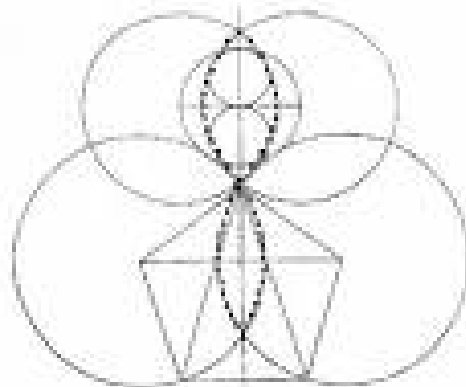


# ETT NYTT ERSÄTTNINGSSYSTEM INOM PSYKIATRIN



Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Analysenheten november 2006

Sammanfattning .....	3
Bakgrund.....	4
Uppdrag.....	4
Arbetsgrupp och arbetssätt.....	5
Mål för psykiatrins ersättningssystem.....	5
Det nuvarande ersättningssystemet inom psykiatri .....	6
Sahlgrenska universitetssjukhuset.....	6
NU-sjukvården .....	7
Södra Älvsborgs sjukhus.....	7
Skaraborgs sjukhus .....	8
Kungälvssjukhus .....	8
Sammanfattning av ersättningssystemet 2006 .....	9
Ersättningsmodellerna för psykiatri i några andra landsting .....	10
Stockholms läns landsting.....	10
Region Skåne .....	11
Övriga landsting.....	11
Överenskommelsernas genomslagskraft.....	12
Psykiatrins områdes- och vårdansvar.....	13
Områdesansvaret.....	13
Vårdansvaret - ansvarsfördelningen mellan länsjukvård och primärvård.....	13
Beskrivningssystem inom psykiatri .....	14
Förslag till ny ersättningsmodell för psykiatri .....	14
Avgränsningar.....	14
Grundmodellen.....	15
Riktade uppdrag .....	15
Fast ersättning .....	16
Prestationsersättning .....	17
Målrelaterad ersättning.....	19

## Sammanfattning

Denna rapport innehåller förslag rörande vuxenpsykiatrins ersättningssystem. Under förutsättning att beslut senast fattas tidigt under 2007 kan förslagen realiseras från 2008. Den partssammansatta arbetsgruppen lägger ett förslag som innehåller en regiongemensam ersättningsstruktur där ersättningsnivåerna fastställs lokalt vid överenskommelser mellan beställare och utförare. Förslaget omfattar vuxenpsykiatrin inklusive beroendevård och rättspsykiatri men inte barn- och ungdomspsykiatri.

Ersättningsmodellen föreslås bestå av fyra komponenter; riktade uppdrag samt fast, prestationsrelaterad och målrelaterad ersättning.

Riktad ersättning kan ges till viss del av vården om gränssnittet gentemot den prestationssatta verksamheten är tydlig. Tillämpningen av den nya ersättningsmodellen bör följas upp bland annat för att säkerställa att den riktade ersättningen används på ett likartat sätt inom hela regionen.

Den fasta ersättningen inom psykiatrin föreslås bli kopplad till det områdes- och vårdansvar som beskrivs i rapporten.

De exakta relationerna mellan fast och rörlig ersättning inom såväl slutenvården som öppenvård fastställs lokalt.

Inom slutenvården föreslås att den fasta ersättningen utgör 70-90 % av totalsumman för fast och rörlig ersättning. Prestationsersättningen inom slutenvården föreslås uppgå till 10 – 30 %. Frågan om det är möjligt att använda Nord-DRG som grund för prestationsersättningen inom allmänpsykiatrins slutenvård bör utredas.

Den fasta ersättningen inom öppenvården bör med hänsyn till de politiska målen vara mindre än inom slutenvården och maximeras till cirka 30 – 50 % av det ersättningsutrymme som tillsammans utgörs av fast ersättning och prestationsersättning samtidigt som prestationsersättningen utgör 50 – 70 %. Prestationsersättning med tillämpning av principen om bruten kurva bör övervägas av parterna i framtida överenskommelser.

Målet på sikt bör vara att ersättningsgrunden för vuxenpsykiatrins öppenvård utgörs av DRG eller annat jämförbart system.

I framtida överenskommelser bör man ersätta vårdinsatser som förmedlats via telefon, brev och e-mail (det sistnämnda under förutsättning att säkerhetsaspekter tillgodoses).

En del av ersättningsutrymmet skall avsättas för att stödja arbetet med att uppnå utvalda mål. Troligen fordras det relativt små medel för att få till stånd en effektiv målstyrning. Samtidigt finns det mycket som talar för att målstyrningen i nuläget skall utgöra en större del inom psykiatrin än inom somatiken. Arbetsgruppen föreslår att cirka tre procent av det totala ersättningsutrymmet för psykiatrin initialt skall avsättas för målrelaterad ersättning.

## Bakgrund

I anslutning till den utredning som under vintern 2004/2005 gjordes om sjukhusens ersättningssystem beslöt regionstyrelsen den 10 maj 2005 att ge HSU i uppdrag att avseende psykiatrin starta arbetet med att ta fram ett enhetligt beskrivningssystem samt att till 2006 avrapportera arbetet med utvecklingen av nya ersättningsmodeller för psykiatrin. I utredningsrapporten som låg till grund för beslutet konstaterades att ”för psykiatrins del pågår alltså huvudsakligen ett arbete som syftar till utveckling av beskrivningsmodeller. Någon systematisk kostnadsbeskrivning finns ännu inte. ... Det finns ingen systematisk erfarenhet av vilka styreffekter olika typer av ersättningssystem har inom psykiatrin. .... Psykiatrin ersätts idag med vårddags- och vårdtillfällesersättning inom slutenvården. 90 % av ersättningen utgår som vårddagsersättning och 10 % som vårdtillfällesersättning. Inom öppenvården utgår besöksersättning. Det nuvarande ersättningssystemet har sannolikt liten styreffekt.”

Ekonomisk styrning är en av flera viktiga styrformer som används i regionen. Andra viktiga styrmetoder är målstyrning, styrning genom lagstiftning och juridiska prejudikat, avtalsstyrning, regelstyrning samt styrning genom vårdprogram och uppföljning. Den ekonomiska styrningen förekommer i många olika sammanhang som till exempel resursfördelning i budgetarbetet samt styrning med ersättningssystem inom sjukvården. Ersättningen kan beroende på vad som skall uppnås ha olika utformning. Den fasta ersättningen är ett grundbidrag som inte är kopplat till ett specificerat produktionskrav, prestationsersättningen skall stimulera produktionen medan den målrelaterade ersättningen kopplas till i vilken grad verksamheten uppnått överenskomna mål. Inom ersättningssystemen verkar flera komponenter jämsides vilket innebär att avvägningar mellan olika alternativ är viktiga för att nå önskad styreffekt. Det finns ett behov av regionalt enhetliga linjer inom ersättningsområdet, men det skall även finnas möjlighet till lokal utveckling efter specifika politiska önskemål eller skilda förutsättningar.

Under en följd av år har man inom Västra Götalandsregionen arbetat med utvecklingen av ersättningssystem. Ersättning för den sjukhusbundna somatiska vården sker idag i enlighet med den grundmodell som beslutades av regionstyrelsen i maj 2005. För primärvården togs våren 2006 beslut om en mer enhetlig modell än tidigare. Den nya modellen kommer successivt att gälla fr.o.m. år 2007. I den pågående översynen har HSU nu alltså även beslutat att psykiatrins ersättningssystem skall gås igenom.

## Uppdrag

Hälso- och sjukvårdsdirektör Lars-Olof Rönnqvist beslutade i oktober 2005 att uppdraget om psykiatrins ersättningssystem i huvuddrag skall innebära följande:

- Den grundmodell för sjukhusens ersättningssystem som beslutats av regionstyrelsen i maj 2005 skall gälla även för psykiatrin
- Förslag skall läggas kring vilka delar av ersättningssystemet som skall vara regionalt enhetliga respektive vilka delar som med fördel utformas vid lokala överenskommelser mellan beställare och utförare
- Förslag skall läggas rörande ersättningssystemets målrelaterade del, speciellt viktigt är att föra resonemang kring hur ersättningssystemet kan stödja målen i den regionala psykiatriplanen

- En bedömning skall göras om den fasta anslagsdelen kan kopplas till specifika krav rörande befolkningsansvar
- Fler kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal än läkare skall omfattas av ersättningssystemet
- Ett basalt produktivitetskrav skall tillgodoses genom någon form av prestationsersättning som baseras på produktion inom slut- och öppenvården

## Arbetsgrupp och arbetsätt

Den arbetsgrupp som utsetts av hälso- och sjukvårdsdirektören har haft följande sammansättning: Barbro Hedin HSK Göteborg, Carina Hansson HSK Uddevalla, Börje Neuman HSK Mariestad Anders Thorstensson HSK Borås, Göran Eiman Kungälv's sjukhus, Lars Helldin NU-sjukvården, Malin Ung och Claes Ridderbjelke Södra Älvsborgs sjukhus, Roland Ericsson Skaraborgs Sjukhus, Eva Arrdal och Sonja Klingén Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt Christina Möller, Maria Gabrielsson-Fredrikson och Bengt Kron regionkansliet

Arbetsgruppen har sammanträtt vid åtta tillfällen, sju halvdagars och en heldag. Huvudförfattare till rapporten är Bengt Kron som också varit ordförande i arbetsgruppen.

## Mål för psykiatrins ersättningssystem

I de beslut av regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsutskottet som ligger till grund för denna rapport anges inga specifika mål för psykiatrins ersättningssystem. Arbetsgruppen har därför gått tillbaka till budget 2006 och ur denna extraherat tillämpliga skrivningar om psykiatrin. Därtill har vi hämtat målformuleringar från hälso- och sjukvårdsutskottets beslut den 16 november 2004 då hälso- och sjukvårdsdirektören gavs i uppdrag att lägga fram förslag för sjukhusens ersättningsmodell.

Utformningen av det framtida ersättningssystemet för psykiatrin skall styras av följande mål:

- Vården skall ges på lika villkor och efter behov
- Verksamheten skall utvecklas mot ökad kvalitet och förbättrade resultat
- Verksamheten skall successivt bli effektivare
- Tillgängligheten skall vara god
- Produktiviteten i verksamheten skall vara hög
- Kostnaderna skall rymmas inom tilldelade resurser
- Psykiatrins arbetsätt skall förbättras
  - vårdsystemet skall påverkas i riktning mot att psykiatrisk vård bedrivs på lägsta effektiva omhändertagandenivå
  - samverkan mellan vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, primärvård och övriga vårdgivare skall öka
  - psykiatrin skall utvecklas mot mer öppna vårdformer

Därtill är det viktigt att ersättningssystemet har följande egenskaper:

- Vara utformat så att ersättningarna kan anpassas efter ändrade förutsättningar
- Stödja önskade verksamhetsändringar inom psykiatrin
- Bidra till konkurrensneutralitet mellan olika vårdgivare
- I möjligaste mån utvecklas i samstämmighet med hur andra sjukvårdshuvudmän löser ersättningsfrågorna

De två först nämnda egenskaperna handlar om att ersättningssystemet skall kunna anpassas till ändrade förutsättningar och förändringar. Det kan t ex handla om att en effektivisering av arbetssättet leder till färre besök. I ett sådant fall måste beställare och utförare diskutera situationen och eventuellt komma överens om justeringar i ersättningsnivåerna så att effektiviseringen inte automatiskt leder till intäktsminskningar.

## Det nuvarande ersättningssystemet inom psykiatrin

Nedanstående redogörelse av ersättningssystemet år 2006 bygger på beskrivningar från respektive hälso- och sjukvårdskansli. I princip skall relationen mellan fast ersättning och prestationsersättning vara 50 %.

### Sahlgrenska universitetssjukhuset

Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset är fördelningen (vuxenpsykiatri och rättspsykiatri) mellan fast och rörlig ersättning 50/50.

Ersättning i form av riktade uppdrag utgår för

- köpt allmänpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård
- enskilda behandlingshem för ätstörningar
- anorexivård (anorexienhet samt enskilda behandlingshem för ätstörningar)
- enheten för missbrukande kvinnor
- avgiftningsenhet för unga missbrukare, kompetenscentrum för neuropsykiatriska patienter samt
- utvecklingsåtgärder inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri

Inom prestationsersättningsdelen utgår inom den vuxenpsykiatriska slutenvården i vissa fall särskild vårdtillfällesersättning (10 %) samt vårdtagsersättning (90 %). Inom rättspsykiatrin baseras ersättningen endast på vård dagar. Såväl inom vuxen- som rättspsykiatrin utgår vårdtagsersättningen med skilda nivåer beroende på organisatorisk tillhörighet (t ex särskilda nivåer för rehabiliteringsavdelningar, beroendeavdelningar etc).

Skilda besöksersättningar utgår

- beroende på organisatorisk tillhörighet ( t ex allmänpsykiatri, neuropsykiatri, jourmottagning kontra elektiva besök, Nordhemspolikliniken, missbrukarenheten)
- beroende på innehållsliga förhållanden (t ex metadonbehandling)
- och beroende på vårdgivarkategori (läkare, sjuksköterska etc)

Målrelaterad ersättning utgår om överenskomna volymtal uppnås inom sluten- och öppenvården, för specialistmedverkan i primärvården samt för uppnådd medicinsk kvalitet.

## **NU-sjukvården**

Inom NU-sjukvården är fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning 50/50.

Ersättning i form av riktade uppdrag utgår för

- arbetslivsrehabilitering
- förmedling av privat psykoterapi
- konsultinsatser riktade mot primärvården
- köpt vård

Inom den vuxenpsykiatriska slutenvården utgår inom prestationsersättningsdelen vårdtillfällesersättning (5 %) samt vårdtagsersättning (95 %).

Inom öppenvården utgör den rörliga ersättningen för läkarbesök 18 % och ersättning för övriga besök (arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor, skötare, undersköterskor) 82 % av prestationsersättningen.

Målrelaterad ersättning utgår dels då överenskomna vårdgarantimål uppnåts och dels för uppbyggnad av närsjukvården.

Inom rättspsykiatrin utgår inom slutenvården 50 % i fast ersättning och 50 % som vårdtagsersättning.

## **Södra Älvsborgs sjukhus**

Vid Södra Älvsborgs sjukhus är fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning 50/50.

Ersättning i form av riktade uppdrag utgår för

- konsultationer till primärvården
- stöd och handledning till kommunerna
- mobila vårdinsatser
- neuropsykiatriskt behandlingsteam för vuxna
- neuropsykiatriskt utredningsteam för barn samt
- äldrepsykiatri

Inom den vuxenpsykiatriska slutenvården utgår inom prestationsersättningsdelen vårdtillfällesersättning (9 %) samt vårdtagsersättning (91 %).

Inom öppenvården utgör den rörliga ersättningen för läkarbesök 27 % och ersättning för övriga besök (arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor, skötare, undersköterskor) 73 % av prestationsersättningen.

Målrelaterad ersättning utgår då överenskomna vårdgarantimål uppnåts, vid redovisning av kvalitetsindikatorer inom schizofreni och depression samt för samverkan med primärvård och kommun gällande samordnad vårdplanering.

## **Skaraborgs sjukhus**

Vid Skaraborgs sjukhus är fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning 50/50.

Ersättning i form av riktade uppdrag utgår för fullföljande av den lokala psykiatriplanen.

Inom den vuxenpsykiatriska slutenvården baseras prestationsersättningen endast på vårdtillfällen (100 %). Inom rättspsykiatri baseras prestationsersättningen endast på vård dagar.

Målrelaterad ersättning utgår dels för genomförande av så kallad öppen retur och dels då överenskomna vårdgarantimål uppnåts.

## **Kungälv's sjukhus**

Vid Kungälv's sjukhus är fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning 50/50.

Ersättning i form av riktade uppdrag utgår för

- Psykiatriskt behandlingshem för unga
- Särskilt vårdkrävande psykiatri
- Särskild satsning inom psykiatri fr.o.m 2006

Inom den vuxenpsykiatriska slutenvården utgår inom prestationsersättningsdelen vårdtillfällesersättning (10 %) samt vård dagsersättning (90 %). Psykiatrisk öppenvård ersätts efter antal läkarbesök respektive sjukvårdande behandling (sjukgymnast, psykolog, skötare, sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut).

Den psykiatriska öppenvården för Stenungsundsbor regleras i ett särskilt avtal med 4S-förbundet i Stenungsund. En fast ersättning utgår. Avtalet upphör 2006-12-31 och ingår därefter i sjukhusets överenskommelse med hälso- och sjukvårdsnämnd 4.

Målrelaterad ersättning utgår för ett antal målrelaterade kvalitetsindikatorer där psykiatri ingår.

## Sammanfattning av ersättningsystemet 2006

Tabell 1. Ersättningsnivåer inom psykiatrin 2006 i tkr

	SÄS	Kungälv	NU	SkaS	SU
Riktade uppdrag	23 656	18 058	8 190*	3 000	120 250
Fast ersättning	140 962	66 968	144 813	142 550	456 102
Prestationsersättning sv	58 574	32 581	78 753	87 401	456 102
Prestationsersättning öv	82 388	19 986	66 060	55 149	
Målrelaterad ersättning	645	****	**	1 200	37 232
Summa	306 225	137 593***	297 816***	289 300	1 069 686

\* Psykiatrin erhåller för riktade ersättningar del av sjukhusgemensam ersättning för konsultinsatser riktade till vårdcentraler samt för köpt vård

\*\* Psykiatrin erhåller inom delen målrelaterad ersättning del av sjukhusgemensam ersättning för uppfyllandet av vårdgarantin samt utveckling av närsjukvården

\*\*\* Summan är i realiteten något högre beroende på att psykiatrin har del i sjukhusgemensamma ersättningar

\*\*\*\* Psykiatrin erhåller inom delen målrelaterad ersättning del av sjukhusgemensam ersättning för ett antal kvalitetsindikatorer

Tabell 2. Ersättning inom psykiatrin 2006, i procent av totalersättningen

	SÄS	Kungälv	NU	SkaS	SU
Riktade uppdrag	7,7	13,1	2,8	1,0	11,2
Fast ersättning	46,0	48,7	48,6	49,3	42,6
Prestationsersättning sv	19,1	23,7	26,4	30,2	42,6
Prestationsersättning öv	26,9	14,5	22,2	19,1	
Målrelaterad ersättning	0,2			0,4	3,5

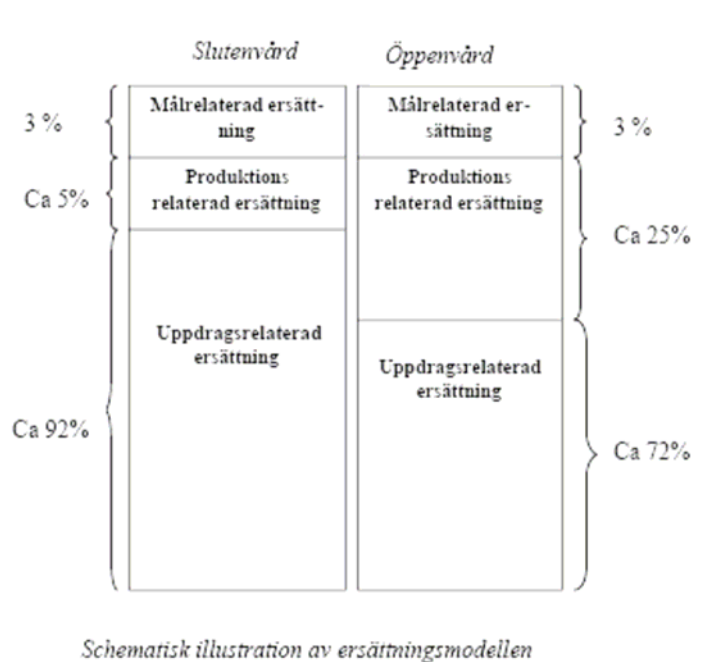
Ovanstående två tabeller visar att det finns stora relativa skillnader mellan sjukhusen vad gäller andelen riktade uppdrag. Det är angeläget att ersättning för riktade uppdrag förbehålls ändamål som är i linje med vad som ursprungligen avsågs med denna del, dvs delar av verksamheten med tydligt gränssnitt mot den prestationsersatta vården. Riktad ersättning kan omfatta mindre eller större delar av ett sjukhus verksamhet. Om endast ekonomiskt mindre betydelsefulla områden omfattas kan lokala variationer tillåtas mellan sjukhusen. Om däremot den riktade ersättningen innefattar större delar av sjukhusens ekonomi bör den riktade ersättningen ha samma innehåll vid alla sjukhus i regionen; i annat fall påverkas respektive sjukhus krontal på ett irrelevant sätt. Det bör påpekas att andelen riktad ersättning inom SU kommer att minska från år 2007.

Det är också angeläget att överenskommelsernas beskrivning av ersättningsystemet har en enhetlig struktur så att de olika delarna i ersättningsmodellen kan jämföras mellan de olika nämnderna. Man bör därför starta ett arbete mellan sjukhus, hälso- och sjukvårdskanslier och regionkansliet för att, i samband med att den nya ersättningsmodellen börjar tillämpas, utforma enhetliga sätt att beskriva de olika ersättningsdelarna.

# Ersättningsmodellerna för psykiatri i några andra landsting

## Stockholms läns landsting

I Stockholms läns landsting togs ett nytt ersättningssystem för psykiatri i bruk år 2006.<sup>1</sup> Uppbyggnaden framgår av nedanstående bild.



Den fasta ersättningsnivån skiljer sig mellan sluten och öppen vård. I sluten vård uppgår den till drygt 90 % och i öppen vård till drygt 70 %. Prestationsersättningen är cirka 5 % i slutenvården och cirka 25 % i öppenvården. Den målrelaterade ersättningen skall uppgå till 3 % av totalersättningen.

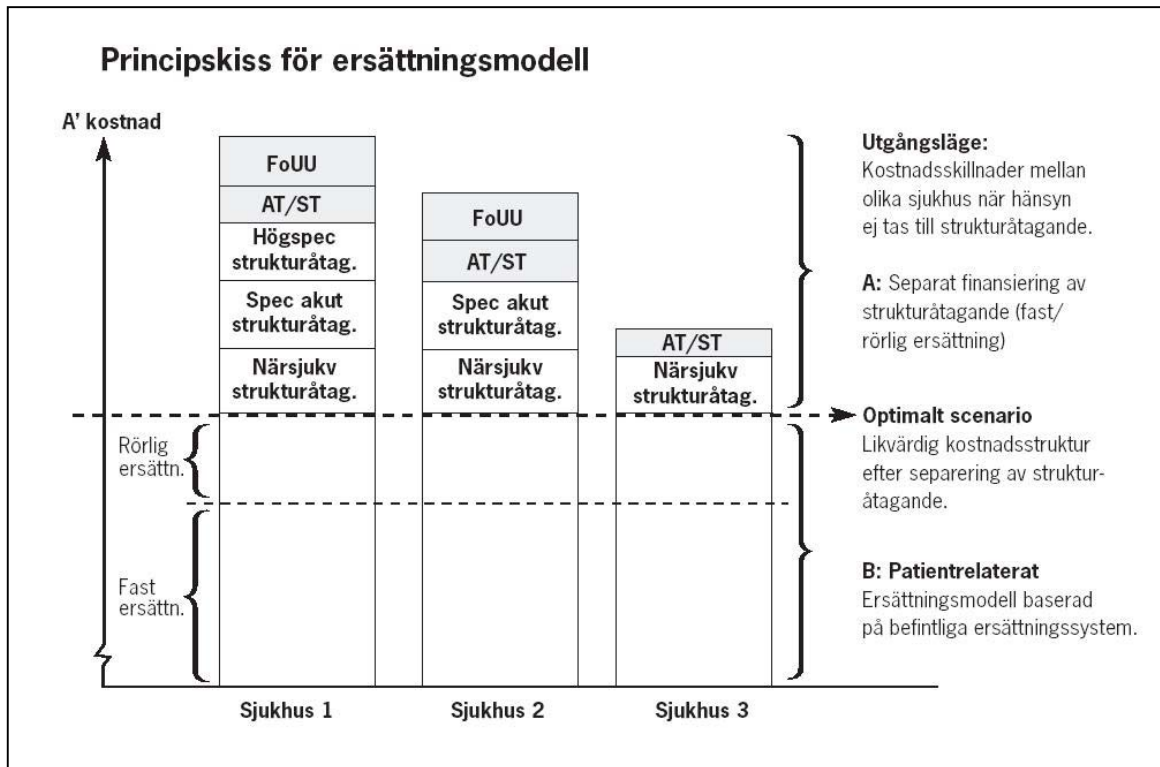
Prestationsersättningen i slutenvården baseras på vård dagar med högst ersättning dag 1 – 10 och därefter gäller en lägre nivå. I öppenvården baseras ersättningen på besök och telefon. Dessutom utgår en ersättning för varje individ som varit i kontakt med psykiatri; den sistnämnda ersättningen används för att öka tillgängligheten och då som ett alternativ till skilda ersättningar för ny- och återbesök. Man önskar stimulera till ett ökat antal besök genom att tillåta besöksersättning för 4 % utöver avtalad besöksvolym. Om alla enheter skulle utnyttja detta fullt ut beräknas den totala kostnaden till 10 miljoner kronor.

Relationerna mellan fast ersättning och prestationsersättning skiljer sig från somatiken där förhållandet är 50/50.

<sup>1</sup> Ny och enhetlig ersättningsmodell för allmän psykiatrisk verksamhet. Tjänsteutlåtande Stockholms läns landsting september 2005

## Region Skåne

Även i region Skåne infördes ett nytt ersättningsystem år 2006.<sup>2</sup> Man utgår från en modell som innebär att strukturåtaganden exkluderas, dvs uppgifter som inte är gemensamma för alla sjukhus. Då dessa åtaganden tagits bort återstår det som är gemensamt för alla sjukhus. Bilden nedan illustrerar detta tänkande.



Man övergick 2006 från ett anslagssystem till en modell som kombinerar fast och rörlig ersättning. 60 % utgår som fast ersättning och 40 % är prestationsersättning, samma relation för såväl somatiken som psykiatrin. För psykiatrin utgår i slutenvården ersättning baserat på antal vård dagar; ersättningen är densamma under hela vårdtiden. Inom öppenvården utgår besöksersättning med differentierade nivåer för läkarbesök och övriga besök.

## Övriga landsting

Enligt en sammanställning över ersättningsformer inom hälso- och sjukvård använde sig de flesta andra landsting 2004 av anslagsfinansiering.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Skåneintern vårdersättningsmodell 2006. Slutrapport oktober 2005

<sup>3</sup> Ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. En uppföljning av tidigare kartläggning. Lena Olsson och Jan Thorling. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys rapport nr 17 2005

## Överenskommelsernas genomslagskraft

Av och till ifrågasätter man om innehållet i de överenskommelser som görs får genomslag inom sjukhuset. Man uttrycker t ex tvivel om att de ersättningsnivåer som enligt överenskommelsen skall utgå till psykiatrin verkligen kommer specialiteten tillhanda. Till viss del kan diskussionen om överenskommelsernas genomslagskraft vara orsakad av att avtalstexterna inte är tillräckligt precisa. Arbetsgruppen menar också att frågan om i vilken utsträckning överenskommelserna har förverkligats kan besvaras genom förbättrad uppföljning.

Även med förbättrad uppdragsbeskrivning och förbättrad uppföljning kvarstår frågan vad som händer om utfallet avviker från överenskommelsen. Den bör därför innehålla en hanteringsordning för hur parterna skall hantera avvikelser gentemot uppdraget. Om man vid uppföljning finner att det föreligger stora avvikelser gentemot vad som överenskommit bör orsakerna utredas och parterna enas om hur man skall förhålla sig till den uppkomna situationen.

Ett antal tekniker har föreslagits för att säkerställa att de resurser som avsatts för psykiatrin verkligen används inom den specialiteten. Det handlar dels om separata överenskommelser och dels om separata tak för somatiken och psykiatrin. Lösningen med separata överenskommelser är inte förenlig med tidigare politiska ställningstaganden att ersättningen går till ”sjukhusgrunden”. Nya politiska ställningstaganden fordras för att ändra denna princip. Arbetsgruppen har därför avstått från att lägga förslag i denna fråga. Däremot har vi ingående diskuterat vilka för- och nackdelar som finns med att ha separata tak för somatik respektive psykiatri.

I budgetförslaget för 2007 finns ett avsnitt om ersättningssystemens begränsningar:

”Ersättningssystemets begränsning av intäkter från regionens beställare utgörs av det så kallade taket. Taket är en summering av de samlade beställningar till de olika sjukhusen, exklusive vissa tillgänglighetsområden där särskilda regler gäller. Begränsningen av sjukhusets intäkter gäller för den totala beställningen och inte för den enskilda beställningen från en nämnd”.

Budgetskrivningen ovan antyder att man tänker sig ett enda tak för ett och samma sjukhus. Om det skulle finnas separata tak för somatiken och för psykiatrin skulle varje sjukhus ha flera ersättningstak. Systemet skulle bli mer komplicerat. Syftet med separata tak skulle vara att tydliggöra ersättningen till psykiatrin och att säkra de politiska ambitionerna från nämnderna. Det är dock inte alls givet att separata tak verkligen kan uppfylla dessa strävanden. Det är heller inte klarlagt att psykiatrin avstått budgetresurser till förmån för somatiken eller tvärtom.

Frågan om separata tak är av den karaktären att den inte bör avgöras i detta sammanhang. Arbetsgruppen har därför inte tagit ställning genom att föreslå en enhetlig regional lösning. Om parterna däremot skulle vara överens om att i överenskommelsen lägga in separata tak för somatik och psykiatri ser inte arbetsgruppen att det finns några hinder för detta.

# Psykiatrins områdes- och vårdansvar

## Områdesansvaret

Varje psykiatrisk enhet i Västra Götaland har ett områdesansvar som innebär att respektive enhet har ett ansvar för den psykiatriska länssjukvården inom ett definierat geografiskt område. Det är viktigt att slå fast att valfriheten är överordnad områdesansvaret; patienten kan söka psykiatrisk vård var som helst inom västra sjukvårdsregionen. Den närmare utformningen av och innehållet i vården ges slutgiltig form i överenskommelserna mellan beställare och utförare. Innehållet i områdesansvaret kan i allmänna termer karaktäriseras på följande sätt:

- Psykiatrisk länssjukvård (se nedan under avsnittet vårdansvar) och därtill knuten myndighetsutövning
- Mottagande av akuta patienter oberoende av dessas hemort under hela dygnet
- Sjukvårdsrådgivning under hela dygnet antingen i egen regi eller genom samverkan med sjukvårdsupplysningen
- Konsultation och handledning till primärvård och kommun i individrelaterade ärenden inom det egna geografiska ansvarsområdet
- I samverkan med övriga vårdgivare (barn- och ungdomspsykiatri, primärvård och kommun) svara för att vården utformas effektivt och med god kvalitet
- Samverkan i vård- och i rehabiliteringsfrågor på *individnivå* med kommuner och stadsdelar, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedlingen, övrig länssjukvård, primärvården och andra samhällseliga institutioner
- Delta i hälsofrämjande, primärpreventivt och sjukdomsförebyggande arbete på *gruppnivå* i samverkan med primärvård, kommuner, stadsdelar, socialtjänst, skolhälsovård, apotek, försäkringskassa, hälsopolitiska råd, folkhälsoråd, andra samhällseliga institutioner samt med brukare och ideella organisationer

Ovanstående ansvar kan fullgöras i egen regi eller av annan, i det senare fallet på enhetens uppdrag.

## Vårdansvaret - ansvarsfördelningen mellan länssjukvård och primärvård

Arbetsfördelning mellan läns- och primärvård har preciserats i de vertikala prioriteringarna som togs fram av sektorsrådet i psykiatri under 2004 i samarbete med sektorsrådet i allmänmedicin.

Prioriteringarna omfattar 12 områden:

- affektiva sjukdomar
- beteendestörningar vid demens
- demenser
- kriser
- missbruk
- neuropsykiatriska tillstånd
- personlighetsstörningar
- posttraumatiskt stressyndrom
- psykoser
- somatoforma syndrom

- ångestsjukdomar och
- ätstörningar

För varje område avgränsas psykiatrins och allmänmedicinens vårdansvar. De tolv områdena omfattar mer än 90 procent av vårdtillfällena inom psykiatri.

## **Beskrivningssystem inom psykiatri**

Förutsättningarna för att prestationsersätta den psykiatriska vården vilar på om det finns adekvata beskrivningar av diagnostiska och terapeutiska åtgärder. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), som infördes inom somatiken i Västra Götaland år 2006, innehåller även ett sextiototal åtgärder som är användbara inom psykiatri. KVÅ används för närvarande på försök vid flera psykiatriska kliniker. En utvärdering kan inte genomföras förrän under första halvåret 2007. Under förutsättning att försöken utfaller positivt kan beslut om breddinförande inom psykiatri fattas under 2007.

De ”psykiatriska” KVÅ-åtgärderna ligger till grund för gruppering till olika öppenvårds-DRG som t ex psykosocial funktionsutredning, elektrokonvulsiv terapi, psykosocial funktionsträning och systematisk psykologisk behandling. Möjligen kan sådana öppenvårdsgrupper i framtiden användas som en av flera ersättningsgrunder inom öppenvården.

## **Förslag till ny ersättningsmodell för psykiatri**

### **Avgränsningar**

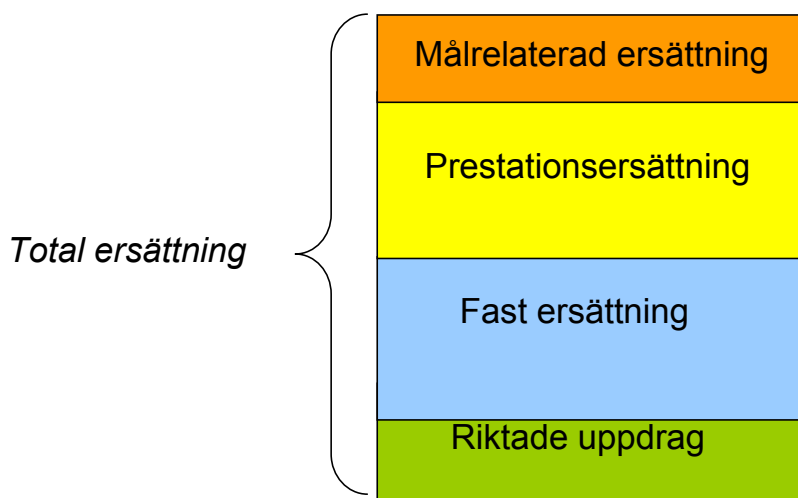
Förslaget omfattar vuxenpsykiatri inklusive beroendevård och rättspsykiatri men inte barn- och ungdomspsykiatri. Ersättningen för barn- och ungdomspsykiatri skall dock i möjligaste mån följa här föreslagna modell.

Frågan om rättspsykiatri skall omfattas av den föreslagna ersättningsmodellen har diskuterats i arbetsgruppen och vi har funnit argument både för och emot. Det som slutligen avgjorde frågan är rättspsykiatriens särställning vad gäller möjligheterna att påverka vårdtidens längd. Beslut om utskrivning fattas i de flesta fallen av länsrätten. Det finns därför få om några skäl att ha en stor andel prestationsersättning inom slutenvården. Den fasta ersättningen inom slutenvården ökar påtagligt och prestationsersättningen minskar jämfört med nuläget för rättspsykiatri med den nya ersättningsmodellen.

Den statlige psykiatrisamordnaren har under rapportens färdigställande lämnat ett förslag rörande rättspsykiatriens framtida finansiering. Då riksdagens tagit ställning i denna fråga bör rättspsykiatriens ersättningsmodell åter ses över.

## Grundmodellen

I den rapport som enligt regionstyrelsens beslut i maj 2005 skall ligga till grund för fortsatt utvecklingsarbete föreslås att *totalersättningen* för psykiatrin skall utgöras av en balanserad blandning som innefattar fyra komponenter; *riktade uppdrag samt fast, prestationsrelaterad och målrelaterad ersättning*. Grundmodellen tillämpas redan inom somatiken och arbetsgruppen anser att det finns skäl att använda samma modell inom psykiatrin. Modellen illustreras i nedanstående bild.



Illustrationen ovan återspeglar inte de fyra komponenternas inbördes storlek. Nedan beskrivs de olika delarna i ersättningsmodellen i detalj.

### Riktade uppdrag

I HSUs uppdragshandling från 2004<sup>4</sup> står följande: ”Abonnemang/anslag kan ges till viss del av vården. .. Förutsättningen för abonnemang är att gränssnittet gentemot den prestationssatta verksamheten är tydlig.” I denna rapport används begreppen riktade uppdrag, abonnemang och anslag som synonymer.

I överenskommelserna för 2006 används benämningen riktade uppdrag för en rad olika företeelser. I vissa fall används denna ersättningskomponent för verksamheter där det saknas tydliga väldefinierade prestationer, det gäller till exempel ersättningar för behandlingshem och konsultinsatser riktade mot primärvården och kommunerna. I andra fall inordnas ersättningar som inte passar in i den grundläggande ersättningsmodellen in under denna beteckning, det gäller till exempel ersättning för köpt vård. Dessutom används riktade ersättningar för nya områden där man är osäker på verksamhetens framtida inriktning och omfattning. Ett exempel på det sistnämnda är de utvecklingssatsningar inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri som gjordes inom göteborgspsykiatrin under 2006. Från 2007 ersätts dessa verksamheter i enlighet med grundläggande modellen.

<sup>4</sup> Principer för utvecklingen av ersättningsmodell för sjukhusen i Västra Götaland. HSU 2004-11-16

Som framgått i ett annat avsnitt i denna rapport varierar andelen riktad ersättning avsevärt mellan sjukhusen. Om endast ekonomiskt mindre betydelsefulla områden omfattas kan lokala variationer tillåtas mellan sjukhusen. Om däremot den riktade ersättningen innefattar mer betydande delar av sjukhusens ekonomi bör man enligt arbetsgruppens mening eftersträva att denna ersättningsdel om möjligt har samma innehåll vid alla sjukhus i regionen. Tillämpningen av den nya ersättningsmodellen bör följas upp för att säkerställa att den riktade ersättningen används för likartade och storleksmässigt jämförbara uppdrag inom hela regionen.

Ersättning som utgår för riktade uppdrag fastställs lokalt i överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhus.

### **Fast ersättning**

Den fasta ersättningen utgör den del av ersättningen som utgår oavsett prestation. Ersättningen är ett uttryck för hur beslutsfattaren anser att den skäliga riskfördelningen mellan beställare och utförare skall se ut. Men fördelningen är också ett uttryck för vilka mål som är viktiga att styra emot.

Arbetsgruppen föreslår att den fasta ersättningen inom psykiatri knyts till det områdes- och vårdansvar som beskrivits ovan vilket innebär att enheter som erhåller den fasta ersättningen skall uppfylla de villkor som anges.

Inom somatiken tillämpas 50/50-regeln som innebär en hälftindelning mellan fast ersättning och prestationsersättning inom både slutenvård och öppenvård. Eftersom riktade uppdrag (t ex konsultinsatser till primärvården, köpt vård mm) också kan betraktas som en typ av fast ersättning uppgår den totala fasta ersättningen inom somatiken till cirka 60 %. Vidare utgör den totala fasta ersättningen inom somatiken en mindre andel av totalersättningen för de små än för de stora sjukhusen.<sup>5</sup>

Arbetsgruppen anser att fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning inom psykiatri kan och bör inte fastställas till ett exakt förhållande. Det är lämpligare att relationen anges som ett intervall där lokala hänsyn och förhållanden avgör den exakta fördelningen.

Ett av de politiska mål som uttalats under flera år är att ”Psykiatri måste förnya och förändra sina arbetsätt. För att möta befolkningens behov ska öppna psykiatriska mellanvårdsformer etableras som alternativ till traditionell slutenvård och för att avlasta akutvården.” Det finns således knappast skäl att uppmuntra till fler vårdtyper och vårdtillfällen. Med den utgångspunkten föreslår arbetsgruppen att den fasta ersättningen inom slutenvården utgör en större andel än vad som är fallet idag. Arbetsgruppen föreslår att den *fasta ersättningen inom slutenvården utgör cirka 70 – 90 %* av totalsumman för fast och rörlig ersättning.

Prestationerna inom öppenvården bör däremot stimuleras via ersättningssystemet. Produktionen bör öka för att såväl tillgängligheten som produktiviteten skall förbättras. Den *fasta ersättningen inom öppenvården bör därför vara mindre än inom slutenvården och maximeras till cirka 30 –*

---

<sup>5</sup> Sjukhusens ersättningssystem - några områden för fortsatt utveckling, analys och problematisering. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, augusti 2006.

50 % av det ersättningsutrymme som tillsammans utgörs av fast ersättning och prestationsersättning.

*De exakta relationerna mellan fast ersättning och prestationsersättning avgörs lokalt i överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhusen*

## **Prestationsersättning**

Kravet på hög produktion och produktivitet är berättigat även inom psykiatrien bland annat därför att denna aspekt annars riskerar att glömmas bort internt inom organisationen. Inom slutenvården finns det knappast behov av att stimulera till ökad produktion även om en låg andel produktionsersättning inom vuxenpsykiatrien kan vara motiverad för att dagens nivåer skall upprätthållas. Det är också betydelsefullt att utförda prestationer registreras med god kvalitet. Eftersom det finns ett samband mellan prestationsersättning och registreringskvalitet bör även fortsättningsvis en viss del av den rörliga ersättningen inom slutenvården knytas till utförda prestationer. Mycket talar alltså för att prestationsersättningsdelen inom psykiatriens slutenvård skall utgöra en mindre del av den totala ersättningen än inom somatiken. Arbetsgruppen föreslår därför att *prestationsersättningen inom slutenvården uppgår till 10 – 30 % av den totala ersättningssumman för de fasta och rörliga delarna.*

Prestationsersättningen inom slutenvården bör dels stimulera till att den nuvarande vårdproduktionen upprätthålls och dels till att vårdtillfällenas längd minimeras med bibehållna kvalitetskrav. Detta kan antingen åstadkommas genom att som ersättningsgrund använda sig av vårdtillfällen, viktade vård dagar eller DRG. Under de senaste åren har den psykiatriska delen av Nord-DRG omarbetats för att uppnå medicinsk och kostnadsmässig homogenitet. Arbetet har bedrivits i CPKs regi och i nära samverkan med den psykiatriska professionen. Det vore värdefullt om såväl allmänpsykiatriens som somatikens prestationsersättningar i framtiden kunde grundas på samma beskrivningssystem, nämligen DRG. Arbetsgruppen föreslår därför att *frågan om det är möjligt att använda Nord-DRG som grund för prestationsersättningen inom allmänpsykiatriens slutenvård utreds* närmare. Utredningen skall vara klar under första kvartalet 2007 för att ett beslut skall kunna påverka ersättningsmodellen från 2008.

För rättspsykiatriens del föreslås att prestationsersättningen baseras på vård dagar. Då frågan om ökad statlig finansiering är klarlagd bör rättspsykiatriens ersättningsmodell åter tas upp till utredning i regionen.

För öppenvården krävs däremot en relativt hög prestationsersättningsandel; detta för att stimulera till att andelen öppenvård ökar samt för att påverka tillgängligheten. Arbetsgruppen föreslår att *prestationsersättningen inom öppenvården utgör 50 – 70 % av totalsumman för fasta och rörliga ersättningar.*

Arbetsgruppen anser vidare att *ersättningsgrunden för vuxenpsykiatriens öppenvård så snart det är genomförbart bör vara öppenvårds-DRG* eller annat jämförbart system. Liksom inom somatiken bör de olika åtgärder beskrivas allt tydligare; något som kommer att öka transparensen och styrningsmöjligheterna. För närvarande är dock erfarenheterna av öppenvårds-DRG inom psykiatrien otillräckliga. I avvaktan på en kompetens- och erfarenhetsutveckling inom detta område bör därför prestationsersättningen baseras på besök.

*Besöken för förekommande vårdgivarkategorier vid en enhet skall prestationsersättas.* Besöken skall delas in och registreras in på samma sätt som i somatiken (enskilt besök, teambesök, gruppbesök och gruppteambesök). Psykiatrin skall också tillämpa samma definitioner och regler som gäller inom somatiken för dessa olika besöksformer. Eftersom dessa olika besöksformer innebär olika resursåtgång kan det vara lämpligt att differentiera ersättningarna mellan dem.

Ekonomisk styrning med marginalersättning ("bruten kurva") bygger på att man över en överenskommen volym kan avtala om ytterligare ekonomisk ersättning för producerade volymer, om än ej med det fulla priset. Vid ledig kapacitet ger detta sjukhuset viss täckning för rörliga kostnader men beställaren tar också en ekonomisk risk då ersättning utgår utöver det så kallade taket. Sådan ersättning kan användas för att inom avgränsade områden stimulera till ökad produktion genom att ersätta produktion över av hälso- och sjukvårdsnämnderna beställda nivåer/volymer. Metoden lämpar sig inte för styrning av den akuta eller oplanerade vården och bör därför användas endast för den planerade vården. *Arbetsgruppen föreslår att prestationsersättning med tillämpande av principen om bruten kurva inom öppenvården övervägs av parterna i framtida överenskommelser.* En sådan ersättning skulle vara ett kraftfullt incitament för att öka öppenvårdsbesöken inom psykiatrin där beställaren tar en viss men kalkylerbar ekonomisk risk. Det finns dock en viss risk att medel som har avsatts för att täcka merkostnaden "läses inne" och inte utnyttjas om psykiatrin inte kan producera mer än avtalade 100 %. Om alla enheter skulle kunna producera 5 % mer än vad som avtalats och om ersättning utgår med 50 % av fullpriset (2006 års ersättningsnivå) för besöken mellan 100 – 105 % av avtalad volym, skulle den ekonomiska risken för hela regionen uppgå till cirka 19 miljoner mkr.

Olika typer av lösningar har föreslagits för att stimulera vården att snabbt ta emot nya patienter. Man har därför föreslagit att nybesök har en högre ersättning än återbesök. I Socialstyrelsens termbank definieras nybesök som "öppenvårdsbesök som inte har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde". Det finns stora svårigheter att i praktiken tillämpa denna definition. Ett annat sätt att öka tillgängligheten är att en del av prestationsersättningen används för att ersätta varje ny individ som haft besök inom vuxenpsykiatrin; "peng per individ". Denna variant används för närvarande i Stockholms läns landsting. Risken med en sådan ersättning är att psykiatrin "samlar" på sig patienter som hör hemma inom primärvården. Införandet av den nationella vårdgarantin 2006 har inneburit en påtaglig scenförändring med preciserade krav på inom vilka tidsramar sjukvården skall omhänderta nya patienter. Arbetsgruppen anser, att denna nya regelstyrning och möjligheten att i den målrelaterade ersättningsdelen premiera enheter som klarar vårdgarantins krav, medför så goda styrningsmöjligheter att man för närvarande inte behöver införa ersättningar av typen "peng per individ".

Vårdarbete per telefon utgör redan en betydande del av psykiatrins arbete. Andelen patientarbete via telefon och internet förväntas öka i framtiden. Ersättning för sådana indirekta vårdkontakter är ett nödvändigt komplement till den föreslagna ersättningsmodellen. Om besöksersättning utgår samtidigt som indirekta vårdkontakter inte prestationsersätts kommer patienterna att kallas till mottagningen i stället för att vårdbehovet tillgodoses indirekt. I den mån parterna lokalt är överens kan *man därför i framtida överenskommelser ersätta vårdinsatser som förmedlats via telefon, brev och e-mail* (under förutsättning att säkerhetsaspekter tillgodoses). Grundläggande krav bör vara att det finns

- nödvändigt IT-stöd
- att registreringen är tillförlitlig samt
- att vårdkontakten journalförs och innehåller en bedömning eller åtgärd

*Prestationsersättningarnas storlek i absoluta tal fastställs lokalt i överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhusen.*

## **Målrelaterad ersättning**

En del av ersättningsutrymmet skall avsättas för att stödja arbetet med att uppnå utvalda mål. Troligen kommer det att fordras relativt små medel för att få till stånd en effektiv målstyrning. Samtidigt finns det mycket som talar för att målstyrningen i nuläget skall utgöra en större del inom psykiatri än inom somatiken.

Införandet av en sådan komponent svarar mot den kritik som hävdar att ersättningssystemet hittills förbisett andra mål än de som handlar om produktionsvolym. Ersättningen kan till exempel knytas till att stimulera och premiera:

- deltagande i de kvalitetsregister som nu är under uppbyggnad inom psykiatri
- öppen redovisning av resultaten för de indikatorer som under 2006 tagits fram inom regionen
- arbete med kvalitetsutveckling
- anpassning av vården till nationella eller regionala vårdprogram
- systematiskt arbete med att redovisa medicinska resultat
- ökad tillgänglighet genom att ersättning utgår om överenskomna vårdgarantimål uppnås
- samarbete mellan olika vårdnivåer för utveckling av närsjukvården samt
- önskvärda förändrings- och förbättringsprocesser på lokal nivå som anknyter till den regionala psykiatriplanen t ex utveckling mot öppnare vårdformer

En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer med stor sannolikhet att vara regionalt enhetlig. Det finns till exempel goda skäl för att i mycket stor utsträckning ha regionalt enhetliga indikatorer för de områden som avser att mäta vad som är god vård i medicinskt hänseende. Eventuella målvärden för sådana indikatorer bör också vara desamma i hela regionen.

Den målrelaterade ersättningen innebär också en möjlighet att via ersättningssystemet styra vården mot lokala mål. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har under 2006 tagit fram lokala mål som anknyter till den regionala psykiatriplanen och parterna kan komma överens om att ersättning skall utgå om målen uppnås.

Arbetsgruppen menar att den målrelaterade ersättningen är ett styrinstrument som lämpar sig särskilt väl för den psykiatriska verksamheten samtidigt som prestationsersättningen spelar mindre roll; enligt förslagen i denna rapport framförallt inom slutenvården. Arbetsgruppen *föreslår att inledningsvis cirka tre procent av det totala ersättningsutrymmet för psykiatri skall avse målrelaterad ersättning*, vilket motsvarar omkring 63 miljoner kronor för hela Västra Götalandsregionen.