

# VG PRIMÄRVÅRD

## Avrapportering av Delprojekt 3 Ekonomi, ersättning och kostnadsansvar

---

# Innehållsförteckning

## 1. Sammanfattning

## 2. Bakgrund

## 3. Uppdrag

### 3.1 Organisation

## 4. Överväganden

### 4.1 Ersättningsmodell för basåtagandet inom VG Primärvård

#### 4.1.1 Tillgängliga resurser för VG Primärvård

#### 4.1.2 Vårdvalspengens viktning

##### 4.1.2.1 Ålder och kön

##### 4.1.2.2 Vårdtyngd

#### 4.1.3 Glesbygd

#### 4.1.4 Tolkersättning

#### 4.1.5 Socioekonomi

#### 4.1.6 Täckningsgrad

#### 4.1.7 Målrelaterad ersättning för kvalitetsmål

### 4.2 Simulering av ersättningsmodellen

### 4.3 Tilläggsuppdrag inom VG Primärvård

### 4.4 Patientavgifter inom VG Primärvård

### 4.5 Vårdgivarnas kostnadsansvar

#### 4.5.1 Besöksersättningar

#### 4.5.2 BVC

#### 4.5.3 Läkemedel,

#### 4.5.4 Särnär Barn och vuxna

#### 4.5.5 Medicinsk service

#### 4.5.6 Hjälpmedel

#### 4.5.7 Försäkringslösning

### 4.6 Primärvårdsverksamheter utanför VG Primärvård

### 4.7 Övriga ekonomifrågor

#### 4.7.1 Interndebitering och ekonomisk reglering mellan vårdgivare

#### 4.7.2 Övriga frågor

## 5. Ärendets beredning

### Bilagor:

1. Uppdragshandling Delprojekt 3 VG Primärvård
2. Reviderad version av avsnitt om ersättning och kostnadsansvar i kravboken
3. Beräknade tillgängliga resurser enligt Budget 2008
4. Besök av personer som inte är listade 2007
5. Viktlista fördelad på kön och ålder i 1-årsintervall
6. Behovsindex vid resursfördelning till primärvårdsenheter
7. Resultat av körning i ACG-grupperaren
8. Extern utvärdering av ACG-simuleringen
9. Antal glesbygdspoäng per vårdenhet
10. Beräknad täckningsgrad per vårdenhet 2007
11. Beskrivning av simuleringsverktyget DEEK
12. Besök av listade invånare per vårdenhet 2007
13. Principer för interndebiteringar inom VG Primärvård
14. Uppdragshandling Konsekvenser av genomförandet av VG Primärvård

# 1. Sammanfattning

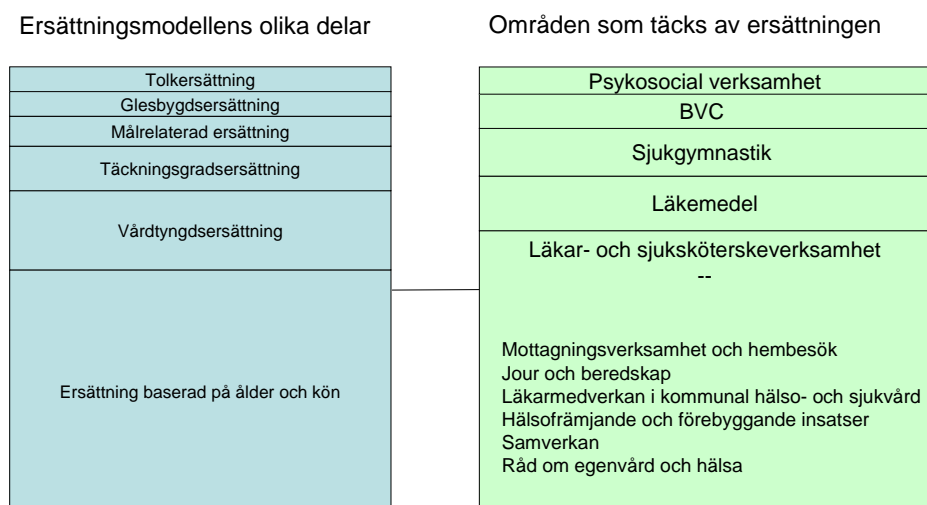
Denna rapport innehåller förslag kring ersättningsformer och patientavgifter i VG Primärvård. Förslaget följer de intentioner som presenterades i idéskissen *Vägen till Medborgarnas primärvård*. Den nuvarande ersättningsmodellen, som beslutades av hälso- och sjukvårdsutskottet i april 2006, bygger på de förutsättningar som vuxit fram före, under och efter regionbildningen. En vårdvalsmodell innebär nya villkor; framförallt att samma regelverk och ersättningar ska gälla för samtliga vårdenheter, oavsett driftsform och geografiskt läge. Jämfört med nuläget är det oundvikligt att den nya ersättningsmodellen leder till viss omfördelning av resurserna.

Totalt finns, i budget 2008, 5 334 234 tkr att fördela för basåtagandet inom VG Primärvård. Därtill kommer 1 245 601 tkr för primärvårdsverksamheter som inte ingår i vårdvalet.

Utredningstiden har varit knapp i förhållande till uppdragets omfattning och komplexitet. Bland annat har tiden för bakgrundsbeskrivningar och analys varit otillräcklig. Detaljfrågor, som inom ersättningsområdet har stor betydelse, har inte alltid hunnits med. Det gäller bland annat gränssnittsproblematikens påverkan på såväl vårdinnehåll som ekonomi. Det förutsätts att dessa frågor successivt kan utredas och beslutas under införandetiden.

## Ersättning inom vårdvalet

Ersättningsmodellens principiella uppbyggnad och det basåtagande ersättningen ska täcka framgår av nedanstående figur.



Ersättningen baserad på ålder och kön är fördelad i ettårsåldersklasser. Ersättning för vårdtyngd baseras på de listade patienternas ACG-tyngd. Täckningsgradersättning utgår mellan 55 och 80 % täckningsgrad. Målrelaterad ersättning grundas på de indikatorer som föreslagits av en särskild arbetsgrupp. Glesbygdsersättning utgår från vårdenhetens geografiska belägenhet mätt med objektiva mått. Tolkersättning utgår med fast belopp per besök där tolk använts.

Ersättning baserad på vårdtyngd samt den överkompensation av tolkkostnaderna som föreslås är uttryck för en strävan att ersättningen ska grundas på vårdbehov. Frågan i vilken utsträckning individens socioekonomiska situation påverkar resursbehovet har inte kunnat beredas tillräckligt under utredningstiden, då ett nationellt arbete inom detta område ännu inte slutförts. En regional utredning bör startas för att ytterligare fördjupa analysen av dessa frågor.

Ersättningsmodellen är till sin karaktär relativ, det vill säga den tillåter att ersättningsnivåerna justeras med utgångspunkt i ändrade ekonomiska förutsättningar. I rapporten finns detaljerade förslag kring vilka delar i modellen som bör ”låsas” fast för längre tid och vilka delar som kan justeras årligen.

I nedanstående tabell framgår de totalt tillgängliga resurserna för VG Primärvård helåret 2009, beräknade enligt de av HSU angivna simuleringsförutsättningarna, och hur de föreslås fördela sig på de i ersättningsmodellen ingående delarna.

Ersättningsområde	Tkr	Procent
Ersättning gundad på ålder och kön	3 318 936	59,9
Vårdtyngdsersättning	1 422 401	25,7
Täckningsgradsersättning	465 046	8,4
Målrelaterad ersättning	161 636	2,9
Glesbygdsersättning	100 000	1,8
Tolkersättning	33 438	0,6
Tilläggsuppdrag	35 500	0,6
<b>Totalt</b>	<b>5 536 957</b>	<b>100,0</b>

Den samlade ersättningen ska täcka kostnaderna för drift av den egna vårdenheten, inklusive läkemedel, medicinsk service och samverkan med vårdgrannar. Dessutom ska den täcka kostnader för de vårdkontakter som de personer som valt vårdenheten har med

- andra vårdenheter än den valda inom VG Primärvård
- vårdgivare som har vårdavtal avseende verksamhet inom basåtagandet (avtal som inte kan avslutas innan VG Primärvård genomförs)
- specialister i allmänmedicin ersatta enligt Lagen om läkarvårdsersättning
- sjukgymnaster ersatta enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik
- primärvårdsenheter i annat landsting

Vårdenheternas utökade kostnadsansvar innebär nya behov av ekonomisk reglering mellan vårdgivarna. Då patienten besöker annan vårdenhet inom primärvårdsnivån än den vid vilken hon eller han är listad, föreslås att den vårdenhet där patienten är listad blir ersättningsskyldig. Vid läkarbesök föreslås en ersättning om 860 kronor och för annan vårdpersonal 289 kronor. Ersättningen om 860 kronor föreslås gälla även för besök hos läkare som ersätts enligt nationella taxan. Detta är en något högre nivå än deras författningsbestämda ersättning, vilket motiveras av att den senare inte omfattar medicinsk service och läkemedel. Mellanskillnaden hanteras av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd.

I rapporten görs en inventering av framtida möjliga ekonomiska relationer mellan aktörerna i vårdvalet. Det stora antalet transaktioner ställer krav på smidiga IT-system. Befintliga system bör användas där så är möjligt, men de täcker inte alla identifierade behov. Fortsatta utredningar om IT-lösningar är därför nödvändiga.

Förslagets konsekvenser för vårdcentraler, hälso- och sjukvårdsnämnder, driftområden för primärvård och kommuner har utretts och huvudresultaten framgår i rapporten.

### **Ersättning för primärvårdsverksamheter utanför vårdvalet**

För mödrahälsovården föreslås ersättning baserad på antalet kvinnor i fertil ålder i området respektive antalet inskrivna gravida kvinnor. För sjukvårdsupplysningen föreslås abonnemangsansättning kompletterad med en mindre andel prestationsersättning.

För övrig primärvård utanför vårdvalet, däribland ungdomsmottagningar, studierektorsfunktion samt forskning och utveckling, föreslås abonnemangsansättning, vilket innebär en fast ersättning per månad. Detaljer framgår av rapporten.

### Övriga förslag av vikt

- För att regionen ska kunna förfina vårdtyngdsersättningen krävs bättre kunskap om kostnaden per patient. Därför föreslås att ett KPP-system införs inom primärvården så snart som möjligt.
- Frågan om en övergång till ett befolkningsbaserat läkemedelsansvar och dess konsekvenser bör utredas.
- Frågan om en försäkringslösning för särskilt kostnadskrävande diagnostiska åtgärder bör utredas.
- Förutsättningarna för att medge särskilda villkor i samband med nyetablering bör utredas
- Det har uttryckts farhågor att enstaka vårdenheter kommer att försöka flytta kostnader för diagnostik och behandling till sjukhusen. Den fortsatta utvecklingen i detta avseende bör följas noga.
- Extra ersättning föreslås för vårdenheter som medverkar i driften av familjevårdscentraler.
- Vid byte av listningsenhet föreslås att primärvårdspengen överförs till den nya enheten månadsskiftet efter bytet.
- Hälso- och sjukvårdsavdelningen vid regionkansliet bör tillföras resurser för drift och förvaltning av ersättningsmodellen

### Patientavgifter

Nedanstående tabell sammanfattar förslaget om nya patientavgifter.

	Primärvård		Länssjukvård
	Vald enhet	Annan enhet	ej beslutsförslag
Läkarbesök, allmänmedicin	100	200	
Jourbesök, läkare allmänmedicin	180	280	
Läkarbesök, annan specialist	300	300	300*
Akutmottagning			300*
Hembesök, läkare	180	280	380
Sjukvårdande behandling. Exempel på vårdgivare: sjuksköterska, kurator, psykolog, sjukgymnast	80	80	80
Hembesök, sjukgymnast	160	160	160
Hälsovård: Exempel på insatser: Vaccinationer, hälsoundersökningar, intyg, förebyggande vård	Enligt särskild regional taxa		

\* Besök hos gynekolog 200 kronor

De patientavgifter som vårdenheterna mottar föreslås avräknas mot de ersättningar som utgår.

## 2. Bakgrund

I *Vägen till medborgarnas primärvård - En idéskiss för VG Primärvård* framgår bland annat att uppdraget för samtliga vårdenheter inom primärvården ska vara gemensamt, vilket medför att även principerna för ersättning bör vara gemensamma. Valet av ersättningsmodell har stor betydelse för hur väl Västra Götalandsregionen lyckas styra hälso- och sjukvården mot önskade mål.

Styrningen ska stimulera vårdgivaren att ta väl hand om de medborgare som har valt vårdenheten. Det ska löna sig att vara tillgänglig. Vårdenheterna ska snabbt och enkelt kunna erbjuda rätt vård och omhändertagande, antingen inom ramen för den egna vårdenheten eller med hjälp av andra vårdgivare som man har avtal med.

## 3. Uppdrag

Uppdraget till delprojekt 3 inom VG Primärvård är att utveckla en ersättningsmodell i den riktning som anges i Politiskt Positionsnummer den 2008-04-02, i *Vägen till medborgarnas primärvård - En idéskiss för VG Primärvård* samt i kapitel 6 i *Kravbok - Förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård*.

I uppdraget ingår att konkretisera ersättningsmodellens delar och att tydliggöra vilka konsekvenser införandet kan få. Uppdragshandling bifogas i bilaga 1. De avsnitt i *Kravbok - Förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård* som avser ersättning och kostnadsansvar har uppdaterats inom ramen för uppdraget. En reviderad version redovisas i bilaga 2.

Idéskissen var under våren 2008 utsänd på remiss. I flera remissvar framfördes synpunkter på faktorer som behöver förtydligas. Några av dessa avsåg ekonomi, ersättning och kostnadsansvar och har vägts in i arbetsgruppens arbete.

### 3.1 Organisation

En förutsättning för att lyckas med uppdraget är nära samarbete med övriga delprojekt inom ramen för genomförandet av VG Primärvård, framför allt *Delprojekt 2 Basuppdrag och tilläggsuppdrag - innehåll, omfattning och avgränsning* samt *Delprojekt 4 Kvalitetsindikatorer*. Uppdragets genomförande förutsätter dessutom tillgång till data från samtliga primärvårdsförvaltningar och hälso- och sjukvårdskanslier.

Arbetet har bedrivits i en arbetsgrupp under ledning av Bengt Kron, regionkansliet. I arbetsgruppen har också ingått Ann-Christin Jenvén, Jan Aaby-Ericsson och Maria Berghem, vilka representerat primärvårdsförvaltningarna, Jan Blomqvist och Carina Samuelson, som representerat hälso- och sjukvårdskanslierna, Dennis Svensson från Regionkansliet Ekonomi samt Hans-Bertil Fransson, Peter Amundin, Rose-Marie Nyborg, Daniel Pollack och Anneth Lundahl från olika enheter inom hälso- och sjukvårdsavdelningen. Den sistnämnda har varit sekreterare i gruppen och huvudförfattare till föreliggande rapport. Arbetsgruppen kompletterades inför sitt andra möte med Anders Lindgren och Monica Rosendahl Widman från hälso- och sjukvårdsavdelningen och i slutet av processen med Per-Olof Axelsson från Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Utöver arbetsgruppen har ytterligare två grupper bidragit till uppdragets genomförande, en simuleringsgrupp och en ACG-grupp.

Simuleringsgruppen bildades för att bygga en simuleringsdatabas, förse denna med kvalitets-säkrade data och ansvara för genomförandet av ett antal simuleringar. Allt för att tydliggöra effekterna av olika ersättningsalternativ. I denna grupp har ingått Bengt Kron, Anneth Lundahl, Anders Lindgren, Anna Erlingsdotter-Wass och Peter Amundin från hälso- och sjukvårdsavdelningen, Carina Samuelson, Jan Blomqvist och Stefan Bengtsson från hälso- och sjukvårdskanslierna, Maria Berghem och Joakim Borgh från primärvårdsförvaltningarna samt Lars Björkman från VGR-IT. Till gruppen har även kopplats en konsult, Joseph Moosman, med erfarenhet av att bygga simuleringsdatabaser. De faktiska simuleringarna har genomförts i en mindre grupp bestående av Bengt Kron, Anneth Lundahl, Lars Björkman, Maria Berghem, Anders Lindgren och Joseph Moosman.

ACG-gruppen tillsattes för att pröva och införa ett ACG-program, ett verktyg som kan bidra till att ge data om vårdenheternas vårdtyngd. Gruppens har genomfört simuleringar, tagit ställning i frågor bland annat avseende datauttag samt planerat och arrangerat ett seminarium om ACG. Gruppen har letts av Annika Karlqvist på hälso- och sjukvårdsavdelningen. Ingått har även Lars Björkman från VGR-IT samt Anders Lindgren och Anneth Lundahl från hälso- och sjukvårdsavdelningen.

## 4. Överväganden

Uppdraget innebär att bygga den modell som ska användas för att beräkna ersättningen till samtliga godkända vårdenheter inom VG Primärvård. I arbetsgruppens uppdrag ingår även att belysa vårdenheternas kostnadsansvar och ekonomiska mellanhavanden, vilka inte har någon direkt implikation på ersättningsmodellen. I ett antal frågor har dialog förts med representanter för Region Skåne, Landstinget i Halland och Sveriges Kommuner och Landsting.

I primärvårdens uppdrag ingår att arbeta hälsofrämjande och förebyggande, genom exempelvis familjecentraler, barnvårdscentraler och livsstilsmottagningar samt att delta i det lokala folkhälsoarbetet. Hälsofrämjande och förebyggande arbete ingår därmed i basåtagandet, det vill säga det uppdrag som samtliga vårdenheter ska tillhandahålla för de individer som är anslutna till dem, och ersätts inom den ersättningsmodell som beskrivs nedan. Den målinriktade ersättningen kan användas för att särskilt stimulera utvalda delar av uppdraget. I förslaget till målrelaterad ersättning finns en indikator för det hälsofrämjande och förebyggande uppdraget, nämligen deltagande i folkhälsorådets arbete.

Inledningsvis bör också påpekas att även samverkan ingår i basåtagandet, såväl kring patienten som med vårdgrannar och myndigheter i syfte att utveckla vården.

I den ersättningsmodell som beskrivs nedan i avsnitt 4.1 ingår förslag till inbördes viktning mellan modellens olika delar. Sannolikhet kommer denna viktning att behöva justeras över tid. Samtidigt finns behov av stabila ekonomiska förutsättningar för de vårdenheter som etablerar sig inom VG Primärvård. Vårdenheterna ska kunna bygga sin verksamhet i förvisning om att ersättningsmodellen kommer att gälla under den period regionen beslutar. Arbetsgruppen föreslår att det i kravboken framgår att viktningen mellan de i ersättningsmodellen ingående delarna ligger fast under de första två åren. Detta med undantag för eventuellt införande av en socioekonomisk ersättningsdel.

Till begreppet ersättningsmodell hör däremot inte frågan om den totala resursfördelningen inom regionens hälso- och sjukvård. I kravboken ska det därför också framgå att regionen vid varje nytt budgetbeslut ska kunna besluta att den totala primärvårdsresursen ändras med hänsyn tagen till nya ekonomiska förutsättningar.

De förändringar som görs i ersättningsmodellen eller i den totala resursfördelningen inom hälso- och sjukvården ska meddelas vårdenheterna senast 6 månader före ikraftträdandet.

Respektive avsnitt i det följande inleds med arbetsgruppens förslag, varefter de sakskalet som gruppen lutar sig mot redovisas.

#### **4.1 Ersättningsmodell för basåtagandet inom VG Primärvård**

Arbetsgruppen förslår att merparten av ersättningen för vårdenhetens basåtagande utgår i form av en så kallad vårdvalspong, vilken följer medborgarens val av vårdenhet. Vårdvalspengen utgår från respektive individs ålder, kön och vårdtyngd, den sistnämnda beräknad utifrån diagnoser registrerade på primärvårdsnivån de senaste 15 månaderna. Ersättningsmodellen föreslås därutöver innehålla särskilda moduler där ersättning utgår utifrån respektive vårdenhets täckningsgrad, uppfyllelse av fastställda kvalitetsmål, glesbygdsfaktor samt antalet besök där tolk använts. För att likställa förutsättningarna mellan vårdenheter i privat och offentlig drift föreslår arbetsgruppen att den moms-kompensation som regionen har rätt att lyfta på den ersättning som utbetalas till privata vårdenheter läggs på ersättningen till dessa.

De faktorer som föreslås ligga till grund för vårdenheternas ersättning 2009 sammanfattas i nedanstående tabell.

Ersättningsmodellens delar	Beräkningsunderlag	Ersättningsnivå per månad 2009
Peng viktad utifrån ålder och kön	Totalt ca 612 000 poäng	452 kr per poäng
Peng viktad utifrån vårdtyngd	Totalt ca 612 000 poäng * vårdenhetens ACG-vikt (genomsnitt = 1,0)	193 kr per poäng
Glesbygsersättning	Antal glesbygdspoäng för vårdenheter med faktor >10 * antal vårdvalspoäng för dessa enheter	Totalt 8 333 tkr
Täckningsgradersättning	Totalt ca 612 000 poäng * %-enhet > 55 %	4,50 kr per % TG > 55% och poäng
Målrelaterad ersättning	6 kvalitetsindikatorer och flera målnivåer	Totalt 13 470 tkr vid full mål- uppfyllelse
Tolkersättning	Antal besök där tolk har använts	1 000 kr per besök med auktoriserad språktolk 250 kr per besök med annan tolk

Samtliga delar i ersättningsmodellen beskrivs närmare i det följande.

Regelverket för den så kallade Ludvikamomsen innebär att Västra Götalandsregionen har rätt att lyfta 6 % av det belopp som utbetalas till privata vårdgivare från skattemyndigheten. Ludvikamomsen är avsedd att utgöra kompensation för de merkostnader privata vårdgivare förmodas ha till följd av att de inte har rätt att lyfta moms på de varor och tjänster som de köper.

Detta innebär att med lika ersättningsnivåer för offentliga och privata vårdenheter blir regionens kostnader för den primärvård som bedrivs i privat regi 6 % lägre.

Ersättningsmodellen ska användas för samtliga godkända vårdenheter inom VG Primärvård, oavsett exempelvis driftsform eller geografisk placering. Det är en viktig princip att samtliga vårdgivare ska ha likvärdiga förutsättningar. Någon möjlighet till lokala variationer, utöver effekterna av de parametrar som ingår i modellen, finns inte.

#### **4.1.1 Tillgängliga resurser för VG Primärvård**

Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som finns tillgängligt för vårdvalet inom VG Primärvård enligt budget för helåret 2008 uppgår till 5 334 234 tkr. Hur detta belopp beräknats samt fördelas per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3.

En beräkningsförutsättning har varit att de intäkter som Västra Götalandsregionen idag får in kopplat till basåtagandet inte ska ingå i de budgeterade beloppen. Vid förändring exempelvis av hantering av patientavgifterna behöver beräkningarna således korrigeras.

Enligt de simuleringsförutsättningar som under arbetets gång har formulerats av HSU ska detta belopp uppräknas med fullt kostnadsindex i enlighet med regionfullmäktiges budget för 2009. Detta direktiv har varit en utgångspunkt vid beräkningen av de ersättningsnivåer som nämns i avsnitten från 4.1.1 till 4.1.7 nedan. Det är viktigt att uppmärksamma att simuleringsförutsättningarna innebär en högre uppräkningsnivå än den som faktiskt tillämpats i budgetarbetet på nämnds nivå. I tabellen nedan framgår beräknade tillgängliga medel för helåret och per månad 2009 dels uppräknade i enlighet med nämnda simuleringsförutsättningar, dels enligt den uppräkningsnivå som faktiskt tillämpats i nämndernas detaljbudgetar för 2009. Samtliga belopp avser tkr.

	Uppräkning enligt simuleringsförutsättningar	Uppräkning enligt budgetarbete på nämnds nivå
Budget 2008	5 334 234	5 334 234
Uppräkning 2009	202 701	138 690
Budget 2009	5 536 935	5 472 924
Budget / månad 2009	461 411	456 077

Den ersättning som utbetalas till en vårdenhet är avsedd att täcka samtliga kostnader för driften av den egna vårdenheten, inklusive hälsofrämjande och förebyggande insatser, samverkan med vårdgrannar och myndigheter samt respektive organisations kostnader för overhead, men även kostnaderna för det kostnadsansvar som framgår nedan i kapitel 4.5. Det ingår i varje vårdenhets ansvar att planera sin verksamhet så att de invånare som har valt vårdenheten har en jämn och god tillgång till primärvård. Någon möjlighet att lyfta ytterligare ersättning för det avsedda uppdraget utöver vad som beskrivs i föreliggande dokument finns inte.

Idag finns stora variationer mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder vad gäller primärvårdssupdragets omfattning, ersättning per invånare för primärvård samt detaljeringsgrad i den ekonomiska rapporteringen. Vidare varierar gränssnittet mellan primärvården och andra vårdgivare, bland annat sjukhusen och kommunerna, i Västra Götalandsregionen. Den nya och regionalt enhetliga ersättningsmodellen medför därmed vissa förändringar i fördelningen av primärvårdsresurser.

Det förekommer, och kommer att förekomma, externa finansieringsposter inom primärvården, bland annat ersättning för besök gjorda av asylsökande, för vaccinationer och hälsoundersökningar samt för besök av patienter som har valt en annan vårdenhet eller kommer från andra landsting. Besöksstatistik avseende de två sistnämnda posterna framgår i bilaga 4.

Samtliga ersättningsnivåer som anges i den följande texten inom kapitel 4.1 avser 2009 års kostnadsläge beräknat enligt av HSU givna simuleringsförutsättningar.

### **4.1.2 Vårdvalspengens viktning**

Med utgångspunkt i av HSU givna simuleringsförutsättningar har den totala ersättning som utgår i form av vårdvalspeng, baserad på faktorerna ålder, kön och vårdtyngd, beräknats till 4 741 337 tkr för helåret 2009. Detta motsvarar ungefär 85,5 % av den totala ersättningen. Genom att kombinera ålder och kön med vårdtyngd ökar möjligheten att fördela ersättningen efter vårdbehov. Den inbördes viktningen mellan angivna faktorer föreslås vara 70 % för ålder och kön och resterande 30 % vårdtyngd.

Av beräkningar i det följande kan utläsas att primärvårdspengen kommer att utgå för totalt ca 612 000 vårdvalspoäng, vilka är baserade på ålder, kön och vårdtyngd. Den sammanvägda ersättningen per poäng har, med utgångspunkt i givna simuleringsförutsättningar, beräknats till i genomsnitt 645 kronor per månad 2009.

#### **4.1.2.1 Ålder och kön**

Arbetsgruppen föreslår att 70 % av primärvårdspengen utgår från den viktlista baserad på kön och ålder i 1-årsintervall som framgår i Bilaga 5. Arbetsgruppen har valt att frångå den tidiga åldersgrupperingen, eftersom precisionen ökar med ettårsåldersklasser.

Viktningen har tagit sin utgångspunkt i konsumtionsdata avseende besök och telefonkontakter i de verksamheter som ingår i basåtagandet, uppdelade i ettårsklasser och på kön. Det finns många invändningar mot detta val, exempelvis att man därigenom antar att den historiska konsumtionen är optimal. Arbetsgruppen är medveten om att så inte är fallet, men har inte lyckats finna någon bättre bas för beräkningen.

Under simuleringen har verksamheternas inbördes viktning varit en parameter som varit möjlig att förändra. Antalet vårdkontakter inom de ingående verksamheterna viktas mot varandra enligt följande:

Allmänläkare- och sjuksköterskeverksamhet	65 %
Insatser mot psykisk ohälsa	2 %
Somatisk rehabilitering	8 %
Läkemedel	20 %
BVC	5 %

Viktningen avviker något från de andelar av kostnadsmassan som används till angivna verksamheter i nuläget. Läkemedel har viktats upp för att kompensera att de kostnadsvikter som finns för primärvård, och som används för beräkning av kostnader för vårdtyngd, för närvarande inte innehåller läkemedelskostnader. De andelar som avser insatser mot psykisk ohälsa, somatisk rehabilitering och BVC har avrundats uppåt till närmaste hela procentenhet. Dessa korrigeringar har mötts genom att allmänläkare- och sjuksköterskeverksamheten har viktats ner i motsvarande grad.

Enligt beräkningar gjorda med utgångspunkt i givna simuleringsförutsättningar motsvarar 70 % av primärvårdspengen 3 318 936 tkr för helåret 2009, eller 276 578 tkr per månad. Viktlistan i bilaga 5 innebär att Västra Götalandsregionens befolkning totalt genererar ca 612 000 poäng, baserade på ålder och kön. Ersättningen per poäng beräknas, med utgångspunkt i detta, uppgå till 452 kronor per månad.

#### **4.1.2.2 Vårdtyngd**

Arbetsgruppen föreslår att primärvårdspengens viktning till resterande 30 % utgår från vårdtyngd, med hjälp av ACG. Arbetsgruppen förespråkar att ACG-viktningen beräknas varje månad och då baseras på diagnoser satta inom primärvården under de senaste 15 månaderna. Arbetsgruppen förespråkar vidare att ett utvecklingsarbete inleds i syfte att i allt högre utsträckning använda ACG som planerings- och analysinstrument. Arbetsgruppen föreslår dessutom att KPP-information ska levereras från samtliga vårdenheter inom VG Primärvård, bland annat för att få ett säkrare underlag för beräkning av ACG-kostnadsvikter.

ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett dataprogram som kan användas såväl för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen som för att fördela sjukvårdsresurser efter den förväntade vårdtyngden vid respektive vårdenhet. Modellen korregerar för det faktum att sjukdomar inte är statistiskt normalfördelade. Fördelning enligt ACG sker utifrån antagandet "Sjuk igår är sjuk imorgon", det vill säga de diagnoser som har satts under en tidsperiod bakåt i tiden avgör de listade individernas sjuklighet framåt i tiden. ACG tar inte hänsyn till socioekonomiska faktorer annat än i de fall de har lett till sjukdom. För närmare information hänvisas till bilaga 6.

ACG-programmet förses med listningsdata från LISA och med diagnosdata från VEGA. När programmet körs fördelas samtliga individer till en av ca 90 ACG-grupper. Antalet individer i varje ACG-grupp multipliceras sedan med en relativ vikt baserad på beräkningar av kostnad per patient (KPP) inom primärvård.

Södra och Västra sjukvårdsregionerna har samverkat för att få så bra kostnadsvikter som möjligt, baserade på svenska förhållanden. Tillgängliga kostnadsuppgifter från svensk primärvård, vilket innebär vikter från landstingen i Blekinge och Östergötland, har lagts samman. Dessa kostnadsvikter inkluderar inte läkemedel. En naturlig och önskvärd utveckling är att införa KPP också i Västra Götalandsregionens primärvård. Detta för att bidra till att skapa en nationell KPP-databas för primärvård och komplettera nu tillgängliga kostnadsvikter.

Arbetsgruppens förslag att ACG-vikten ska baseras på en tidsperiod om 15 månader motiveras av att vårdenheterna under denna period förväntas hinna träffa samtliga listade individer med kronisk sjukdom vid åtminstone ett tillfälle. Att valet föll på att endast inkludera diagnoser satta inom primärvård beror på att dessa diagnoser bedömts vara mest relevanta med hänsyn till uppdraget. En sammanställning av resultatet av körning i ACG-programmet redovisas i bilaga 7.

ACG-grupperingen baseras på diagnoskodning, vilket innebär att den enskilde vårdgivaren, i viss grad, kan påverka utfallet. Enheter som tidigare inte har varit aktiva i detta avseende skulle alltså kunna öka sin diagnosättning i avsikt att öka sin ersättning. Slutresultatet är dock inte givet, då det beror också på andra enheters diagnoskodning. Om flertalet enheter fokuserar på ökad diagnoskodning kommer ersättningen sannolikt inte att förändras mer än marginellt för var och en. Den resurs som finns för denna del i ersättningsmodellen är, relativt sett, konstant. Detta kan till och med betyda att en vårdenhets vårdtyngdsersättning kan minska över tid trots att dess egen vårdtyngd är oförändrad.

Under 2009 förväntas vårdenheterna överlag förbättra sin diagnoskodning, vilket i så fall leder till en ökning av totala ACG-viktsumman. I den kommande förvaltningen av ersättningsmodellen bör ingå en årlig värdering av hur stor del av ökningen som beror på förbättrad registrering respektive vad som är tecken på en faktisk vårdtyngdsökning. Detta föreslås ske i samband med den årliga indexuppräknings.

Kostnader för läkemedel ingår i den bas som ersätts genom vårdvalspengen. Det skulle eventuellt kunna antas att en diagnos som ger höga läkemedelskostnader också ger en hög vikt i ACG. Denna hypotes är emellertid inte prövad. Läkemedelskostnader ingår heller inte i de kostnadsvikter som för närvarande används i ACG-programmet. Arbetsgruppen har valt att parera detta genom att öka läkemedelskonsumtionens påverkan på den del av viktningen som baseras på ålder och kön. I bilaga 8 redovisas närmare hur ACG-programmet har testats och med vilka resultat.

Tillgången till ACG-grupperaren ger nya möjligheter att sammanställa och analysera data avseende hälsoläge i befolkningen. Arbetsgruppen vill påpeka att användande av grupperaren, oavsett om den utgör en grund för ersättning till vårdenheterna eller inte, förutsätter en organisation för drift och underhåll av IT-verktyget och dess kopplingar bland annat till vårddatabasen Vega.

Viktningen av primärvårdspengen föreslås ovan till 70 % baseras på ålder och kön och till resterande 30 % på vårdtyngd. Enligt beräkningar gjorda med utgångspunkt i givna simuleringsförutsättningar motsvarar 30 % av primärvårdspengen 1 422 401 tkr för helåret 2009, eller 118 533 tkr per månad. Den genomsnittliga vårdtyngden i Västra Götalandsregionen ger en ACG-poäng på 1,00. För att koppla vårdtyngdsersättningen till vårdenhetens storlek multipliceras ACG-poängen med antalet poäng baserade på ålder och kön. Ersättningen för vårdtyngd i Västra Götalandsregionen kommer därmed att utgå för totalt ca 612 000 poäng. Ersättningen per poäng beräknas uppgå till 193 kronor per månad.

### **4.1.3 Glesbygd**

Arbetsgruppen föreslår att 100 Mkr av ersättningsutrymmet fördelas med hjälp av en glesbygdskoefficient baserad på respektive vårdcentrals avstånd till närmaste sjukhus, avstånd till större tätort samt befolkningstäthet i kommunen. Ersättning föreslås utgå till de vårdenheter som har en glesbygdspoäng som är 10 eller högre. Ersättningen baseras på antal glesbygdspoäng (10 eller högre) samt på respektive vårdenhets storlek.

Glesbygdsfaktorn behövs för att kompensera för merkostnader bland annat i samband med extern provtagning och för att vårdenheten behöver dimensionera sin verksamhet för ett större befolkningsunderlag än det som finns i närområdet, för högre personaltäthet till följd av regionala riktlinjer samt för längre transporter och resor. Beräkning av antalet glesbygdspoäng per vårdenhet framgår i bilaga 9.

#### **4.1.4 Tolkersättning**

I syfte att kompensera vårdenheter som har många vårdtagare som inte talar svenska föreslår arbetsgruppen att tolkersättning införs. Syftet är att vårdenheten ska ersättas för tolkkostnaden samt att kompensera enheten för den mertid som uppkommer genom ett tolkbesök.

Ersättningen föreslås utgå enligt följande:

- Tolkning som utförs av auktoriserad tolk. Ersättning föreslås utgå med 1000 kronor per tolktillfälle, vilket motsvarar den dubbla tolkkostnaden.
- Tolkning utan att vårdenheten belastats med någon kostnad för tolk, det vill säga exempelvis när teckentolk, vårdpersonal eller, i undantagsfall, nära anhörig har utfört tjänsten. Ersättning föreslås utgå med 250 kronor per tolktillfälle.

Om total likriktning eftersträvas och samma ersättningsnivåer ska tillämpas oavsett vem som betalar, kommer gruppens förslag om tolkersättning att innebära ökade kostnader för asylenheten, som betalar tolkersättning för asylsökande.

#### **4.1.5 Socioekonomi**

Arbetsgruppen föreslår att en följdutredning startas i syfte att analysera hur och i vilken grad socioekonomiska förhållanden påverkar primärvårdens kostnader. Utredningen ska även ta ställning till om ersättningsmodellen ska kompletteras med en socioekonomisk del. Detta arbete har inte kunnat slutföras inom ramen för detta delprojekt beroende på att det idag saknas ett socioekonomiskt validerat mått på individnivå som är relaterat till konsumtion av primärvård. Förhållandet mellan socioekonomiska faktorer och primärvårdskostnader utreds också för närvarande inom SKL.

I ett folkhälsoperspektiv exponeras människor för olika sociala och ekonomiska villkor. Skilljer gör därmed även förutsättningarna att påverka och kontrollera den egna livssituationen. Detta kan påverka hälsa, sjukdom och livslängd. Ur vårdenhetens perspektiv är det av stort intresse att få en uppfattning om i vilken grad socioekonomiska faktorer påverkar resursförbrukningen och att få kostnadstäckning för detta. Vid framtagandet av den nya ersättningsmodellen har arbetsgruppen försökt att beakta detta, direkt via den del i ersättningsmodellen som avser vårdtyngd – ACG och indirekt via den del som ger ekonomisk kompensation, inte bara för tolkinsatser utan också för den mertid sådana insatser innebär för framförallt läkare.

Vad gäller vårdtyngd baseras ersättningen på listade individer som de senaste 15 månaderna haft kontakt med och fått diagnos inom primärvården. Grupper med låg socioekonomisk status tenderar i vissa fall att söka vård i lägre utsträckning, relativt vårdbehovet, än andra grupper. Det senare kan innebära att dessa patienter när de väl söker vård kräver mer tid än vad de skulle ha behövt om de hade kommit tidigare, vilket i sin tur kan göra att deras vårdtyngd viktas för lågt i ACG-programmet. Denna socialt präglade underkonsumtion av primärvård kan ha olika orsaker.

När det i huvudsak beror på okunskap, missförstånd, rädsla och begränsade ekonomiska förutsättningar, bör det vara en angelägen uppgift för vårdenheterna att medverka i ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Detta med mål att göra den egna verksamheten tydligare och mer tillgänglig.

Ersättningsmodellens kompensation för tolkinsatser har svagheten att den inte omfattar svensktalande personer med låg socioekonomisk status. Dessutom ingår långtifrån alla icke-svensktalande personer i gruppen med låg socioekonomisk status.

Då Västra Götalandsregionen hittills inte kunnat få tillgång till data avseende socioekonomisk status på individnivå har arbetsgruppen övervägt alternativet att använda ett områdesbaserat mätverktyg. En majoritet i arbetsgruppen menar dock att detta skulle innebära ett avsteg från de principer som angivits i idéskissen för vårdval Västra Götaland, där en primärvårdspeng följer medborgaren till den vårdenhet som hon eller han väljer.

För närvarande pågår utvecklingsarbete, framför allt inom SKL och Region Skåne, i syfte att koppla ett socioekonomiskt index på individnivå, baserat på de variabler som ingår i Care Need Index (CNI)<sup>1</sup>. För mer information hänvisas till teorisammanställning om behovsindex för primärvård i bilaga 6 (sidorna 12-13).

#### **4.1.6 Täckningsgrad**

Arbetsgruppen föreslår att nedan angiven definition av täckningsgrad används som grund för utbetalning av målrelaterad ersättning. Arbetsgruppen föreslår vidare att denna ersättning ska utgå för varje procentenhet som vårdenhetens täckningsgrad överstiger 55 %, till en maximal nivå om 80 %. Ersättningen ska kopplas till vårdenhetens storlek genom dess antal poäng baserade på ålder och kön. Utbetalning föreslås ske varje månad baserad på medelvärdet under de senaste 4 månaderna. För att inte riskera att motverka den styreffekt som eftersträvas föreslås denna del i ersättningsmodellen inte ha något tak.

Arbetsgruppen har valt att enbart använda sig av besök vid beräkning av täckningsgrad. Vårdtillfällen har exkluderats då de avser slutenvård. Telefonkontakter har valts bort med hänvisning till att de för närvarande registreras i för låg omfattning inom den specialiserade vården. En risk i detta ställningstagande är att det ger incitament att erbjuda vårdtagaren besök istället för telefonkontakt eller e-postkontakt. De senare registreras idag inte regelmässigt vare sig inom primärvården eller den specialiserade vården. Telefon- och e-postkontakter bör inkluderas i beräkningen så snart registreringen av dessa kontaktyper når en acceptabel omfattning.

Arbetsgruppen har även valt att göra vissa avgränsningar i nämnaren, för besök som inte sker eller inom överskådlig framtid kommer att ske inom primärvårdsnivån samt för sådana besök där det kan slå orättvist mot enskilda vårdenheter om de ingår.

---

<sup>1</sup> De variabler som ingår i Care Need Index är andelen ensamboende äldre, andelen arbetslösa, andelen födda utomlands, andelen ensamstående föräldrar (med barn 0-15 år), andelen utbildad arbetskraft, andelen barn under 5 år, andelen flyttningar samt trångboddhet (Andel personer i hushåll med > 1 person per rum)

Arbetsgruppen föreslår att täckningsgraden definieras som följer:

Täljaren= de listade invånarnas alla besök (hos alla yrkeskategorier) som vårdenheten har kostnadsansvar för enligt vårdvalet, det vill säga vid / hos:

- Den egna vårdenheten
- Övriga vårdenheter inom VG Primärvård
- Jourcentraler
- Privata vårdgivare med vårdavtal inom primärvårdsnivån
- Specialister i allmänmedicin ersatta enligt Lagen om läkarvårdsersättning
- Sjukgymnaster ersatta enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik
- Primärvård i andra landsting och regioner
- Underleverantörer till vårdenheter inom VG Primärvård

Nämnnaren= de listade invånarnas alla besök, hos alla yrkeskategorier, hos samtliga offentligt finansierade vårdgivare i Sverige, det vill säga:

- Alla i täljaren
- Alla övriga offentliga och privata vårdgivare inom Västra Götalands regionen, exklusive besök på riks- och regionsjukvårdsnivå, inskrivningsbesök samt registrerade besök enligt socialstyrelsens lista över dagsjukvård baserad på Nord-DRG O
- Öppen länssjukvård i andra län, med samma undantag som i punkten ovan.

MVC-, UM- och arbetsterapibesök ingår inte vare sig i täljare eller nämnare, då de inte ingår i vårdvalet. Hälsoundersökningar, intyg och vaccinationer som inte betecknas som sjukvård ingår heller inte vid beräkning av täckningsgrad

En sammanställning över täckningsgrad per befintlig vårdcentral, baserad på data från 2007, redovisas i bilaga 10.

Genom ersättningen för täckningsgrad vårdenheter som tar ett större helhetsansvar att belönas och få mer resurser för att utveckla närsjukvården. Arbetsgruppens förslag till definition och användning av täckningsgraden innebär i nuläget en högre ersättning till vårdenheter i mindre kommuner och områden med glesare befolkning, där tillgången till specialistvård är lägre, än till vårdenheter i storstadsområden med hög andel specialiserad vård.

Syftet med täckningsgraden är att öka andelen öppenvårdsbesök som sker inom primärvården. Detta kan exempelvis ske genom att vårdenheterna kopplar till sig nya yrkeskategorier och läkare med annan specialitet än allmänmedicin. För att detta ska vara möjligt är det nödvändigt att de totala kostnaderna för primärvård tillåts öka om den genomsnittliga täckningsgraden ökar. Det bör således inte finnas något tak för denna ersättning. Ur regionalt perspektiv är den ekonomiska risk som följer av detta marginell. Om den genomsnittliga täckningsgraden i regionen ökar med en procentenhet, motsvarar det kostnader om ca 26 Mkr. Till viss del kompenseras detta sannolikt av minskade kostnader för annan vård.

Om täckningsgraden ökar genom att antalet besök i täljaren ökar, medan antalet besök i nämnaren är oförändrat eller minskar torde det vara möjligt att på något års sikt finansiera en ökad täckningsgrad genom en lägre uppräknings av ersättningsutrymmet till övriga vårdgivare. Om täckningsgraden däremot ökar enbart på grund av att antalet besök i täljaren ökar snabbare än vad antalet besök i nämnaren gör finns en risk för totalt ökande kostnader. I figuren nedan illustreras önskvärda och mindre önskvärda scenario.

Täckningsgradens förändring		Täljaren		
		ökar	minskar	oförändr
Nämnamn	ökar			
	minskar			
	oförändr			

Lodrätt raster = primärvårdens täckningsgrad ökar  
Svart markering = primärvårdens täckningsgrad minskar  
Ingen färgmarkering = oklart i vilken riktning primärvårdens täckningsgrad förändras

Uppföljning av förändringar av vårdenheternas genomsnittliga täckningsgrad, samt orsaker till dessa förändringar, är viktig. Det är särskilt viktigt att följa förändringar vid enskilda vårdenheter samt inom olika hälso- och sjukvårdsnämnders eller olika primärvårdsförvaltnings geografiska ansvarsområde.

Utifrån angivna simuleringsförutsättningar har det belopp som kan utgå i form av målrelaterad ersättning, vid nuvarande genomsnittliga täckningsgrad, beräknats till 465 046 tkr för helåret 2009, eller 38 754 tkr per månad. Då ersättningen kopplas till vårdenhetens storlek via antalet poäng baserade på ålder och kön, betyder detta att ersättning utgår med 4,50 kronor per poäng och månad för varje procentenhet som vårdenhetens täckningsgrad överstiger 55%. Täckningsgradsersättningen uppgår därmed, vid nuvarande genomsnittliga nivå, till 8,4 % av det totala ersättningsutrymmet.

#### 4.1.7 Målrelaterad ersättning för kvalitetsmål

Arbetsgruppen föreslår att den målrelaterade ersättning som kan utgå för valda kvalitetsindikatorer inledningsvis uppgår till ca 3 % av den totala ersättningen för VG Primärvård. Enligt givna simuleringsförutsättningar motsvarar detta 161 636 tkr för helåret 2009 eller 13 470 tkr per månad. Andelen av den totala ersättningen förutsätts öka i takt med att lämpliga indikatorer och datafångsten till dessa utvecklas.

I enlighet med HSUs beslut om målrelaterad ersättning i november 2007 ska följande principer tillämpas:

- Den målrelaterade ersättningen bör premiera både utförare som uppnår en fastställd grundnivå och utförare med en redan hög kvalitetsnivå. En grundnivå som de flesta vårdenheter uppnår i måluppfyllelse fastställs för var och en av indikatorerna. Ersättning utgår för varje angivet intervall som vårdenheten uppnår utöver denna grundnivå.
- För att möjliggöra en meningsfull uppföljning ska det för varje indikator finnas uppgifter om de ingående enheternas aktuella prestationsnivå.

Arbetsgruppen menar att den målrelaterade ersättningen bör vara relaterad till vårdenhetens storlek genom antalet listade. Det är önskvärt att målrelaterad ersättning utgår kopplad till indikatorer som kan mätas vid flera tillfällen per år. För mindre enheter kan likviditetsproblem uppstå om den målrelaterade ersättningen utbetalas endast en gång per år. Frågan om periodiciteten för utbetalning av den målrelaterade ersättningen bör därför särskilt övervägas i genomförandeorganisationen för VG Primärvård.

Vilka kvalitetsindikatorer och målnivåer som målrelaterad ersättning ska utgå för har definierats inom Delprojekt 4 Kvalitetsindikatorer. Att föreslå ersättningskonstruktioner, mättpunkter och belopp ingår i uppdraget till Delprojekt 3.

För flera av de föreslagna kvalitetsindikatorerna finns inte någon uppgift om vårdenheternas nuvarande grad av måluppfyllelse. Det är därmed osäkert om målnivåerna är realistiska och i vilken grad de är styrande. Arbetsgruppen är för övrigt tveksam till att målrelaterad ersättning ska utgå för de indikatorer som avser ackrediterade laboratorier och deltagande i folkhälsoråd. Detta då det bedöms vara oklokt att tillämpa målrelaterad ersättning för mål som det inte är möjligt för samtliga, eller åtminstone flertalet, vårdenheter att uppnå.

Delprojektet föreslår att detaljutformningen av den målrelaterade ersättningen sker inom den genomförandeorganisation som sannolikt kommer att skapas.

### **Telefontillgänglighet**

Beskrivning: Andelen samma dag besvarade /behandlade samtal av alla samtal (%).

Målvärde: <95% Ingen ersättning, 95-99% Halv ersättning, >=99% Hel ersättning

Mätmetod: TeleQ eller annat av SKL godkänt system

Mätperiod: Månadsvis

Maxbelopp: 20 % av total kvalitetsersättning, vilket innebär totalt 31 277 tkr för helåret 2009, vid fullständig måluppfyllelse.

### **Deltagande i folkhälsorådets arbete**

Beskrivning: Deltagande i folkhälsorådets arbete enligt närområdesplanen

Målvärde: Fast belopp till deltagande enhet att fördela enligt närområdesplanen.

Mätmetod: Årlig inmatning i webbformulär

Mätperiod: april – oktober 2009, från 2010 juli föregående år till juni innevarande år

Belopp: 10 % av total kvalitetsersättning, vilket innebär totalt 15 638 tkr för helåret 2009.

Notering: Finns det flera vårdenheter i en kommun utgår endast ersättning till den/de vårdenheter som ingår i folkhälsorådet.

### **Ackrediterade laboratorier på vårdenhet**

Beskrivning: VC redovisar att revision av godkänd ackrediteringsorganisation genomförts enligt schema

Målvärde: Ja=ersättning Nej= ingen ersättning

Mätmetod: Årlig inmatning i webbformulär

Mätperiod: april – november 2009, från 2010 juli föregående år till juni innevarande år

Belopp: 10 % av total kvalitetsersättning, vilket innebär totalt 15 638 tkr för helåret 2009, om samtliga vårdenheter har ackrediterade laboratorier.

### **Läkemedelsavstämning**

Beskrivning: Antal läkemedelsavstämmningar genomförda under året för listade patienter >=75 år i förhållande till det totala antalet invånare >= 75 år som har valt enheten.

Målvärde: <50% Ingen ersättning, 50-59% En tredjedels ersättning, 60-69% Två tredjedels ersättning, >=70% Hel ersättning

Mätmetod: enligt fastställd mall

Mätperiod: april–oktober 2009, från 2010 november föregående år till oktober innevarande år

Belopp: 20 % av total kvalitetsersättning, vilket innebär totalt 31 277 tkr för helåret 2009, vid hel ersättning

### **Andel kinoloner i % av totala UVI antibiotika (kvinnor 18 år och äldre)**

Beskrivning: Antal DDD av kinoloner (ciprofloxacin och norfloxacin) förskrivna på enheten i relation till Antal DDD av UVI-antibiotika förskrivna på enheten. Både täljaren och nämnaren begränsade till kvinnor 18 år och äldre

Målvärde: <10% Hel ersättning, 10 -15% halv ersättning, >15% Ingen ersättning

Mätmetod: statistik ur Xplain

Mätperiod: april–oktober 2009, från 2010 november föregående år till oktober innevarande år

Belopp: 20 % av total kvalitetsersättning, vilket innebär totalt 31 277 tkr för helåret 2009, vid hel ersättning

### **Anslutning till nationella kvalitetsregister, i nuläget endast Nationella Diabetesregistret**

Beskrivning: Andelen av patienter med aktuell diagnos som har registrerats i kvalitetsregistret från aktuell enhet. Beräknas som antalet patienter rapporterade till registret under de senaste 15 månaderna i relation till det totala antalet patienter med diagnosen som sökt VC de senaste 15 månaderna

Målvärde: < 60 % Ingen ersättning, 60-75% Halv ersättning, >75% Hel ersättning

Mätmetod: Vega respektive kvalitetsregister

Mätperiod: 15 månader, för 2009 förslagsvis från 1 augusti 2008 till 30 oktober 2009

Belopp: 20 % av total kvalitetsersättning, vilket innebär totalt 31 277 tkr för helåret 2009, vid hel ersättning

Kvalitetsindikatorerna kommer att revideras årligen, vilket kan innebära att vissa indikatorer upphör och ersätts av nya. Nya kvalitetsindikatorer skall vara klara och meddelas samtliga vårdenheter 6 månader innan de träder i kraft.

## **4.2 Simulering av ersättningsmodellen**

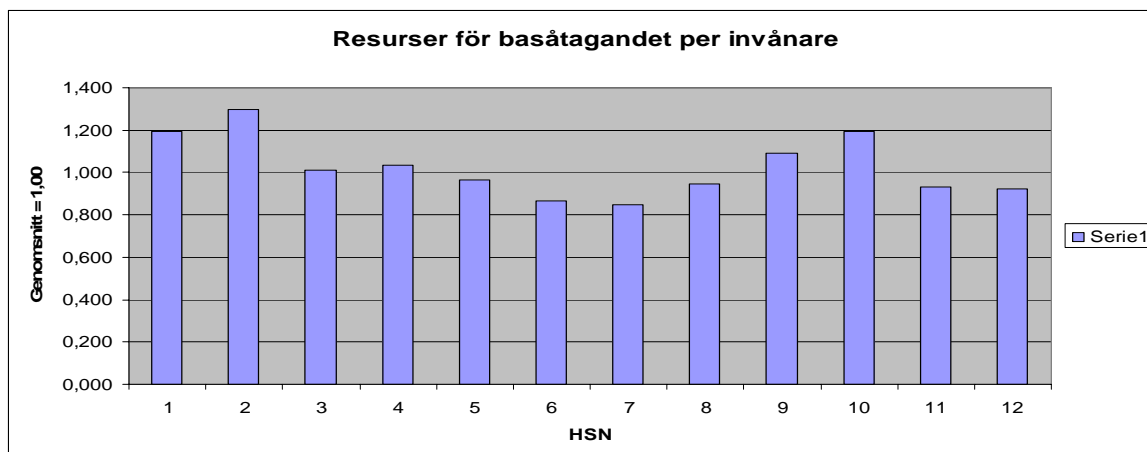
I en vårdvalsmodell tillämpas samma regelverk och ersättningar för samtliga vårdenheter, oavsett driftsform. Det är oundvikligt att sådan likriktning innebär viss omfördelning jämfört med nuläget. Inför beslut i frågan bör det vara känt vilka omfördelningar som kan komma att ske och vilka konsekvenser dessa kan tänkas få.

Genom de dokument som utgör utgångspunkt för uppdraget är det klart vilka delar som ska ingå i ersättningsmodellen. De simuleringar som har genomförts har däremot fått avgöra relationerna mellan dessa delar. Ersättningsmodellen är komplex och det finns många val att göra, genom vilka det är möjligt att, till viss del, påverka resultatet. Ett simuleringsverktyg, med benämningen DEEK, har byggts för att simulera olika alternativ och deras utfall. Verket har försetts med tillgängliga grunddata bland annat avseende listning, vårdkonsumtion och kostnader.

Ambitionen har varit att simuleringsresultatet ska kunna jämföras med nuvarande ersättning och kostnader per vårdenhet, primärvårdsområde, HSN och kommun. Simuleringens olika delsteg framgår i bilaga 11. Simuleringsresultatet har också ställts i relation till ekonomiska effekter av kostnadsansvaret för patientströmmar inom primärvårdsnivån.

En bakgrundsfaktor som det är viktigt att ta hänsyn till när resultatet bedöms är att utgångsläget för respektive vårdcentral och hälso- och sjukvårdsnämnd är ytterst varierande. I bilden nedan framgår hur mycket respektive hälso- och sjukvårdsnämnd avsatt per invånare i sin budget för 2008 för den verksamhet som ingår i basåtagandet.

Varje nämnds satsning har relaterats till genomsnittet i regionen (1,00). De nämnder som avviker mest har avsatt 29,5 % mer respektive 15,3 % mindre än genomsnittet i regionen. Ett skäl till att olika hälso- och sjukvårdsnämnder satsar olika mycket pengar på primärvård kan vara att befolkningens ålderssammansättning varierar mellan nämnderna. Ett annat är olika gränssnitt mellan primärvården och dess vårdgrannar, framförallt sjukhus och kommuner. Primärvårdens uppdrag, bland annat dess jouråtagande, är olika definierat i olika delar av Västra Götalandsregionen.



Det är också viktigt att ha i åtanke att det även med dagens ersättningsmodeller och variationer i ersättningsnivåer finns vårdenheter som har högre respektive lägre kostnader än den ersättning de erhåller.

Genomförandet av VG Primärvård innebär ett utökat kostnadsansvar för de godkända vårdenheter. Detta kostnadsansvar kan förväntas påverka vårdenheter ekonomiska utfall på olika sätt beroende på hur invånarna konsumerar primärvård. Denna faktor har vägts i bedömningen, med utgångspunkt i konsumtionsmönster under 2007.

Simuleringen antar genomgående att senast kända utfall motsvarar morgondagens verklighet. Då genomförandet av VG Primärvård sker bland annat för att åstadkomma förändring är det troligt att utfallet efter genomförandet kommer att vara ett annat. Det är viktigt att noga analysera simuleringsresultatet och försöka tänka in effekter av förväntade förändringar.

Simuleringsresultat avseende föreslagen ersättningsmodell framgår nedan fördelat på de fem primärvårdsförvaltningarna samt på privata utförare. Resultatet presenteras i form av faktisk kostnad och simulerad ersättning baserad på använda resurser 2007 samt procentuell avvikelse mellan dessa två. Anledningen till att de summerade beloppen avseende faktiskt och simulerat utfall 2007 skiljer sig åt är att ”nya” pengar har lagts in i simuleringen för att finansiera ersättning för besök där tolk har använts. Denna faktor har kostnadsberäknats till 33,4 Mkr.

ENHETSdriftområde	Kostnader		% förändring	Antal enheter
	2007 TKr	Simulerad Ersättning TKr		
Privat	659 144	718 471	9,00%	26
S Älvsborg	845 390	888 524	5,10%	27
Göteborg	1 279 244	1 269 483	-0,76%	25
Fyrbodals	852 018	838 835	-1,55%	24
Skaraborg	921 880	894 089	-3,01%	23
S Bohuslän	565 812	547 553	-3,23%	17
	5 123 489	5 156 956		

Det förtjänar att påpekas att förändringen för enskilda vårdenheter kan vara mer omfattande än vad som redovisas per område enligt ovan.

I tabellen nedan summeras resultatet för de vårdcentraler som är geografiskt placerade inom respektive hälso- och sjukvårdsnämnds ansvarsområde. Kopplingen mellan vårdenhetens geolokalisering och hälso- och sjukvårdsnämndens kostnadsansvar är inte absolut, framför allt inte inom Stor-Göteborg. Generellt kan emellertid sägas att ökad ersättning till vårdenheterna inom ett nämndsområde sannolikt innebär ökade kostnader för denna hälso- och sjukvårdsnämnd. Effekterna av vårdenheternas utökade kostnadsansvar gör det i nuläget är svårt att bedöma hur resultatet för nämnderna faktiskt blir. En fördjupad analys kommer att göras av detta perspektiv.

ENHETS	nämnd	Kostnader 2007 TKr (inkl. BE)	Simulerad Ersättning TKr	% förändring	Antal enheter
	6	289 327	321 241	11,03%	9
	2	190 309	205 130	7,79%	6
	7	381 328	398 099	4,40%	14
	8	629 473	655 388	4,12%	21
	5	553 396	575 800	4,05%	13
	3	561 355	556 547	-0,86%	18
	11	402 248	394 363	-1,96%	10
	12	432 515	421 023	-2,66%	7
	9	465 302	452 451	-2,76%	11
	10	473 906	458 546	-3,24%	13
	4	430 551	416 356	-3,30%	14
	1	313 779	302 012	-3,75%	6
		5 123 489	5 156 956		

Också här bör påpekas att det bakom respektive siffra finns enskilda vårdenheter som kan förväntas ställas inför större resursförändringar än vad som framgår i tabellen.

Det finns ett antal olika skäl till skillnader mellan historisk ersättningsnivå och simuleringsresultat. Ett är att hälso- och sjukvårdsnämnderna, eller dessförinnan olika landstingsledningar, har satsat olika mycket på primärvård. Olika personaltäthet och kostnadsläge är ytterligare några viktiga förklaringsfaktorer.

Om den totala mängden resurser i systemet ökar kommer antalet enheter som får minskade resurser i den nya ersättningsmodellen att bli färre. Samtidigt kommer de enheter som redan får ökade resurser att få ett än större påslag.

### 4.3 Tilläggsuppdrag inom VG Primärvård

Inom delprojekt 2 har några tilläggsuppdrag identifierats, för vilka vårdenheten och uppdragsgivaren kan träffa särskilda avtal. I uppdraget till delprojekt 3 ingår att föreslå ersättningsformer samt identifiera resurser för dessa tilläggsuppdrag.

#### Familjecentraler

Arbetsgruppen föreslår ett årligt tillägg om 100 tkr till vårdenheter som medverkar i familjecentral. För att stimulera vårdenheterna att medverka vid uppbyggnad av en familjecentral när en kommun initierar detta föreslås ett ytterligare tillägg om 150 tkr det första verksamhetsåret.

Ersättningsbeloppet föreslås vara lika för samtliga sådana verksamheter och alltså vara oberoende av deras storlek. En familjecentral innebär att öppen förskola, MVC, BVC och socialtjänst samverkar under ett tak och att verksamheten har en förebyggande inriktning. Idag finns 27 sådana verksamheter i Västra Götalandsregionen och ytterligare 15 är under planering. Resurser har reserverats för befintliga familjecentraler.

### **Samordningsansvar samt råd och stöd inom Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården**

Vårdenheterna har alltid ansvar för att tillgodose behovet av primärvård för de invånare som valt vårdenheten. Ansvaret gäller alltså även de invånare som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. I närområdesplanen ska framgå vilken vårdenhet som påtar sig de delar i uppdraget som avser samordningsansvar och råd och stöd för denna patientgrupp.

Åtagandet innefattar ansvar för akuta insatser samt för tecknande av lokalt avtal med respektive kommun eller stadsdel, enligt mall i det avtal som tecknats mellan Västra Götalandsregionen och VästKom. Enligt sistnämnda avtal har kommunerna rätt att anställa egen läkare på Västra Götalandsregionens bekostnad, om de inte anser att uppdraget om läkarmedverkan fullgörs på ett tillfredsställande sätt. Kostnadsansvaret bör förmedlas till den vårdenhet som påtagit sig samordningsansvaret.

Arbetsgruppen anser att detta tilläggsuppdrag är vagt formulerat och att det är oklart var gränsen går mellan detta uppdrag och sådant som ingår i basåtagandet. Detta gör det svårt att kostnadsberäkna och föreslå en lämplig ersättningsnivå. Detaljutformningen av ersättningen för detta tilläggsuppdrag bör därför överlämnas till den genomförandeorganisation som sannolikt kommer att skapas. Resurser har reserverats för detta uppdrag.

## **4.4 Patientavgifter inom VG Primärvård**

Arbetsgruppen har i förslaget nedan utgått från att Västra Götalandsregionens intäkter för patientavgifter ska vara oförändrade. I förslaget har hänsyn även tagits till patientavgiftsnivåernas konsekvenser för länssjukvården och privata vårdgivare med avtal. Avsikten är att patientavgifterna ska präglas av enkelhet och enhetlighet. Samtliga angivna ersättningar inkluderar eventuella patientavgifter. De patientavgifter som vårdenheterna tar in för sjukvård kommer därmed att avräknas mot de ersättningar som utgår.

### **Läkarbesök**

Arbetsgruppen föreslår att differentierade patientavgifter för besök hos specialist i allmänmedicin tillämpas inom VG Primärvård. För läkarbesök vid den vårdenhet som invånaren valt föreslås en patientavgift om 100 kronor. Motsvarande belopp vid besök på annan vårdenhet inom VG Primärvård föreslås uppgå till 200 kronor. En grundtanke är att lägre patientavgift vid vald vårdenhet ger en signal om att medborgarnas val är viktigt och gör skillnad.

Arbetsgruppen föreslår också att patientavgiften vid läkarbesök ska vara densamma oavsett om det är ett enskilt besök eller ett gruppbesök.

Vid läkarbesök på jourmottagning och hembesök av läkare föreslår arbetsgruppen att det ska göras ett påslag om 80 kronor. Detta innebär ingen förändring jämfört med nuläget.

I de fall läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin har mottagning inom VG Primärvård föreslår arbetsgruppen samma patientavgiftsnivå som inom länssjukvården.

### **Besök avseende sjukvårdande behandling**

För besök som avser sjukvårdande behandling föreslås en enhetlig patientavgift oavsett vårdgivare. Med sjukvårdande behandling avses öppenvårdsbesök som innebär möte mellan patient och annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Patientavgiften föreslås uppgå till 80 kronor både vid den vårdenhet som invånaren valt och vid besök på annan vårdenhet inom VG Primärvård. Förslaget innebär att de nuvarande skillnaderna i patientavgift mellan sjuksköterskebesök, gruppbesök och besök hos kurator tas bort. De besök hos kurator som avses här är enbart besök som sker på grund av sjukvård.

Sjukvårdande behandling vid hembesök föreslås medföra ett påslag om 80 kronor. Detta innebär ingen förändring jämfört med nuläget.

### **Övriga regler**

För så kallade telefonrecept föreslår arbetsgruppen en oförändrad patientavgift om 80 kronor, oavsett vilken förskrivare som konsulteras och oavsett om kontakten tas med vald vårdenhet eller annan vårdenhet.

Arbetsgruppen föreslår också ett förtydligande om att VG Primärvård i patientavgiftssammanhang ska följa den definition på sjukvård som innebär att endast de besök som sker till följd av sjukdom, misstanke om sjukdom eller skada ska omfattas av patientavgiftsreglerna och därmed ingå i högkostnadsskyddet.

Högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård innebär att ingen patient ska behöva betala mer än ett nationellt fastställt belopp för sin sjukvårdskonsumtion per år. Beloppet uppgår för närvarande till högst 900 kronor. Några planer från nationellt håll att höja beloppet tycks inte finnas. Den relativt låga högkostnadsgränsen innebär att patientavgifternas storlek har marginell betydelse för de patienter som ofta besöker sjukvården.

Med hälsovård avses i avgiftssammanhang de besök som inte räknas in i begreppet sjukvård ovan. Dessa avgifter ingår inte i högkostnadsskyddet. Exempel på insatser som räknas till hälsovård är vaccinationer, hälsoundersökningar, förebyggande åtgärder samt intyg. Arbetsgruppen lämnar inga förslag på avgifter avseende hälsovård.

## **4.5 Vårdgivarnas kostnadsansvar**

Arbetsgruppen anser att kostnadsansvaret, så långt möjligt, ska föras ut till vårdenheterna. Detta innebär att vårdenheterna föreslås få fullständigt kostnadsansvar för de insatser som sker på primärvårdsnivå för de invånare som har valt vårdenheten.

Följande principer har använts som utgångspunkt för ställningstagandet:

- Intäkter och kostnader bör ligga på samma ställe, det vill säga uppdrag, ersättning och kostnadsansvar bör följas åt
- Kostnadsansvaret bör konstrueras så att konkurrensneutralitet och lika villkor mellan vårdenheterna uppnås
- De rutiner som idag fungerar på ett tillfredsställande sätt bör bibehållas

Varje vårdenhet har kostnadsansvar för den verksamhet som bedrivs vid den egna vårdenheten, men också för besök som de personer som valt vårdenheten gör

- vid andra vårdenheter än den valda inom VG Primärvård
- hos vårdgivare som har vårdavtal avseende verksamhet inom basåtagandet
- hos specialister i allmänmedicin ersatta enligt Lagen om läkarvårdsersättning
- hos sjukgymnaster ersatta enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik
- på primärvårdsnivå i annat landsting

Vårdenheten har dessutom fullt ekonomiskt ansvar för läkemedel och medicinsk service för sina listade invånare. Bakgrunden till ställningstagandet är en önskan att säkra att vårdgivarna tar ansvar för basåtagandet för de medborgare som valt vårdenheten. Samtidigt gäller det fria vårdvalet, vilket innebär att alla invånare i regionen ska ha möjlighet att söka och få vård hos alla vårdgivare som har avtal med Västra Götalandsregionen.

Medel för att finansiera kostnadsansvaret tillförs vårdenheterna genom den ersättningsmodell som har beskrivits ovan.

Arbetsgruppen har vid ett flertal tillfällen diskuterat vårdenheternas eventuella kostnadsansvar för primärvårdsbesök vid sjukhusens akutmottagningar nattetid. Ett sådant förutsätter att befintliga rutiner för registrering och datafångst förändras. Initiativ har tagits från hälso- och sjukvårdsnämnderna i Göteborg att identifiera primärvårdsbesök på sjukhusen i syfte att föra över vårdinsatser till rätt vårdnivå. En arbetsgrupp har formerats för att ta sig an uppdraget. Resultatet av detta arbete kan komma att påverka vårdenheternas framtida kostnadsansvar.

Nedan redovisas arbetsgruppens förslag till hur kostnadsansvaret bör konstrueras och vilka belopp som föreslås gälla. När vårdenheterna tecknar avtal med underleverantörer kan dessa innehålla andra nivåer och former för ersättning.

#### **4.5.1 Besöksersättningar**

Arbetsgruppen föreslår att besöksersättningens storlek ska utgå från de nationellt fastställda ersättningsnivåerna för besök hos specialist i allmänmedicin ersatt enligt Lagen om läkarvårdsersättning respektive vårdgivare ersatta enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik. Den sistnämnda ersättningsnivån föreslås gälla för besök hos samtliga yrkeskategorier med undantag för läkare. Arbetsgruppen föreslår vidare ett tillägg om 200 kronor på ersättningen för läkarbesök. Detta för att ersättningen även ska täcka schablonberäknad kostnad för läkemedel och medicinsk service.

Arbetsgruppens ställningstagande har baserats på följande principer:

- Besöksersättningen kopplas till befintlig ersättning som fastställs utanför VG Primärvård och som rimligt motsvarar självkostnaden
- Nivån justeras årligen
- Besöksersättning bör fastställas för flera vårdgivarkategorier

Ersättningarna avser besök som listade patienter gjort vid andra vårdenheter och där den godkända enheten har kostnadsansvar enligt vad som beskrivits i tidigare avsnitt. När besöket sker vid andra vårdenheter inom VG Primärvård tillfaller motsvarande belopp mottagande enhet.

Arbetsgruppens förslag betyder att ersättningsnivån för 2008 uppgår till:	
Allmänläkarbesök och läkarbesök inom BVC	860 kr
Besök på jourcentral	860 kr
Besök hos distriktssköterska eller annan sköterska	289 kr
Besök hos sjukgymnast	289 kr
Sjukvårdande behandling på BVC	289 kr
Annan sjukvårdande behandling/åtgärd	289 kr

Om hembesök utförs av personal från annan vårdcentral än den där patienten är listad utgår ett tillägg med 250 kr.

Samtliga ersättningar inkluderar eventuell patientavgift, vilket innebär att de patientavgifter som mottagande vårdgivare har tagit in för besöket ska avräknas mot den besöksersättning som utgår.

Den besöksersättning som vårdenheten skall betala föreslås vara lika stor oavsett om besöket sker hos annan vårdenhet inom VG Primärvård, upphandlad verksamhet enligt LOU eller hos vårdgivare på nationell taxa. Den ersättning som utgår till vårdgivare på nationell taxa följer alltid lagstiftningen. När besöket sker hos specialister i allmänmedicin ersatta enligt Lagen om läkarvårdsersättning kommer den besöksersättning som vårdenheten betalar att överstiga det belopp som tillfaller den mottagande vårdgivaren. Också vid besök hos vårdgivare som bedriver verksamhet enligt befintligt avtal kan en differens uppkomma mellan föreslagna besöksersättningar och den ersättning som anges i gällande avtal. Arbetsgruppen föreslår att mellanskillnaden i samtliga fall hanteras av hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Den politiskt fastställda valfriheten innebär att en vårdenhet inte får neka en invånare vård, oavsett listning. Detta gäller vid medicinskt behov av såväl akut som planerad vård. Nedan redovisas i vilken omfattning listade medborgare konsumerade vård hos annan vårdgivare på primärvårdsnivå under 2007. Tabellen ger en indikation om hur kostnadsansvaret för besök vid andra vårdenheter inom vårdvalet kan komma att slå regionalt. Motsvarande uppgifter per vårdcentral framgår av bilaga 12.

År 2007	Antal besök
Egen Listningsenhet	2 707 977
Distriktssköterskemottagning <sup>2)</sup>	62 038
Annan listningsenhet	301 568
Övrigt offentlig primärvård <sup>1)</sup>	531 964
Allmänläkare, nationella taxan	200 688
Sjukgymnaster nationella taxan	473 487
Jourcentraler inkl Axessakuten	242 185
Avtal Primärvård privata, ej listningsenhet	244 078

- 1) Barn- och ungdomsmottagning, rehabilitering, traumaenhet, psykosocial verksamhet, hemsjukvård  
2) Fristående mottagning som borde kunna knytas till en vårdcentral

## 4.5.2 BVC

Arbetsgruppen föreslår att ersättning utgår per år och åldersgrupp när ett barn som är listat på en vårdenhet får sin barnhälsovård vid en annan vårdenhet.

Respektive vårdenhet har kostnadsansvar för den barnhälsovård som listade vid vårdenheten konsumerar hos andra vårdgivare. Barnhälsovård handlar i allmänhet inte om enskilda besök utan om insatser under en längre tidsperiod. Arbetsgruppen menar att det därför inte är lämpligt att tillämpa besöksersättning för denna insats.

Den enhet som har kostnadsansvaret ska ersätta den vårdenhet till vilken mottagande BVC hör med följande belopp:

0-åringar	9 300 kr
1-åringar	1 400 kr
2-åringar	1 400 kr
3-åringar	1 100 kr
4-åringar	1 100 kr
5-åringar	1 100 kr

## 4.5.3 Läkemedel

Arbetsgruppen föreslår att en utredning startar i syfte att kartlägga förutsättningarna för att genomföra befolkningsbaserat kostnadsansvar för läkemedel i Västra Götalandsregionen. Utredningen bör innehålla en konsekvensbeskrivning och förslag till ställningstagande i frågan. Arbetsgruppen föreslår vidare att en schablonersättning för läkemedel fogas till ersättningen för läkarbesök (se avsnitt 4.5.1), tills dess att befolkningsbaserat kostnadsansvar för läkemedel kan genomföras.

Vårdenheternas kostnadsansvar för läkemedel ska gälla lika för alla vårdenheter inom VG Primärvård. I Västra Götalandsregionen tillämpas för närvarande förskrivarbaserat kostnadsansvar, vilket innebär att varje förskrivare har kostnadsansvar för de läkemedel man själv förskriver. Det befolkningsbaserade kostnadsansvaret innebär istället att varje vårdenhet har kostnadsansvar för de så kallade basläkemedel som förskrivs till de invånare som är listade på vårdenheten, oavsett vem som är förskrivare. Också kostnadsansvaret för dosdispenserings-tjänsten, vilken beskrivs nedan, skulle kunna föras dit. Kostnadsansvaret för så kallade specialistläkemedel faller, i denna modell, på vårdgivare på andra vårdnivåer.

En fördel med befolkningsbaserat kostnadsansvar är att vårdenhetens kostnadsansvar för vård och läkemedelsförskrivning på primärvårdsnivå följs åt. En förändring i denna riktning innebär dock ett omfattande arbete, vilket försvåras av den pågående apoteksavregleringen. Det är dessutom nödvändigt att en analys och konsekvensbeskrivning görs inför beslut i frågan. Att genomföra en sådan förändring inför den 1 april 2009 är därmed inte realistiskt.

Oavsett val av modell belastar kostnader för så kallade rekvisitionsläkemedel<sup>2</sup>, alltid den vårdenhet som har rekvirerat dem. Detta innebär ingen förändring jämfört med nuläget och nuvarande fungerande rutiner kan bibehållas.

---

<sup>2</sup> Läkemedel som används vid besök på vårdinrättningen

Enligt Kravboken ska vårdenheten ha kostnadsansvar för läkemedel som vårdgivare på primärvårdsnivå eller motsvarande i andra landsting förskriver till dem som har valt enheten. Västra Götalandsregionen får tillgång till förskrivarens arbetsplatskod, men det är svårt att urskilja vilka utomlänskoder som motsvarar primärvårdsnivån. Arbetsgruppen föreslår därför att kostnadsansvaret för utomlänsförskrivning också fortsättningsvis åvilar hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Apoteket debiterar Västra Götalandsregionen 6 kronor per apodospatient och dag för dosdispenserings-tjänsten. Dessa kostnader föreslås även fortsättningsvis belasta förskrivande vårdenheter. Det är viktigt att patienter sätts in på apodos på korrekta grunder i enlighet med regionens föreskrifter.

Arbetsgruppen har identifierat några detaljfrågor som rör kostnadsansvaret för läkemedel och som återstår att besvara. En sådan fråga är vem som ska bära kostnadsansvaret för recept som förskrivits av en vårdenhet som upphört. Denna fråga överlämnas till den genomförandeorganisation som sannolikt kommer att skapas för vidare utredning.

#### **4.5.4 Särnär Barn och vuxna**

Särnär står för livsmedel för särskilda näringsändamål och används inom Västra Götalandsregionen som ett samlat begrepp för enterala produkter (sondmatning), näringslösningar, förtjockningsmedel, produkter vid metabola sjukdomar och för övriga produkter, som exempelvis matningssonder och nutritions-pumpar. Med Särnär Barn och Vuxna avses såväl den lagreglerade subventionering som gäller personer under 16 år som Västra Götalandsregionens frivilliga åtagande för personer fyllda 16 år.

Vårdenheterna har rätt att förskriva Särnär Barn och Vuxna enligt det regelverk som framgår av gällande handbok. Vårdenheterna har kostnadsansvar för förskrivna produkter. Kostnadsansvaret gäller dock inte de delar som ingår i hjälpmedelshandboken. Se avsnitt 4.5.6 Hjälpmedel.

#### **4.5.5 Medicinsk service**

Vårdenheternas kostnadsansvar för medicinsk service ska gälla lika för alla vårdenheter inom VG Primärvård. Kostnadsansvaret gäller alla typer av medicinsk service som vårdenheten har begärt.

Arbetsgruppen föreslår att medicinsk service i samband med läkarbesök inom basåtagandet hos annan vårdgivare än där patienten är listad ska ersättas inom ramen för den schablon om 200 kronor som även rymmer ersättning för läkemedel (se avsnitt 4.5.1).

#### **4.5.6 Hjälpmedel**

Vårdenheterna har rätt att förskriva hjälpmedel genom så kallad förtroendeförskrivning. Detta förutsatt att kostnadsansvarig har godkänt förskrivningen och att den sker enligt Västra Götalandsregionens anvisningar. Vid förskrivning ska vårdenheten följa det regelverk som framgår i *Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel*, vilken antagits politiskt av Västra Götalandsregionen och samtliga kommuner i Västra Götaland.

Kostnadsansvaret kommer att finnas centralt i respektive primärvårdsförvaltning alternativt i en producentneutral enhet, samt på sjukhusen och inom handikappförvaltningen. I några fall har kommunerna påtagit sig kostnadsansvaret till följd av avtal.

I hjälpmedelshandboken ingår produkter som patienten inte kan undvara då hon eller han är i behov av livsmedel för särskilda näringsändamål. Hit räknas bland annat sonder och pumpar. Vårdenheten kommer alltså inte att ha kostnadsansvar för dessa produkter, även om enheten har kostnadsansvar för Särnär-produkterna, vilket framgår i avsnitt 4.5.4 ovan.

Inkontinenshjälpmedel ingår däremot inte i hjälpmedelshandboken. I några delar av regionen har vårdcentralerna idag kostnadsansvar för de inkontinenshjälpmedel som de invånare som har valt vårdcentralen hämtar ut, medan kostnadsansvaret i andra delar av regionen är knutet till den egna förskrivningen. Delprojektet överlämnar detaljutformningen av vårdenheternas kostnadsansvar för inkontinenshjälpmedel till den genomförandeorganisation som sannolikt kommer att skapas.

### **4.5.7 Försäkringslösning**

Arbetsgruppen bedömer att något behov av en försäkringslösning för läkemedel inte föreligger för närvarande. Gruppen föreslår att frågan om försäkringslösning för särskilt kostnadskrävande diagnostiska åtgärder utreds vidare.

En försäkringslösning ska kunna tillämpas när särskilt kostnadskrävande läkemedel och diagnostiska åtgärder är svåra att hantera fullt ut för enskilda vårdenheter. Det vill säga när det finns risk för att medicinska och etiska ställningstaganden ställs mot ekonomiska.

En försäkringslösning skulle endast kunna vara aktuell för tydligt definierade läkemedel som har betydande budgetpåverkan, som förskrivs till få patienter och där den geografiska fördelningen i regionen är ojämn. Mellan sjukhusen finns försäkringslösningar för särskilt dyra specialistläkemedel som i praktiken inte förekommer inom primärvården.

Frågan om en försäkringslösning för diagnostiska åtgärder har med tanke på frågans omfattning inte hunnit penetreras fullständigt under den tid som funnits till förfogande. Arbetsgruppen kan därför inte lägga något förslag i frågan. Risken för att patienter skulle komma att skadas till följd av att primärvårdsenheten avstår från medicinskt befogade diagnostiska åtgärder bedöms som i det närmaste obefintlig med tanke på att patienten kan söka annan vårdgivare på samma eller annan vårdnivå. Dessutom har vårdenheten alltid möjlighet att remittera patienten till nästa vårdnivå.

### **4.6 Primärvårdsverksamhet utanför VG Primärvård**

Inom ramen för *Delprojekt 2 Basuppdrag och tilläggsuppdrag – innehåll, omfattning och avgränsning* har en översyn gjorts av vilka verksamheter som ska ingå i basåtagandet, ingå i ett annat vårdval och vad som kommer att ligga utanför.

I uppdraget till Delprojekt 3 ingår att definiera vilka resurser som ska föras till de verksamheter som framöver kommer att bedrivas utanför VG Primärvård samt att föreslå ersättningsformer för dessa. De tillgängliga resurserna har beräknats utifrån hälso- och sjukvårdsnämndernas budget för 2008. Samtliga belopp har kontrollerats mot den offentliga primärvårdens budgeterade belopp för 2008, och i vissa fall justerats. Beskrivningen av tillgängliga resurser

är en ögonblicksbild, och det finns inga garantier för att de motsvarar framtida ersättningsnivåer för respektive uppdrag. Överenskommelser och avtal avseende dessa verksamheter kommer också fortsättningsvis att tecknas och finansieras av hälso- och sjukvårdsnämnderna, och det är de som avgör vilken ersättningsform som ska tillämpas.

Arbetsgruppen har noterat att nämndernas satsning på uppdragen enligt nedan kan variera stort. Det ingår emellertid inte i gruppens uppdrag att föreslå någon korrigerande utifrån detta.

### **Mödrahälsovård / reproduktiv hälsa**

Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som finns tillgängligt för mödrahälsovården, inklusive de läkemedel som förskrivs där, enligt budget 2008 uppgår till 237,0 Mkr. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3.

Arbetsgruppen föreslår att merparten av ersättningen, förslagsvis 75 %, utgår i form av kapi-tationsersättning baserad på antalet kvinnor i fertil ålder bosatta i enhetens upptagningsområde. Detta skulle för år 2009 innebära ca 700 kronor per kvinna i åldern 18-45 år. Resterande del av ersättningen föreslås vara baserad på antalet inskrivna gravida kvinnor, vilket för år 2009 skulle innebära ca 3 400 kronor per inskriven kvinna. Varje hälso- och sjukvårdsnämnd betalar för kvinnor bosatta inom deras respektive ansvarsområde.

Då en särskild ersättning föreslås utgå när vårdenheter deltar i en familjecentral med sin BVC-verksamhet kan det finnas skäl att tillämpa liknande stimulans för MVC.

### **Ungdomsmottagning**

Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som enligt budget 2008 finns tillgängligt för ungdomsmottagningar, inklusive de läkarinsatser som ges och de läkemedel som förskrivs där, uppgår till 115,8 Mkr. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att ungdomsmottagningarna ersätts med abonnemang, vilket innebär ett fast belopp per månad.

Denna verksamhet initieras oftast av kommunerna och drivs i samverkan mellan respektive kommun och Västra Götalandsregionen. Då kommunernas insatser och ungdomsmottagningarnas totala omfattning varierar, är också de resurser som avsätts för verksamheten olika.

### **Arbetsterapi och hjälpmedel**

Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som finns tillgängligt för arbetsterapiverksamhet och förskrivning av hjälpmedel enligt hjälpmedelshandboken uppgår till totalt 298,3 Mkr, i budget 2008. Av dessa avser minst 175,0 Mkr hjälpmedel. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att uppdraget ersätts med abonnemang, helst specificerat för arbetsterapiverksamheten och för kostnadsansvaret för hjälpmedelsförskrivning.

Idag tillämpas förtroendeförskrivning av hjälpmedel enligt hjälpmedelshandboken. Kostnadsansvaret finns som regel centralt i respektive primärvårdsförvaltning. I några fall har kommunerna påtagit sig kostnadsansvaret till följd av avtal. Någon förändring i den tillämpning som sker idag föreslås inte.

### **Barn- och ungdomsmedicin samt öppenvårdsgynekologi**

I vissa delar av Västra Götalandsregionen bedrivs viss barn- och ungdomsmedicin och öppenvårdsgynekologi inom primärvården. Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som finns tillgängligt för barn- och ungdomsmedicin enligt budget 2008 uppgår till 135,7 Mkr. Motsvarande belopp för öppenvårdsgynekologi är 108,1 Mkr. Fördelning av beloppen per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen har valt att inte lämna något förslag till ersättningsmodell för dessa verksamheter.

### **Sjukvårdsrådgivningen**

Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som finns tillgängligt för sjukvårdsrådgivningen enligt budget 2008 uppgår till 80,0 Mkr. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att sjukvårdsrådgivningen till 75 % ersätts med ett abonnemang och till resterande 25 % med prestationsersättning utifrån antalet besvarade samtal.

Sjukvårdsrådgivningen ansvarar för att ge invånarna kvalificerad sjukvårdsrådgivning året runt, dygnet runt. Ambitionen är att förbättra tillgängligheten så att 90 % av samtalen besvaras inom 3 minuter. Eventuell utökning av uppdraget, för att nå eller överträffa detta mål, har inte beaktats i resursberäkningen.

### **Studierektorsfunktion för AT/ST och övriga yrkeskategorier med högskoleutbildning**

Enligt arbetsgruppens beräkningar finns, enligt budget 2008, 171,1 Mkr tillgängligt för studierektorsfunktionen samt för utbildningsplatser för AT- och ST-läkare och övriga yrkeskategorier med högskoleutbildning. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att studierektorsfunktionen ersätts med abonnemang, vilket innebär ett fast belopp per månad. Det angivna beloppet inkluderar medel för viss finansiering av utbildningskostnader för samtliga yrkeskategorier samt lönekostnader för AT- och ST-läkare.

Utbildningsuppdraget är strategiskt viktigt och det finns politiska beslut att öka antalet AT-platser med 50 per år samt att använda eget kapital för att finansiera fler ST-tjänster. Dessa och andra utökningar jämfört med budget 2008 har inte kunnat beaktas i resursberäkningen. Detta innebär att det sannolikt inte finns utrymme för att, inom dessa medel, ge fullständig kostnadstäckning till vårdenheterna.

Det kan också konstateras att finansiering av AT-läkarna hanteras på olika sätt idag – en del av den tid AT-läkarna gör inom primärvården finansieras, i delar av regionen, av sjukhusen.

### **Forskning och utveckling**

Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som finns tillgängligt för samordning av forskning och utveckling enligt budget 2008 uppgår till 23,2 Mkr. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att verksamheten ersätts med ett abonnemang, vilket inkluderar medel för viss stimulans av forskningsinsatser på vårdenheterna.

Det finns signaler om att arbetsgruppen inte fullt ut lyckats identifiera de medel som idag används för forskning och utveckling, sannolikt till följd av att denna verksamhet är tätt integrerad med vårduppdraget. Detta kan innebära att identifierade medel endast räcker till delfinansiering av forskningsprojekt vid vårdenheterna.

### **Barnhälsovårdsteam och Mödrahälsovårdsteam**

Arbetsgruppens beräkningar visar att det belopp som finns inom primärvårdsbudgeten och tillgängligt för barn- och mödrahälsovårdsteam enligt budget 2008 uppgår till 12,1 Mkr. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att verksamheterna ersätts med abonnemang.

Detta är enheter med specialistkompetens med uppgift att stödja barn- och mödrahälsovård i hela eller delar av Västra Götalandsregionen. Enheterna drivs ibland av primärvårdsorganisationerna och ibland av sjukhusen.

### **Övriga primärvårdsuppdrag utanför VG Primärvård**

Utöver ovanstående finns ett antal verksamheter med vårduppdrag som omfattar ett väsentligt större område än ett nämndsområde eller ett konsultativt uppdrag riktat till ett stort antal eller samtliga vårdenheter i Västra Götalandsregionen. Dessa verksamheter listas nedan tillsammans med det belopp som arbetsgruppen beräknar finns tillgängligt för uppdraget enligt budget 2008.

<b>Uppdrag</b>	<b>Beräknad ersättning 2008</b>
Mödrahälsovård för gravida kvinnor med missbruksproblem	6,6 Mkr
Vårdcentral för hemlösa	3,1 Mkr
Enhet för Kris och trauma	7,1 Mkr
Resursenhet för flyktingar	7,6 Mkr
Enhet för HIV-prevention i Västra Götaland <sup>3</sup>	-
Ätstörningsenhet	1,6 Mkr
Sexualmedicinskt centrum	4,3 Mkr
Kompetenscentrum för Våld i nära relationer <sup>4</sup>	-
Hälsoäventyret Oasen	4,5 Mkr
Ljusbehandlingsenheter	4,9 Mkr

Fördelning av beloppen per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att verksamheterna ersätts med abonnemang, vilket innebär ett fast belopp per månad.

### **Projektmedel**

Det finns ett antal pågående projekt inom primärvården i Västra Götalandsregionen, som helt eller delvis finansieras av externa medel, bland annat genom tillfälliga statsbidrag. Dessa projekt ska inte ingå i beräkningen av tillgängliga resurser för vårdvalet inom VG Primärvård. De medel av denna typ som arbetsgruppen kunnat identifiera uppgår till 16,1 Mkr. Fördelning av beloppet per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 3.

## **4.7 Övriga ekonomifrågor**

I arbetsgruppens uppdrag ingår att belysa vårdenheternas ekonomiska mellanhavanden, även om de inte direkt berör ersättningsmodellen eller relationen mellan vårdenhet och huvudman.

<sup>3</sup> Denna enhet finansieras av smittskyddsensheten, varför någon post inte framgår i hälso- och sjukvårdsnämndernas budgetar.

<sup>4</sup> Uppdrag i regionfullmäktiges budget 2008-2010. Verksamheten finansieras i nuläget av regionstyrelsen.

### **4.7.1 Interndebitering och ekonomisk reglering mellan vårdgivare**

Inom ramen för VG Primärvård kommer ett antal ekonomiska regleringar mellan vårdgivare att bli aktuella.

De vårdenheter som blir godkända enligt VG Primärvård kommer att få ersättning – och därmed ha kostnadsansvar – för den primärvård enligt basåtagandet som de medborgare som väljer respektive vårdenhet konsumerar. Eftersom en stor del av ersättningen bygger på medborgarnas val kommer ersättningen att tillfalla den valda vårdenheten oavsett om patienten gör sina besök där eller inte. Detta så länge patienten inte ändrar sitt vårdval.

Patienterna har möjlighet att besöka annan vårdenhet än den man valt att lista sig hos. Den mottagande vårdenheten är i sådant fall berättigad till ekonomisk kompensation för den insats gällande diagnos och behandling som patienten får. Denna måste till följd av ersättningsmodellens konstruktion finansieras genom motsvarande minskning av ersättningen till den vårdenhet som patienten valt. Därmed uppstår behov av ekonomisk reglering mellan vårdgivarna.

För att bli godkänd måste varje vårdenhet kunna visa att man klarar att leverera de tjänster som ingår i basåtagandet. Det innebär att de vårdenheter som inte själv har ett komplett utbud måste anlita underleverantör(-er). Även här uppstår behov av ekonomisk reglering mellan vårdgivare. Arbetsgruppen förutsätter att avtalsfrihet råder för denna relation, även vad gäller nivå och form för ersättning. Gruppen föreslår att området utreds närmare, i syfte att ta fram rekommendationer för hur relationerna mellan vårdenheter och underleverantörer lämpligen ska hanteras.

Ett antal olika fall av ekonomiska regleringar som kan förekomma, principerna kring dessa samt översiktliga krav på stödjande IT-lösningar beskrivs närmare i bilaga 13.

### **4.7.2 Övriga frågor**

I remissvaren har ett antal synpunkter, med anknytning till delprojektets uppdrag, framförts. Flertalet av dessa avser faktorer som delprojektet hanterat i ovanstående text, medan några lyfts särskilt under denna rubrik.

#### **Kostnadsövertalning på sjukhusen**

I flera remissvar påtalas att genomförande av VG Primärvård kan medföra en risk för kostnadsövertalning på sjukhusen. Bland annat påpekas risken att antalet besök vid sjukhusen ökar när prestationsersättning inte längre utgår till primärvården, men fortfarande tillämpas inom sjukhusens öppenvård. Ett särskilt uppdrag har formulerats och en arbetsgrupp håller på att utses för att följa utvecklingen och reagera om det finns tecken på oönskade konsekvenser. Uppdragshandlingen bifogas i bilaga 14.

#### **Underlätta nyetableringar**

Det kan vara svårt för en ny vårdgivare att komma in i vårdvalet, bland annat till följd av att basåtagandet är relativt omfattande. Någon total omlistning av befolkningen föreslås inte ske. Den föreslagna nivån på besöksersättningar gör att det skulle kunna vara möjligt för en vårdenhet att inledningsvis finansiera sin verksamhet genom att, med god tillgänglighet och marknadsföring, locka medborgare som är listade vid andra enheter att göra enstaka besök.

Nytableringar skulle också kunna underlättas genom att ge nya vårdgivare möjlighet att bygga upp sin verksamhet under en angiven tidsperiod och således inte kräva att samtliga yrkeskompetenser finns på plats från dag 1. Detta bör i så fall innebära att ersättningen är reducerad under uppbyggnadsperioden. Arbetsgruppen föreslår att detaljerna kring det sistnämnda förslaget utreds så att de finns klara inför genomförandet av VG Primärvård.

### **Övergångslösningar**

Arbetsgruppen har identifierat några områden där övergångslösningar behöver konstrueras. Några av dessa har inte kunnat finna sin lösning inom ramen för delprojektets uppdrag, varför de överlämnats till projektledningen för vidare hantering.

Ett område där arbetsgruppen ser behov av en övergångslösning är hanteringen av befintliga juridiskt bindande avtal med vårdcentraler där det ingår i avtalet att ha listade patienter. Om dessa inte skulle vara beredda att gå in i vårdvalsmodellen och därmed säga upp gällande avtal kommer det att finnas dubbla system i regionen under flera år.

Ett annat område som identifierats är behovet att kunna hantera olika former av övergångskostnader i samband med genomförandet av VG Primärvård. Sådana kan exempelvis uppstå om en privat aktör etablerar sig på en ort och slår ut en befintlig vårdenhet i offentlig drift. Ett regelverk för hur kostnader för exempelvis eventuellt övertalig personal och överblivna lokaler ska hanteras behövs. I nuläget finns inte några särskilda medel avsatta för att finansiera övergångslösningar. Alla medel som identifierats för primärvårdsuppdraget har använts för att finansiera verksamhet, det vill säga de ingår i de beräkningar som redovisats i föreliggande rapport.

### **Drifts- och förvaltningsorganisation**

För att den föreslagna ersättningsmodellen ska fungera krävs kontinuerligt arbete. Den förutsätter bland annat månatliga beräkningar av täckningsgraden och av ACG-vikt per enhet samt utvärdering av resultat för utbetalning av målrelaterad ersättning. Modellens styreffekter behöver följas upp löpande i syfte att ta ställning till justeringar om oönskade konsekvenser noteras. Varje år bör också behovet av tekniska justeringar i form av förändrad viktning mellan ersättningsmodellens delar övervägas. Samtidigt behöver en bedömning av vårdtyngdsutvecklingen, och skälen till denna, genomföras. Dessutom kräver det KPP-system som föreslås resursförstärkning, speciellt under införandefasen.

Arbetsgruppen föreslår att hälso- och sjukvårdsavdelningen får i uppdrag att ansvara för drift och förvaltning av ersättningsmodellen och tillförs resurser för detta.

### **Stöd till vårdenheter inför vårdvalet**

Den ersättningsmodell som föreslås tillämpas i VG Primärvård är komplex och bygger på data ur flera av Västra Götalandsregionens olika register. De vårdgivare som har för avsikt att ansöka om godkännande för en eller flera vårdenheter kommer att behöva tillgång till ett antal uppgifter för att kunna beräkna enheternas förväntade ersättning, samt kartlägga eventuella behov av åtgärder i samband med starten. Bland de uppgifter som behöver göras tillgängliga finns befolkningssammansättning i olika delar av regionen, samt vårdtyngd och täckningsgrad per nuvarande vårdcentral.

Uppgifterna kan exempelvis göras tillgängliga för vårdgivarna genom sammanställning av filer med standardiserat innehåll eller genom att sökning av vissa data görs möjlig på regionens hemsida.

Arbetsgruppen föreslår att denna fråga hanteras av den genomförandeorganisation som med stor sannolikhet kommer att bildas.

## 5. Ärendets beredning

Uppdraget har genomförts inom en arbetsgrupp bestående av representanter för hälso- och sjukvårdskanslierna, primärvårdsförvaltningarna, sjukhusen och regionkansliet. Ansvaret för de olika uppdragen inom ramen för delprojektet har fördelats på arbetsgruppens medlemmar. För att säkerställa genomförandet av uppdraget i sin helhet har samordningen av arbetet varit central.

Utöver arbetsgruppen har två grupper bildats. Den ena har fått ansvar för genomförandet av simuleringar i syfte att ge en uppfattning om vilka konsekvenser en ny ersättningsmodell kan komma att ge. Den andra gruppen har kvalitetssäkrat och förberett införandet av ett IT-stöd för mätning av vårdtyngd, ACG. Gruppernas sammansättning har beskrivits närmare tidigare i detta dokument.

Arbetsgruppen har samlats vid totalt åtta tillfällen. ACG-gruppen träffades vid sex tillfällen och avslutade sitt arbete vid ett ACG-seminarium med 125 deltagare den 3 oktober 2008. Simuleringsgruppen har träffats vid fem tillfällen, och en mindre grupp inom denna har haft ytterligare tre möten. Mellan nämnda mötestillfällen har arbetet bedrivits virtuellt samt i mindre grupper och rapporterats på den webbaserade plattformen [www.projektplatsen.se](http://www.projektplatsen.se).

Arbetet har fortlöpande avrapporterats till det projektkontor samt till den styrgrupp som haft i uppdrag att samordna samtliga delprojekt. Specifika vägvalsfrågor har under arbetets gång även lyfts till projektets politiska styrgrupp, vilken består av ledamöterna i HSU samt representanter för de partier som inte stadigvarande har någon plats där..

Då samordning mellan samtliga delprojekt är central har sex delprojektledarmöten genomförts fram till den 1 november 2008. Syftet med dessa har varit att informera om läget i respektive delprojekt och att lyfta olika "knäckfrågor" till gemensam diskussion. Gruppen har också identifierat och kartlagt ett antal processer som måste fungera i samband med och efter genomförandet av förändringen.

Den regionala styrgruppen för terminologi-, klassifikations- och ersättningsfrågor (TEK) har varit referensgrupp för uppdraget. Gruppen fick den 11 mars information om uppdraget och den 13 maj och 16 september fick den lägesrapporter. Delprojektets slutrapport redovisades för TEK den 18 november. Ett syfte med dessa avstämningar har varit att identifiera och ta hänsyn till de beröringspunkter som finns mellan föreliggande uppdrag och de ersättningsmodeller som tillämpas för annan verksamhet inom regionen, framförallt vid sjukhusen.

Avstämning har även skett i hälso- och sjukvårdens ekonomichefsgrupp den 30 april och 19 september. Delprojektets slutrapport redovisades för gruppen den 7 november.