



*ERSÄTTNINGSSYSTEM  
FÖR SJUKHUSENS  
ÖPPENVÅRD*



**SEPTEMBER 2002**



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

Enheten för Analys- och utvärdering

Bengt Kron

## FÖRORD

Öppenvården vid sjukhusen i Västra Götaland är mycket omfattande, det handlar om drygt 2,3 miljoner läkarbesök och 1,2 miljoner sjukvårdande behandlingar. Sjukhusens kostnader för öppenvården ligger i storleksordningen 3 – 3,5 miljarder kronor per år.

I slutet av 1999 startades inom hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli ett projekt för utveckling av beskrivnings- och ersättningssystem i öppen vård vid sjukhusen.

Arbetet med att skapa ett beskrivningssystem har varit framgångsrikt och införandet av systemet startade under våren 2002. Mot slutet av 2002 kommer systemet att användas vid alla sjukhus i Västra Götaland.

Under våren 2002 startades arbetet med att utveckla ett särskilt ersättningssystem för sjukhusens öppenvård. Ansvaret lades på en särskild arbetsgrupp. Arbetsgruppen har bestått av ekonom Barbro Halvarsson centrala ekonomiavdelningen SU, ekonom Anna Karlsson ekonomienheten hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, regionläkare Staffan Björck enheten för analys och utvärdering hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, controller Ulf Clark centrala ekonomiavdelningen SU, ekonom Jan-Åke Davidsson regionstyrelsens kansli, ekonomichef Anders Hillberg Kungälv's sjukhus, controller Leif Sundberg centrala ekonomiavdelningen SU, ekonom Per Sjöli ekonomiavdelningen Skaraborgs sjukhus och regionläkare Bengt Kron enheten för analys och utvärdering hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli.

Rapporten har tagits fram av arbetsgruppen och Bengt Kron har varit huvudförfattare.

Värdefulla synpunkter på rapporten har lämnats av Jan-Erik Spek och Göran Gustavsson utredningsenheten och Christer Yngveson enheten för analys- och utvärdering, samtliga vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli inom Västra Götalandsregionen.

Rapporten har varit ute på remiss under perioden juni – slutet av augusti 2002. En sammanställning av remissvaren finns i bilaga 3. Arbetsgruppen har gått igenom och bedömt remissvaren samt därefter gjort vissa justeringar av förslagen.

# Innehållsförteckning

FÖRORD .....	2
SAMMANFATTNING .....	5
ARBETSGRUPPENS BEDÖMNING AV NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEM I VÄSTRA GÖTALAND .....	5
ARBETSGRUPPENS FÖRSLAG .....	5
INLEDNING OCH BAKGRUND .....	8
UPPDRAG .....	8
VILKA POSITIVA EGENSKAPER SKALL ETT ERSÄTTNINGSSYSTEM HA? .....	9
PATIENTSYNPUNKTER .....	9
MEDBORGARENS SYNPUNKTER .....	10
ÄGARENS SYNPUNKTER .....	10
BESTÄLLARSYNPUNKTER .....	10
SJKHUSENS SYNPUNKTER .....	11
MÅLKONFLIKTER .....	12
ERSÄTTNINGSSYSTEMENS POSITIVA EGENSKAPER - VAD ÄR MÖJLIGT NU? .....	14
VAD KAN UPPNÅS NU? .....	14
VILKA ÖNSKVÄRDA EGENSKAPER FORDRAR BETYDANDE UTVECKLINGSARBETE? .....	14
ETISKA ASPEKTER VID VAL AV ERSÄTTNINGSMODELL .....	15
OLIKA TYPER AV ERSÄTTNINGSSYSTEM .....	17
TOTALBUDGETLÖSNINGAR .....	18
Kapitation .....	18
Budget baserad på historiska kostnader .....	18
PRESTATIONERSÄTTNING .....	19
Retrospektiv ersättning .....	19
Prospektiv ersättning med produktgrupper .....	19
Ersättning baserad på resultat .....	20
BLANDFORMER .....	20
Prospektiv ersättning i kombination med fastställd totalbudget .....	20
Kapitation i kombination med ersättning per vårdinsats .....	20
ERSÄTTNING DIREKT TILL OLIKA VÅRDGIVARE .....	21
OLIKA BESKRIVNINGS- OCH ERSÄTTNINGSMODELLER I OCH UTANFÖR SVERIGE .....	21
BESKRIVNINGSSYSTEM .....	21
ERSÄTTNING AV SJUKHUSENS ÖPPNA VÅRD I SVERIGE .....	22
BESKRIVNINGS- OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM AV ÖPPENVÅRD I UTLANDET .....	23
Europa .....	23
USA .....	24
UTVÄRDERING AV SEKUNDÄRA PATIENTKLASSIFIKATIONSSYSTEM I ÖPPENVÅRDEN .....	24
DE NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEMEN I VÄSTRA GÖTALAND, FÖR- OCH NACKDELAR .....	24
NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEM .....	24
UTVÄRDERINGAR AV DEN NUVARANDE ERSÄTTNINGSMODELLEN .....	26
ARBETSGRUPPENS BEDÖMNING AV DET NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEMET .....	27
ERSÄTTNINGSSYSTEMETS STYRANDE EFFEKT ÄR BEROENDE AV SJUKHUSETS INTERNA STYRMODELL .....	27

ARBETSGRUPPENS STÄLLNINGSTAGANDEN RÖRANDE VAL AV ERSÄTTNINGSMODELL FÖR SJUKHUSENS ÖPPENVÅRD.....	29
TYP AV ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	29
PRODUKTIONSSTIMULERANDE INCITAMENT OCH TOTALKOSTNADSKONTROLL.....	30
PROSPEKTIV ERSÄTTNINGSMODELL MED PRODUKTGRUPPER.....	31
SAMBANDET MELLAN SLUTEN OCH ÖPPEN VÅRD.....	32
SAMBANDET MELLAN SJUKHUSENS ÖPPENVÅRD OCH PRIMÄRVÅRDEN.....	33
REGIONGEMENSAMMA PRISER.....	33
KOSTNADSKALKYLER.....	34
PLANERAD OCH OPLANERAD ÖPPENVÅRD.....	34
HUR SKALL ÖVERGÅNGEN TILL DET NYA ERSÄTTNINGSSYSTEMET HANTERAS?.....	35
HUR SKALL EXTREMA KOSTNADER HANTERAS?.....	36
UNDERHÅLL AV PRIMÄRKLASSIFIKATIONER OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	36
VILKA OMRÅDEN INOM ÖPPENVÅRDEN OMFATTAS RESPEKTIVE OMFATTAS INTE AV FÖRSLAGET?.....	37
BESKRIVNING AV DE TVÅ GRUPPERARNA.....	38
NORD-DRG-O-GRUPPERAREN.....	38
Bakgrund.....	38
Nord-DRG-O-grupperarens egenskaper.....	38
Antal kirurgiska öppenvårdsgrupper – K-ÖVG.....	39
Avgrensning av Nord-DRG-O mot det västsvenska beskrivningssystemet.....	40
Samordning mellan öppen och slutenvård.....	41
Kostnader.....	42
Tidplan.....	42
NY GRUPPERARE FÖR MEDICINSKA ÖPPENVÅRDSÅTGÄRDER.....	42
Det västsvenska beskrivningssystemet och dess beståndsdelar.....	42
Hur skall information om besök och medicinska åtgärder hanteras?.....	44
Grupperarens egenskaper.....	45
Kostnader.....	46
PRINCIPER VID KOSTNADSBERÄKNING AV VÅRDTJÄNSTER.....	47
BEHOVET AV REGIONAL ENHETLIGHET.....	47
KOSTNAD PER PATIENT.....	47
KALKYLERINGSPRINCIPER SOM HÄMTATS FRÅN KPP-PROJEKTETS RAPPORT.....	47
Allmänt om kalkylering.....	47
Vad skall ingå respektive inte ingå i kalkyleringsunderlaget?.....	48
Identifikation och fördelning av kostnader för gemensamma verksamheter.....	49
Fördelning mellan öppen och slutenvård.....	49
Fördelning av läkartid, jour- och beredskapskostnader.....	50
ARBETSGRUPPENS TILLÄGGSFÖRSLAG RÖRANDE KOSTNADSBERÄKNINGAR INOM ÖPPENVÅRDEN.....	51
Allmänt om kalkylering inom öppenvården.....	51
Grundkostnader.....	52
Kalkylering av besök och åtgärder i praktiken.....	53
REFERENSER.....	55
BILAGA 1 Uppdragshandling.....	57
BILAGA 2 Sjukhusens synpunkter på nuvarande ersättningsmodell.....	60
BILAGA 3 Sammanställning av remissvar.....	61

## SAMMANFATTNING

Denna rapport handlar om hur sjukhusens öppenvård skall ersättas. Ekonomiska styrsystem är *ett av de viktigaste medlen* för att styra vården i den riktning som beslutats. Ersättningssystemen, som framförallt används för att stimulera till ökad produktion och ökad produktivitet, fungerar inte isolerade utan *måste kompletteras med andra styrmedel* som fokuserar på andra dimensioner inom vården.

Det går att bedöma ersättningssystemen från många synvinklar. I rapporten återges olika intressenters synpunkter. I vissa fall kolliderar de eftersträvansvärda egenskaperna med varandra. Den mest betydelsefulla målkonflikten finns mellan krav på kostnadskontroll och önskemål om hög sjukvårdsproduktion.

### **Arbetsgruppens bedömning av nuvarande ersättningssystem i Västra Götaland**

Det finns inget enhetligt ersättningssystem för sjukhusens öppenvård i Västra Götaland. Eftersom det inte heller finns något gemensamt beskrivningssystem för öppenvården har varje sjukhus delvis sin egen definition av de besök och de åtgärder för vilka de får ersättning. Besök och åtgärder har schablonartat definierats på olika sätt vilket innebär att det inte finns något tydligt samband mellan besökets innehåll och resursanspråk och ersättningens storlek. Detta gör att sjukhusen i praktiken ersätts utifrån olika grunder.

Dagens beskrivnings- och ersättningssystem för öppenvården duger inte som underlag vid jämförelser mellan sjukhusen. Man kan inte avgöra orsaken till observerade skillnader; det går inte att urskilja vad som är produktivitetsskillnader respektive vad som beror på struktur-skillnader. Det går heller inte att utifrån priset jämföra sjukhusens kostnadsnivå och att därifrån dra slutsatser om produktiviteten vid en viss mottagning jämfört med en annan.

Ersättning för utförd vård fördelas mellan regionens sjukhus. Inom sjukhusen finansieras verksamheterna via anslag. Som ersättningsform stimulerar detta inte till ökad produktion. I dagsläget finns det inte några produktionsstimulerande incitament på klinik-/avdelnings-/mottagningsnivå som utgår från det regionala ersättningssystemet. Denna brist leder troligen till att produktionen inte når den nivå som verksamheten har potential för. De produktionsstimulerande incitamenten inom sjukhusen bör öka. Incitamenten, som bör verka i samma riktning som de regionala ersättningssystemen, kan utformas på olika vis; det är viktigt att varje sjukhus hittar den modell som passar det egna sjukhuset bäst.

### **Arbetsgruppens förslag**

Arbetsgruppen förordar en regionalt enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppenvård. Ersättningen, som omfattar all somatisk öppenvård utom akutmottagningar, föreslås utgå med i förväg bestämda priser för grupper av åtgärder (prospektivt ersättningssystem med produktgrupper). Produktgrupperna består av åtgärder som hör ihop ur ett medicinskt perspektiv och som dessutom har en likartad resursförbrukning. För att uppnå kostnadskontroll föreslås en takkonstruktion.

De prestationshöjande inslagen i öppenvårdens ersättningssystem bör öka, dels för att stimulera ytterligare överföring från sluten till öppen vård och dels för att minska vårdköerna. De produktionsstimulerande incitamenten föreslås bestå av full (100 procent) prestationsersättning av öppenvården och en förändring av den nuvarande takkonstruktionen under samtidigt beaktande av kravet på totalkostnadskontroll. Med tanke på att den nya ersättningsmodellen innehåller flera oprövade komponenter som ökar sjukhusens och beställarnas ekonomiska risker bör sjukhusen ersättas enligt den nuvarande blandmodellen under det första året som det nya ersättningssystemet tillämpas. För att underlätta övergången föreslås beställarna och sjukhusen gemensamt följa upp konsekvenserna av det nya ersättningssystemet.

Sjukhusen kan ersättas efter egna eller regiongemensamma priser. En förutsättning för gemensamma priser är att sjukhusen preciserar och bryter ut kostnader för vissa områden som skall ersättas vid sidan om den vanliga prestationsersättningen. Det gäller framförallt forsknings- och utvecklingskostnader (FoU), men även andra områden och strukturella skillnader kan omfattas. Dessa frågor kan inte lösas inom ramen för detta projekt och denna rapport. I avvaktan på ytterligare utredning av dessa frågor förordar arbetsgruppen att sjukhusens öppenvård som tidigare ersätts med sjukhusspecifika priser. Att införa regiongemensamma öppenvårdspriser samtidigt som slutenvården ersätts med sjukhusspecifika priser skulle skapa nya problem. Ett isolerat införande av regiongemensamma öppenvårdspriser kommer heller inte att medföra att de förmodade positiva effekterna uppträder. För att kunna uppnå de avsedda följderna av regiongemensamma ersättningar måste sådana ersättningar införas samtidigt inom både öppen och slutenvård.

Beskrivningen av öppenvårdsverksamheten grundas på två primärklassifikationer, den nationella Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 och det nya västsvenska beskrivningssystemet, Klassifikation av besök och medicinska åtgärder. De besök och åtgärder som registreras skall därefter grupperas och bilda produktgrupper. Grupperingen sker i två grupperare, den nationella Nord-DRG-O-grupperaren och en ny grupperare som skall utvecklas. Arbetsgruppen föreslår att Nord-DRG-O-grupperaren införs från årsskiftet 2002/2003. Nord-DRG-O-grupperaren skapar produktgrupper som kallas kirurgiska öppenvårdsgrupper. Arbetsgruppen föreslår att ett nytt ersättningssystem för kirurgiska öppenvårdsgrupper införs vid årsskiftet 2002/2003. Arbetsgruppen förordar vidare att en ny grupperare för produktgruppering av besök och åtgärder i det västsvenska beskrivningssystemet utvecklas under 2002/2003. En sådan grupperare bildar produktgrupper som kallas medicinska öppenvårdsgrupper. Målsättningen är att de medicinska produktgrupperna skall utgöra ersättningsgrund från årsskiftet 2003/2004 men flera osäkra faktorer gör att ett definitivt ställningstagande bör senareläggas till senast september 2003.

<b>Primärklassifikation</b>	Klassifikation av kirurgiska åtgärder	Klassifikation av besök och medicinska åtgärder
<b>Grupperare</b>	↓ Nord-DRG-O	↓ Ny grupperare
<b>Resultat</b>	↓ Kirurgiska öppenvårdsgrupper K-ÖVG	↓ Medicinska öppenvårdsgrupper M-ÖVG
<b>Grupperare införs</b>	2003-01-01	Målsättning 2004-01-01
<b>Ersättningssystem införs</b>	2003-01-01	Målsättning 2004-01-01

En förutsättning för genomförande av den nya ersättningsmodellen är att kostnadskalkyler utförs för besök och åtgärder. Arbetsgruppen föreslår att kalkylarbetet bedrivs på respektive sjukhus men att arbetet genomförs på ett likartat sätt. För att resultatet skall bli så enhetligt som möjligt bör gemensamma principer och synsätt tillämpas. Arbetsgruppen föreslår därför att de förslag som lagts fram av det regionala KPP-projektet skall tillämpas i kalkylarbetet. Vidare lägger arbetsgruppen fram kompletterande förslag till regler för kostnadskalkyler inom öppenvården.

För att inte öppenvårdsverksamheten vid sjukhusen skall öka på bekostnad av primärvårdens verksamhet bör man särskilt följa volymsutvecklingen inom primärvården och inom sjukhusens öppenvård under de första åren efter det att den nya ersättningsmodellen tagits i bruk.

Det föreslås också att hälso- och sjukvårdsdirektören tillsätter en arbetsgrupp som får i uppdrag att utreda frågan om ytterfallsersättning i öppenvården under hösten 2002.

Det finns ett stort behov av regional samordning inom klassifikations- och ersättningsområdena. Införandet av nya beskrivnings- och ersättningssystem accentuerar behovet ytterligare. Arbetsgruppen föreslår därför att man, i samband med den nu pågående organisationsöversynen, överväger behovet av en särskild regional enhet för klassifikations- och ersättningsfrågor.

## INLEDNING OCH BAKGRUND

Regionfullmäktige har angivit de övergripande målen för hälso- och sjukvården. I budgeten för 2002 skriver man: ”Hälso- och sjukvården finns till för patienten och det är patienten som människa, inte enbart hennes sjukdom eller skada, som verksamheten skall fokusera på. Fler människor vill känna delaktighet och skall ha ett avgörande inflytande över sin egen behandling. Sjukvården skall utvecklas på ett sådant sätt att patientens ställning i sjukvården stärks. God information om patientens rättigheter, ett bra bemötande, en god tillgänglighet och kontinuitet i vården med hög kvalitet och kompetens är viktiga inslag för att stärka patientens ställning.” De övergripande målen fokuserar alltså på patienten och patientens ställning. En effektivt fungerande sjukvård är en förutsättning för att nå dessa övergripande mål.

Ekonomiska styrsystem är ett av medlen för att styra vården i den riktning som beslutats. Ersättningssystemen, som framförallt används för att stimulera till ökad produktion och ökad produktivitet, fungerar inte ensamma utan måste kompletteras med andra styrmedel som fokuserar på andra dimensioner inom vården. Styrning via ersättningssystemen måste alltså kompletteras med styrning av verksamhetsinnehållet; viktiga frågor i det sammanhanget är:

- inriktar man sig på rätt saker?
- hur upplever patienten vården?
- är den medicinska kvaliteten god?
- är vården lättillgänglig?
- hur står det till med arbetsmiljön?

Enligt hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget för 2002 är en förbättrad produktivitet ”en av de viktigaste faktorerna för att långsiktigt kunna utveckla och förbättra hälso- och sjukvården”. I budgeten anges att utgångspunkten för detta arbete skall vara att ”finna ersättningsmodeller som ger tillräckliga incitament för utförarna att producera vård samtidigt som arbetet med kostnadskontroll inte äventyras”. Det gäller också ”att verksamheten utsätts för verksamhetsanalys och kvalitetssäkring. Inte bara kvantiteten utan också kvaliteten skall utvärderas”.

Under 2001 och 2002 har sjukvårdens ekonomiska styrmodell granskats i två utredningar. Ersättningsmodellen har dels setts över i en intern utredning och dels granskats av KPMG Consulting på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören. I båda dessa utredningar, som refereras längre fram i denna rapport, framkommer kritiska synpunkter på det nuvarande ersättningssystemet. Förslagen i de båda rapporterna har delvis samma inriktning.

Denna rapport, som innehåller principförslag rörande ersättningssystem för sjukhusens öppna vård, skall ses som en fortsättning på de utredningar som nämnts ovan. De riktlinjer som angetts i hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget har varit vägledande för arbetet.

## UPPDRAG

I mars 1999 uppdrog dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören Kaj Möllefors åt en arbetsgrupp att starta ett projekt för utveckling av ett beskrivnings- och ersättningssystem avseende sjukhusens öppenvård. I uppdragshandlingen fastställdes tre mål:

- att utveckla en enhetlig produktbeskrivning för den sjukhusanknutna somatiska öppna vården
- att ta fram en enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppna vård med utgångspunkt från kriterierna resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet och
- att föreslå ett rapporterings- och uppföljningssystem för den öppna sjukhusvården

Beskrivningssystemet (produktbeskrivningen) skall, enligt Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut den 19 september 2001, införas under 2002. Det nya västsvenska beskrivningssystemet har namnet Klassifikation av besök och medicinska åtgärder i Västra Götaland, KVM. Under våren 2002 har beskrivningssystemet införts vid ett antal kliniker vid regionens sjukhus. Ansvar för införandeprocessen ligger på ett särskilt projekt, BESES1.

Utvecklingen av ett särskilt ersättningssystem för sjukhusens öppenvård är komplicerad. Av den anledningen startades våren 2002 ett särskilt projekt för att lösa ersättningsfrågorna. Uppdragshandlingen framgår av bilaga 1.

Av praktiska skäl har projektarbetet delats in i två etapper. Först utarbetas ett förslag som beskriver ersättningssystemets innehåll och inriktning ur principiell och övergripande synvinkel. Efter behandling i Hälso- och Sjukvårdsstyrelsen kan projektarbetet fortsätta med etapp två som innebär att alla detaljfrågor löses. Tidplanen för den andra etappen bör fastställas efter HSS beslut rörande ersättningssystemets principiella inriktning.

Den arbetsgrupp som arbetat med frågan under våren 2002 lägger i denna rapport fram ett principförslag för hur ersättningssystemet skall utformas.

## VILKA POSITIVA EGENSKAPER SKALL ETT ERSÄTTNINGSSYSTEM HA?

I detta avsnitt gör vi ett försök att allsidigt beskriva olika intressenters krav, önskemål och förhoppningar på ersättningssystemen. De ställningstaganden som formuleras i avsnittet speglar inte alltid arbetsgruppens inställning.

### **Patientsynpunkter**

En individ kan betrakta sjukvården ur flera olika synvinklar; som patient, som anhörig och som medborgare. Även om en patient inte är direkt påverkad av ersättningssystemets uppbyggnad finns det vissa krav och synpunkter som är angelägna att framföra. De anhörigas krav sammanfaller till stor del med patientens.

Vårdgivaren får inte primärt betrakta patienten som en inkomstkälla. Om patienten noterar detta kan han/hon ifrågasätta sjukvårdens integritet. Misstankar kan uppstå om att vissa åtgärder inte har utförts med patientens bästa för ögonen. Ersättningssystemet får därför inte konstrueras så att sjukvården frestas att åsidosätta patientens intressen.

Patienten vill att sjukvården skall ha så hög kvalitet som möjligt. Ersättningssystemet kanske inte kan garantera vårdens kvalitet men systemets utformning får inte stå i motsättning till kvalitetssträvandena. Patienter har därför intresse av att avtal om ersättning innehåller krav på kvalitetsuppföljning.

Om det är praktiskt möjligt vill de flesta patienter kunna välja mellan olika vårdgivare. Patienten har också rätt till second opinion. Ersättningssystemet skall därför vara konkurrensneutralt och inte försvåra eller förhindra nyetableringar.

Ett enkelt och begripligt ersättningssystem gör att även patienten har möjlighet att se sambandet mellan prestation och intäkt. Patienten ser att vårdgivaren får betalt för det han faktiskt gör. En sådan insikt bidrar till att stärka patientens ställning. Patienten kan börja ställa konkreta frågor om vårdinnehållet; varför ingår vissa moment i min vård medan andra inte gör det?

## **Medborgarens synpunkter**

Som samhällsmedborgare har man intresse av att lägga synpunkter på och påverka sjukvården. Som skattebetalare är man också delfinansiär av den offentligt drivna sjukvården. Medborgarrollen innebär framförallt att man ställer krav på sjukvården och dess sätt att fungera. Ersättningssystemet skall i så hög utsträckning som möjligt leva upp till dessa krav.

Ur medborgarsynvinkel är det viktigt att sjukvården inriktar sig på sin huvuduppgift; att lindra och bota sjukdomar. Sjukvården skall också vila på kunskapsgrund, dvs kunskap och beprövad erfarenhet. Sjukvården skall också vara så produktiv och effektiv som möjligt. När jag drabbas av sjukdom skall jag snabbt kunna få kontakt med sjukvården. Jag får exakt den information jag efterfrågar och den hjälp jag behöver. Den vård jag får präglas av respekt och hänsyn. Jag kan välja vårdgivare med hjälp av lättillgänglig och begriplig information om de aspekter på kvaliteten som är relevanta för mig. Det är också viktigt med kontinuitet, att jag får träffa samma läkare vid upprepade besök. De sjukvårdsanställda skall ha hög integritet och inte låta sig påverkas av ovidkommande hänsyn. Ersättningssystemet skall vara konstruerat så att jag kan förstå systemets huvuddrag.

## **Ägarens synpunkter**

Medborgarna äger tillsammans den offentligt drivna sjukvården. Politikerna är medborgarnas representanter och ställer i den rollen ett antal krav på sjukvården och dess ersättningssystem. Kraven sammanfaller till stor del med medborgarsynpunkterna ovan.

Därutöver ställer ägaren ytterligare ett antal krav varav det viktigaste är kravet på totalkostnadskontroll. Sjukvården kan och får inte förbruka mer resurser än vad som beslutats i de parlamentariska församlingarna. Om resursförbrukningen under en följd av år är större än vad som tilldelats kommer de offentliga finanserna att undermineras.

Ersättningssystemet skall vara tydligt, hanterbart och en del i regionens styrmodell.

Ett nytt ersättningssystem måste kunna användas i många år, den nya ersättningsmodellen skall vara hållbar på sikt.

Ersättningssystemet skall så långt möjligt spegla verksamhetens innehåll så att det finns ett tydligt samband mellan uppdrag, arbetsinsats, resultat och ersättning.

Självkostnads kalkyler skall utföras på ett enhetligt sätt och dels bygga på slutsatserna i det regionala KPP-projektet och dels på de förslag som läggs fram i denna rapport.

## **Beställarsynpunkter**

Ersättningsmodellen är ett av flera styrinstrument för att nå politiska mål och styra mot en effektiv verksamhet. Ersättningarna utgör den ekonomiska länken i samspelet mellan beställare och utförare och det är därför viktigt att ersättningarna utformas på ett sådant sätt att de

stimulerar och underlättar denna samverkan. Sett ur ett beställar- (företrädar-) perspektiv är det mest betydelsefullt att ersättningssystemet ger incitament som påverkar vårdgivaren att arbeta för de politiska målen nås, samt för att tillgodose vårdbehov och tillgänglighet på bästa sätt inom givna resurser.

För att ekonomiska styrsystem skall fungera enligt avsikten, fordras att ägare, beställare och utförare har en gemensam grundsyn. De mål som fastställts av regionfullmäktige och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen måste vara vägledande för de dominerande aktörerna. Den ekonomiska miljön måste präglas av långsiktiga spelregler och realistiska ekonomiska villkor. Ledningens ambitioner bestäms till stor del av de ekonomiska förutsättningarna samt vilka incitament och sanktioner som tillämpas. Realism i de ekonomiska villkoren är en förutsättning för allvar i hushållningsuppgiften.

Ett övergripande kriterium på väl fungerande ersättningsformer är att de stimulerar till effektivisering av vården. Ersättningssystemet bör utformas så att det stödjer och inte motverkar samarbete mellan olika vårdnivåer.

Ersättningssystemet bör ha egenskaper som tydliggör verksamheten. Systemet ska stödja dialogen mellan beställare och utförare och koppla samman ekonomi och verksamhet. En koppling mellan vad som ersätts och vad som åstadkoms ska finnas, så att incitament skapas att utföra så mycket vård som möjligt. Incitamenten bör också premiera rätt beteende i en rad olika avseenden.

Ersättningar bör fastställas så att förutsättningarna för sjukhusens verksamhet blir likvärdiga, rättvisa och trovärdiga. Det innebär att ersättningssystemets konstruktion i grunden bör vara densamma vid alla sjukhus.

Sammanfattningsvis bör ersättningssystemet ha följande positiva egenskaper:

- stimulera till ökad produktion/produktivitet
- stimulera till ökad effektivitet och kvalitet
- vara enkelt, överblickbart och förutsägbart
- ge ökad kvalitet i vårddata för analys och uppföljning
- skapa enhetlighet och jämförbarhet
- stimulera samarbete mellan vårdgivare
- vara rättvist och konkurrensneutralt
- kunna användas vid upphandling av sjukvård
- skall kunna stödja prioriteringar
- vara hållbart och långsiktigt
- inte leda till suboptimering, dvs inte bromsa förändringar i verksamheten; det kan gälla medicinteknologiska förändringar samt nödvändiga organisatoriska omställningar

## **Sjukhusens synpunkter**

Det är väsentligt att följa de av riksdagen beslutade riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. All sjukhusvård bör ersättas på samma sätt för att prioriteringsriktlinjerna skall få största möjliga genomslagskraft. Det är mindre lämpligt att skapa speciella ersättningsregler och incitament för vissa patientgrupper som inte är högprioriterade.

I en decentraliserad organisation där befogenheter och ansvar och resurser finns på den enskilda arbetsplatsen ökar medvetenheten om vilka ekonomiska förutsättningar som gäller för arbetsplatsen, kliniken och sjukhuset. Ersättningssystemets konstruktion får därför en allt större betydelse för styrningen av sjukvården.

Ersättningsmodellen måste upplevas rättvis av utförarna *där utgångsläget bör vara att likvärdig verksamhet ersätts på samma sätt samtidigt som modellen tar hänsyn till relevanta skillnader mellan utförarna.*

Ersättningsmodellen måste upplevas som meningsfull av utförarna för att kunna motivera ett positivt beteende.

Ersättningsmodellens konstruktion bör vara tydlig och enkel vilket;

- underlättar planering, budgetering och uppföljning inom sjukhuset
- skapar bättre medvetenhet och förståelse för kopplingen mellan ekonomi och verksamhet.
- underlättar kommunikationen i organisationen

Uppgifter om utförd vård baseras på beskrivnings- och ersättningssystemen och dessa system måste därför kunna ge väsentlig information om verksamheten. Det är nödvändigt att beskrivnings- och ersättningssystemen är adekvata och heltäckande för att man skall kunna göra en meningsfull verksamhetsuppföljning.

Ersättningsmodellens konstruktion skall vara hållbar och långsiktig. Ersättningen skall över en följd av år ge kostnadstäckning och ta hänsyn till den medicinska utvecklingen. Långsiktigheten leder till att spelreglerna blir väl kända inom organisationen. Spelreglerna skall vara flexibla; verksamhetsförändringar och ändrade förhållanden skall kunna hanteras under löpande budgetår.

Ersättningsmodellen skall stimulera till effektiva lösningar för produktionen. Absoluta ersättningstak påverkar produktiviteten negativt. Det är önskvärt med fler incitament som stimulerar till ökad produktion.

Ersättningsmodellen skall fördela risktagandet mellan beställare och utförare. Modellen bör ta hänsyn till att akutsjukvården, som utgör den dominerande delen av sjukhusens verksamhet, kan variera från år till år. Om all verksamhet ersätts med 100 procents prestationsersättning kan orimliga konsekvenser uppstå.

Om möjligt skall ersättningssystemet stödja samarbetet mellan vårdgivare.

## MÅLKONFLIKTER

Listan över ersättningssystemens önskvärda positiva egenskaper är lång. För det mesta kan de olika egenskaperna kombineras men i några fall kan måluppfyllelse i ett avseende leda till att ett annat mål hotas. Vi vill lyfta fram några målkonflikter som har speciellt stor betydelse.

*Kostnadskontroll – hög produktion.* Ökad produktion kan leda till ökade kostnader. För beställare, medborgare och ägare är det viktigt med både kostnadskontroll och hög produktion. Hittills har kostnadskontrollmålet prioriterats framför önskemålet om ökad

produktion. I några fall har kravet på kostnadskontroll släppts, det gäller de områden som ersätts med full prestationsersättning även om volymerna överstiger 100 procent.

*Hög produktivitet – hög kvalitet.* Hög produktivitet innebär att sjukhuset producerar så mycket som möjligt i förhållande till de tillgängliga resurserna. Att eftersträva hög produktivitet innebär att man inriktar sig på volymen; att öka antalet producerade tjänster. Ökade volymer kan åstadkommas genom att kvalitetsnivån sänks. En alltför stark betoning av produktivitetens målet kan få sådana konsekvenser, men risken för en sådan utveckling är mycket liten inom den svenska sjukvården. Den professionella integriteten och Socialstyrelsens tillsyn motverkar detta.

*Hög produktivitet – hög effektivitet.* Med *effektivitet* avses förhållandet mellan resursinsats och verksamhetens resultat. Resultatet mäts bland annat i förhållande till uppsatta mål, patientnyttan, produktionsmål och allmänt accepterade kvalitetskrav. Det gäller att producera rätt tjänster, att producera så många ”riktiga” tjänster som möjligt och att säkerställa att de producerade tjänsterna har hög kvalitet. Ofta sammanfaller de båda målen, förändringar av produktiviteten innebär en likartad effektivitetsförändring. Ökad produktivitet kan innebära att effektiviteten sjunker. Det inträffar om man inom tillgängliga resurser ökar sin produktion genom att producera ”fel” tjänster eller genom att producera tjänster med undermålig kvalitet. Minskad produktivitet kan också innebära ökad effektivitet. Om de tre förberedande besöken inför en operation slås samman till ett besök minskar produktiviteten samtidigt som effektiviteten ökar.

*Hög produktivitet – risk för överkonsumtion och onödig vård.* Ersättningsystem som innehåller kraftiga produktionsstimulerande incitament kan leda till att patienterna får onödig vård. Risken för detta är störst då retrospektiva ersättningsystem tillämpas. Prospektiva ersättningsystem med produktgrupper minskar faran för överkonsumtion och onödig vård. Se avsnittet om olika typer av ersättningsystem!

*Krav på enkelhet och lättbegriplighet – det stora antalet mål som skall uppfyllas.* Den nuvarande ersättningsmodellen innehåller en rad olika delsystem. Delsystemen har skapats för att uppnå mål som kostnadskontroll och hög produktion; det finns dels generella inslag som införts för att målen skall uppnås och dels selektiva system inom vissa områden med långa vårdköer. Det har lett till blandmodell, takkonstruktion, ”stuprör” mm. De nuvarande systemen är inte lätta att begripa. Kravet på enkelhet och lättbegriplighet har fått stå tillbaka för behovet att uppfylla en rad olika mål.

*Kostnadskontroll - rättvis spridning av den ekonomiska risken.* Takkonstruktionen i det nuvarande systemet lägger en stor ekonomisk risk på utföraren. Sjukhusen saknar möjlighet att mer än marginellt påverka storleken på den akuta delen av slut- och öppenvården. Takkonstruktionen innebär att volymsökningar, som oftast är momentant kostnadsdrivande, skall klaras inom ersättningsnivån för de 100 procent som avtalats. Volymminskningar leder inte till motsvarande möjligheter att sänka kostnaderna. Personal och lokaler kan inte avvecklas i takt med att antalet akutsökande minskar. Först då man är säker på att nedgången är permanent kan kostnadssänkande åtgärder vidtas.

## ERSÄTTNINGSSYSTEMENS POSITIVA EGENSKAPER - VAD ÄR MÖJLIGT NU?

Förteckningen över ersättningssystemets önskvärda positiva egenskaper är lång. Vilka mål är möjliga att förverkliga nu och vilka kräver utvecklingsarbete? Vi har grupperat egenskaperna med avseende på hur snabbt de kan realiseras.

### **Vad kan uppnås nu?**

Bidra till att verksamheten *inriktas mot de politiska målen*

*Bidra till totalkostnadskontroll*

*Stödja prioriteringar*

*Vara rättvist, dvs ersätta likvärdig verksamhet med samma ersättning samtidigt som ersättningsnivån skall påverkas av relevanta skillnader mellan utförarna*

*Vara enkelt, tydligt, överblickbart och **förutsägbart***

*Bidra till ökad produktion/ produktivitet*

*Bidra till ökad effektivitet (inte bidra till suboptimering) under förutsättning av att man vet vad som är rätt och fel inom diagnostik och behandling att ersättningssystemets inneboende egenskaper inte är sådana att över- eller underkonsumtion stimuleras att man håller jämna steg med utvecklingen/förändringarna.*

*Skapa **enhetlighet** och **jämförbarhet** – under förutsättning att alla utförare har samma beskrivnings- och ersättningssystem*

*Bidra till ökad vårddatakvalitet – om korrekt registrering är en förutsättning för att man skall få ersättning*

*Ta hänsyn till den medicinska utvecklingen*

*Fördela ekonomiska risker mellan beställare och utförare.*

*Vara hållbar och långsiktig samt ge kostnadstäckning under en följd av år*

*Vara konkurrensneutralt*

*Kunna användas vid upphandlingar*

### **Vilka önskvärda egenskaper fordrar betydande utvecklingsarbete?**

*Kvalitet.* Ersättningssystemet bidrar inte automatiskt till ökad kvalitet såvida man inte preciserar specifika kvalitetsmål och anger att villkoret för ersättning är att sjukhuset nått dessa mål. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen uttalade i budgeten för 2002 att det också gäller ”att verksam-

heten utsätts för verksamhetsanalys och kvalitetssäkring. Inte bara kvantiteten utan också kvaliteten skall utvärderas". Det finns flera olika kvalitetsdimensioner som till exempel patientupplevd kvalitet, vårdresultat samt medicinsk kvalitet. En koppling mellan kvalitetsnivå och ersättning skulle vara intressant och viktig, men frågan befinner än så länge på idéstadiet. En rad detaljfrågor måste lösas för att det mångdimensionella kvalitetsbegreppet skall kunna påverka ersättningens storlek. Dessutom måste beställare och utförare vara eniga om målen och detaljerna för att sådana konstruktioner skall kunna användas med framgång.

*Ersättningar kopplade till vårdepisoder/patientflöden.* Vårdepisodersättningar är attraktiva ur idésynpunkt men fordrar omfattande utvecklings- och förändringsarbete för att kunna förverkligas. Under 2001/2002 har en utredning arbetat med denna fråga. Utredningens sammanfattande bedömning var att det är möjligt att införa flödesbaserade ersättningssystem men att det återstår ett omfattande utvecklingsarbete innan det kan genomföras.

Vårdepisodersättning fordrar ökad kunskap om vårdprocesser, helt nya regelsystem, nyinvesteringar i specialutvecklade IT-system samt stora förändringar av sjukvårdens linjeorganisation och ekonomiska system.

## ETISKA ASPEKTER VID VAL AV ERSÄTTNINGSMODELL

Läkare och andra vårdgivare har sin primära lojalitet mot patienterna. Men i vissa situationer kommer vårdgivarens skyldigheter mot patienten i konflikt med andra legitima krav. Frågor om ersättningar i sjukvården kan leda till sådana målkonflikter. Ett av ersättningssystemets primära syften, att styra vården mot ökad produktivitet, kan till exempel leda till tidspress som gör att vårdgivaren anser att den enskilde patienten inte får den tid och uppmärksamhet som behövs. Det är självklart att vårdgivaren söker tillgodose patientens medicinska och psykiska behov men det är också legitimt att via ersättningssystemet styra vården mot ökad produktivitet.

Vi skall i det följande ge några synpunkter på området etik och ersättningssystem. Våra kommentarer är inte uttömmande, avsikten är att peka på att detta område måste hanteras med varsamhet och med insikt om de etiska problemen.

Vårdinnehållet är mångdimensionellt och mycket subtilt. Sjukvården är mångfacetterad och svåröverskådlig, varje dag fattas tusentals vårdbeslut på ett sjukhus. Grunden för sådana beslut skall vara vetenskap och beprövad erfarenhet. Men det räcker inte med att ha kontroll över den medicinska kunskapen, den enskilde vårdgivaren måste också se till patienten som människa. Individens emotionella och sociala behov måste uppmärksammas. Ekonomiska styrmedel ter sig som förhållandevis grova i jämförelse med den ömtåliga vårdverkligheten. Det finns alltid risk för att många av vårdens ideal som till exempel patientfokusering, kunskap, kompetens, empati och integritet hotas av kraftfullt styrande ersättningssystem. Samtidigt är det ofrånkomligt att sjukvården har en ekonomisk sida. Hushållning med de tilldelade resurserna, drygt 8 procent av BNP, är en dygd. Att styra med hjälp av ersättningssystem är en del av arbetet för att uppnå en effektiv resursanvändning. Ekonomiska incitament har oftast en påtagligt styrande verkan. Rätt utformade incitament styr både organisationens och individens beteende. Men ersättningsregler, hur förfinade de än är, förmår inte spegla vårdens alla värden. Kombinationen av grovhet och styrka innebär risker för oavsiktlig felstyrning. Vårdgivaren påverkas av ekonomiska incitament som med hänsyn till den komplexa vårdverkligheten kan leda till felaktiga resultat. Då man tar fram ett nytt ersättningssystem måste man vara medveten om denna dualism; å ena sidan den mångdimensionella vården

och å andra sidan kravet på effektiv hushållning med tilldelade resurser. De ekonomiska incitamenten bör därför vara väl avvägda, utformningen skall å ena sidan vara sådan att den styrande effekten leder mot det önskade målet och å andra sidan skall den styrande effekten vara så lagom stark att andra mål än de ekonomiska inte åsidosätts.

Vårdgivarens val av diagnostik och behandling skall primärt styras av omsorgen om patientens bästa. I vissa situationer förekommer det en konflikt mellan vad som är bäst för patienten och det som är ekonomiskt möjligt. Avvägningar måste göras mellan vad som är absolut bäst för patienten och det som är ekonomiskt möjligt i den aktuella situationen. Sådana avvägningar måste göras öppet så att både patienter och ansvariga vet vilka prioriteringar som gjorts. Öppenhet innebär också att ansvar kan utkrävas. Ersättningssystemen kan användas för att styra vården i den riktning som prioriteringarna anvisar.

De incitament som finns i ett ersättningssystem kan riktas mer eller mindre direkt mot den enskilde vårdgivaren. Ju mer direkt vårdgivaren personligen berörs av incitamentet ju större blir risken att vårdgivaren inte alltid har patientens bästa för ögonen. Intresset för den egna löns storlek kan utöva ett negativt inflytande på den professionella integriteten. Valet av diagnostik och behandling kan i en sådan situation komma att influeras av ovidkommande hänsyn. Om patienten upplever sig mer som en inkomstkälla än som patient kommer det att leda till att förtroendet för sjukvården minskar. Ersättningssystemen bör därför i första hand rikta incitamenten mot hela organisationen eller delar av den, dvs sjukhuset eller den enskilda enheten, inte mot den enskilde vårdgivaren.

Det är viktigt att de resurser som avsätts till sjukvård används på bästa sätt. Om vården bedrivs improduktivt innebär det att man undanhåller vissa vårdbehövande vård. Vid en lågpresterande enhet erbjuder man färre patienter vård än vad man skulle kunna gjort om vården hade bedrivits på ett mer produktivt sätt. Kravet på hög produktivitet är därför legitimt ur såväl patient- som medborgarperspektivet. Att styra vården mot hög produktivitet är riktigt ur moralisk och etisk synpunkt under förutsättning att även andra mål beaktas, det gäller till exempel behovet av god arbetsmiljö. Ersättningssystem som stimulerar till hög produktivitet kan därför betraktas som goda styrningsredskap.

Ersättningssystem får inte vara beskaffade så att de leder till ineffektivitet, dvs man gör fel saker. Om vårdgivarna utför vissa åtgärder bara för att få intäkter så kommer patientens intressen att åsidosättas. Om undersökningen är onödig men ofarlig kan ett olämpligt utformat ersättningssystem leda till resursslöseri. Om undersökningen är onödig och dessutom potentiellt farlig utsätts patienten för obefogade risker. Det är därför olämpligt att vården ersätts på löpande räkning där varje insats (klinisk undersökning, röntgen, läkemedel, laboratorieprov etc) genererar en intäkt. Ett sådant system leder ofta till överförbrukning av vård och till att patienten eventuellt utsätts för risker.

Om ersättningssystemen inte revideras i takt med den snabba medicinteknologiska utvecklingen kan det leda till att ersättningssystemet inte tar hänsyn till förekomsten av nya och eventuellt mer kostsamma metoder som ger patienten bättre vård. Det kan få flera olika följder:

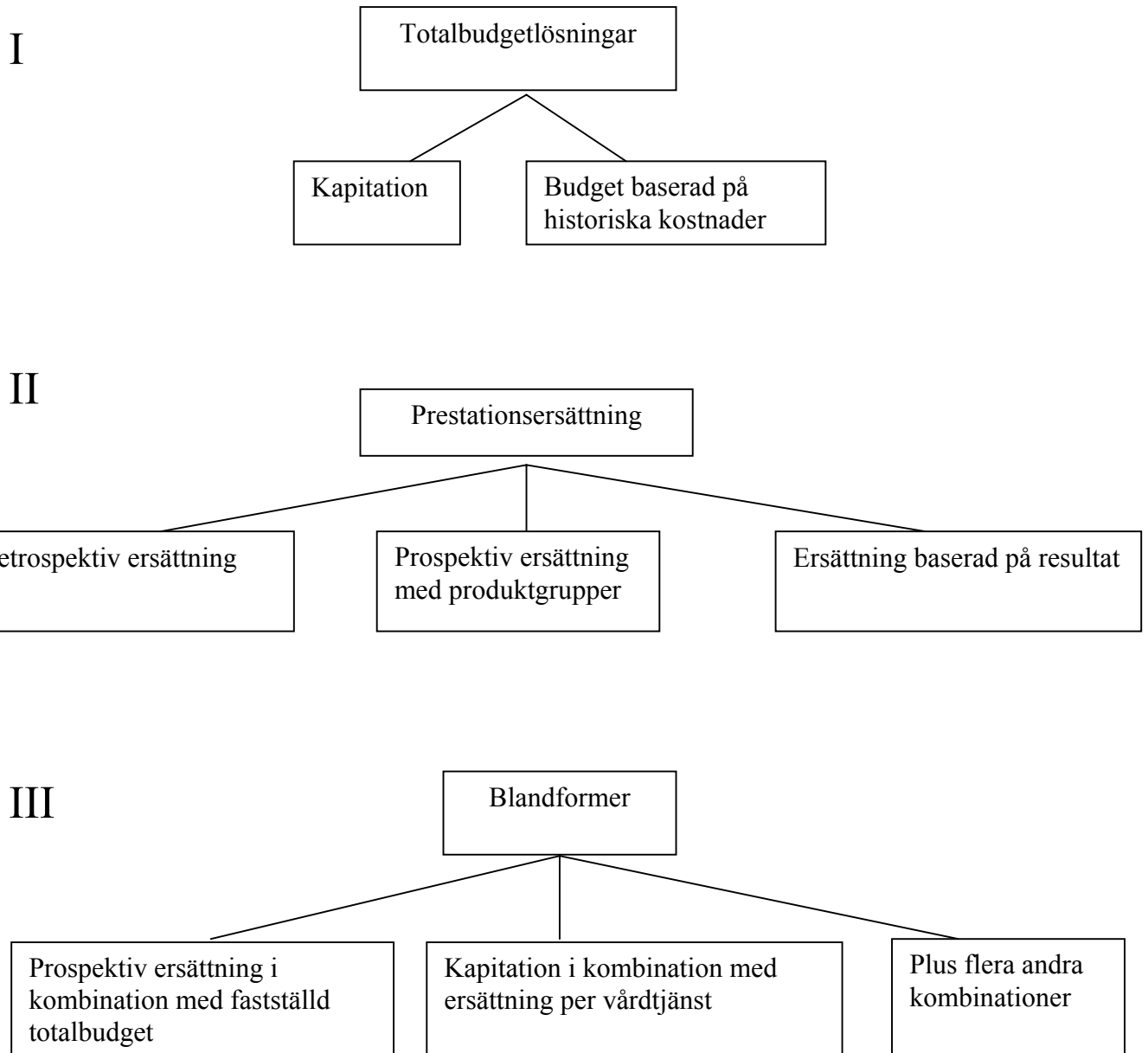
- Patienten får inte den vård som är bäst för honom/henne eftersom enheten prioriterar det ekonomiska utfallet före patientens bästa.
- Patienten får den nya behandlingen men den vårdande enheten drabbas av ett ekonomiskt underskott.

- Patienten får den nya behandlingen men enheten lämnar delvis felaktiga uppgifter för att ändå bli ekonomiskt skadeslös.

Alla tre utfallen är dåliga, det först nämnda är det sämsta eftersom patienten inte får den vård som är bäst för honom eller henne. Det finns därför ett krav på att ett ersättningssystem uppdateras kontinuerligt. Införandet av nya ersättningssystem fordrar att man också avsätter resurser för återkommande revisioner.

## OLIKA TYPER AV ERSÄTTNINGSSYSTEM

Det finns flera principiellt olika ersättningssystem. De åskådliggörs nedan, först grafiskt och därefter kommenteras de olika systemen var för sig.



Figur 1. Schematisk beskrivning av olika ersättningssystem

## **Totalbudgetlösningar**

Med totalbudgetlösningar kan sjukhusets budget för nästa år sättas i förväg. Sjukhuset kan antingen få stor frihet att självt fatta beslut om vad som skall produceras eller så kan produktionsvillkoren preciseras i avtal.

### **Kapitation**

Med kapitation menas att vårdgivaren periodiskt får ersättning för varje individ som vårdgivaren skall erbjuda sjukvård. Kapitationsersättningen kan baseras på invånare i ett geografiskt område, på listade patienter eller på patienter som ingår i en viss sjukdomsgrupp. Kapitation för ett geografiskt område eller på listade patienter är vanligt som ersättningsform inom primärvården. Om kapitationstanken skall appliceras på sjukhusens slutna och öppna vård kan man tänka sig att ge en fast ersättning för en viss patientgrupp. Patienter med kroniska sjukdomar som till exempel reumatoid artrit, njursvikt och kroniska leukemier skulle kunna ersättas med en fast ersättning. Denna ersättning skulle kunna omfatta såväl öppen som slutna vård som ges till patientgruppen men också avgränsas enbart till den öppna vården. En sådan ersättning fordrar att man har god kunskap om de kostnader som patientgruppen genererar. Kapitationsersättning kan ges som en fast ersättning per sjuk patient alternativt ger man en fast ersättning till hela patientgruppen baserad på incidens- och prevalenssiffror. Kapitation för en hel patientgrupp ger ett incitament till utföraren att utforma vården så effektivt som möjligt. Det ger också incitament att välja det billigaste alternativet om det finns flera att välja mellan. Kapitation kan därför leda till att billiga och eventuellt sämre vårdalternativ väljs istället för dyrare och bättre. Det finns därför ett behov att noga kontrollera vårdens kvalitet. Det är sannolikt orealistiskt att införa kapitationsersättning för en viss patientgrupp i det korta perspektivet eftersom vi till stor del saknar kunskap om kostnader, patientgruppernas storlek etc. Därtill är det oklart hur riskfördelningen mellan beställare och utförare påverkas av denna ersättningsform. Om patienten tillhör en diagnosgrupp med dyrbara behandlingar, till exempel transplantationer eller bypassoperationer, innebär varje ny patient med behandlingsbehov en stor kostnad. Om å andra sidan behandlingarna är förhållandevis billiga, innebär inte måttliga variationer av patientantalet så mycket ur risksynvinkel för utföraren.

Kapitationsersättning för öppen sjukhusvård är teoretiskt tänkbar men fordrar betydligt mer omfattande kunskaper än vad vi har för närvarande. Kapitationsersättning förekommer inte (såvitt arbetsgruppen känner till) som ersättningsform för öppenvård vid sjukhus.

### **Budget baserad på historiska kostnader**

Sjukhusen kan tilldelas en budget baserad på historiska kostnader. Utgångspunkten för det nya årets budget är kostnaderna för det gångna året. Tillägg görs för inflationen och för nyinvesteringar i form av personal och utrustning. Önskade produktionsförändringar kan också öka eller minska budgeten. Resurstilldelning baserad på historiska kostnader riskerar att missgynna de enheter som sparar och är återhållsamma med resursförbrukningen. Liksom för kapitation finns en risk att sjukhusen använder sig av billiga och eventuellt sämre vårdalternativ istället för dyrare och bättre. Även med denna ersättningsform finns det därför ett behov att noga kontrollera vårdens kvalitet. De för- och nackdelar som gäller för kapitation existerar även för budget baserad på historiska kostnader.

## **Prestationsersättning**

Med prestationsersättning följer pengarna patienten. Det finns flera olika typer av prestationsersättning varav de följande tre är de vanligaste: retrospektiv ersättning, prospektiv ersättning och ersättning baserad på resultat.

### **Retrospektiv ersättning**

Med retrospektiv ersättning menas att sjukhuset fakturerar för de kostnader som uppkommit i det enskilda fallet under vårdtillfället/besöket. Ersättning per vård dag och ersättning per vårdtjänst (fee-for-service) är exempel på olika typer av retrospektiva ersättningsformer.

Retrospektiv ersättning kan sägas innebära att sjukhus och finansierare har överenskommit om betalning på löpande räkning. Makten över prissättningen varierar beroende på land och politisk situation. I en marknadssituation kan sjukhuset själv besluta om priset och fakturera det som man självt uppfattar som en skälig ersättning. Retrospektiv ersättning kan också innebära att priset har satts av en extern myndighet, sjukhuset ersätts med standardpriser per insats.

Vid retrospektiv ersättning har varje vårdinsats sitt pris. Det finns ett stort antal vårdinsatser (laboratorieprov, röntgenundersökning, materialkostnader etc). Sjukhuset fakturerar för sitt arbete genom att lägga samman priset för de olika vårdinsatserna som har utförts. Denna ersättningsform stimulerar till ökad användning av diagnostiska och terapeutiska insatser. Det blir lönsamt för sjukhusen att utöka sina tjänster och även att köpa in ny dyrbar teknologi så länge som beställaren medger detta. Sjukhuset stimuleras att producera tjänsten så länge marginalkostnaden understiger den fastställda standardprisen. I ett renodlat retrospektivt system är inte det totala antalet vårdinsatser bestämt på förhand. Den som betalar vården betalar det som sjukhuset fakturerar. Sänkningar av standardpriset kan leda till att antalet producerade tjänster ökar eftersom sjukhuset vill behålla intäkterna på samma totalnivå som tidigare. En sänkning av standardpriset kan också leda till att produktblandningen ändras; man utför och fakturerar fler dyrbara vårdinsatser än tidigare.

Om sjukhusen själva bestämmer över priset kommer prisen att variera beroende på olika grundkostnader och på produktionsvolymen.

Retrospektiva ersättningsformer leder ofta till högre kostnader och försämrad produktivitet och otillräcklig totalkostnadskontroll.

Det finns en glidande övergång mellan retrospektiva och prospektiva ersättningsformer. Retrospektiv ersättning med standardpriser kan också betecknas som en form av prospektiv ersättning. Val av beteckning beror på vilken aspekt man vill betona, faktureringen i efterhand eller prissättningen i förhand.

### **Prospektiv ersättning med produktgrupper**

Vid prospektiv ersättning med produktgrupper bestäms ersättningen per produktgrupp i förväg. Vårdtjänster med likartat medicinskt innehåll läggs samman till produktgrupper. Produktgruppens pris är ett genomsnitt av kostnaderna för de ingående vårdtjänsterna. DRG-systemet är ett exempel på hur vårdtjänster lagts samman till produktgrupper. Denna ersättningsmetod stimulerar sjukhusen att öka sina intäkter genom att behandla fler patienter. Eftersom ersättningen har satts i förväg finns det också ett incitament att reducera kostnaden inom produktgruppen. Detta kan dels ske genom interna rationaliseringar och dels genom så kallad cream skimming. Den sistnämnda företeelsen, som har beskrivits i USA, innebär att man väljer bort misstänkta problempatienter och ger företräde för ”enkla” patienter. Fenomenet före-

kommer även vid kapitation. Det är osannolikt att ekonomiskt syftande patientselektion förekommer inom den offentligt finansierade svenska sjukhusvården.

System med prospektiv ersättning med produktgrupper leder ibland till bristande totalkostnadskontroll.

En avsikt med prestationsersättningen är att öka produktiviteten. Tidigare har endast några få sjukhus i Västra Götaland haft kostnad-per-patient-redovisning (KPP), de sjukhus som saknat KPP har inte haft någon kunskap om sina kostnader för respektive DRG. De sjukhus i Västra Götaland som haft KPP har endast i liten omfattning använt sig av KPP-uppgifterna för att jämföra aktuella kostnader per DRG med den ersättning som erhållits. Sjukhusen har endast undantagsvis använt sig av produktstyrning; något som är möjligt då sjukhuset har KPP-redovisning och DRG-ersättning. Enligt teorin är incitamentet till ökad produktion vid prospektiv prestationsersättning verkningsfullt endast om prestationsersättningen överstiger sjukhusets marginalkostnader. Eftersom sjukhusen inte använt sig av produktstyrning har man heller inte undersökt marginalkostnadens storlek för sina olika produkter.

### **Ersättning baserad på resultat**

I några fall har man försökt att ersätta vården utifrån ett patientperspektiv, patientnyttan sätts i fokus. I delstaten Oregon i USA har man försökt att tillämpa detta på ett konsekvent sätt.

Prioriteringar av enskilda behandlingar har gjorts utifrån kostnader, livskvalitetsförbättringar och hur länge de varar. Denna ansats har emellertid kritiserats, bland annat för att svårt sjuka patienter nedprioriterats i förhållande till mindre svårt sjuka patienter eftersom behandlingen av de senare ofta har en säkerställd effekt till skillnad från de förra.

## **Blandformer**

De olika finansieringsmetoderna har vid sidan av eftertraktade egenskaper också oönskade sidoeffekter. En ersättningsmetod kan ha yttringar som motverkar de oönskade sidoeffekterna av en annan metod. Det är därför naturligt att man försöker kombinera olika ersättningssystemen för att balansera systemens olika effekter. Det finns en rad olika kombinationer, två av dem kommenteras nedan.

### **Prospektiv ersättning i kombination med fastställd totalbudget**

Totalkostnadskontroll och hög produktivitet är två viktiga mål. Med enbart fastställd totalbudget kan kostnadskontrollen uppnås men metoden främjar inte effektiv resursanvändning och hög produktivitet. Med prospektiv ersättning ökar incitamenten att behandla fler patienter och att minska kostnaden per patient. Däremot stimuleras inte sjukhusen att hålla tillbaka totalkostnaderna då de enbart ersätts med prospektiva finansieringsmetoder. Ett exempel på en blandad ersättningsform är en kombination av prospektiv ersättning och totalbudget. 50-80 procent av totalkostnaden ges som anslag och resten erhålls som prestationsersättning. Metoden används för närvarande i Västra Götaland och har tidigare använts i Norge. Metoden är svår att förstå för andra än de som kan systemet väl. I Västra Götaland rör man sig till exempel med begreppen halv- som helpris; halvpris motsvarar ersättningen för del som prestationsersätts och helpris avser den ersättning som sjukhuset erhåller om det uppnår 100-procentig prestationsersättning.

### **Kapitation i kombination med ersättning per vårdinsats**

Med ersättning per vårdinsats riskerar man ett visst överutnyttjande av medicinska åtgärder. Det huvudsakliga incitamentet vid kapitation är att reducera sjukvårdskonsumtionen vilket kan leda till underutnyttjande av medicinska åtgärder. Därför kan de två finansieringsmeto-

derna kombineras. Kapitation ger totalkostnads kontroll och ersättning per vårdinsats kan användas för de områden där ett ökat utnyttjande önskas.

## **Ersättning direkt till olika vårdgivare**

I Sverige ersätts de flesta offentligt anställda vårdgivarna med månadslön. Lönen har inte någon direkt koppling till vilka prestationer som vårdgivaren utfört. Indirekt kan en sådan koppling finnas genom den individuella lönesättningen. I vissa fall kan ersättning per behandlat fall förekomma, det gäller till exempel läkare som tillfälligtvis tjänstgör på akutmottagningar. I Europa ersätts läkare framförallt med ersättning per vårdinsats (fee-for-service), kapitation (framförallt inom primärvården) samt med lön utan relation till prestationen. I USA är ersättning per vårdinsats vanlig.

Många studier visar att ersättningsformen påverkar läkarnas beteende. Ersättning per vårdtjänst kan leda till fler undersökningar, fler behandlingar och fler besök. Med kapitationsersättning finns det incitament att minska kostnaderna genom att hålla tillbaka undersökningar och behandlingar. Undersökningar visar att löneersatta läkare tenderar att behandla patienter med lägre resursutnyttjande än läkare som ersätts per vårdtjänst.

Kunskap, värderingar och normer utgör basen för den individuella vårdgivarens handlingar och beslut. De incitament som riktar sig till enskilda vårdgivare är relativt grova och trubbiga. Några ekonomiska styrmedel, som understödjer de många gånger subtila distinktioner som görs i klinisk praxis, har inte utvecklats, sannolikt på grund av att ersättningssystemen inte kan spegla vårdens komplexitet. Ekonomiska incitament som påverkar den enskilde vårdgivarens lön kan därför leda till att vårdgivarens oväld ifrågasätts och att allmänhetens förtroende för sjukvården minskar.

Flera studier visar att det är effektivt att rikta ekonomiska incitamentet mot sjukhusnivån. Sådana incitament kan i rätt intern sjukhusmiljö verka i åsyftad riktning. Man behöver alltså inte erbjuda ekonomiska extrastimulanser till den enskilde vårdgivaren för att påverka på önskat sätt. En nyligen publicerad artikel i Läkartidningen tar upp sambandet mellan prestationsersättningssystem och arbetsmiljön. Slutsatsen i artikeln var att prestationsbaserade system kan, om de implementeras på rätt sätt samt förankras bland sjukhusledning och medarbetare, leda till bättre kostnadsmedvetenhet och produktivitetsutveckling utan att påverka vårdkvaliteten och arbetsmiljön negativt.

Det ligger utanför ramen för detta projekt att föreslå förändringar av det sätt på vilket vårdgivarna avlönas. Det är dock viktigt att se sambandet mellan lönesystemet och det ekonomiska ersättningsmodellen och att verka för att de två inte motverkar varandras syften.

## **OLIKA BESKRIVNINGSG- OCH ERSÄTTNINGSMODELLER I OCH UTANFÖR SVERIGE**

### **Beskrivningssystem**

Man skiljer på diagnos- och åtgärdsklassifikationer. Diagnosen är lika med namnet på patientens sjukdom medan åtgärd syftar på de diagnostiska och/eller terapeutiska insatser som görs för patienten.

Vidare skiljer man på primära och sekundära klassifikationssystem. Med primär patientklassifikation menas att man utifrån tillgängliga uppgifter inordnar en vårdkontakt i en (och endast en) kategori enligt gällande anvisningar för det aktuella klassifikationssystemet. Med ledning av primärt klassificerad grundinformation grupperar de sekundära systemen enskilda patienters vårdhändelser till större grupper som har skapats för att vara relevanta både medicinskt och resursförbrukningsmässigt.

Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, KSH 97, är den primära diagnosklassifikation som används i Sverige sedan 1997. Denna klassifikation är en försvenskning av The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, som utges av världshälsoorganisationen.

Sedan 1997 finns en nordisk primäroperationsklassifikation, Klassifikation av Kirurgiska Åtgärder (KKÅ97). Därtill har Socialstyrelsen tagit fram den s k temporära åtgärdslistan, en osystematisk förteckning av åtgärder, som för närvarande omfattar cirka 160 åtgärder.

Sedan slutet av 1990-talet driver Socialstyrelsen projektet Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ). Projektet syftar till att utarbeta en nationell åtgärdslista, en primärklassifikation, för icke-operativa åtgärder. Ett förslag till preliminär förteckning togs fram hösten 2001. Efter en remissrunda stod det klart att man måste göra grundläggande omarbetningar. Detta arbete har nu påbörjats och möjligen kan ett nytt förslag förväntas under 2003. Västra Götalandsregionen samarbetar med Socialstyrelsen för att det utvecklingsarbete som bedrivits inom regionen skall kunna bli en del av den nationella åtgärdslistan.

Sedan 1999 har ett projekt i Västra Götalandsregionens regi arbetat med att ta fram ett beskrivningssystem för medicinska besök och åtgärder, Klassifikation av besök och medicinska åtgärder i Västra Götaland, KMV. Detta arbete är en förutsättning för de förslag som läggs fram i denna rapport. Klassifikationens viktigaste egenskaper kommenteras längre fram i denna rapport.

På landstings-, sjukhus- eller klinisknivå finns en rad olika beskrivningssystem i öppen- och slutenvården som kan betecknas som en sorts primära klassifikationer för olika delområden inom icke-opererande verksamheter. Flera av dessa fyller viktiga funktioner för verksamhetsuppföljningen på lokal nivå. Dessa verksamhetsbeskrivningar har dock olika ansatser och utgångspunkter, vilket gör att enhetlighet saknas.

## **Ersättning av sjukhusens öppna vård i Sverige**

Enligt en sammanställning av ersättningsmodellerna i Sverige år 2001 hade 6 landsting/motsvarande prestationsersättning i öppenvården.

Det rör sig om följande landsting och regioner.

- Landstinget Gävleborg. Ersättning per besök
- Landstinget Halland. Dagkirurgi ersätts enligt DRG; övrig öppen vård som en pott enligt gjord beställning
- Region Skåne. Grund för ersättningen är besök, dagsjukvård ersätts enligt högre ersättningsnivå. För dagkirurgi sker ersättningen enligt DRG. I ersättningen ingår kostnaderna för medicinsk service, hyra och annan service.
- Stockholms läns landsting. Dagsjukvård och dagkirurgi ersätts enligt DRG. Övrig öppen vård ersätts enligt en av SLL utvecklad prislista som tar hänsyn till resursförbrukning för

olika behandlingar, KÖKS. I ersättningen ingår kostnaderna för medicinsk service, hyra och annan service.

- Region Västra Götaland. Öppen vård ersätts per besök. Dagsjukvård ersätts enligt DRG (två sjukhus) eller enligt en lista som definierar dagkirurgi (övriga sjukhus). I ersättningen ingår kostnaderna för medicinsk service, hyra och annan service.
- Landstinget Östergötland. Universitetssjukhuset i Linköping har ett eget beskrivnings- och ersättningssystem. För övriga sjukhus ersätts läkarbesök, dagkirurgi och sjukvårdande behandling.

I övriga landsting i Sverige ersätts sjukhusens öppenvård med anslag.

KÖKS är det mest avancerade ersättningssystemet av de system som nu är i bruk i Sverige. KÖKS skapades 1992 för att ersättningen till den öppna specialistvården i Stockholms läns landsting skulle kunna ersättas prospektivt per prestation. Den ursprungliga avsikten var att KÖKS skulle vara en temporär lösning som inom några år skulle ersättas av en mer fullständig klassifikation. Ansvarig vårdgivare placerar in varje besök och dyrare åtgärder i olika besöks- och åtgärdstyper. Varje besöks- och åtgärdstyp är indelad i fem resursåtgångsklasser. KÖKS kan betecknas som ett sekundärt klassificeringssystem som saknar tydlig koppling till medicinskt relevanta primärdata. Under senare år har missnöjet med KÖKS blivit alltmer utbrett. Besöks- och åtgärdstyperna är abstrakta koder som saknar medicinskt innehåll. Enheten för vårdersättningar inom Stockholms läns landsting har visat ett tydligt intresse för det västsvenska beskrivningssystemet och eventuellt kommer KVM att prövas vid ett Stockholms-sjukhus under 2003.

Privat specialistsjukvård utanför sjukhusen ersätts antingen via samverkansavtal eller med vårdavtal. Samverkansavtal sluts med enskilda läkare som ersätts via den nationella taxan. Förutom besöksersättning innehåller läkarvårdstaxan en förteckning över åtgärder som skall föranleda särskilt arvode. Antalet besökstyper och åtgärder är få i förhållande till den mångfald som präglar den öppna specialistvården.

Om läkare ersätts via vårdavtal kan hälso- och sjukvårdsnämnderna styra villkoren för den vård som skall utföras. Framtida vårdavtal bör innehålla krav på att klassifikation av besök och medicinska åtgärder, KVM, skall användas då vårdgivaren redovisar och fakturerar sin verksamhet.

Det nuvarande västsvenska ersättningssystemet beskrivs i detalj i avsnittet ”De nuvarande ersättningssystemen i Västra Götaland, dessas för- och nackdelar.”

## **Beskrivnings- och ersättningssystem av öppenvård i utlandet**

### **Europa**

I Norden används ICD-10 som primär diagnosklassifikation. Samma operationsklassifikation som i Sverige används i Finland och Norge. Inget av de nordiska länderna har en fullständig primär åtgärdsklassifikation för öppenvården och inget av länderna har en sekundär klassifikation för öppenvården.

I de flesta europeiska länder ersätts den öppna specialistvården per besök. Med undantag för England och Holland finns det inga mer differentierade europeiska beskrivningssystem.

I England driver NHS sedan ett antal år utvecklingen av *HBG (Healthcare Benefit Groups)* och *HRG (Healthcare Resource Groups)*. HBG beskriver svårighetsgraden i patientens sjuk-

domstillstånd medan HRG beskriver vilka interventioner som görs för patienten. Varje patient kan beskrivas dels med hjälp av HBG och dels med hjälp av HRG. Både HBG och HRG saknar relation till primärklassifikationer, dvs bygger inte på medicinsk grundinformation. HBG och HRG har framförallt använts inom slutenvården, men utvecklingsarbete pågår för att ta fram beskrivningar även för öppenvården.

I Holland har man utvecklat *DBC (Diagnose Behandeling Combinatie)*. Detta är en typ av grupperare som omfattar hela vårdepisoder inom både öppen och sluten vård. Systemet är under utveckling. DBC används vid cirka 40 procent av de holländska sjukhusen.

## **USA**

I USA finns det flera olika system i bruk. Eftersom man i USA använder sig av andra primärklassifikationer än i Europa kan inte amerikanska system överföras till Sverige utan betydande översättnings- och anpassningsarbete.

*APG – Ambulatory Patient Groups* har tagits fram av företaget 3M och används i vissa delstater. APG är ett sekundärt klassificerings- och ersättningssystem där grupperingen baseras på diagnoser och åtgärder. Under 1990-talet gjordes försök med APG i Älvsborgs läns och Hallands läns landsting. Slutsatsen var att APG-klassificeringen inte nådde målet att skapa resursmässigt homogena och medicinskt relevanta grupper. Enligt rapporten klassificerar APG endast en mindre del av de aktiviteter som sker inom den öppna vården.

*APC – Ambulatory Patient Classification* är en vidareutveckling av APG. APC är också ett sekundärt klassificerings- och ersättningssystem men i detta system baseras grupperingen enbart på åtgärder.

*ACG – Adjusted Clinical Groups*. ACG har tagits fram vid Johns Hopkinsuniversitet i Baltimore. Detta system försöker beskriva hälsoläget i en befolkning i termer av risk för att behöva vård under kommande år. ACG är i första hand ett resursfördelningsinstrument och kan inte användas som grupperare i ett prestationsersättningssystem.

## **Utvärdering av sekundära patientklassifikationssystem i öppenvården**

Centrum för patientklassificering (CPK), ett samarbetsorgan mellan Landstingsförbundet och Socialstyrelsen, gjorde år 2001 en utvärdering av sekundära patientklassifikationssystem i öppenvården. Ett antal utländska sekundära klassifikationssystem värderades utifrån ett antal förformulerade krav. Slutsatsen blev att inget av de granskade klassifikationssystemen för öppenvård kan tas i bruk utan en omfattande anpassning till svenska förhållanden. Dessutom konstaterade man att det inte finns någon färdigutvecklad primär åtgärdsklassifikation i Sverige för öppenvård. Det västsvenska projektet för att ta fram en primärklassifikation för öppenvård är, mot bakgrund av CPKs slutsatser, välmotiverat.

## **DE NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEMEN I VÄSTRA GÖTALAND, FÖR- OCH NACKDELAR**

### **Nuvarande ersättningssystem**

Den västsvenska modellen för ersättningar till sjukhusen kan sammanfattas på följande sätt.

Modellen benämns blandmodellen på grund av att 50 procent av ersättningen utgår som en fast del (verksamhetsanslag) och 50 procent utgår som rörlig ersättning (prestationsersättning)

efter utförd vård. Vissa verksamheter/kostnader ersätts med anslag (abonnemang och riktade uppdrag). Med några undantag finns ett absolut tak för ersättningen.

Sluten somatisk vård ersätts huvudsakligen via DRG med innerfalls- och ytterfallsersättning. Innerfallsersättningen baserar sig på vikter som uttrycker genomsnittliga kostnader för grupper av likartade medicinska åtgärder/diagnoser. Ytterfallsersättning utgår för speciellt kostnadskrävande patienter där genomsnittsansättningen inte alls täcker sjukhusets kostnader. Psykiatri och rehabilitering samt vissa mindre områden inom sluten vård i övrigt ersätts huvudsakligen per vård dag. Högspecialiserad vård av rikssjukvårdskaraktär vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset ersätts alltid fullständigt.

Även öppenvården ersätts också med 50 procent fast och 50 procent rörlig ersättning. Nedanstående tabell visar förhållandena vid de olika sjukhusen.

Tabell 1. Sammanfattande beskrivning av den nuvarande ersättningsmodellen för sjukhusens öppenvård

Sjukhus	Läkarbesök/sjukvårdande behandlingar/dag-sjukvård	Dagkirurgi	Anmärkning
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Läkarbesök och sjukvårdande beh. Produktlista med flera besökstyper per mottagning. Drygt 200 olika besökstyper	Regiongemensam modell med ett femtontal typer av dagkirurgi.	Övrig dagkirurgi ersätts enligt DRG- liknande modell
Kungälv sjukhus	Läkarbesök och sjukvårdande beh. per mottagning, 4 mott.	Regiongemensam modell med ett femtontal typer av dagkirurgi.	Övrig dagkirurgi ersätts enligt DRG-liknande modell
NU-sjukvården	Läkarbesök per mottagning, c:a 12 mott.	Regiongemensam modell med ett femtontal typer av dagkirurgi. Övrig dagkirurgi ersätts som läkarbesök	
Södra Älvsborg sjukhus	Läkarbesök och sjukvårdande beh per mottagning, c:a 17 mott.	- ” -	
Alingsås lasarett	Läkarbesök och sjukvårdande beh per mottagning, 2 mott.	- ” -	
Skaraborgs sjukhus	Läkarbesök och sjukvårdande beh per mottagning, c:a 13 mott	- ” -	Dialys- och dagsjukvård ersätts separat vid några mottagningar

Observera att i begreppet öppenvård ingår såväl läkarbesök, sjukvårdande behandlingar, alla typer av dagsjukvård samt dagkirurgi. Medan man i statistikhänsyn differentierar mellan läkarbesök/sjukvårdande behandlingar och dagsjukvård tar ersättningssystemet inte alls hänsyn till denna uppdelning. Dagkirurgilistan som preciserar vilka ingrepp som skall räknas till denna kategori har inte reviderats på flera år. Flera dagkirurgiska ingrepp som numera görs inom öppenvården ersätts därför som ett läkarbesök. Dagkirurgin har ändå fortsatt att öka oaktat att detta i viss mån inneburit ekonomiska nackdelar för sjukhusen. Vid Göteborgssjukhusen och sjukhuset i Kungälv ersätts all dagkirurgi, d v s även ingrepp som inte finns med på listan.

Den största differentieringen av ersättningarna för besök och sjukvårdande behandlingar finns vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset medan andra sjukhus har besöksersättningar som baseras på genomsnittskostnader för organisatoriskt sammanhållna mottagningar.

Sammanfattningsvis är produktbeskrivningen inom öppenvården mycket oenhetlig. Dagens beskrivnings- och ersättningssystem för öppenvården duger inte som underlag vid jämförelser mellan sjukhusen. Man kan inte avgöra orsaken till observerade skillnader; det går inte att urskilja vad som är produktivitetsskillnader, respektive vad som beror på strukturskillnader.

## **Utvärderingar av den nuvarande ersättningsmodellen**

Under 2001/2002 har en arbetsgrupp inom Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli gjort en översyn av det nuvarande ersättningssystemet inom sjukvården. Gruppen lade i april 2002 fram rapporten "Översyn av ersättningsmodeller för sjukvården i Västra Götalandsregionen". Rapporten refererar bland annat sjukhusens svar på en enkät om ersättningsmodellen.

Sjukhusens samlade bedömning var att modellen bidrar till att kostnadskontrollen kan hållas men att modellen inte stimulerar till ökad produktion/produktivitet. Flera sjukhus har under 2001 inte hållit sina resultat/kostnader, vilket gör att man kan fråga sig om kostnadskontrollmålet uppnåtts. Sjukhusens svar kan kanske tolkas på följande sätt: om modellen hade tillämpats konsekvent hade kostnadskontrollmålet uppnåtts, men i realiteten har inte intentionerna praktiserats fullt ut.

En sammanställning av sjukhusens synpunkter på den nuvarande ersättningsmodellen återfinns i bilaga 2.

Några av sjukhusens andra synpunkter på nuvarande modell var:

- Blandmodellen (50 procent fast ersättning och 50 procent rörlig ersättning med ett "tak") har närmast karaktären av anslagsmodell
- Modellen tar inte hänsyn till effektivaste utföraren (genom sjukhusspecifika priser)
- Ersättning för FOU ingår i ersättningen. Denna ersättning bör preciseras och särskiljas
- Det föreligger ingen skillnad i hur akut och elektiv vård ersätts
- Ersättningsmodellen måste förenklas istället för att byggas ut med nya varianter
- Det finns olika modeller och ersättningsnivåer för den inomregionala och den utomregionala vården.

Sjukhusen önskade följande förändringar i den nuvarande ersättningsmodellen:

- Incitament till ökad produktion/produktivitet bör läggas in. Det absoluta taket som finns måste tas bort
- Den akuta vården bör ersättas separat med anslag/abonnemang medan den planerade vården bör ersättas per prestation
- Särskild ersättning för FoU
- Gemensam ersättningsmodell för den inom- och utomregionala vården

Hälso- och sjukvårdsdirektören gav under vintern 2002 uppdrag till konsultfirman KPMG att belysa och utvärdera den nuvarande västsvenska ersättningsmodellen. KPMGs rapport innehåller flera iakttagelser och slutsatser som också finns i översynsrapporten från Hälso- och sjukvårdskansliet.

I KPMG-rapporten nämns att ersättningssystemet i Västra Götalandsregionen har utformats för att klara fem grundkrav:

- Intäktsneutralitet
- Lika ekonomiska förutsättningar för sjukhusen
- Totalkostnadskontroll
- Effektiviseringsstimulans
- Strukturpåverkan

KPMGrapporten konkluderar att den nuvarande ersättningsmodellen i olika grad uppfyller dessa krav. Den största förbättringspotentialen torde enligt rapporten finnas på området effektiviseringsstimulans.

Huvudförslagen i KPMGrapporten är

- att ett system med regiongemensamma *riktpriser* införs och
- att ett grundsystem med *full (100 procent) prestationsersättning* införs.

### **Arbetsgruppens bedömning av det nuvarande ersättningssystemet**

De ovannämnda rapporterna pekar på att den nuvarande ersättningsmodellen inte innehåller tillräckligt starka produktionsstimulerande inslag. Framtida ersättningssystem bör därför innehålla mer tydliga incitament som verkar i produktions- och produktivitetstimulerande riktning.

Det nuvarande ersättningssystemet för öppenvården förmår inte att ersätta sjukhusen efter besökets innehåll och komplexitet. Dagens system är för grovt, det finns alltför få tjänsteprodukter. Det finns inget tydligt samband mellan prestationens innehåll/resursförbrukning och ersättningens storlek.

Dagens beskrivnings- och ersättningssystem för öppenvården duger inte som underlag vid jämförelser mellan sjukhusen. Man kan inte avgöra orsaken till observerade skillnader; det går inte att urskilja vad som är produktivitetsskillnader, respektive vad som beror på struktur-skillnader.

Kostnadskalkylerna för besök har utförts på olika sätt beroende på att sjukhusen har haft olika regler och traditioner. Det går därför inte att jämföra sjukhusens kostnadsnivå och dra några slutsatser om produktiviteten vid en viss mottagning jämfört med en annan.

Fördelningen av ekonomiska risker mellan beställare och utförare är ojämnt uppdelade i dagens ersättningssystem. Takkonstruktionen medför att sjukhusen tar en stor ekonomisk risk eftersom ersättning inte utbetalas för prestationer som ligger över taket. Å andra sidan har de avtalade överenskommelserna inte alltid tillämpats fullt ut; vissa sjukhus har de senaste åren fått ut full ersättning trots att prestationerna inte nått den avtalade nivån.

### **ERSÄTTNINGSSYSTEMETS STYRANDE EFFEKT ÄR BEROENDE AV SJUKHUSETS INTERNA STYRMODELL**

Inom sjukhusen tillämpas inte prestationsersättning i någon större omfattning, utan man arbetar i allt väsentligt med anslag som skall täcka respektive enhets kostnader. Eftersom sjukhusen inte använder sig av prestationsersättning i sin interna styrning finns det risk för att ersättningssystemets avsedda styreffekter inte når ut i organisationen. Samtidigt innebär den nuvarande takkonstruktionen att sjukhusledningen i vissa fall tar en risk då man sänder ut produktionsstimulerande signaler. Produktion som överstiger den avtalade nivån ersätts inte.

I Hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget för 2002 fick HSS-kansliet i uppdrag ”att tillsammans med utförarna försöka ta fram ett förslag till ersättningsmodeller som ska kunna användas även på sjukhusens kliniker och avdelningar”. I rapporten ”Översyn av ersättningsmodeller för sjukvården i Västra Götalandsregionen” diskuteras frågan och man redogör för argument för och emot ökad ersättning direkt till kliniker och avdelningar. Man gör följande överväganden:

” Några motiv för att bryta ned ersättningarna till kliniker och avdelningar är att:

- tydliggöra beställningen och få en direkt koppling till vad som är önskvärt att uppnå ( de politiska målen) och ersättningen för detta
- ersättningen är ett kraftfullt styrinstrument och ger som sådant signaler som påverkar och tydliggör kraven på den enskilda verksamheten men också möjligheter att skapa incitament för att öka produktion och produktivitet
- det kan öka dynamiken i ersättningsprocessen och stimulera till okonventionella lösningar
- till verksamhetsnivån ge signalen att det är viktigt vad som görs och att uppdraget klaras.

Skäl som talar för att även fortsättningsvis rikta ersättningarna till den samlade sjukhusnivån/motsvarande är bland annat att:

- sjukhusdirektören/motsvarande har det övergripande ekonomiska resultatansvaret gentemot ägaren
- det är sjukhusdirektörens uppgift att ansvara för den interna styrmodellen inom sjukhuset och att det tillämpas en styrmodell med tydliga ansvars- och befogenhetsregler
- ett vårdtillfälle/besök (OBS! i originaltexten står det vårdepisod) har många interna samband/aktiviteter (operation, röntgen, lab etc) och där alla delarna är en förutsättning för intäkten. Komplexiteten och sambanden gör att en ersättning inte utan vidare kan föras ut på verksamhetsnivån.
- fokus ska ligga på kostnadskontroll och inte på incitament för ökade intäkter
- DRG som ersättningssystem bygger på det samlade sjukhusvårdtillfället. Systemet är uppbyggt utifrån patientgrupper och inte efter sjukhusens interna organisatoriska indelning”

Arbetsgruppen inser att frågan om ersättning direkt till kliniker och avdelningar är komplicerad. Samtidigt anser arbetsgruppen att det i dagsläget finns för få produktionsstimulerande incitament på klinik-/avdelnings-/mottagningsnivå. Denna brist leder troligen till att produktionen inte når den nivå som verksamheten har potential för. De produktionsstimulerande incitamenten kan utformas på flera olika vis, det är viktigt att varje sjukhus hittar den modell som passar sjukhuset bäst. Det är också viktigt att sjukhusledningarna aktivt verkar för att öka personalens insikter om de ekonomiska förutsättningarna, det gäller både intäkter och kostnader. Om det inte införs fler produktionsstimulerande incitament på sjukhusen finns det risk för att införandet av ett nytt ersättningssystem för sjukhusens öppenvård inte kommer att få den avsedda effekten.

Ett parallellt problem gäller överenskommelserna mellan beställarna och sjukhusen. Sådana överenskommelser träffas på sjukhusledningsnivån och inte med enskilda kliniker. Det finns en viss risk att intentionerna i avtalet inte är kända ute på vårdenheterna.

# ARBETSGRUPPENS STÄLLNINGSTAGANDEN RÖRANDE VAL AV ERSÄTTNINGSMODELL FÖR SJUKHUSENS ÖPPENVÅRD

Ersättningen är ett styrinstrument som främst påverkar verksamhetens inriktning och de producerade volymerna. Ersättningen är ur utförarens synvinkel en kvittens på utförd arbetsinsats och finansieringen av verksamheten. Det är viktigt att det finns ett tydligt samband mellan uppdrag, arbetsinsats, resultat och ersättning.

## Typ av ersättningssystem

Teoretiskt sett skulle beställare och utförare kunna komma överens om vilket ersättningssystem som skall gälla vid ett visst sjukhus. Det skulle kunna leda till att en flora av olika ersättningsmodeller uppstod. Sjukhusen skulle inte arbeta under likvärdiga och rättvisa förutsättningar. En rad olika vårdadministrativa lösningar skulle behöva utarbetas. Transaktionskostnaderna för ett sådan lokal frihet skulle bli mycket stora. Det skulle inte längre vara möjligt att göra några som helst jämförelser mellan olika sjukhus. Arbetsgruppen anser därför att alla sjukhus i regionen skall ersättas efter samma regler och principer, dvs med samma ersättningssystem.

I avsnittet om ersättningssystem i Hälso- och sjukvårdsstyrelsens budet för 2002 framhålls hög produktivitet och kostnadskontroll som viktiga mål. Den tidigare genomgången av olika typer av ersättningssystem visar att de olika systemen har skilda egenskaper. Prestationsersättningssystem stimulerar till hög produktion, i vissa fall även till hög produktivitet, medan de fungerar sämre då det gäller att uppnå totalkostnadskontroll. Totalbudgetlösningar har bättre egenskaper vad gäller kostnadskontroll medan förmågan att stimulera prestationsnivån är låg. System som kombinerar prestationsersättningssystemens och totalbudgetlösningarnas egenskaper kommer därför ha den största potentialen att bidra till att de politiska målen uppnås.

Ytterligare skäl för prestationsersättning är

- Prestationsersättningssystem tvingar fram ställningstaganden till vilken vård som skall ersättas medan totalbudgetlösningar inte är primärt fokuserade på detta. Prestationsersättningssystemens inneboende inriktning på vårdens innehåll ger dem ett försteg framför totalbudgetlösningarna.
- Prestationsersättningssystem också ställer krav på korrekta uppgifter i faktureringsunderlaget. Prestationsersättning bidrar därför till god registerkvalitet och korrekt produktionsstatistik.
- I stort sett alla internationella ersättningssystem är retrospektiva eller prospektiva. De retrospektiva systemen överges dock alltmer till förmån för prospektiva system med produktgrupper.

I valet mellan retrospektiva och prospektiva system förordar arbetsgruppen prospektiva system med produktgrupper. Retrospektiva system där sjukhusen kan fakturera för varje utförd åtgärd stimulerar till ökad användning av diagnostiska och terapeutiska insatser. Retrospektiva system medför därför en viss risk för överkonsumtion, något som varken gynnar patienten eller finansären. Prospektiva system med produktgrupper ger producenten

incitament att reducera kostnaden inom produktgruppen. De prospektiva systemen har således bättre egenskaper ur kostnadskontrollsynpunkt. Retrospektiva system lägger hela den ekonomiska risken på beställaren medan de prospektiva mer rättvist fördelar riskerna mellan utförare och beställare. De prospektiva systemen har slutligen lägre transaktionskostnader än de retrospektiva.

Behovet av totalkostnadskontroll främjas om prospektiva system med produktgrupper kombineras med regler beträffande totalkostnadsramen, dvs om någon form av takkonstruktion används. Som framgår nedan gör dock arbetsgruppen bedömningen att den nuvarande takkonstruktionen bör ändras.

Sammanfattningsvis förordar arbetsgruppen en regionalt enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppenvård. Arbetsgruppen förordar vidare en kombination av ett prospektivt system med produktgrupper och en, jämfört med nuläget, förändrad takkonstruktion.

## **Produktionsstimulerande incitament och totalkostnadskontroll**

De två ovan nämnda granskningsrapporterna gör var för sig bedömningen att de produktionsstimulerande incitamenten behöver förstärkas. Blandmodellens kombination av anslag och prestationsersättning samt den nuvarande takkonstruktionen anses vara de främsta orsakerna till att de produktionsstimulerande incitamenten är svaga. För att öka produktionsstimulansen kan endera eller båda dessa element förändras. Arbetsgruppen gör bedömningen att det vid sjukhusen fortfarande finns delvis outnyttjad effektiviseringspotential i form av överföringar från slutet till öppen vård. Till exempel leder medicinteknologiska och farmakologiska framsteg till att nya polikliniseringsmöjligheter uppkommer kontinuerligt. Det finns också fortfarande skillnader mellan de västsvenska sjukhusen i deras förmåga att överföra vård från slutna till öppna former. De prestationshöjande inslagen i öppenvårdens ersättningssystem bör öka för att stimulera ytterligare överföring från slutet till öppen vård. Idag köar många patienter för att få hjälp med ”dagkirurgiska” ingrepp. Vårdköerna är därför också ett skäl för att öka de prestationshöjande incitamenten inom öppenvården.

Vid en förändring av nuvarande ersättningssystem är det viktigt att analysera effekterna ur riskfördelningssynpunkt. Om blandmodellen överges för full (100 procent) ersättning ökar risktagandet för sjukhusen. Detta kan till viss del kompenseras genom att takkonstruktionen förändras så att viss överskjutande produktion ersätts.

Arbetsgruppen föreslår följande:

- sjukhusens öppenvård bör efter ett inledande infasningsår ersättas med full (100 procent) prestationsersättning
- den nuvarande takkonstruktionen är hämmande ur produktionssynpunkt och bör för öppenvårdens vidkommande ses över under samtidigt beaktande av kravet på totalkostnadskontroll
- med tanke på att den nya ersättningsmodellen innehåller flera oprövade komponenter som ökar sjukhusens ekonomiska risker bör sjukhusen ersättas enligt den nuvarande blandmodellen under det första året som det nya ersättningssystemet tillämpas. Detta bör gälla vid införandet av ny ersättningsmodell för såväl kirurgiska som medicinska öppenvårdsgrupper
- för att de produktions- och produktivitetstimulerande incitamenten skall få avsedd effekt måste intentionerna tydligt kommuniceras ut till verksamheterna. Incitamenten kan kommuniceras på flera olika sätt och respektive sjukhusledning har att avgöra vilken metod som är lämpligast

Arbetsgruppen bedömer att

- riskerna, för att de föreslagna produktionsstimulerande förändringarna leder till negativa effekter av den typ som diskuterats i avsnittet om etik och ersättningssystem, är små.

## **Prospektiv ersättningsmodell med produktgrupper**

Vi har ovan förordat att ersättningen till sjukhusen för besök och åtgärder inom öppenvården skall ske via ett prospektivt system med produktgrupper. Ett sådant system fordrar att de uppgifter om vården som registrerats med hjälp av primärklassifikationerna grupperas och därmed inordnas i ett sekundärt klassifikationssystem. Av vår tidigare redogörelse i denna rapport framgår att det inte är möjligt att använda sig av redan färdiga inhemska eller utländska programapplikationer. Nya system, som är anpassade till svenska förhållanden, måste användas.

I Västsverige kommer det att finnas två primärklassifikationer för öppenvården, dels operationsklassifikationen, KKÅ97, och dels klassifikation av besök och medicinska åtgärder, KMV. Det är inte möjligt att samordna de två primärklassifikationerna i en grupperare. Två olika grupperare kommer att behövas. Vilken av primärklassifikationerna som används avgör vilken grupperare som används.

Den nya Nord-DRG-O-grupperaren kommer att gruppera åtgärder som bygger på operationsklassifikationen. De besök och åtgärder som förtecknats inom KMV måste åtminstone temporärt grupperas för sig. Nedan redogörs i korthet för de två grupperarna och de huvudsakliga förslagen som är knutna till dessa. Grupperarna beskrivs mer utförligt längre fram i rapporten.

Under 2001 och 2002 har en öppenvårdsgrupperare som bygger på operationsklassifikationen tagits fram av Centrum för patientklassificering (CPK). Grupperaren kallas Nord-DRG-O och använder sig av samma logik som slutenvårdsgrupperaren Nord-DRG. Det gör att kirurgisk verksamhet i slutenvård och öppenvård hålls samman av en och samma grupperare. Grupperaren kommer att bli nationell standard. Grupperaren kommer enligt CPK att bli tillgänglig under september 2002 vilket gör att den kan användas från årsskiftet 2002/2003. Arbetsgruppen föreslår att denna grupperare införs från årsskiftet. Vidare föreslås att ett nytt ersättningssystem för kirurgiska öppenvårdsgrupper införs vid årsskiftet. Begreppet dagkirurgi har tidigare använts för att beskriva operativ verksamhet i öppenvården. I och med att den nya grupperaren tas i bruk blir dagkirurgibegreppet inadekvat. Den nya grupperaren behandlar betydligt fler åtgärder än vad som tidigare betecknats som dagkirurgi, till exempel grupperas även endoskopiska åtgärder. Arbetsgruppen förordar därför att det vidare begreppet kirurgiska öppenvårdsgrupper (K-ÖVG) ersätter dagkirurgibegreppet och används som beteckning på de produktgrupper som genereras av den nya grupperaren.

Arbetsgruppen förordar vidare att en ny grupperare för produktgruppering av KMV (klassifikation av besök och medicinska åtgärder i Västra Götaland) utvecklas under 2002/2003. De produktgrupper som genereras vid gruppering bör kallas medicinska öppenvårdsgrupper, M-ÖVG. Målsättningen är att ersättning enligt de nya produktgrupperna skall utgå från årsskiftet 2003/2004. Det går dock inte att utlova att den nya grupperaren införs över hela fältet vid årsskiftet 2003/2004, eftersom en rad olika förhållanden som ligger utanför ersättningsprojektets kontroll kan påverka utvecklingsarbetet. De största osäkerheterna rör IT-systemen, sjukhusens resurser för kalkylering av besök och åtgärder, samt den takt med

vilken sjukhusen inför registrering av KMV. Arbetsgruppen föreslår därför att ett definitivt ställningstagande görs senare, dock senast september 2003.

<b>Primärklassifikation</b>	Klassifikation av kirurgiska åtgärder	Klassifikation av besök och medicinska åtgärder
<b>Grupperare</b>	↓ Nord-DRG-O	↓ Ny grupperare
<b>Resultat</b>	↓ Kirurgiska öppenvårdsgrupper K-ÖVG	↓ Medicinska öppenvårdsgrupper M-ÖVG
<b>Grupperare införs</b>	2003-01-01	Målsättning 2004-01-01
<b>Ersättningssystem införs</b>	2003-01-01	Målsättning 2004-01-01

Figur 2. Schematisk beskrivning av arbetsgruppens förslag beträffande prospektiv ersättning med produktgrupper

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att Nord-DRG-O-grupperaren införs från årsskiftet 2002/2003. Nord-DRG-O-grupperaren skapar produktgrupper som kallas kirurgiska öppenvårdsgrupper. Vidare föreslås att ett nytt ersättningssystem för kirurgiska öppenvårdsgrupper införs vid årsskiftet 2002/2003. Arbetsgruppen förordar vidare att en ny grupperare för produktgruppering av besök och åtgärder i KMV (Klassifikation av besök och medicinska åtgärder i Västra Götaland) utvecklas under 2002/2003. En sådan grupperare bildar produktgrupper som kallas medicinska öppenvårdsgrupper. Målsättningen är att de medicinska produktgrupperna skall utgöra ersättningsgrund från årsskiftet 2003/2004 men definitivt ställningstagande bör göras senare, dock senast september 2003.

## **Sambandet mellan sluten och öppen vård**

Under hela 1990-talet har sjukvård överförs från sluten till öppen vård. Antalet vårdplatser har minskat medan öppenvårdens volymer har ökat. Omfattningen av denna poliklinisering är dock inte känd. Rapporten Kirurgi i slutenvården 1995 – 1999 visar på detta förhållande. Produktionen inom slutenvården har minskat medan de dagkirurgiska ingreppen har ökat. Öppenvårdsredovisningen har haft förhållandevis låg kvalitet och därför kan inte den överförda volymen beräknas med noggrannhet. Det gör att det också är svårt att bedöma vilka produktivitetsförändringar som inträffat.

De förslag som läggs i denna rapport gör att sambandet mellan produktion i sluten och öppen vård kan följas på ett helt annat sätt tidigare. Införandet av en ny öppenvårdsgrupperare för kirurgiska åtgärder som ger samma grupperingsresultat i båda vårdformerna kommer att medföra att det blir lättare att följa patientens väg genom sjukhusvården. Man kommer också att kunna se inom vilka områden sjukhusen skiljer sig åt i polikliniseringshänseende. Vidare kommer införandet av det nya beskrivningssystemet för medicinsk öppenvård att underlätta bedömningen av i vilken grad sådan vård har överförts från sluten till öppen vård.

I KPMGs rapport finns ett resonemang om att man med ersättningssystemets hjälp skall föra över vård från sluten till öppen vårdform. ”Vad som också vore angeläget är att skapa ett sys-

tem, där ersättningsformerna stimulerar utförarna till att så långt möjligt skapa samma patientnytta på effektivaste sätt, t ex genom konsekvent styrning mot öppna vårdformer framför slutenvård där sådana alternativ finns!”

Arbetsgruppen har övervägt ett alternativ som innebär att alla vårdtillfällen med noll vård dagar (in- och ut samma dag) som innehåller kirurgisk åtgärd ersätts som om de hade utförts i dagkirurgi. Som framgår längre fram rör det sig dock om ett litet antal vårdtillfällen, 0,8 procent av alla kirurgiska vårdtillfällen. Arbetsgruppen gör bedömningen att om man skulle införa en särregel för kirurgi från 2003 blir det en skillnad gentemot medicinska vårdtillfällen eftersom en öppenvårdsgrupperare för medicinsk vård kan bli färdig först 2004. En sådan skillnad skulle bli krånglig att förstå, kirurgiska vårdtillfällen med noll vård dagar som grupperas av den nya Nord-DRG-O-grupperaren skulle hanteras på ett annat sätt än medicinska vårdtillfällen med noll vård dagar. Arbetsgruppen instämmer i bedömningen att ersättningssystemet bör användas för att stimulera övergången till öppna vårdformer, men anser att man bör avvakta med sådana förslag till dess att medicinska och kirurgiska vårdtillfällen med noll vård dagar kan hanteras på ett likvärdigt sätt.

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att vårdtillfällen med noll vård dagar ersätts med nuvarande slutenvårdsersättning fram till dess att införandet av de nya ersättningssystemen för öppenvården har genomförts.

## **Sambandet mellan sjukhusens öppenvård och primärvården**

Vi har ovan föreslagit att sjukhusens öppenvård ersätts via ett prospektivt ersättningssystem med produktgrupper. Ytterligare slutenvård kan polikliniseras och vi föreslår därför att de produktionsstimulerande incitamenten skall öka. Den politiska intentionen är att all sjukvård som kan tas omhand inom primärvården även skall skötas på den nivån. Till följd av de ökade incitamenten skulle öppenvårdsverksamheten vid sjukhusen kunna öka på bekostnad av primärvårdens verksamhet. Detta skulle vara en oönskad effekt av det nya ersättningssystemet. Arbetsgruppen anser därför att man särskilt bör följa volymsutvecklingen inom primärvården och inom sjukhusens öppenvård under de första åren efter det att det nya ersättningssystemet tagits i bruk.

## **Regiongemensamma priser**

I båda ovan nämnda rapporter, den interna översynen av ersättningsmodellen och KPMGs granskning, föreslås mer enhetliga ersättningsnivåer. I den interna översynsutredningen förordar man att ersättningsmodellen för den slutna sjukhusvården utvecklas i riktning mot mer jämförbara priser mellan sjukhusen. I KPMGrapporten föreslås att regiongemensamma riktpriiser införs. Rapporterna skiljer sig åt vad gäller ”hettan” i argumenteringen men inriktningen är klar, båda förordar en utveckling mot mer regiongemensamma ersättningar. I rapporterna framhålls att en förutsättning för att uppnå enhetliga priser är att sjukhusen preciserar och bryter ut kostnader för vissa områden. Dessa områden skall ersättas vid sidan om den vanliga prestationsersättningen. Det gäller framförallt forsknings- och utvecklingskostnader (FoU), men även andra områden och strukturella skillnader kan omfattas. Dessa frågor kan inte lösas inom ramen för detta projekt och denna rapport. I avvaktan på ytterligare utredning av dessa frågor förordar arbetsgruppen att sjukhusens öppenvård som tidigare ersätts med sjukhusspecifika priser. Att införa regiongemensamma öppenvårdspriser samtidigt som slutenvården ersätts med sjukhusspecifika priser skulle skapa nya problem. Bland annat kan sjukhusen komma att omfördela kostnader mellan vårdformerna utan att de reella kostnadsförhållandena förändrats. Om det inträffar kommer förhållandet mellan slutenvård – och öppen-

vårdskostnader att ändras. Jämförbarheten minskar. Ett isolerat införande av regiongemensamma öppenvårdspriser kommer heller inte att medföra att de önskade positiva effekterna (incitament för effektivisering, belöning av kostnadseffektiva verksamheter etc) uppträder. För att uppnå de eftertraktade följderna av regiongemensamma ersättningar måste sådana ersättningar införas samtidigt inom både öppen och sluten vård.

Sammanfattningsvis anser arbetsgruppen att det inte finns förutsättningar att införa regiongemensamma priser enbart för sjukhusens öppenvård.

## **Kostnadskalkyler**

Det är väl känt att principerna för hur kalkyler utförs skiljer sig mellan sjukhusen. Kostnadskalkylerna för besök har utförts på olika sätt beroende på att sjukhusen har haft olika regler och traditioner. Det går inte att jämföra sjukhusens kostnadsnivå och dra några slutsatser om produktiviteten vid en viss mottagning jämfört med en annan. Detta förhållande har även uppmärksammats i KPMG-rapporten. Arbetsgruppen har ovan gjort bedömningen att det är olämpligt att införa regiongemensamma ersättningsnivåer enbart för öppenvården. Regiongemensamma priser bör samtidigt införas för öppen- och sluten vård. I avvaktan på beslut i denna fråga föreslår arbetsgruppen att kalkylarbetet bedrivs på respektive sjukhus men att arbetet utförs på ett likartat sätt. För att resultatet skall bli så enhetligt som möjligt bör gemensamma principer och synsätt tillämpas. Arbetsgruppen föreslår därför att de förslag som lagts fram av det regionala KPP-projektet skall tillämpas i kalkylarbetet. Förslagen presenteras mer utförligt längre fram i denna rapport. KPP-rapporten behandlar främst förhållandena i slutenvården. Av den orsaken framlägger arbetsgruppen längre fram i rapporten förslag till kompletterande kalkyleringsregler för besök och åtgärder inom öppenvården.

Kalkylarbetet kan startas först då ett underlag med uppgifter om producerade volymer föreligger. Volymuppgifter om kirurgiska öppenvårdsgrupper (K-ÖVG) kan erhållas genom att använda sig av registeruppgifter från år 2001. Uppgifter om övriga besök och åtgärder kan endast fås fram genom att hämta volymsdata från den registrering som startar under 2002. Registreringen måste ha pågått så lång tid att uppskattningar av producerade årsvolymer kan göras. Arbetsgruppen förordar att registrering skall ha pågått i minst 3 månader under perioden september – maj för att rimligt säkra uppskattningar om årsvolymer skall kunna göras. Det innebär att kostnadskalkylerna tidigast kan vara klara i september 2003. Om tidtabellen kan hållas finns det förutsättningar för att införa ett nytt ersättningssystem för besök och medicinska åtgärder från årsskiftet 2003/2004. Vissa sjukhusföreträdare i arbetsgruppen har dock uttryckt farhågor för att kalkylarbetet inte kommer att hinnas med under denna period.

Sammanfattningsvis anser arbetsgruppen att det är mycket viktigt med ökad regional enhetlighet vid kostnadskalkylering. De principer som framläggs i den regionala KKP-rapporten skall i tillämpliga fall användas vid kostnadsberäkningar av besök och åtgärder. Arbetsgruppen lägger också fram vissa kompletterande kalkyleringsregler som skall gälla för öppenvården.

## **Planerad och oplanerad öppenvård**

För närvarande ersätts akutvården via blandmodellen. I den enkät som refererats ovan föreslog flera sjukhus att akutmottagningarna skall ersättas med anslag (abonnemang). Ett argument för detta är att akutmottagningarna har en beredskapsfunktion, de skall utan omställningstid kunna ta emot ett stort antal svårt sjuka eller skadade patienter. Ett annat argument

för abonnemangsansättning är att akutmottagningarna kan uppvisa stora volymsvariationer som inte kan förutses. Det finns exempel på belastningsskillnader på 10 – 15 procent mellan två verksamhetsår.

Det finns också skäl som talar för att ersätta akutmottagningsverksamheten med full prestationsersättning, ett sådant skäl är sjukhusens krav på att bli ersatta efter vad man utfört. Vid oförutsedda volymsökningar kan abonnemangsansättning upplevas som orättvis och vara demoraliserande; trots ökad arbetsbelastning och ökade kostnader förblir ersättningen oförändrad.

Skillnaden mellan akut och planerad öppenvård kan vid en ytlig granskning förefalla glasklar. Den akuta verksamheten bedrivs vid akutmottagningarna medan övrig öppenvård är planerad. Men långt ifrån all akutverksamhet bedrivs på akutmottagningen. Inom flera specialiteter, till exempel barn, ögon och öron, blandas vid de flesta sjukhusen akut och planerad verksamhet på en och samma mottagning. Det skulle bli svårt att ersätta den akuta delen av till exempel öronmottagningens verksamhet med anslag medan resten skulle vara prestationsersatt. För ekonomiskt sammanhållna mottagningar som bedriver såväl akut som planerad verksamhet i samma lokaler är det svårt att avgränsa den akuta verksamheten från den planerade. Det kommer också vara svårt att vid kostnadskalkylerna skilja ut den akuta verksamheten. Arbetsgruppen föreslår därför att prestationsersättning i enlighet med förslagen i denna rapport införs för såväl akut som planerad verksamhet vid dessa ”blandade” mottagningar.

Frågan om eventuell abonnemangsansättning till akutmottagningarna bereds för närvarande i andra fora inom regionen. Arbetsgruppen avstår därför från att föreslå förändringar av ersättningen till akutmottagningarna, dvs de organisatoriska enheter som till mycket stor del domineras av akut verksamhet.

Det är inte klarlagt om användning av primärklassifikationer (KKÅ97 och KMV) passar på akutmottagningarna. Kunskap och erfarenheter kan endast vinnas genom kontrollerade försök. Om det visar sig att dessa båda klassifikationer passar även för akutmottagningar anser arbetsgruppen att klassifikationerna bör införas för att uppnå en enhetlig beskrivning av öppenvården.

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att prestationsersättning i enlighet med förslagen i denna rapport införs för såväl akut som planerad verksamhet vid ekonomiskt sammanhållna mottagningar som bedriver akut och planerad verksamhet i samma lokaler. Arbetsgruppen lägger inga förslag avseende ersättningsformen vid akutmottagningar.

## **Hur skall övergången till det nya ersättningssystemet hanteras?**

Införandet av ett nytt ersättningssystem innebär ekonomisk osäkerhet för sjukhusen och beställarna. Drygt 2,3 miljoner läkarbesök och 1,2 miljoner sjukvårdande behandlingar omfattas av förändringen. Sjukhusens kostnader för öppenvården ligger i storleksordningen 3 – 3,5 miljarder kronor per år. Registreringen av besök och åtgärder kan vara bristfällig, vilket leder till att sjukhuset förlorar intäkter. Det kan också finnas dolda brister i de IT-system som skall administrera ersättningssystemet, vilket kan påverka intäktsnivån. För att minska den ekonomiska risken bör olika säkringsmekanismer byggas in. Arbetsgruppens samlade förslag för att underlätta övergången framgår nedan.

För det första innebär förslaget om ersättning med sjukhusspecifika ersättningar att sjukhusen får en viss ekonomisk säkerhet.

Vi har också föreslagit att eftersom den nya ersättningsmodellen innehåller flera oprövade komponenter bör sjukhusen ersättas enligt den nuvarande blandmodellen under det första året som det nya ersättningssystemet tillämpas. Detta bör gälla vid införandet av ny ersättningsmodell för såväl kirurgiska som medicinska öppenvårdsgrupper.

För det tredje bör beställarna och sjukhusen gemensamt följa upp konsekvenserna av det nya ersättningssystemet. Uppföljningen bör göras efter fyra månaders drift. En sådan uppföljning bör göras efter införandet av såväl kirurgiska som medicinska öppenvårdsgrupper. Uppföljningen skall innehålla analyser av resultatet samt intäktsprognoser. Uppföljningen skall läggas fram så snabbt att sjukhusen och beställarna har möjligheter att snabbt åtgärda eventuella fel och brister.

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att vissa säkringsmekanismer införs vid övergången till det nya ersättningssystemet.

### **Hur skall extrema kostnader hanteras?**

Enstaka nya läkemedel är mycket dyra. Vissa cytostatikakombinationer kostar cirka 15 000 kronor per läkemedelsadministrationstillfälle. En injektion av monoklonala antikroppar kan kosta drygt 12 000 kronor. Vissa patienter kan få sådana monoklonala antikroppar under längre tid, 3 gånger per vecka under 6 – 10 veckor. Eftersom dessa läkemedel ofta ges inom öppenvården påverkas hematologmottagningens kostnader högst påtagligt. Även inom andra områden förekommer det att vissa undersökningar eller behandlingar är mycket kostnadskrävande.

Dessa förhållanden gör att det finns ett behov av att införa någon typ av kostnadsytterfallsersättning även inom öppenvården. Inom slutenvården finns fastställda regler för såväl kostnads- som vårdtidsytterfall. På den korta tid som stått till buds har arbetsgruppen inte hunnit ta fram ett konkret förslag på hur en ytterfallsersättning inom öppenvården skall utformas.

Arbetsgruppen föreslår att hälso- och sjukvårdsdirektören tillsätter en arbetsgrupp som får i uppdrag att utreda frågan om ytterfallsersättning i öppenvården under hösten 2002.

### **Underhåll av primärklassifikationer och ersättningssystem**

Då man bygger ett hus tar man på sig ansvaret för framtida reparationer. Då Västra Götalandsregionen inför ett nytt beskrivnings- och ersättningssystem åtar sig regionen också att ansvara för framtida underhåll. Under de första åren i drift kommer ett antal detaljfel av större och mindre omfattning att upptäckas. Dessa måste rättas till och alla användare måste informeras. Efter några års användning behöver beskrivnings- och ersättningssystemen sannolikt ses över av flera olika skäl. Nya åtgärder och nya verksamheter har tillkommit på grund av medicinteknologiska framsteg. Innehållet i vissa åtgärder har ändrats. Utan sådana revisioner kommer beskrivnings- och ersättningssystemet att förfalla. Tilltron till systemet kommer att svikta; i värsta fall börjar användarna ”felregistrera” i syfte att få den ersättning man anser sig berättigad till.

Redan idag finns ett regionalt nätverk bestående av personer med speciellt intresse och kompetens inom områden som klassifikation, ersättningsfrågor och verksamhetsuppföljning. Dessa personer sköter till exempel det kontinuerliga underhållet av DRG-systemet utan sed-

vanligt stöd av den formella organisationen. Inom denna grupp har man länge ansett att regionens arbete inom dessa områden behöver formaliseras.

Arbetsgruppen föreslår därför att man, i samband med den nu pågående organisationsöversynen, överväger behovet av en särskild regional enhet för klassifikations-, ersättnings- och kalkyleringsfrågor inom sjukvården. Enheten bör svara för :

- att utveckla och underhålla klassifikations- och ersättningssystem
- att utföra kalkyler inom ersättningsområdet
- att ta initiativ till förändringar inom klassifikations- och ersättningsområdet om utvecklingen fordrar detta
- att utveckla regelverk för ersättningssystemen
- att tillse att regelverken efterlevs, vilket kan ske genom utbildningar och genom att initiera revisionsåtgärder inom områdena klassifikation och ersättningar
- att följa den nationella och internationella utvecklingen inom verksamhetsområdet
- att i övrigt utföra de arbetsuppgifter som behövs för att utvecklingen inom verksamhetsområdet skall gagnas

En enhet av detta slag kommer att bidra till ökad regional enhetlighet. En sådan enhet skulle också kunna vara ansvarig för prisberäkningar om regiongemensamma ersättningar införs i framtiden. Under sådana omständigheter kommer enheten att bidra till att kalkylarbetet för- enklas och rationaliseras jämfört med nuläget.

Även andra närliggande arbetsuppgifter som kräver regional samordning, till exempel kvalitets- och verksamhetsuppföljning, skulle också kunna skötas av denna enhet.

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att man, i samband med den nu pågående organisationsöversynen, överväger behovet av en regional enhet för klassifikations-, ersättnings- och kalkyleringsfrågor.

### **Vilka områden inom öppenvården omfattas respektive omfattas inte av förslaget?**

Prospektiv ersättning med produktgrupper ( som bygger på KKÅ97 eller KMV) föreslås gälla för all somatisk öppenvård utom akutmottagningar. Förslaget innebär att det nya ersättnings- systemet omfattar akut ( ej planerad) vård som ges vid ekonomiskt sammanhållna mottag- ningar som bedriver såväl planerad som oplanerad verksamhet i samma lokaler.

Det nya ersättningssystemet föreslås inte gälla för akutmottagningar.

Klassifikation av besök och medicinska åtgärder i Västra Götaland, KMV, omfattar inte psy- kiatriska och barnpsykiatriska verksamheter. Dessa båda verksamheter föreslås därför er- sättas på samma sätt som tidigare.

I samband med införandet av KMV kommer man sannolikt upptäcka enstaka mindre verk- samhetsområden som ”glömts bort” i beskrivningssystemet. I avvaktan på att KMV komp- letteras föreslås att de ”bortglömda” områdena erhåller besöksersättning på samma sätt som tidigare.

I förslaget till ersättning för den öppna vården ingår inte finansieringen av kostnader för förskrivning av läkemedel som följer av öppenvårdsbesöken. Kostnader för läkemedel som ges till patienten i samband med öppenvårdsbesök skall dock påverka kostnadskalkylen.

## BESKRIVNING AV DE TVÅ GRUPPERARNA

Som beskrivits ovan i avsnittet Prospektiv ersättningsmodell med produktgrupper, finns det två primärklassifikationer som beskriver besök och åtgärder i öppenvården; Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ97) och Klassifikation av besök och medicinska åtgärder i Västra Götaland (KMOV). Förekomsten av två primärklassifikationer, den ena med nationellt status och den andra med regional utbredning, leder till att registrerade uppgifter måste processas i två grupperare. Det bästa vore om en enda grupperare kunde hantera alla registrerade uppgifter men för närvarande är det omöjligt. Figur 2 ovan beskriver hur registreringar av besök och åtgärder med hjälp av respektive klassifikation grupperas till öppenvårdsproduktgrupper, kirurgiska öppenvårdsgrupper (K-ÖVG) respektive medicinska öppenvårdsgrupper (M-ÖVG).

I de följande avsnitten beskrivs de båda grupperarna i detalj.

### **Nord-DRG-O-grupperaren**

#### **Bakgrund**

DRG är avsett för beskrivning av slutenvården. Tidigare användes den grupperare som de federala myndigheterna i USA auktoriserat men sedan något år tillbaka används Nord-DRG-grupperaren i Västra Götaland. Nord-DRG är en grupperare som används i alla de nordiska länderna. DRG indelas i kirurgiska och medicinska DRG. Kirurgiska DRG utmärks av att de innehåller signifikanta kirurgiska ingrepp (Ingrepp med OR-egenskap. OR =operating room procedure). Kirurgiska DRG grupperas med ledning av diagnos och åtgärd. Medicinska DRG utmärks av att signifikanta kirurgiska ingrepp saknas. Medicinska DRG grupperas enbart med ledning av diagnos.

Trots att DRG-systemet i första hand är till för slutenvården använder några landsting i Sverige systemet för gruppering av dagkirurgi. NordDRG beskriver dagkirurgi på ett adekvat sätt i 50-60 % av fallen. Grupperingen leder då till samma kirurgiska DRGn som för slutenvårdsfallen. Men det finns en rad mindre kirurgiska ingrepp ( som saknar OR) och som inte har ansetts höra till dagkirurgin, men som likväl innebär att en mindre operativ åtgärd utförts vid besöket. Dessa mindre ingrepp styr vanligen inte grupperingen inom slutenvården. Men då samma system används för gruppering av kirurgi i öppenvården uppstår problem. Dessa mindre åtgärder grupperas till medicinska DRG. I vissa fall kan en och samma åtgärd grupperas till flera olika grupper, vilket strider mot principen att en och samma åtgärd bara skall tillhöra en DRG.

Ovanstående förhållanden ledde till att Centrum för patientklassificering (CPK) år 2001 beslutade att utveckla en ny grupperare för kirurgiska åtgärder i öppenvården, Nord-DRG-O. Grupperaren kommer enligt CPK att vara färdig under hösten 2002. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslöt vid sitt sammanträde den 26 juni 2002 att Nord-DRG-O-grupperaren skall införas vid regionens sjukhus från 2003.

#### **Nord-DRG-O-grupperarens egenskaper**

Grupperaren är baserad på logiken i NordDRG och omfattar alla kirurgiska åtgärder i KKÅ. Nord-DRG-O-grupperaren baseras på NordDRG-grupperaren för slutenvård av tre skäl:

- den kirurgiska verksamhetens utveckling bör kunna följas i både öppen och sluten vård – verksamheten i de båda vårdformerna skall kunna jämföras
- utvecklingskostnaderna för öppenvårdsgrupperaren sänks om redan färdiga lösningar kan användas i stor utsträckning
- kostnaderna för installation och underhåll minskar om nationell myndighet samordnar detta arbete.

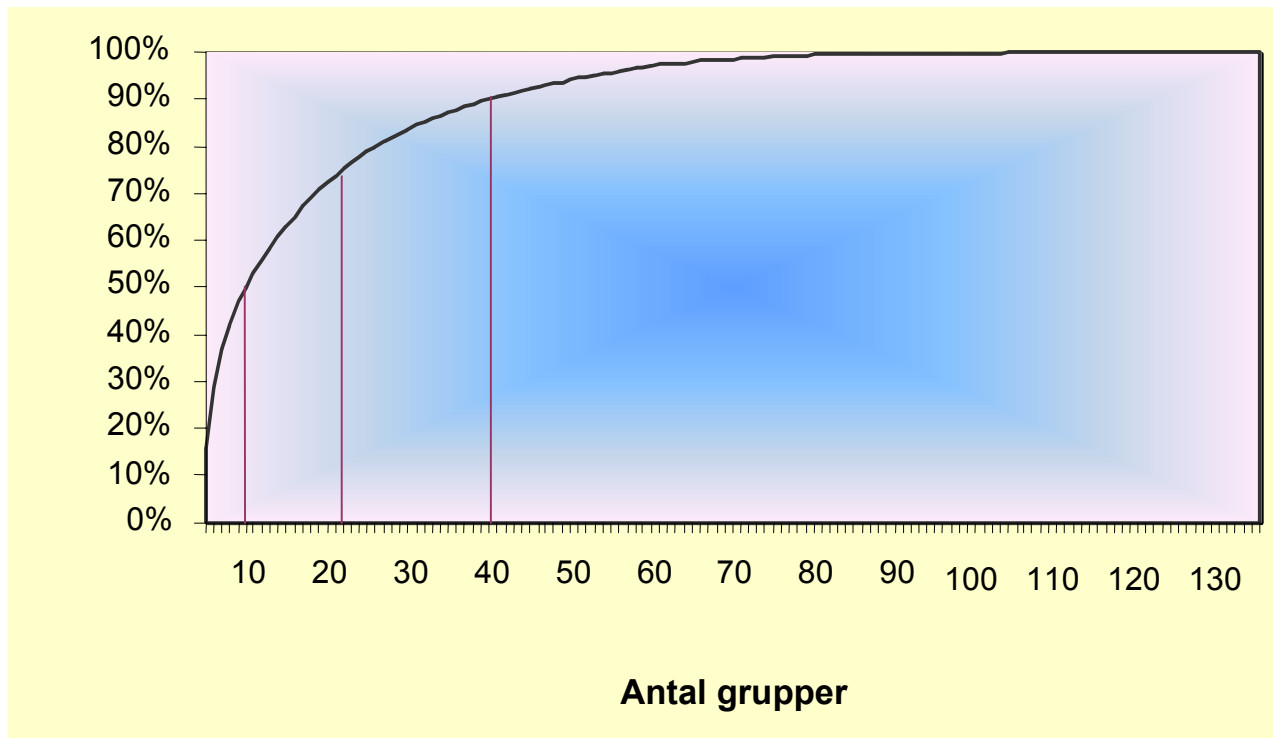
Grupperingen i Nord-DRG-O-grupperaren görs med ledning av den eller de kirurgiska åtgärder som utförts vid besöket. Diagnosen påverkar inte grupperingsresultatet. Tester på öppenvårdsfiler från Sverige och Finland visar att den medicinska och ekonomiska relevansen i Nord-DRG-O är minst lika bra som i NordDRG för sluten vård.

Nord-DRG-grupperaren omfattar även endoskopiska åtgärder; undersökningar och behandlingar av inre organ och hålrum med instrument som införes via kroppsöppningar. De flesta endoskopier är diagnostiska till sin karaktär, i många fall tas biopsier och i några fall utförs mindre kirurgiska ingrepp och behandlingar via endoskopet. Man har därför valt att inkludera alla endoskopier oavsett om de innehåller ett kirurgiskt ingrepp eller ej. Endoskopierna finns beskrivna i KKÅ97. Dessa undersökningar kostar ofta lika mycket som en mindre operation och de utgör en stor del av verksamheten vid många kliniker.

Kirurgiska åtgärder som utförs inom verksamhetsområdena ögonsjukdomar, gynekologi, kirurgi och ortopedi kommer att vara de mest framträdande och volymsmässigt dominerande. Men jämfört med tidigare dagkirurgi (som omfattat cirka 15 olika operationer) kommer betydligt fler åtgärder att omfattas. Begreppet dagkirurgi bör därför inte användas då den nya grupperaren tagits i bruk, istället bör begreppet kirurgiska öppenvårdsgrupper, K-ÖVG införas. Det finns också skäl att påpeka att även medicinska verksamheter kommer att beröras av Nord-DRG-O-grupperaren. Endoskopier utförs i stor omfattning vid medicin- och lungkliniker och ett stort antal kirurgiska åtgärder utförs vid hudklinikerna.

### **Antal kirurgiska öppenvårdsgrupper – K-ÖVG**

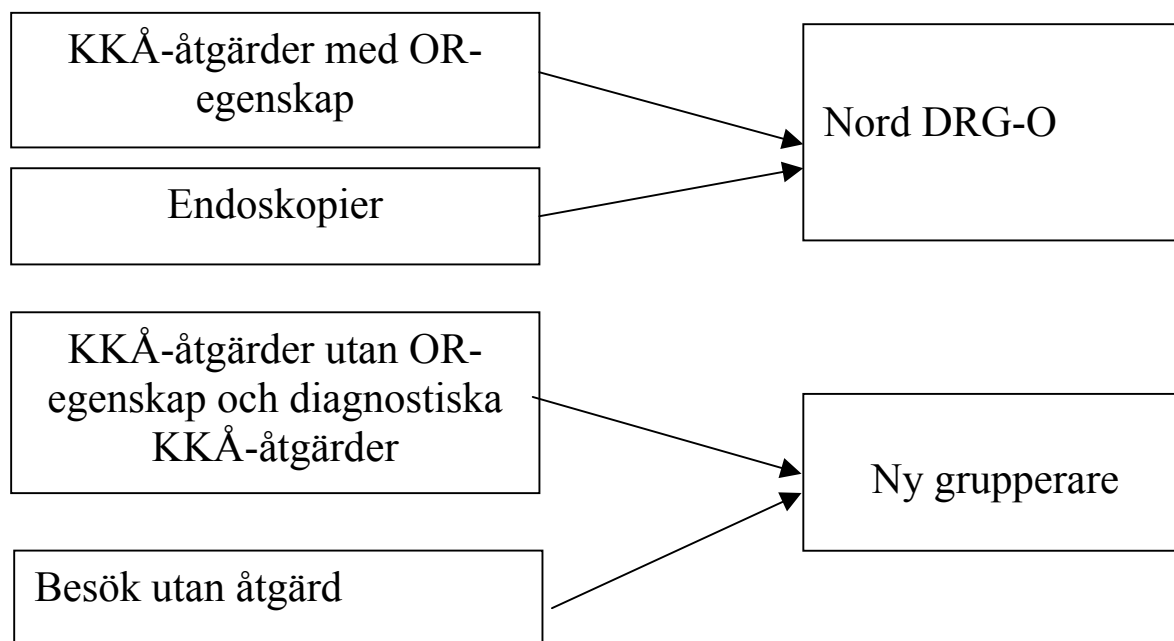
Nord-DRG för slutenvården innehåller 499 olika DRG. I det följande jämförs Nord-DRGs sluten- och öppenvårdsversion vad gäller antalet DRG. Eftersom Nord-DRG-O-grupperaren inte påverkas av patientens diagnos bortfaller samtliga medicinska DRG (besök där ingen kirurgisk åtgärd registrerats) som finns i slutenvårdsversionen. Detta reducerar antalet DRG från 499 i Nord-DRG till 227 grupper i NordDRG-O. En grundförutsättning för att utföra mer omfattande kirurgi i öppenvården är att patienten inte lider av sjukdomar som kan leda till komplikationer. Av det skälet finns inga ”komplicerade” kirurgiska DRG i Nord-DRG-O. Antalet grupper reduceras därmed ytterligare till 178 K-ÖVG. 19 nya K-ÖVG som inte har någon motsvarighet för slutenvården tillkommer för endoskopisk verksamhet. Då den nya grupperaren testats på verkliga förhållanden visar det sig att 95 % av besöken kommer att grupperas till mindre än 50 grupper. Cirka 40 - 50 K-ÖVG (se figuren nedan) kommer att dominera den kirurgiska öppenvårdsverksamheten.



Figur 3. Andel (procent) av samtliga kirurgiska öppenvårdsgrupper som svarar mot ett visst antal kirurgiska öppenvårdsgrupper. OBS Endoskopier ingår ej. Figuren är baserad på öppenvårdsregistrering vid sjukhusen i Västra Götaland år 2000.

#### **Avgränsning av Nord-DRG-O mot det västsvenska beskrivningssystemet**

I KKÅ förtecknas ett antal kirurgiska åtgärder som inte har några OR-egenskaper. Dessutom innehåller KKÅ ett avsnitt med diagnostiska åtgärder, det rör sig om diagnostiska åtgärder som inte enbart utförs inom kirurgiska verksamheter. Åtgärder utan OR-egenskaper och diagnostiska åtgärder grupperas i NDRG-O till en "uppsamlingsgrupp" per MDC (Major diagnostic category). Denna lösning verkar enbart ha tillkommit för att alla åtgärder som finns i KKÅ skall grupperas. Arbetsgruppens bedömning är att dessa "uppsamlingsgrupper" inte uppfyller kraven på medicinsk meningsfullhet och resurshomogenitet och att de därför inte skall användas i Västra Götaland. Arbetsgruppen anser att det finns förutsättningar för ett bättre grupperingsresultat om dessa KKÅ-åtgärder grupperas i den nya grupperare som skall tas fram i Västra Götaland. Även inom några andra områden kan gränsdragningen mellan de två grupperarna behöva ses över.



Figur 4. Schematisk bild över sambandet mellan Nord-DRG-O-grupperaren och den nya grupperaren som arbetsgruppen föreslår skall införas.

### Samordning mellan öppen och slutenvård

En och samma åtgärd kan utföras i både öppen och slutenvård. Det kan finnas skäl att styra över allt fler åtgärder till öppenvården. Införandet av Nord-DRG-O kommer att göra det möjligt att gruppera även slutenvårdstillfällen. Alla vårdtillfällen med noll vårddagar (in- och utskrivning samma dag) kan grupperas med hjälp av öppenvårdsgrupperaren. I ett längre perspektiv är det rimligt att patienter som genomgår kirurgi och som skrivs in- och ut samma dag betraktas som öppenvårdspatienter i ersättningshänseende.

Tabell 2. Antal patienter med noll vårddagar som genomgått kirurgiska åtgärder och som utskrivits till hemmet. Källa: regional slutenvårdsdatabas för år 2000

Sjukhus	Antal	Andel av alla kirurgiska DRGn
SU	1524	3,7 %
Kungälv	204	8,8 %
NU	182	1,4 %
SÅS	120	1,0 %
SKAS	93	0,8 %
Totalt	2123	2,3 %
Andel av alla vårdtillfällen i databasen		0,78 %

Totalt sett är förekomsten med noll vårddagar och genomgången kirurgi ett marginellt problem, mindre än en procent av alla kirurgiska vårdtillfällen. Samtliga sjukhus bör dock se över sina inskrivningsrutiner eftersom det knappast finns några medicinska skäl att skriva in patienter i slutenvården över dagen då de skall genomgå planerad kirurgi. Arbetsgruppens samlade bedömning (se avsnittet ”Arbetsgruppens ställningstaganden rörande val av ersättningsmodell för sjukhusens öppenvård”) är att man bör avvakta med samordning mellan öppen och slutenvård.

vård för kirurgiska vårdtillfällen till dess att en liknande samordning kan ske för medicinska vårdtillfällen med noll vård dagar.

### **Kostnader**

Sedan årsskiftet 2001/2002 används Nord-DRG för gruppering av DRG i slutenvården. Grupperaren uppdateras varje år. Grupperaren för öppenvården, Nord-DRG-O, kommer att ingå som en delkomponent i den slutenvårdsgrupperare som levereras under hösten 2002. Kostnaderna för grupperaren kommer inte att bli större än vad som varit fallet under innevarande år. De extrakostnader som uppkommer i samband med installation och anpassning av lokala rutiner kan inte uppskattas exakt men de bedöms vara små.

### **Tidplan**

Införandet av den nya Nord-DRG-O-grupperaren samt därtill hörande nytt ersättningssystem beskrivs schematiskt i nedanstående punkter.

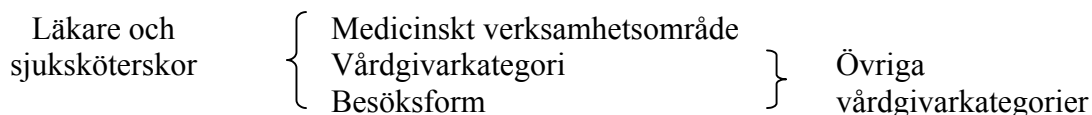
1. Utarbetande av registreringsrutiner. Maj 2002.
2. Insamling av material från 2000 och 2001 för gruppering och beräkning av volymer uttryckta i antal besök per kirurgisk öppenvårdsgrupp, juni 2002.
3. Beslut i HSS om införande av Nord-DRG-O-grupperaren, juni 2002.
4. Kostnadsberäkning och framtagande av viktlista baserad på retrospektiva data från 2000 och 2001. Klart slutet av september 2002.
5. Denna rapport läggs fram för HSS som underlag inför beslut om nytt ersättningssystem för öppenvården. Beslut i HSS i oktober 2002.
6. Beställningsarbetet baseras på uppgifter som tagits fram i punkt 2. September – oktober 2002.
7. Införande av grupperaren, lokala anpassningar vid sjukhusen, september – december 2002.
8. Införande av ett nytt ersättningssystem för kirurgiska öppenvårdsgrupper. 1 januari 2003.

## **Ny grupperare för medicinska öppenvårdsåtgärder**

### **Det västsvenska beskrivningssystemet och dess beståndsdelar**

#### *Besök*

Den basala beståndsdel i öppenvårdsverksamheten är *besöket*. För närvarande indelas besöken vid sjukhusen i läkarbesök respektive sjukvårdande behandling. Denna indelning beskriver inte alls den mångfald av olika besök som finns idag. Ju längre arbetet med det västsvenska beskrivningssystemet har fortskridit desto mer angeläget har det blivit att skapa en detaljerad besöksindelning. Vi saknar kunskap om hur och på vilket sätt patientens diagnos påverkar resursåtgången och av det skälet har vi avstått från att använda diagnosen som beskrivningsvariabel för besök. Besöken har därför grupperats efter tre olika aspekter: medicinskt verksamhetsområde ( $\cong$  specialitet), vårdgivarkategori och besöksform (antalet patienter och vårdgivare). Cirka 200 olika besök har specificerats på detta sätt. Ett av syftena med besöksindelningen har varit att beskriva alla vårdgivares arbetsinsatser, tidigare besöksindelningar har framförallt fokuserat på läkarnas arbete.



Figur 5. Principer för indelning av besök

Figuren visar att för läkare och sjuksköterskor indelas besöken efter medicinskt verksamhetsområde, vårdgivarkategori och besöksform medan besöken för övriga vårdgivare indelas efter vårdgivarekategori och besöksform. För läkare beskrivs alltså besöken som till exempel Neurologi – enskilt besök läkare. För en sjukgymnast används inte dimensionen medicinskt verksamhetsområde vid beskrivning av besöket, besöksbeteckningen blir istället Sjukgymnast – enskilt besök.

### Åtgärder

En av öppenvårdsprojektets utgångspunkter har varit att så långt möjligt utnyttja existerande klassifikationer. De två existerande åtgärdsklassifikationerna, kirurgklassifikationen och V-listan, har därför använts i stor utsträckning. Orsaken är att dessa två system redan används inom slutenvården och att de även påverkar DRG-grupperingen. Det är viktigt att samma åtgärd beskrivs och kodas på samma sätt inom såväl öppen som sluten vård.

*Klassifikation av kirurgiska åtgärder, KKÅ97*, infördes 1997 och är till stor del gemensam för de nordiska länderna. Socialstyrelsen reviderar årligen den svenska versionen. Klassifikationen innehåller drygt 5800 åtgärder. Knappt hälften av dessa åtgärder kan utföras i öppenvården.

*V-listan eller temporära åtgärdslistan* som den också kallas är en osystematisk samling ”medicinska” åtgärder. Den innehåller drygt 160 åtgärder varav de flesta kan utföras i öppenvården.

Under projektarbetet har det visat sig att det finns ett stort antal åtgärder som inte finns beskrivna i vare sig KKÅ97 eller V-listan. Dessa ”nya” åtgärder har förtecknats och definierats i den mån åtgärdsbeteckningen inte är självinstruerande. Cirka 400 åtgärder finns inom denna grupp.

Beskrivningssystemet innehåller utöver besök och åtgärder ett stort antal specifikationer vilka ger verksamheterna möjligheter att precisera innehållet ännu mer. Medan besök och eventuellt förekommande åtgärder alltid skall registreras är det upp till verksamheten att avgöra i vilken omfattning specifikationerna skall användas. I det följande utgår vi därför från att dessa specifikationer inte skall påverka ersättningssystemets utformning.

Klassifikation av besök och medicinska åtgärder (KMV) innehåller sammanfattningsvis två huvudkomponenter:

1. Besök
2. Åtgärder
  - KKÅ97
  - V-listan
  - Nya åtgärder

De flesta av åtgärderna i KKÅ97 bearbetas av öppenvårdsgrupperaren Nord-DRG-O, se ovan. Det innebär att merparten av alla operativa åtgärder omvandlas till ett antal kirurgiska öppenvårdsgrupper. Frågan är hur resterande delar, dvs besök, V-listan och nyskapade åtgärder, skall bearbetas. Vi skall i det följande diskutera denna fråga.

### **Hur skall information om besök och medicinska åtgärder hanteras?**

Cirka 200 besök och 650 åtgärder ”kvarstår” då Nord-DRG-O-grupperaren ”tagit hand” om åtgärderna i operationsklassifikationen. Dessa besök och åtgärder kan kombineras hur som helst. Ett besök kan teoretiskt sett kombineras med vilken som helst av de 650 åtgärderna. Över 162 000 kombinationer uppkommer då de olika besöken kombineras med en av åtgärderna i taget; dvs då ett besök kombineras med en åtgärd i taget. Om besöket innehåller två olika åtgärder ökar antalet kombinationer ytterligare. Totalt sett finns det 90 miljoner teoretiskt möjliga kombinationer. Naturligtvis skulle de flesta av dessa aldrig användas, men tankeexperimentet visar att det är nödvändigt att finna en lösning som reducerar antalet produkter för vilka sjukhuset erhåller ersättning.

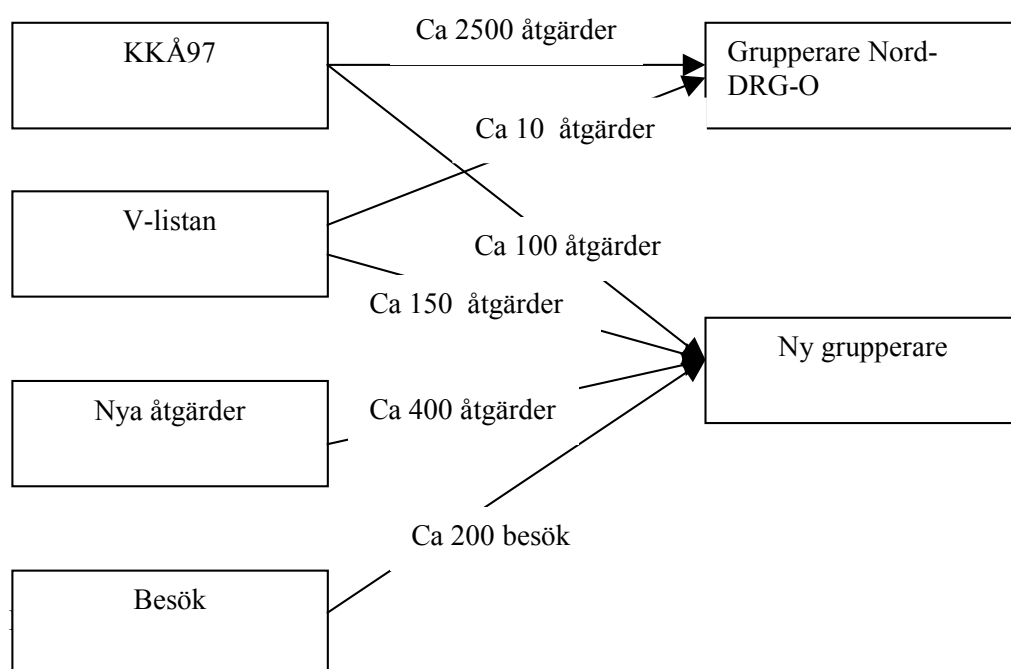
Ytterligare ett argument för att reducera antalet produkter är det faktum att sjukhusens IT-system inte skulle kunna hantera det stora antalet kombinationer som teoretiskt sett är möjliga. IT-systemen skulle bli överbelastade.

Centrum för patientklassificering (CPK) har i den studie som refererats ovan utvärderat ett antal sekundära patientklassificeringssystem för öppenvården. I studien formuleras kravet att ett sekundärt klassificeringssystem bör innehålla ett hanterligt antal grupper, maximalt 500 – 600. En sådan mängd ger överblick och bidrar till att det sekundära klassificeringssystemet stöder verksamhetsuppföljningen.

Tidigare i rapporten har vi gått igenom de olika formerna av ersättningssystem och då argumenterat för ett ersättningssystem med prospektiva produktgrupper. Produktgrupperna består av ett antal tjänster som hör ihop ur ett medicinskt perspektiv och som dessutom har en likartad resursförbrukning.

Arbetsgruppen förordar därför att man beslutar sig för att utveckla en grupperare för de 200 besöken och de 650 åtgärderna. Antalet grupper skall begränsas till 300 – 400 för att det totala antalet produktgrupper (inklusive de grupper som bildas av Nord-DRG-O-grupperaren) inom öppenvården inte skall överskrida 600. Denna lösning innebär också att sjukhusens IT-system kommer att kunna hantera den nytillkomna informationen utan att det, såvitt vi kan bedöma, ställs krav på investeringar i ny hårdvara. Det begränsade antalet öppenvårdsprodukter kommer också underlätta uppföljningen av öppenvårdsverksamheten.

I nedanstående figur visas förhållandet mellan de olika åtgärdstyperna, besöken och olika grupperare enligt arbetsgruppens förslag.



Figur 6. Olika åtgärdstyper, besök och förhållandet till grupperare.

### Grupperarens egenskaper

Enligt öppenvårdsprojektets uppdragshandling skall man ”ta fram en enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppna vård med utgångspunkt från kriterierna resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet”. Om kraven på resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet kan tillgodoses kommer varje tjänsteprodukt inom sjukvården att vara relevant ur både medicinsk synvinkel och resursförbrukningssynpunkt.

Med *resurshomogenitet* avses att variationen i resursförbrukning för en och samma produkt skall vara liten. Så är till exempel åtgärden gastroskopi, undersökning av magsäcken med fiberendoskopi, en resurshomogen undersökning. Endast i ett litet antal av gastroskopierna avviker resursförbrukningen från medelvärdet. Till dessa undantag hör situationen där en patient är ovanligt ängslig inför och under undersökningen liksom de enstaka fall då en oväntad komplikation inträffar. I dessa fall blir resursförbrukningen större än normalt. Resurshomogenitet innebär alltså inte att resursåtgången skall vara exakt lika stor varje gång åtgärden utförs, utan att antalet avvikelser från medelvärdet är relativt få i förhållande till det stora antalet utförda åtgärder av samma sort.

*Klinisk meningsfullhet* innebär att de åtgärder som ingår i en produktgrupp hör samman i ett medicinskt perspektiv.

Den nya öppenvårdsgrupperaren skall *inte ta hänsyn till patientens diagnos* då grupperingen utförs. Det finns två skäl för detta.

- Besöken i KMV har bland annat delats in efter klinisk specialitet, det innebär att besöksindelningen tar hänsyn till om det till exempel varit besök hos en ortoped eller hos

en neurolog. Indirekt speglar alltså besöksindelningen den bakomliggande diagnosen och därmed anledningen till att besöket.

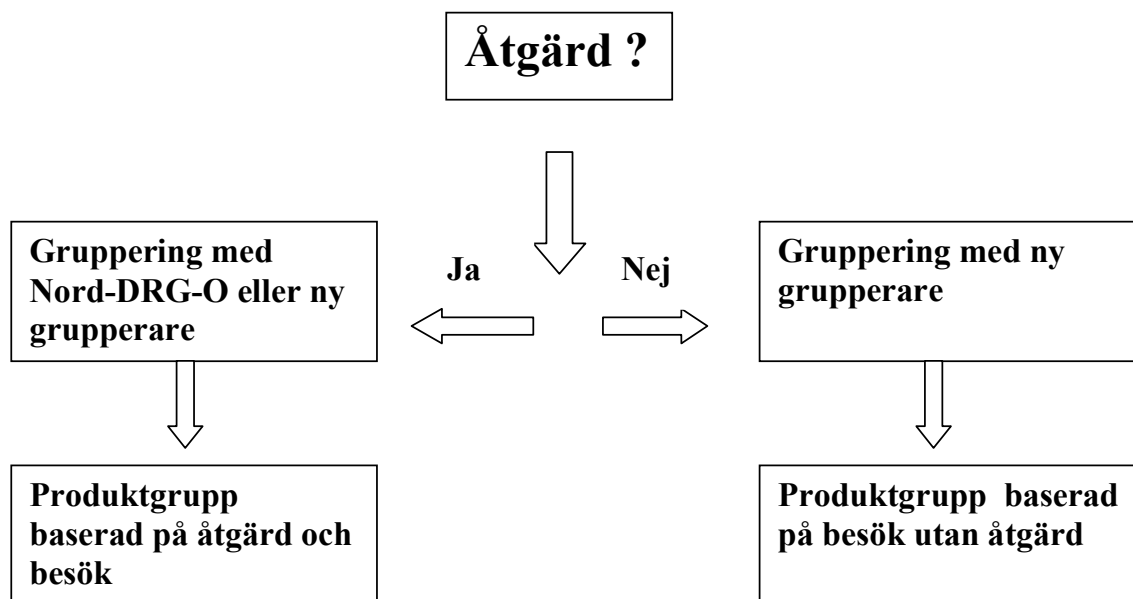
- I dagsläget saknar vi kunskap om huruvida diagnosen har någon resurspåverkande inverkan. Spelar det till exempel någon roll vilken diagnos patienten har då han/hon får cellgiftsbehandling direkt i blodet? Då vi inte vet svaret kan vi heller inte konstruera grupperingsregler som tar hänsyn till den variabeln. I framtiden kommer vi att få tillgång till uppgifter om resursförbrukningen för olika diagnosgrupper via öppenvårdsKPP. Genom sådan information kan eventuellt skillnader i resursförbrukning mellan olika patientgrupper identifieras och därmed kan grupperaren komma att förändras.

Antalet produktgrupper bör inte överstiga 300 – 400 och det sammanlagda antalet grupper inklusive grupper som genereras av Nord-DRG-O-grupperaren skall inte överstiga 500 - 600.

Patientens *ålder* påverkar resursförbrukningen. Det gäller framförallt barn där resursförbrukningen är högre än för vuxna. I relevanta fall skall därför grupperaren *inhålla speciella produktgrupper för barn*.

De olika produktgrupperna skall kunna *hänföras till Major Diagnostic Categories* (MDC, en grov indelning efter organsystem som finns i DRG-systemet) vilket gör att uppföljning och utvärdering av såväl öppen- som slutenvård underlättas.

Grupperaren kommer att skilja på besök utan åtgärder och besök med åtgärder. Grupperingen börjar alltid med en fråga om åtgärd förekommit eller inte.



Figur 7. Schematisk illustration av det första steget i grupperingen av besök och åtgärder

### Kostnader

Utvecklingen av den nya grupperaren skall göras i två steg. Först läggs besök och åtgärder samman till produktgrupper. Det arbetet kan utföras av samma personer som idag har arbetat med utveckling av KMV. Den första etappen beräknas därför inte generera några extrakostnader. I den andra etappen skall det föregående arbetet översättas till programspråk. Det arbetet måste sannolikt utföras av externa programmerare. Kostnaden kan idag inte uppskattas med säkerhet. Programmeringskostnaden kommer enligt en grov uppskattning att ligga i intervallet 500 000 - 800 000 kronor.

# PRINCIPER VID KOSTNADSBERÄKNING AV VÅRDTJÄNSTER

## Behovet av regional enhetlighet

Det är väl känt att principerna för hur kalkyler utförs skiljer sig mellan sjukhusen. Kostnads-kalkylerna för besök har utförts på olika sätt beroende på att sjukhusen har haft olika regler och traditioner. Det går inte att jämföra sjukhusens kostnadsnivå och dra några slutsatser om produktiviteten vid en viss mottagning jämfört med en annan. Arbetsgruppen har ovan föreslagit att kalkylarbetet skall utföras på respektive sjukhus men att arbetet skall bedrivas på ett likartat sätt vid sjukhusen. För att resultatet skall bli så enhetligt som möjligt bör gemensamma principer och synsätt tillämpas. Förslagen från det regionala KPP-projektet bör i tillämpliga fall vara riktgivande för hur kalkyleringen skall utföras.

## Kostnad per patient

KPP står för Kostnad Per Patient och är ett samlande begrepp för de metoder och system som fordras för att få fram sjukvårdens kostnader för enskilda vårdkontakter. Vårdkontakten (besök och vårdtillfällen) är mötet mellan patient och vårdgivare för utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad. Vid vårdkontakten kan vårdtjänster utföras, till exempel ett laboratorieprov eller en operation. Vårdtjänsterna knyts till patienten och till vårdkontakten. Den samlade kostnaden för en viss patients vård kan därmed beräknas. Vid traditionell redovisning av sjukvårdskostnader beskrivs resursförbrukningen för en organisatorisk enhet, en mottagning, en vårdavdelning, en klinik, ett sjukhus. KPP möjliggör att kostnaderna för en viss patient eller patientgrupp kan beskrivas för valfri tidsperiod.

Sedan 2001 har samtliga sjukhus i Västra Götalandsregionen system för att beräkna kostnad per patient inom slutenvården. Med relativt enkla medel kan dessa KPP-system även användas för beräkning av kostnader per patient i öppenvården. Det regionala KPP-projektet (se nedan) har föreslagit att KPP skall införas även inom öppenvården.

Landstingsförbundet bedriver sedan flera år ett nationellt projekt som syftar till att sprida användningen av KPP-systemen. Projektet inriktas också på att skapa enhetlighet i KPP-systemens uppbyggnad, vilket kommer att öka jämförbarheten mellan olika sjukhus. Parallellt med det nationella projektet har regionen haft ett eget KPP-projekt. Nedan presenteras förslagen från det sistnämnda projektet i tillämpliga delar.

## Kalkyleringsprinciper som hämtats från KPP-projektets rapport

### Allmänt om kalkylering

Till grund för kalkyleringen ligger självkostnadsprincipen. Självkostnadsprincipen är en kommunal prissättningsprincip och finns sedan 1994 uttryckt i kommunallagens 8 kapitel §§ 3a och 3b. Där sägs bl a att: *”Kommuner och landsting får ej ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller”*.

En annan grundläggande utgångspunkt är *den relevanta sjukvårdskostnaden*, vilket i KPP-sammanhang innebär kostnader som motsvarar alla de resurser ett sjukhus förbrukar i syfte att

producera vårdtjänster. Grundregeln är att den relevanta sjukvårdskostnaden fördelas på vårdtjänsterna.

En kalkyl är en *förenkling av verkligheten*. När en kalkylmodell skall konstrueras är det en avvägning mellan hanterlighet och beslutrelevans. Kalkylerna bygger alltid på genomsnittsvärden. Först då KPP-data för öppenvården blir tillgängliga kan kalkylerna göras utifrån verkliga kostnader. För öppenvårdens del kan det bli verklighet om cirka 3 – 4 år.

Det är produkterna inom sjukvården som är föremål för kostnadskalkyleringsverksamheten. Produktdefinitionerna finns i primärklassifikationerna. Av flera skäl går det inte att jämföra sjukvårdens produkter med industrins produkter. Sjukvårdsprodukterna är ofta inte homogena/identiska från gång till gång. Dels varierar produkten beroende på patienternas behov och dels förändras ofta produkterna över tiden, bland annat beroende på medicinteknologiska framsteg. Föremålet för kalkyleringsaktiviteten är således inte helt beständigt, kalkyleringen blir som att försöka träffa ett föremål i rörelse.

Ett av de tekniskt mest krävande problemen vid självkostnadskalkylering är *fördelningen av de gemensamma (indirekta) kostnaderna*. Om sjukhuset producerar endast en vårdtjänst/produkt bortfaller problemet med de gemensamma kostnaderna. Sjukhusets totala kostnad divideras med volymen och resultat blir självkostnaden per enhet. I verkligheten producerar ett sjukhus tusentals produkter, vilket innebär att de indirekta kostnaderna måste fördelas på produkterna. Fördelningen kan t ex ske genom:

- ekvivalentmetod - relationstal finns mellan produkter, tidsmätta eller uppskattade utifrån vilka kostnaderna fördelas.
- påläggsmetod – kostnaderna fördelas direkt på produkten, kostnaderna delas upp i fasta och rörliga. De fasta kostnaderna fördelas som pålägg utifrån de rörliga kostnaderna.
- aktivitetsbaserad kalkylering – kostnaderna fördelas först på aktiviteter innan fördelningen sker till produkten. De indirekta kostnaderna fördelas efter produkternas anspråk på företagets aktiviteter.

Den ena metoden utesluter inte den andra utan oftast sker kalkyleringen för en enskild produkt i en divisionskalkyl med en kombination av olika metoder.

### **Vad skall ingå respektive inte ingå i kalkyleringsunderlaget?**

Exempel på kostnader som inte skall ingå i kostnadsunderlaget:

- Politikerarvoden, politikerkansli, tjänstemannaorganisationen för beställarorganisationer.
- Köpt vård där patienten inte vårdats på den egna inrättningen.
- Ambulanskostnader och kostnader för sjukresor.
- FoUU.
- Externt sålda tjänster (ex laboratorieundersökningar till externa kunder).
- Vissa centralt beslutade IT-tjänster av övergripande karaktär som finansieras av regionen.

En fullständig förteckning över kostnader som skall, respektive inte skall, ingå i kostnadsunderlaget finns i KPP-projektets rapport.

### **Identifikation och fördelning av kostnader för gemensamma verksamheter**

Landstingsförbundets definition av gemensamma verksamheter är: ”Gemensamma verksamheter är verksamheter vars tjänster ej kan relateras direkt till patient, till exempel administrativa tjänster, vaktmästeri och telefonväxel. Gemensamma kostnader kallas också indirekta kostnader och kan vara fasta eller rörliga.”

I det regionala KPP-projektets rapport behandlas frågan hur de gemensamma verksamheterna skall fördelas. De gemensamma kostnaderna utgör ca 10 procent av den totala kostnaden. Huvudprincipen för fördelning av kostnader för gemensamma verksamheter är att fördelningen sker utifrån faktisk resursförbrukning. Alla kostnader kan dock inte relateras till den faktiska resursförbrukningen. I dessa fall är schabloner ett alternativ. Den regionala KPP-rapporten innehåller en förteckning på fördelningsnycklar som kan användas då den faktiska resursförbrukningen inte kan användas som uppdelningsinstrument.

### **Fördelning mellan öppen och slutenvård**

Flera jämförande undersökningar har visat på skillnader mellan sjukhusen vad gäller kostnadsfördelningen mellan öppen och slutenvård. Olika lokalt tillämpade fördelningsprinciper tros vara en av orsakerna till de noterade skillnaderna. Det finns därför behov av enhetliga regler. Att göra ett totalkostnadsbokslut förutsätter en kostnadsredovisning där varje enhet inom sjukhuset belastas med alla sina kostnader. Dit hör kostnader för serviceverksamheter (laboratorier, röntgen, arbetsterapi, sjukgymnastik m fl) samt fasta och rörliga gemensamma (indirekta) kostnader. Kostnaderna ska fördelas så långt ut i organisationen som möjligt. Fördelningen av dessa indirekta kostnader i totalkostnadsbokslutet sker i flera steg. Först görs ett totalkostnadsbokslut på sjukhusnivå. Därefter på motsvarande sätt på verksamhetsområdesnivå. Kostnaden på verksamhetsområdesnivå består av dels verksamhetens egna kostnader och dels fördelade kostnader från sjukhusgemensamma verksamheter. Verksamhetsområdets kostnader fördelas i sin tur på dess olika verksamheter som slutenvård, öppen vård, operation etc. Det är viktigt att rätt kostnad förs till rätt verksamhet.

Följande regler och principer skall tillämpas vid fördelning av kostnader mellan öppen och slutenvård:

- Direkta kostnader för mottagnings- och dagsjukvårdsverksamhet förs till öppenvården.
- Kostnader för den läkartid som tagits i anspråk av mottagningen (läkarkostnaderna som ofta redovisas särskilt skall alltså fördelas mellan öppen – och slutenvård) förs till öppenvården.
- Gemensamma kostnader (klinik- eller sjukhusgemensamma) fördelas ut till öppen- och slutenvårdsverksamheterna.
- Kostnader för serviceverksamheter som röntgen, laboratorier, anestesi fördelas mellan öppen och slutenvård på basen av tillgänglig information om var kostnaden har genererats.
- Kostnaderna för ett besök på akutmottagning som leder till inskrivning på en avdelning skall hänföras till slutenvård. Kostnaderna för övriga besök skall hänföras till den öppna vården. Alla vårdtjänster som rör akutmottagningsbesök som ej leder till inskrivning skall också belasta öppenvården, t.ex. röntgen och laboratorieundersökningar.

### **Fördelning av läkartid, jour- och beredskapskostnader**

Fördelning av läkarkostnader finns beskriven i det regionala KPP-projektets rapport och i en studie som tagits fram av Landstingsförbundet ”Att mäta läkartidens användning för KPP och andra syften”.

På de flesta sjukhusen i regionen fördelas läkarkostnaderna mer eller mindre schablonmässigt mellan vårdavdelning, mottagning, operation etc. Valet av fördelningsmetod påverkar resultatet högst påtagligt.

Jourkostnaderna skall först särskiljas från övriga läkarkostnader och kostnadsfördelas på andra grunder. Jourkostnader skall inte belasta planerad mottagningsverksamhet. Jourkostnaden definieras som de kostnader som under året redovisas för varje enskild läkare avseende jourverksamhet, såväl primär- som bakjour. Om jourersättningar är inbakade i andra löneersättningsmodeller bör jourdelarna uppskattas och fördelas separat. Ett specialfall inträffar då akutverksamheten bedrivs i samma lokaler som den planerade. I sådana fall skall enligt förslagen i denna rapport ersättningen för såväl planerad som oplanerad verksamhet utgå på lika villkor. Det innebär att i dessa fall skall den del av jourkostnaderna som tillhör öppenvården belasta mottagningen.

Det finns flera metoder för att fördela arbetad tid:

- Tidmätning
- Uppskattad tid
- Schemalagd tid

I första hand bör tidmätning användas, i andra hand uppskattad tid och i tredje hand schemalagd tid. Tidmätning är förmodligen inte realistiskt generellt eftersom det kräver en omfattande arbetsinsats.

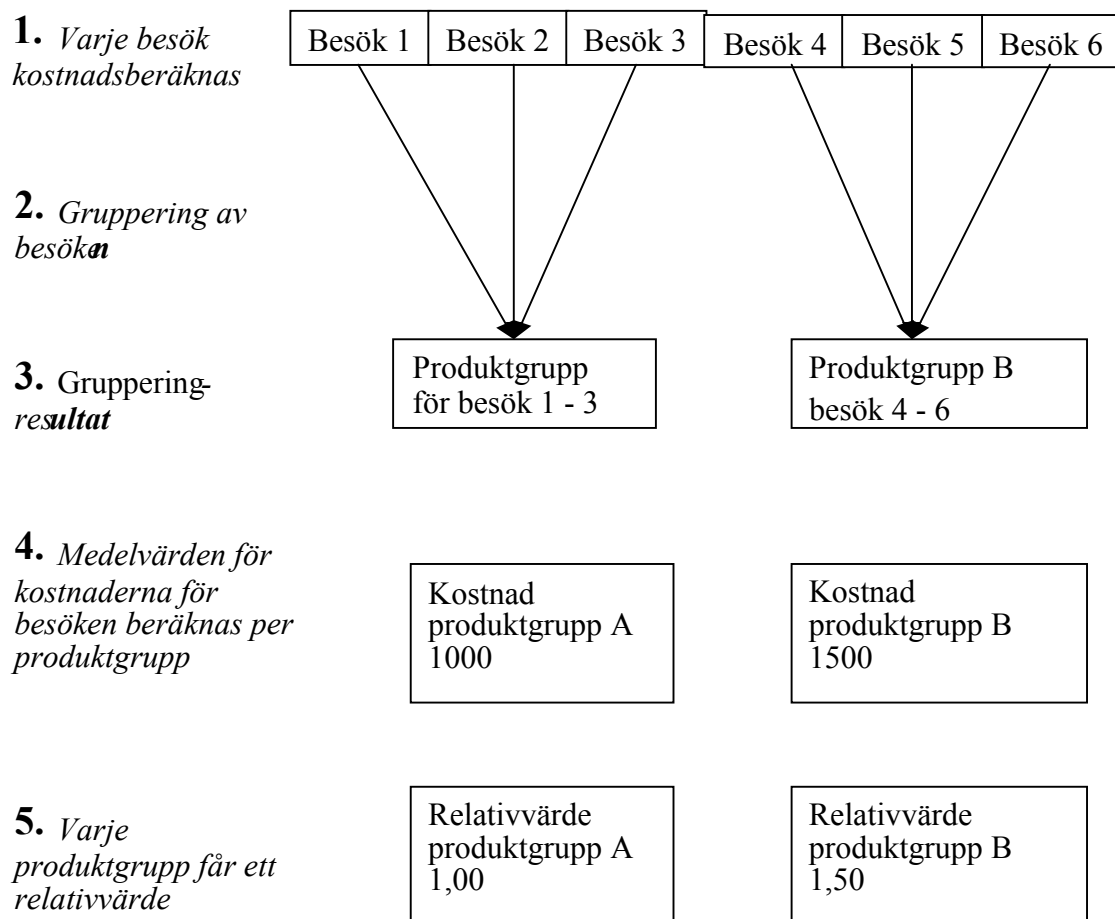
Kostnaderna för utbildningsläkare (AT/ST) skall redovisas på det sjukhus och den verksamhet (vårdavdelning, mottagning etc) där de arbetar dvs på motsvarande sätt som för övriga läkare.

## Arbetsgruppens tilläggsförslag rörande kostnadsberäkningar inom öppenvården

Eftersom KPP-projektets förslag i första hand avser slutenvården framlägger arbetsgruppen följande tilläggsförslag.

### Allmänt om kalkylering inom öppenvården

Alla olika slags besök och åtgärder skall kalkyleras. Efter gruppering aggregeras besöken och åtgärder i ett antal produktgrupper. Medelvärden beräknas för ingående besök/åtgärder i respektive produktgrupp. Därigenom kommer varje produktgrupp att åsättas en kostnad. Kostnaderna för alla grupperna kan relateras till varandra, en relativskala kan upprättas. Nedanstående figur visar ett schematiskt exempel för kalkylering av besökskostnader, dvs ett besök utan åtgärder. Jämför även figur 7 ovan.



Figur 8. Exempel som schematiskt beskriver de olika stegen från registrering av ett besök utan åtgärder, via gruppering i produktgrupper, till beräkning av relativvärden.

Arbetet med att beräkna kostnader för besök och åtgärder bör ledas av en regional samordnare. Samordnaren bör biträdas av en regionalt sammansatt expertgrupp bestående av ekonomer och läkare. Under arbetets gång kommer en rad principiella frågor att uppstå. Expertgruppens ställningstaganden i dessa frågor skall dokumenteras. En regional kostnadsberäkningspolicy kommer därmed successivt att växa fram. Vid framtida arbete med kostnadsberäkningar kommer man att ha stor nytta av de framtagna regionala riktlinjerna.

Patientsammansättningen mellan sjukhusen varierar. Vid till exempel medicinmottagningarna tar man inte emot samma patientgrupper trots att namnet på mottagningen är detsamma. För att spegla detta varierade vårdinnehåll är det viktigt att alla sjukhusen deltar i kalkylarbetet.

Kalkylering skall göras med utgångspunkt från senast tillgängliga totalkostnadsbokslut. Respektive sjukhus ansvarar för att kostnaderna fördelats så långt ut i organisationen som möjligt.

Det kalkyleringsarbete som skall göras under 2002/2003 är omfattande. Senare omkalkyleringar/revideringar underlättas om den första kalkylomgången dokumenterats väl.

I de fall man har tillgång till kostnadsuppgifter om KPP i öppenvården kan naturligtvis dessa uppgifter användas för beräkning av besöks- och åtgärds-kostnader.

### **Grundkostnader**

Inom den slutna vården spelar vårdtiden en viktig roll för fördelningen av kostnader. De flesta KPP-system innehåller någon form av vårddagskostnad som är den samma på kliniken/avdelningen. Vårddagskostnaden kan också vara differentierad med hjälp av ett omvårdnadsklassificeringssystem. Oavsett system ökar den totala vårddagskostnaden med ökad vårdtid.

Vårddagskostnaden är slutenvårdens grundkostnad. För den öppna vården är vårddagar inte ett relevant begrepp, knappast heller timmar eller minuter. Det västsvenska beskrivningssystemet innehåller två basala komponenter, besök och åtgärder. För att en åtgärd skall kunna utföras fordras att patienten och vårdgivaren träffas, det sker alltid vid ett besök oberoende av var det ägt rum. Besökskostnaden innehåller fördelade indirekta kostnader vilket åtgärderna i regel inte gör. Besökskostnaden kan därmed jämföras med vårddagskostnaden och är öppenvårdens grundkostnad.

## Kalkylering av besök och åtgärder i praktiken

### Översikt

Kostnaderna ska fördelas så långt ut i organisationen som möjligt. Totalkostnaden för varje verksamhetsområde beräknas och fördelas mellan öppen och sluten vård. I nästa steg beräknas kostnaderna för alla åtgärder. De samlade kostnaderna för åtgärder dras från den totala öppenvårdskostnaden. Återstoden fördelas mellan de olika slagen av besök som förekommer på enheten.

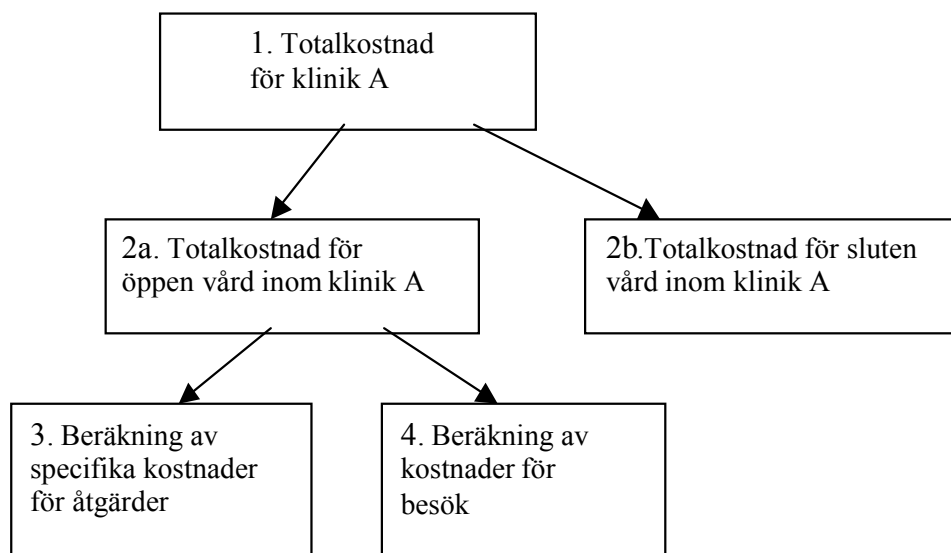


Fig 9. Schematisk beskrivning av de olika stegen vid beräkning av kostnader för besök och åtgärder

### Beräkning av kostnader för åtgärder

De kostnader som skall ingå är:

- personaltidstjänster
- kostnad för material som används
- kostnad för eventuella läkemedel som ges till patienten vid besöket
- eventuella kapitaltjänstkostnader
- i speciella fall kostnader för vårdtjänster som utförs vid serviceenheter som laboratorier, röntgen m fl

Kostnader för vårdtjänster som utförs vid servicekliniker skall endast belasta åtgärden om en sådan vårdtjänst ingår i en mycket stor del av fallen. Till exempel skall kostnader för patologi-anatomiska bedömningar alltid ingå då en biopsi utförts. Kostnader för vårdtjänster som utförs vid servicekliniker och som inte förekommer i stort sett varje gång en åtgärd utförs, skall inte belasta åtgärden. I de fall man har tillgång till KPP-data för öppenvården kan dessa naturligtvis användas för beräkning av åtgärds-kostnader. I sådana fall skall den verkliga kostnaden för vårdtjänster utförda vid servicekliniker användas.

Huvudregeln är att hyreskostnader och indirekta kostnader inte skall belasta åtgärderna. I vissa fall kan hyreskostnader belasta åtgärden, det gäller till exempel i de fall då ett rum bara används för en viss undersökning/behandling.

I det västsvenska beskrivningssystemet finns speciella åtgärder för cytostatikabehandling. Enhetens kostnader för cellgifter skall naturligtvis endast belasta dessa åtgärder.

Årsvolymer beräknas med utgångspunkt från historiska data eller från aktuella registerdata. Kostnaden för respektive åtgärd multipliceras med den beräknade årsvolymen. Kostnaderna för alla åtgärder adderas, summan är enhetens samlade kostnader för åtgärder.

#### *Beräkning av kostnader för besök*

Kostnaden för mottagningens besök utgörs av mottagningens totalkostnad minus kostnaderna för alla åtgärder.

Årsvolymer för olika slags besök beräknas med utgångspunkt från historiska data eller från aktuella registerdata.

Först görs en bedömning av resursåtgången för de olika besöken som finns vid mottagningen. Bedömningen syftar till att åsätta varje besök ett relativvärde som gör att resursförbrukningen för de olika besöken vid mottagningen kan relateras till varandra.

Kostnader för de vårdtjänster som utförs vid serviceenheter och som återstår efter beräkning av åtgärds-kostnader skall belasta enbart läkarbesöken, eftersom det i stort sett bara är läkare som remitterar patienten till olika undersökningar.

Hyror och gemensamma kostnader skall i de flesta fallen belasta besöken. Dessa kostnader fördelas på respektive vårdgivarkategori i proportion till antalet besök för varje kategori.

I nästa steg multipliceras den uppskattade årsvolymen av olika slags besök med de åsatta relativvärdena. Därigenom erhåller man den relativa resursförbrukningen för de olika slagen av besök.

I ett sista steg fördelas kostnaderna på de olika besökstyperna genom att använda uppgifterna om den relativa resursförbrukningen för de olika slagen av besök.

## Referenser

Anjour Leif. Hur fungerar beställar- utförarorganisationen inom sjukvården i Västra Götalandsregionen? (Lägesbeskrivning februari 2002 på uppdrag av regionens revisorer.)

Aas IHM. Incentives and financing methods. Health Policy 1995; 34: 205-220.

Arnetz B, Sverke M, Forsberg E. Nytt ekonomiskt styrsystem kan påverka läkarnas arbetsmiljö. Läkartidningen 2002; 99: 2529-30.

Bergman S-E, Dahlbäck U. Ersättningsmodeller - en kartläggning. 2001-06-01.

Översyn av ersättningsmodeller för sjukvården i Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen. 2002

Ersättningssystem för sjukhus. Rapport från en inledande studie. KPMG Consulting 2002.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget för 2002 och flerårsplan för 2003-2004.

Ersättning för vårdepisoder. Pengar som verktyg för bättre vårdprocesser. Västra Götalandsregionen 2002.

Sjukhusens styrning i Västra Götaland. Granskning genomförd på uppdrag av Västra Götalandsregionens reevisorer. Ernst &Young AB 2002.

Projekt resultatuppföljning i NU-sjukvården. Västra Götalandsregionen 2002.

Regionalt KPP-projekt. Slutrapport. Västra Götalandsregionen 2002.

Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård, delrapport 1. Landstingsförbundet 1999.

Att mäta läkartidens användning för KPP och andra syften. Landstingsförbundet 2000.

Beskrivning och kostnadsberäkning av hematologiska åtgärder – KPP-modell för öppen- och slutenvård. Landstingsförbundet 2000.

Landstingens ekonomi. Landstingsförbundet maj 2002.

Kirurgi i slutenvården 1995-99. Enheten för analys och utvärdering, Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, 2002.

Medicare Payment Policy. Report to the Congress. Medicare Payment Advisory Comission. March 1999.

Förhållningssätt till ersättnings- och avtalsformer. Landstingskontoret, enheten för vårdsättningar. Stockholms läns landsting 2000-02-07.

Principer för fortsatt arbete med ersättningsfrågor inför akutsjukvårdsupphandlingen – Skeviksdeklarationen. Landstingskontoret, enheten för vårdersättningar. Stockholms läns landsting 2001.

Utvärdering av sekundära patientklassifikationssystem i öppenvård. Centrum för patientklassificering, 2001.

Öppenvårdsregistrering vid sjukhus och klassificering med APG. SPRI-rapport 449, 1997.

Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Socialstyrelsen 2001. ISBN 91-7201-601-9.

Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems. Open University Press 2002. ISBN 0-335-20928-9.

## Ersättningssystem för sjukhusens öppenvård

### Bakgrund

I mars 1999 uppdrog dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören Kaj Möllefors åt en arbetsgrupp att starta ett projekt för utveckling av beskrivnings- och ersättningssystem i sjukhusens öppenvård. I uppdragshandlingen fastställdes tre mål:

- att utveckla en enhetlig produktbeskrivning för den sjukhusanknutna somatiska öppna vården,
- att ta fram en enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppna vård med utgångspunkt från kriterierna resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet och
- att föreslå ett rapporterings- och uppföljningssystem för den öppna sjukhusvården.

Beskrivningssystemet kommer enligt Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut den 19 september 2001 att införas under 2002. Ansvaret för införandeprocessen ligger på ett särskilt projekt, BESIS1. I samband med införandet kommer även nya rapporterings- och uppföljningsrutiner att införas.

Arbetet med att utarbeta förslag till nytt ersättningssystem för öppenvården behöver nu påbörjas. Omfattningen av det arbetet är så omfattande att det bör hanteras inom ett speciellt projekt. Denna uppdragshandling beskriver projektarbetets olika delar och de associerade tidplanerna.

### *Teori- och omvärldsbeskrivning*

Förslag om nya ersättningsmodeller fordrar ingående överväganden. Ersättningssystemen syftar inte enbart till ökad produktivitet utan skall även bidra till förbättrad kvalitet, ökad effektivitet och de skall ge incitament till verksamhetsutveckling. Ersättningsformerna skall vara anpassade för olika delverksamheter; det är möjligt och också troligt att olika delar av sjukhusens verksamhet skall ersättas på olika sätt. Ersättningssystemen skall vara konkurrensneutrala och inte gynna en vårdgivare före en annan. Det är också viktigt att ersättningssystemen rättvist fördelar de ekonomiska riskerna mellan beställare och utförare.

Vidare behöver de ersättningssystem som för närvarande används inom svensk sjukhusvård gås igenom. Dessa och andra frågor behöver beskrivas och analyseras i projektets inledningskede för att ge det fortsatta arbetet en grundläggande strukturell stadga och referensram.

### *Dagkirurgi*

Idag ersätts dagkirurgisk verksamhet i Västra Götaland enligt speciella regler. En dagkirurgigrupperare har under 2001 tagits fram av Centrum för patientklassificering vid Socialstyrelsen. Om grupperaren införs i Västra Götaland kan begreppet dagkirurgi definieras på ett enhetligt sätt och den dagkirurgiska verksamheten kan ersättas på samma villkor vid alla sjukhus i regionen. Grupperaren behöver dock utvärderas ur flera olika perspektiv. Vidare måste sjukhusspecifika kostnadskalkyler göras för de olika DRG-grupperna. Ersättningsnivåerna för de lika dagkirurgiska grupperna måste fastställas och de praktiska frågorna kring införandet av grupperaren måste gås igenom.

### *Kostnadsberäkning*

Det beskrivningssystem för sjukhusens öppenvård som tagits fram i Västra Götaland innehåller ett stort antal vårdtjänster. Dessa vårdtjänster måste kostnadsberäknas för att man skall kunna lägga fram förslag om ett ersättningssystem. Sådana kostnadsberäkningar fordrar uppgifter om antalet besök och åtgärder per år. Registrering av vårdtjänster måste ha fortgått under cirka ett halvt år för att uppskattningar om årsvolymer skall kunna göras med acceptabel precision. Det innebär att kostnadsberäkningarna kommer att bli färdiga successivt; de medicinska verksamhetsområden som påbörjar registreringen under våren 2002 kommer alltså att bli klara först. Med hänsyn till att registrerade data från verksamheter som startar hösten 2002 blir tillgängliga först efter årsskiftet kan kalkylarbetet slutföras tidigast under första halvåret 2003.

### *Ersättningssystemets (exklusive dagkirurgi) principiella inriktning*

Ett färdigt ersättningssystem består av ett stort antal detaljer, framtagandet av ett färdigt system är därför med nödvändighet mycket arbetskrävande. För att undvika att arbete görs i onödan är det därför lämpligt att dela in arbetet i två etapper. Först bör man lägga fram ett förslag som beskriver ersättningssystemets innehåll och inriktning ur principiell och övergripande synvinkel. Efter behandling i Hälso- och Sjukvårdsstyrelsen kan projektarbetet fortsätta med etapp två som innebär att ersättningssystemets alla detaljer tas fram. Tidplanen för den andra etappen bör fastställas efter HSS beslut rörande ersättningssystemets principiella inriktning.

### *Tidplan*

- Teori- och omvärldsbeskrivningen skall vara klar 31 mars 2002.
- Kostnadsberäkningar för vårdtjänster exklusive dagkirurgi skall starta hösten 2002 och vara avslutade senast 30 juni 2003.
- Bedömning av dagkirurgigrupperaren och kostnadskalkyler av dagkirurgigrupper skall vara färdiga 30 april 2002. Förslag för införandet av dagkirurgigrupperaren skall vara klart 30 maj 2002. Förslag till ersättningssystem för dagkirurgin skall vara klart att framläggas för HSS 30 augusti 2002.
- Förslag om ersättningssystemets principiella och översiktliga inriktning och innehåll (exklusive dagkirurgi) skall vara klart senast 15 maj 2002.

*Projektgrupp och arbetsätt*

Projektgruppen föreslås sammansatt av en representant vardera för Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Skaraborgs sjukhus och Kungälvssjukhus, en representant från regionstyrelsens kansli, två representanter från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli samt två representanter från den grupp som tidigare arbetat med framtagandet av beskrivningssystemet. Hälso- och sjukvårdsdirektören utser en av gruppens medlemmar till projektledare.

*Alla gruppens medlemmar förutsätts bidra med aktivt arbete!*

Projektgruppen skall under arbetets gång stämma av med de regionala enheter som berörs av projektarbetet, det gäller till exempel det regionala KPP-projektet, det regionala läkemedelsprojektet, samordningsgruppen för ersättningsfrågor, koordinatorsgruppen inom HSS-kansliet, ekonomichefsgruppen och sjukvårdsgruppen.

Avstämningar med politiska företrädare och Hälso- och sjukvårdsstyrelsens fackliga grupp bör också göras under projektets gång.

Johan Calltorp  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Fråga 1: Anser ni att:

”...modellen på ett rimligt sätt förenar totalersättningskontrollen med verksam stimulans till hög produktivitet och effektivitet samt att modellen tydliggör verksamheten och ger upphov till jämförbara uppföljnings- och utvärderingsdata av hög kvalitet.”

Anser ni att blandmodellen i praktiken svarar mot de angivna motiven?

	Sahlgrenska	NU-sjukvården	Kungälv	SÄS	Alingsås	Skas	Frölunda
<b>Totalersättnings kontroll</b>	* fyller syftet	* fyller syftet	* fyller syftet, kortsiktigt	* fyller syftet	* fyller syftet	* fyller syftet	
<b>Stimulera produktivitet</b>	Föga stimulans. Förhindras av nuv. takkonstruktion	Nej	Nej	Tveksamt		Nej, möjligen bibehålla	
<b>Hög kvalitet i uppföljningsdata och jämförbara data</b>	Stimulerar till detta	Sannolikt bättre, men ingen förutsättning		Kan ifrågasättas	Tveksamt	Tveksamt, tak och kostnadskontroll fokuserar på ek. uppföljning. Inget motiv för jfr. data	
<b>Blandmodellen i stort</b>		Fungerar som ren anslagsmodell	Enbart totalersättningskontrollen har uppnåtts. Tilltalande med en fast och en rörlig del	Tillfredsställande ur ren ekonomistyrning för att uppnå totalersättningskontroll och totalkostnadskont	Svarar mot merparten av de angivna motiven		Svarar i stort mot de angivna motiven
<b>Övriga synpunkter</b>	*nödvändigt att tydliggöra ing. delar i ersättningssystemet. Alla riktade uppdrag klargörs *Ok med fast o rörlig del. Def. fasta delen för bättre jämförbarhet *bättre produktivitet utan absolut intäktstak		*tar inte hänsyn till effektivaste utförare *anslagsfinans. med piska. *leder till intäktsmaximering i stf kostnadseff. *ej acceptabelt med sjukhuspec. priser				

## Sammanställning av remissvar

Tabell 1. Vilka ämnen har berörts i remissvaren?

	Asås	Fröl	HSK B	HSK M	HSK U	NU	SkaS	SU	SÄS	Kungälv	Alingsås	Halland
1 Etik						x						
2 Gemensamt beskrivningssystem					x			x				x
3 Beskrivningssyst produkter grund för ersättningssystemet					x							
4 Skilda ersättningssystem akut och planerad vård						x						x
5 Prospektiva system med produktgrp					x		x	x	x			x
6 Förändrad takkonstruktion						x		x	x	x		
7 100%						x		x	x			
8 Egenutvecklad grupperare						(x)	x	x	x			x
9 Tidplan - Ersättning via KÖVG från 2003		x				x	x	x	x			
10 Tidplan - Ersättning via MÖVG från 2004		x				x		x	x			
11 Tidplan – allmänt		x				x		x				x
12 Sambandet slutenvård – öppenvård												x
13 Följa volymsutveckling sjhvard – primärvård			x		x							x
14 Regiongemensamma priser					x	x	x	x				x
15 Kostnadskalkyler						x		x				x
16 50-50 första året						x						x
17 Övriga övergångsregler												
18 Extrema kostnader						x	x					x
19 Vilka områden omfattas – omfattas ej						x						x
20 Regional enhet					x	x	x	x	x	x		x
21 IT-utrustning – resursanspråk		x				x		x				
22 Resursanspråk - övrigt						x		x				
23 Styrning via kvalitet etc			x		x		x		x			
24 Övrigt			x	x	x			x	x	x	x	

Tabell 2. Försök till kort sammanfattning av innehållet i remissvaren

1 Etik	NU-sjv anser att rapporten avfärdar risken för neg effekter alltför lättvindigt
2 Gemensamt beskrivningssystem	HSK Uddevalla och SU kommenterar båda ett regionalt beskrivningssystem i positiva ordalag
3 Beskrivningssystem produkter grund för ersättningssystemet	HSK Uddevalla anser att det är felaktigt att beskrivningssystemet används som underlag för ersättning
4 Skilda ersättningssystem akut och planerad vård	NU pläderar för att all akut vård skall ersättas på särskilt sätt, till exempel med abonnemang.
5 Prospektiva system med produktgrp	Fyra sjukhus kommenterar mer eller mindre explicit förslaget i positiva ordalag. Inget argumenterar emot!!
6 Förändrad takkonstruktion	Instämmanden från fyra sjukhus, inga avstyrkanden.
7 100%	NU och SU tillstyrker, SÅS anser att den frågan skall beslutas för hela sjukvården samtidigt och ej i form av specialbeslut.
8 Egenutvecklad grupperare	Tre sjukhus, SkaS, SU och SÅS, är positiva till egenutveckling. Eventuellt även NU men man kommenterar mest frågan ur perspektivet att det är viktigt att grupperaren inte blir en isolerad Västra Götaland-angelägenhet.
9 Tidplan - Ersättning via KÖVG från 2003	SkaS och SÅS positiva till start 2003. Frölunda och NU negativa. SU villkorar start 2003 med att det måste finnas rimliga kunskaper om volymer
10 Tidplan - Ersättning via MÖVG från 2004	SÅS positiv medan Frölunda, NU och SU vill skjuta på starten.
11 Tidplan – allmänt	Frölunda: tidplanen för genomförande inte realistisk för sjukhuset räkning. NU: Tidsbedömningen rent generell alltför optimistisk. NU är starkt kritisk till tidplanen. SU: Vi vill fästa HSS-kansliets uppmärksamhet på den mycket korta tidplan som föreslås.
12 Sambandet slutenvård – öppenvård	Inga kommentarer
13 Följa volymsutveckling sjhvard – primärvård	HSK Borås ser ett problem i att incitamentsstrukturen blir olika för primärvård och sjukhusvård. Svaret från HSK Uddevalla svårtolkat men troligen anser man att det är fel att införa produktionsstimulerande incitament för sjukhusvården
14 Regiongemensamma priser	NU anser att man snarast bör hitta en modell för regiongemensamma priser. SU och SkaS önskar inte regiongemensamma priser. HSK Uddevalla anser att man centralt inte skall fastställa enskilda ersättningar utan att det är nämnderna som skall göra det. .
15 Kostnadskalkyler	NU och SU positiva. NU poängterar att det kommer att ta mycket tid (liksom Halland)
16 50-50 första året	NU kan tänka sig att blandmodellen är kvar första året, alternativt att ha 100 procents ersättning kombinerat med ett golv.
17 Övriga övergångsregler	
18 Extrema kostnader	NU och SkaS är positiva till att en utredning tillsätts
19 Vilka områden omfattas – omfattas ej	NU anser att beskrivnings- och ersättningssystemet skall omfatta akutmottagningarnas verksamhet.
20 Regional enhet	NU, SkaS, SU, SÅS och Kungälv positiva till förslaget. HSK Uddevalla ser inte skäl för att organisera handläggningen av ersättningsfrågor i en särskild enhet
21 IT-utrustning – resursanspråk	Frölunda, NU och SU flaggar för att man eventuellt behöver göra ytterligare IT-investeringar vars finansiering man vill diskutera.
22 Resurssynpunkter – allmänt	NU ser ökade kostnader för kalkylering och information/utbildning. SU ökade kostnader för kalkylering
23 Styrning via kvalitet och effekter	HSK Borås och Uddevalla samt SkaS och SÅS önskar en utveckling där styrning även kan göras beroende på kvalitet och effekter. Några av dessa önskar även koppling av dessa variabler gentemot ersättningssystemet.
24 Övrigt	HSK Borås önskar att man i det fortsatta utredningsarbetet skall ta hänsyn till HSNs nya arbetsuppgifter. HSK Uddevalla vill ha ett helt annat ersättningssystem vars komplexitetsgrad är mycket stor. SU tar upp behovet av ett varaktigt ersättningssystem. SÅS pekar på risken för att ersättningssystemet cementerar arbetssätt och rutiner. I Alingsås korta yttrande anges att man stöder förslaget. Kungälv lyfter fram betydelsen av att ersättningssystemet stöder sjukhusinterna fördelningsmodeller