ersättning samt förtroendeskada, 2) Risk för att prioriteringar i mindre utsträckning baseras på gällande lagstiftning om vård utifrån medicinska behov och medicinska prioriteringar på grund av ekonomiska incitament som ger extra ersättning prioriteras, vilket kan leda till undanträngning av vård, och 3) Risk för att förmågan och intresset av att samarbeta regionövergripande för patientgrupper som är relevanta i sammanhanget minskar, vilket kan leda till oskälig variation i tillgänglighet i Region Skåne. Det framkommer i intern kontroll 2023, vid årsuppföljning, att ingen negativ effekt avseende identifierade risker har kunnat påvisas<sup>13</sup>. I genomförd intervjustudie finns inte heller något som talar för att identifierade risker har uppstått hos verksamheterna.

Enligt Region Skånes årsrapport år 2023 ökade de planerade operationerna med sju procent från år 2022 till 2023, vilket var målet med införandet av incitamentsmodellen. Det nämns dock att hur mycket av denna ökning som går att tillskriva incitamentsmodellens ekonomiska incitament inte går att utläsa, eftersom många andra faktorer också påverkar produktionsutfallet. En majoritet av de intervjuade är positiva till incitamentsmodellen och betonar att modellen har lett till en ökad produktion. Många upplever även att den lett till ett mer aktivt arbete med bland annat produktionsplanering och flöde för förbättrad produktivitet. Ett fåtal av de intervjuade upplever att det ökade arbetet och insatsen för ökad produktion

<sup>10</sup> Region Skåne. (2023). *Uppdrag utveckling av ersättningsmodell 2025*. Minnesanteckningar fil "Uppdrag inför 2025 ersättningsmodell 231205 m anteckningar 231206"

<sup>11</sup> Region Skåne. (2022). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023 med plan för 2024-2025*. RF 2022-12-13 § 109

<sup>12</sup> Region Skåne. (2023). *Intern kontroll 2023. Hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys och riskhanteringsplan*. HSN 2023-03-16 § 29.

<sup>13</sup> Region Skåne. (2024). *Intern kontroll 2023 – Årsuppföljning*. Hälso- och sjukvårdsnämnden. HSN 2024-03-07 § 19.



inom operationsverksamheten inte har lett till det förväntade positiva ekonomiska resultatet. Yttre faktorer som vårdbehov, kostnadsökningar och strejker upplevs ha hämmat det förväntade positiva resultatet. Exempelvis nämns det att sjukhusen inte kan bestämma själva vilka operationer som genomförs, utan att det styrs av det medicinska behovet samt vilka operationer man i vissa fall blir tilldelade. Det nämns även att samordningskostnader som uppstår då patient förflyttas mellan sjukhus för att upprätthålla en god tillgänglighet skapar utmaningar. Även förtroendevalda i sjukhusstyrelsen i Trelleborg framhåller i protokollsutdrag att intäkterna från den nya incitamentsmodellen urholkas av kostnaderna<sup>14</sup>. Det noteras även att den totala ökningen av DRG-poäng (2.8%) inte motsvarar den totala ökningen av antalet operationer (5.7%)<sup>15</sup>. Eftersom ersättning utgår per producerad DRG-poäng och inte antal operationer kan det vara en orsak till upplevelsen av mindre ersättning och sämre ekonomiskt resultat än förväntat.

Det framhålls från förtroendevalda i Landskrona, Sus och Kristianstad att incitamentsmodellen är skapad på en felaktig grundpremiss; att verksamheterna utan ekonomiska incitament inte är villiga att genomföra sitt vårduppdrag. Det lyfts även att sjukhusstyrelserna på grund av incitamentsmodellens utformning behöver tävla om fördelningen av en fast budget, vilket innebär att om ett sjukhus får en högre ersättning kommer ett annat sjukhus att få mindre ersättning. Det beskrivs därmed att denna budgetprincip skapar svårigheter, eftersom något sjukhus alltid kommer komma ut som en relativ förlorare.

Avseende den nya ersättningsmodellen nämns det i verksamhetsplan och budget för 2024 att modellen ska kunna bidra till en förbättrad produktivitet, eftersom den skapar en tydligare koppling mellan produktionsuppdraget och finansiering. Kopplingen förväntas även bidra till att förflyttning av uppdrag mellan sjukhus förenklas, eftersom det på förhand finns en finansiering som är kopplad till specifika uppdrag. Därtill förväntas den nya ersättningsmodellen ge stöd till innovation och utveckling samt kunna bidra till omställning mot Framtidens Hälsosystem<sup>16</sup>. Vid intervjuer framhåller flera att intentionen bakom den nya ersättningsmodellen, som kopplar ihop faktisk produktion och ersättning, är positiv och att det är ett steg i rätt riktning jämfört med tidigare ersättningsmodell. Det upplevs som att den nya ersättningsmodellen på så vis kan vara mer rättvis, eftersom den speglar respektive sjukhus uppdrag och produktion på ett bättre vis. Däremot framgår det i ett initiativärende från sjukhusstyrelse Helsingborg att sjukhusstyrelsen inte har varit delaktig i framtagandet av den nya ersättningsmodellen och inte heller fått möjlighet att lämna några synpunkter på den beslutade modellen<sup>17</sup>. I svaret till detta ärende lyfts att konsekvenser av den nya ersättningsmodellen är utvärderade för Helsingborgs lasarett och att kompletterande förslag är framtagna inför budget 2025<sup>18</sup>. Det indikerar att det finns förbättringspotential i hur det nya ersättningsystemet förankras med sjukhusstyrelserna i Region Skåne.

Vad gäller den nya ersättningsmodellens påverkan på patientflöden från den specialiserade vården till primärvård och andra öppna vårdformer upplever en majoritet av de intervjuade att det nya ersättningsystemet inte har påverkat överföringen av vård från den specialiserade vården till primärvård.

<sup>14</sup> Region Skåne. (2024). Protokollsanteckning *Ärende 4. Verksamhetsplan och budget 2023 SHS TBG* till beslut § 4 *Verksamhetsplan och budget 2023 – Sjukhusstyrelse Trelleborg*. Sjukhusstyrelse Trelleborg. 2023-02-07.

<sup>15</sup> Region Skåne. (2024). *Region Skånes årsredovisning 2023*. RF 2024-04-09 § 24

<sup>16</sup> Region Skåne. (2023). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025-2026*. RF 2023-11-28 § 75

<sup>17</sup> Region Skåne. (2023). Initiativärende *Låt sjukhusstyrelsen bidra till en utveckling av ersättningsmodell för sjukhusen*. Sjukhusstyrelse Helsingborg 2023-12-21

<sup>18</sup> Region Skåne. (2024). § 7 Svar på initiativärende "Låt sjukhusstyrelsen bidra till en utveckling av ersättningsmodell för sjukhusen". Sjukhusstyrelse Helsingborg 2024-01-31.



De anser att andra styrande faktorer spelar större roll vid förflyttningar av patienter. Exempelvis nämns tillgänglighet till vård för patienter och hantering av köer, patienternas bästa samt strategier och initiativ från hälso- och sjukvårdsnämnden som faktorer med större påverkan på förflyttningar gentemot primärvården och andra öppna vårdformer. Ett antal intervjupersoner betonar även att de separata ersättningsmodellerna för somatisk vård och primärvård gör det svårt att genomföra förflyttningar, eftersom modellerna inte hänger ihop med varandra. Det innebär även att justeringar inom det ena ersättningssystemet inte behöver påverka patientflödet mellan de två vårdnivåerna. Exempelvis nämns det att starkare incitament för primärvården att ta emot patienter utanför sjukhusen hade förenklat patientflöden från den somatiska sjukhusvården till primärvården och därmed stöttat omställningen till en nära vård. Ett fåtal intervjupersoner understryker även att primärvården skulle kunna avlasta sjukhusvården mer om det fanns ytterligare personalresurser i primärvården.

Ett fåtal av de intervjuade uttrycker att det finns en risk för att den nya ersättningsmodellen kan innebära att sjukhusen hellre behåller patienter för att upprätthålla produktion och därmed erhålla högre ersättning, vilket i sådana fall motverkar förflyttningar mellan vårdnivåer. Enstaka intervjupersoner framhåller tvärtom att den nya ersättningsmodellen kan stötta omställningen då det finns anledning att hänvisa "lätta" närsjukvårdspatienter som ger lågt DRG och därmed låg ersättning vidare för att istället hantera patienter med större vårdtyngd som ger ett högre DRG-poäng och därmed högre ersättning.

#### 4.1.2 Bedömningar

Sirona bedömer att konstaterade effekter av de nya ersättningssystemen inte i sin helhet motsvarar de förväntningar som framhållits. Incitamentsmodellen bedöms ha ökat produktionen och skapat incitament för effektivisering av operationsverksamheten vid sjukhusen. Respektive sjukhus har dock olika förutsättningar för att öka produktion, utifrån nuvarande uppdrag och förutsättningar, vilket skapar ett hinder för att uppnå den produktionsökning som avsågs vid införandet av incitamentsmodellen.

Effekterna för den nya ersättningsmodellen bedöms hittills inte motsvara förväntningarna. Det bedöms finnas en risk för en politisk övertro på vilka effekter som ersättningsmodeller får på hälso- och sjukvården, avseende vilken vård som bedrivs var. Andra former av styrning bedöms vara viktigare faktorer i sammanhanget. Den nya ersättningsmodellen bedöms varken hindra eller stötta patientflöden gentemot primärvården och andra öppna vårdformer. Som den nya ersättningsmodellen är utformad nu finns det inga tydliga incitament för somatiska sjukhusvården att lämna ifrån sig patienter till andra öppna vårdformer. De separata ersättningssystemen i primärvården och den somatiska sjukhusvården innebär även att patientflöden mellan vårdnivåerna inte påverkas då ersättningssystemet inom den somatiska sjukhusvården förändras. Sirona bedömer att den nya ersättningsmodellen inte har förankrats på ett tydligt sätt med nämnder och styrelser i Region Skåne.

## 4.2 Revisionsfråga 3:

*Ger ersättningsmodellerna en adekvat ersättning till berörda nämnder gällande bland annat patientmix och vårdtyngd och skapar ersättningsmodellerna incitament för de enskilda sjukhusstyrelserna till effektivisering av verksamheten?*



#### 4.2.1 lakttagelser och analyser

Hälso- och sjukvårdsnämnden beskriver att syftet med incitamentsmodellen är att via ökad vårdproduktion förbättra tillgängligheten till åtgärd/operation<sup>19</sup>. Detta har gjorts genom att ett tillskott på 600 miljoner SEK i budgeten för år 2023 för att skapa incitament för en ökad vårdproduktion och därmed förbättra tillgängligheten till åtgärd<sup>20</sup>.

En majoritet av de intervjuade upplever att incitamentsmodellen har lett till utökad produktion och även förbättrad produktivitet, genom exempelvis förbättrad produktionsplanering. Däremot anger många respondenter att vilka operationer som genomförs fortfarande styrs av den medicinska prioriteten. Det framhålls som positivt att ersättning tilldelas enheterna endast en månad efter genomförd produktion och att modellen skapar en förutsägbar ersättning då ersättningen är direkt kopplad till antalet DRG-poäng som verksamheterna producerat. Ett fåtal upplever svårigheter med att styra produktionen eftersom det är beroende av vårdbehovet och vilka operationer sjukhusen blir tilldelade. Modellen anses även vara känslig för faktorer som brist på personal, vilket kan påverka genomförandet av planerade operationer och därmed även utbetald ersättning.

Det beskrivs i Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2024 att även den nya ersättningsmodellen ska bidra till en förbättrad produktivitet och effektivitet genom en tydlig koppling mellan produktionsuppdrag och finansiering<sup>21</sup>. Modellen utgår, som tidigare beskrivet, bland annat på klassificerade patientflöden som baseras på DRG-kod och huvuddiagnos, vilka är parametrar som indirekt tar hänsyn till vårdtyngd och till viss del patientmix. I det fortsatta arbetet med den nya ersättningsmodellen framgår det att vidareutveckling av modellen pågår för att på ett bättre sätt spegla vårdtyngd och patientmix. Bland annat ingår en översyn av införandet av befolkningsrelaterad ersättning, vidareutveckling av gruppering av patienter och strukturersättning i det pågående arbetet. Det beskrivs att en uppdaterad modell kan ta hänsyn till befolkningsrelaterad ersättning bland annat utifrån ålder, ACG (Adjusted Clinical Groups)\* och CNI (Care Need Index)\*\* för vård som bedrivs hos alla sjukhusstyrelser. Vidare beskrivs det att nuvarande gruppering av patienter, som baseras på DRG, inte tar hänsyn till vilken behandlingsmetod eller vårdform som används för jämförbara patienter när ersättningen bestäms.

Vid införandet av den nya ersättningsmodellen beskriver förtroendevalda i sjukhusstyrelsen i Ystad, Ängelholm och Kristianstad att det krävs en ökad tydlighet om vilka ekonomiska behov som finns för att

---

<sup>19</sup> Region Skåne. (2023). Beslutsförslag 2023-03-28 Svar på initiativvärende Förbättra incitamentsmodellen för operationer till beslut § 59 Svar på initiativvärende Förbättra incitamentsmodellen för operationer. HSN 2023-05-04.

<sup>20</sup> Region Skåne. (2024). *Region Skånes Årsredovisning 2023*. RF 2024-04-09

\* ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett system som värderar sjukdomsburda utifrån diagnos, ålder och kön. (Startfield and Weiner, John Hopkins University, 1991)

\*\* CNI (Care Need Index) är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. Statistikmyndigheten, "Care Need Index (CNI)", <https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/>, hämtad 2024-10-16

<sup>21</sup> Region Skåne. (2023). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025-2026*. RF 2023-11-28 § 75



förbättra budgetprocessen <sup>22</sup>, <sup>23</sup>, <sup>24</sup>. Det framhålls att det bör vara sjukhusstyrelsens uppgift att uppmärksamma regionstyrelsen på hur mycket pengar som behövs för att bedriva verksamheten, annars är det svårt för att fördela regionbidraget på ett adekvat sätt. Yttrandena visar på att kommunikationen mellan sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen har förbättringspotential.

Vidare lyfts det i en majoritet av intervjuerna att det är svårt att förstå hur ersättningar beräknas i den nya ersättningsmodellen, vilket beskrivs skapa en osäkerhet som försvårar sjukhusens förmåga att leda och utveckla verksamheten. Mer specifikt anger många av de intervjuade att detta försvårar prioritering av olika effektiviseringsinitiativ då man inte helt kan förutsäga vilka ekonomiska utfall man kan förvänta sig. Många anser dessutom att tidsfördröjningen på två år mellan produktion och ersättning gör det svårt för sjukhusen att planera och effektivisera sin verksamhet. Fördröjningen mellan produktion och ersättning innebär att sjukhusen behöver ta kostnaden för exempelvis en ökad produktion en lång tid innan ersättning utbetalas. Det upplevs vara en för lång period för sjukhusen eftersom man riskerar att gå med stort underskott det år man väljer att öka produktionen. Omvänt innebär det även att minskad produktion ett år, exempelvis om man väljer att dra ned på verksamheten utifrån besparingskrav, kommer att leda till ännu lägre ersättning efter två år, vilket ytterligare kan försvaga den ekonomiska situationen för sjukhusstyrelser med större underskott.

Flera av de intervjuade upplever att ovan nämnda faktorer gör det svårt att veta huruvida ersättningsmodellerna ger en adekvat ersättning till berörda nämnder gällande bland annat patientmix och vårdtyngd. Ett fåtal menar att man ändå har tilltro till den nya ersättningsmodellen och det finns en förståelse för komplexiteten i utvecklandet av en ersättningsmodell. Hos dessa intervjupersoner finns uppfattningen att Region Skåne försökt skapa en heltäckande modell som fördelar ersättningen mellan sjukhusen på ett adekvat sätt.

De intervjuade menar att det både vid införandet av incitamentsmodellen och den nya ersättningsmodellen under en omställningsperiod kan uppstå en kostnadsökning innan verksamheterna kan öka sin produktion. Det är en kostnadsökning som till stor del består av fasta kostnader (exempelvis personal, lokal och utrustning), vilket innebär att det är riskabelt att skala upp verksamheten för en högre vårdproduktion samt svårt att skala ner om vårdbehov, uppdrag, resurstillgång eller ersättningsystem förändras och därmed minskar vårdproduktionen.

#### 4.2.2 Bedömningar

Sirona bedömer att incitamentsmodellen skapar incitament för ökad produktion och har förutsättningar till ökad produktivitet genom stordriftsfördelar. Att modellen skapar förutsägbar ersättning och att ersättning utbetalas endast en månad efter produktion bedöms vara framgångsfaktorer.

Den nya ersättningsmodellen bedöms däremot inte skapa incitament till effektivisering av verksamheten då den inte upplevs vara tillräckligt transparent och har för lång fördröjning mellan produktion och

---

<sup>22</sup> Region Skåne. (2023). Reservation Ärende 5. Yttrande över planeringsdirektiv 2024 med plan för 2025-26 SHS Ystad till beslut § 28 Yttrande över planeringsdirektiv 2024 med plan för 2025-26 SHS Ystad. SHS Ystad 2023-09-28.

<sup>23</sup> Region Skåne. (2023). Reservation Ärende 5. Yttrande över planeringsdirektiv 2024 SHS ÄNH till beslut § 31 Sjukhusstyrelsens yttrande över planeringsdirektivet med verksamhetsplan och budget 2024 samt plan för 2025 och 2026. SHS Ängelholm 2023-09-27.

<sup>24</sup> Region Skåne. (2023). Reservation Ärende 5. Yttrande över planeringsdirektiv 2024 med plan för 2025 och 2026 till beslut § 32 Yttrande över planeringsdirektiv 2024 med plan för 2025 och 2026. SHS Kristianstad 2023-09-27.



ersättning. Därtill riskerar den att ytterligare förstärka konsekvenser av yttre effekter (vakanser, strejker, andra sjukhusstyrelserns produktion) som ej går att påverka för enskilda sjukhusstyrelser.

Sirona bedömer att båda ersättningsmodellerna till viss del ger en adekvat ersättning till sjukhusstyrelserna med hänsyn till vårdtyngd och patientmix. Det pågående utvecklingsarbetet av den nya ersättningsmodellen (avseende inkludering av befolkningsrelaterad ersättning, patientgruppsindelning och strukturersättning) bedöms kunna förbättra kopplingen mellan ersättning och vårdtyngd samt patientmix, då dagens ersättningsmodell inte tar hänsyn till befolkningsunderlag, exempelvis ålder, ACG (Adjusted Clinical Groups) och CNI (Care Need Index) som på en mer detaljerad nivå beskriver patientmix och vårdtyngd. Det bedöms därmed finnas en risk för att sjukhusstyrelser med exempelvis en mer krävande patientmix eller tilldelade uppdrag med låg DRG-vikt inte får tillräckligt betalt i förhållande till vilka resurser som krävs för uppdraget. Dessutom tar patientgruppsindelningen, som baseras på DRG, inte hänsyn till vilken behandlingsmetod eller vårdform som används för jämförbara patienter när ersättningen bestäms. Sjukhus med olika behandlingsmetoder och vårdformer för en patient med en given vårdtyngd erhåller därmed inte samma ersättning.

### 4.3 Revisionsfråga 4:

*På vilket sätt ger befintliga ersättningsmodeller förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans och för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling?*

#### 4.3.1 Iakttagelser och analyser

I Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 fastslås att en ekonomi i balans är nödvändigt för att kunna göra nödvändiga reinvesteringar i verksamheten, ha möjlighet att kunna parera för förändringar i sysselsättning, skatteunderlag och utjämningsystem samt kunna möta oväntade händelser eller sämre tider utan att behöva göra drastiska nedskärningar i verksamheten<sup>25</sup>. Av budgeten framgår även att den tidigare ersättningsmodellen, som baserades på ett uppräknat anslag, inte bedömdes som ändamålsenlig för att säkerställa en budget i balans då den inte i tillräckligt stor utsträckning bedömdes främja förbättrad produktivitet och effektivitet.

I budgeten beskrivs att den nya ersättningsmodellen förväntas skapa en tydligare koppling mellan produktionsuppdrag och finansiering. Den framhålls på ett bättre sätt kunna bidra till förbättrad produktivitet, vilket skapar förutsättningar för att stötta mål om en ekonomi i balans. Vidare beskrivs det i planen att den nya ersättningsmodellen ger stöd till innovation och utveckling samt bidrar till Framtidens Hälsosystem, som är centrala delar av hälso- och sjukvårdens framtida utveckling. Fördjupade detaljer avseende på vilket sätt den nya ersättningsmodellen förväntas stötta hälso- och sjukvårdens framtida utveckling nämns inte.

I förändrings- och genomförandeplanen för Framtidens hälsosystem beskrivs vilka förväntningar som finns på hur vård inom området hälsofrämjande och förebyggande insatser samt inom Nära vård ska ersättas<sup>26</sup>. Den framtida ersättningsmodellen ska (citrat) ”stimulera hälsofrämjande insatser samt vara enkel att förstå, rimligt rättvis och svår att manipulera”. Vidare ska den tillsammans med andra styrprinciper främja innovation, samverkan och prevention. Det framgår inte i Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024,

<sup>25</sup> Region Skåne. (2023). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025-2026*. RF 2023-11-28 § 75

<sup>26</sup> Region Skåne. (2024). *Förändrings- och genomförandeplan för Framtidens hälsosystem 2023-2026*. HSN 2024-06-20 § 62



huruvida modellen utformats utefter milstolparna i förändrings och genomförandeplanen för framtidens hälsosystem. Som tidigare nämnt fortgår arbetet med den nya ersättningsmodellen under 2024 och en uppdaterad version av den nya ersättningsmodellen planeras att införas år 2025. Det framgår av uppdraget för utveckling av ersättningsmodellen år 2025 att ett centralt område för vidareutveckling av den nya ersättningsmodellen är att analysera möjligheter för att stötta Framtidens Hälsosystem<sup>27</sup>. Därtill beskrivs att dagens ersättning till sjukhusen styrs av DRG-poäng där en begränsning är att dessa inte fullt ut tar hänsyn till val av behandlingsmetoder eller om vården hade kunnat bedrivas på annan vårdnivå; detta har de ansvariga för utvecklingen av ersättningsmodellen lyft fram som ett viktigt utvecklingsområde.

Till incitamentsmodellen avsattes som nämnt extra medel om 600 miljoner SEK år 2023 till hälso- och sjukvårdsnämndens budget för att möjliggöra ökad produktion och minskade operationsköer. På grund av att det avsattes extra medel fanns det därmed möjlighet för respektive sjukhusstyrelse att öka produktionen för operationer och på så vis erhålla en högre total ersättning. Förutsatt att kostnaderna inte ökar i proportion med ersättningen kan respektive sjukhusstyrelse använda incitamentsmodellen som ett verktyg för att uppnå en ekonomi i balans. Det framgår däremot av Region Skånes årsredovisning år 2023 att sjukhusstyrelserna tillsammans inte nått upp till budgeterad volym av operationer år 2023, även om den totala produktionen ökade från år 2022 till 2023<sup>28</sup>. Sjukhusstyrelserna i Kristianstad, Landskrona och Trelleborg producerade däremot fler operationer än budgeterat och fick därmed även en högre total ersättning än budgeterat. Vidare nämns det i årsrapporterna för år 2023 från sjukhusstyrelserna i Landskrona och Trelleborg att incitamentsmodellen ska användas som ett verktyg för att uppnå en ekonomi i balans<sup>29, 30</sup>. Även under intervjuerna framkommer det att incitamentsmodellen lett till att många verksamheter har börjat arbeta mer aktivt med en ökad produktion i operationsverksamheten. Det sker delvis genom förbättrad produktivitet och produktionsplanering, faktorer som har möjlighet att påverka målet om en ekonomi i balans.

Av intervjuer framgår det att en majoritet av representanterna upplever att den nya ersättningsmodellen varken hindrar eller stöttar förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans eller hälso- och sjukvårdens framtida utveckling. Rörande den nya ersättningsmodellens förutsättningar för att uppnå en ekonomi i balans upplevs det av flera representanter att andra faktorer som politiska beslut, total budget för hälso- och sjukvården samt resurstillgång påverkar ekonomin mer än vad ersättningsmodellen har förmåga till att göra. Några intervjurepresentanter upplever att den nya ersättningsmodellen går i rätt riktning genom att ersätta sjukhus för deras produktion. Modellen upplevs av dessa intervjurepresentanter på ett bättre sätt än den tidigare ge möjlighet till en mer rättvis ekonomisk fördelning baserat på produktionen. Vad gäller den nya ersättningsmodellens förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål om hälso- och sjukvårdens framtida utveckling upplever många att drivkraften bakom omställningen mot exempelvis Framtidens hälsosystem och Nära Vård främst kommer från andra styrande faktorer samt en vilja att förbättra patientvården, snarare än från ekonomiska incitament från den nya ersättningsmodellen.

<sup>27</sup> Region Skåne. (2023). *Uppdrag utveckling av ersättningsmodell 2025*. Minnesanteckningar fil "Uppdrag inför 2025 ersättningsmodell 231205 m anteckningar 231206."

<sup>28</sup> Region Skåne. (2024). *Region Skånes Årsredovisning 2023*. RF 2024-04-09 § 24

<sup>29</sup> Region Skåne. (2024). *Årsrapport 2023 sjukhusstyrelse Trelleborg*.

<sup>30</sup> Region Skåne. (2024). *Årsrapport 2023 sjukhusstyrelse Landskrona*.





Under intervjuerna framkommer även andra förslag på hur ersättningsmodellen för somatisk vård i framtiden skulle kunna förbättras ytterligare. Exempelvis lyfts förslag om att en tydligare, politiskt fastställd, utbudskarta med tydligt definierade uppdrag per sjukhusstyrelse skulle skapa bättre förutsättningar för en rättvis resursfördelning sjukhusen emellan. Andra förslag som lyftes fram var en återgång till det tidigare systemet med gemensamma förvaltningar där både primärvård och sjukhus ingick; en sådan lösning skulle skapa förutsättningar för en gemensam ersättningsmodell som skulle underlätta ändamålsenliga förflyttningar av patientflöden i enlighet med Framtidens hälsosystem och nära vård.

#### 4.3.2 Bedömningar

Vilka ekonomiska konsekvenser som incitamentsmodellen haft samt huruvida de underlättat eller försvårat möjligheterna att nå en ekonomi i balans är svårt att bedöma. På ett direkt sätt har incitamentsmodellen medfört en ökad total kostnad då cirka 300 miljoner kronor av extra insatta medel har utnyttjats för att möjliggöra fler operationer, vilket försvårar möjligheterna att nå en ekonomi i balans. Indirekt har satsningen medfört ett minskat behov av köpt vård då den samlade produktionen i egen regi har ökat. Det har inte varit möjligt att undersöka alla faktorer som påverkar nettoeffekten, eftersom den beror på fler saker än ersättningsmodellen, som till exempel resurstillgång, uppdragsfördelning och politiska beslut. Som framgår av punkt 4.4 har produktiviteten inom ortopedi och kirurgi minskat lika mycket som inom medicin, trots att medicin inte fått nya medel genom incitamentsmodellen. Detta indikerar, men vi kan inte med säkerhet fastslå, att incitamentsmodellen lett till en ökad produktion men inte bidragit till en ökad produktivitet. Sirona delar åsikten som framförts av vissa respondenter att incitamentsmodellen, som den varit utformad, inte är ekonomiskt hållbar över tid.

Sirona bedömer att den nya ersättningsmodellen inom somatisk vård har haft en begränsad påverkan på fullmäktiges mål om en ekonomi i balans eftersom den främst fördelar resurser inom den beslutade ramen; hur sjukhusen per se hanterar de sparbetning som föreligger 2024 påverkar utsikterna mycket mer.

Sirona bedömer vidare att nya ersättningsmodellen i nuvarande form riskerar att försvåra hälso- och sjukvårdens framtida utveckling. Dels på grund av de upplevda svårigheterna med att förstå vilken ersättning som kommer följa av olika insatser och dels på grund av tidsfördröjningen mellan produktion och ersättning. Konsekvenserna av det senare skulle kunna få ödesdigra styrningskonsekvenser då modellen riskerar förstärka och styra fördelning av ekonomiska resurser utan politiska ställningstaganden och beslut baserat på en framtida målbild för vilken vård som ska bedrivas var inom Region Skåne.

Den nuvarande modellens utformning skapar förutsättningar för att flytta vårduppdrag mellan sjukhus genom att budgetmedel omfördelas. Det som blir komplicerat i modellen är vad som händer om patientvolymerna sedermera inte förflyttas som man tänkt. Exempelvis har ersättningar för vård för Höör/Hörby omfördelats från Skånes universitetssjukhus till Centralsjukhuset i Kristianstad i budgeten för 2024. Denna ersättning går att vidhålla 2025 men 2026 kommer ersättningarna att avse var vården faktiskt bedrevs 2024; dvs en del medel kan då börja gå tillbaka till Sus. Givet omfördelningen av uppdrag mellan sjukhus som förväntas ske som en del av omställningen till Framtidens hälsosystem så riskerar den nya modellen, i nuvarande utformning, skapa komplicerade samband som kan vara svåra att förklara och som kommer göra att den uppfattas som ännu mindre transparent. Utifrån ovan så välkomnar vi beskedet om pågående vidareutvecklingen och anpassningar för att bättre stötta omställningen till Framtidens hälsosystem.





Sirona bedömer på grund av ovan att ersättningsmodellerna inte skapar förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans och för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling.

#### 4.4 Revisionsfråga 1:

*Hur ser den faktiska kostnadsfördelningen ut i Region Skåne fördelat per styrelse/nämnd för respektive sjukhus, totalt för respektive sjukhus och för ett urval specialiteter, avseende bland annat:*

- *Kostnad per patient (KPP)*
- *Antal vårdtillfällen*
- *Kostnad totalt*
- *Kostnad genomsnitt och median*
- *Kostnad per DRG-poäng*
- *Kostnad per vårddag*

*I revisionsfrågan ingår att göra en jämförelse av eventuella avvikelser mellan de olika styrelserna/nämndernas utfall för att om möjligt påvisa orsakerna till dessa. Observera att specialiserad öppenvård, inklusive dagvård samt både besök och åtgärder ska beaktas utifrån tillgängliga uppgifter.*

##### 4.4.1 Iakttagelser och analyser

Enligt Region Skånes budget och verksamhetsplan 2024 ska den nya ersättningsmodellen skapa en tydligare koppling mellan produktionsuppdrag och finansiering samt vara bättre anpassad till vården som den bedrivs idag, alltså spegla kostnaderna för respektive sjukhusstyrelse bättre än tidigare modell. I Region Skånes årsredovisning för år 2023 beskrivs att de huvudsakliga mekanismerna i beräkningsmodellen är en utjämning av resursåtgång och kostnader för jämförbara patientflöden mellan olika sjukhusstyrelser<sup>31</sup>. Det beskrivs vidare att ersättningsmodellen ska främja en god produktivitet och effektivitet i Region Skåne, vilket har potential att minska Region Skånes kostnader. Förväntningarna är att införandet av de nya ersättningsmodellerna ska skapa incitament som leder till att parametrar som kostnad per patient (KPP) bör minska.

Sirona har genomfört kvantitativ analys av *KPP, antal vårdtillfällen, total och genomsnittlig kostnad per vårdkontakt, kostnad per DRG-poäng* samt *kostnad per vårddag* för att identifiera eventuella avvikelser mellan sjukhusstyrelserna och dess koppling till den nya ersättningsmodellen och incitamentsmodellen. Som beskrivs i kapitel 2.4 "Avgränsningar" samt kapitel 2.6.3 "Kvantitativ analys" har analyser som presenterats i rapporten avgränsats för att öka läsbarheten och undvika att felaktiga slutsatser på grund av osäkerhet i dataunderlaget. Eftersom dataunderlag för år 2024 ännu inte är tillgängligt har detta år exkluderats från analysen och den nya ersättningsmodellens effekter på kostnader kommer därför inte att kunna utläsas från den kvantitativa analysen. För att möjliggöra en analys av innevarande år har data samlats in via intervjuer. Vid en majoritet av intervjuerna anger de intervjuade att man saknar uppfattning om vilka effekter incitamentsmodellen och den nya ersättningsmodellen har haft avseende indikatorer som *KPP, antal vårdtillfällen, total och genomsnittlig kostnad per vårdkontakt, kostnad per DRG-poäng* samt *kostnad per vårddag*. Ett fåtal personer har en uppfattning och anser att det inte har skett någon märkbar förändring i totala kostnader eller kostnad per producerad DRG-poäng efter introduktion av de nya ersättningsmodellerna. De intervjuade framhåller vidare att det krävs en längre tidsperiod av uppföljning för att kunna uttala sig om effekterna av de nya ersättningsmodellerna. Då intervjupersonerna till viss del

<sup>31</sup> Region Skåne. (2023). *Region Skånes årsredovisning 2023*. RF 2024-04-09 § 24



saknar insikt i orsakerna bakom avvikelser mellan sjukhusstyrelser för de aktuella parametrarna, och eftersom dokumentstudien till viss del inte behandlat dessa parametrar, har orsakerna till avvikelser mellan sjukhusstyrelser inte kunnat identifieras i samtliga kvantitativa analyser. Under intervjuerna framhåller dock respondenter att sjukhusstyrelse Sus har ett annorlunda uppdrag jämfört med övriga sjukhusstyrelser och att detta bidrar till de observerade avvikelserna. Skillnader mellan sjukhusstyrelse Sus och övriga sjukhusstyrelser bör därför tolkas med försiktighet.

Kortfattad sammanfattning av resultat från kvantitativ analys (se fullständig beskrivning i Bilaga 5):

- Vid analys av *ersättning år 2024 per producerad DRG-poäng år 2022* noteras skillnader mellan sjukhusstyrelserna, vilket beror på att regionbidraget inte enbart baseras på vårdproduktionen två år tidigare utan även på bland annat justeringar i uppdrag, strukturersättning, tilläggsersättning och dämpande effekter, se Figur 4.
- Den *totala kostnaden* och *totalt antal producerade DRG-poäng* varierar mycket mellan respektive sjukhusstyrelse, vilket till stor del beror av sjukhusstyrelsernas uppdrag och storlek, se Figur 5 – 6. Vidare analys av kostnad och DRG-poäng mellan år 2019 och 2023 visar att kostnaderna har ökat mer än LPIK (prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner) samtidigt som antalet DRG-poäng har minskat eller inte förändrats hos en majoritet av sjukhusstyrelserna.
- Som en konsekvens av ovanstående punkt har *kostnaden per DRG-poäng* har ökat, utvecklingen har skett relativt likartat för sjukhusstyrelserna, se Figur 8. Exempelvis ökade kostnaden per DRG-poäng mellan 29 och 34 procent hos en majoritet av sjukhusstyrelserna, vilket är mer än LPIK som ökade med 16 procent under perioden. Resultatet visar däremot på skillnader mellan kostnad per DRG, vilket beror av skillnader i totalt antal producerade DRG-poäng samt total kostnad.
- Resultatet för *kostnad per vårdkontakt* visar på att det finns vissa skillnader mellan sjukhusstyrelserna, även om den övergripande trenden om en högre kostnad per vårdkontakt jämfört med LPIK kan identifieras hos alla sjukhusstyrelser utom Landskrona och Trelleborg, se Figur 7.
- Analys av *kostnad per vårddag* visar på ytterligare skillnader mellan sjukhusstyrelserna, exempelvis har sjukhusstyrelse Sus och Ystad en kostnad per vårddag år 2023 som var cirka 70 procent högre än kostnaden per vårddag för sjukhusstyrelse Landskrona och Ängelholm, se Figur 9. Resultatet visar även på att kostnaden per vårddag ökade mellan 25 och 64 procent för respektive sjukhusstyrelse under perioden. Vid intervjuer och dokumentstudier framkom det inte någon orsak till denna avvikelse.
- Vid analys av *antal vårdtillfällen* noteras att fler än hälften av alla vårdtillfällen i Region Skåne genomförs hos sjukhusstyrelse Sus, cirka en tredjedel hos sjukhusstyrelse Helsingborg eller Kristianstad och resterande 20 procent hos någon av de mindre sjukhusstyrelserna, se Figur 10. Fördelningen av antalet vårdtillfällen beror till stor del av respektive sjukhusstyrelses uppdrag och kapacitet. Resultatet visar även på att antalet vårdtillfällen mellan år 2019 och 2023 har minskat för alla sjukhusstyrelser förutom sjukhusstyrelse Ängelholm vars antal vårdtillfällen istället har ökat. Vid intervjuer och dokumentstudier framkom det inte någon orsak till denna avvikelse.

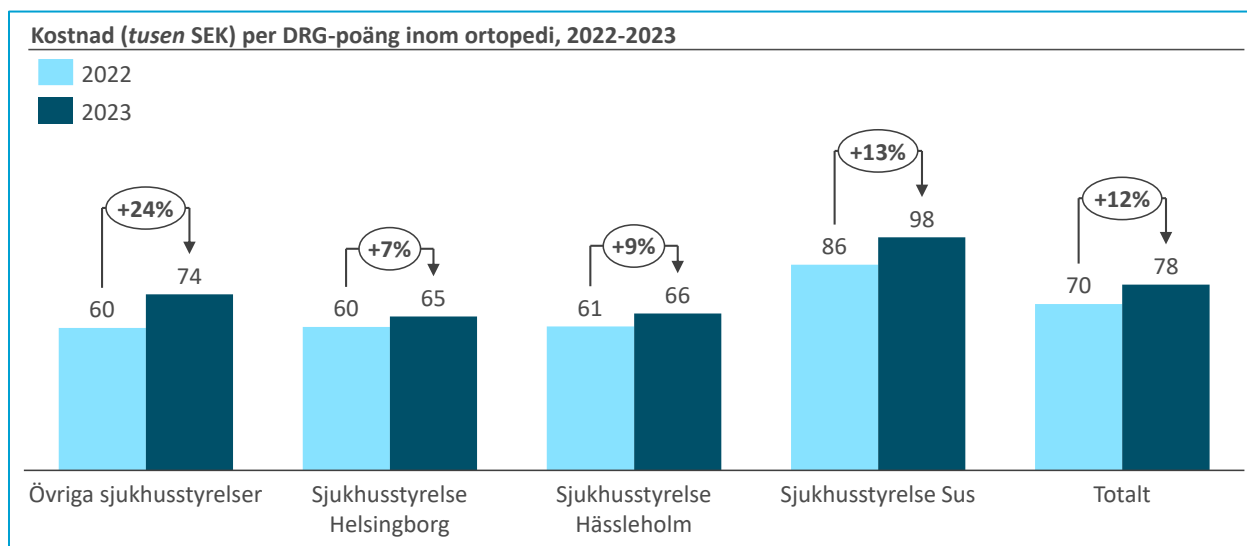


- Vid analys av *antalet besök* identifieras en liknande fördelning av antalet besök som för antalet vårdtillfällen, se Figur 11. Till skillnad mot antalet vårdtillfällen sker inte en lika tydlig minskning av antalet besök mellan år 2019 och 2023. En generell trend som kan identifieras är att de samlade besöken hos de sjukhusstyrelser med ett större antal besök (Sus, Helsingborg samt Kristianstad) tillsammans har minskat sedan 2019, medan de sjukhusstyrelser med ett färre antal besök (Hässleholm, Landskrona, Trelleborg, Ystad och Ängelholm) tillsammans har ökat antalet besök. Därutöver har en stor procentuell ökning på 82 procent för sjukhusstyrelse Landskrona identifierats vilket sannolikt beror på ett förändrat uppdrag under jämförelseperioden. Uppgifter från intervjuer och dokumentstudier berör inte vilken förändring som har skett och ingen fördjupad orsaksanalys av detta har genomförts.
- Analys av *medelvårdtid i slutenvård* genomfördes för att jämföra skillnader i effektivitet, resultatet visar att medelvårdtiden varierar med upp till 30 procent mellan sjukhusstyrelserna, se Figur 12. Vid intervjustudie samt dokumentstudie framkommer ingen orsak till den identifierade avvikelsen mellan sjukhusstyrelserna. Förutom produktivitet och effektivitet kan medelvårdtiden bero på exempelvis uppdrag, resurstillgång och patientmix.
- *Beläggningsgraden* analyserades inom verksamhetsområde ortopedi, medicin och kirurgi, se Figur 13. Analysen visar att fem av sjukhusstyrelserna har en beläggningsgrad på 100 procent eller mer år 2023 samt att beläggningsgraden varierar mellan sjukhusstyrelserna. Skillnaderna i beläggningsgrad har inte uppmärksammats i genomförd intervju- eller dokumentstudie och en fördjupad orsaksanalys har inte genomförts.
- *Andelen återinläggningar* har analyserats för verksamhetsområde ortopedi, kirurgi och medicin, se Figur 14–16. Analyserna visar att det finns vissa skillnader mellan sjukhusstyrelserna samt att andelen återinläggningar har ökat något för de flesta sjukhusstyrelserna från år 2022 till 2023. Underlag från intervjuer och dokumentstudier berör inte specifika orsaker som kan ligga bakom skillnaderna mellan sjukhusstyrelserna eller utvecklingen mellan åren.

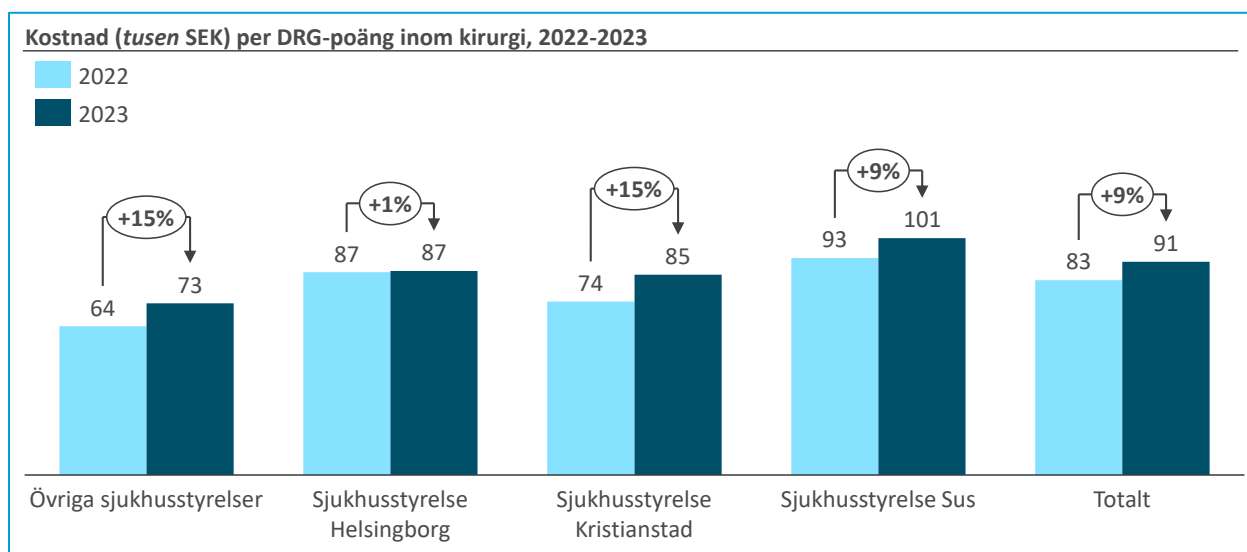
Vad gäller incitamentsmodellen finns dataunderlag för år 2023 sammanställt, vilket möjliggör en kvantitativ analys på helårsbasis avseende kostnadsfördelningen. Enligt Region Skånes årsredovisning 2023 utnyttjades ungefär hälften av den extra insatta avsättningen från hälso- och sjukvårdsnämnden för incitamentsmodellen, vilket motsvarar cirka 300 miljoner SEK. Därutöver analyserades kostnadsfördelningen mellan sjukhusstyrelser inom verksamhetsområdena ortopedi, kirurgi och medicin, se Figur 1-3. De två förstnämnda verksamheterna har en stor operationsverksamhet och påverkas därmed av incitamentsmodellen, till skillnad mot verksamhetsområdet medicin. Resultatet visar att det skett en kostnadsökning per DRG för respektive verksamhetsområde mellan år 2022 och 2023. Under tidsperioden år 2022 och 2023 har kostnaderna för ortopedi och kirurgiverksamheten totalt ökat med 17 respektive 10 procent samtidigt som producerade DRG-poäng ökat med 5 respektive 1 procent, vilket leder till att kostnaden per DRG ökat med 12 respektive 9 procent. En verksamhetsrepresentant lyfter att en del av operationerna försköts från slutenvård till öppen vård, vilket påverkar jämförelsen av producerade DRG-poäng mellan år 2022 och 2023. Även kostnaderna per DRG för medicinverksamheten ökade med 12 procent, men till skillnad från de övriga två verksamheterna sjönk den totala produktionen av DRG-poängen med 1 procent. Kostnadsökningen per DRG kan jämföras mot LPIK mellan år 2022 och 2023 som var 7.9 procent. Kostnaderna per DRG har därmed ökat med 4 procentenheter mer än LPIK för operations- och medicinverksamheten och 1 procentenhet mer än LPIK för kirurgverksamheten. Vidare analys av ortoped



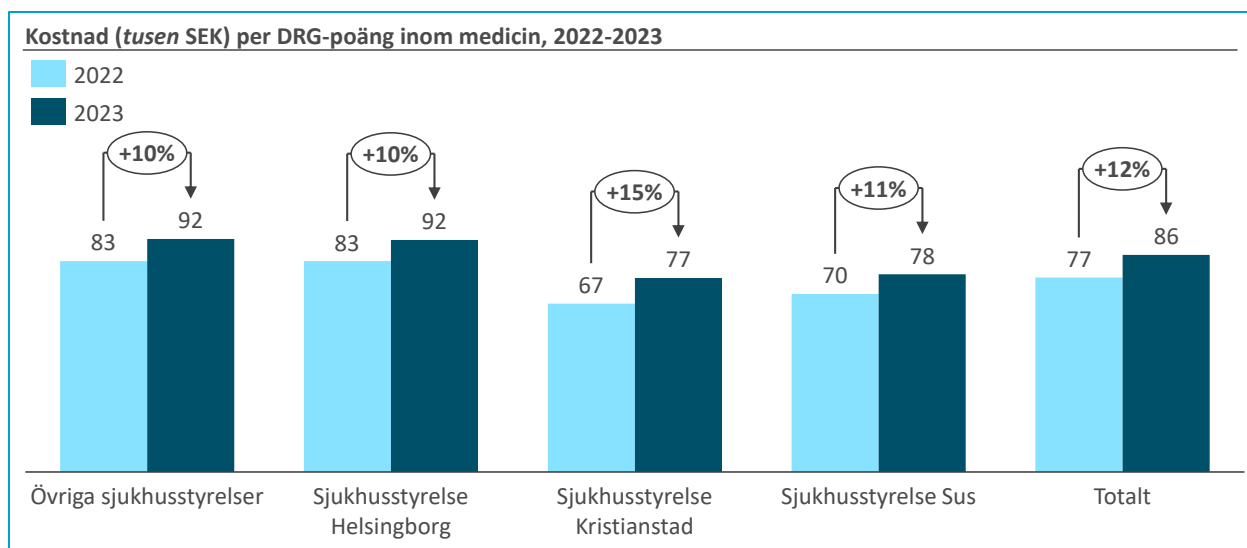
och kirurgverksamheten indikerar att kostnadsökningen per DRG-poäng varierar mellan sjukhusstyrelserna. Exempelvis har kostnaden per DRG-poäng ökat mer för de sjukhus som har en lägre total produktion, se "Övriga sjukhusstyrelser" i Figur 1 och Figur 2. Helsingborgs lasarett, med stor produktion inom både ortopedi och kirurgi, utmärker sig genom att ha en lägre kostnadsökning per DRG-poäng jämfört med resterande sjukhus.



Figur 1, Kostnad (tusen SEK) per DRG-poäng inom Ortopedi för år 2022 och 2023. Årtalen som presenteras har valts ut för att underlätta en jämförelse av produktionen inom ortopedi innan och efter införandet av incitamentsmodellen. För att ytterligare förenkla läsbarheten i grafen presenteras de tre sjukhusstyrelser med störst produktion inom ortopedi enskilt och övriga sjukhusstyrelser (Kristianstad, Landskrona, Trelleborg, Ystad och Ängelholm) har grupperats till den gemensamma gruppen "övriga sjukhusstyrelser". Därutöver presenteras resultatet för samtliga sjukhusstyrelser gemensamt i gruppen "Totalt".



Figur 2, Kostnad (tusen SEK) per DRG-poäng inom Kirurgi för år 2022 och 2023. Årtalen som presenteras har valts ut för att underlätta en jämförelse av produktionen inom kirurgi innan och efter införandet av incitamentsmodellen. För att ytterligare förenkla läsbarheten i grafen presenteras de tre sjukhusstyrelser med störst produktion inom kirurgi enskilt och övriga sjukhusstyrelser (Hässleholm, Landskrona, Trelleborg, Ystad och Ängelholm) har grupperats till den gemensamma gruppen "övriga sjukhusstyrelser". Därutöver presenteras resultatet för samtliga sjukhusstyrelser gemensamt i gruppen "Totalt".



Figur 3: Kostnad (tusen SEK) per DRG-poäng inom medicin för år 2022 och 2023. Årtalen som presenteras har valts ut för att underlätta en jämförelse av produktionen inom medicin innan och efter införandet av incitamentsmodellen. För att ytterligare förenkla läsbarheten i grafen presenteras de tre sjukhusstyrelser med störst produktion inom medicin enskilt och övriga sjukhusstyrelser (Hässleholm, Landskrona, Trelleborg, Ystad och Ängelholm) har grupperats till den gemensamma gruppen "övriga sjukhusstyrelser". Därutöver presenteras resultatet för samtliga sjukhusstyrelser gemensamt i gruppen "Totalt".

#### 4.4.2 Bedömningar

Kvantitativa analyser visar att det finns vissa skillnader avseende kostnadsfördelningen för respektive sjukhusstyrelse. Gemensamt för samtliga sjukhusstyrelser<sup>32</sup> är att de totala kostnaderna har ökat mer än antal producerade DRG-poäng, antal vårdkontakter (vårdtillfällen och besök) samt antal vård dagar under tidsperioden år 2019 till 2023. På samma vis har både total och genomsnittlig kostnad liksom KPP ökat, se bilaga 5. Vissa skillnader i kostnadsfördelning mellan olika sjukhusstyrelser har identifierats och möjliga orsaker till dessa är olika strukturella kostnader, uppdrag och resurstillgång. Sirona bedömer att verksamheterna saknar insikter om vilka effekter och konsekvenser de nya ersättningsystemen haft avseende utveckling av efterfrågade nyckeltal (KPP, antal vårdtillfällen, total och genomsnittlig kostnad per vårdkontakt, kostnad per DRG-poäng samt kostnad per vård dag) och därmed även saknar uppfattning om möjliga orsaker till avvikelser mellan de olika sjukhusstyrelserna.

Vidare anser Sirona att det kommer att vara svårt att påvisa effekter av den nya ersättningsmodellen innan modellen har stabiliserats och det finns åtminstone ett, helst två, år av fullständiga dataunderlag, eftersom jämförelse av kostnadsutvecklingen sker på årsbasis. Som beskrivet i kapitel 2.6.3 "Kvantitativa analyser" har uppföljning på halvårsbasis inte genomförts då Sirona anser att det inte skulle ge en representativ bild av vård- och kostnadsdata, då en vårdstrejk påverkat det första halvåret av 2024. Sirona bedömer att en analys av osäker data riskerar att leda till felaktiga slutsatser, vilket anses mer skadligt än att avstå från att presentera resultatet. Samlat så delar Sirona bedömningen som framförts av ett fåtal respondenter att det inte skett någon märkbar förändring i kostnader som kan kopplas till införandet av den nya ersättningsmodellen för somatisk vård, vilket indikerar en begränsad effekt av ersättningsmodellernas påverkan på sjukhusens kostnader (åtminstone på kort sikt).

<sup>32</sup> Exklusive sjukhusstyrelse Landskrona vars besök ökat med 82 procent under perioden 2019 till 2023



Vad gäller incitamentsmodellen bedömer Sirona att den har bidragit till ökade kostnader, eftersom extra avsatt medel från hälso- och sjukvårdsnämnden har utnyttjats inom budgetramen för incitamentsmodellen. Kvantitativa analyser avseende produktion och kostnad för ortopedi och kirurgiverksamheten, som berörs av incitamentsmodellen, ger en indikation på att modellen har bidragit till en ökad produktion men att detta har drivit en ännu högre kostnad. Även om kostnaden per DRG har ökat med 12 respektive 9 procent medför den korta uppföljningsperioden och de generella prisökningar som skett under tidsperioden år 2022–2023 att det inte är möjligt att bedöma i vilken grad incitamentsmodellen bidragit till ökad produktiviteten. Samtidigt noteras att kostnaden per DRG för medicinkliniken, som till stor del inte berörs av incitamentsmodellen, också ökat med 12 procentenheter, vilket indikerar på att andra faktorer än ersättningsmodell också påverkar kostnadsutvecklingen.

## 5 Sammanfattande bedömning

Sirona har, på uppdrag av revisorerna i Region Skåne, genomfört en förstudie av Region Skånes nya ersättningssystem för den somatiska specialistvården. Syftet med förstudien är att belysa innebörden av de nya ersättningssystemen (incitamentsmodellen för operationer och den nya ersättningsmodellen för somatisk vård) samt kartlägga hur de reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild. Vidare är syftet att bedöma om det finns behov av en fördjupad granskning inom området framöver. Sirona önskar upplysa läsaren om att det under 2024 har pågått ett aktivt arbete med att vidareutveckla ersättningsmodellerna och att det redan från och med 2025 kommer att ske betydande förändringar då operationer inom incitamentsmodellen inkorporeras i den nya ersättningsmodellen.

Sironas samlade bedömning är att de nya ersättningssystemen, som de fungerar idag, inte på ett helt ändamålsenligt sätt reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild. Vi bedömer vidare att det idag finns förbättringspotential i ersättningssystemens förmåga att förbättra patientflöden mellan den somatiska sjukhusvården och övriga vårdformer, liksom att öka verksamheternas produktivitet och effektivitet. Därutöver bedömer Sirona att ersättningssystemen inte är ändamålsenliga för att uppnå en ekonomi i balans och för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling.

Ovanstående bedömning baseras i huvudsak på att den nya ersättningsmodellen inom den somatiska vården inte skapar förutsägbara ersättningar för sjukhusstyrelserna, vilket försvårar en effektiv styrning. Därtill tenderar den till att förstärka och styra fördelning av ekonomiska resurser som inte nödvändigtvis baserats på politiska ställningstaganden och beslut utifrån en framtida målbild. Sirona bedömer vidare att andra styr signaler, exempelvis tillgänglighet, väger betydligt tyngre än ersättningsmodeller varför dessas betydelse som styrinstrument överskattas. Till skillnad från den nya ersättningsmodellen har incitamentsmodellen en förutsägbar ersättning, vilket bedöms ha bidragit till en ökad produktion men att detta har drivit en ännu högre kostnad. Den korta uppföljningstiden och de generella prisökningar som skett under tidsperioden år 2022–2023 gör dock att det inte är möjligt att bedöma i vilken grad incitamentsmodellen bidragit till ökad produktivitet.

Sirona bedömer att det inte finns ett behov av en fördjupad granskning då det kommer att vara svårt att påvisa effekter av det nya ersättningssystemet innan den modellen har stabiliserats. Däremot bedömer Sirona att det är en fördel om Region Skånes sjukhusstyrelser och nämnder följer upp innebörden av de nya ersättningssystemen samt kartlägger hur de reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild.



## 6 Bilagor

### Bilaga 1: Granskade dokument

- Region Skåne. (2023). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025-2026*. RF 2023-11-28 § 75
- Region Skåne. (2022). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023 med plan för 2024-2025*. RF 2022-12-13 § 109
- Region Skåne. (2024). Presentation av Ersättningssystem på Region Skånes sjukhus. Filnamn "Ersättningsmodell SRVN 240123". 2024-01-23
- Region Skåne (2023). Uppdrag utveckling av ersättningsmodell 2025. Minnesanteckningar fil "Uppdrag inför 2025 ersättningsmodell 231205 m anteckningar 231206."
- Region Skåne. (2018). Utredning avseende sjukvårdens ersättning och samband mellan hälso- och sjukvårdsstyrning och ekonomistyrning, lägesrapport mars 2018
- Region Skåne. (2019). Utredning avseende ersättning för hälso- och sjukvård Region Skåne, delrapport 2
- Region Skåne. (2023). Beslutsförslag 2023-03-28 *Svar på initiativärende Förbättra incitamentsmodellen för operationer* till beslut § 59 Svar på initiativärende Förbättra incitamentsmodellen för operationer. HSN 2023-05-04.
- *Presentation av "Incitamentsmodell operationer"*. dec 22 – apr 23.
- Region Skåne. (2023). *Intern kontroll 2023. Hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys och riskhanteringsplan*. HSN 2023-03-16 § 29
- Region Skåne. (2024). *Intern kontroll 2023 – Årsuppföljning*. Hälso- och sjukvårdsnämnden. HSN 2024-03-07 § 19
- Region Skåne. (2024). *Förändrings- och genomförandeplan för Framtidens hälsosystem 2023-2026*. HSN 2024-06-20 § 62
- Region Skåne. (2023). *Region Skånes årsredovisning 2023*. RF 2024-04-09 § 24
- Årsrapporter 2023 för respektive sjukhusstyrelse
- Urval av protokoll och beslutsförslag, 2023–2024, från regionfullmäktige, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och samtliga sjukhusstyrelser

### Bilaga 2: Intervjuer

1. Ordförande sjukhusstyrelse Skånes universitetssjukhus (Sus)
2. 1:a vice ordförande sjukhusstyrelse Skånes universitetssjukhus (Sus)
3. 2:a vice ordförande sjukhusstyrelse Skånes universitetssjukhus (Sus)
4. Ordförande sjukhusstyrelse Helsingborgs lasarett



5. 1:a vice ordförande sjukhusstyrelse Helsingborgs lasarett
6. 2:a vice ordförande sjukhusstyrelse Helsingborgs lasarett
7. Ordförande sjukhusstyrelse Kristianstad
8. 1:a vice ordförande sjukhusstyrelse Kristianstad
9. 2:a vice ordförande sjukhusstyrelse Kristianstad
10. Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, Områdeschef
11. Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, Samordningsansvarig kösituationer
12. Förvaltningschef primärvården
13. Ekonomichef primärvården
14. Förvaltningschef centralsjukhuset i Kristianstad
15. Förvaltningschef Helsingborgs lasarett
16. Förvaltningschef Hässleholms sjukhus
17. Förvaltningschef lasarettet i Landskrona
18. Förvaltningschef lasarettet i Trelleborg
19. Förvaltningschef Ängelholms sjukhus
20. Tillförordnad förvaltningschef lasarettet i Ystad
21. Ekonomichef centralsjukhuset Kristianstad
22. Ekonomichef Hässleholms sjukhus
23. Controller lasarettet i Landskrona
24. Ekonomichef Skånes universitetssjukhus (Sus)
25. Ekonomichef Ängelholms sjukhus
26. Ekonomichef på koncernkontoret
27. Controller på koncernkontoret
28. Hälso- och sjukvårdsanalytiker på koncernkontoret

### **Bilaga 3: Intervjuguide**

Nedan presenteras de frågor som intervjuerna utgick från. Då intervjuerna var semistrukturerade anpassades frågorna under intervjuens gång.

#### *Revisionsfråga 1*

Förstudiens första frågeställning är att utreda hur den faktiska kostnadsfördelningen ser ut fördelat per styrelse/nämnd för respektive sjukhus, totalt för respektive sjukhus, avseende bland annat:





- Kostnad per patient (KPP)
- Antal vårdtillfällen
- Kostnad totalt
- Kostnad genomsnitt och median
- Kostnad per DRG-poäng
- Kostnad per vård dag

I revisionsfrågan ingår att göra en jämförelse av eventuella avvikelser mellan de olika styrelserna/nämndernas utfall för att om möjligt påvisa orsakerna till dessa. Observera att specialiserad öppenvård, inklusive dagvård samt både besök och åtgärder ska beaktas utifrån tillgängliga uppgifter.

1. Vi kommer att analysera den faktiska kostnadsfördelningen i Region Skåne fördelat per styrelse/nämnd för respektive sjukhus, totalt för respektive sjukhus och för ett urval olika verksamhetsområden/specialiteter/kliniker avseende bland annat kostnad per patient, antal vårdtillfällen, total kostnad, genomsnittlig- och mediankostnad, kostnad per DRG-poäng och kostnad per vård dag.
  - Har ni någon uppfattning om hur den faktiska kostnadsfördelningen fördelat per styrelse/nämnd för respektive sjukhus, totalt för respektive sjukhus och för ett urval av specialiteter ser ut?
2. Om svar ovan, vilka faktorer anser du kan påverka fördelningen av kostnader mellan styrelserna/nämnderna för respektive sjukhus, totalt för respektive sjukhus och för ett urval av specialiteter?
3. Om svar ovan, Vad anser du är orsaken till eventuella avvikelser av kostnadsfördelningen mellan styrelsernas/nämndernas utfall?

### *Revisionsfråga 2*

Vilka effekter förväntas ersättningsmodellerna ha på hälso- och sjukvården i Region Skåne och vilka effekter har konstaterats under året? I revisionsfrågan ingår att belysa kopplingen vad avser patientflöden gentemot primärvården och andra öppna vårdformer.

1. Vilka effekter har de nya ersättningsmodellerna haft hittills avseende patientflöden, både gentemot primärvården och andra öppna vårdformer?
  - a. Vilka effekter har skett avseende resursanvändning och vårdkvalitet?
2. Vilka effekter förväntar du dig att ersättningsmodellerna kommer att få framåt?

### *Revisionsfråga 3*

Ger ersättningsmodellerna en adekvat ersättning till berörda nämnder gällande bland annat patientmix och vårdtyngd och skapar ersättningsmodellerna incitament för de enskilda sjukhusstyrelserna till effektivisering av verksamheten?



1. Anser du att ersättningsmodellerna ger en adekvat ersättning till berörda nämnder gällande bland annat patientmix och vårdtyngd?
2. Anser du att ersättningsmodellerna skapar incitament för de enskilda sjukhusstyrelserna till effektivisering av verksamheten?
3. Vilka konsekvenser avseende kostnadsfördelning, KPP, antal vårdtillfällen och kostnad per DRG-poäng mellan olika sjukhus förväntar ni er att de nya ersättningsmodellerna kommer att få?

#### Revisionsfråga 4

På vilket sätt ger befintliga ersättningsmodeller förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans och för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling?

1. På vilket sätt upplever du att befintliga ersättningsmodeller ger förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans?
2. På vilket sätt upplever du att befintliga ersättningsmodeller ger förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges mål för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling?

#### Övrigt

1. Har du några övriga synpunkter eller inspel?
2. Finns det några dokument som vi inte har tillgång till som du anser bör ingå i dokumentstudien?

## Bilaga 4: Begrepp och definitioner

För att utvärdera konsekvenser av ersättningsmodellerna krävs analys av ett antal nyckelparametrar för att bedöma ersättningsmodellernas effekter på hälso- och sjukvården. Begrepp och definitioner som Sirona använt för att utvärdera ersättningsmodellernas påverkan på vården i Region Skåne framgår av Tabell 1.

Tabell 1. Lista med begrepp och definitioner.

Begrepp	Definition
Beläggningsgrad	Genomsnittlig andel (procent) av hur många av de disponibla vårdplatserna som varit belagda med patienter.
Besök	Avser vårdkontakt inom öppen vård och primärvård som innebär fysiskt möte eller möte på distans mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.
DRG (Diagnosis Related Groups)	DRG är ett system för patientklassificering där medicinskt och resursmässigt likartade vårdkontakter sorteras i samma grupp.
DRG-vikt, DRG-poäng	Ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp. Syftet är att beskriva hur mycket sjukvård som "producerats", där högre vikt innebär större kostnader.
KPP	Kostnad per patient, metod för att beräkna hälso- och sjukvårdens kostnader per vårdkontakt. För att göra jämförelser och ta hänsyn till patientmix (vårdtyngd hos patienterna) använder sig KPP av en sekundär klassificering av vårdkontaktarna, DRG.

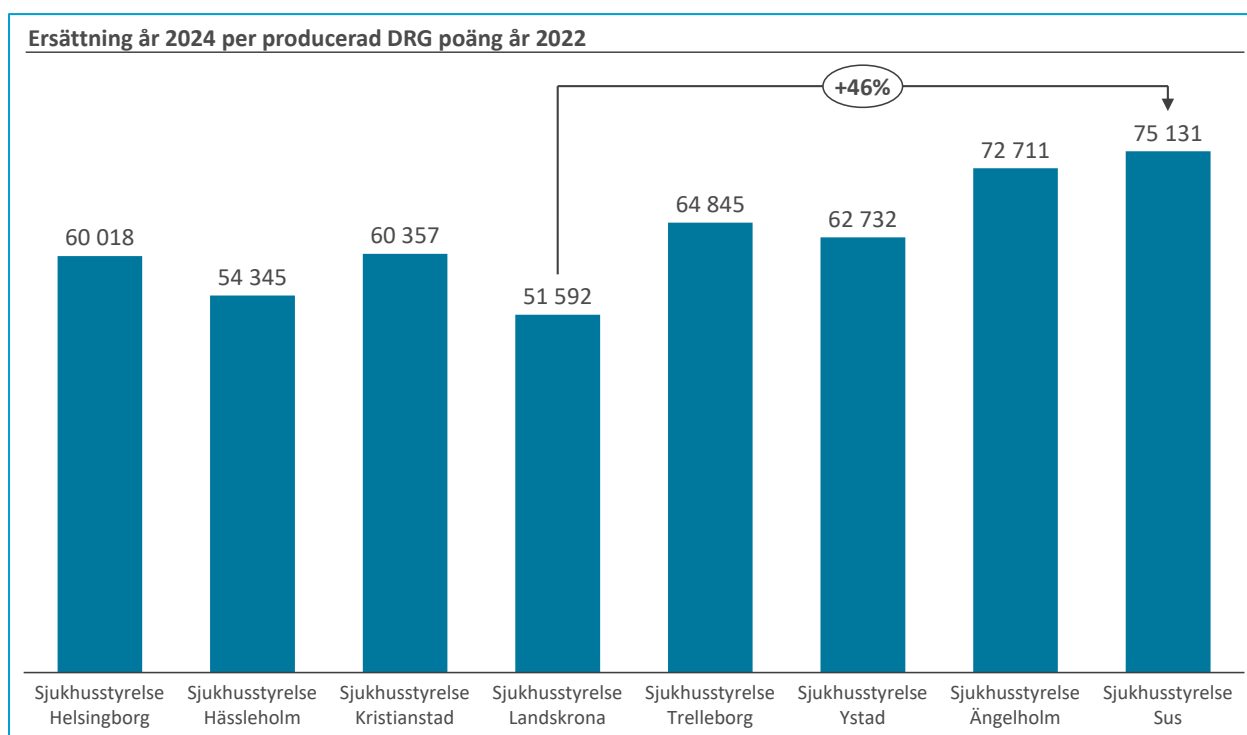


Mixpoäng	Mixpoäng är ekvivalent med DRG-poäng, utom då vården inte är beskriven med DRG-poäng. Vid dessa tillfällen skapas poäng baserat på extrapolering av DRG-logiken.
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner.
Sluten vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.
Specialiserad vård	Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.
Vårdkontakt	Kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs (samlingsbegrepp för besök, vårdtillfällen med mera).
Vårdtillfälle	Vårdkontakt i slutenvård.
Återinskrivning inom 30 dagar	Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Andel avslutade vårdtillfällen där patienter oplanerat återinskrivs på sjukhus 1-30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle.
Öppen vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.
Överbeläggning	Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.



## Bilaga 5: Kvantitativ analys

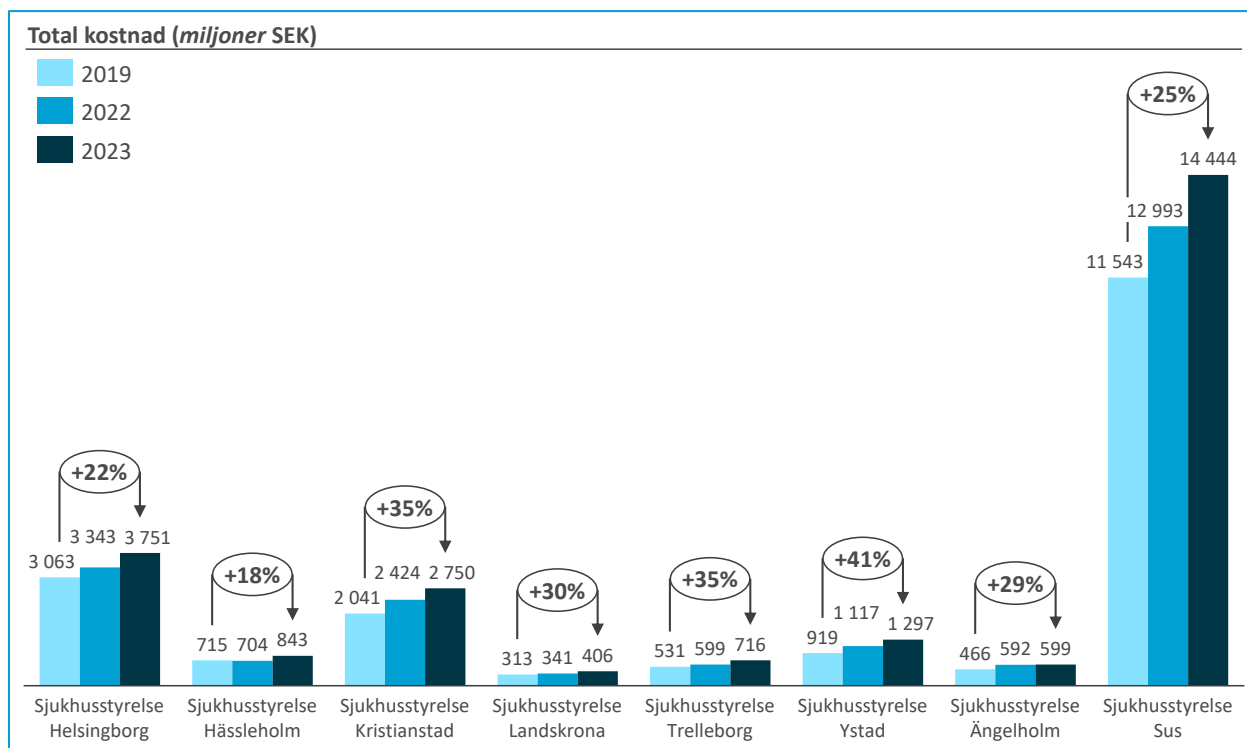
Ersättning 2024 per producerad DRG poäng år 2022, se Figur 4. Resultatet visar att det finns skillnader mellan sjukhusstyrelserna, exempelvis är ersättningen 2024 per producerad DRG-poäng år 2022, 46 procent högre för sjukhusstyrelse Sus jämfört med sjukhusstyrelse Landskrona. Som beskrivet i inledande iakttagelser baseras regionbidraget inte enbart på vårdproduktion två år tidigare utan även baserat på bland annat justeringar i uppdrag, strukturersättning, tilläggsersättning och dämpande effekter. Detta innebär att ersättningen per producerad DRG poäng skiljer sig mellan respektive sjukhusstyrelse.



Figur 4: Ersättning år 2024 dividerat med antalet erhållna DRG-poäng år 2022. Totalt regionbidrag år 2024 baserat på fördelning från den nya ersättningsmodellen dividerat med totalt antal producerade DRG-poäng år 2022.



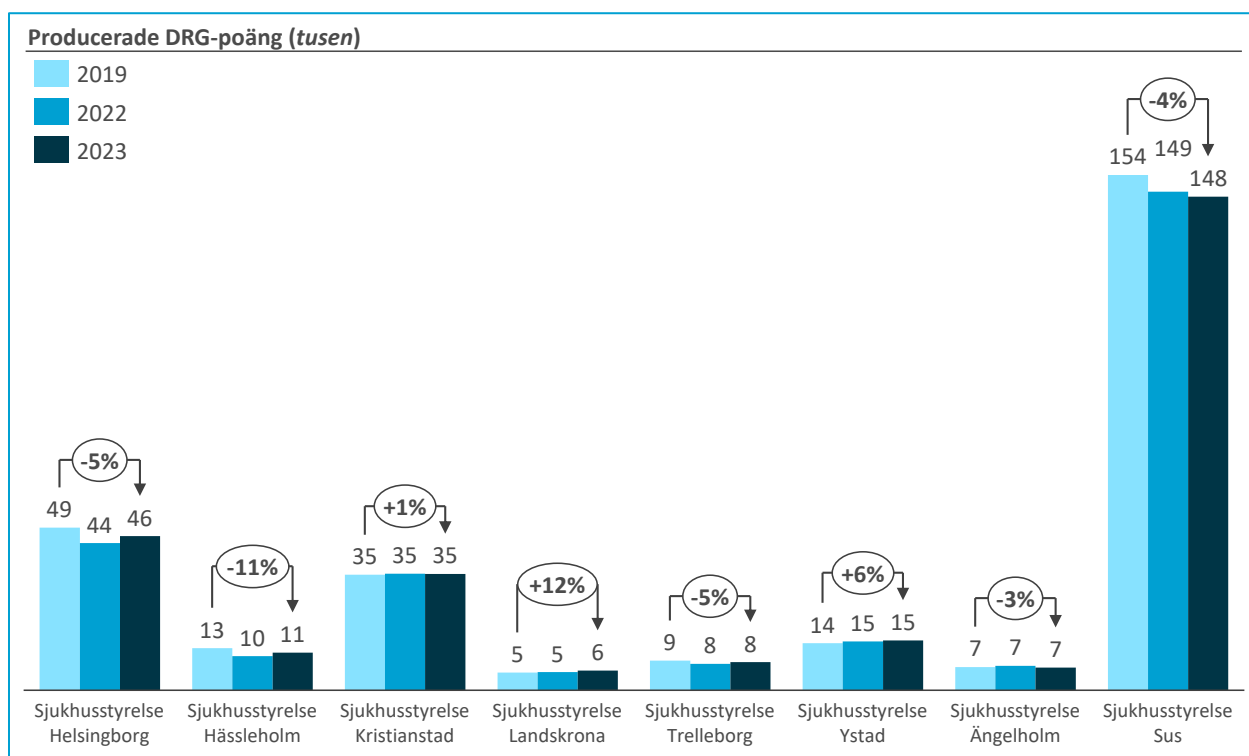
Total kostnad i *miljoner* SEK för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023, se Figur 5. Sjukhusstyrelse Sus, Helsingborg och Kristianstad har betydligt högre kostnader jämfört med resterande sjukhusstyrelser, totalt står Sus för cirka 58 procent av den totala vårdkostnaden, Helsingborg för 15 procent och Kristianstad för 11 procent. Detta förhållande avspeglas även i antalet DRG-poäng, se Figur 6. Kostnadsökningen mellan år 2019 och 2023 varierar mellan sjukhusstyrelserna. Sjukhusstyrelse Hässleholm har den lägsta kostnadsökningen på 18 procent jämfört med sjukhusstyrelse Ystad som har den största kostnadsökningen på 41 procent, totalt har kostnaderna ökat med 27 procent mellan år 2019 och 2023. Kostnadsökningen kan jämföras mot LPIK (prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner) som mellan åren 2019 och 2023 var 16 procent. Kostnaderna i Region Skåne har därmed ökat mer än LPIK.



Figur 5: Total kostnad för respektive sjukhusstyrelse (miljoner SEK) för år 2019, 2022 och 2023.



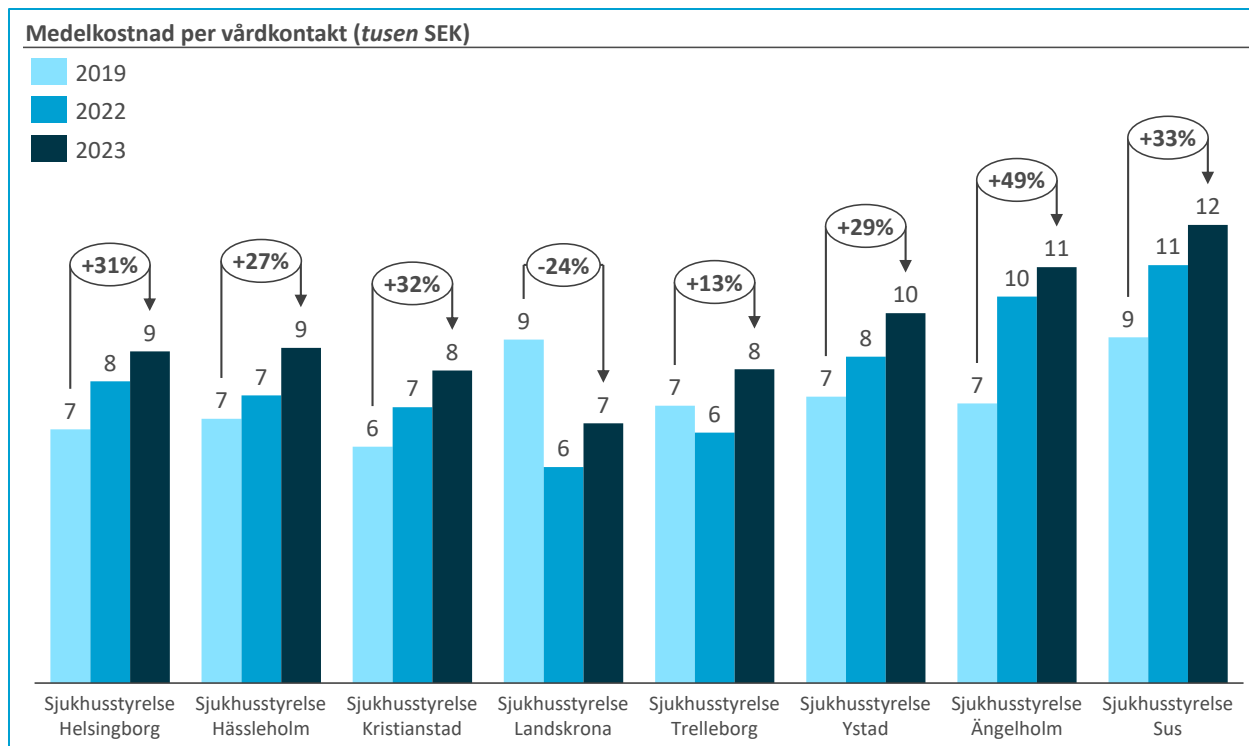
Totalt DRG-poäng för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023, se Figur 6. Sjukhusstyrelse Sus, Helsingborg och Kristianstad har betydligt högre antal producerade DRG-poäng jämfört med resterande sjukhusstyrelser och totalt står Sus för cirka 52 procent av det totala antalet DRG-poäng, Helsingborg för 16 procent och Kristianstad för 12 procent. Vad gäller utvecklingen från år 2019 till år 2023 visar analysen att en majoritet av sjukhusstyrelserna har minskat antalet producerade DRG-poäng och Region Skåne har totalt minskat antalet producerade DRG-poäng med 3 procent mellan åren 2019 och 2023. Störst procentuell förändring mellan år 2019 och 2023 har skett för sjukhusstyrelse Landskrona och sjukhusstyrelse Hässleholm, då sjukhusstyrelse Landskrona har ökat antalet producerade DRG-poäng med 12 procent och sjukhusstyrelse Hässleholm har minskat antalet producerade DRG-poäng med 11 procent. Den största faktiska skillnaden skedde för sjukhusstyrelse Sus, vars producerade DRG-poäng minskade med cirka 6000 poäng mellan år 2019 och 2023. Den övergripande minskningen av antalet DRG-poäng indikerar på att den producerade vården har minskat i Region Skåne mellan år 2019 och 2023. Det lyfts från en representant i verksamheten att minskningen av antalet DRG-poäng kan bero på en övergång mot "lättare" vård genom exempelvis poliklinisering.



Figur 6: DRG-poäng för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023.



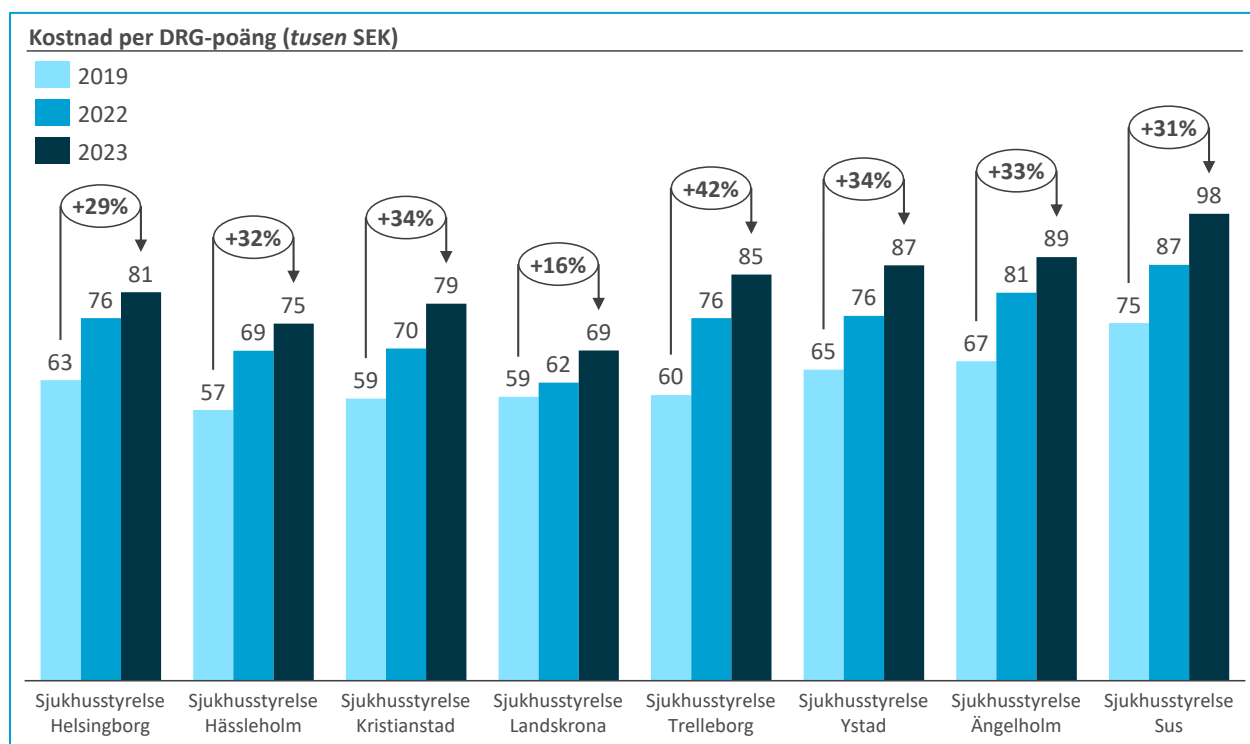
Medelkostnad per vårdkontakt för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023, se Figur 7. Gemensamt för alla sjukhusstyrelser har medelkostnaden per vårdkontakt ökat med cirka 30 procent mellan åren 2019 och 2023. Medelkostnaden per vårdkontakt kan jämföras mot LPIK (prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner) som mellan åren 2019 och 2023 var cirka 16 procent och medelkostnaden per vårdkontakt i Region Skåne har därmed ökat mer än LPIK. Hos en majoritet av de enskilda sjukhusstyrelserna har ökningen också varit runt 30 procent. Tre sjukhusstyrelser (Landskrona, Trelleborg och Ängelholm) avviker från den generella ökningen. Framför allt har medelkostnaden per vårdkontakt minskat med 24 procent för sjukhusstyrelse Landskrona, vilket till stor del beror på en ökning i antalet besök på 82 procent, se Figur 11. Antalet besök har även ökat hos sjukhusstyrelse Trelleborg, se Figur 11, vilket lett till en mindre procentuell utveckling av medelkostnad per vårdkontakt på 13 procent. Omvänt har antalet besök i sjukhusstyrelse Ängelholm minskat med 15 procent, se Figur 11, samtidigt som kostnaderna ökat, se Figur 4, vilket har lett till att medelkostnaden per vårdkontakt ökat med 49 procent.



Figur 7: Medelkostnad per vårdkontakt för respektive sjukhusstyrelse (tusen SEK) för år 2019, 2022 och 2023. Medelkostnad har beräknats genom total kostnad dividerat med antalet vårdkontakter, där antalet vårdkontakter definieras som vårdtillfälle i slutenvården och besök inom öppenvården.



Kostnad i tusen SEK per DRG-poäng för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023, se Figur 8. Kostnad per DRG-poäng skiljer sig mellan sjukhusstyrelserna i Region Skåne, exempelvis har sjukhusstyrelse Landskrona år 2023 den lägsta kostnaden per DRG-poäng på 69 000 SEK och sjukhusstyrelse Sus har den största kostnaden per DRG-poäng på 98 000 SEK. Resultatet visar även på en relativt jämn kostnadsökning per DRG-poäng över perioden 2019-2023. Den gemensamma kostnadsökningen per DRG-poäng för samtliga sjukhusstyrelser var 31 procent och i en majoritet av sjukhusstyrelserna i Region Skåne ökade kostnad per DRG-poäng med 29 till 34 procent. Detta kan jämföras mot LPIK (prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner) som mellan åren 2019 och 2023 var cirka 16 procent, kostnaden per DRG i Region Skåne har därmed ökat mer än LPIK. Sjukhusstyrelse Trelleborg och Landskrona avvek från den generella ökningen då kostnader per DRG-poäng för sjukhusstyrelse Landskrona enbart ökade med 16 procent och sjukhusstyrelse Trelleborg ökade med 42 procent. Sjukhusstyrelse Landskrona ökade antalet producerade DRG-poäng med 12 procent under perioden samtidigt som resterande sjukhusstyrelser behöll eller minskade antalet DRG-poäng, se Figur 6, vilket innebar att deras kostnader per DRG-poäng inte ökade i samma utsträckning som resterande sjukhusstyrelser. Till skillnad från sjukhusstyrelse Landskrona minskade antalet producerade DRG-poäng med 5 procent hos sjukhusstyrelse Trelleborg, se Figur 6, samtidigt som kostnaderna ökade mer hos dem jämfört med alla andra sjukhusstyrelser utom Ystad, se Figur 5. Detta innebar att deras kostnader per DRG-poäng ökade med 42 procent, 10 procentenheter högre än den gemensamma kostnadsökningen för alla sjukhusstyrelser i Region Skåne.

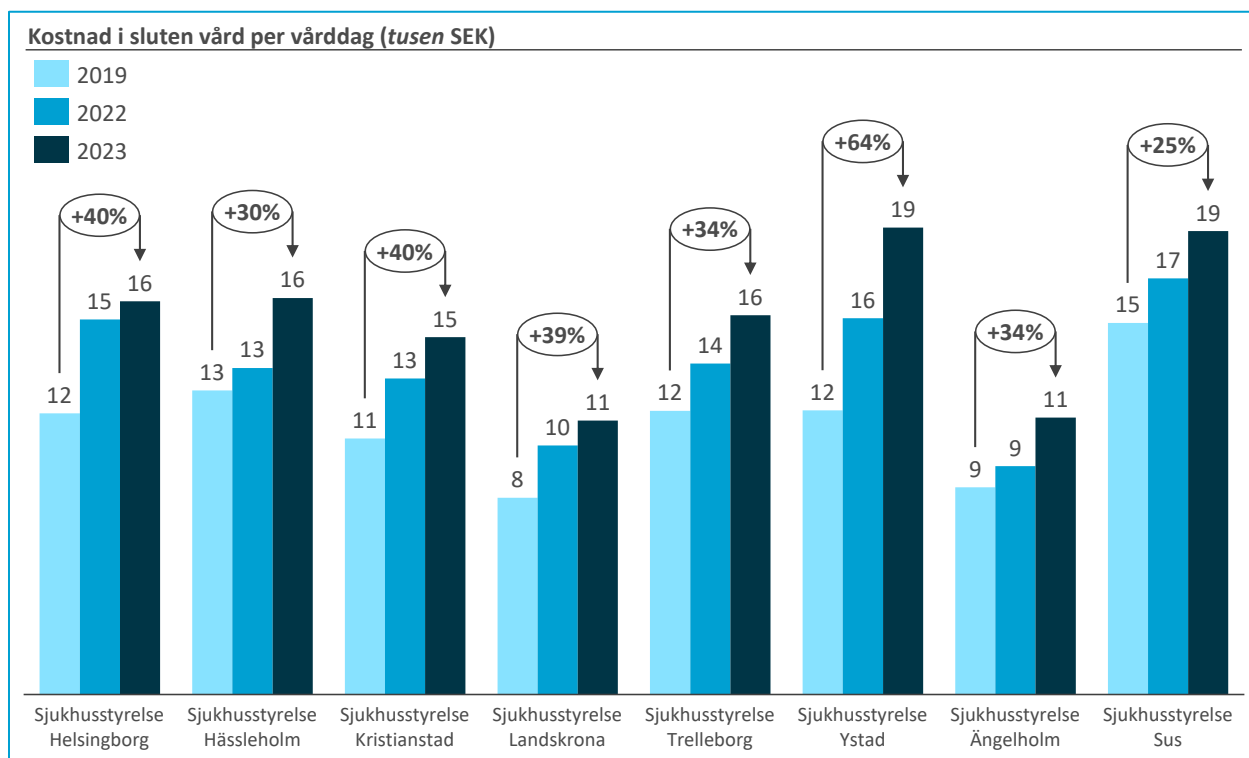


Figur 8: Kostnad per DRG-poäng (tusen SEK) för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023. Kostnad per DRG-poäng har beräknats genom total kostnad dividerat med totalt antal DRG-poäng.





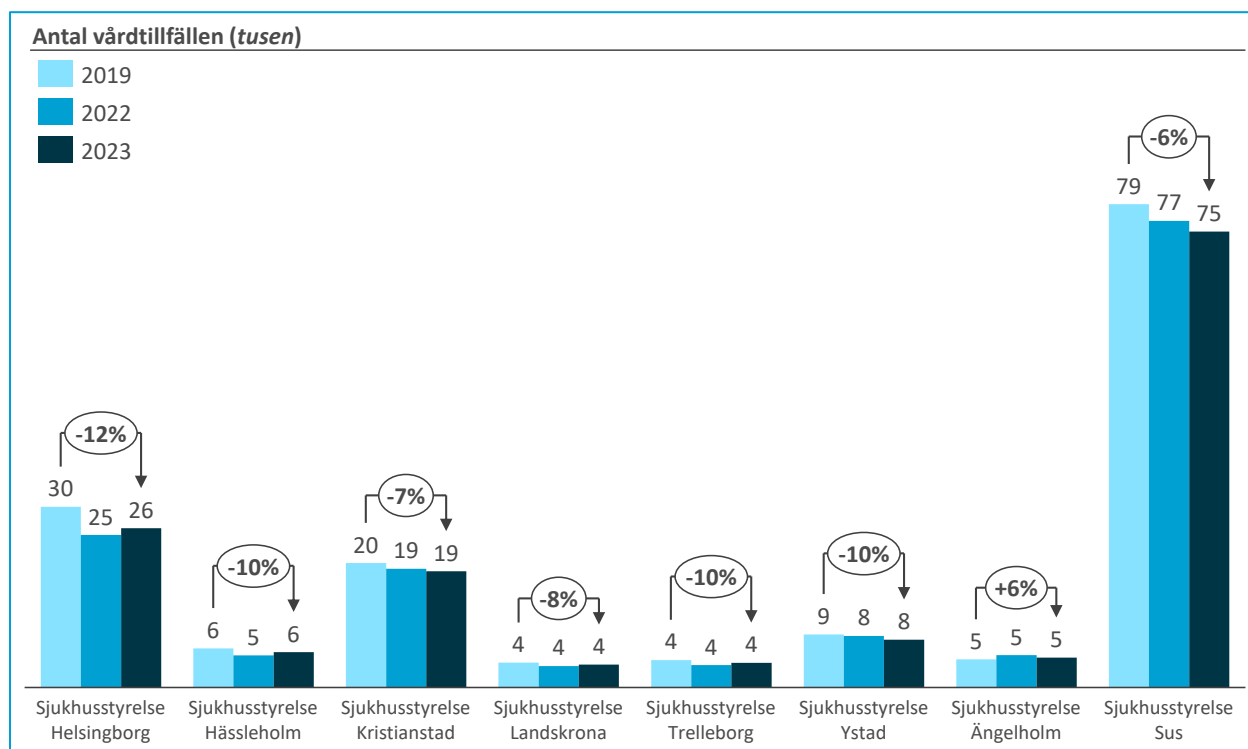
Kostnad per vård dag i tusen SEK för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023, se Figur 9. Kostnaden per vård dag varierar mellan sjukhusstyrelserna under samtliga utvalda årtal och år 2023 hade sjukhusstyrelse Sus och Ystad en kostnad per vård dag som var cirka 70 procent högre än kostnaden per vård dag för sjukhusstyrelse Landskrona och Ängelholm. Även utvecklingen av kostnaden per vård dag varierar mellan sjukhusstyrelserna och den största ökningen identifieras hos sjukhusstyrelse Ystad vars kostnad per vård dag har ökat med 64 procent. Det kan jämföras med kostnaden per vård dag för sjukhusstyrelse Sus, som enbart ökat med 25 procent. Den gemensamma förändringen för kostnad per vård dag är cirka 31 procent mellan år 2019 och 2023. Kostnaden per vård dag kan jämföras mot LPIK (prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner) som mellan åren 2019 och 2023 var cirka 16 procent och kostnaden per vård dag i Region Skåne har därmed ökat mer än LPIK.



Figur 9: Kostnad per vård dag (tusen SEK) för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023. Beräknats genom total kostnad för slutenvården dividerat med antalet vård dagar i slutenvården



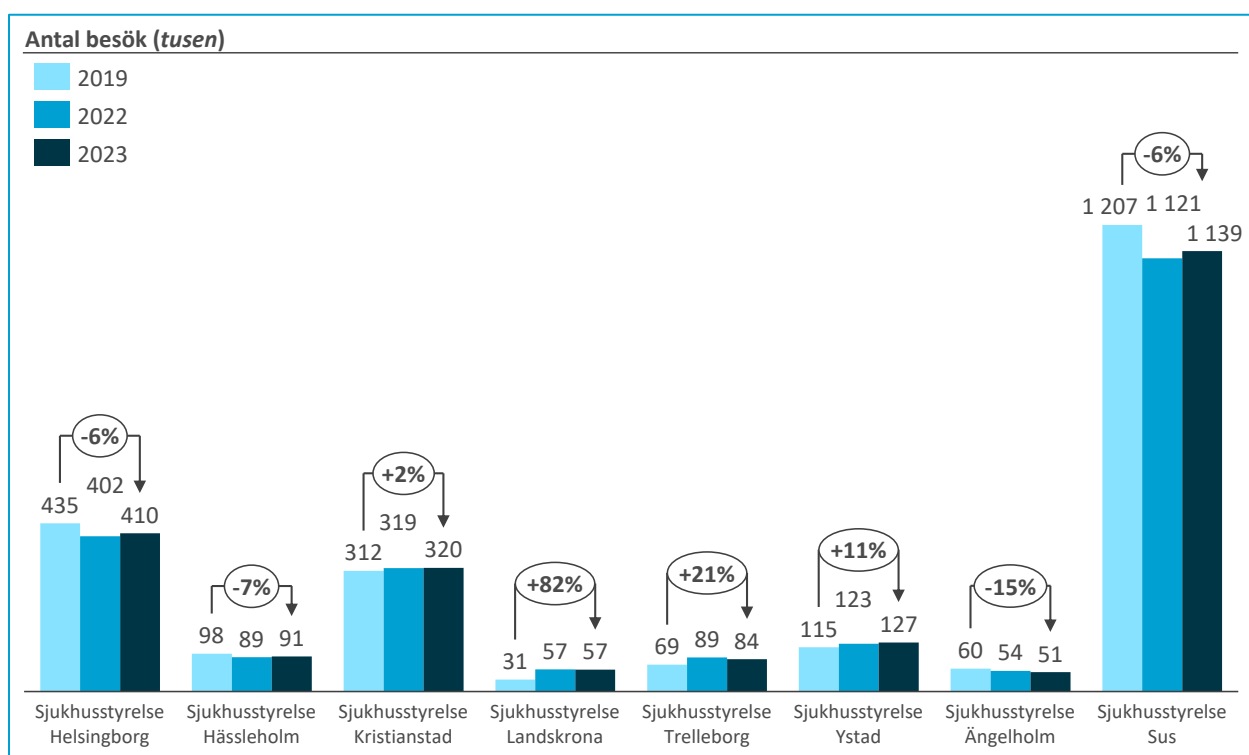
Antal tusen vårdtillfällen i slutenvården, se Figur 10. Vid sjukhusstyrelse Sus genomförs fler än hälften av alla vårdtillfällen i Region Skåne. Sjukhusstyrelse Helsingborg och Kristianstad producerar ungefär cirka 18 respektive 13 procent av alla vårdtillfällen i Region Skåne. Antalet vårdtillfällen i slutenvården mellan år 2019 och 2023 har minskat för alla sjukhusstyrelser, förutom sjukhusstyrelse Ängelholm vars antal vårdtillfällen i stället har ökat med 6 procent. Totalt har antalet vårdtillfällen minskat med 7 procent under perioden. Sirona identifierade ingen orsak till sjukhusstyrelse Ängelholms ökning av antalet vårdtillfällen.



Figur 10: Antal tusen vårdtillfällen för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023.



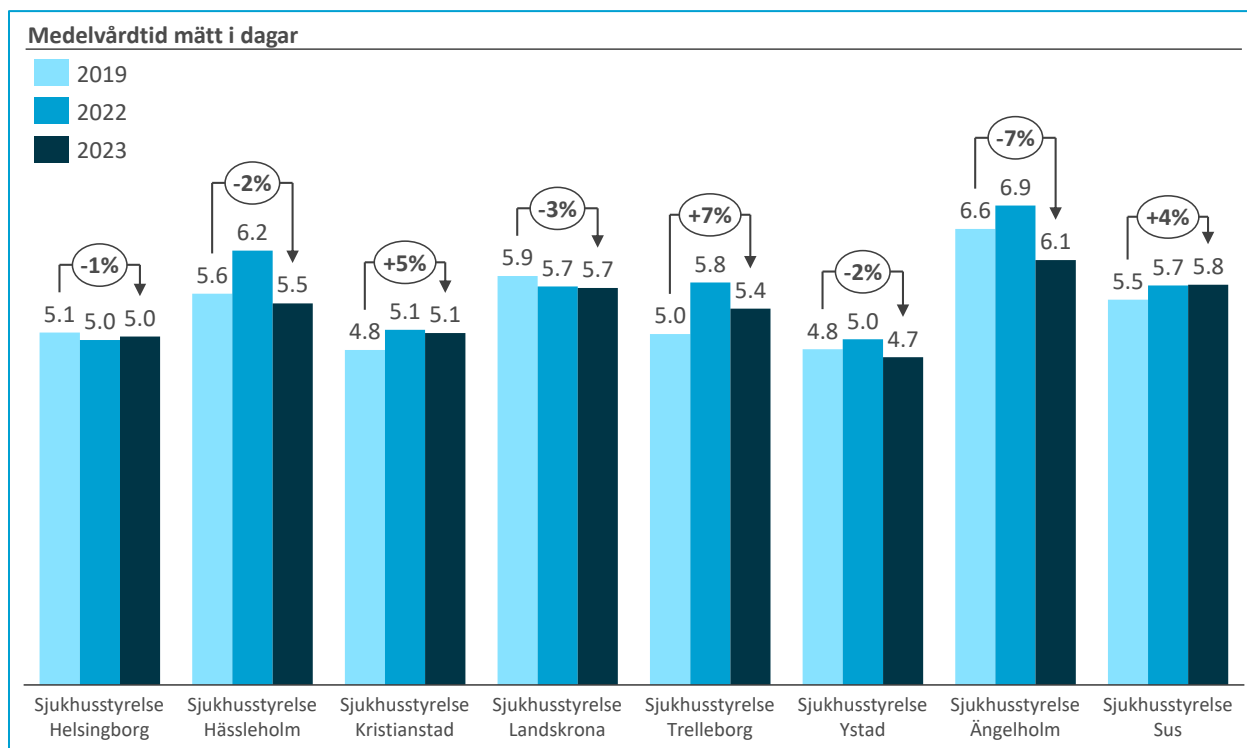
Antal *tusen* besök i öppenvården för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023, se Figur 11. Av resultatet framgår det att en stor del av antalet besök i Region Skåne år 2023 sker hos sjukhusstyrelse Sus (49 procent), Helsingborg (18 procent) samt Kristianstad (14 procent). En generell trend som kan identifieras är att de samlade besöken hos de sjukhusstyrelser med ett större antal besök (Sus, Helsingborg samt Kristianstad) tillsammans har minskat sedan 2019, medan de sjukhusstyrelser med ett färre antal besök (Hässleholm, Landskrona, Trelleborg, Ystad och Ängelholm) tillsammans har ökat antalet besök. Därutöver har en stor procentuell ökning på 82 procent för sjukhusstyrelse Landskrona identifierats vilket sannolikt beror på ett förändrat uppdrag under jämförelseperioden. Uppgifter från intervjuer och dokumentstudier berör inte vilken förändring som har skett och ingen fördjupad orsaksanalys av detta har genomförts.



Figur 11: Antal tusen besök för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023.



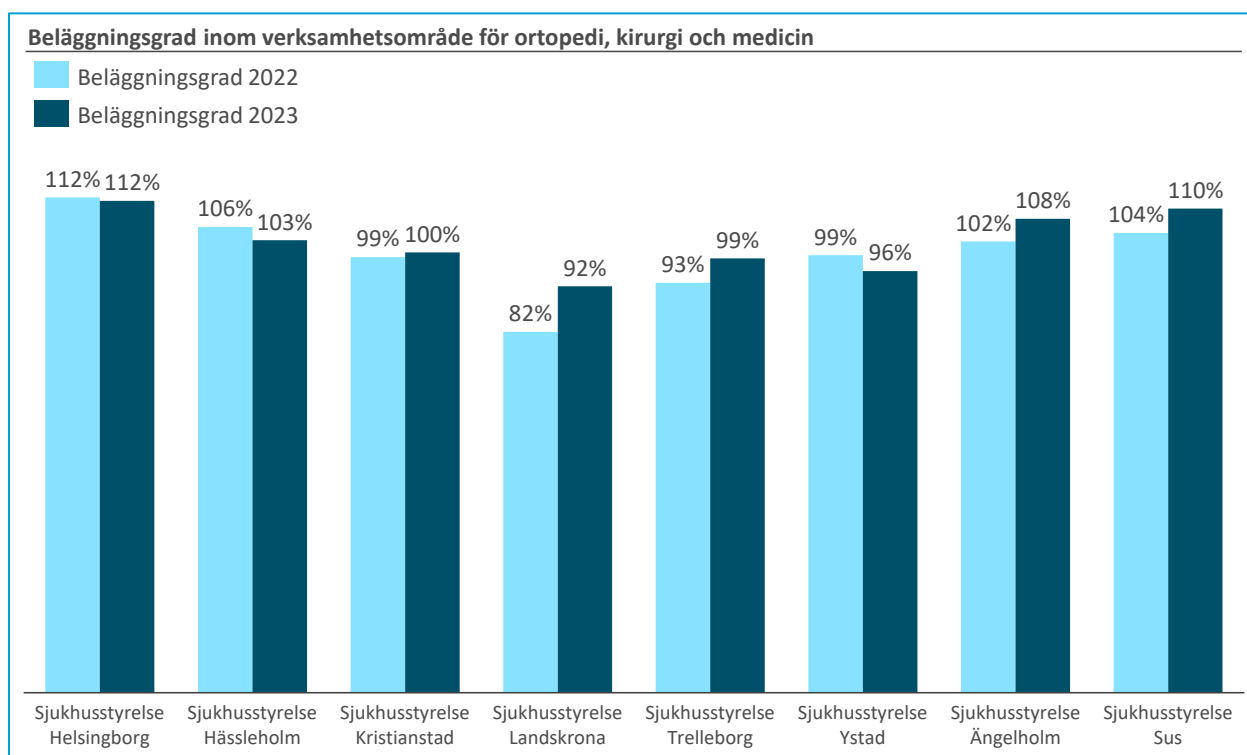
För medelvårdtid i slutenvård mätt i dagar för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023, se Figur 12. Medelvårdtid varierar mellan de olika sjukhusstyrelserna och den största skillnaden kan identifieras mellan sjukhusstyrelse Ystad och Ängelholm, då medelvårdtiden år 2023 är cirka 30 procent högre i Ängelholm. Vid intervjustudie samt dokumentstudie framkommer ingen orsak till den identifierade avvikelsen mellan sjukhusstyrelserna. Förutom produktivitet och effektivitet kan medelvårdtiden bero på exempelvis uppdrag, resurstillgång och patientmix. Ingen tydlig trend för medelvårdtiden har identifierats. Det noteras att den totala utvecklingen för samtliga sjukhusstyrelser ökade med 5 procent mellan år 2019 och år 2022 och därefter minskade med cirka 5 procent mellan år 2022 och 2023.



Figur 12: Medelvårdtid i slutenvård mätt i dagar för respektive sjukhusstyrelse för år 2019, 2022 och 2023.



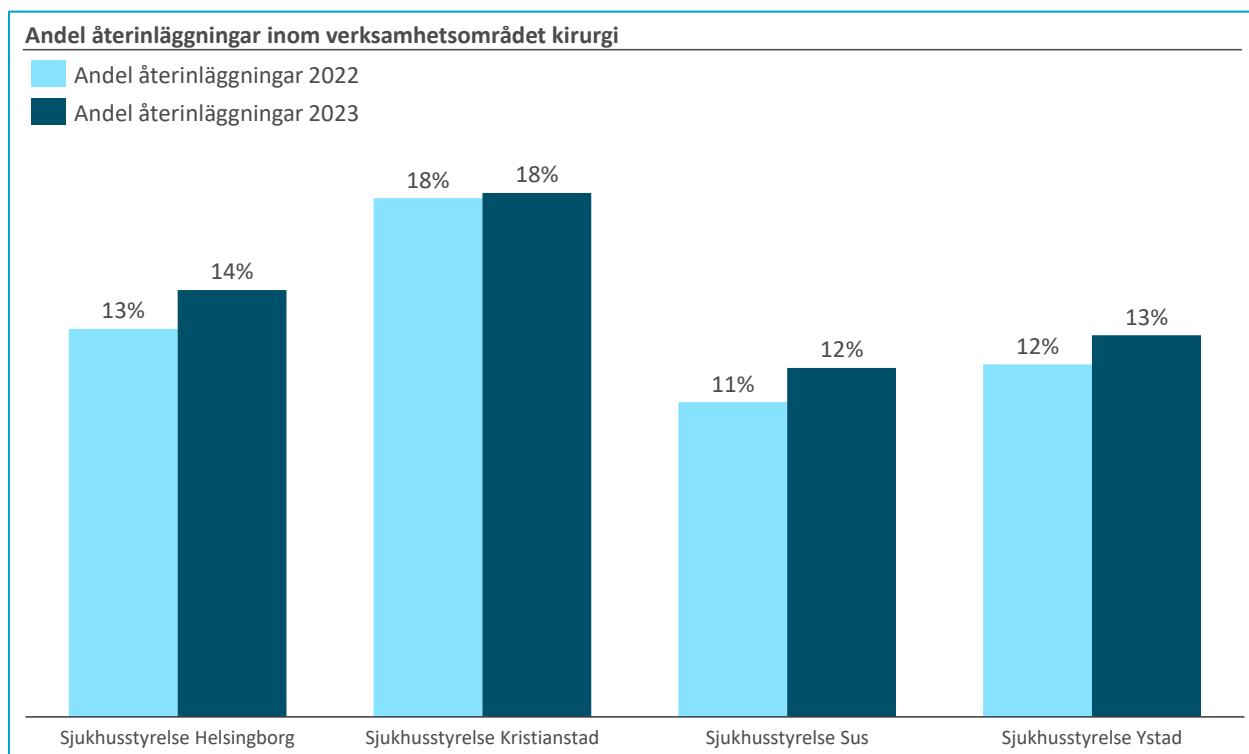
Beläggingsgrad inom verksamhetsområde för ortopedi, kirurgi och medicin för år 2022 och 2023, se Figur 13. Beläggingsgraden beräknas genom att dividera antalet belagda vårdplatser i snitt (vårdplatser med en patient i) med antalet disponibla vårdplatser i snitt (bemannade vårdplatser). En beläggingsgrad på över 100 procent indikerar att sjukhusstyrelserna i snitt har fler belagda vårdplatser än vad man har bemanning för. Vilken beläggingsgrad som är ändamålsenlig beror på hur fördelningen mellan akut och elektiv vård ser ut, vilket Sirona ej har analyserat närmare; värdet bör dock ej överstiga 100 procent. Fem av de åtta sjukhusstyrelserna har en beläggingsgrad på 100 procent eller mer år 2023 och resterande sjukhusstyrelser har en beläggingsgrad över 90 procent. Vidare identifieras att beläggingsgraden varierar mellan sjukhusstyrelserna och mellan år 2022 och 2023 har den i vissa fall förbättras genom en minskning och i andra fall försämrats då den har ökat. Variationen i beläggingsgrad har inte uppmärksammats i genomförd intervju- eller dokumentstudie, en fördjupad orsaksanalys har inte genomförts.



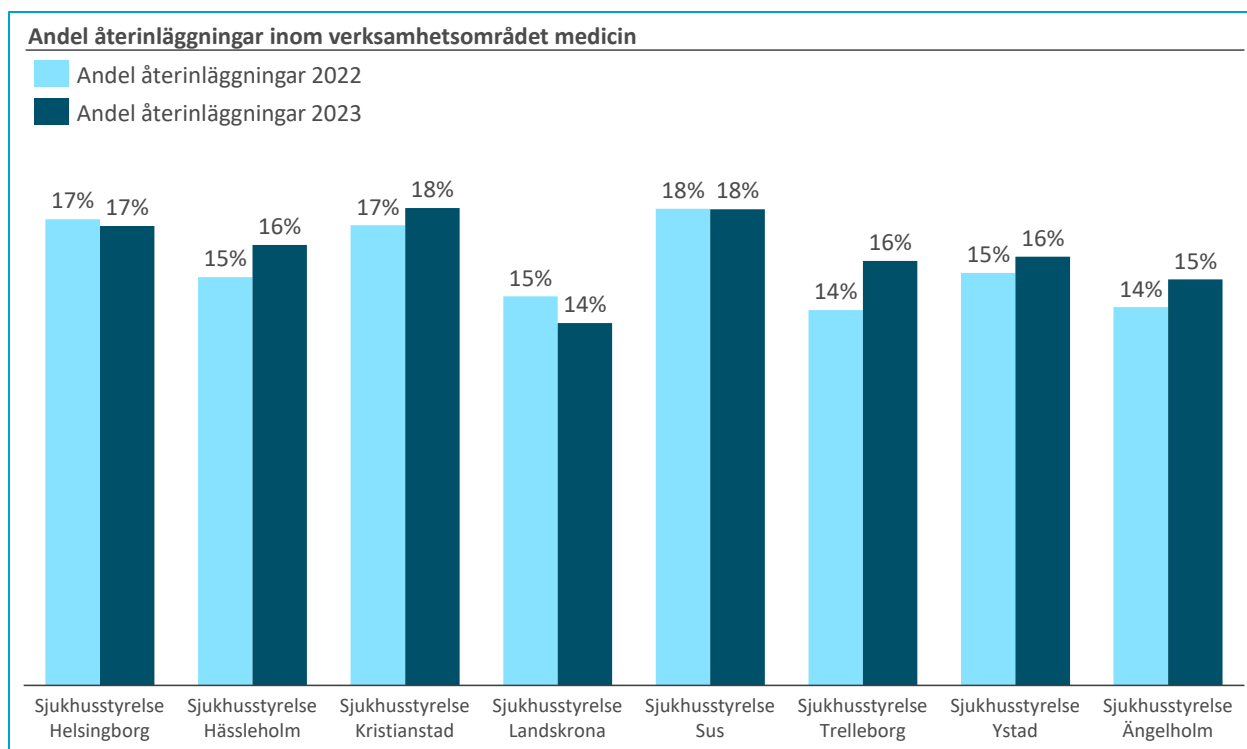
Figur 13: Beläggingsgrad inom verksamhetsområde kirurgi, ortopedi och medicin år 2022 och 2023. Beräknat genom antalet inneliggande i snitt dividerat med antalet disponibla vårdplatser snitt.



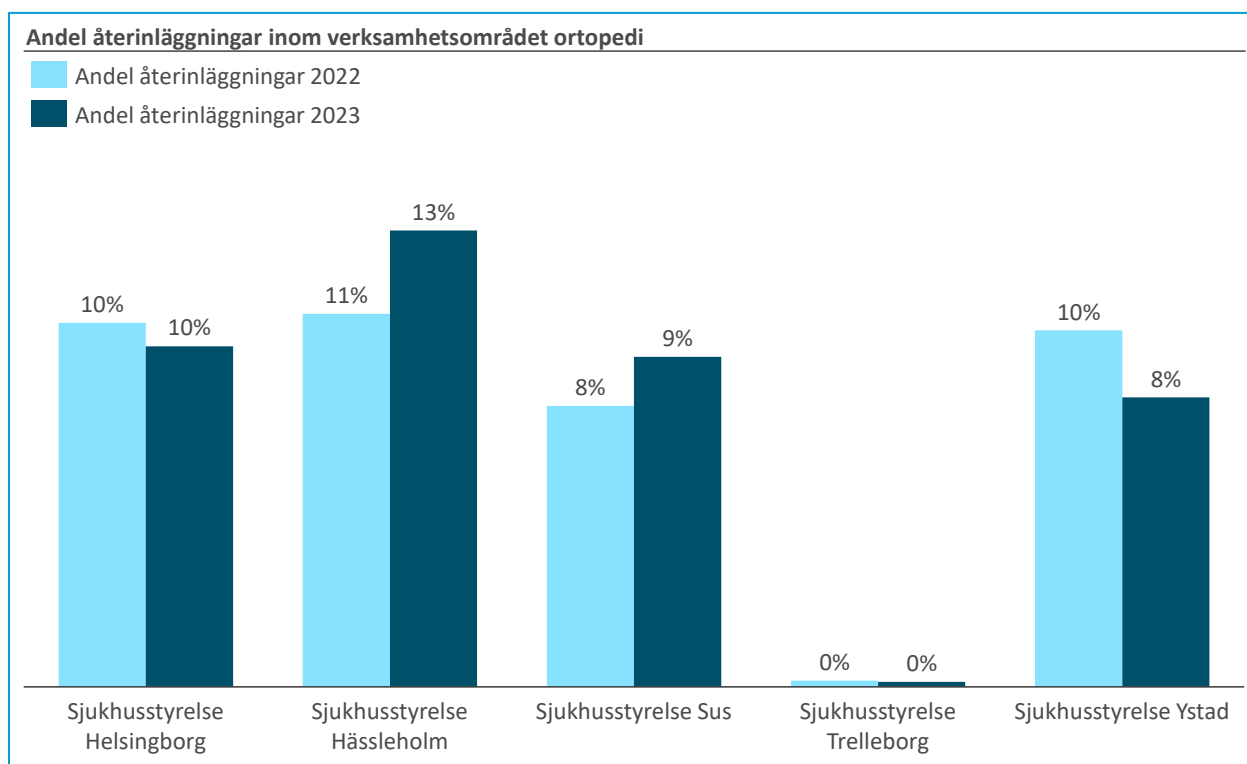
Andel återinläggningar inom verksamhetsområde kirurgi, medicin och ortopedi år 2022 och 2023, se Figur 14-16. Andelen återinläggningar inom verksamhetsområde kirurgi är likartad för samtliga sjukhusstyrelser förutom sjukhusstyrelse Kristianstad, vars andel återinläggningar är 4-6 procentenheter högre än övriga sjukhusstyrelser under år 2023, se Figur 14. Andelen återinläggningar inom verksamhetsområde kirurgi har ökat med cirka 1 procentenhet mellan år 2022 och 2023 för alla sjukhusstyrelser förutom Kristianstad. Det går även att urskilja en ökning på cirka 1 procentenhet för flera sjukhusstyrelser inom verksamhetsområdet medicin. Det noteras även att andelen återinläggningar inom verksamhetsområde medicin generellt är högre jämfört med verksamhetsområde kirurgi, se Figur 15. Vid jämförelse mellan respektive sjukhusstyrelse är andelen återinläggningar relativt jämn och den största variationen identifieras mellan sjukhusstyrelse Landskrona, 18 procent, och sjukhusstyrelse Kristianstad, 14 procent. Vid analys av återinläggningar inom verksamhetsområde ortopedi noteras att andelen återinläggningar generellt är lägre jämfört med verksamhetsområde kirurgi och medicin, se Figur 16. Det noteras även att sjukhusstyrelse Hässleholm har en något högre andel återinläggningar år 2023 samt är den sjukhusstyrelse vars andel återinläggningar har ökat mest mellan år 2022 och 2023. Sirona bedömer att en fördjupad analys krävs för att bedöma orsaker till avvikelser mellan sjukhusstyrelser, då detta inte uppmärksammats i genomförda intervjuer eller dokumentstudier.



Figur 14: Andel återinläggningar inom verksamhetsområde kirurgi år 2022 och 2023. Sjukhusstyrelser med verksamheter inom kirurgi presenteras i grafen, sjukhusstyrelse Hässleholm, Trelleborg och Ängelholm har exkluderats då dessa sjukhusstyrelser har en liten eller ingen volym patienter inom verksamhetsområde kirurgi. Sjukhusstyrelse Landskrona har exkluderats då de också har en liten volym patienter samt inga återinläggningar inom 30 dagar.



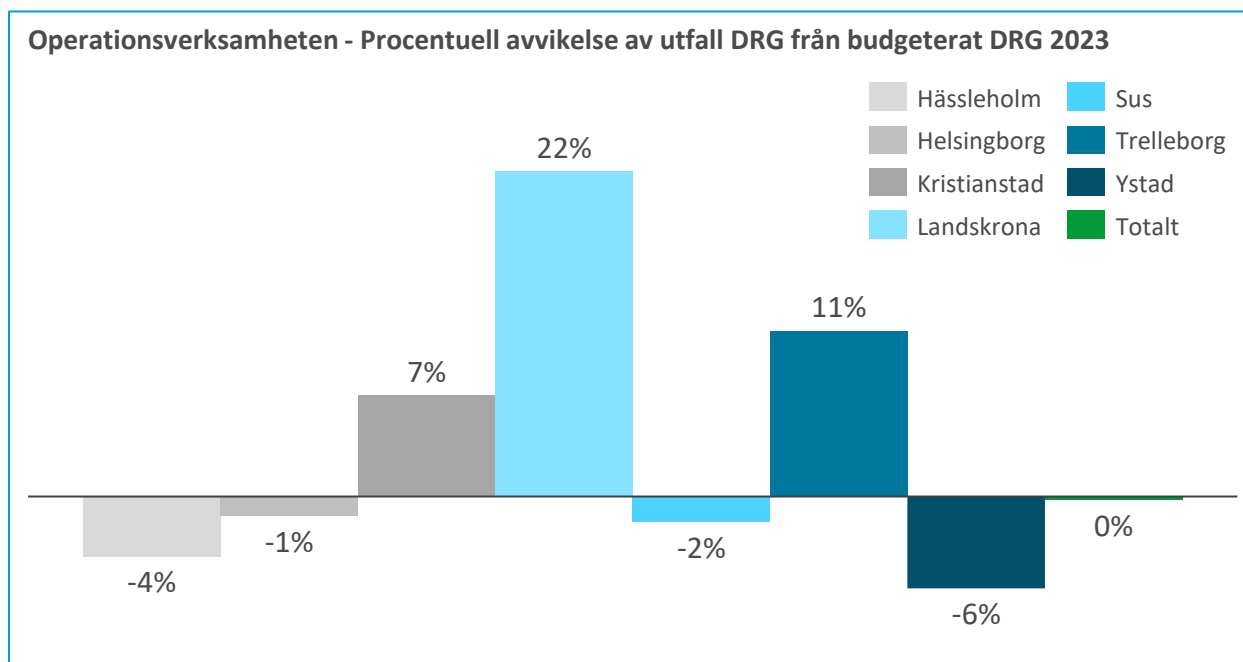
Figur 15: Andel återinläggningar inom verksamhetsområde medicin år 2022 och 2023. Sjukhusstyrelser med verksamhet inom medicin presenteras i grafen.



Figur 16: Andel återinläggningar inom verksamhetsområde ortopedi år 2022 och 2023. Sjukhusstyrelser med verksamheter inom ortopedi presenteras i grafen, exklusive sjukhusstyrelse Kristianstad, Ängelholm och Landskrona då dessa sjukhusstyrelser har en liten volym patienter inom verksamhetsområdet.



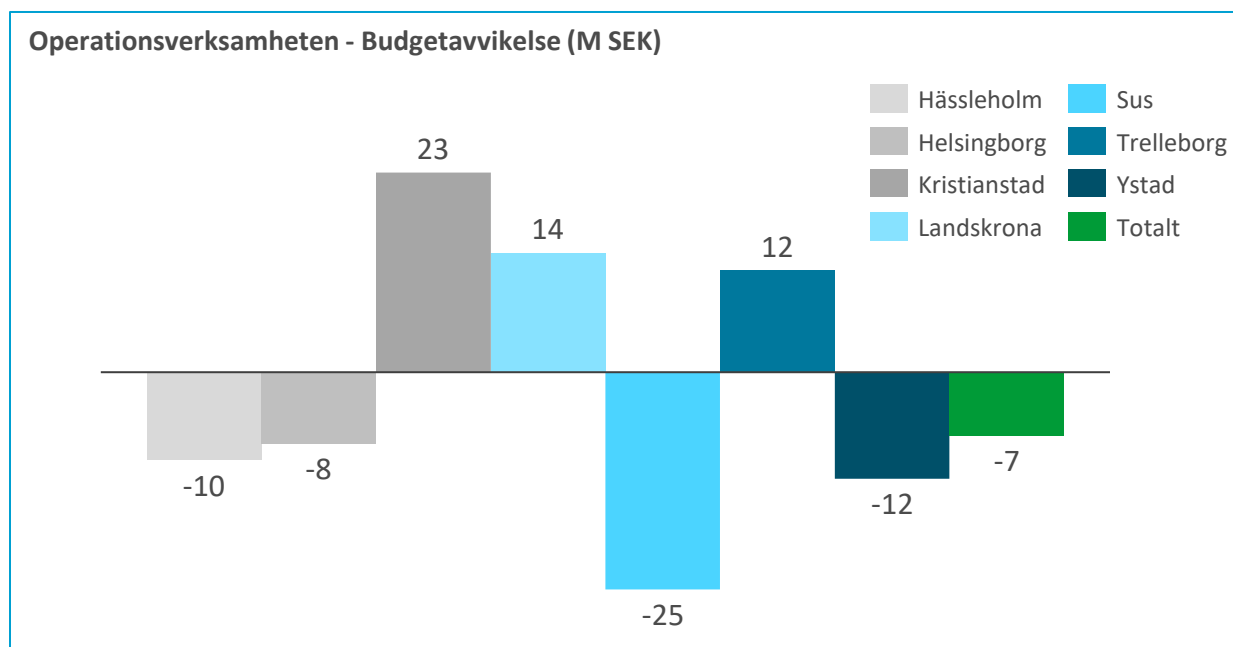
Procentuell avvikelse av producerat DRG från budgeterad DRG år 2023 inom operationsverksamheten<sup>33</sup> som berörs av incitamentsmodellen, se Figur 17. Resultatet indikerar på att det totala antalet producerade DRG är enligt budget, men att det är stora skillnader mellan respektive sjukhusstyrelse. Eftersom ersättning utbetalas per producerad DRG-poäng innebär det även skillnader i ersättning i för operationsverksamheten i förhållande till budget, se Figur 18.



Figur 17: Procentuell avvikelse av utfall DRG från budgeterad DRG år 2023, inom operationsverksamheten för respektive sjukhusstyrelse

<sup>33</sup> Operationsverksamheten är operationer inom sjukhusens specialiserade somatiska vård med undantag av operationer inom vårdvalen, utomlänsvården samt den högspecialiserade vården.





Figur 18: Avvikelse från budget i miljoner SEK, inom operationsverksamheten för respektive sjukhusstyrelse