

VG PRIMÄRVÅRD

Avrapportering av följduppdrag Ekonomi, ersättning och kostnadsansvar

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning

2. Bakgrund

3. Uppdrag

3.1 Organisation

4. Överväganden

4.1 Socioekonomisk faktor i ersättningsmodellen

4.2 Effekter av förändrat basåtagande

4.3 Patientavgifter i VG Primärvård

4.4 Besöksersättningar

4.5 Reviderat förslag till ersättningsmodell för VG Primärvård

4.6 Simulering av reviderad ersättningsmodell

5. Ärendets beredning

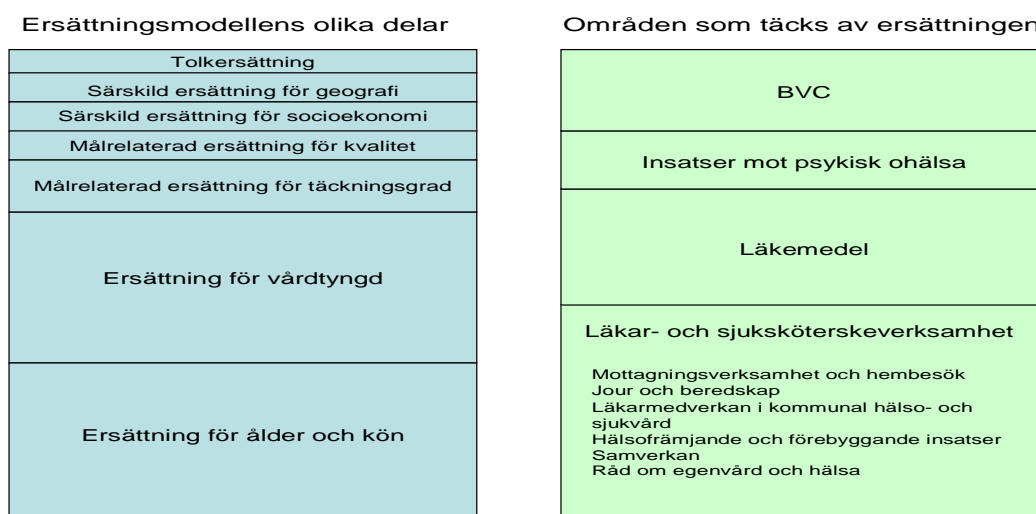
Bilagor:

1. VG Primärvård Avrapportering av Delprojekt 3 Ekonomi, ersättning och kostnadsansvar
2. Reviderad version av avsnitt om ersättning och kostnadsansvar i kravboken
3. Reviderad beräknad täckningsgrad per vårdenhet
4. Reviderad sammanställning av besök av listade invånare per vårdenhet 2007
5. Reviderad sammanställning av besök av personer som inte är listade 2007
6. Reviderad beräkning av tillgängliga resurser enligt budget 2008
7. Reviderad viktlista baserad på kön och ålder i 1-årsintervall

1. Sammanfattning

Den 1 november avlämnades slutrapport från den grupp som haft i uppdrag att utveckla den ersättningsmodell som ska tillämpas för samtliga vårdenheter inom VG Primärvård samt att lämna förslag i ett antal frågor som rör ekonomi och kostnadsansvar (bilaga 1). I samband med och efter avrapporteringen har några följduppdrag formulerats och ställningstaganden gjorts som påverkar ersättningsmodellen och dess konsekvenser. I de frågor som inte specifikt lyfts i föreliggande dokument kvarstår de ställningstaganden som framgår i bilagd rapport.

Ersättningsmodellens principiella uppbyggnad och vilka verksamhetsområden den täcker framgår av nedanstående figur.



De faktorer som föreslås ligga till grund för vårdenheternas ersättning 2009, efter revidering till följd av följduppdragen, sammanfattas i nedanstående tabell.

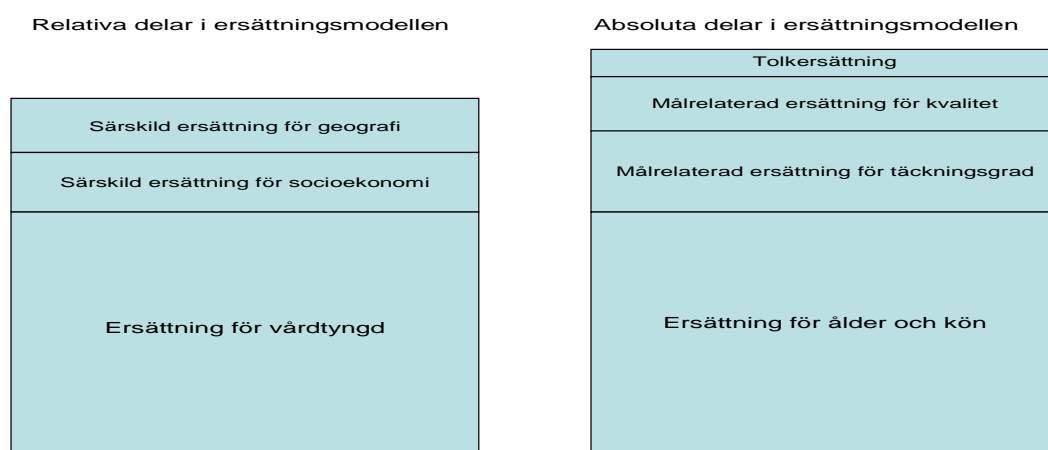
Ersättningsmodellens delar	Beräkningsunderlag	Ersättningsnivå per månad 2009
Peng viktad utifrån ålder och kön	Totalt ca 505 000 poäng	350 kr per poäng
Peng viktad utifrån vårdtyngd	Totalt ca 505 000 poäng * vårdenhetens ACG-vikt (genomsnitt = 1,0)	350 kr per poäng
Målrelaterad ersättning för vårdenhetens täckningsgrad	Totalt ca 505 000 poäng * %-enhet > 50 %	4,50 kr per %-enhet TG > 50% och poäng
Målrelaterad ersättning för kvalitet	7 kvalitetsindikatorer och flera målnivåer	Totalt 12 000 tkr vid full måluppfyllelse
Särskild ersättning för glesbygd	Antal geografiska poäng för vårdenheter med faktor >8 * poäng för ålder och kön för dessa enheter	Totalt 8 333 tkr
Särskild ersättning kopplad till socioekonomiska faktorer	Antal socioekonomiska poäng för vårdenheter med hög sådan tyngd * poäng utifrån kön och ålder för dessa enheter	Totalt 8 333 tkr
Tolkersättning	Antal besök där tolk har använts	1 000 kr per besök med auktoriserad språktolk 250 kr per besök med annan tolk

Ersättningsbeloppen har beräknats med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdsnämndernas totala budget för de verksamheter som ingår i VG Primärvård. De förändringar som genomförts i förhållande till tidigare avlämnat förslag, redovisas under rubriker nedan.

För tre av delarna i ersättningsmodellen, geografi, socioekonomi och vårdtyngd, föreslås ersättningsnivån vara relativ. Detta innebär att det totala belopp som utgår för var och en av dessa delar fastställs i förväg. Respektive vårdenhets ekonomiska utfall beror på förhållanden vid enheten i relation till förhållanden vid övriga enheter och kan således variera under året av andra skäl än det egna utfallet.

Övriga delar i ersättningsmodellen kommer att vara absoluta. Det innebär att ersättningen till vårdenheten utgår med ett i förväg fastställt belopp för de variabler som påverkar utfallet för respektive ersättningsdel. För dessa ersättningsdelar kommer det inte att finnas något angivet tak.

Vilka delar som är absoluta respektive relativa framgår i nedanstående figur.



Arbetet med föreliggande rapport har innefattat ett reviderat förslag till besöksersättningar som ska utgå när en invånare som har valt en vårdenhet konsumerar vård inom åtagandet i VG Primärvård hos en annan vårdgivare. Revideringen får till följd att den tidigare föreslagna principen, att ersättningsnivåerna ska utgå från en bas som fastställts utanför VG Primärvård, inte längre är möjlig. Förslaget innebär en generellt lägre ersättning än den tidigare föreslagna för läkarbesök, men relativt oförändrad ersättningsnivå för besök hos övriga yrkeskategorier.

Det reviderade förslaget till patientavgifter för VG Primärvård innebär differentierade avgifter för såväl läkarbesök som sjukvårdande behandling. Förslaget fokuserar strikt på det åtagande som kommer att ingå i VG Primärvård och förutsätter separat beslut i ett antal frågor.

De förändringar som föreslås i föreliggande rapport medför behov av korrigeringar i de delar av förfrågningsunderlaget för VG Primärvård som avser ersättning och kostnadsansvar. En reviderad version av dessa texter framgår i bilaga 2.

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, genom att snabbt och enkelt kunna erbjuda rätt vård och omhändertagande med god kvalitet inom ramen för den egna vårdenheten eller med hjälp av andra vårdgivare som man har avtal med.

Den 2 april 2008 formulerades ett Politiskt Positionspapper vilket angav riktningen för det utredningsarbete som pågått alltsedan dess. Nio delprojekt har fokuserat olika frågor och bidragit till en fördjupad analys av de förslag som framfördes i nämnda idéskiss och i *Kravbok – Förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård*. Två av delprojekten lämnade, enligt fastställd tidplan, sina slutrapporter den 1 oktober och ytterligare två den 1 november. Resultaten av gruppernas arbete har redovisats för projektets styrgrupp och vid HSU-seminarium. I samband med denna redovisning har önskemål framförts om korrigering och ytterligare komplettering i några frågor.

3. Uppdrag

Delprojekt 3 är benämningen på det delprojekt som haft i uppdrag att utveckla den ersättningsmodell som ska tillämpas för samtliga vårdenheter inom VG Primärvård samt att lämna förslag i ett antal frågor som rör ekonomi och kostnadsansvar. Arbetet påbörjades i april 2008 och gruppen lämnade sin rapport den 1 november. Rapporten bifogas i bilaga 1. I samband med avrapporteringen lämnades följande följduppdrag;

- En socioekonomisk faktor ska utvecklas och ingå i ersättningsmodellen från genomförandedatum
- Konsekvenser av ett eventuellt exkluderande av den somatiska rehabiliteringen (egentligen sjukgymnastikuppdraget) ur basåtagandet ska belysas
- Frågan om vårdenheterna ska få behålla de patientavgifter de tar in eller om dessa ska betalas in till Västra Götalandsregionen behöver utredas ytterligare

Därutöver har projektets styrgrupp gjort ställningstaganden som innebär avsteg från rapporten från delprojekt 3, bland annat vad gäller besöksersättningarnas storlek och vilken vikt de olika delar som ingår i ersättningsmodellen bör ha. Dessa följduppdrag och ställningstaganden kommer att påverka ersättningsmodellen och dess konsekvenser, varför nya beräkningar och simuleringar behöver göras.

3.1 Organisation

Då den tid som gavs till förfogande för att genomföra nämnda följduppdrag var knapp ansågs det inte möjligt att bedriva arbetet i någon av de arbetsgrupper som bildades inom delprojekt 3. Arbetet har istället bedrivits i en arbetsgrupp med ett mindre antal medlemmar, vilka alla handplockats för sin specifika kompetens inom de områden som följduppdragen avser.

I arbetsgruppen har ingått Maria Berghem från Primärvården Skaraborg, Lars Björkman från Primärvården Fyrbodalen samt Anders Lindgren, Anna Kjellström, Mikael Kjerfve och Anneth Lundahl från analysenheten inom hälso- och sjukvårdsavdelningen. Den sistnämnda har varit sammankallande för gruppen och huvudförfattare till föreliggande rapport. Till gruppen har kopplats en konsult, Joseph Moosman, som bland annat byggt simuleringsdatabasen DEEK.

Bengt Kron, som var delprojektledare för arbetet i ovan nämnda delprojekt 3, hade tyvärr inte möjlighet att fortsätta i denna roll. Han har emellertid bidragit i arbetet med följduppdragen så mycket som hans övriga planering har tillåtit.

4. Överväganden

Beskrivning av den ersättningsmodell som konstruerats av delprojekt 3 inom VG Primärvård beskrivs i den rapport som bifogas i bilaga 1. Där framgår också delprojektets förslag till hur bland annat vårdenheternas kostnadsansvar ska hanteras. Denna rapport har varit en viktig utgångspunkt för arbetet med nu aktuella följduppdrag. För de frågor som inte specifikt lyfts i föreliggande dokument kvarstår de ställningstaganden som framgår i den bilagda rapporten.

4.1 Socioekonomisk faktor i ersättningsmodellen

Socioekonomiska faktorer kan ha betydelse för uppkomst av ohälsa men kan också bidra till att individer söker vård senare än vad majoriteten av befolkningen gör. Det sistnämnda gör att det finns en risk att socioekonomiskt svaga grupper inte får rätt tyngd i en ACG-viktning av vårdpengen. Ett annat skäl att väga in socioekonomiska faktorer i ersättningsmodellen är att skapa resurser för vårdenheter med en socioekonomiskt svagare population att arbeta mer aktivt förebyggande och hälsofrämjande.

Arbetsgruppen inom delprojekt 3 menade att det idag saknas ett socioekonomiskt validerat mått på individnivå som är relaterat till konsumtion av primärvård. Det fanns inte utrymme för att djupare analysera hur och i vilken utsträckning socioekonomiska förhållanden påverkar primärvårdens kostnader inom den tid som delprojektet hade till sitt förfogande, varför en följdutredning föreslogs. Beslut om att införa en socioekonomisk faktor i ersättningsmodellen skulle därmed fattas först senare. Vid det HSU-seminarium som genomfördes den 3 november framfördes emellertid krav på att en socioekonomisk faktor ska påverka ersättningen till vårdenheterna direkt vid genomförandet av VG Primärvård. En snabbutredning har därför fått genomföras.

Inledningsvis gjordes en kartläggning av vilka index eller enskilda faktorer som skulle kunna användas som bas för en socioekonomisk faktor. Det var sedan tidigare känt att arbete pågår inom SKL och SCB i syfte att utveckla en nationell bas för socioekonomiska faktorer som påverkar primärvård. SKL har också funderat över alternativa lösningar, men bestämt sig för att använda CNI (Care Need Index). Detta då de inte har funnit anledning att uppfinna något nytt socioekonomiskt index.

Care Need Index togs fram i slutet av 1990-talet, med utgångspunkt i Jarmans index, vilket utvecklades i England något tidigare. I CNI har anpassningar gjorts till svenska förhållanden, genom att ett slumpmässigt urval om 1 000 svenska primärvårdsläkare fått bedöma i vilken utsträckning de ingående variablerna bidrar till att öka belastningen i deras arbete.

Fortfarande pågår ett utvecklingsarbete kring CNI och indexet behöver inte nödvändigtvis se ut som idag. Detta innebär att de faktorer som ingår idag kommer att utvärderas ytterligare och eventuellt förfinas eller tas bort från modellen. Enligt uppgift ska tekniken för att tillämpa CNI på listade populationer vara klar och göras tillgänglig i samband med ett seminarium på SKL den 15 januari 2009.

Den tidsplan som SKL och SCB arbetar efter gör det omöjligt att använda CNI i de simuleringar som ska genomföras. Detta medför att ett förslag att tillämpa CNI från den 1 oktober 2009 inte kan åtföljas av någon vägledning om vad detta kommer att innebära för vårdenheterna. Ett alternativ togs därför fram, baserat på andelen lågutbildade i den listade befolkningen per vårdenhet. När alternativen presenterades vid HSU-seminarium den 27 november lämnades direktiv att CNI, enligt den definition som SCB och SKL presenterar i januari, ska användas som bas för den socioekonomiska faktorn i ersättningsmodellen.

För närvarande innebär CNI följande variabler och viktning;

Andelen ensamboende äldre (>64 år)	6,15
Andelen arbetslösa (18-64 år)	5,13
Andelen födda utomlands (utanför västvärlden)	5,72
Andelen ensamstående föräldrar (Barn 0-15 år)	4,19
Andelen lågutbildad arbetskraft	3,97
Andelen barn under 5 år	3,23
Andelen flyttningar senaste året	4,19

I de simuleringar som genomförts har ett "CNI Light" använts. Detta index har beräknats utifrån tillgängliga uppgifter avseende andel ensamboende äldre, andel födda utomlands samt andel lågutbildade per befintlig vårdcentral. Viktningen mellan de tre tillgängliga delarna har utgått från angivna vikter i tabellen ovan.

Ersättning föreslås utgå till vårdenheter med ett CNI över en angiven nivå och kopplas till vårdenhetens storlek genom antalet vårdvalspoäng. Totalt 100 Mkr kommer att fördelas till vårdenheter med hög socioekonomisk tyngd, beräknad enligt definition från SKL och SCB. .

4.2 Effekter av förändrat basåtagande

När ersättningsmodellen byggts och simulerats har sjukgymnastikuppdraget antagits vara en del i basåtagandet till samtliga vårdenheter i VG Primärvård. Därmed har konsumtionsdata avseende sjukgymnastiken påverkat flera olika moment i beräkningen, nämligen;

- Viktlistan baserad på ålder och kön
- Vårdenheternas täckningsgrad
- Effekter av vårdenheternas kostnadsansvar för listade invånares besök hos andra vårdgivare inom basåtagandet
- Totalt tillgängliga medel för VG Primärvård

Viktlistan påverkas även av en eventuellt förändrad viktning mellan ersättningsmodellens delar, varför frågan behandlas nedan i avsnitt 4.5.

Målrelaterad ersättning för täckningsgrad

När sjukgymnastikverksamheten exkluderas ur basåtagandet ska de besök som sker hos denna yrkeskategori inte ingå vare sig i täljare eller i nämnare när täckningsgraden beräknas. En reviderad sammanställning över täckningsgrad per befintlig vårdcentral, baserad på konsumtionsdata från 2007, framgår i bilaga 3. Siffrorna är genomgående lägre än vad som var fallet när sjukgymnastik ingick i beräkningen, vilket medför att golvet för ersättning bör sänkas.

Ersättning föreslås utgå för varje procentenhet som vårdenhetens täckningsgrad överstiger 50 %, till en maximal nivå om 80 %. Ersättningen kopplas till vårdenhetens storlek genom antalet poäng baserade på ålder och kön. Utbetalning föreslås ske varje månad baserad på medelvärdet under de senaste fyra månaderna. För att inte riskera att motverka den styreffekt som eftersträvas föreslås denna del i ersättningsmodellen inte ha något tak.

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. Enligt den definition av täckningsgraden som anges i slutrapport från delprojekt 3, kan den däremot inte öka genom att vårdenheterna kopplar till sig verksamheter som traditionellt förs till primärvård, men som inte ingår i basåtagandet enligt VG Primärvård. Detta gäller exempelvis sjukgymnastik och arbetsterapi. Arbetsgruppen har allvarligt övervägt korrigeringar i definitionen av täckningsgrad i syfte att motverka denna bristande logik, men har inte lyckats finna någon fungerande konstruktion.

En möjlig utveckling, utöver de som framgår i slutrapport från delprojekt 3, är att antalet besök hos sjukgymnast och / eller arbetsterapeut på sikt ingår i såväl täljare som nämnare i beräkningen av täckningsgrad.

Vårdgivarnas kostnadsansvar

Då sjukgymnastikverksamheten inte ingår i basåtagandet ska vårdenheterna inte ha kostnadsansvar för besök som de invånare som har valt vårdenheten gör hos sjukgymnaster, vare sig dessa verkar enligt vårdavtal eller enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik. Reviderade sammanställningar över de besök som listade vid befintliga vårdcentraler gjorde hos andra vårdgivare under 2007 framgår i bilagorna 4 och 5. Antalet besök är genomgående lägre än vad som redovisades i de tabeller som bifogades slutrapport från delprojekt 3. De beräknade ekonomiska konsekvenserna av vårdenheternas kostnadsansvar för listade invånares besök hos andra vårdgivare inom basåtagandet blir således också lägre.

Totalt tillgängliga medel för VG Primärvård

När uppdraget att bedriva sjukgymnastik på primärvårdsnivå inte ska ingå i basåtagandet ska de resurser som budgeterats för denna verksamhet exkluderas ur beräkningen av det belopp som finns tillgängligt för VG Primärvård enligt budget för helåret 2008. Enligt den reviderade beräkningen uppgår detta belopp till 4 931 617 tkr. Vid beräkningen har förutsatts att patientavgifter för sjukvård, liksom idag, kommer att tillfalla Västra Götalandsregionen. Fler detaljer kring hur detta belopp beräknats samt fördelning per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 6.

Enligt de simuleringsförutsättningar som har formulerats av HSU ska budgeterat belopp för 2008 uppräknas med fullt kostnadsindex enligt regionfullmäktiges budget för 2009. Det är viktigt att uppmärksamma att dessa simuleringsförutsättningar innebär en högre uppräkning än den som tillämpats i budgetarbetet på nämndsnivå.

I tabellen nedan framgår beräknade tillgängliga medel för helåret och per månad 2009 dels uppräknade i enlighet med nämnda simuleringsförutsättningar dels enligt den uppräknings som tillämpats i nämndernas detaljbudgetar för 2009. Samtliga belopp är angivna i tkr.

	Uppräkning enligt simuleringsförutsättningar	Uppräkning enligt budgetdirektiv
Budget 2008	4 931 617	4 931 617
Uppräkning 2009	187 401	128 222
Budget 2009	5 119 018	5 059 839
Budget / månad 2009	426 585	421 653

Samtliga ersättningsnivåer som anges i föreliggande dokument anges i 2009 års kostnadsläge beräknat med utgångspunkt i den tillämpade uppräknings.

Resurser för sjukgymnastik

I uppdraget till Delprojekt 3 har ingått att definiera vilka resurser som ska föras till de verksamheter som kommer att bedrivas utanför VG Primärvård samt att föreslå ersättningsformer för dessa. Detta har skett för samtliga verksamheter utom sjukgymnastiken, vilken först sent i processen exkluderades från basåtagandet. Beräkningar visar att det belopp som finns tillgängligt för sjukgymnastikverksamhet, enligt budget 2008, uppgår till 385,1 Mkr. Därtill kommer 3,3 Mkr vilka avser budgeterade kostnader för kiropraktorer. Fördelning av beloppen per hälso- och sjukvårdsnämnd framgår i bilaga 6.

Tillgängliga resurser har beräknats utifrån hälso- och sjukvårdsnämndernas budget för 2008. Beloppen har kontrollerats mot den offentliga primärvårdens budgeterade belopp för 2008 och vissa korrigeringar har skett. Beskrivningen av tillgängliga resurser är en ögonblicksbild, och det finns inga garantier för att de motsvarar den framtida ersättningsnivån.

Överenskommelser och avtal avseende samtliga verksamheter utanför VG Primärvård kommer också fortsättningsvis att tecknas och finansieras av hälso- och sjukvårdsnämnderna, och det är de som avgör vilken ersättningsform som ska tillämpas.

4.3 Patientavgifter inom VG Primärvård

Arbetsgruppen i delprojekt 3 redovisade ett förslag till patientavgifter inom VG Primärvård. Synpunkter framfördes på vissa delar i förslaget, varför det har reviderats. Båda förslagen har utgått från att Västra Götalandsregionens intäkter för patientavgifter ska vara oförändrade. I förslagen har hänsyn även tagits till patientavgiftsnivåernas konsekvenser för länssjukvården och privata vårdgivare med avtal. Avsikten är att patientavgifterna ska präglas av enkelhet och enhetlighet.

Det reviderade förslaget sammanfattas i nedanstående tabell och kommenteras i därpå följande text. Förslaget innebär överlag sänkta patientavgifter, jämfört med nuläget, för besök vid vald vårdenhet och höjda vid besök på annan vårdenhet än den som invånaren har valt.

	Vald vårdenhet	Annan vårdenhet	Länssjukvård
Läkarbesök	100	200	300
Hembesök, läkare	200	300	400
Läkarbesök kvällar, nätter och helger	100	300	-
Besök på akutmottagning	-	-	300
Sjukvårdande behandling hos exempelvis sjuksköterska, kurator eller psykolog	50	100	100
Telefonrecept	80	80	80
Hälsovård, exempelvis vaccination, hälsoundersökning och intyg	Regional prislista		

Läkarbesök

Differentierade patientavgifter föreslås för läkarbesök 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 om besöket äger rum dagtid och till 300 kronor om besöket äger rum kvällar, nätter och helger. Samma patientavgift föreslås oavsett vilken specialitet mottagande läkare har. Det sistnämnda förutsätter att vårdenheten har ansvar för den verksamhet som läkaren bedriver, genom ett anställningsförhållande eller ett avtal som reglerar kostnadsansvaret. Vid hembesök av läkare ska ett påslag om 100 kronor göras.

Om en sjukhusanställd läkare är tillfälligt placerad på en primärvårdsenhet och tar emot besök som registreras på sjukhuset utgår samma patientavgift som om besöket skett inom länssjukvården, det vill säga med 300 kronor.

Besök avseende sjukvårdande behandling

Med sjukvårdande behandling avses öppenvårdsbesök som innebär möte mellan patient och annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Differentierade patientavgifter föreslås även för dessa besök. Patientavgiften föreslås uppgå till 50 kronor vid den vårdenhet som invånaren valt och till 100 kronor vid besök på annan vårdenhet inom VG Primärvård. Förslaget innebär att de nuvarande skillnaderna i patientavgift mellan sjuksköterskebesök och besök hos kurator tas bort.

Övriga avgifter samt kringliggande regelverk

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

Förslaget avser patientavgifter för sjukvård, det vill säga besök som sker till följd av sjukdom, misstanke om sjukdom eller skada. För hälsovård, det vill säga besök som inte räknas in i begreppet sjukvård, gäller den prislista som fastställts av Västra Götalandsregionen. Exempel på insatser som räknas till hälsovård är vaccinationer, hälsoundersökningar, förebyggande åtgärder samt intyg. Avgifter för hälsovård ingår inte i högkostnadsskyddet. Det sistnämnda 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.

Ekonomiska påverkan av patientavgifterna

En fråga som medfört livlig diskussion är huruvida vårdenheterna ska behålla patientavgifterna, som en form av prestationsersättning, eller om de ska tillfalla Västra Götalandsregionen genom avdrag från den ersättning som utbetalas till vårdenheterna påföljande månad. De ersättningsnivåer som i detta dokument föreslås gälla inom VG Primärvård inkluderar eventuella patientavgifter. De patientavgifter som vårdenheterna tar in för sjukvård ska därmed avräknas mot de ersättningar som utgår. Vid förändring av detta ställningstagande behöver samtliga beräkningar korrigeras.

4.4 Besöksersättningar

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
- på primärvårdsnivå i annat landsting

Delprojekt 3 föreslog att de besöksersättningar som vald vårdenhet ska betala om invånaren gör besök hos andra vårdgivare inom basåtagandet skulle utgå från nationellt fastställda ersättningsnivåer för besök hos specialist i allmänmedicin ersatt enligt Lagen om läkarvårdsersättning respektive vårdgivare ersatta enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik.

Styrgruppen menade att den föreslagna besöksersättningen för läkarbesök skapade en oönskad möjlighet för vårdenheter att bedriva en lönsam verksamhet genom att göra sig tillgänglig för snabba besök från invånare som valt andra vårdenheter. Synpunkter och önskemål om korrigeringar har även framförts vid genomförda HSU-seminarium. Ett reviderat förslag har därför tagits fram, med utgångspunkt i givna anvisningar:

Läkarbesök på vårdenhet, inkl inom BVC	500 kr
Besök hos distriktssköterska eller annan sköterska	300 kr
Besök hos BVC-sköterska	300 kr ¹
Annan sjukvårdande behandling/åtgärd	300 kr
Triagerade besök vid regionens akutmottagningar	300 kr ²

Om hembesök utförs av personal från annan vårdcentral än den där patienten är listad föreslås ett tillägg med 250 kronor utgå. Om besöket sker mellan klockan 17 och 08 på vardagar eller på en helgdag föreslås ett tillägg om 500 kronor. Dessutom föreslås ett generellt tillägg om 500 kronor när besök sker under juni, juli och augusti, med hänvisning till att det är mer kostsamt att bedriva verksamhet under denna period och att detta särskilt drabbar vårdcentraler i turisttäta områden. På sikt föreslås vårdenheternas kostnadsansvar även omfatta de primärvårdsbesök som personer som valt vårdenheten gör vid regionens akutmottagningar.

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

¹ Vid vaccination enligt nationellt fastställt vaccinationsprogram har mottagande vårdenhet rätt att fakturera den listande enheten självkostnaden för vaccinet

² Under förutsättning att tidsbokning sker vid den vårdenhet där patienten är listad

Den besöksersättning som vårdenheten betalar är lika stor oavsett om besöket sker hos annan vårdenhet inom VG Primärvård, upphandlad verksamhet enligt LOU eller hos vårdgivare på nationell taxa. Mellanskillnaden mellan denna ersättning och den som ska tillfalla mottagande vårdgivare enligt nationella taxan eller gällande avtal föreslås hanteras av hälso- och sjukvårdsnämnderna. Hänsyn har tagits till detta vid beräkning av tillgängliga medel.

4.5 Förändrad viktning mellan ersättningsmodellens delar

Arbetsgruppen i delprojekt 3 föreslog, i enlighet med givna instruktioner, den viktning mellan de i ersättningsmodellen ingående delarna som innebär minst total omfördelning mellan vårdenheter, primärvårdsområden, kommuner samt hälso- och sjukvårdsnämnder. Det visade sig svårt att finna en viktning som inte medför en omfördelning som är kännbar för någon, vilket bidrog till att uppdraget korrigerades till att söka finna en viktning som på ett rimligt sätt motsvarar de styreffekter som idéskissen efterfrågar. Såväl styrgruppen som HSU framförde att denna instruktion bland annat borde innebära att vårdtyngd genom ACG tilldelas en högre vikt än hittills.

Vid de simuleringar som därefter genomförts har olika alternativ prövats. Viktningen har i dessa varierat från ursprungliga 70 % ålder och kön samt 30 % vårdtyngd till omvända 10 % ålder och kön samt 90 % vårdtyngd. Simuleringsgruppen förespråkar en kompromiss under de två första åren och föreslår att modulerna under denna period tilldelas lika stor vikt, det vill säga 50 % var. Detta med hänvisning till att:

- ACG-tyngden varierar stort mellan befintliga vårdcentraler, vilket framförallt beror på olika diagnosättningsgrad. Ersättningen baserad på vårdtyngd föreslås vara relativ, vilket innebär att en enskild vårdenhets ersättning beror på hur alla andra vårdenheter agerar. En vårdcentral som idag har en hög andel diagnossatta besök och därmed sannolikt en hög ACG-kvot, kan komma att få lägre ersättning kopplad till vårdtyngd imorgon, då övriga vårdenheter förbättrar sin diagnosättning. Denna konsekvens blir mindre kännbar om ACG-ersättningen inledningsvis tilldelas en något lägre vikt än den kan förväntas ha på längre sikt.
- De kostnadsdata som för närvarande finns tillgängliga från svensk primärvård inkluderar inte kostnader för läkemedel och motsvarar ett uppdrag och arbetssätt som i några stycken skiljer sig från det som gäller för primärvården i Västra Götalandsregionen.

När vårdtyngden har viktats upp i relation till ålder och kön påverkas också den inbördes viktningen av olika ingående verksamheter i beräkningen av poäng baserad på kön och ålder i ettårsintervall. Två verksamheter som inte bidrar till högre ACG-poäng är läkemedel och BVC. De behöver därmed väga tyngre i beräkningen av vikter baserade på ålder och kön. Den ökade vikten för dessa verksamheter möts av en lägre för allmänläkarverksamheten, då denna också bidrar till vårdenhetens ACG-vikt. Antalet vårdkontakter inom de olika ingående verksamheterna föreslås vara viktade mot varandra enligt följande:

Allmänläkare- och sjuksköterskeverksamhet	36 %
Insatser mot psykisk ohälsa	5 %
Läkemedel	50 %
BVC	9 %

4.6 Reviderat förslag till ersättningsmodell för VG Primärvård

I de dokument som utgör utgångspunkt för uppdraget är det fastställt vilka delar som ska ingå i ersättningsmodellen för VG Primärvård. Uppdraget till delprojekt 3, och därefter i givna följduppdrag, är att konkretisera modellen och föreslå vilken tyngd respektive del i ersättningsmodellen ska tillmätas. Det kan konstateras att ersättningsmodellen är väldigt komplex och att det finns många val att göra.

Ersättningsmodellen beskrivs med ganska hög detaljeringsgrad i slutrapporten från delprojekt 3, varför denna redovisning fokuserar på förändringar jämfört med det förslag som lämnas i den rapporten och på förtydliganden. För mer detaljer hänvisas således till bilaga 1.

Samtliga belopp som anges under denna rubrik avser 2009 års kostnadsläge beräknat enligt med utgångspunkt i den av hälso- och sjukvårdsnämnderna faktiskt tillämpade uppräkningsmodellen.

Primärvårdspeng

Merparten av ersättningen för vårdenhetens basåtagande utgår i form av en primärvårdspeng, vilken följer medborgarens val av vårdenhet. Denna beräknas utifrån från respektive individs ålder, kön och vårdtyngd. Den totala ersättning som utgår baserad på faktorerna ålder, kön och vårdtyngd, har beräknats till 4 242 000 tkr för helåret 2009. Detta motsvarar ungefär 84 % av den totala ersättningen.

Genom att kombinera ålder och kön med vårdtyngd ökar möjligheten att fördela ersättningen efter vårdbehov. Den inbördes viktningen mellan faktorerna föreslås vara 50 % för ålder och kön och 50 % vårdtyngd. Skälen till detta förslag framgår i text ovan.

Primärvårdspengen kommer att utgå för totalt ca 505 000 vårdvals-poäng. Den sammanvägda ersättningen per poäng har beräknats till i genomsnitt 700 kronor per månad 2009.

Ålder och kön

50 % av primärvårdspengen beräknas motsvara 2 121 000 tkr för helåret 2009, eller 176 750 tkr per månad. Viktlistan i bilaga 6 innebär att Västra Götalandsregionens befolkning för närvarande genererar totalt ca 505 000 poäng, baserade på ålder och kön. Ersättningen per poäng beräknas uppgå till 350 kronor per månad.

Denna del i ersättningsmodellen är absolut, vilket innebär att exempelvis en kvinna, 56 år gammal, under ett givet år alltid genererar samma antal poäng och samma ersättningsnivå, oavsett befolkningsutvecklingen i Västra Götaland. Det totala antalet poäng, och därmed den totala ersättningsnivån, varierar med förändringar i folkmängd och befolkningens ålders- och könssammansättning.

Vårdtyngd

50 % av primärvårdspengen föreslås utgå ifrån vårdtyngd, via ACG. Beloppet beräknas till 2 121 000 tkr för helåret 2009, eller 176 750 tkr per månad. ACG-viktningen beräknas varje månad utifrån diagnoser satta inom primärvården under de senaste 15 månaderna. Denna del i ersättningsmodellen är relativ, vilket innebär att genomsnittlig vårdtyngd i Västra Götalandsregionen, vid varje mättidpunkt, uppgår till 1,00, oavsett hur den faktiska vårdtyngden utvecklas. För att koppla ersättningen 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 505 000 poäng.

Ersättningen per poäng beräknas uppgå till 350 kronor per månad.

Under 2009 förväntas vårdenheterna överlag förbättra sin diagnoskodning, vilket i så fall leder till en ökning av totala ACG-viktsumman. Detta kommer inte att påverka den totala ersättningsnivån under innevarande år, då beräkningen av vårdenheternas ersättning vid varje mättidpunkt utgår från vårdenhetens ACG-poäng i relation till det totala antalet poäng. I kommande förvaltning av ersättningsmodellen bör ingå en årlig värdering av hur stor del av ökningen som beror på förbättrad registrering och hur stor del som beror på faktisk vårdtyngdsökning. Detta föreslås ske i samband med den årliga indexuppräknings.

Särskild ersättning för geografi

Ett fast belopp om 100 Mkr kommer att fördelas med hjälp av en geografisk faktor baserad på respektive vårdenhets avstånd till närmaste sjukhus, avstånd till större tätort samt befolknings-täthet i kommunen. Ersättning föreslås utgå till de vårdenheter som får en poäng som är 9 eller högre. Ersättningen baseras på antal poäng >9 samt på respektive vårdenhets storlek.

Denna del i ersättningsmodellen är relativ, vilket innebär att ersättningen per poäng beror på hur många vårdenheter som valt att etablera sig i områden där sådan ersättning utfaller.

Särskild ersättning för socioekonomi

Ett fast belopp om 100 Mkr kommer att fördelas till vårdenheter med ett högt CNI (Care Need Index) beräknat i enlighet med den definition som SKL och SCB förväntas redovisa i mitten av januari 2009.

Denna del i ersättningsmodellen är relativ, vilket innebär att ersättningen per poäng beror på hur många vårdenheter som erhållit ett värde i CNI-beräkningen som ligger över den gräns där ersättning börjar utgå.

Tolkersättning

Syftet med tolkersättning är att vårdenheten ska ersättas för tolkkostnad samt att kompensera enheten för den mertid som uppkommer genom ett tolkbesök. Ersättning föreslås utgå med:

- 1 000 kronor per tolktillfälle när auktoriserad språktolk anlitas
- 250 kronor per tolktillfälle utan att vårdenheten har belastats med kostnad för tolk

Denna del i ersättningsmodellen är absolut, vilket innebär att tolkbesöket alltid är lika mycket värt och att inget tak tillämpas.

Täckningsgrad

Täckningsgradsersättning föreslås utgå för varje procentenhet som vårdenhetens täckningsgrad överstiger 50 %, till en maximal nivå om 80 %. En sammanställning över täckningsgrad per befintlig vårdcentral, baserad på data från 2007, redovisas i bilaga 3. Ersättningen kopplas till vårdenhetens storlek. 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.

Denna del i ersättningsmodellen är absolut, vilket innebär att en täckningsgradsökning om en %-enhet alltid är lika mycket värd. Det belopp som kan utgå i form av målrelaterad ersättning, vid nuvarande genomsnittliga täckningsgrad, har beräknats till 399 140 tkr för helåret 2009, eller 33 330 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 50 %. Täckningsgradsersättningen uppgår därmed, vid nuvarande genomsnittliga nivå, till ca 8 % av det totala ersättningsutrymmet.

Målrelaterad ersättning för kvalitetsmål

Några principiella förändringar av den målrelaterade ersättningen för kvalitetsmål, jämfört med vad som framgår i rapport från delprojekt 3, föreslås inte. Den målrelaterade ersättning som kan utgå för valda kvalitetsindikatorer, vid full måluppfyllelse, uppgår till 144 000 tkr för helåret 2009 eller 12 000 tkr per månad. Detta motsvarar ca 3 % av den totala ersättningen för VG Primärvård. Andelen av den totala ersättningen förutsätts öka i takt med att lämpliga indikatorer och datafångsten till dessa utvecklas.

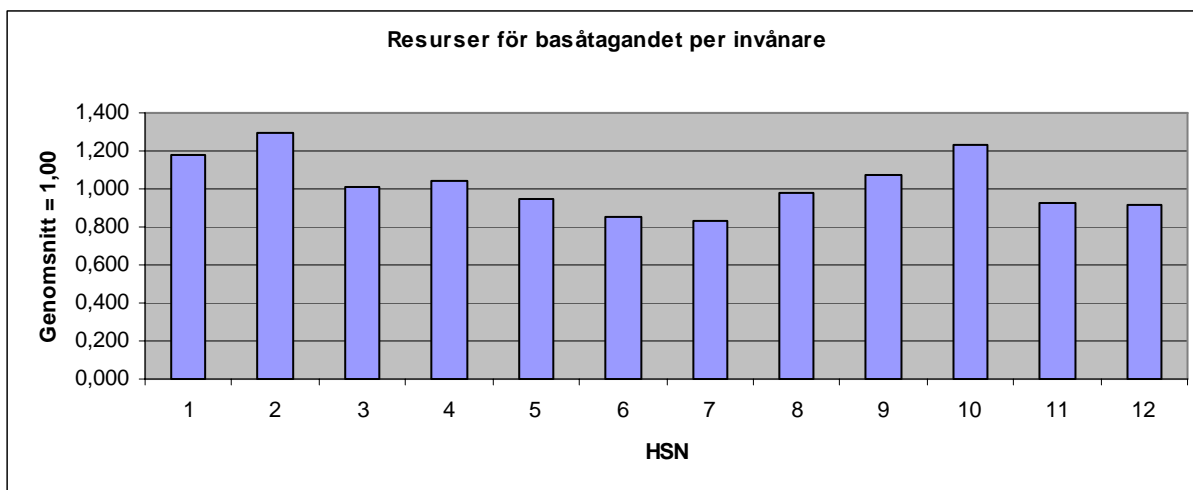
Den målrelaterade ersättningen kopplas till vårdenhetens storlek via antalet poäng baserade på ålder och kön.

4.7 Simulering av reviderad ersättningsmodell

I en vårdvalsmodell tillämpas samma regelverk och ersättningar för samtliga vårdenheter, oavsett driftsform. Då det idag finns variationer inom regionen är det oundvikligt att en sådan likriktning innebär viss omfördelning jämfört med nuläget. Ett simuleringsverktyg, DEEK, har byggts för att simulera olika alternativ och deras utfall. Detta verktyg förväntas senare kunna användas som grund för ett IT-stöd för beräkning av ersättning till vårdenheterna.

Simuleringsverktyget 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. Jämförelsematerialet innehåller schablonberäkningar i varierande omfattning. Simuleringsresultatet har också ställts i relation till ekonomiska effekter, beräknade med utgångspunkt i konsumtionsmönster under 2007, av kostnadsansvar för patientströmmar inom primärvårdsnivån.

Idag finns stora variationer mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder vad gäller primärvårdsuppdragets 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. Den nya och regionalt enhetliga ersättningsmodellen medför därmed vissa förändringar i fördelningen av primärvårdsresurser. 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 29,7 % mer respektive 16,6 % mindre än genomsnittet i regionen.



I simuleringen har genomgående antagits att senast kända utfall motsvarar morgondagens verklighet. Då genomförandet av VG Primärvård sker bland annat för att åstadkomma beteendeförändring är det troligt att utfallet efter genomförandet kommer att vara ett annat. De förändringar i ersättningsmodellen som redovisas i föreliggande rapport medför att denna effekt kan förväntas bli mer påtaglig än om delprojektets ursprungliga förslag hade antagits. Påpekas bör också att det beräknade utfallet i vissa stycken inte kunnat kvalitetssäkras. Detta sammantaget gör att simuleringsresultatet måste hanteras med stor försiktighet och att det inte kan betraktas som sanning. Därför redovisas heller inga detaljer från simuleringarna i detta dokument. Vid analys är det viktigt att försöka tänka in effekter av förväntade förändringar.

Arbetsgruppen har försökt analysera simuleringsresultatet, med särskilt fokus på de vårdenheter som ser ut att få mycket mer eller mycket mindre ersättning efter förändringen, i syfte att hitta skäl till avvikelserna. Det har inte varit möjligt att förklara alla större avvikelser, men det kan konstateras att flera av de vårdenheter som ser ut att få ökad ersättning vid simulering av den reviderade ersättningsmodellen idag har en ACG-poäng som överstiger genomsnittet i Västra Götalandsregionen. Dessutom beräknas de få ersättning genom antingen den socioekonomiska eller den geografiska faktorn.

På motsvarande sätt har flera av de vårdenheter som ser ut att få minskad ersättning idag en ACG-poäng som understiger regiongenomsnittet. Några av dessa har även höga kostnader för att de invånare som valt vårdenheten gör besök hos andra vårdgivare.

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.

5. Ärendets beredning

Föreliggande handling avser avrapportering av de uppdrag som formulerats av styrgruppen inom VG Primärvård samt vid HSU-seminarium, i syfte att fördjupa analysen av enskilda detaljer i den ersättningsmodell som föreslagits gälla för VG Primärvård. De korrigeringar som följduppdragen medför påverkar ersättningsmodellen som helhet och dess konsekvenser, varför nya beräkningar och simuleringar varit nödvändiga.

Uppdraget har genomförts inom en arbetsgrupp bestående av ett mindre antal personer, vilka alla handplockats för sin specifika kompetens inom de områden som följduppdragen avser. Ansvaret för de olika följduppdragen har fördelats på arbetsgruppens medlemmar. Hela gruppen har samlats vid två tillfällen. Arbetet har i huvudsak bedrivits virtuellt samt i mindre grupper.

Arbetet har fortlöpande avrapporterats till projektledning och styrgrupp inom VG Primärvård samt vid HSU-seminarium. Avstämning har även skett med hälso- och sjukvårdens ekonomischefsgrupp.