



Nationella KPP-principer

Version 4. kostnad per patient



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Nationella KPP-principer

Version 4. kostnad per patient



Upplysningar om innehållet:

Jan Sölch, jan.solch@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020

ISBN: 978-91-7585-881-4

Illustration: Ida Brogren

Produktion: Advant

Tryck: LTAB, 2020

Förord

KPP står för kostnad per patient och är en metod för att beräkna hälso- och sjukvårdens kostnader per vårdkontakt och patient. En annan benämning är patientrelaterad kostnadsredovisning. Målsättningen är att samtliga delar inom hälso- och sjukvården ska kunna beskrivas utifrån KPP-modellen. Därmed skulle de olika delarna kunna analyseras tillsammans och var för sig utifrån respektive vårdgrens innehåll och kostnad.

De första KPP-principerna inriktade sig främst på den specialiserade somatiska slutenvården och gavs ut 2002. Principerna har sedan dess uppdaterats ett antal gånger och den senaste uppdateringen publicerades 2015. I denna uppdaterade version av KPP-principerna har vissa förtydliganden gjorts samt att dokumentet nu ska vara mer överskådligt. Fokus har i denna version lagts på:

- › hur primärvården ska hanteras i KPP
- › vilka kostnader som ska ingå i KPP
- › vårdtjänsterna, deras innehåll och avgränsning
- › kostnadskalkylering
- › vikten av en korrekt beskrivning av den hälso- och sjukvård som ges
- › ambitionsnivån för vad ett KPP-system ska kunna hantera och leverera
- › översyn av principdokumentets struktur, kapitelindelning och bilagor
- › genomgång av de begrepp och termer som används i KPP så att de överensstämmer med andra nationellt fastställda termverk.

Att beskriva och kostnadsberäkna de olika vårdtjänsterna i KPP-modellen är ett viktigt steg. Hur beskrivningarna och kostnadsberäkningarna genomförs har stor betydelse för slutresultatet. Det är till exempel viktigt att kostnader som varierar med patient i så stor utsträckning som möjligt identifieras, så att betydelsefulla kostnadsvariationer mellan kontakter med olika vårdinnehåll synliggörs.

SKR:s avdelning för ekonomi och styrning har lett en arbetsgrupp med representanter från regionerna vilken jobbat med de detaljerade frågorna kring uppdateringen av principerna. KPP:s referensgrupp har involverats löpande under arbetets gång och även fungerat som styrgrupp för arbetet. Regionernas ekonomidirektörer fastställde principdokumentet vid sitt möte i februari 2020.

Arbetsgruppen har haft följande medlemmar: Jan Sölch, Åke Karlsson, Mikael Havasi, Jonas Danielsson och Leif Lundstedt från SKR. Lena Edling Region Uppsala, Annika Zingmark Region Västerbotten, Petra Färjsjö och Irene Wester Region Stockholm, Jan Steen Region Skåne och Pär Hedberg Region Värmland.

KPP:s Referensgrupp består av: Irene Wester Petra Färjsjö och Josef Soori från Region Stockholm, Lena Edling Region Uppsala, Jan Steen och Helena Persson Region Skåne, Lars Levin och Christian Lindberg Västra Götalandsregionen, Martin Heurlin Region Halland, Christer Lundqvist Region Örebro län, Hans Carlsson Region Värmland, Krister Jansson Region Västernorrland, Rolf Wiklund Region Östergötland, Philip Johansson Region Kalmar och Annika Zingmark Region Västerbotten.

Stockholm i maj 2020

Peter Fitger

Chef statistiksektionen

Avdelningen för ekonomi och styrning

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

- 6 Kapitel 1. Inledning

- 8 Kapitel 2. Sammanfattning

- 11 Kapitel 3. Viktiga termer, begrepp och principer i KPP
- 15 Några centrala principer och grundregler

- 17 Kapitel 4. KPP-modellen
- 19 KPP-modellens fyra steg

- 25 Kapitel 5. Vikten av korrekt beskrivning av den hälso- och sjukvård som ges

- 27 Kapitel 6. Inlämning av KPP-data till den nationella KPP-databasen

- 29 Bilaga 1. Kostnader som ska exkluderas från och inkluderas till organisationens totalkostnad vid inlämning av KPP till SKR:s nationella KPP-databas
- 29 Kostnader som ska exkluderas ur enhetens kostnadsunderlag
- 34 Särskilda kostnader som ska vara med i enhetens kostnadsunderlag

- 37 Bilaga 2. Vårdtjänster i KPP och deras kostnadskomponenter

47	Bilaga 3. Speciella förtydliganden kring vissa områden, kostnadsposter och kalkylering
47	Lokal- och IT-kostnader
47	Pensionskostnader
48	Fördelning av kostnader för läkare
49	Patienthotell
49	Rekvisitionsläkemedel
50	Åtgärder
51	Patienter som skrivs in i slutenvård via akutmottagning eller annan öppenvårdsmottagning
51	Forskning, utveckling och utbildning (FoUU)
52	Hälsofrämjande insatser/aktiviteter
53	KPP för Psykiatri
54	KPP för Primärvård
56	Övriga kostnader
56	Kalkylering av vårdenhetstjänster
57	Kalkylering av medicinska vårdtjänster
58	För- och efterkalkyl samt hantering av omatchade vårdtjänster
59	Bilaga 4. Begrepp och termer
77	Bilaga 5. Exempel på en förenklad modell förkalkylering av vårdkontakter i öppenvård

Inledning

KPP innehåller information om vilken hälso- och sjukvård som utförts, av vem och till vilken patient samt vilka resurser som använts vid varje vårdkontakt. Utgångspunkten är hälso- och sjukvårdens samlade produktionskostnad, det vill säga den bruttokostnad som åtgått för att leverera hälso- och sjukvård.

För att möjliggöra jämförbarhet har vissa kostnadsdelar exkluderats, exempelvis politisk verksamhet, FoUU, funktionshindersverksamhet, myndighetsutövning¹ och moms. Det finns även några delar av vården som tills vidare är exkluderade i KPP på grund av praktiska svårigheter att identifiera kostnader och innehåll till exempel ambulansverksamhet, sjukresor och receptförskrivna läkemedel. Hanteringen av kostnader och vårdkontakter följer i stora drag hur detta hanteras vid Statistiska Centralbyråns insamling av räkenskapsammandraget (RS) enligt verksamhetsindelning 2000 (VI 2000). Där det finns skillnader i KPP gentemot RS och den nationella verksamhetsstatistiken har detta noterats.

KPP-data kan användas som beslutsunderlag för ledning och styrning av organisationer. Det är svårt att dra slutsatser om hur effektiv den utförda hälso- och sjukvården är utan kännedom om kostnader och innehåll.

Not. 1 Se definition av Myndighetsutövning i bilaga 4, sid 40.

Det huvudsakliga syftet med KPP är att skapa ett underlag för:

- › Sjukvårdsorganisationers interna analyser av förändringar över tid. KPP ger hälso- och sjukvårdens olika ledningsnivåer information om hur vården utvecklas både i fråga om volym, innehåll och kostnad. Underlaget kan därmed ligga till grund för omfördelning av resurser, planering och andra strategiska beslut.
- › Jämförelser mellan olika organisationers hälso- och sjukvårdsproduktion och deras kostnad. KPP är ett verktyg för regionala och nationella jämförelser både på övergripande nivå och på verksamhets-/enhetsnivå med nedbrytning på olika patientgrupper.

Med hjälp av KPP-data kan exempelvis följande frågor besvaras:

- › Vilken sjukvård utförs?
- › Vad kostar den utförda vården?
- › Vilka patientgrupper får vård?
- › Hur fördelas resurserna inom hälso- och sjukvården?
- › Vilka ekonomiska konsekvenser uppstår vid förändringar av vårdprocesser eller vid införande av nya behandlingsmetoder?
- › Kombinerat med kvalitetsregisterinformation kan verksamheter/enheter få uppfattning om hur effektiv den vård som man bedriver är.

KPP-data utgör underlag för utveckling och framtagande av relativa vikter i DRG- och ACG-systemen. DRG (DiagnosRelateradeGrupper) och ACG (Adjusted Clinical Groups) är sekundära patientklassificeringssystem som delar in vårdkontakter med likartad diagnos och resursförbrukning i samma grupper.

KPP, som underlag för nationella jämförelser, förutsätter en korrekt medicinsk beskrivning av den vård som givits och en registrering av kontakterna i hälso- och sjukvården som följer nationell praxis.

En nationell KPP-databas förvaltas och utvecklas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i samverkan med regionerna och Socialstyrelsen. Hit levererar regionerna årligen resultatet av sina KPP-beräkningar.

Sammanfattning

För varje vårdtillfälle, besök eller distanskontakt ska KPP återspegla den resursåtgång som åtgått vid vårdkontakten. Respektive region ansvarar för att alla vårdtjänster kostnadsberäknas så korrekt som möjligt och matchas till rätt vårdkontakt. Det är var vårdkontakten äger rum som styr var KPP-kostnaden ska registreras. KPP ska beskriva kostnaden för respektive vårdkontakt som behandlats på en verksamhet/enhet.

Rekommendationen för vad ett KPP-system bör klara av är att särskilt kostsamma medicinska vårdtjänster; operation, anestesi, IVA, postop/UVA, radiologi och labundersökningar ska redovisas patientunikt samt att speciellt dyra läkemedel, material och åtgärder på en vårdavdelning, mottagning eller vårdcentral även bör redovisas patientunikt. Vad som ska anses vara resursintensiva åtgärder/aktiviteter, dyra material/läkemedel och därmed ska hanteras patientunikt måste bedömas utifrån varje verksamhets egna perspektiv.

Ett KPP-system bör kunna hantera följande (miniminivå):

1. Kostnadsberäkning ska ske enligt dokumenterad metod. Efter årsbokslut ska efterkalkylering ske utifrån de patientrelaterade enheternas totala kostnad. I efterkalkylen ska kostnader för om-atchade vårdtjänster fördelas på de matchade kontakterna. Efterkalkyler görs enligt självkostnadsprincipen och utgångspunkten ska vara vårdtjänstens totala produktionskostnad.
2. Gruppering eller vikter enligt DRG får inte användas för kostnadsfördelning i kalkylerna.
3. Grundkostnaden i slutenvård ska bygga på den tid som patienten varit inskriven (i timmar/dagar) och bör kalkyleras med en bestämd start- och/eller slutkostnad.
4. Grundkostnaden i öppenvård bör beräknas utifrån antalet kontakter eller tidsåtgången för kontakten.
5. Behandlande vårdpersonal kostnadsberäknas med utgångspunkt från yrkeskategori och tidsåtgång.
6. Omvårdnad på vårdavdelning beräknas utifrån den bemanning och vårdnivå som avdelningen upprätthåller. Finns vårdtyngdsmätningssystem i drift på avdelningen bör det nyttjas för att uppnå en mer korrekt fördelning av kostnaden till rätt patient.
7. Kostnader för läkemedel och material bör åtfölja rätt patient i så hög grad som möjligt.
8. Vårdtjänster ska kalkyleras fram utifrån den totala kostnad som åtgår för att producera tjänsten. För medicinska vårdtjänster innebär det att även bakomliggande kostnader för ledning, administration, IT, lokaler med mera ska ingå i kalkylen.
9. Operation kalkyleras både utifrån ett tids- och tyngdperspektiv. Här rekommenderas att kalkylens beståndsdelar består av en startkostnad, uppdukningstid, knivtid, tid på operationssal, medverkande operatörer och annan vårdpersonal samt även inbegriper det material/implantat och läkemedel som använts.
10. Anestesi inkluderar all anestesi-personal, läkemedel och material som förbrukats i anslutning till sövning/smärtlindring vid operation/ingrepp/undersökning.
11. UVA/postop ska inberäkna en tidsfaktor samt inkludera det material och läkemedel som åtgår under vistelsen på uppvaknings/postoperativ avdelning.

12. Intensivvård kalkyleras utifrån den tid patienten vistats på IVA och utifrån VTS- eller NEMS-poäng. Totalkostnaden ska inkludera samtliga kostnader på IVA-enheten i form av ledning, lokaler, administration, vårdpersonal, läkemedel och material. Under den tid som patienten vårdas på IVA ska inte hemavdelningen samtidigt belasta vårdtillfället med någon vårdavdelningskostnad.
13. Lab och radiologi kalkyleras enligt självkostnadsprincipen. Kostnaden fördelas till ansvarig klinik/mottagning/VC och matchas till den vårdkontakt som undersökningen hänför sig till.
14. Kostnaden för ett öppenvårdsbesök i direkt anslutning till inskrivning i slutenvård ska föras till patientens vårdtillfälle och där ingå som en delkostnad.
15. Åtgärdsregistreringen kan användas på mottagningar och vårdavdelningar för att identifiera patientunika kostnader när inga andra förssystem finns som löser detta. Endast den direkta merkostnaden som är kopplad till åtgärden ska kostnadsberäknas (till exempel personal, material och läkemedel).
16. Matchningshierarkin ska följa den logik som fastställts nationellt.²

Det står vårdgivarna fritt att ha en högre upplösning och detaljeringsgrad i sina KPP-system än vad som angivits i dessa principer.

Not. 2 Rapporten kring matchning "Att matcha vårdtjänster i ett KPP-system" (Landstingsförbundet 2003) kan beställas från SKR.

Viktiga termer, begrepp och principer i KPP

De vårdadministrativa termer och begrepp som används i detta principdokument utgår från Landstingsförbundets och Socialstyrelsens rekommendation från 1998 ”Nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken”. Om begrepp återfinns i Socialstyrelsens termbank³ har dessa definitioner tillämpats. När vedertagna begrepp saknas har ett antal KPP-specifika begrepp skapats. En mer omfattande förteckning över hälso- och sjukvårdens begrepp och termer finns i bilaga 4.

Vårdtjänst – med vårdtjänster avses de tjänster som de patientrelaterade verksamheterna producerar och som i KPP-systemet knyts till den enskilde patienten och vårdkontakten. I KPP-modellen finns två olika typer av vårdtjänster;

1. vårdenhetstjänster på klinik/avdelning/mottagning/vårdcentral/enhet som rör grundkostnader, behandlande personal och omvårdnad, material, läkemedel och åtgärder.
2. medicinska vårdtjänster vilka utför tjänster åt de patientansvariga enheterna (kliniker/vårdavdelningar/mottagningar/vårdcentraler/enheter). Här ingår tjänster som avser operation, anestesi, UVA/postoperation, intensivvård, laboratorieanalyser, radiologiska undersökningar, mottagningskostnader avseende patienter som direkt skrivs in i slutenvård samt konsulterande läkare/sjukgymnaster/med flera.

Totalkostnadsbokslut/redovisning – är ett periodbokslut där de patientrelaterade verksamheterna inom en organisation, exempelvis ett sjukhus, klinik, vårdcentral bär alla sina produktionskostnader. Här ingår verksamhetens andel av all övergripande service, stöd och ledningsfunktioner som understödjer arbetet samt alla kostnader för de vårdtjänster som enheten använt och nyttjat.

Not. 3 <https://termbank.socialstyrelsen.se/>.

Produktionskostnad – direkta och indirekta (överförda) kostnader för att producera en produkt eller tjänst (vårdkontakt/vårdtjänst).

Patientrelaterade verksamheter – de verksamheter som behandlar/undersöker/utreder patienter (en vårdkontakt eller vårdtjänst uppstår). Här ingår även verksamheter med kontakter och besök vars syfte är av mer hälsoförbyggande karaktär samt serviceenheter som utför medicinska tjänster åt verksamheter (klinik/avdelning/mottagning/vårdcentral).

Patientspecifika/patientunika kostnader – används för att beteckna de kostnader som direkt kan relateras till en viss unik patient och vårdkontakt. Hur stor del av kostnaderna som blir patientspecifika avgörs av hur utvecklat KPP-systemet är samt hur detaljerade kostnadsberäkningarna är för respektive vårdtjänst.

Sidoinformation – en särskild redovisning som regionen/sjukhuset/vårdcentralen/enheten lämnar in till SKR i samband med leverans av KPP-data. Här redovisar man hur man hanterat ett antal olika kostnadsposter och vårdtjänster samt om man har gjort avsteg från de nationella KPP-principerna som påverkar vid jämförelser.

Vårdkontakt – kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs. Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och distanskontakt⁴. Även kontakter av mer uppföljnings/hälsoförebyggande karaktär ska betraktas som en vårdkontakt. Det kan handla om vaccinering, screening, olika typer av hälsokontroller/hälsosamtal för olika grupper (barn/unga/äldre, gravida, flyktingar/asylsökande).

Slutenvård – hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppenvård eller hemsjukvård. Vårdtillfället startar när patienten bedömts kräva slutenvård och slutar när patienten skrivs ut från avdelningen (fysiskt lämnar avdelningen). I samband med inskrivning ska en vårdplats ställas till patientens förfogande. Hela vårdtillfället ska kostnadsberäknas i KPP oavsett om patienten betraktats som utskrivningsklar/färdigbehandlad och att kommunens betalningsansvar inträtt.

Not. 4 Socialstyrelsens definition av distanskontakt är: "Vårdkontakt i öppenvård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda".

Intensivvård – en speciell vårdavdelning där patienter vårdas som behöver avancerad övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad på grund av olycka, sjukdom eller livshotande tillstånd. IVA-vårdens kostnader för patienten ska belasta den vårdavdelning där patienten ursprungligen vårdats och utgöra en del i vårdtillfälles totala kostnad. Endast den mest avancerade och fullskaliga IVA-vården ska redovisas under denna vårdtjänst. Olika typer av intermediärvård ska i KPP-sammanhang betraktas som vård på ordinär vårdavdelning.

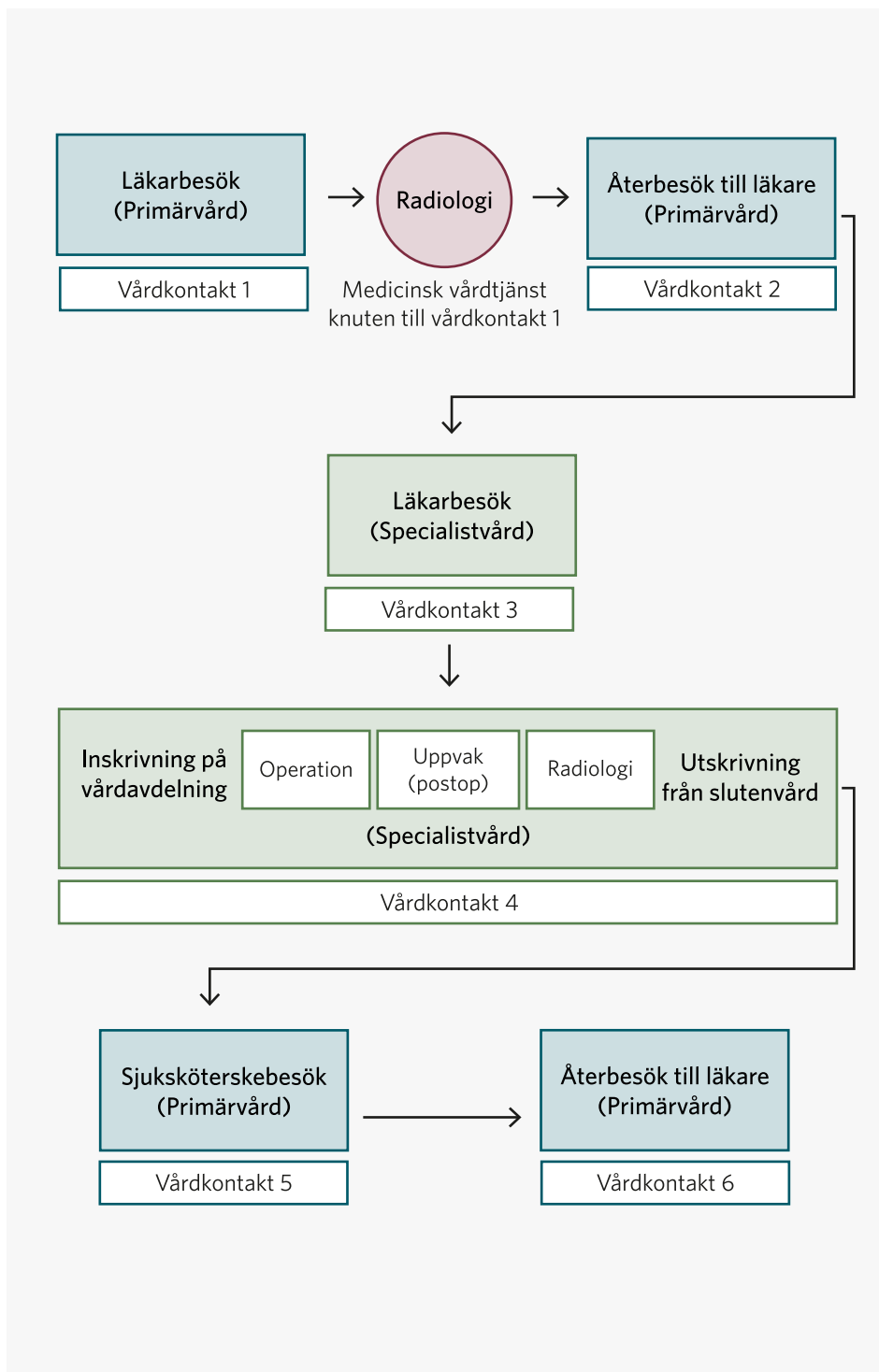
Öppenvård – hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar. En öppenvårdskontakt kan ske som ett fysiskt besök eller en kontakt på distans i form av kommunikation via brev, telefon, videolänk, internet eller andra media. Distanskontakter som innehållsmässigt ersätter ett öppenvårdsbesök och där behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk/hälsobedömning⁴, behandlar eller fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning, ska betraktas som en vårdkontakt. De fysiska öppenvårdsbesöken indelas i mottagningsbesök och dagsjukvård där dagsjukvård innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett öppenvårdsbesök normalt kräver. Dagsjukvård kan i sin tur delas upp i dagkirurgi (**kirurgisk åtgärd som normalt kräver att patienten får anestesi och en period av postoperativ övervakning**) och dagmedicin (**medicinsk åtgärd som omfattar diagnostik eller terapi som normalt kräver en period av observation**).

Vårdcentral – används genomgående i dokumentet och får representera alla typer av vårdenheter inom primärvården exempelvis husläkarmottagning, hälsocentral, distriktsköterske-, barnmorske-, sjukgymnastik-, ungdoms-, jour-, fotvårdsmottagning.

Vårdepisod – samtliga vårdkontakter med en patient för ett visst hälsoproblem.

Vårdprocess – process avseende hälso- och sjukvård som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett avsett resultat.

Figur 1: Visar ett exempel på en vårdepisod och hur man med KPP kan följa kostnaderna vid varje vårdkontakt (1-6) och samtidigt få information om patienten, diagnos, behandling/åtgärd samt vilken klinik/mottagning/VC och kategori av vårdpersonal som patienten träffat



Några centrala principer och grundregler

Identifiering och kalkylering av kostnader ska ske utifrån **produktionsperspektivet**, vilket innebär att det är samtliga kostnader/resurser som förbrukas för att producera hälso- och sjukvård som KPP ska baseras på. Kostnaderna ska därefter kalkyleras per vårdtjänst och fördelas ut på samtliga vårdkontakter. Finansiering och olika sätt att organisera verksamheterna ska inte påverka hur KPP redovisas.

KPP-kalkyleringen ska så långt som möjligt identifiera **patientunika kostnader**. Ju mer kalkyleringen baseras på vilka kostnader som uppstår för vården kopplat till en specifik patient och vårdkontakt desto träffsäkrare blir KPP-beskrivningen. Hur långt man ska gå i detta arbete avgörs av nedanstående väsentlighetsprincip och de praktiska förutsättningarna.

Överväganden kring hur mycket arbete som ska läggas ned på att utskilja vissa kostnader ska göras utifrån **väsentlighetsprincipen**. Vad som är väsentligt eller inte får bedömas från fall till fall. En viss kostnad kan vid en avd/mott/vårdcentral vara betydande, och det är hur mycket denna kostnad påverkar varje vårdkontakt/vårdtjänst som ska vara utgångspunkten för bedömningen av vad som är väsentligt eller inte. Det eventuella administrativa merarbetet måste även sättas i relation till nyttan.

Självkostnadsprincipen är central vid kalkylering⁵ av kostnader för samtliga typer av vårdtjänster. Man får inte ta ut en högre/lägre ersättning för de tjänster och nyttigheter som tillhandahålls än vad som krävs för att täcka den verkliga kostnaden. I Kommunallagens 2:a kapitel, 6 § står: ”**Kommuner och landsting får inte ta ut högre avgifter än som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som de tillhandahåller**”. För att beräkna självkostnaden för en vårdtjänst krävs långtgående kostnadsfördelning av gemensamma kostnader.

Det är **totalkostnaden** för respektive vårdtjänst (bruttokostnaden) som ska fördelas ut på de vårdkontakter som konsumerat vårdtjänsten. Med totalkostnad menas alla de kostnader som krävs för att leverera en vårdtjänst, det vill säga även samtliga bakomliggande kostnader som vårdtjänsten haft för ledning/styrning, lokaler, administration och andra stödfunktioner.

Not. 5 Läs mer om självkostnads-kalkylering på SKR:s hemsida <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-493-0.pdf>.

Inga fria nyttigheter får förekomma. Det innebär att samtliga direkta och indirekta resurser som åtgår i samband med en vårdkontakt ska kostnadsberäknas och ingå i KPP. Det inbegriper vårdproduktionens andel av regionernas kostnader för samtliga ledningsnivåer och deras kanslier och andra regionövergripande servicetjänster som bidrar till att vården fungerar, både organisatoriskt och praktiskt.

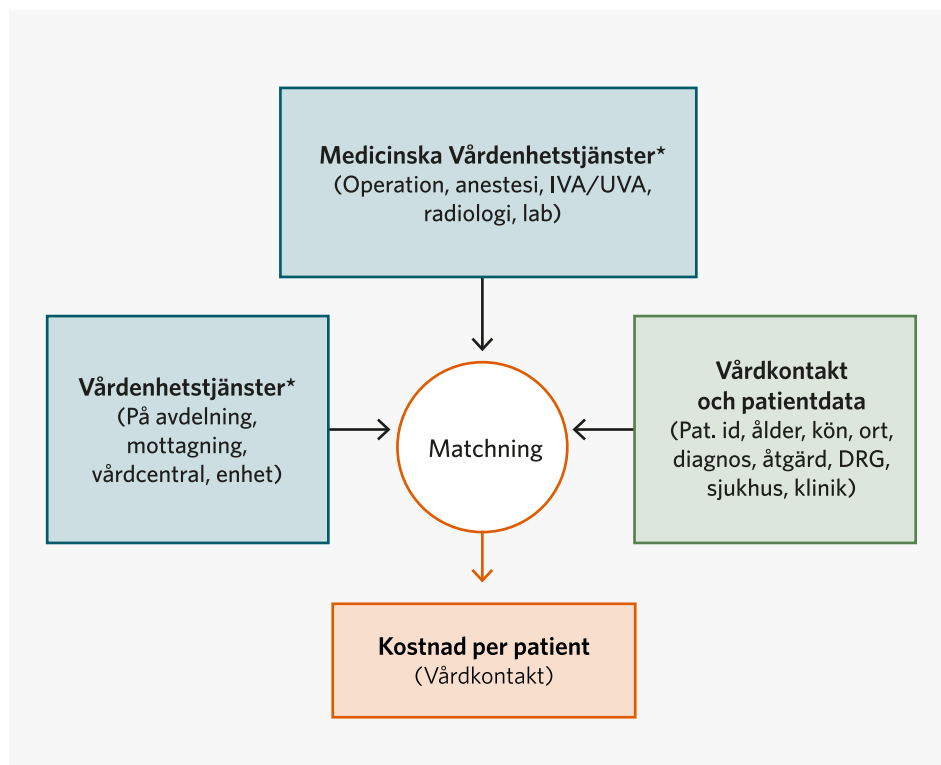
Kostnaderna för samtliga vårdtjänster ska matchas till alla **vårdkontakter** som utförts under motsvarande period. Uteblivna besök, besök för provtagning och radiologisk undersökning samt kontakter av mer administrativ karaktär där det mer handlar om information och upplysning ska inte behandlas som vårdkontakter i KPP. Kostnader för vårdtjänster som inte lyckas matchas till någon vårdkontakt ska fördelas på samtliga vårdkontakter.

En annan huvudprincip vid KPP-beräkningar är att **använda befintlig information** i de vårdadministrativa systemen så långt det är möjligt. Endast undantagsvis bör manuella registreringar förekomma.

KPP-modellen

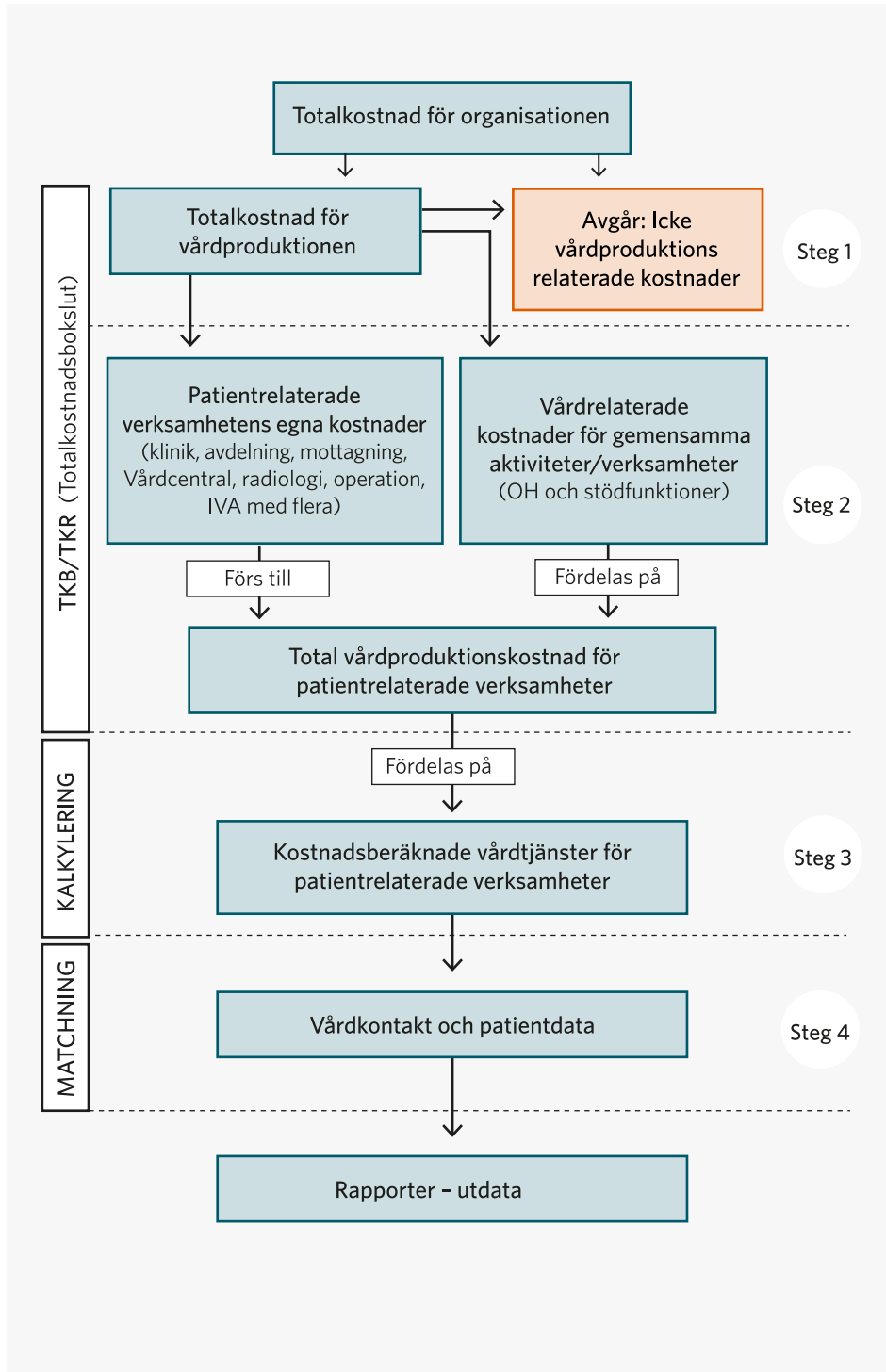
KPP-modellen är en metod och en standard för att beskriva vårdens innehåll och dess kostnader. Figur 2 nedan visar den övergripande modellen för KPP. Modellen är tillämpbar inom alla vårdgrenar, med reservation för att vissa av vårdtjänsterna inte förekommer på alla håll. Vårdtjänster och patientdata matchas till vårdkontakt i första hand via patientens personid och datum. På så sätt erhålls information om utförda vårdtjänster, patientdata och kostnader för varje vårdkontakt. KPP avser att identifiera kostnaderna för aktiviteterna oavsett vem som utfört dem och hur dessa resurser är organiserade.

Figur 2: KPP-modellen, generell bild



*skapas på de patientrelaterade verksamheterna.

Figur 3: Principmodell för KPP. Organisationen kan vara region, förvaltning, division, sjukhus, klinik eller vårdcentral



KPP-modellens fyra steg

KPP-modellen är uppbyggd i fyra steg där de kostnader som finns för att genomföra vårdkontaktarna identifieras och där organisationens kostnader för andra verksamheter skalas bort. Se figur 3 ovan.

Steg 1 – Identifiera totalkostnaden för vårdproduktionen

I detta steg avgörs vilka kostnader som ska hänföras till vårdproduktionen. Principen är att alla kostnader för vården av patienter ska ingå. För att producera vård krävs även ledning/styrning, administration samt andra stödfunktioner för att vården ska fungera. Både på regionledningsnivå och underliggande ledningsnivåer finns verksamheter och stödfunktioner som bistår de patientrelaterade verksamheterna så att deras verksamhet sker på ett effektivt och rationellt sätt. Dessa så kallade overheadkostnader som är relaterade till vårdproduktionen ska föras vidare till steg 2.

Totalkostnadsredovisning utgör steg 1 och steg 2 i KPP-modellen. Med totalkostnadsredovisning menas ”**En kostnadsredovisning där varje patientrelaterad enhet inom en organisation, exempelvis ett sjukhus, bär alla kostnaderna för sin verksamhet, inklusive kostnaderna för de tjänster och den service som enheten erhåller eller köper från andra enheter och stödfunktioner**”. Det är inte alltid sjukhusbegreppet är applicerbart, då får totalkostnaden läggas på andra redovisningsnivåer (division, centrum, MVO, klinik, avdelning, mottagning, enhet, vårdcentral).

Huvudprincipen för totalkostnadsredovisningen är att alla resurser/kostnader som organisationen har ska ingå i KPP. Från den totala kostnaden exkluderas ett antal kostnader och verksamheter för att få en jämförbar KPP-kostnad (se bilaga 1). De kostnader som inte avser produktionen av vård ska exkluderas. I stora drag ska detta överensstämma med hur man redovisar kostnaderna i SCB:s räkenskapssammandrag och indelningen i delverksamhetsområden (DVO) enligt VI 2000⁶. Skillnader finns och rör då områdena; folkhälso- och sjukdomsförebyggande verksamhet (screening, riktad utbildning kring folkhälsofrågor, hälsokontroller för olika grupper, rökavvänjning och dylikt) samt smitt/strålskydds-, vårdhygien- och kris- och beredskapsarbete som sker på de patientrelaterade enheterna. I SCB:s vägledning finns instruktioner om vad som ska redovisas under respektive vårdgren samt vilka delar som redovisas under politisk verksamhet, tandvård, övrig hälso- och sjukvård samt regional utveckling.

Not. 6 SCB:s instruktioner för redovisning till Räkenskapssammandraget (VI 2000) <https://www.scb.se/contentassets/b2603e4d9bb540b3b778f8ab8db4cdba/verksamhets-indelning-vi-2000nov.pdf>.

Det finns även kostnader som ska läggas till inför framtagandet av enhetens KPP. Här avses främst kostnader för regionens övergripande insatser (OH) i form av samordning, stöd och styrning vilka riktar sig till hälso- och sjukvården. Dessa kostnader ska ingå i enhetens KPP-kostnad och fördelas i relation till enhetens andel av den totala sjukvårdsproduktion.

När kostnader har exkluderats/inkluderats är den återstående kostnaden att betrakta som den sammanlagda produktionskostnaden för hälso- och sjukvården i ett KPP-sammanhang, vilken sedan ska fördelas ut på vårdkontaktarna via de kostnadsberäknade vårdtjänsterna.

En detaljerad beskrivning av vilka kostnader som ska vara med i KPP och vad som inte ska vara med återfinns i bilaga 1.

Steg 2 – Identifiera och fördela gemensamma kostnader till de patientrelaterade verksamheterna

I detta steg sker en kostnadsfördelning vars syfte är att hälso- och sjukvårdens totala KPP-kostnad för vårdproduktionen fördelas på de patientrelaterade verksamheterna. Patientrelaterade verksamheter är verksamheter som behandlar/undersöker/utredde patienter och där kostnadsberäknade aktiviteter (vårdtjänster) kopplas till en enskild patient och vårdkontakt.

Ett sjukhus/division/klinik/vårdcentral har gemensamma kostnader på olika organisatoriska nivåer. Fördelning av gemensamma kostnader innebär att alla kostnader som avser övergripande stöd- och ledningsfunktioner fördelas på de patientrelaterade verksamheterna. Exempelvis ska en operationsenhet även inkludera sina centrala OH-kostnader när de fördelar ut sina vårdtjänster till de patientrelaterade verksamheterna (till exempel en kirurg- eller ortopedavdelning).

Gemensamma kostnader hänger nära samman med hur organisationens interna ekonomistyrningsmodell är uppbyggd. Vilka fördelningsnycklar för gemensamma kostnader som används avgörs lokalt och beror på hur man är organiserad samt vilken typ av kostnad som ska fördelas. Några exempel på underlag för fördelning av gemensamma kostnader är: verksamhetens omsättning, antal anställda, personalkostnad, yta (m²), antal datorer med flera. Hur man hanterat utfördelningen av de gemensamma kostnaderna redovisas i sidoinformationen.

Steg 3 - Beskriva och beräkna vårdtjänster

Att beskriva och kostnadsberäkna vårdtjänster är ett viktigt steg i KPP-modellen. Hur beskrivningarna och kostnadsberäkningarna utförs har stor betydelse för slutresultatet. Det är viktigt att betydande kostnader som varierar med patient identifieras och kopplas till rätt patient och vårdkontakt i så stor utsträckning som möjligt, så att kostnadsvariationer mellan vårdkontakter med olika vårdinnehåll synliggörs.

Definition av vårdtjänst i KPP

Med vårdtjänst avses de tjänster som de patientrelaterade verksamheterna producerar och som i KPP-systemet knyts till den enskilde patienten och vårdkontakten.

Varje patientrelaterad verksamhet resulterar i ett antal olika vårdtjänster vilka ska kostnadsberäknas utifrån enhetens lokala förutsättningar. Genomförandet av till exempel ett mottagningsbesök består av ett antal vårdtjänster vars delar innehåller resurser i form av personal, lokaler, utrustning, IT, sjukvårdsmaterial, provtagningar, undersökningar, ledning, administration med mera. I KPP-modellen finns två olika typer av vårdtjänster, dels vårdtjänster på avd/mott/vårdcentral/enhet, dels medicinska vårdtjänster. Enhetens samlade produktionskostnad ska fördelas på alla vårdkontakter som förekommit via de olika vårdtjänsterna. Vilka vårdtjänster KPP-modellen arbetar med framgår av tabell 1. En mer detaljerad redovisning över respektive vårdtjänst och hur de bör hanteras finns i bilaga 2.

Tabell 1: Vårdtjänster i KPP-modellen

	Vårdtjänster
Vårdenhetstjänster	Grundkostnad Patientansvarig behandlande personal Omvårdnad (SV) Läkemedel Material Åtgärd Övrigt
Medicinska vårdtjänster	Operation Anestesi Intensivvård (SV) Uppvak/Postop Radiologi Laboratorieanalyser Mottagning (SV)* Övrigt

*Avser kostnad för besök som direkt leder till inskrivning i slutenvård där kostnaden ska knytas till vårdtillfället.

När vårdtjänster definieras i ett KPP-system är det viktigt att följande egenskaper hos vårdtjänsten finns:

- › att vårdtjänsten ska vara möjlig att logiskt knyta till behandlingen av enskild patient, det vill säga informationen ska innehålla uppgift om individ och datum när tjänsten utfördes
- › att det ska vara möjligt att koppla ett resursförbrukningsmått till vårdtjänsten som kostnadskalkylen kan basera sig på
- › att vårdtjänsterna och deras underliggande kalkylkostnader hanteras på ett strukturerat sätt med IT-stöd i organisationens KPP-system.
- › att vårdtjänsten kalkylerats utifrån alla kostnader som ligger till grund att producera vårdtjänsten.

Grundprincipen för redovisning av vårdtjänster i ett KPP-system är densamma oavsett vårdform (sluten- eller öppenvård) och vårdgren (specialiserad somatisk/psykiatrisk vård och primärvård).

Kalkylering av vårdtjänster

Vid kalkylering av vårdtjänster bör man som ett första steg identifiera verksamhetens fasta och rörliga kostnader. Fasta kostnader är kostnader som inte varierar med verksamhetsvolymen (besök/distanskontakt/vårdtillfälle) vilket däremot de rörliga kostnaderna gör. Exempel på fasta kostnader är lokalhyra/fastighetskostnader, OH-kostnader, tillsvidareanställd personal och avskrivningar. Som exempel på rörliga kostnader kan nämnas material, läkemedel, lab- och radiologiska undersökningar samt löner för tillfällig personal och övertidstillägg.

Vårdtjänster kan ur ett kostnadsperspektiv delas upp i två typer, de vårdtjänster som bygger på standardiserade kostnader och de som kostnadsberäknats patientunikt.

Vissa vårdtjänster kan kostnadsberäknas med traditionell produktkalkylering och är produkter per definition. Sådana vårdtjänster är exempelvis laboratorieanalyser, radiologiska undersökningar, läkemedel och material. Kostnader för denna typ av vårdtjänster bygger oftast på en ordinär produktkalkyl som gjorts lokalt och där man i KPP kan tillämpa den kostnad man påförts som KPP-kostnad. Kostnaderna kan därefter matchas till rätt vårdkontakt och patient.

Det är också viktigt att de personalkostnader som krävs för att utföra vårdtjänsterna finns med i kalkylmodellen, vilket ibland kan innebära att kostnader måste överföras från andra enheter. Ett exempel är kostnaden för de opererande läkarna vid operationsenheter där läkarkostnaden ofta finns bokförd på vårdavdelnings lönekonto. En fördelning av läkartiden får då göras så att även kostnaden för opererande läkare kan påföras operationerna.

Oavsett typ av vårdtjänst bör kalkylmodellen utgå från följande:

- › att alla vårdkostnader ska finnas med utom de undantag som har specificerats (se bilaga 1)
- › att uppgift om verklig resursåtgång (kostnad) för vårdtjänsten ska finnas
- › att kalkylering sker enligt dokumenterad metod
- › att man arbetar med både förkalkyl och efterkalkyl
- › att gruppering eller vikter enligt DRG inte får användas som underlag för kostnadsfördelning i kalkylerna (eftersom DRG grundar sig på resultatet av KPP-beräkningarna).

Respektive del inom organisationen (klinik/avdelning/mottagning/vårdcentral) bör vara delaktiga i arbetet med kostnadskalkylerna för de vårdtjänster man producerar.

Läs mer om kalkylering av vårdtjänster i bilaga 3 (sid 35–36) och bilaga 5 (sid 44).

Steg 4 - Matcha vårdtjänster och patientdata till enskild vårdkontakt

I detta steg sammanförs uppgifter från sjukvårdens olika verksamhetssystem (journal- och patientadministrativa system) med vårdtjänsternas kostnad. Detta sker med datorstöd och vid flera tillfällen per år eller löpande.

Matchningen syftar till att koppla ihop vårdtjänsterna och deras kostnader till rätt vårdkontakt. Med de nationella matchningsregler som tagits fram kan man med hjälp av bland annat patientens personid, beställande enhet och de olika datumen för vårdtjänsten och vårdkontakten med hög sannolikhet koppla rätt vårdtjänst till rätt vårdkontakt. Kostnader för medicinska vårdtjänster som inte på något sätt går att matcha till någon patients vårdkontakt ska fördelas ut på övriga vårdkontakter. KPP-systemet måste även klara av att exkludera sådana kontakter som ej är att betrakta som en vårdkontakt, så att endast de regelrätta vårdkontakterna är med vid matchningen. En utförlig beskrivning av matchningen olika steg finns i en tidigare publicerad skrift "Att matcha vårdtjänster i ett KPP-system" som kan rekvideras via SKR.

Vikten av korrekt beskrivning av den hälso- och sjukvård som ges

Att korrekt beskriva vilken hälso- och sjukvård som bedömts och utförts vid varje vårdkontakt är ett viktigt moment för att i nästa steg använda KPP-data som analysverktyg. Diagnos- och åtgärdsregistreringar gör det möjligt att identifiera, analysera och kostnadsberäkna diagnos- och patientgrupper. En korrekt beskrivning av de hälso- och sjukvårdskontakter som förekommit ger goda möjligheter till jämförande analyser med hög detaljeringsgrad och av hög kvalitet. I regionerna pågår en ständig utveckling och förbättring i hur verksamheterna beskriver och registrerar sin hälso- och sjukvård.

De primära klassifikationer som ska användas är för diagnoser ICD-10-SE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och för åtgärder KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder). Klassifikationerna är obligatoriska vid rapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister. ICD-10 klassificerar och statistiskt beskriver sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården. KVÅ är en åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen uppdaterar årligen båda dessa klassifikationer.

En vårdkontakts huvuddiagnos är det tillstånd eller problem som är den huvudsakliga anledningen till att vårdkontakten kommit till stånd. Om fler diagnoser är likvärdiga, bör det tillstånd/problem som tagit mest tid eller resurser i anspråk väljas.

De sekundära patientklassificeringssystem som används inom vården är främst DRG (DiagnosRelaterade Grupper) och ACG (Adjusted Clinical Groups). DRG delar in vårdkontakterna med likartad diagnos och resursförbrukning i samma grupp och används främst inom den specialiserade

vården för jämförande analyser men även som grund för ersättning och budgetering. ACG grupperar ihop individer som haft liknande diagnoser (under en tid tillbaka) och kan beskriva hälsotillståndet i en befolkning. ACG används som en del i underlaget för ersättningen till vårdcentraler och för att bedöma behovet av vårdinsatser framåt i tiden. ACG kan även användas vid jämförande analyser av vårdcentraler.

Alla typer av sekundära beskrivningssystem påverkas om registreringen enligt de primära klassifikationerna har brister, vilket kan leda till felaktiga analyser och slutsatser kring hälso- och sjukvården. KPP-data ligger till grund för de relativa vikter som används i DRG- och ACG-systemen.

Mer information och anvisningar kring hur primära- och sekundära klassifikationerna ska tillämpas finns på Socialstyrelsens hemsida⁷.

Mer informations kring hur olika vårdformer och vårdkontakter förhåller sig till varandra framgår av Socialstyrelsens begreppsträd⁸.

Not. 7 <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/>.
<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/>.
<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/drg/>.

Not. 8 <https://termbank.socialstyrelsen.se/imodel/server/getsvg.php?dbg=c3NzZQ==&-Diagram=VsOlcmRrb250YWt0ZXI=>.

Inlämning av KPP-data till den nationella KPP-databasen

Inrapporteringen till den nationella KPP-databasen görs årligen av regionerna enligt de anvisningar som SKR meddelar⁹. SKR sammanställer alla uppgifter och i samband med inläsningen till databasen görs olika kvalitetskontroller. Resultatet av dessa kontroller redovisas till regionerna. Uppgifterna ska avse efterkalkylerade produktionskostnader som utgår från regionens årsbokslut. Vårdgivarna ska även avge så kallad sidoinformation som beskriver faktorer som kan påverka utfallet vid jämförelser mellan verksamheter.

Insamlingen förutsätter att respektive region tar ett samordnande ansvar för inlämningen av KPP-data per vårdgren. Om förutsättningar finns för att leverera KPP-data från privat vårdgivare ska regionen ta ett samordningsansvar även för inrapporteringen av dessa data.

Den nationella KPP-databasen ger möjlighet och förutsättning för regionerna att utföra benchmark av sin produktion med övriga regioner. SKR redovisar databasen på sin hemsida¹⁰ i ett visualiseringsverktyg som ger möjlighet till flexibla uttag ur databasen och analyser ner på lägsta detaljeringsnivå. Den nationella KPP-databasen används i samverkan med Socialstyrelsen även till utveckling av sekundära patientklassificeringssystem, främst för NordDRG och framtagande av prospektiva NordDRG-viktlistor. Databasen ligger också till grund för de relativa vikter som tillämpas i ACG-systemet.

Not. 9 SKR:s anvisningar för inlämning av KPP-data.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/insamlingavkppdata.47000.html>.

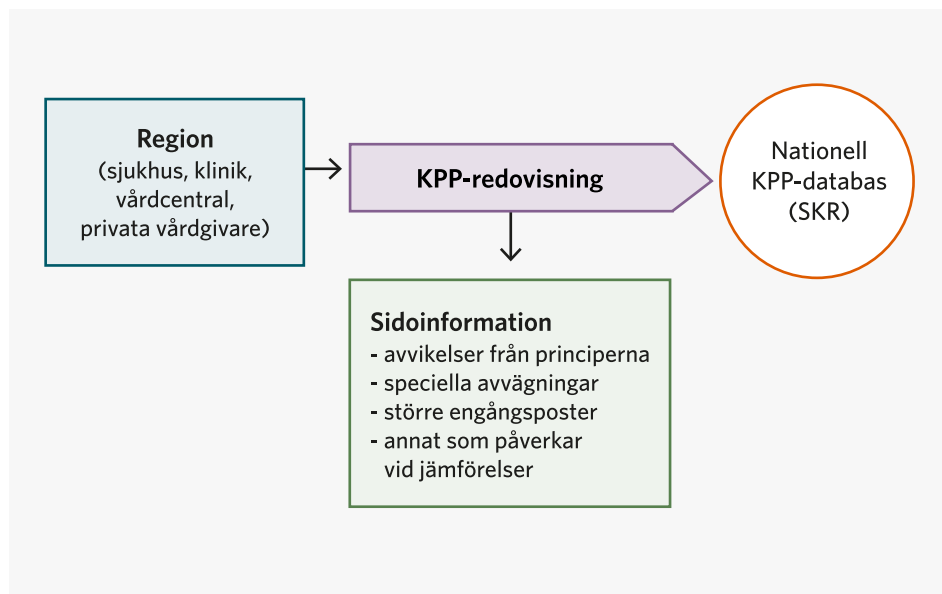
Not. 10 Nationella KPP-databasen <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.1079.html>.

SKR använder KPP-databasen för att besvara en mängd olika frågor som kommer till SKR. Det är kombinationen av verksamhetsinformation och kostnader som är den främsta styrkan med KPP, både vid analyser på regional som nationell nivå. SKR använder också databasen i kombination med andra datakällor (register över hälsodata och kvalitet med flera) för att ge mer komplett bild av svensk sjukvård och dess utveckling.

Det är fritt för vårdgivarna att utveckla mer detaljerade redovisningsnivåer och vårdtjänster i syfte att öka graden av patientunika kostnader. De regionala KPP-databaserna innehåller därmed mer detaljerad information än vad den nationella gör. Det betyder att på regional nivå kan mer avancerade och verksamhetsnära analyser utföras.

Vid inrapportering till SKR:s KPP-databas ska en uppsummering ske till de vårdtjänster som föreskrivs i detta dokument.

Figur 4: Insamling till den nationella KPP-databasen



Bilaga 1

Kostnader som ska exkluderas från och inkluderas till organisationens totalkostnad vid inlämning av KPP till SKR:s nationella KPP-databas

Kostnader som ska exkluderas ur enhetens kostnadsunderlag

Tabell 2: Följande kostnader ska exkluderas vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen

Typ av kostnad	Kommentar
Den demokratiska processen	Kostnader kopplade till den demokratiska processen ska exkluderas vid framtagande av kostnadsunderlaget till KPP. Med politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård avses kostnader för politikerna och deras verksamhet samt administration direkt knuten till detta. Politisk verksamhet omfattar även revision samt bidrag till politiska partier och medlemsavgiften till Sveriges Kommuner och Regioner. Se VI 2000 DVO 910-920 ¹¹ .
Regionövergripande tjänstemannaorganisation och stödfunktioner	Kostnader som regionen har för sjukvårdsregionernas verksamhet (samverkansnämnd och regionförbundsledningen) ska exkluderas vid framtagande av kostnadsunderlaget till KPP. Regionens kostnader för patientnämnder och deras kansli och patientförsäkringsavgifter till LÖF ska exkluderas i KPP. Se VI 2000 DVO 490 ¹² . Kostnader för regionövergripande tjänstemannaorganisation och stödfunktioner som är direkt hänförliga till vårdproduktionen ska dock vara med i KPP. Hur kostnaderna för regionövergripande OH, beställarenheter eller andra övergripande servicefunktioner hanteras i KPP bör beskrivas i sidoinformationen.

Not. 11 Hänvisning till SCB:s anvisningar för vilka kostnader för politisk verksamhet som ska redovisas under DVO 910-920 (sid 15): <https://www.scb.se/contentassets/b2603e4d9bb540b3b778f8ab8db4cdba/instruktioner-rs2018.pdf>.

Not. 12 [VI 2000 \(skr.se\)](#).

Tabell 2: Följande kostnader ska exkluderas vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen, forts

Typ av kostnad	Kommentar
FoUU (forskning och utveckling)	<p>Kostnader för FoU ska exkluderas i KPP. Se VI 2000 DVO 470¹³. Forskningen inom hälso- och sjukvård bedrivs framför allt inom ramen för de medicinska fakulteternas verksamhet. FoU inom vården är nära integrerad med patientvården, vilket innebär att det kan vara svårt att särredovisa dessa kostnader.</p> <p>Eventuella kostnader för att upprätthålla och förvalta en gendatabank ska likställas med forskning och exkluderas i KPP-sammanhang.</p>
FoUU (utbildning)	<p>Kostnader för AT/ST-läkare ska exkluderas i KPP:s kostnadsunderlag till den del som ej avser produktion av hälso- och sjukvård.</p>
Ambulans- och sjuktransporter samt sjukresor	<p>Kostnaderna för ambulans- och sjuktransporter samt sjukresor ska exkluderas i KPP. Bedömningsbilar likställs med ambulanstransport. Se VI 2000 DVO 410 och 420¹⁴. Även om det kan hävdas att vården ofta börjar i ambulansen exkluderas dessa kostnader tills vidare av praktiska skäl.</p> <p>Sjukresor, det vill säga då patienten transporteras mellan hemmet/särskilt boende eller till/från andra vårdgivare, betraktas inte som kostnad för vårdproduktionen och ska därför exkluderas vid KPP-beräkning.</p> <p>Patienttransporter mellan olika vårdenheter inom samma organisation, under en pågående vårdtillfälle, ska dock räknas med i KPP.</p>

Not. 13 [VI 2000 \(skr.se\)](#).

Not. 14 [VI 2000 \(skr.se\)](#).

Tabell 2: Följande kostnader ska exkluderas vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen, forts

Typ av kostnad	Kommentar
Funktionshinders- verksamhet/hjälpm medelsverksamhet Utrustning och hjälpmedel som utlämnas till patient	<p>Kostnader för funktionshinders-/hjälpmedelsverksamhet ska exkluderas i KPP. Se VI 2000 DVO 430¹⁵</p> <p>Skälet är att det inte anses vara en kostnad för vårdgivarens vårdproduktion utan är oftast knutna till patientens egenvård¹⁶. De verksamheter och hjälpmedel/utrustningar som ska exkluderas är:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verksamhet vid hjälpmedelscentraler (hörcentraler, hörsel- vårdscentraler, syncentraler, synhjälpcentraler, instrument- verkstad med mera). - Utrustning/hjälpmedel vid funktionsnedsättningar (hörappa- rater, synhjälpmedel, hjälpmedel för rörelsehindrade med mera). - Utrustning och hjälpmedel som behövs för kontinuerlig efter- vård och behandling utanför organisationen, såsom andnings- hjälpmedel (CPAP med mera), dialysapparat, ortopedtekniska hjälpmedel (ortoser, specialskor/inlägg, peruker med mera). - Diabeteshjälpmedel som patienten erhåller för att tillföra läkemedel som insulinpennor, insulinpumpar och för mäta blodsocker som stickor, CGM med mera. <p>Utrustning/hjälpmedel som utlämnas och kostnadsredovisas på vårdavdelningar och mottagningar ska exkluderas. Dock ska sådan utrustning/hjälpmedel som används som en del i behandlingen på avdelningar/mottagningar/vårdcentraler eller för att ställa diagnos medräknas i KPP.</p>
Externt sålda tjänster	<p>Kostnader för tjänster som sålts till externa vårdgivare utanför den egna organisationen ska exkluderas i KPP. Exempel på detta är laboratorieundersökningar, radiologiska undersökningar operationer eller andra ingrepp som köps av externa kunder. Kostnaden redovisas i den "köpande" vårdgivarens KPP.</p>

Not. 15 [VI 2000 \(skr.se\)](#).

Not. 16 Läs mer om Socialstyrelsens föreskrifter om egenvård på: [Egenvård - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](#).

Tabell 2: Följande kostnader ska exkluderas vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen, forts

Typ av kostnad	Kommentar
Köpt vård där patienten inte har vårdats på den enhet som redovisar KPP-kostnaden	<p>Kostnaderna för köpt vård ska exkluderas i KPP och avser de fall där en vårdproduktionsenhet får betala för patientens vård på en annan enhet. Exempelvis då patient behandlas i annan region, vid annat sjukhus inom regionen, vid annan klinik inom regionen eller hos en privat utförare.</p> <p>Det är var vårdkontakten äger rum som styr var KPP-kostnaden ska registreras. KPP ska beskriva kostnaden för respektive vårdkontakt som behandlats på enheten.</p> <p>Eventuella kostnader som påförs en vårdcentral med anledning av att deras listade patienter besökt någon annan vårdcentral eller privat allmänläkare/fysioterapeut inom eller utanför den egna regionen ska betraktas som köpt vård och denna kostnad ska exkluderas vid beräkning av vårdcentralens KPP.</p>
Receptläkemedel (inom förmånen)	<p>Kostnader för receptläkemedel ska exkluderas i KPP. När det gäller vårdcentralers och specialistmottagningars andel av kostnader för receptläkemedel avser SKR inte att ta med denna kostnad i den nationella KPP-databasen utan betraktar detta som egenvård¹⁷. Det finns flera problem kring hur man ska knyta kostnaden för receptläkemedel till rätt vårdkontakt.</p>
Extraordinära poster (kostnader)	<p>Extraordinära kostnader ska exkluderas i KPP. Vilka kostnader detta är framgår av Rådet för kommunal redovisnings (RKR) rekommendation 3.1 "Redovisning av extraordinära poster och upplysningar för jämförelseändamål"¹⁸.</p> <p>Huvudregeln är att så gott som alla intäkter och kostnader som påverkar resultatet orsakas av händelser inom ramen för regionens normala verksamhet. Engångsposter, som exempelvis reaförluster och nedskrivningar, ska normalt tas med i totalkostnaden och redovisas då i sidoinformationen som jämförelsestörande poster.</p> <p>Om några extraordinära kostnader eller större engångsposter tagits med i kostnadsunderlaget vid beräkning av KPP ska detta redovisas i sidoinformationen.</p>

Not. 17 Läs mer om Socialstyrelsens föreskrifter om egenvård på: [Egenvård - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](http://socialstyrelsen.se).

Not. 18 Rådet för Kommunal Redovisning, Rekommendation 3.1: http://www.rkr.se/wp-content/uploads/2014/03/8_8_06_Rek_3_1-Extraordinara_poster.pdf.

Tabell 2: Följande kostnader ska exkluderas vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen, forts

Typ av kostnad	Kommentar
Kundförluster	Kostnader för kundförluster ska exkluderas i KPP. Kostnader som uppstår när patienter inte betalat sina patientavgifter ska inte med i kostnadsunderlaget för KPP då det inte är en del av produktionskostnaden utan en konsekvens av intäkter som inte realiserats (nedskrivning av kundfordran). Gäller även andra typer av kunder.
Viteskostnader	Viteskostnader ska exkluderas i KPP. Det kan handla om viteskostnader på grund av att vårdenheten ej klarat sitt uppdrag, sin mottagandenivå, kösituation eller haft felaktigt placerade sjukhussängar.
Verksamhetens kostnader avseende smittskydd, strålskydd och vårdhygien	Kostnader för smittskydds-, strålskydd samt kris- och beredskapsverksamhet som sker som en del i regionens övergripande roll som ansvarig för myndighetsutövning ska exkluderas vid framtagande av kostnadsunderlaget till KPP. Kostnader som uppstår i verksamheten/på enheten som rör smittskydds-, strålskyddsarbete eller arbete med vårdhygien ska dock vara med i KPP.
Bårhus	Kostnader för bårhus som sker som en del i regionens övergripande roll som ansvarig för myndighetsutövning ska exkluderas i KPP. Kostnader som uppstår i verksamheten/på enheten som avser bårhusverksamhet ska däremot ingå i KPP.
Momskostnader för bolagiserade enheter	Bolagiserade och privata sjukhus ska exkludera sina momskostnader i det KPP-data som lämnas in till SKR (ingående moms). Idag läggs det på 25 procent moms på köpta tjänster och material (ej läkemedel). Detta är inte avdragsgillt för bolagiserade vårdgivare. Utslaget på alla kostnader beräknas detta ge en total merkostnad på 6 procent vilket kompenseras via en särskild intäkt. Detta berör alltså inte förvaltningsdrivna vårdgivare som inte belastas av någon ingående momskostnad.

Särskilda kostnader som ska vara med i enhetens kostnadsunderlag

Tabell 3: Följande kostnader ska tas med vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen

Typ av kostnad	Kommentar
Regionövergripande tjänstemannaorganisation och stödfunktioner	Kostnaderna för Regionövergripande tjänstemannaorganisation och stödfunktioner som är direkt hänförliga till vårdproduktionen ska räknas in i KPP och fördelas på samtliga "nyttjare av tjänsten". Hur kostnaderna för regionövergripande OH, beställarenheter eller andra övergripande servicefunktioner hanteras i KPP bör beskrivas i sidoinformationen.
FoUU (utbildning)	Den del av AT/ST-läkarnas tjänstgöring som avser produktion av hälso- och sjukvård, ska vara med i KPP:s kostnadsunderlag.
Ambulans- och sjuktransporter samt sjukresor	Patienttransporter mellan olika vårdenheter inom samma organisation (under ett pågående vårdtillfälle) ska räknas med.
Funktionshindersverksamhet/hjälpmedelsverksamhet Utrustning och hjälpmedel som utlämnas till patient	Utrustning/hjälpmedel som används som en del i behandlingen på avdelningar/mottagningar/vårdcentraler eller för att ställa diagnos ska medräknas i KPP.
Hälsofrämjande insatser/aktiviteter och folkhälsofrågor	Kostnader för hälsofrämjande/förebyggande insatser/aktiviteter ska räknas in i KPP. Detta skiljer sig åt jämfört med hur det redovisas i RS (se DVO 450). ¹⁹ Med hälsofrämjande insatser menas åtgärder för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Det innebär att verksamheter och kontakter som rör vaccinering, screening och andra typer av hälsokontroller ska KPP-beräknas. Hur kostnaderna för hälsofrämjande insatser/aktiviteter och folkhälsan hanterats i KPP ska redovisas i sidoinformationen.

Not. 19 [VI 2000 \(skr.se\)](#).

Tabell 3: Följande kostnader ska tas med vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen, forts

Typ av kostnad	Kommentar
Externt köpta tjänster	Hälso- och sjukvårdstjänster som köpts externt från annan klinik/mott/vårdgivare/vårdcentral avseende en patient ska inkluderas i KPP och kostnaden läggs till den aktuella patientens vårdkontakt. Det kan avse konsulterande vårdpersonal från annan klinik/sjukhus/VC eller dagvård på annan klinik/sjukhus samt lab- och radiologiska vårdtjänster. Det är var vårdkontakten äger rum som styr var KPP-kostnaden ska registreras. KPP ska beskriva kostnaden för respektive vårdkontakt som behandlats på enheten.
Implantat	Kostnaden för implantat (till exempel proteser, pacemaker, defibrillator och dylikt) ska vara med i KPP och kostnaden redovisas under vårdtjänsten "Operation". Kostnaden ska påföras den vårdkontakt vid vilken ingreppet genomfördes.
Försäkringsersättning/utrangeringar	Kostnader i resultaträkningen på grund av utrangering/försäkringsersättning av förstörda/stulna inventarier ska vara med i KPP. Bruttokostnadsbegreppet gäller och kostnaden bör noteras i sidoinformationen.
Uppkomna kostnader med anledning av bidrag, donation eller gåvor	Kostnader i resultaträkningen som uppstår med anledning av riktade donationer/bidrag/gåvor från fond/stiftelse/ideell förening eller privatperson ska vara med i KPP-beräkningsunderlaget. Bruttokostnadsbegreppet gäller och kostnaden bör noteras i sidoinformationen.
Verksamhetens kostnader avseende smittskydd, strålskydd och vårdhygien	Kostnader som uppstår i verksamheten/på enheten som rör smittskydd, strålskydd- eller arbete med vårdhygien ska vara med i beräkningsunderlaget för KPP. Detta skiljer sig åt jämfört med hur det hanteras i RS (se DVO 490). ²⁰ Kostnader för smittskydds- och strålskyddsarbete som sker som en del i regionens övergripande roll som ansvarig för myndighetsutövning ska dock exkluderas i KPP.
Omhändertagande av avlidna	Kostnader för omhändertagande av avlidna ska vara med i kostnadsunderlaget vid framtagande av KPP.
Transplantation	Kostnader i samband med organtransplantation ska tas med i KPP och matchas till den patient som erhöll organet (det vårdtillfälle). Om det rör levande organdonator ska donatorn registreras som ett eget vårdtillfälle och KPP-beräknas.

Not. 20 [VI 2000 \(skr.se\)](#).

Tabell 3: Följande kostnader ska tas med vid framtagande av det KPP-data som rapportera in till den nationella KPP-databasen, forts

Typ av kostnad	Kommentar
Obduktion	Kostnaden för obduktion ska vara med i kostnadsunderlaget vid framtagande av KPP och bör matchas till det vårdtillfälle och den patient obduktionen gällde om det är möjligt. I annat fall kan det fördelas via organisationens centrala OH-fördelning.
Bårhus	Eventuella kostnader som uppstår i verksamheten/på enheten som avser bårhusverksamhet ska ingå i KPP. Kostnaden kan till exempel fördelas via organisationens centrala OH-fördelning. Denna hantering skiljer sig från hur det redovisas i RS (DVO 490). ²¹ Kostnader för bårhus som sker som en del i regionens övergripande roll som ansvarig för myndighetsutövning ska dock exkluderas i KPP.

Not. 21 [VI 2000 \(skr.se\)](#).

Bilaga 2

Vårdtjänster i KPP och deras kostnadskomponenter

I tabellerna nedan beskrivs respektive vårdtjänst och dess innehåll. De två första tabellerna beskriver vårdenhetstjänsterna på avdelning respektive mottagning/VC medan den sista tabellen beskriver de medicinska vårdtjänsterna.

Tabell 4: Vårdenhetstjänster i slutenvård

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Grundkostnad på vårdavdelning	Fasta kostnader som inte samvarierar med antal och typ av patienter. Fördelas med standardpåslag per vård dag/timme och vårdtillfälle.	Fastighetskostnader, OH-kostnader och kapitaltjänstkostnader, kostnader för lednings- och administrativ personal. Grundkostnaden bör delas upp i dels en kostnad per vård dag och i en kostnad per vårdtillfälle (start/utskrivningskostnad). Kostnaden bör även fördelas per vård timme i stället för per vård dag om man har tillgång till in- och utskrivningstidpunkter. I sidoinformationen beskrivs hur lokalkostnaderna hanteras samt om grundkostnaden fördelas ut efter vård dygn eller vård timme.

Tabell 4: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Insatser av läkare och annan behandlande personal på vårdavdelning	Personalkostnader för yrkes-kategorier som är självständig hälso- och sjukvårdspersonal och som utreder/behandlar patienter i slutenvård.	Fördelas genom ett standardpåslag per vårddag/vårdtimme. Som beskrivits tidigare rekommenderas en noggrann mätning eller uppskattning av hur läkarens tid fördelar sig. Om läkare på avdelningen konsulterar vid andra enheter/avd/mottagningar i större omfattning räknas motsvarande kostnad bort från de kostnader som ska fördelas på enhetens vårdkontakter. Kostnaderna ska då fördelas till de enheter där konsultinsatsen utförts. Även paramedicinska tjänster ska redovisas på rätt vårdkontakt i de fall då de köps från andra enheter. Kostnaden för läkarinsatser vid operation, anestesi, IVA/UVA och på mottagning och akuten fördelas till respektive vårdtjänst. Övrig vårdpersonal på avdelningen redovisas under vårdtjänst "Om-vårdnad".

Tabell 4: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Omvårdnad på vårdavdelning	Övriga omvårdnads-kostnader som åtgår under vårdtillfället.	<p>Kostnader för övrig vårdpersonal på vårdavdelningar som inte kan fördelas patientunikt fördelas genom ett standardpåslag utifrån vårdtiden eller per vårdkontakt.</p> <p>Observera att material- och läkemedelskostnader ska redovisas under respektive vårdtjänst.</p> <p>Läkemedel och material som åtgår vid operation, IVA-vård eller lab-/radiologiundersökningar ska ingå i kostnaden för dessa respektive vårdtjänster.</p> <p>Olika former av intermediärvård redovisas här och inte som en IVA-vårdtjänst.</p> <p>Extravak bör redovisas under denna vårdtjänst.</p> <p>Om kostnaderna fördelas patientunikt genom exempelvis vårdtyngdsmätning bör det nämnas i sidoinformationen.</p>
Läkemedel	Kostnader för rekvisitions-läkemedel avseende patienter som vårdats i slutenvård.	<p>Här redovisas alla kostnader för rekvisitionsläkemedel, både sådana som kan hänföras till unik patient och sådana som inte kan kopplas till unik patient.</p> <p>Information kring vilka rekvisitions-läkemedel som patienten erhållit kan hämtas i journalsystemets läkemedelsmodul, via åtgärdsregistrering, utifrån ATC-kod eller uppskattas utifrån patientens diagnos.</p> <p>Rekvisitionsläkemedel som tillförs i samband med andra vårdtjänster, till exempel operation, anestesi, radiologi-/labundersökning, intensivvård, ska ingå i respektive vårdtjänst.</p> <p>I sidoinformationen redovisas hur väl man lyckats fördela kostnader för rekvisitionsläkemedel till unik patient.</p>

Tabell 4: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Material	Kostnader för material avseende patienter som vårdats i slutenvård.	Här redovisas alla materialkostnader, både sådan som kan hänföras till unik patient och sådant som inte kan kopplas till unik patient. Material/implantat som åtgår i samband med operation/anestesi bör kostnadsberäknas och redovisas patientunikt. Kostnaden redovisas under respektive vårdtjänst operation och anestesi.
Åtgärder	Kostnader för att utföra en specifik resurskrävande åtgärd som kan hänföras till enskild patient som vårdats i slutenvård.	Med åtgärd menas aktiviteter som finns beskrivna i den nationella åtgärdsklassifikationen KVÅ och som utförs på avdelningen. Det kan handla om gastro- och endoskopiska undersökningar, strålbehandling och andra behandlingar/ingrepp som utförs i samband med slutenvård. Åtgärder som utförs i operationssal eller vid radiologi ingår i respektive vårdtjänst.
Övriga tjänster på vårdavdelning	Övriga kostnader under ett vårdtillfälle som inte kan hänföras till någon av vårdtjänsterna ovan.	Här kan till exempel kostnader för tolktjänster, patientkonferenser, konsulttjänster, transporttjänster redovisas.

Tabell 5: Vårdenhetstjänster i öppenvård

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Grundkostnad på mottagning	Fasta kostnader som inte samvarierar med antal och typ av patienter. Fördelas med standardpåslag per vårdkontakt.	Fastighetskostnader, OH-kostnader och kapitaltjänstkostnader, kostnader för lednings- och administrativ personal. Kostnaderna fördelas endast på genomförda mottagningsbesök och distanskontakter. I sidoinformationen beskrivs principerna för lokalkostnadsfördelningen. Om andelen planerade men uteblivna besök utgör en icke obetydlig andel av besöken bör även detta nämnas i sidoinformationen.
Insatser av läkare och annan behandlande personal på mottagning	Personalkostnader för yrkeskategorier som är självständig hälso- och sjukvårdspersonal och som möter och behandlar patienter i öppenvård.	Kalkylen i öppenvården bör ta hänsyn till besökets längd, vilken/vilka yrkesgrupper som deltagit samt vilken besöksform det rör sig om. Se den kostnadsfördelningsmodell som finns beskriven i bilaga 5. Om mottagningens/vårdcentralens läkare konsulterar vid andra enheter i större omfattning räknas motsvarande kostnad bort från de kostnader som ska fördelas på enhetens vårdkontakter. Kostnaderna ska då fördelas till de enheter där konsultinsatsen utförts. Även paramedicinska tjänster ska redovisas på rätt vårdkontakt i de fall då de köps från andra enheter. Övrig vårdpersonal som medverkar vid öppenvårdskontakten får kostnadsräknas redovisas under vårdtjänsten mottagningens grundkostnad.

Tabell 5: Vårdenhetstjänster i öppenvård, forts

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Läkemedel	Kostnader för rekvisitions-läkemedel avseende patienter som vårdats i öppenvård.	<p>Här redovisas alla kostnader för rekvisitionsläkemedel, både sådana som kan hänföras till unik patient och sådana som inte kan kopplas till unik patient.</p> <p>Information kring vilka rekvisitions-läkemedel som patienten erhållit kan hämtas i journalsystemets läkemedelsmodul, åtgärdsregistrering, utifrån ATC-kod eller kan uppskattas utifrån patientens diagnos.</p> <p>Rekvisitionsläkemedel som tillförs i samband med andra vårdtjänster, till exempel dagkirurgi, anestesi, lab/radiologi ska ingå i respektive vårdtjänst.</p> <p>I sidoinformationen kan man redovisas hur väl man lyckats fördela kostnader för rekvisitionsläkemedel till unik patient.</p>
Material	Kostnader för material avseende patienter som vårdats i öppenvård.	<p>Här redovisas alla materialkostnader, både sådan som kan hänföras till unik patient och sådant som inte kan kopplas till unik patient.</p> <p>Material/implantat som åtgår i samband med dagkirurgi, anestesi eller lab/radiologi bör kostnadsberäknas och redovisas patientunikt. Kostnaden redovisas då under respektive vårdtjänst operation, anestesi eller lab/radiologi.</p>
Åtgärder	Kostnader för att utföra en specifik resurskrävande åtgärd som kan hänföras till enskild patients vårdkontakt.	<p>Med åtgärd menas aktiviteter som finns beskrivna i den nationella åtgärdsklassifikationen KVÅ och som utförs på mottagning/vårdcentral.</p> <p>Här kan det handla om gastro- och endoskopiska undersökningar, mindre hudoperationer, strålbehandling och andra mindre operativa ingrepp som utförs utanför op-sal. Åtgärder som utförs i operationssal eller vid radiologi ingår i respektive vårdtjänst.</p>

Tabell 5: Vårdenhetstjänster i öppenvård, forts

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Övriga tjänster på mottagning	Övriga kostnader vid en öppenvårdskontakt som inte kan hänföras till någon av vårdtjänsterna ovan.	Här kan kostnader för till exempel tolktjänster, patientkonferenser, konsulttjänster redovisas.

Tabell 6: Medicinska vårdtjänster

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Operation	Kostnader i samband med operation på operationssal, inklusive implantat, material och läkemedel.	Kostnadskalkylen ska ta hänsyn till antal operatörer, assisterande personal, tidsfaktorer avseende salstid och knivtid samt även ta hänsyn till tiden som åtgår för uppdukning (startkostnad). Implantat, material och läkemedel bör kostnadsberäknas patient-unikt och läggas till operationskostnaden. Informationen kan i många fall hämtas från vårdgivarens operationssystem.
Anestesi	Kostnader för anestesi främst i samband med operation på operationssal.	Samtliga anestesiresurser som åtgår vid operationen/undersökningen ska medräknas, det vill säga anestesilog, assisterande vårdpersonal, material och läkemedel. Kalkylen bör ta hänsyn till tidsfaktorn och personalresurserna. Läkemedel och material som åtgår under narkosen bör kostnadsberäknas patientunikt och redovisas under vårdtjänsten anestesi.
Uppvakning/ Postop	Kostnaderna för vistelsen på uppvakningsenhet (postop).	Samtliga kostnader vid vistelse på postoperativ enhet ska ingå, det vill säga läkare, vårdpersonal, material och läkemedel. Kalkylen ska ta hänsyn till tidsfaktorn. Vårdtiden på postop kan variera beroende på typ av ingrepp och kan pågå allt ifrån en timme till ett dygn.

Tabell 6: Medicinska vårdtjänster, forts

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Intensivvård (IVA)	Kostnader för vård på fullskalig intensivvårdsavdelning. Vårdtjänsten förekommer endast i samband med slutenvård.	<p>På intensivvårdsavdelningar vårdas patienter som behöver avancerad övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad på grund av en olycka, sjukdom eller livshotande tillstånd. Det finns olika typer av intensivvårdsavdelningar - NIVA, MIVA, TIVA, BRIVA med flera. All personal som är involverad i IVA-vården ska ingå i vårdtjänstens kostnad. Även kostnader för det material och läkemedel som åtgår i samband med IVA-vården ska ingå i vårdtjänstens totalkostnad. Vid beräkning av kostnaden för IVA-vården ska tiden och vårdtyngden (VTS- alternativt NEMS-poäng) utgöra centrala komponent vid kalkyleringen.</p> <p>Endast den mest avancerade och fullskaliga IVA-vården ska redovisas under denna vårdtjänst. Olika typer av intermediärvård ska i KPP-samband betraktas som vård på avdelning men ska anpassa sina kostnads kalkyler till den personaltäthet och de resurser man har för den vårdnivå man upprätthåller.</p>
Radiologi	Kostnader för olika radiologiska undersökningar (bilddiagnostik/bildmedicin).	<p>Valet av radiologisk metod (modalitet) påverkar kostnaden avsevärt. När radiologitjänster kostnadsberäknas kan man skilja mellan diagnostiska och terapeutiska undersökningar. Diagnostiska undersökningar kan kostnadsberäknas med vanlig produktkalkylering medan när det gäller terapeutiska (till exempel PCI, elektrofysiologisk undersökning) så bör kalkyleringen utgå från varje patients resursförbrukning. Finns ingen vårdkontakt att matcha radiologikostnaden till ska denna kostnad fördelas ut på vårdenhetens övriga vårdkontakter.</p>

Tabell 6: Medicinska vårdtjänster, forts

Vårdtjänster	Beskrivning/definition	Kostnadskomponenter och kommentarer
Laboratorieanalyser	Kostnader för laboratorieprover, analyser, undersökningar och fysiologitester.	Det finns en stor mängd olika typer av provtagningar som utförs av ett antal olika laboratorier – klin kem, patologi, cytologi, blodprodukter, mikrobiologi, virologi, farmakologi, immunologi, bakteriologi, fyslab med flera. Kostnaderna för samtliga lab ska redovisas här. Finns ingen vårdkontakt att matcha labkostnaden till ska denna kostnad fördelas ut på vårdenhetens övriga vårdkontakter.
Mottagning	Kostnader för vård och vistelse på mottagning som leder till att patienten skrivs in i slutenvård. Vårdtjänsten förekommer endast i samband med slutenvård.	Akutbesöken hanteras på två olika sätt i KPP. Om akutbesöket leder till inskrivning i slutenvård ska kostnaden för akutbesöket tillföras vårdtillfället. Om däremot akutbesöket resulterar i hemgång kalkyleras och redovisas besöket som ett ordinärt enskilt öppenvårdsbesök (ej planerat). Vilka akutbesök som leder till inskrivning kan följas via åtgärds-koden XS100. Även besök på andra specialistmottagningar som leder till omedelbar inskrivning i slutenvård ska hanteras på samma sätt.
Övriga tjänster	Kostnader för övriga vård-tjänster som kan hänföras till en enskild patient.	Här kan kostnader för till exempel tolktjänst, patientkonferenser, konsulttjänst redovisas.

Bilaga 3

Speciella förtydliganden kring vissa områden, kostnadsposter och kalkylering

Lokal- och IT-kostnader

Lokalkostnaderna beräknas och redovisas olika i regionerna. Därför ska uppgifter kring hanteringen av verksamheternas lokalkostnader/hyra anges i sidoinformationen vid insamlingen till den nationella KPP-databasen. På så sätt kan olika sätt att hantera lokalkostnaden beaktas vid jämförelser mellan verksamheter.

Hälso- och sjukvården använder sig av en mängd resurskrävande IT-stöd som påverkar kostnaderna ner på vårdkontaktsnivå. Alla IT-kostnader som är relaterade till vårdproduktionen ska fördelas ut i steg 1 och 2. IT-kostnader kan till exempel fördelas ut efter antal datorer, omsättning, arbetade timmar eller antal anställda.

IT-kostnader som är kopplade till medicinteknisk utrustning som används vid operation, anestesi, lab/radiologundersökningar och dylikt ska fördelas till och ingå i de kalkylerade kostnaderna för dessa medicinska vårdtjänster.

Pensionskostnader

Pensionskostnaden i resultaträkningen blir olika för regionerna av flera skäl. Huruvida man redovisat pensioner som upparbetats före 1998 som skuld eller ansvarsförbindelse har stor påverkan eftersom regionen i det senare fallet har en kostnad när pensionerna betalas ut. I det förstnämnda fallet sker en skuldminskning vid pensionsutbetalningen och ingen kostnad uppstår. Eftersom kostnaden i resultaträkningen för de utbetalda pensionerna, som är upparbetade före 1998 och redovisade som ansvarsförbindelse, inte är en produktionskostnad för det aktuella året så ska den inte vara med i KPP-beräkningen. Pensioner redovisas därför genom att använda SKR:s

schablon för sociala avgifter inklusive pensioner²². Olikheter mellan regioner när det gäller anställdas ålder, anställningstid och tidigare lönenivå gör att verkligheten avviker i olika omfattning från schablonen men bedömningen är att avvikelser från schablonen inte utgör ett väsentligt belopp.

Fördelning av kostnader för läkare

Läkare arbetar ofta inom många olika verksamheter, framför allt inom sjukhusvården. Hur kostnaderna för läkartiden fördelas kan få stor påverkan på KPP-beräkningarna eftersom de utgör en icke obetydlig del av kostnaderna. Rekommendationen är därför att lägga ner visst arbete för att på ett så träffsäkert sätt som möjligt beskriva hur läkarnas tid fördelas mellan avdelnings- och mottagningsarbete, röntgenronder, jourtjänstgöring, akutmottagning, operationsverksamhet, utbildning/forskning, administration med mera. Utifrån väsentlighetsprincipen är detta arbete mödan värd.

Ett flertal regioner har under senare år infört förbättrade metoder för produktions- och kapacitetsplanering. En grundläggande komponent i produktionsplaneringen är att uppskatta tillgänglig kapacitet, bland annat i form av disponibel läkartid. Det görs genom mätning eller uppskattning av tidsanvändningen. Förutsättningarna för att kunna få en träffsäker fördelning av kostnaderna för läkartid i KPP-data ökar därför och det finns goda skäl att anta att denna utveckling fortsätter. Det är viktigt att kostnader för läkare fördelas ut på de kostnadsställen där läkaren är verksam, annars kommer vårdtjänsterna vid de olika verksamheterna inte att få jämförbara kostnader.

Nästa steg är att fördela kostnaden för läkartid på vårdtjänster som sedan kan relateras till den enskilde patientens förbrukning. För vårdtjänster vid operation, anestesi och IVA ingår läkarkostnader i det minut/timpris som kalkyleras fram i respektive försystem. För vårdtjänster vid radiologi- och laborieverksamheter brukar standardkostnader efter uppskattad tidsåtgång användas. Svårigheten att fördela kostnaden till vårdkontakter brukar uppkomma vid vårdavdelningar och mottagningar. Registrering av läkartiden i samband med varje vårdkontakt finns sällan i de vårdadministrativa systemen. Om sådana uppgifter finns ska de självfallet nyttjas vid kostnadsberäkningar i KPP.

Not. 22 SKR:s anvisningar för arbetsgivaravgifter och kollektivavtalade pensioner <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/budgetochplanering/arbetsgivaravgifterochpopalagg.1290.html>.

Det är dock viktigt att införa en sådan registrering av andra skäl än att beräkna kostnader, eftersom det är då man kan få mer kvalitet i beskrivningen av resursåtgången. I realiteten brukar kostnaderna för läkarinsatser vid vårdavdelning/mottagning i stället fördelas som en standardkostnad per vård dag eller per besök. För att dessa standardkostnader ska vara så rättvisande som möjligt bör de olika verksamhetsområdena/klinikerna mäta eller uppskatta läkartidens fördelning på de olika sysslorna. Ett alternativt sätt för att uppskatta var läkarna tjänstgör är att titta på deras arbetsschema.

Patienthotell

Organisationens/enhetens kostnader för patienthotell ska medräknas i KPP-underlaget om vistelsen på patienthotell ersätter vård på vårdavdelning. Kliniken/avdelningen belastas då med en kostnad för de hotellnätter deras patienter belagt. Patienten ska skrivas ut från avdelningen i samband med att patienten överförs till patienthotellet. Vårdinsatser vid vistelse på patienthotell är att betraktas som öppenvård och ska registreras som en öppenvårdskontakt och kostnadsberäknas som sådana i KPP. I de fall patienter återinskrivs ska det hanteras som ett nytt vårdtillfälle. Kan patienthotellvistelser inte följas upp och rapporteras per individ/patient får denna kostnad bli en del i klinikens/avdelningens grundkostnad och därmed belasta samtliga patienter.

Rekvissionsläkemedel

Att patientunikt kunna särredovisa de rekvisitionsläkemedel som används på vårdavdelning och mottagning är ett viktigt mål att sträva mot. Att hitta rutiner för detta är därför en av de enskilt viktigaste kvalitetshöjande åtgärderna i flertalet av dagens KPP-system.

Det finns olika lösningar för att identifiera kostsamma läkemedel vid vårdavdelningar och mottagningar. Nedan beskrivs alternativen där ordningen beskriver målsättningen:

1. I takt med att läkemedelsmoduler har kopplats till journalsystemen och börjat användas på kliniker/avdelningar/mottagningar/vårdcentraler finns numera en möjlighet att identifiera samtliga ordinerade/administrerade läkemedel och doser till rätt patient. Denna information kan, tillsammans med sjukvårdsregionernas avtalsprislistor, då användas som underlag för att beräkna läkemedelskostnaden per patient.

2. Ett alternativt sätt, om regionprislistor inte finns tillgängliga, är att utifrån organisationens läkemedelskostnader beräkna en kostnad för varje preparat (ATC-kod) och dygnsdos (DDD). Utifrån journalsystemets läkemedelsmodul kan sedan en kostnad kopplas till de läkemedel patienten erhållit under vårdkontakten.
3. En mer förenklad metod är att utifrån registrerade åtgärds-koder (DT006-DT035 "Läkemedelstillförsel") och ATC-kod vid vårdkontakten identifiera särskilt dyra läkemedel som patienten erhållit. En lokal genomsnittlig prislista per klinik/avdelning finns i bakgrunden som kopplar på en kostnad när åtgärder för läkemedelstillförsel registreras.
4. Ett enklare alternativ till metod 3 är att utgå från patientens huvuddiagnos och utifrån denna bedöma vilka läkemedel som åtgår i normalfallet.

Åtgärder

Kostnader för åtgärder i samband med kirurgiska ingrepp kan ofta redovisas via de specifika försystem som finns här (operation, anestesi och viss radiologi). För andra resurstunga åtgärder vid mottagningar och på vårdavdelningar som saknar IT-stöd för att identifiera dessa insatser patientunikt finns alternativet att koppla en förkalkylerad kostnad till den aktuella KVÅ-koden i fråga. Detta förutsätter att KVÅ-koden registreras i det vårdadministrativa systemet i samband med vårdkontakten så att den sedan kan identifieras i KPP-systemet och där kopplas till en förkalkylerad kostnad. Standardkostnader för olika KVÅ-koder kan beräknas och användas i KPP-systemet för att uppnå en bättre kostnadsbeskrivning. Exempel på resursintensiva insatser/behandlings- är pacemakerinläggning, dialysbehandling, användande av tolk/extravak, cytostatikabehandling och särskilt dyra material eller rekvisitions-läkemedel. Vid kalkylering ska endast den direkta merkostnad som uppstår när åtgärden utförs kostnadsberäknas. Merkostnaden bör vara både lätt att identifiera och kostnadsuppskatta. Förkalkylen måste bygga på en uppskattning av både volymen och merkostnaden, samtidigt som enhetens grundkostnad måste justeras i motsvarande omfattning. Respektive verksamhet avgör själva vilka resursintensiva åtgärder man vill kostnadsberäkna och följa patientunikt i sitt KPP-system.

Patienter som skrivs in i slutenvård via akutmottagning eller annan öppenvårdsmottagning

I normalfallet betraktas akutmottagningen vid ett sjukhus som en serviceenhet bland andra vid sjukhuset. I några regioner ses dock akutmottagningen som en gemensam angelägenhet, en slags beredskapsfunktion som måste finnas för att akutsjukvård ska vara möjlig. Därför kan det också finnas delar av kostnaderna för akutmottagningen som redovisas centralt på regionen. Oavsett hur akutmottagningen är organiserad ska kostnaden för besöket på akutmottagningen beräknas i KPP. Om patienten skrivs in i slutenvård direkt i anslutning till akutbesöket ska kostnaden för vården på akutmottagningen föras till vårdtillfället och där bilda en egen vårdtjänst som i KPP-systemet sedan kan matchas till vårdtillfället i fråga. Skrivs däremot patienten inte in i slutenvård utan lämnar akutmottagningen, redovisas akutmottagningskostnaden i stället som ett enskilt akutmottagningsbesök. Även besök på andra specialistmottagningar som leder till direkt inläggning i slutenvård ska hanteras på samma sätt.

Forskning, utveckling och utbildning (FoUU)

Hälso- och sjukvård bedrivs integrerat med forskning, undervisning och utveckling. Detta gör det mycket svårt att skilja ut vilka kostnader som avser FoUU-verksamhet och vilka kostnader som utgör en del av hälso- och sjukvårdsarbetet. Huvudprincipen i KPP är att FoUU-kostnaderna ska exkluderas ur kostnadsunderlaget för KPP. Det kommer alltid att finnas en gråzon där det är svårt att avgöra vad som är sjukhusets/enhetens grunduppdrag och vad som ingår i FoUU. Sannolikt kommer det alltid att finnas en viss merkostnad på de sjukhus där forskning, utbildning och utveckling utgör en icke oväsentlig del av verksamheten då detta inte alltid framgår i redovisningen. En utveckling av kostnadsredovisningen kan vara ett sätt att hitta och beräkna dessa merkostnader. Eftersom det kan finnas skillnader i hur mycket av kostnaderna för FoUU som dragits av från sjukhusens/enhetens totalkostnad så bör detta beskrivas i den sidoinformationen som lämnas till SKR i samband med inrapporteringen av KPP-data.

Forsknings- och utvecklingsprojekt

Vid framför allt universitetssjukhus men även vid länssjukhus är forskning en del av sjukhusens uppdrag. Avgränsningen av vilka kostnader som ska tillhöra forsknings-/utvecklingsprojekt och vilka kostnader som avser hälso-

och sjukvård kan vara svår. Det kan dessutom vara så i dagsläget att endast den statliga delen av FoU-kostnaden kan identifieras efter storleken på intäkten. Dock bör ambitionen vara att gå vidare i redovisningsrutinerna så att en mer korrekt kostnadsbild kan ges.

Utbildningskostnader för AT- och ST-läkare

När det gäller ST- och AT-läkares tid bör uppskattningar göras av i vilken utsträckning dessa läkare utgör en produktionsfaktor. Hur stor andel av tjänstgöringen som ägnas till att bidra i vårdproduktionen varierar mellan olika specialiteter/kliniker/vårdcentraler. Andelen varierar dessutom över tid. En uppskattning av andelen utbildning och vårdproduktion bör göras årligen per verksamhetsområde (klinik).

Kostnader för ST-läkare som är ute på randning, det vill säga tjänstgör vid olika verksamheter under utbildningstiden, ska tas med i KPP till den del de medverkar i vårdproduktionen (tar egna besök). Grundprincipen är att alla resurser som åtgår i samband med vårdkontakt ska vara med i KPP. Finns ingen kostnad på grund av att ST-läkarens lön belastar annan organisation ska en kostnad beräknas eller, om det rör sig om mindre insatser, helt bortses ifrån (väsentlighetsprincipen).

Observera att i räkenskapsammandraget till SCB redovisas hela kostnaden för AT/ST-läkare under respektive delområden (primärvård, somatisk och psykiatrisk vård).

Avsteg från principerna i hanteringen av AT/ST-läkarna i KPP ska redovisas i sidoinformationen.

Hälsofrämjande insatser/aktiviteter

I och med att vårdgrenen Primärvård numera ingår i KPP-arbetet och att den förebyggande hälsovården är en viktig del i deras basuppdrag har det beslutats att även denna typ av kontakter ska inkluderas i KPP. Det ska då ske enligt samma principer som gäller för övriga vårdkontakter i den öppna specialiserade vården. Samtliga verksamheter som har kontakter av mer hälsoförebyggande karaktär är därmed att betrakta som ”Patientrelaterade verksamheter” i ett KPP-perspektiv.

Definitionen av vad som är att betrakta som hälsofrämjande insatser/aktiviteter är enligt Socialstyrelsens termbank: "åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande". Exempel på hälsoförebyggande verksamheter är mottagningar som arbetar med vaccinering, screening, hälsokontroller för barn/äldre/gravida/flyktingar/asylsökande, sprutbyte, hälsosamtal kring tobak/alkohol/kostvanor/fysisk aktivitet, vägledning för gravida/mödrar/nyfödda och smittspårning.

Vårdkontaktsbegreppet ska även tillämpas på denna typ av kontakter, det vill säga att även de hälsofrämjande kontakterna ska innebära:

- ✦ kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs
- ✦ att den behandlingsansvarige gör en medicinsk/psykiatrisk eller hälsoförebyggande bedömning
- ✦ att beslut fattas om eventuell behandling alternativt ändrar behandling eller fortsatt utredning.

När det gäller distanskontakter som rör det hälsoförebyggande arbetet gäller samma sak som vid sjukvårdande distanskontakter – att de innehållsmässigt ersätter ett fysiskt besök.

KPP för Psykiatri

Strävan i KPP-principerna är att KPP i så stor utsträckning som möjligt ska hanteras på samma sätt oavsett vårdgren. Det finns emellertid några speciella förhållanden inom den psykiatriska vården som måste beaktas när KPP ska beräknas.

Inom psykiatri är vårdtiderna på avdelningarna ofta mycket längre än inom den somatiska vården därför ska även oavslutade vårdtillfällen vid redovisningsperiodens slut (årsskiftet) kostnadsberäknas och tas med i KPP. Den vårdtid som förekommit under den aktuella redovisningsperioden (kalenderåret) ska kostnadsberäknas och redovisas i KPP. Om diagnoskod, åtgärdskod och DRG ännu inte registrerats på grund av att vårdtillfället inte är avslutat lämnas dessa fält tomma vid inrapportering till SKR. Samma gäller även för uppgift om patientens utskrivningsdatum/tidpunkt. Detta ger signal om att vårdtillfället är pågående.

Rättspsykiatri är ett exempel där vårdtillfällen kan pågå i flera år varför det är viktigt att vårddagarna och deras kostnad hamnar på rätt period/år.

Då det i förhållande till den specialiserade somatiska vården finns betydligt färre patientunika kostnader (främst vad gäller medicinska vårdtjänster) stannar möjligheterna att göra analyser och jämförelser på nivån vårdkontakt. Detta kan ge en mer begränsad information kring hur verksamheten utvecklas. Det finns därför ett större behov av att inom psykiatrin kostnadsbeskriva olika typer av besök samt även ta hänsyn till vilken eller vilka av alla de verksamma yrkesgrupperna som medverkar vid öppenvårdskontakten samt tidsåtgången. De för psykiatrin speciellt kostsamma insatser/behandlinger är motiverade att kalkyleras och registreras patientunikt. Exempel på sådana är bältesläggning, extravak, isolering, tolk och elektrokonvulsiv behandling (ECT) som kan identifieras via registrering av åtgärd (KVÅ).

Flera olika yrkesgrupper deltar i den psykiatriska öppenvården. Läkare, psykologer, skötare, sjuksköterskor, kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster med flera. De flesta besöken genomförs dessutom av andra än läkare. Kalkylen bör då ta hänsyn till besökens längd, kontakttyp samt vilken yrkesgrupp som är ansvarig för kontakten.

Vid hälso- och sjukvård i patientens hem bör även transportkostnaden (bil och förare) kalkyleras och fördelas till det besök transporten gällde efter användning (tid och km).

Uteblivna besök ska ej kostnadsberäknas i KPP. Uppgifter om andelen uteblivna besök kan anges i sidoinformationen om de utgör en icke oväsentlig del av de totala besöken.

KPP för Primärvård

Strävan i KPP-principerna är att KPP i så stor utsträckning som möjligt ska hanteras på samma sätt oavsett vårdgren. Det finns emellertid några speciella förhållanden inom primärvården som måste beaktas när KPP ska beräknas.

Det finns stora skillnader mellan vårdcentraler vad gäller deras uppdrag och kostnadsansvar. Vårdcentralerna bör därför ange i sidoinformationen om man har speciella tilläggsuppdrag eller andra avvikande förutsättningar som inverkar vid jämförelse med andra vårdcentraler.

Även mottagningar med uppdrag som mer har karaktären av förbyggande/preventivt syfte ska KPP-beräkna sina vårdkontakter (BVC, MVC, flyktning-/ungdomsmottagning och dylikt).

Inom primärvården finns betydligt färre patientunika kostnader, främst vad gäller medicinska vårdtjänster. Det finns därför ett större behov av att inom primärvården kostnadsbeskriva olika typer av besök och då ta hänsyn till vilken eller vilka av alla de verksamma yrkesgrupperna som medverkar vid vårdkontakten samt den tid som åtgått vid besöket/kontakten.

Inom primärvården utgör exempelvis kostnaderna för receptläkemedel en avsevärd andel av en vårdcentralers kostnader. SKR avser inte att ta med denna kostnad i den nationella KPP-databasen utan betraktar detta som egenvård. Det finns problem kring hur man ska knyta kostnaden för receptläkemedel till rätt vårdkontakt. Mer exakt och detaljerad information kring receptläkemedlen och dess kostnader finns i de månatliga filer e-hälsomyndigheten betjänar regionerna med. I regionernas lokala KPP-system kan kostnader för förskrivna läkemedel tas med men detta bör då redovisas som en egen vårdtjänst så att det enkelt kan exkluderas vid export till en nationell KPP-databas.

ST- och AT-läkare kan utgöra en större produktionsfaktor i primärvården än inom sjukhusvårdens specialiteter. Varje vårdcentral bör göra en uppskattning av hur stor produktionsfaktor dessa läkare utgör under utbildningen.

Vid sjukvård i patientens hem eller motsvarande bör transportkostnaden (bil och förare) kalkyleras och fördelas till det besök transporten gällde efter användning (tid, km).

Språk- och teckentolkning kan utgöra en betydande del av vårdkontaktens kostnad inom primärvården och bör därför knytas till den vårdkontakt där tolken verkade.

När det gäller kontakter via 1177, som i huvudsak rör information, hänvisningar och rådgivning till medborgare, så ska dessa inte med i KPP-leveransen till SKR. Eventuella kostnader för 1177 exkluderas vid framtagande av KPP.

Eventuella kostnader som påförs en vårdcentral med anledning av att deras listade patienter besökt någon annan vårdcentral eller privat allmänläkare/fysioterapeut inom eller utanför den egna regionen ska betraktas som köpt vård och denna kostnad ska exkluderas vid beräkning av vårdcentralens KPP.

Övriga kostnader

I vissa verksamheter som psykiatri och barnmedicin kan extra-vak vara en betydande kostnad för vissa patienter och bör därmed beskrivas och kostnadsfördelas patientunikt.

Konsulttjänster som vårdpersonal från andra specialiteter utför på klinik/avdelning/vårdcentral/enhet ska kostnadsfördelas till den vårdkontakten som konsultinsatsen angick.

Kalkylering av vårdenhetstjänster

En vårdtjänsts kostnad kalkyleras utifrån vårdtjänstens olika beståndsdelar och den kostnad som åsätts dessa delar. Man kan till exempel beräkna kostnaden utifrån en tidsfaktor (vårdtid/besökstid). Man kan även kalkylera fram en start-/slutkostnad för olika aktiviteter, åtgärder eller insatser.

Grundkostnaden är alltid en standardiserad kostnad som belastar varje kontakt oavsett vilka andra vårdtjänster som patienten har fått del av. I grundkostnaden ingår kostnader för olika klinikgemensamma funktioner såsom ledning, administration, lokaler och kapitaltjänster. För dessa typer av kostnader är vårdkontakt/vårdtid med stor sannolikhet den bästa fördelningsnyckeln. Grundkostnaden bör även differentieras utifrån, avdelning/mottagning/vårdcentral.

Omvårdnaden på vårdavdelning utgör normalt en betydande del av kostnaden för ett vårdtillfälle och varierar från patient till patient. Om patientens vårdtyngd registreras löpande i ett system för vårdtyngdsmätning kan denna information användas i KPP-systemet, vilket skulle öka träffsäkerheten i kostnadsbeskrivningen, i annat fall får en standardkostnad per vårddygn/timme beräknas. En standardiserad kostnad kan viktas så att första och/eller sista dygnet bär en högre kostnad. Denna merkostnad ska då påföras varje vårdtillfälle som en så kallad start/slutkostnad.

Kostnader för slutenvårdens vårdenhetstjänster kommer att variera per vårdtillfälle oavsett om de redovisas patientunikt eller inte eftersom de alltid varierar med vårdtiden. Storleken på de standardfördelade kostnaderna beror på hur många av vårdavdelningstjänsterna som i stället kan redovisas patientunikt i systemet.

Kalkylering av medicinska vårdtjänster

Bland de olika medicinska vårdtjänsterna ska huvudfokus ligga på de resurstunga verksamheterna som operation/anestesi, intensivvård, postop/UVA och radiologi/fysiologi, då dessa har störst påverkan på enskilda patienters totalkostnad. För vårdtjänster inom medicinsk service, det vill säga operation, anestesi, intensivvård, UVA/postop, laboratorier, radiologi ska alla kostnader finnas med, det vill säga alla kostnader som i totalkostnadsredovisningen fördelats till de enheter som producerar dessa typer av tjänster.

Beroende på patientens tillstånd kommer kostnaden för operation, anestesi, IVA/UVA att variera för olika patienter och vårdkontakter. För dessa vårdtjänster bör en kalkylmodell som inberäknar både tid och vårdtyngd användas så att båda dessa faktorer finns med i kalkylen. Korta operationer kräver ofta samma förberedelser som längre och därför rekommenderas beräkning av en fast startkostnad per operation. För IVA-vård ska vårdtyngdssystem användas (VTS- alternativt NEMS-poäng). Vid operation/anestesi ska hänsyn tas till antal operatörer och assisterande personal. ASA-klassning (ett system för hälsobedömning inför operation/anestesi) kan även användas för att uppskatta resursförbrukningen. Patienter som vårdas på IVA utnyttjar så kallade tekniska vårdplatser och är samtidigt inskrivna på en vårdavdelning. Under de vård dygn patienten vårdas på IVA ska inte hemavdelningen samtidigt belastas med någon vård dygnskostnad, såvida inte vården på IVA är av tillfällig och mycket kortvarig karaktär. Vårdavdelningar som bedriver så kallad intermediärvård bör anpassa sina kostnadskalkyler till den personaltäthet och de resurser man har för den vårdnivå man upprätthåller.

Laboratorietjänster utgör normalt ingen stor del av KPP-kostnaden men är viktig att särredovisa för att man ska kunna följa medicinsk praxis och vårdens processer.

Radiologitjänster kan i vissa fall utgöra en betydande del av kostnaden för en vårdkontakt och är också viktiga ur ett medicinskt praxisperspektiv. Här har också en omfattande medicinsk utveckling skett. Generellt sett är det viktigt att kapitalkostnaderna för utrustningen belastar de undersökningar som den har införskaffats för.

För- och efterkalkyl samt hantering av omatchade vårdtjänster

Att arbeta med för- och efterkalkyler för de olika vårdtjänsterna är ett sätt att se till att organisationens produktionskostnad i KPP överensstämmer med verkligheten och bokslutet. Förkalkylen bygger på de förutsättningar som finns inför ett verksamhetsår och används för löpande uppföljning och utfördelningen av kostnader under redovisningsåret. Inför kvartals-, delårs- eller årsbokslut ska kalkylerna uppdateras för att motsvara det verkliga utfallet. I efterkalkylen ska även kostnader för sådana vårdtjänster som inte blivit matchade hanteras och ska då fördelas till de vårdtjänster som har blivit matchade.

Eventuella över-/underskott som uppstår på serviceenheter när efterkalkylen färdigställts ska krediteras/debiteras ”köparna” i proportion till deras köp/förbrukning. Det gäller endast den interna handeln/utfördelningen inom organisationen. Justering av över-/underskott för outsourcade alternativt externa serviceenheter är inte möjlig. I de fall där man inte lyckats utfördela interna serviceenheters resultat ska detta redovisas i sidoinformationen.

Bilaga 4

Begrepp och termer

I tabellerna nedan beskrivs respektive vårdtjänst och dess innehåll. De två första tabellerna beskriver vårdenhetstjänsterna på avdelning respektive mottagning/VC medan den sista tabellen beskriver de medicinska vårdtjänsterna.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
ACG	-	Adjusted Clinical Groups är en metod för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen och som även kan användas för att fördela sjukvårdsresurser (främst inom primär-vården) efter förväntad vårdtyngd, med utgångspunkt i tidigare registrerade diagnoser.
Administrativ vårdkontakt	-	Exempel på administrativ vårdkontakt är intygsskrivande och myndighetskontakt om patienten. KVÅ-koderna GD001 "Anmälan enligt lag", GD003 "Intyg, omfattande" eller GD005 "Vårdintyg" bör förekomma.
ASA-klassificering	-	En metod för att systematiskt bedöma en patients preoperativa hälsotillstånd och identifiera riskfaktorer vid anestesi/operation.
ATC	-	"Anatomical Therapeutic Chemical Classification" är en klassificering av läkemedel. ATC-systemet består av 14 huvudgrupper, där läkemedlet placeras utifrån dess huvudindikation.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Beredskapsplanering	-	Verksamhet som följer av landstingens skyldighet att ha beredskap för att hantera sjukvården i krig eller krissituationer, ska redovisas under område Övrig hälso- och sjukvård, delområde Övrigt (DVO 490).
Besöksform	-	Form av öppenvårdskontakt. Enskilt besök, gruppbesök, teambesök eller gruppteambesök. Se även kontakttyp.
Bidiagnos	Annat tillstånd än huvuddiagnos som blivit föremål för bedömning, utredning eller behandling under en vårdkontakt.	
Brevkontakt	-	Skriftlig vårdkontakt (även elektroniska brev och fax). Se även distanskontakt.
Bruttokostnad	-	Här ingår alla kostnader för en verksamhet, utan avdrag till exempel för interna intäkter eller försäljning av verksamhet. Motsatsen är nettokostnad som avser de kostnader som återstår efter att avdrag gjorts för externa intäkter till exempel patientavgifter.
Dagkirurgi	Dagsjukvård där den kirurgiska åtgärden normalt kräver att patienten får anestesi och en period av postoperativ övervakning.	
Dagmedicin	Dagsjukvård där den medicinska åtgärden omfattar diagnostik eller terapi som normalt kräver en period av observation.	

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Dagsjukvård	Öppen vård som innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett öppenvårdsbesök normalt kräver.	
Direkta kostnader	-	Kostnader som kan hänföras direkt till kalkylobjektet (vårdkontakten).
Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Distanskontakt	Vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.	Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel på sådana är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt. För mer information, se beskrivning av vårdkontakter i kapitel 3.
DRG	-	Diagnosrelaterade grupper, är ett system för att dela in patienter i likartade grupper (sekundärt patientklassificeringssystem) och används för verksamhetsbeskrivning i sjukvården. Systemet innebär att patienter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp. DRG är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen ("case-mix") på olika sjukhus/kliniker eller i olika regioner.
DVO	-	Delverksamhetsområden vid redovisning av räkenskapssammandraget till SCB. Kodverk som anger regionernas och kommunernas olika verksamhetsdelar (till exempel DVO 0= primärvård, 020=mödrhälsovård, 180=somatisk slutenvård, 410=ambulanstransport). Se anvisningar för RS (VI 2000).

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
ECT	-	Elektrokonvulsiv behandling eller elbehandling är en behandlingsform vid flera psykiska sjukdomar. Behandlingen innebär att patienten blir sövd en kortare stund. Ibland blir patienten inskriven på sjukhuset, men det förekommer även att behandlingen görs i dagvård och att patienten går hem igen efter några timmar.
Egenvård	-	När någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Har en enhet/klinik kostnader knuten till en patients egenvård ska dessa kostnader exkluderas vid framtagande av KPP.
Endoskopi	-	En typ av medicinsk undersökning, eller kirurgi som innebär att man tittar in i kroppens naturliga öppningar med hjälp av ett endoskop som förs in till det ställe man vill undersöka och innefattar endoskopiska åtgärder som gastroskopi, koloskopi. Dagenskopi avser att undersökningen utförts i öppenvård (dagsjukvård).
Fasta kostnader	-	Kostnader som inte varierar beroende på en förändrad verksamhetsvolym.
Gemensamma kostnader	-	Motsatsen till de patientspecifika kostnaderna, det vill säga kostnader som inte direkt kan relateras till en patient och som därför fördelas ut som en standardkostnad efter till exempel vårdtid, per besök eller genom någon annan faktor som approximerar resursförbrukningen.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Grundkostnad	-	Fasta kostnader som inte samverkar med antal och typ av patienter. Omfattar lokaler (hyra och fastighetsservice), abonnemang för löpande verksamhetsservice till exempel vaktmästare, städning, ekonomi, HR, ledning/staber, IT och andra typer av overhead-kostnader. Grundkostnaden fördelas i KPP ut efter patientens vårdtid (dagar/timmar) eller som en fast kostnad per öppenvårdskontakt. För den slutna vården kan den delas upp i en startkostnad per vårdtillfälle och i en del som faller ut per vårddag alternativt vårdtimme.
Habilitering	Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.	Innebär råd, stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med varaktig funktionsnedsättning. Habilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.
Hemsjukvård	Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.	Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Skilj från öppenvård.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Huvuddiagnos	Det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut.	
Hälsofrämjande insats/åtgärd	Åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande.	
Hälsoärende	Ärende som håller samman vårddokumentation från en eller flera relaterade individanpassade vårdprocesser.	
Indirekta kostnader	-	Kostnader som inte direkt kan hänföras till kalkylobjektet (vårdkontakt/patient) utan måste på något sätt fördelas dit med någon form av fördelningsnyckel. Exempel på indirekta kostnader är gemensam administration, lokalkostnader och dylikt.
Inskrivning i slutenvård	Händelse när ett vårdtillfälle påbörjas och vårdplats i slutenvård ställs till patients förfogande.	
Inskrivningsbesök	-	Besök vid graviditet, första besöket hos barnmorska, besök före operation, besök på akut som leder till inskrivning i slutenvård.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Intensivvård	-	På en IVA vårdas patienter som behöver avancerad övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad på grund av en olycka, sjukdom eller livshotande tillstånd. Även mer avancerad vård efter till exempel en operation kan kräva intensivvård. Vården är inriktad på att förebygga samt ersätta eller understödja viktiga organfunktioner, när dessa är otillräckliga i förhållande till patientens behov. Det kan vara lungor, hjärta, cirkulation, njurar, hjärna, lever som har hotande eller manifest svikt.
Intermediärvård	-	Mellanform av intensivvård och vård på vanlig avdelning. Kallas ibland för "step-down" enheter eller "lätt-IVA". Intermediärvård riktar sig till patienter som är för sjuka för att vårdas på vanlig vårdavdelning men som samtidigt inte fullt ut kräver intensivvård. Riktlinjer för personaltäthet, kompetenser och vilka patienter som ska omhändertas bestäms lokalt.
Kapitaltjänst-kostnad	-	Avskrivningar och ränta på bundet kapital.
Kontakttyp	-	Form av öppenvårdskontakt. Enskilt besök, gruppbesök, teamsbesök eller gruppteamsbesök. Se även besöksform.
Medicinska servicetjänster	-	Kostnader för medicinska tjänster utanför vårdavd/mottagning som ingår som en del i behandlingen/utredningen av patienten, till exempel operation, anestesi, intensivvård, UVA/postoperativ vård, röntgen- och lab-undersökningar.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Medicinskt ansvarig	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder.	Medicinskt ansvarig är en tilldelad roll som till exempel förekommer när särskild sjukvårdsledning och prehospital sjukvårdsledning etableras. Rollen förekommer också inom kommunal vård och omsorg.
Medicinskt verksamhetsområde (MVO)	-	Medicinska verksamhetsområden klassificeras efter specialitet och inriktning och utgör indelningsgrund för den nationella statistiken. Är ett kodverk som Socialstyrelsen förvaltar.
Merkostnad	-	Den kostnadsökning som uppstår för en specifik aktivitet.
Monitorering	-	Övervakning av en patients tillstånd med sensorer som avläser patientens puls, blodtryck och annat mätbart (underförstått att det sker på distans).

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Myndighetsutövning	-	<p>Utmärkande för all myndighetsutövning är att det rör sig om beslut eller andra åtgärder som ytterst är ett uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. Myndighetsutövning kan både förekomma i form av missgynnande och gynnande beslut. Karakteristiskt är emellertid att den enskilde befinner sig i ett slags beroendeförhållande till myndigheten.</p> <p>För att myndighetsutövning ska föreligga krävs också att myndigheten grundar sin befogenhet att bestämma om ett visst förhållande på en författning eller något annat beslut av regeringen eller riksdagen.</p> <p>Endast ärenden som mynnar ut i bindande beslut omfattas av begreppet myndighetsutövning. Ärenden som uteslutande avser lämnande av råd eller andra oförbindande besked innefattar inte myndighetsutövning. Inte heller är det fråga om myndighetsutövning när en myndighet avger ett yttrande till en annan myndighet (prop. 1971/72:30 s. 330 f., prop. 1985/86:80 s. 55 och JO 2001/02 s. 252). (Utdrag från Socialstyrelsen)</p> <p>Myndighetsutövning är ett förvaltningsrättsligt begrepp och omfattar beslut eller andra åtgärder som ytterst är uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. I Sverige är en vanlig definition, hämtad ur den gamla förvaltningslagens 3 § (ÅFL 1971:290), "utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller annat jämförbart förhållande". (Wikipedia)</p>

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
NEMS	-	”Nine equivalents of nursing manpower use score”. Ett system för vårdtyngdsmätning inom intensivvården. Rapporteras till SIR, Svenska Intensivvårdsregistret.
Omvårdnads-tjänst	-	Löpande kostnader på vårdavdelning (främst övrig vårdpersonal). Kostnaden fördelas ut som en standardkostnad per patient och vård dag alternativt vård timme i kombination med en start- eller slutkostnad.
Operation	-	Kirurgiska ingrepp vars syfte är att laga invärtes delar av kroppen, avlägsna sjuk vävnad eller att sätta in något, exempelvis en pacemaker. Manuellt öppna kroppen på en människa (eller djur).
Ortoser	-	Ett samlingsnamn för hjälpmedel som används som ett yttre stöd på en kroppsdel. Syftet kan vara att motverka felställningar eller kompensera för muskelsvaghet.
Overhead-kostnader	-	Kostnader för övergripande ledning och stödverksamheter till exempel region-direktören och stab, juridisk kompetens, IT, HR/lönekontor, ekonomiavdelning, klinik-/verksamhetschef, kanslipersonal och andra stödfunktioner.
Paramedicin	-	Enheter inom sjukvården som arbetar med icke rent medicinska behandlingar, bland annat bestående av sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logopedier, kuratorer och dietister.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Patientrelaterade verksamheter	-	De verksamheter som träffar och behandlar/utreder patienter. Här ingår även verksamheter med kontakter och besök vars syfte är av mer hälsoförbyggande karaktär.
Patient-specifika/ Patientunika kostnader	-	Används för att beteckna de kostnader som kan relateras till en viss unik patient. Hur stor del av kostnaderna som blir patientspecifika avgörs av hur utvecklat KPP-systemet (och matchning) är samt hur detaljerade kostnadsberäkningarna är för respektive vårdtjänst.
Preoperativa besök	-	Öppenvårdsbesök innan operation/behandling.
PCI	-	Percutan coronar intervention, eller ballongvidgning, är en behandling vid förträngningar i hjärtats kranskärl. En ballongvidgning kan göras efter att man har haft besvär en längre tid, eller akut om man plötsligt får förträngningar i kärlen.
Permission	Överenskommelse mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal om att patienten lämnar vårdenheten för viss tid under vårdtillfället.	
Primärvård	Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.	

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Process	Serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.	
Produktionskostnad	-	Direkta och indirekta (överförda) kostnader som åtgår för att producera en produkt eller tjänst.
Receptläkemedel	-	Läkemedel som förskrivs till patienten och där patienten själv administrerar preparatet (tar tablett/injicerar/applicerar). Läkemedlet kan ingå i förmånssystemet men kan även ligga utanför.
Rekvissionsläkemedel	-	Läkemedel som köps in till avdelningen/mottagningen på rekvisition och som administreras under vårdkontakten. Rekvisitionsläkemedlen betalas av vårdenheten och kostnaden ska knytas till den vårdkontakt då läkemedlet distribuerades, inte då beslut om läkemedelsbehandling togs.
Rörliga kostnader	-	Kostnader som varierar med antalet producerade enheter (besök, distanskontakter, vårdtillfällen).
Screening	Systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa.	Exempel på områden där screening förekommer är bröst- och livmoderhalscancer, tarm- och prostatacancer, pulsåderbräck i buken.
Sidoinformation	-	Information som lämnas till SKR i samband med inlämningen av KPP-data. Här ska uppgiftslämnare besvara ett antal frågor kring hur vissa kostnader och vårdtjänster hanterats. Här ska även uppgift om större engångsposter eller eventuella avvikelser från KPP-principerna redovisas.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Självkostnad	-	En metod för att fördela verksamhetens totala kostnader på de olika produkter och tjänster som man producerar/säljer. Metoden kan bland annat användas för att bestämma priset på en vara/tjänst. Utgångspunkten är att varje kalkylobjekt ska bära sin del av resursförbrukningen. En produkts självkostnad består av direkta och indirekta kostnader. En direkt kostnad är oftast en rörlig kostnad som är direkt förknippad med produkten, medan den indirekta kostnaden måste fördelas på kostnadsbärarna med hjälp av fördelningsnycklar.
Självständig hälso- och sjukvårdspersonal	-	Har självständigt behandlingsansvar och gör kvalificerade bedömningar av patientens vårdbehov samt planerar och genomför den vårdinsats som behövs (journalföringsansvar).
Slutenvård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppenvård eller hemsjukvård.	Slutenvården startar när läkare har bedömt att inskrivning ska ske och slutar när patienten skrivs ut från avdelningen (fysiskt lämnar avdelningen). I samband med detta ska en vårdplats ställas till patientens förfogande. Hela vårdtillfället ska kostnadsberäknas i KPP oavsett om patienten betraktats som utskrivningsklar/färdigbehandlad och att kommunens betalningsansvar inträtt.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Smittskyddsverksamhet	Verksamhet till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor.	Smittskyddsverksamhet avser information, tillsyn och kontroll för att förhindra uppkomst och spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Regionen ska enligt smittskyddslagen svara för att nödvändiga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionen. I varje region finns en smittskyddsläkare. (VI 2000)
Specialiserad vård	Hälsa- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.	Till specialiserad vård räknas vård som utförs av en läkare med annan specialistkompetens än specialist i allmänmedicin. Detta gäller oavsett var läkaren tjänstgör. (VI 2000)
Teambesök	Öppenvårdsbesök där patient möter ett vårdteam. (Definitionen är under bearbetning av Socialstyrelsen och kan komma att ändras.)	
Totalkostnadsbokslut	-	Kostnadsbokslut där varje enhet/ verksamhet inom en organisation, exempelvis ett sjukhus, bär alla sina kostnader, inklusive kostnaderna för de tjänster och den service som enheten erhåller eller köper från andra enheter och stödfunktioner.
Vårddag	Dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Här räknas varje påbörjat dygn som en vårddag. Hela permissionsdygn exkluderas från antalet vårddagar.	
Vårdenhet	Organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Kan till exempel vara en vårdcentral, ett sjukhus, en klinik eller vårdavdelning.	

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Vårdenhets-tjänster	-	Består av grundkostnaden på en avdelning/mottagning (lokaler, service, ledning, OH, IT med mera), omvårdnad på avdelning.
Vårdeepisod	Samtliga vårdkontakter med en patient för ett visst hälsoproblem.	
Vårdgivare	Statlig myndighet, regioner och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårds-verksamhet (privat vårdgivare).	
Vårdgrenar	-	Indelningen i specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, primärvård och tandvård.

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Vårdkontakt	Kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs. Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och fjärrdistanskontakt.	Öppenvårdsbesöken kan ske som fysiska besök eller på distans i form av brev-/telefonkontakt, internet eller andra media. Distanskontakter som innehållsmässigt ersätter ett öppenvårdsbesök och där behandlings-ansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk/hälsobedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning ska betraktas som en vårdkontakt. Även kontakter av mer uppföljnings/hälsöförebyggande karaktär ska räknas som en vårdkontakt. Det kan handla om vaccinering, screening, olika typer av hälsokontroller/hälsosamtal för olika grupper (barn/unga/äldre/gravida/flyktingar/asylsökande).
Vårdprocess	Process avseende hälso- och sjukvård som hanterar ett eller flera relaterade hälso-problem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett avsett resultat.	
Vårdteam	Grupp av samverkande hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser och med uppgift att svara för vård av enskild patient eller grupp av patienter.	
Vårdtid	Tid under vilken ett vårdtillfälle äger rum.	Räknas som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum. När in- och utskrivning sker samma dag räknas vårdtiden som noll dagar.
Vårdtillfälle	Vårdkontakt i slutenvård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde.	

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Vårdtjänst	-	De tjänster som utförs vid vårdkontakten; exempelvis omvårdnad, operation, laboratorieanalys, röntgenundersökning, läkarsamtal eller sjukgymnastikbehandling. Avser de tjänster som de patientrelaterade verksamheterna producerar och som i KPP-systemet knyts till den enskilde patienten och vårdkontakten. Synonymer i andra skrifter om KPP-system är exempelvis delkostnader, delprestationer eller delprodukter.
VTS	-	Vårdtyngd Sverige. Avser att mäta antal personer och tidsandel av arbetspass som behövs för att tillgodose patientens intensivvårdsbehov.
Åtgärd	Aktivitet som är inriktad på ett (visst) resultat.	Insats och åtgärd används för det övergripande begrepp som definitionen beskriver – inom hela fackområdet vård och omsorg, i olika sammanhang och även i lagtexter. Det finns ingen klar skillnad i betydelse mellan insats och åtgärd i någon av lagtexterna och inte heller i allmänspråket.
Öppenvård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar	

Tabell 7: Vårdenhetstjänster i slutenvård, forts

Begrepp eller term	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Anmärkning eller definition enligt KPP-principerna
Öppenvårdsbesök	Vårdkontakt inom öppen vård som innebär fysiskt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.	<p>Hit hänförs även dagsjukvård/dagkirurgi som är öppenvård som innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett öppenvårdsbesök normalt kräver.</p> <p>Preoperativ besök och så kallat inskrivningsbesök registreras, kostnadsberäknas och hanteras som vanliga öppenvårdskontakter. Med inskrivningsbesök avses besök vid graviditet, första besöket hos barnmorska, besök före operation, besök på akut som leder till inskrivning i slutenvård.</p> <p>Internetbehandling/internetbaserad terapi/nätterapi registreras som en vårdkontakt på distans i samband med att den vårdpersonal som har huvudansvaret för vården går igenom avslutat kapitel eller gör en "modulavstämning". Åtgärdskod ZV051 "Telemedicinsk behandling" ska då anges.</p>

Bilaga 5

Exempel på en förenklad modell förkalkylering av vårdkontakter i öppenvård

Modellen baseras på viktning av besökets resursåtgång med hänsyn till yrkeskategori, kontakttyp och tid för kontakten.

I modellen lägger man in antal vårdkontakter per de yrkeskategorier och kontakttypen som förekommer på enheten samt mottagningsenhetens totalkostnad som ska fördelas på vårdtjänsten ”Insatser av läkare och annan behandlande personal”. Man skapar sedan för verksamheten unika vikter utifrån lönenivå och tidsåtgång för respektive yrkeskategori och kontakttyp.

En excelfil anpassad till modellen kan beställas från SKR.

Tabell 8: Modell för viktning av öppenvårdskontakter

Yrkes- kategori	Kontakttyp	Faktor Lön	Faktor Tid	Faktor S:a	Antal vård- kontakter	S:a vikt	Totalkostnad för vårdtjän- sten, tkr	Kalkylerad kostnad per vårdkontakt, kr
Läkare	Enskilt besök	1,2	0,6	0,720	1 250	900,0	4 131	3 305
	Gruppbesök	0,4	0,4	0,160			0	
	Teambesök	2,9	0,7	2,030	50	101,5	466	9 317
	Gruppteam	1,2	0,7	0,840			0	
	Distanskontakt	1,3	0,2	0,260	450	117,0	537	1 193
SSK	Enskilt besök	0,6	0,6	0,360	1 350	486,0	2 231	1 652
	Gruppbesök	0,2	0,4	0,080			0	
	Teambesök	2,1	0,7	1,470			0	
	Gruppteam	0,6	0,7	0,420			0	
	Distanskontakt	0,6	0,3	0,180	50	9,0	41	826
Sjukgymn	Enskilt besök	0,5	0,5	0,250	750	187,5	861	1 147
	Gruppbesök	0,2	0,4	0,080	160	12,8	59	367
	Teambesök	1,8	0,7	1,260			0	
	Gruppteam	0,5	0,7	0,350			0	
	Distanskontakt	0,5	0,3	0,150			0	
Summa					4 060	1 813,8	8 325	
Genomsnittlig kostnad per prestation					2 050			
Genomsnittlig kostnad per sa viktad prestation					4 590			

OBS endast exempel, vikterna bygger inte på något verkligt underlag.

Nationella KPP-principer

Version 4. kostnad per patient

KPP står för kostnad per patient och är en metod för att beräkna hälso- och sjukvårdens kostnader per vårdkontakt och patient. En annan benämning är patientrelaterad kostnadsredovisning. Målsättningen är att samtliga delar inom hälso- och sjukvården ska kunna beskrivas utifrån KPP-modellen samt att kostnader som varierar med patient i så stor utsträckning som möjligt ska kunna identifieras. Principdokumentet beskriver vilka kostnader som ska ingå i KPP samt vilka vårdkontakter som ska KPP-beräknas. Det är av stor vikt att KPP även tillämpar de termer och begrepp samt de beskrivningssystem som används inom hälso- och sjukvården.

Detta är den 4:e reviderade versionen av principerna som numera omfattar samtliga vårdgrenar och vårdformer som bedrivs inom hälso- och sjukvården. I denna version har fokus främst lagts på följande:

- › hur primärvård och hälsoförebyggande insatser ska hanteras i KPP
- › vilka kostnader och vårdkontakter som ska KPP-beräknas
- › poängtera vikten av en korrekt beskrivning av den hälso- och sjukvård som ges
- › tydliggöra de vårdtjänster som finns i KPP-modellen och hur de bör kostnads kalkyleras
- › tillse att de termer och begrepp som används i KPP följer nationella definitioner.

Arbetet med denna version har letts av SKR som tillsammans med representanter från ett flertal regioner uppdaterat texter och innehåll. Dokumentet har varit på remiss i samtliga regioner, Socialstyrelsen och till SCB innan det överlämnats till regionernas ekonomidirektörer för fastställande.

ISBN 978-91-7585-881-4

Beställ eller ladda ner på webbutik.skr.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



Sveriges
Kommuner
och Regioner