

Uppföljning av regiongemensamma ersättningsmodeller för sjukhusvård 2008

1. Bakgrund

Ersättningsmodeller måste kontinuerligt utvecklas så att de i ökande grad uppfyller målen för hälso- och sjukvården som de uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen samt i de politiska beslut som fattas i Västra Götalandsregionen. Regionfullmäktige fastställde 2005 och 2006 två rapporter att ligga till grund för det kontinuerliga utvecklingsarbetet av en regiongemensam Ersättningsmodell för Sjukhusvård, vilken tillämpas vid samtliga sjukhus. Regionfullmäktige har även fattat beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri, vilken ska tillämpas i de överenskommelser som tecknas senast 2008.

De mål som gällt för det regionövergripande arbetet med ersättningsmodeller är att dessa ska styra på ett sådant sätt att det verkar för rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av närsjukvård ska stödjas och, om detta inte är möjligt, ska systemet åtminstone inte hindra eller motverka önskvärda förändringar.

En regiongemensam grundmodell för ersättning av sjukhusvård fastställdes av regionfullmäktige första gången i mars 2005. Den totala ersättningen utgörs av en balanserad blandning som innefattar fyra komponenter;

1. *Ersättning avseende riktade uppdrag*, vilken kan utgå för uppdrag som inte har direkt samband med den patientrelaterade hälso- och sjukvården, såsom forskning och utveckling, men också för uppdrag som det av olika skäl kan vara svårt eller olämpligt att prestationsersätta, såsom ambulansvård, köpt vård, hjälpmedel och akutmottagning. Dessa uppdrag finansieras via anslag, men av hävd inräknas de inte i andelen fast ersättning enligt nedan, utan behandlas för sig.

2. *Fast ersättning* som fördelar den ekonomiska risken mellan beställare och utförare och ska täcka en rimlig andel av sjukhusets fasta kostnader. 50/50-modellen avser den procentuella fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning för somatisk vård. Fördelningen mellan ersättningsformerna kan vara en annan vad gäller psykiatrisk vård.
3. *Prestationsersättningen* är ersättning för utförda vårdkontakter och är ämnad att stimulera verksamheternas produktion. Ersättning utgår när så är möjligt för vårdkontakter som viktats med Nord-DRG som grund. För vissa verksamheter utgår ersättning per besök, per vård dag eller per vård tillfälle.
4. *Målrelaterad ersättning*, vilken syftar till att understödja att sjukhuset arbetar mot utvalda mål. Denna ersättningsforms andel av den totala ersättningen kommer sannolikt att öka över tid. En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer med stor sannolikhet att vara regionalt enhetlig.

De tre förstnämnda komponenterna i ersättningsmodellen hämtades i princip utan förändring från den modell som tillämpats för att ersätta sjukhusvård i Västra Götalandsregionen sedan början av 2000-talet. Denna tidigare modell utvecklades i syfte att främja kostnads kontroll, förbättrad registrering i regionens vårddatabas samt ökad produktivitet. Den målrelaterade ersättningen tillkom, som en fjärde komponent i modellen, i och med beslutet 2005, i syfte att dessutom styra mot de tillkommande målen rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet.

2. Uppdrag

Uppföljning av hur regionens ersättningsmodeller utvecklas behöver ske kontinuerligt. I uppföljningen ska ingå en bedömning av om tillämpningen medför att de målsättningar som angivits uppfylls. De övergripande målen är rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Ersättningsmodellerna ska dessutom stödja, eller åtminstone inte motverka, struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av närsjukvård.

Uppdraget innebär att;

- Formulera en enkät med ett mindre antal frågor, vilken skickas ut för att besvaras av regionens fyra beställarkanslier och samtliga sjukhus.
- Efter bearbetning av svaren genomföra dialogmöten i lämpliga grupperingar, sannolikt med respektive beställarkansli och deras motpart(er).
- Beskriva hur ersättningsmodellerna för somatisk och psykiatrisk vård tillämpas i de överenskommelser som gäller för 2008 samt vilka likheter och skillnader som finns inom regionen.
- Dra slutsatser om ersättningsmodellernas styreffekter, om de bidrar till att fastställda mål uppfylls.

Arbetet, i form av planering, analys och sammanställande av föreliggande tjänsteutlåtande, har i huvudsak genomförts inom regionkansliet. Var och en av berörda förvaltningar, det vill säga de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna och samtliga sjukhus, har utsett en kontaktperson, som varit mottagare av den enkät som skickats ut och förvaltningens huvudrepresentant vid efterföljande dialogmöten. Kontaktpersonerna framgår av den enkät som redovisas i bilaga 1.

3. Överväganden

Den uppföljning som nu genomförts av hur regionfullmäktiges beslut om Ersättningsmodell för Sjukhusvård och Ersättningsmodell för Psykiatri tillämpats i överenskommelser avseende sjukhusvård 2008 sammanfattas nedan. Uppföljningen visar att besluten i stort sett har genomförts och tillämpas vid regionens sjukhus, även om vissa undantag från detta finns. Det kan emellertid konstateras att ersättningsmodellen, och då framförallt de delar som avser riktade uppdrag och målrelaterad ersättning, används på olika sätt vid olika sjukhus. Det kan finnas skäl att överväga behovet av förtydligande av när och hur de olika delarna i ersättningsmodellen bör tillämpas.

Hur målrelaterad ersättning tillämpas i överenskommelser avseende sjukhusvård 2008 redovisas i huvudsak i rapporten ”Uppföljning av målrelaterad ersättning i sjukhusvård och primärvård 2008 (dnr 242-2008).

3.1 Allmänt om Ersättningsmodeller för sjukhusvård

Den beslutade grundmodellen för ersättning av somatisk och psykiatrisk vård består av fyra delar, nämligen riktade uppdrag, verksamhetsanslag, prestationsanslag och målrelaterad ersättning. Ersättning utgår till sjukhuset som helhet, vilket innebär att sjukhuset bestämmer hur de resurser sjukhuset får i ersättning ska fördelas till olika kliniker. Ersättning utgår upp till ett fastställt belopp, det platta taket. Sjukhuset kan inte påräkna någon ersättning utöver ersättningstaket, såvida detta inte avtalats i särskild ordning. Denna modell tillämpas vid samtliga sjukhus i regionen. Hur den överenskomna ersättningen till sjukhusen fördelas sig på de fyra delarna framgår i tabellen nedan.

Sjukhus	SU	NU	SkaS	SÄS	Kungälv	Alingsås	FSS
Total ersättning, tkr	8 748 114	3 276 416	2 872 471	2 474 244	723 812	387 584	170 766
Riktade uppdrag, tkr	1 170 354	669 025	451 673	465 509	100 419	52 107	8 503
Riktade uppdrag, %	13,4	20,4	15,7	18,8	13,9	13,5	5,0
Verksamhetsanslag, tkr		1 320 543	1 146 899	1 003 472	324 626	164 639	
Verksamhetsanslag, %		40,3	40,0	40,6	44,8	42,5	
Prestationsersättning, tkr		1 263 648	1 198 899	995 263	293 766	168 338	
Prestationsersättning, %		38,6	41,7	40,2	40,6	43,4	
Målrelaterad ersättning, tkr	80 350	23 200	75 000	10 000	5 000	2 500	250
Målrelaterad ersättning, %	0,9	0,7	2,6	0,4	0,7	0,6	0,1

Riktade uppdrag

De riktade uppdragen ska huvudsakligen utgå för uppdrag som inte har direkt koppling till den patientrelaterade hälso- och sjukvården. Till dessa förs också verksamheter där det bedömts olämpligt att premiera ökad produktion med hjälp av det ekonomiska styrmedlet. För de riktade uppdragen utgår ersättning i form av ett överenskommet abonnemang, det vill säga fast ersättning. Andelen av den totala ersättningen till de inomregionala sjukhusen som utgår i form av riktade uppdrag varierar mellan 5,0 och 20,4 %. Detta kan tyda på att det finns skillnader i vad som betraktas som riktade uppdrag i olika delar av regionen.

För några verksamheter ersätts regionens sjukhus i princip genomgående med riktade uppdrag. Detta gäller bland annat ersättning för köpt vård, vilket avser sjukhusens kostnadsansvar för den vård som invånarna i Västra Götalandsregionen får hos vårdgivare, i regel utanför regionen, efter remiss från ett inomregionalt sjukhus. Också kostnadsansvaret för sjukhusens förskrivning av hjälpmedel och av läkemedel inom läkemedelsförmånen ersätts genom ett riktat uppdrag. Det har funnits tankar att istället koppla dessa båda delar till prestationsersättning av lämpliga DRG-koder eller besök, men denna förändring har ännu inte bedömts möjlig att genomföra. Ambulanssjukvård och liggande sjuktransporter betraktas också de genomgående som riktade uppdrag. Denna verksamhet bedrivs inte vid Frölunda specialistsjukhus eller Alingsås lasarett, vilket är en viktig anledning till att dessa båda sjukhus får en något lägre andel av sin ersättning i form av riktade uppdrag, än vad övriga sjukhus får.

Till riktade uppdrag förs också en flora av verksamheter som inte bedöms ha direkt koppling till prestationer, såsom

- Kompetenscentrum, konsultverksamheter och team, vilka finns för att stödja verksamheterna på ett eller flera sjukhus
- Öppna verksamheter, ofta inom psykiatri, där behandlingen inte i första hand är individbaserad utan fokuserar grupper
- Egna behandlingshem där vårdtiderna är långa

Tre av regionens sjukhus, NU-sjukvården, SÄS och Alingsås Lasarett, får ersättning för sina akutmottagningar i form av riktade uppdrag. Den huvudsakliga anledningen uppges vara att man vill minska det ekonomiska incitamentet att producera fler besök vid akutmottagningarna, då man anser att en inte obetydlig andel av de besök som sker där borde hänvisas till vårdcentraler eller jourmottagningar.

Mammografiverksamheten vid NU-sjukvården ersätts som riktat uppdrag, medan den vid övriga sjukhus ingår i den verksamhet som ersätts genom verksamhetsanslag och prestationsersättning. Att mammografiverksamhet och akutmottagningar inom NU-sjukvården hanteras som riktade uppdrag bidrar till att sjukhuset får en jämförelsevis hög andel av sin ersättning i denna ersättningsform.

I överenskommelser med nästan alla sjukhus i regionen har man även valt att betrakta satsningar och nya beställningar som riktade uppdrag under det första året som de förekommer. Anledningen uppges vara att man vill skapa ekonomiskt utrymme för att bygga upp verksamheten under ett år och samtidigt få möjlighet att följa upp vilka volymer som produceras, för att använda detta som underlag för prestationsersättning kommande år.

Det är viktigt att komma ihåg att bland annat den stora variationen i tillämpningen av riktade uppdrag gör det omöjligt att jämföra sjukhusens kostnadsläge genom att enbart fokusera exempelvis ersättning per DRG-poäng.

Verksamhetsanslag och prestationsersättning

Inom somatisk vård ska en 50/50 fördelning tillämpas mellan verksamhetsanslag och prestationsersättning. Verksamhetsanslaget ska alltså vara lika stort som den prestationsersättning som utfaller när sjukhuset producerar de volymer som anges i överenskommelsen.

Inom sluten somatisk vård får varje vårdtillfälle en diagnosrelaterad kod i enlighet med DRG-systemet. Varje kod är värd ett antal poäng, enligt en årligen beräknad regional viktlista.

Sjukhusen ersätts med ett sjukhusspecifikt pris per DRG-poäng. För särskilt kostsamma eller vårdkrävande patienter får sjukhuset därutöver så kallad ytterfallsersättning. Prestationsersätt-

ning för dagkirurgisk verksamhet och viss annan somatisk öppenvård sker på basis av en nationell åtgärdsrelaterad viktlista, NordDRG, och sjukhusspecifika priser per poäng. För övrig somatisk öppenvård baseras prestationsersättningen på läkarbesök och övriga besök utifrån en sjukhusspecifik prislista.

Inom psykiatrisk vård kan fördelningen mellan verksamhetsanslag och prestationsersättning variera, vilket beskrivs nedan under avsnitt 3.2. Prestationsersättningen inom den psykiatriska slutenvården ska till 90 % utgå per vård dag och till 10 % per vårdtillfälle. Inom rättspsykiatri baseras prestationsersättningen enbart på vård dagar. För psykiatrisk öppenvård baseras prestationsersättningen på läkarbesök och övriga besök utifrån en sjukhusspecifik prislista.

Det är värt att notera att de ersättningsbilagor som biläggs överenskommelser med sjukhusen har väldigt olika struktur. För SU och FSS är det inte möjligt att utläsa fördelningen mellan verksamhetsanslag och prestationsersättning ur dessa. Därför anges inga uppgifter för dessa ersättningsdelar och sjukhus i tabellen ovan.

Målrelaterad ersättning

Andelen målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende sjukhusvård i egen regi år 2008 varierar mellan 0,1 (0,3) och 2,6 %. Vari skillnaderna består redovisas och analyseras i en separat rapport, med titeln ”Uppföljning av målrelaterad ersättning i sjukhusvård och primärvård 2008” (dnr 242-2008).

Vårdvolymerna i ersättningsmodellen

De vårdvolymerna som anges i ersättningsbilagan för 2008 baseras i flertalet överenskommelser på producerade volymer 2006. I något enstaka fall utgår beräkningen istället från tidigare års beställningar. Justeringar har i båda fallen gjorts för förändringar i uppdraget, bland annat till följd av förändrad bedömning av befolkningens behov av vård eller planerade förskjutningar från slutenvård till öppenvård. Dessutom görs tekniska justeringar, till följd av exempelvis nya koder och andra förändringar i viktlistorna för NordDRG.

Vid de dialogmöten som genomförts har flera deltagare påpekat att vikten av att träffa exakt rätt i beställningen av vårdvolymerna har minskat avsevärt sedan sjukhusen övertog ansvaret för att genomföra vårdgarantin. Eftersom sjukhusen ansvarar för att alla vårdtagare får vård inom angivna garantitider är det av underordnad betydelse hur mycket vård som behöver produceras för att detta ska vara fallet. Detta skulle kunna tolkas som att prestationsersättningens styr-effekter fått minskad betydelse. Det finns emellertid också några som hävdar att volymerna kommer att bli mindre intressanta först när vårdgarantin uppfylls.

Å-priser i ersättningsmodellen

I den utskickade enkäten ställs frågan vilka grunder ersättningsnivåerna i ersättningsbilagan baseras på. Det vanligaste svaret är att beräkningen tar sin utgångspunkt i den totala ersättning som hälso- och sjukvårdsnämnderna avser använda till länssjukvård vid det aktuella sjukhuset. Priserna inom varje enskild del av överenskommelsen tas sedan i princip fram genom att man delar den tillgängliga totala ersättningen med de överenskomna volymerna. Sjukhusens totaltkostnadsbokslut anges som ett viktigt hjälpmedel i fördelningen. I ett fall anges totaltkostnadsbokslutet istället vara den huvudsakliga basen för att fastställa å-priserna i ersättningsbilagan.

En reflektion är att om prestationsersättningen ska utgöra en styrande faktor i ersättningsmodellen är det viktigt att den bedöms vara rättvis. Detta innebär att det bör finnas en koppling mellan prestationsersättningens storlek och en realistisk kostnadsnivå, eller att det klart framgår varför så inte är fallet. Det kan exempelvis finnas skäl att underfinansiera en verksamhet som man anser bör minska i omfattning, eller att överfinansiera en verksamhet som det finns en önskan att utöka.

”Platt tak” för prestationsersättning

Några sjukhus i regionen producerar mer vård än vad som anges i gällande överenskommelse. Denna faktor anges ibland som ett skäl till ekonomiska underskott vid dessa sjukhus. Det kan konstateras att sådan så kallad överproduktion förekommer betydligt oftare vid sjukhus där beräkningen av beställda volymer utgår från tidigare års beställning, än där man valt att göra beräkningen utifrån senast kända produktionsnivå.

Det är svårt att se något alternativ till ett ”platt tak”, eftersom de resurser som finns till förhållande för att finansiera befolkningens konsumtion av hälso- och sjukvård inte är oändliga. Utrymme för att ge ersättning för produktion utöver överenskomna volymer kan därmed i princip bara skapas genom att sänka ersättningsnivån i någon av ersättningsdelarna inom överenskommelsen.

I den utredning av ersättningsmodell för sjukhusvård som regionfullmäktige behandlade våren 2006 ingick en analys av så kallad bruten kurva för sjukhusvård. Där framgår bland annat: ”Metoden med bruten kurva kan och bör användas begränsat både i omfång som över tid. I dagsläget når sjukhusen överenskomna prestationer inom flertalet områden och utvecklingen av den ekonomiska styrningen bör ske via den målrelaterade ersättningsmodulen. En förändring av modellen mot användande av brutna kurvor bedöms i nuläget inte kunna ge de goda effekter som det syftar till.”

3.2 Ersättningsmodell för psykiatrisk sjukhusvård

Regionfullmäktiges beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri gäller för vuxenpsykiatrisk vård, inklusive rättspsykiatri, men inte för barn- och ungdomspsykiatri. I beslutet framgår bland annat:

- Inom slutenvården föreslås den fasta ersättningen utgöra 70-90 % av den totala ersättningen
- Inom öppenvården föreslås den fasta ersättningen utgöra 30-50 % av den totala ersättningen
- Ca 3 % av den totala ersättningen föreslås avsättas för målrelaterad ersättning

I den enkät som tillsänts utsedda kontaktpersoner inom beställarkanslierna och sjukhusen har frågor ställts bland annat om hur detta beslut har genomförts. Av svaren kan utläsas att den fasta ersättningen för den psykiatriska slutenvården varierar mellan 50 och 90 % av den totala ersättningen. Vid ett sjukhus har någon förändring inte skett. För ett sjukhus uppgår den fasta ersättningen till 90 % av den totala ersättningen. Grunden för detta beslut uppges vara att det finns en önskan att styra mot minskad slutenvård och ökad öppenvård. För övriga sjukhus som bedriver psykiatrisk vård uppgår andelen fast ersättning till 70 eller 80 %. Anledningen uppges vara att man vill ta ett steg i taget och utvärdera konsekvenserna av förändringarna innan man fattar beslut om att ta nästa steg mot en högre andel fast ersättning.

I ett fall har man valt att öka andelen fast ersättning för rättspsykiatrisk vård till 90 %, medan andelen är lägre för den vuxenpsykiatriska slutenvården. Detta eftersom sjukhuset inte styr över in- och utflöde till den rättspsykiatriska verksamheten, vilket motiverar en hög andel fast ersättning.

Inom öppenvården varierar den fasta ersättningen mellan 30 och 50 % av den totala ersättningen. För ett sjukhus har man valt att gå hela vägen och fastställt den fasta ersättningen för psykiatrisk öppenvård till 30 % av den totala ersättningen. Det är samma sjukhus som får högst andel fast ersättning för den psykiatriska slutenvården. Grunden för beslutet uppges vara en önskan att stimulera öppenvården och minska slutenvården. För ett sjukhus uppgår den fasta ersättningen till 40 % av den totala ersättningen. Anledningen uppges vara att man vill ta ett steg i taget och utvärdera konsekvenserna av förändringarna innan man fattar beslut om att ta nästa steg mot en lägre andel fast ersättning. För övriga sjukhus som bedriver psykiatrisk vård har man valt att låta andelen fast ersättning för psykiatrisk öppenvård vara oförändrad på 50 %. Ett skäl till detta är en oro för att samverkan med vårdgrannarna kan bli lidande om fokuseringen på prestationer ökar. Avsikten med en högre andel rörlig ersättning är att ytterligare stimulera utförandet av produktionsvolymerna.

Det kan konstateras att beslut om andel fast ersättning för psykiatrisk sluten- och öppenvård, föregåtts av dialog i frågan och att beslutet i de flesta fall fattats med eftertanke och på goda grunder.

Vid samtliga sjukhus utom ett kan 3 % av den totala ersättningen för psykiatrisk vård utgå i form av målrelaterad ersättning.

Regionfullmäktiges beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri bedöms, med utgångspunkt i ovanstående, vara genomfört vid flertalet sjukhus i regionen.

3.3 Ersättningsmodellernas styregenskaper

De ersättningsmodeller som tillämpas i Västra Götalandsregionen ska i första hand ska styra mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Enkätsvaren ger en samstämmig bild, att ersättningsmodellerna snarare styr mot andra mål, nämligen kostnadskontroll, förbättrad produktivitet och en god registrering av vårdepisoder. Detta beror sannolikt på att de tre komponenter i ersättningsmodellen som varit i bruk längst, nämligen riktade uppdrag, verksamhetsanslag och prestationsersättning, fått det genomslag som var avsikten när de konstruerades. Den sist tillkomna komponenten, den målrelaterade ersättningen, uppges, rätt använd, kunna styra mot de ovan angivna övergripande målen. Det framgår emellertid tämligen klart att den målrelaterade ersättningen ännu inte fått avsedd effekt.

I några enkätsvar påpekas att det faktum att ersättningstaket avser den totala beställningen till respektive sjukhus gör det svårt att via överenskommelserna styra över vilka resurser som används till somatik eller psykiatri. Separata ersättningstak för somatik respektive psykiatri skulle öka möjligheterna att styra mot målet att en öka andel av hälso- och sjukvårdens resurser ska användas till vård av psykiatrisk sjukdom och för att motverka psykisk ohälsa.

Det påpekas att ersättningsmodellen samverkar med andra styrkomponenter, varför det är svårt att se isolerat på ersättningsmodellens styregenskaper. För att lyckas styra mot angivna mål måste det finnas en tydlig koppling mellan ersättningsmodellen och andra styrmedel i styrmodellen, i form av exempelvis balanserade styrkort, lönesättning och uppföljning. Också dialogen mellan beställare och utförare är en komponent i styrmodellen.

I ett enkätsvar föreslås att Västra Götalandsregionen borde pröva att, vid något sjukhus, tydligare styra ersättningen mot effektivitet, snarare än mot produktion. Mål för effektivitet skulle då kunna vara tillgänglighet, medicinsk kvalitet och patientupplevelse. I ett annat enkätsvar påpekas att alla organisationer anpassar sig efter ersättningsmodeller över tid och att det därför är nödvändigt att förändra modellen för att behålla styreffekterna.

Flera respondenter frågar sig också om nuvarande modell är tillräckligt långsiktig och om vi säkrar framtidens sjukvård med nuvarande arbetssätt. Längre överenskommelser efterfrågas. Detta är eftersträvansvärt men förutsätter att grunden, exempelvis i form av gränssnitt mellan sjukhus och primärvård samt mellan regionens sjukhus, är någorlunda stabil eller förutsägbar.

4. Ärendets beredning

Var och en av de berörda förvaltningarna, det vill säga de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna och samtliga sjukhus, har utsett en kontaktperson. Dessa har varit mottagare och ansvarat för besvarandet av den enkät som använts (bilaga 1). Efterhand som enkätsvaren avlämnats sammanställdes de, fråga för fråga, inom fyra områden, Göteborg, Skaraborg, Sjuhärad och Fyrbodol. Därefter genomfördes dialogmöten i syfte att förtydliga och fördjupa bilden ytterligare. De svar som avser frågorna under rubriken målrelaterad ersättning analyseras i en rapport på detta tema, och berörs således endast summariskt i denna rapport.

Uppföljningsgrupp Göteborg var först ut den 15 april. I dialogen deltog Carina Samuelson, Barbro Hedin och Marie-Louise Lövberg från hälso- och sjukvårdskansliet i Göteborg, Peter Tellberg och Juhani Vekselius från Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Anders Hillberg från Kungälv's sjukhus och Göran Spånberg från Frölunda specialistsjukhus. Vid mötet diskuterades bland annat riskfördelningen mellan beställare och utförare, hur volymer och ersättningsnivåer i ersättningsbilagorna beräknas, möjligheten att använda KPP på ett mer påtagligt sätt i arbetet, konstruktionen av målrelaterad ersättning, vikten av att koppla ersättningsmodellen till styrmodellen i stort, bland annat till sjukhusens balanserade styrkort, samt hur modellens styregenskaper skulle kunna förbättras.

Den 25 april genomfördes dialogmöte i Uppföljningsgrupp Fyrbodol. Från hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla deltog Anna Verdoes och Carina Hansson och från NU-sjukvården Sven Florström. Vid mötet diskuterades den utveckling som skett över tid vad gäller ersättningsbilagan i NU-sjukvårdens överenskommelse. Det faktum att flera av de personer som tidigare ingått i NU-sjukvårdens förhandlingsgrupp har lämnat sjukhuset har medfört att det finns behov att rekapitulera skeendet. Andra frågor som diskuterades var vårdfallsytterfall kontra kostnadsytterfall samt hur modellens styregenskaper skulle kunna förbättras.

Dialogmötet i Uppföljningsgrupp Skaraborg genomfördes den 28 april. Hälso- och sjukvårdskansliet i Mariestad representerades av Börje Neuman och Skaraborgs Sjukhus av Eva Sundström och Christina Lindström. Vid mötet diskuterades bland annat hur volymer och ersättningsnivåer i ersättningsbilagorna beräknas, möjligheten att använda KPP på ett mer påtagligt sätt i arbetet, genomförandet av ersättningsmodell för psykiatri, konstruktionen av målrelaterad ersättning samt hur modellens styregenskaper skulle kunna förbättras.

Den 5 maj genomfördes dialogmötet i Uppföljningsgrupp Sjuhärad. I dialogen deltog Peter Hermansson från hälso- och sjukvårdskansliet i Borås, Maria Gabrielsson-Fredriksson från Alingsås lasarett och Annika Mårtensson från Södra Älvsborgs Sjukhus. Vid mötet lyftes bland annat frågan om hur volymer och ersättningsnivåer i ersättningsbilagorna beräknas, möjligheten att använda KPP på ett mer påtagligt sätt i arbetet, arbetsprocessen vid framtagande av indikatorer för målrelaterad ersättning samt hur modellens styregenskaper skulle kunna förbättras.

Vid samtliga fyra dialogmöten diskuterades dessutom på vilket sätt genomförandet av en ny ersättningsmodell inom primärvården kan komma att påverka sjukhusen.

Den regionala styrgruppen för terminologi-, klassifikations- och ersättningsfrågor (TEK) fick den 11 mars information om uppdraget och gavs möjlighet att påverka utformningen av enkäten. Den 13 maj informerades gruppen om enkätsvaren och resultatet av genomförda dialogmöten samt gavs möjlighet att påverka innehållet i rapporten. Den 16 maj fick den kansligemensamma beredningsgruppen (KGB) motsvarande information och gavs samma möjlighet att ge synpunkter på innehållet. Avstämning har även skett i hälso- och sjukvårdens ekonomichefsgrupp den 30 april.

Förvaltningarnas kontaktpersoner fick tillgång till ett utkast till rapport den 12 maj och gavs tillfälle att lämna synpunkter på denna inom tio kalenderdagar. Inkomna synpunkter har vägts samman och, i möjligaste mån, inarbetats i rapporten. Rapporten redovisades för beredningsgruppen den 29 maj.

5. Förslag till beslut

De beslut regionfullmäktige fattat om Ersättningsmodell för sjukhusvård och Ersättningsmodell för Psykiatri tillämpas i stort sett vid samtliga sjukhus i regionen. Det kan konstateras att ersättningsmodellerna har potential att styra mot de angivna målen rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Eftersom den målrelaterade komponenten i ersättningsmodellen ännu inte utvecklats i tillräcklig omfattning är emellertid styrningen mot dessa mål marginell.

Ersättningsmodellerna styr idag mot kostnadskontroll, förbättrad produktivitet och en god registrering av vårdepisoder. Dessa mål fokuserades när basen av de nu tillämpade ersättningsmodellerna utvecklades. De är också viktiga och bör inte åsidosättas.

Det bedöms möjligt att bibehålla de styreffekter som nuvarande ersättningsmodeller har och samtidigt söka förstärka styrningen mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet, genom att arbeta aktivt med att utveckla användandet av den målrelaterade delen i ersättningsmodellen. Hur detta kan ske framgår i förslag till beslut i Uppföljning av målrelaterad ersättning i sjukhusvård och primärvård 2008 (dnr 242-2008). Det är viktigt att komma

ihåg att ett välfungerande IT-stöd, tillgängligt för alla parter, är en förutsättning för en lyckad utveckling av målrelaterad ersättning.

I rapporten konstateras att ersättningsmodellen, och då framförallt de delar som avser riktade uppdrag och målrelaterad ersättning, används på olika sätt vid olika sjukhus. Det kan finnas skäl att överväga behovet av förtydligande av när och hur de olika delarna i ersättningsmodellen bör tillämpas.

Utöver det som kan utläsas i föreliggande rapport behöver det klarläggas om genomförandet av Medborgarnas primärvård medför ett behov att se över ersättningsmodellerna för sjukhusvård. Det kan finnas en risk att antalet besök vid sjukhusen ökar när prestationsersättning inte längre utgår till primärvården, men fortfarande tillämpas inom sjukhusens öppenvård. Det är viktigt att noga följa utvecklingen och reagera skyndsamt om det finns tecken på oönskade konsekvenser.

2008-06-18

Regionkansliet
Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Lars-Olof Rönnqvist

Marie Röllgårdh

Uppföljning av ersättningsmodeller för sjukhusvård

Regionfullmäktige fastställde 2005 och 2006 två rapporter att ligga till grund för det kontinuerliga utvecklingsarbetet av en regiongemensam Ersättningsmodell för Sjukhusvård, vilken tillämpas vid samtliga sjukhus. Regionfullmäktige har även fattat beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri, vilken enligt beslutet ska tillämpas i de överenskommelser som tecknas senast 2008.

Uppföljning behöver ske av hur ersättningsmodellerna för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård utvecklas, samt om tillämpningen medför att de målsättningar som angivits uppfylls. Målen är rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Ersättningsmodellerna ska dessutom stödja, eller åtminstone inte motverka, struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av närsjukvård.

Uppföljningen ska särskilt belysa hur målrelaterad ersättning använts i överenskommelser och avtal, bland annat hur stor andel av den totala ersättningen som utgörs av målrelaterad ersättning samt vilka mål och målnivåer ersättningen är kopplad till.

Denna enkät tillsänds de kontaktpersoner som respektive förvaltningschef har utsett enligt den uppdragshandling som fastställdes den 3 mars 2008. Enkäten ska vara besvarad och insänd senast den 4 april till anneth.lundahl@vgregion.se. Dialogmöten kommer därefter att genomföras under april månad. En preliminär tidplan bifogas denna enkät.

Sändlista:

Peter Hermansson Maria Gabrielsson-Fredriksson Lennart Ryler	<u>Uppföljningsgrupp Södra Älvsborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Borås Alingsås sjukhus Södra Älvsborgs Sjukhus
Carina Samuelson Göran Spånberg Anders Hillberg Peter Tellberg	<u>Uppföljningsgrupp Göteborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Göteborg Frölunda SpecialistSjukhus Kungälv sjukhus Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Börje Neuman Eva Sundström	<u>Uppföljningsgrupp Skaraborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Mariestad Skaraborgs Sjukhus
Anna Verdoes Sven Florström	<u>Uppföljningsgrupp Fyrbodal</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla NU-sjukvården

1. Allmänt om Ersättningsmodeller för sjukhusvård

- a) Gör en kortfattad nulägesbeskrivning av den ersättningsmodell som tillämpas i gällande överenskommelse.

- b) Beskriv på vilka grunder de vårdvolymmer som anges i ersättningsbilagan har baserats.

- c) På vilka grunder baseras ersättningsnivåerna i ersättningsbilagan?

- d) Har det skett några justeringar mellan de olika ersättningsformerna i modellen (riktade uppdrag, fast ersättning, rörlig ersättning och målrelaterad ersättning), utöver dem som beskrivs nedan, under de senaste tre åren?

- e) Om svaret på frågan ovan är ja, beskriv vilka förändringar som skett, skälen till dessa samt inför vilket år de genomfördes.

2. Ersättningsmodell för psykiatrisk sjukhusvård

- a) På vilket sätt har regionfullmäktiges beslut om ersättningsmodell för psykiatrisk sjukhusvård genomförts?

- b) Beskriv på vilka grunder fördelningen mellan fast och rörlig ersättning för sluten respektive öppen psykiatrisk sjukhusvård fastställts.

3. *Målrelaterad ersättning*

- a) Till vilka mål har målrelaterad ersättning kopplats i nu gällande överenskommelse?

- b) Hur och varför valdes just dessa mål?

- c) Beskriv på vilka grunder målnivåerna för målen ovan fastställts.

- d) Hur stor andel av den totala ersättningen i överenskommelsen kan utgå i form av målrelaterad ersättning?

4. *Ersättningsmodellernas styregenskaper*

- a) På vilket sätt bidrar ersättningsmodellerna för sjukhusvård, i dess nuvarande form, till att politiskt fastställda mål uppfylls?

- b) Förs dialog om styrning mot politiska mål i överenskommelsearbetet, och speciellt i arbetet med ersättningsbilagan? Exemplifiera om möjligt.

5. *Övriga funderingar och synpunkter – fri text*