



Nya ersättningsformer för handikappförvaltningens verksamheter

Dnr RSK 719 - 2006

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

DEL 1 BAKGRUND OCH NULÄGE

1. Bakgrund	3
1.1 Uppdrag	3
1.2 Arbetsgrupp och tidplan	3
2. Förutsättningar	4
2.1 Nämnder och handikappförvaltning	4
2.2 Flera utförare	4
2.3 Handikappförvaltningens överenskommelse och ersättning	4
2.4 Målgruppen för handikappförvaltningen	5
3. Nulägesbeskrivning ersättningsformer	5

DEL 2 NATIONELLT ARBETE

4. Inventering av ersättningsformer i övriga landsting	6
5. Habiliteringen i Nysam – nyckeltalssamarbete	6
6. Beskrivningssystem	7

DEL 3 ERSÄTTNINGSMODELL

7. Ersättningssystemet som en del av hela styrsystemet	8
7.1 Helhetsstyrning och grundmodell för ersättning	8
7.2 Målet med ersättningssystemet	8
7.3 Ersättningen skall riktas till förvaltningsnivå	9

DEL 4 HABILITERINGEN

8. Förslag avseende ersättningsformer för habiliteringen	10
8.1 Habiliteringsverksamheten	10
8.2 Grundåtagandet är åtföljt av en fast ekonomisk ersättning	10
8.3 Fast ersättning per capita - kapitation	10
8.4 Prestationsersättning	11
8.5 Målrelaterad ersättning	12
8.6 Särskild ersättning – riktad ersättning	13
8.7 Patientavgifter	13
9. Grundåtagande för habiliteringen	13

DEL 5 HÖRSEL OCH DÖVVERKSAMHET

10. Hörsel och dövverksamhet	14
-------------------------------------	-----------

DEL 6 SYNVERKSAMHET

11. Synverksamhet	14
--------------------------	-----------

DEL 7 TOLKVERKSAMHET

12. Tolkverksamhet	15
---------------------------	-----------

DEL 8 IMPLMETERING

13. Implementering av de nya ersättningsformerna	15
---	-----------

Bilagor

- Bilaga 1 Regional viktlista avseende kapitation för habiliteringen år 2008
 - Bilaga 2 Uppgifter/data avseende habiliteringen år 2006 via vårddatabasen Vega
 - Bilaga 3 Förslag till regional ersättningsbilaga år 2008
 - Bilaga 4 Inventering ersättningsformer övriga landsting
 - Bilaga 5 Grundåtagande Barn- och ungdomshabilitering
 - Bilaga 6 Grundåtagande Vuxenhabiliteringen
-

SAMMANFATTNING

Regionens *handikappförvaltning* har uppdrag från samtliga 12 hälso- och sjukvårdsnämnder. I varje överenskommelse mellan nämnderna och handikappförvaltningen finns idag en lokal del samt den gemensamma beställningen avseende de regionövergripande verksamheterna. De regionövergripande verksamheterna som handikappförvaltningen ansvarar för innefattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet. Dessa regiongemensamma verksamheter får ersättning från alla tolv hälso- och sjukvårdsnämnder, där nämnderna och handikappförvaltningen skall vara överens om ersättningsnivån. Den ekonomiska ersättningen till Handikappförvaltningen har fram till 2007 framförallt bestått av ett *fast anslag* med en mindre del som varit målrelaterad.

En kartläggning visar att *landstingen* idag framförallt ersätter handikappverksamheten via *anslagsfinansiering*. Några landsting uppger att man tillämpar resursfördelning mellan olika verksamhetsområden som i viss mån tar hänsyn till behovsbilder och nationella jämförelser. Man anger som bakomliggande orsak till anslagsfinansieringen att bra beskrivningssystem idag saknas vilket skulle kunna ge underlag för andra ersättningsformer. Stockholm läns landsting diskuterar former för nya ersättningsmodell där fast ersättning och prestationsersättning nämns.

Ett enhetligt *beskrivningssystem* är väsentligt. Handikappförvaltningen bör omgående prioritera och påbörja arbetet med ett gemensamt beskrivningssystem. Intresse finns för denna fråga från flera andra landsting vilka också efterfrågar samarbete och gemensam utveckling.

Ersättningssystemet bör innehålla flera delar, vilka ska kunna väljas utifrån de mål eller effekter man önskar uppnå. Västra Götalandsregionen har sedan några år tillbaka valt att utveckla ersättningssystemet från en gemensam bas oavsett vårdområde, en gemensam *grundmodell* som ska ge ett mer enhetligt ersättningssystem. Grundmodellen består av fast ersättning, prestationsrelaterad ersättning, målrelaterad ersättning samt tilläggsersättningar.

Ett viktigt syfte med ersättningssystemet är att ge en så bra grund för *ekonomisk styrning* som möjligt. Värdet ligger i möjligheten att på ett systematiskt sätt kunna följa upp vårdproduktionen och möjliggöra jämförelser mellan enheter och vårdområden. Genom en ökad förståelse för vårdinsatsernas resursförbrukning och innehåll skapas förutsättningar för effektivisering och förbättrad ekonomistyrning. Syftet är också att stimulera utveckling genom att stödja olika mål exempelvis kvalitetsmål via ekonomisk ersättning.

I förhållande till den sammantagna hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen är handikappförvaltningen en av de *mindre förvaltningarna*. Synpunkter och önskemål har därför framförts under arbetets gång att ersättningssystemet för handikappförvaltningen måste kunna utformas så att de administrativa kostnaderna inte ökar.

Barn- och ungdomshabiliteringen tillsammans med *vuxenhabiliteringen* är de verksamheter som till volymen är de största inom handikappförvaltningen vilket motsvarar ca 75 % av den totala ersättningen. Beskrivning av habiliteringens *grundåtagande* ska ge vägledning om standardkrav och långsiktig utveckling. En tydlig beskrivning som ger förutsättningar för en *enhetlig* tolkning mellan både beställare och utförare och inom verksamheten. Grundåtagandet bör alltså vara de standardkrav som skall uppnås av verksamheterna och vara så tydligt formulerade att det är till hjälp och stöd för parterna.

För att *ytterliggare tydliggöra grundåtagandet och jämförbarhet geografiskt* föreslår arbetsgruppen en fast ersättning via *kapitation*. Med samma utgångspunkt som återfinns i regionens resursfördelningsmodell, där konsumtionen är ett vedertaget mått på behovet av vård, har man för habiliteringens olika åldersgrupper tagit fram konsumtionsstatistik via vårddatabasen. Det totala antalet besök för habiliteringen har satts i relation till befolkningen och därefter har så kallade *åldersvikter* kunnat beräknas.

Dessa vikter räknas sedan om till en poängsumma per nämndsområde och summan står då i relation till den kapitationsersättning i kronor som handikappförvaltningen får av respektive område och nämnd. *Krontalet fastställs lokalt av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd* efter förhandling med handikappförvaltningen.

Arbetsgruppen föreslår att den *målrelaterade ersättningen* skall utvecklas och användas i relativt hög grad avseende handikappförvaltningens verksamheter. Den bör på sikt kunna uppgå till mellan 5-10 % beräknat på respektive nämnds totala ersättning till handikappförvaltningen. I överenskommelsearbetet mellan nämnderna och handikappförvaltningen får lämpliga målområden samordnas och fastställas.

Särskild ersättning/riktad ersättning kan utgå för åtaganden som inte ingår i det preciserade grundåtagandet. Som exempel har nämnts verksamheterna Brunbo och Knoppaliden vilka utöver sitt grunduppdrag också har ett vidgat uppdrag. Arbetsgruppen har dock valt att i nuläget inte förorda användningen av särskilda ersättningar men öppnar samtidigt för möjligheten att precis som idag använda särskild ersättning för tillfälliga projekt eller andra satsningar.

Arbetsgruppen föreslår att *prestationsersättning prövas via skuggersättning* inom habiliteringen. Prestationsersättning utarbetas under år 2008 och prövas via skuggning år 2009. När skuggersättningen följts upp och värderats måste en bedömning göras och ett beslut tas om prestationsersättning skall användas eller inte.

Hörsel- och dövverksamheten föreslås erhålla fast ersättning från de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna. Målrelaterad ersättning kan tillkomma. Delar av verksamheten som exempelvis hörapparatsutprovningar bedöms på sikt kunna ersättas med prestationsersättning.

Synverksamheten föreslås ersättas med en fast ersättning per nämnd. Målrelaterad ersättning kan på sikt prövas.

Arbetsgruppen föreslår att *tolkverksamheten* ersätts via fast ersättning samt målrelaterad ersättning. Överenskommelsen med Tolkverksamheten har tidigare år innehållet planerings- och volymstal, vilket åter kan övervägas. Fortsatt utvecklingsarbete bör pröva vilka ersättningsformer som är lämpliga för tolkverksamheten, där prestationsersättning kan vara en sådan.

En gemensam ersättningsbilaga är framtagen för samtliga nämnder och skall fungera som underlag vid överenskommelsearbetet.

Arbetsgruppen anser att det är av största vikt att införandet av nya ersättningsformer för handikappförvaltningen ges tillräcklig tid, dels för att det innebär ett nytt sätt att ersätta vilket i sig kräver implementering och dels att kvalitetssäkring av uppgifter till vårddatabasen måste ske. Arbetsgruppen föreslår därför ett *stegvist införande* enligt upprättad flerårsplan samt att uppföljning, utvärdering och fortsatta beslut tas avseende av de nya ersättningsformerna.

1. Bakgrund

Hälso- och sjukvårdscheferna har väckt frågan om en översyn av ersättningssystemet för handikappförvaltningens verksamheter. Handikappförvaltningen har uppdrag från samtliga 12 hälso- och sjukvårdsnämnder i regionen. Idag ersätts dessa uppdrag/överenskommelser framförallt via anslag. Handikappförvaltningens verksamhetsområden är: barn och ungdomshabilitering, vuxenhabilitering, hörsel och dövverksamhet, tolkverksamhet samt synverksamhet.

De regionövergripande verksamheterna innefattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet. Dessa regiongemensamma verksamheter får ersättning från alla tolv hälso- och sjukvårdsnämnder, där nämnderna och handikappförvaltningen skall vara överens om ersättningsnivån. Handikappförvaltningen har under år 2005 infört datajournaler inom samtliga delar av verksamheten. Datoriseringen av journalhanteringen har skapat förutsättningar för att behandla statistik och uppföljning på ett annat sätt än tidigare. Habilitering-, hörsel- och dövverksamhet lämnar fr.o.m. hösten 2006 uppgifter till den regionala vårddatabasen Vega. Synverksamheten lämnar idag inte uppgifter till vårddatabasen på grund av problem med dataöverföring via journalsystemet.

1.1 Uppdrag

Uppdraget innebär att:

- inventera samt beskriva befintligt ersättningssystem avseende handikappförvaltningens verksamheter
- genomföra en kartläggning över hur övriga landsting och regioner beskriver samt ersätter handikappverksamheten
- utreda samt lägga fram förslag rörande ett framtida ersättningssystem för handikappverksamheten

1.2 Arbetsgrupp och tidplan

Arbetsgruppen som fått i uppdrag att ta fram en ny ersättningsmodell har bestått av Berit Karlsson, Ingegerd Svensson, Johanna Fägerlind, Kari Harvonen, Marianne Laiberg, Nina Hautanen, Stefan Weiefors, för Hälso- och sjukvårdskanslierna, Berith Pettersson, Birgitta Arnling, Lena Hedberg för handikappförvaltningen samt Maria Gabrielsson Fredrikson för regionkansliet, ordförande och huvudförfattare till rapporten. Gruppen har haft ett flertal gemensamma möten samt separata möten med planerargruppen och ekonomgruppen.

Mona-Lis Dalbrekt och Stefan Svallhage har varit behjälpliga med databasutsökningar. Annika Sundqvist-Möller har informerat om Nysamarbetet. Regionkansliet har varit sammankallande och ansvarat för uppdraget.

Uppdraget redovisas till hälso- och sjukvårdsdirektören.

2. Förutsättningar

2.1 Nämnder och handikappförvaltning

I Västra Götalandsregionen finns 12 Hälso- och sjukvårdsnämnder, vilka ansvarar för överenskommelserna med regionens vårdgivare. Regionen har stegvis gått från en fördelning av resurser till nämnderna baserade på historiska kostnader i riktning mot en fördelning efter befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Fördelningen sker enligt en modell vilken utgår från att det är möjligt att beskriva vårdbehovet för olika grupper i befolkningen genom att ta hänsyn till vårdkonsumtionen.

Genom nämndernas tilldelade ekonomiska resurser, ersättningsutrymmen, avsätts medel till Handikappförvaltningens verksamheter. Handikappförvaltningen bedriver habiliteringsverksamhet, hörsel- och dövverksamhet, synverksamhet och tolkverksamhet vid flera enheter inom regionen.

2.2 Flera utförare

För hörselområdet är huvudmannaskapet delat på flera utförare. Handikappförvaltningen ansvarar för hörsel- och dövverksamheten inklusive texttelefoni i Fyrbodals, Skaraborg och södra Älvsborg. I södra Älvsborg finns även hörcentraler och hörapparatsverkstad i handikappförvaltningens regi. Inom förvaltningen finns också ett dövteam och ett dövblindteam som arbetar inom hela regionen.

Inom Sahlgrenska universitetssjukhuset bedrivs hörsel- och balansdiagnostik, utprovning av hörselhjälpmedel och texttelefoni. NU-sjukvården och SkaS ansvarar för hörcentraler i respektive område.

Synverksamheten bedrivs av Handikappförvaltningen vid syncentraler i Borås, Uddevalla och Vänersborg. Därutöver drivs syncentraler av SU Högsbo och Skas.

En pågående utredning avseende regionens syn-, hörsel- och dövverksamhet har som syfte att kartlägga hur nuvarande verksamheter bedrivs i relation till målet om en välfungerande habiliterings- och rehabiliteringsprocess och möjligheterna att erbjuda en likvärdig tillgång till åtgärder i hela Västra Götaland. Kartläggningen kommer att presenteras under hösten 2007 och därefter tas beslut om eventuellt fortsatt uppdrag.

2.3 Handikappförvaltningens överenskommelse och ersättning

I varje överenskommelse mellan nämnderna och handikappförvaltningen finns idag en lokal del samt den gemensamma beställningen avseende de regionövergripande verksamheterna. De regionövergripande verksamheterna som handikappförvaltningen ansvarar för innefattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet. Dessa regiongemensamma verksamheter får ersättning från alla tolv hälso- och sjukvårdsnämnder, där nämnderna och handikappförvaltningen skall vara överens om ersättningsnivån.

Den ekonomiska ersättningen till Handikappförvaltningen har fram till 2007 framförallt bestått av ett fast anslag med en mindre del som varit målrelaterad.

De verksamheter som bedrivs i sjukhusens regi får ersättning enligt modellen för sjukhusens ersättningssystem. Dessa verksamheter berörs inte av denna utredning.

2.4 Målgruppen för handikappförvaltningen

Insatser till funktionshindrade ingår som en del av det samlade regionala utbudet av hälso- och sjukvård. Beröringspunkter finns med kommunal hälso- och sjukvård, omsorg och socialtjänst och skola. Det finns också samröre med Försäkringskassan och Arbetsförmedling. En person med funktionsnedsättning måste ofta träffa många personer inom olika områden. Barn, unga och vuxna med funktionshinder har ofta mer kontakt med sjukvården än andra. Samordningen mellan olika vårdgivare är därför mycket viktig för denna grupp.

Antalet personer med olika former av funktionshinder bedöms öka över tid, bland annat till följd av att den medicinska utvecklingen medför att personer med funktionsnedsättning, liksom resten av befolkningen, lever allt längre och att allt fler personer överlever allvarliga olyckor, ibland med livslång funktionsnedsättning. Samtidigt har den medicinsktekniska utvecklingen medfört att fler sjukdomar kan botas och att konsekvenserna av många funktionsnedsättningar kan minskas, genom behandling, inklusive personliga hjälpmedel.¹

3. Nulägesbeskrivning ersättningsformer

Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder har idag lokala överenskommelser med handikappförvaltningen avseende habiliteringsverksamheten, hörsel- och dövverksamheten och synverksamheten vilka sammantaget ersätts med ett fast anslag och utbetalas periodiskt i tolfedelar. Ersättningen till Handikappförvaltningen via den lokala delen i överenskommelsen är knutet till ett grundåtagande och ett geografiskt områdesansvar. I områdesansvaret ingår att svara för habilitering för boende i ett geografiskt definierat område.

Några av nämnderna har gjort riktade satsningar via överenskommelsen där man också specificerat vilka belopp som ska utgå, i likhet med särskilda ersättningar för sjukhusen. Planeringstal finns definierade i samtliga överenskommelser, vilka anger antalet individer och planerade besök. Planeringstalen är avsedda för uppföljning och ej ämnade för ekonomisk ersättning. Läkemedel ersätts från samtliga nämnder med ett fast belopp.

Den regiongemensamma beställningen omfattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet vilken också den ersätts med ett fast belopp från respektive nämnd.

I avtalen för år 2007 återfinns målrelaterad ersättning avseende tolkverksamheten. Samtliga nämnder ersätter handikappförvaltningen med 100 tkr enligt ett angivet intervall vid olika grad av måluppfyllelse. Det betyder att totalt kan 1 200 tkr erhållas via målrelaterad ersättning vilket står för 0,2 procent av det totala ersättningsutrymmet.

Ersättningarna kan sammanfattas enligt nedan;

- Lokal verksamhet – anslag
- Läkemedel – anslag
- Projekt och särskilda satsningar – anslag
- Regionövergripande verksamhet – anslag och målrelaterad ersättning

¹ Behovskartläggning, Personer med funktionshinder, Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Fyrbodalen 2006

4. Inventering av ersättningsformer i övriga landsting

En kartläggning visar att landstingen idag framförallt ersätter handikappverksamheten via anslagsfinansiering. Några landsting uppger att man tillämpar resursfördelning mellan olika verksamhetsområden som i viss mån tar hänsyn till behovsbilder och nationella jämförelser. Man anger som bakomliggande orsak till anslagsfinansieringen att bra beskrivningssystem idag saknas vilket skulle kunna ge underlag för andra ersättningsformer.

Flera av landstingen kombinerar dock den fasta ersättningen med målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättningen utgår i förhållande till hur väl målen uppfyllts samt antal mål som har definierats. Uppnås inte alla mål leder det till att ersättningen reduceras i olika grad. En tydlig uppföljningsplan är ofta kopplad till de mål som ska uppnås.

Utvecklingstendenser som pekas på i några av landstingen är att man har som mål och uppdrag att införa ersättningssystem som ska bestå av tre delar; fast ersättning, prestationsrelaterad ersättning samt målrelaterad ersättning. Flera anger dock att högsta prioritet är utvecklingen av bra system för att bättre kunna beskriva verksamheten.

5. Habiliteringen i Nysam – nyckeltalssamarbete

Via Nysam har representanter för habiliteringsverksamheten i Sverige arbetat med att ta fram enhetliga uppgifter för att beskriva habiliteringsområdet. I detta arbete har även regionens habiliteringsverksamhet deltagit. Nysam beslutade år 2002 att etablera habiliteringen som eget statistik- och uppföljningsområde. Habiliteringsverksamheten är olika organiserad från landsting till landsting vilket försvårar framtagning av enhetliga uppgifter. Det finns även skillnader i hur vår region har organiserat habiliteringen, vilket framförallt härrör från de tidigare landstingens upplägg och organisering av verksamheten.

Målsättningen för NYSAM-arbetet har varit att ta fram ett system för att kunna beskriva habiliteringsfunktionen på mesta möjliga likartade sätt från landsting till landsting, trots stora olikheter i organisationsformer. I nyckeltalsredovisningen tar man fram data och nyckeltal för de delar av habiliteringsfunktionen som är gemensam och beskriver det övriga på mesta möjliga enhetliga sätt. Det är dock fortfarande betydande problem med att få en enhetlig redovisning.

Exempel på uppgifter som tagits fram är;

- Aktivitetsdata - antalet brukare per 1000 invånare
- Resursdata - antal arbetade timmar totalt per brukare
- Produktivitetsdata - antal brukare per årsarbetare, antal upprättade habiliteringsplaner
- Verksamhetspraxis - andel brukare som avslutat sin kontakt
- Personalresurs - andel habiliteringspersonal av all personal

Utvecklingsarbetet via NYSAM bör ge återbäring på hur regionens habilitering bättre och mer enhetligt kan beskrivas via enhetliga definitioner, metoder, registreringsrutiner mm.

Beträffande nytt ersättningssystem för habiliteringen så måste dock detta baseras på regionens egna datafångstmöjligheter där till exempel basen för prestationsersättningar ska gå via regionens vårddatabas, Vega.

6. Beskrivningssystem

Att ge en bra beskrivning och dokumentation av verksamheten är strategiskt viktigt både för uppföljning och för ledning. För att skildra vad man utför, göra jämförelser och analyser samt stimulera till verksamhetsutveckling används inom vården bland annat det man brukar kalla beskrivningssystem. Dessa beskrivningssystem, som exempelvis DRG (Diagnosis Related Groups) inom slutenvården, samverkar ofta med ersättningssystemen. Ersättning kan utgå för det som beskrivs och presteras och ersättningssystemens utformning har i sin tur stor betydelse för rapporteringens kvalitet och omfattning. Det finns därmed ett viktigt samband mellan beskrivningssystem och ersättningssystem

Oavsett om man knyter ersättning till beskrivningssystemen eller inte så är det av stort värde att få den gemensamma bas som ett enhetligt beskrivningssystem innebär.

Beskrivningssystemet ICF – klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd, har utvecklats av WHO och är översatt av Socialstyrelsen. ICF är antagen i 192 länder och är orienterad på att beskriva människors fungerande och hälsa. Det innehåller termer och begrepp som kan användas inom olika verksamhetsområden och av olika yrkesgrupper. ICF kan användas som struktur för journaldokumentation, beskrivning av vårdtyngd mm². KVÅ – klassifikation av vårdåtgärder är ett beskrivningssystem för den öppna vården. KVÅ används idag både nationellt och inom regionen. En KVÅ-testmodul³ med åtgärder och ICF-struktur har tagits fram av en tvärprofessionell nationell arbetsgrupp bestående av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Denna modul har nu testats och kan vara klar för användning från år 2008. Modulen med åtgärder rör främst verksamhetsområdena för arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor, men åtgärderna kan även användas av andra professioner.

Arbetsgruppen anser att ett enhetligt beskrivningssystem är väsentligt. Det finns idag beslut på att handikappförvaltningen skall byta till ett regionalt enhetligt journalsystem. En upphandling är planerad och detta systembyte bedöms tidigast vara installerat och infört i slutet av år 2009.

Handikappförvaltningen bör omgående prioritera och påbörja arbetet med ett gemensamt beskrivningssystem. Intresse finns för denna fråga från flera andra landsting vilka också efterfrågar samarbete och gemensam utveckling.

² ICF – klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd . Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiöld U, Stibrant-Sunnerhagen, K. Klinik och vetenskap. Läkartidningen 2005.

³ www.socialstyrelsen.se

7. Ersättningssystemet som en del av hela styrsystemet

7.1 Helhetsstyrning och grundmodell för ersättning

Det finns många olika former av styrning som samverkar avseende hälso- och sjukvården, där ersättningssystemet är *en* del i helheten. Styrkomponenterna är många och de vårdområden som hälso- och sjukvården innefattar är mångfacetterade. Ersättningssystemet skall framförallt samverka med och stödja de överenskommelser som beslutas mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och vårdgivarna.

Ersättningssystemet bör innehålla flera delar, vilka ska kunna väljas utifrån de mål eller effekter man önskar uppnå. Västra Götalandsregionen har sedan några år tillbaka valt att utveckla ersättningssystemet från en gemensam bas oavsett vårdområde, en gemensam grundmodell som ska ge ett mer enhetligt ersättningssystem. Grundmodellen består av fast ersättning, prestationsrelaterad ersättning, målrelaterad ersättning samt tilläggsersättningar. Dessa delar kan väljas i utifrån de styreffekter man vill nå och beroende på vårdområde så har förhållandet mellan ersättningsformerna varierat. Grundmodellen är därmed enhetlig men med möjlighet till flexibilitet utifrån vad man vill uppnå och vilka förutsättningar som gäller.

Ett bra ersättningssystem ska fördela, stödja och styra resurser, så att insatserna ger önskat resultat och effekter samt verkar för att olika mål kan uppnås.



En gemensam grundmodell ger en bra bas för bättre uppföljning vilket i sin tur ger större och bättre kunskap om modellens styregenskaper. Jämförelser över tid och mellan vårdområden ger oss möjlighet att bättre ta tillvara och utveckla kunskapen om hur ersättningssystemet faktiskt styr. Sådana uppföljningar är planerade inom regionen och skall bland annat se på effekterna av primärvårdens nya ersättningsmodell. Genom denna kunskap har vi möjlighet att utveckla och bättre använda ersättningsformerna till att nå rätt syfte.

7.2 Målet med ersättningssystemet

Ett av målen med ersättningssystemet är att uppnå gemensamma, enhetliga ekonomiska villkor för vårdgivarna. Vilket vi tidigare påpekat så är situationen speciell avseende beställningen till handikappförvaltningen. Tolv hälso- och sjukvårdsnämnder sluter överenskommelser med en och samma avtalspart, handikappförvaltningen, där hälso- och sjukvårdsnämnderna både har egna specifika delar i överenskommelsen och delar som är regionövergripande och gemensamma med övriga nämnder.

Vad man istället önskar uppnå i det här avseendet, är en transparens och en öppenhet mellan verksamheterna i de olika geografiska områdena så att jämförbarhet kan uppnås.

Ett annat viktigt syfte med ersättningssystemet är att ge en så bra grund för ekonomisk styrning som möjligt. Värde ligger i möjligheten att på ett systematiskt sätt kunna följa upp vårdproduktionen och möjliggöra jämförelser mellan enheter och vårdområden. Genom en ökad förståelse för vårdinsatsernas resursförbrukning och innehåll skapas förutsättningar för effektivisering och förbättrad ekonomistyrning.

Syftet är också att stimulera utveckling genom att stödja olika mål exempelvis kvalitetsmål via ekonomisk ersättning.

7.3 Ersättningen skall riktas till förvaltningsnivå

I förhållande till den sammantagna hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen är handikappförvaltningen en av de mindre förvaltningarna. Synpunkter och önskemål har därför framförts under arbetets gång att ersättningssystemet för handikappförvaltningen måste kunna utformas så att de administrativa kostnaderna inte ökar. Överenskommelserna mellan handikappförvaltningen och nämnderna innebär idag att flera styrdokument gäller för verksamheterna även om överenskommelserna harmoniserar med varandra.

Handikappförvaltningen har idag enbart erfarenhet av anslagsfinansiering och som tidigare har nämnts är det av största vikt att man får tillräcklig tid att närma sig, utveckla och följa upp det nya ersättningssystemet och dess effekter.

Ersättningen skall även fortsättningsvis gå till handikappförvaltningen (förvaltningschef och styrelse) som sedan via budgetstyrning har det övergripande resultatansvaret.

Förvaltningsledningen beslutar vilka interna styrmedel som ska finnas och ansvarar för att styrningen harmoniserar med överenskommelserna och de ekonomiska ersättningarna från nämnderna.

8. Förslag avseende ersättningsformer för habiliteringen

8.1 Habiliteringsverksamheten

Arbetsgruppen har valt att inledningsvis se på ersättningsformerna avseende habiliteringsverksamheten. Barn- och ungdomshabiliteringen tillsammans med vuxenhabiliteringen är de verksamheter som till volymen är de största inom handikappförvaltningen vilket motsvarar ca 75 % av den totala ersättningen.

8.2 Grundåtagandet är åtföljt av en fast ekonomisk ersättning

Den fasta ersättningen är den grund som i princip kan motsvaras av den fasta kostnaden för verksamheten. Denna princip kan sägas gälla för sjukhusens ersättningssystem med hälften fast och hälften rörlig ersättning. En fast ersättning i basen kan också vara en garant för att undvika att andra incitament för volymökningar får för stor genomslagskraft.

Arbetsgruppen har fört diskussion om vikten av att tydliggöra beskrivningen av det *grundåtagande*, se kapitel 9, som skall motsvaras av den fasta ersättningen. Beskrivningen av grundåtagandet ska ge vårdgivaren vägledning om standardkrav och långsiktig utveckling. En tydlig beskrivning som ger förutsättningar för en *enhetlig* tolkning mellan både beställare och utförare och inom verksamheten. Grundåtagandet bör alltså vara de standardkrav som skall uppnås av verksamheterna och vara så tydligt formulerade att det är till hjälp och stöd för verksamheterna. Beskrivningen av grundåtagandet anknyter därmed direkt till den fasta ersättningen. Poängteras bör att till skillnad mot sjukhusens ersättningar med hälften rörlig och hälften fast ersättning så kommer för habiliteringens del inte jämförelsen med att fast ersättning är detsamma som den fasta kostnaden att gälla, då merparten av ersättningen kommer att utgå i form av fast ersättning/kapitation. Den fasta ersättningen för habiliteringen kommer därför att motsvaras av både fast och rörlig kostnad.

Grundåtagandet bör vara förbundet med ett tydligt uppföljningskrav som formuleras mellan beställare och vårdgivare. Eventuella konsekvenser kan tydliggöras om man av någon anledning inte uppnår grundåtagandet.

8.3 Fast ersättning per capita - kapitation

För att *ytterligare tydliggöra grundåtagandet och jämförbarhet geografiskt* har arbetsgruppen valt att pröva fast ersättning till habiliteringen via kapitationsersättning.

Med samma utgångspunkt som återfinns i regionens resursfördelningsmodell, där konsumtionen är ett vedertaget mått på behovet av vård, har man för habiliteringens olika åldersgrupper tagit fram konsumtionsstatistik via vårddatabasen VEGA. Antalet besök per definierad åldersgrupp för hela regionen har satts i relation till befolkningen och man har därmed fått fram olika vikter, så kallade åldersvikter. Dessa vikter räknas sedan om till en poängsumma per nämndsområde och summan står då i relation till den kapitationsersättning i kronor som handikappförvaltningen får av respektive område och nämnd. Krontalet fastställs av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd efter förhandling med handikappförvaltningen.

Man kan välja att ha en gemensam viktlista eller, som tabell 1 nedan visar, uppdelad på barnhabiliteringen och vuxenhabiliteringen. Syftet är att det skall stödja hur man valt att precisera överenskommelserna.

Tabell 1. Viktlista för kapitationsberäkning avseende barn- och vuxenhabilitering. Krontal per poäng fastställs av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd.

Barnhabiliteringen

<u>Ålder</u>	<u>Poäng</u>
0-6	13,2
7-12	15,4
13-17	10,9

Vuxenhabiliteringen

<u>Ålder</u>	<u>Poäng</u>
18-35	3,5
36-50	1
51-65	0,5
66-	0,04

Mellan barnhabiliteringen och vuxenhabiliteringen är åldersgränsen emellanåt flytande och man kan därför finna enstaka personer i åldersintervallet 18-35 år som fortfarande tillhör barnhabiliteringen. Handikappförvaltningen anser att denna förskjutning kan komma att märkas allt mer i framtiden med en medveten betoning på barn- och ungdomshabilitering (0-25 år). Kommande uppföljning och omräkning av kapitationsvikterna kommer dock att fånga eventuella förändringar.

Då Handikappförvaltningen börjat leverera uppgifter till vårddatabasen Vega från hösten 2006 behöver dessa data följas upp och kvalitetssäkras under en period framöver. Det innebär att kapitationsvikterna får ses som preliminära och behöver valideras och säkras under en följd av år. Regionkansliet ges i uppdrag att ta fram årliga uppgifter från Vega och ansvara för den löpande justeringen av kapitationsvikterna.

8.4 Prestationsersättning

En prestationsrelaterad ersättning ska stimulera till någon form av önskad aktivitet. Ersättningen ska stimulera till produktion. Stimulansgraden beror på andel av ersättning och ersättningsnivå. Prestationsersättning ska också stimulera till inrapportering av vårddata, vilket innebär kvalitetssäkring, en garant för uppföljning och bas för utveckling. Prestationsrelaterad ersättning kräver en tydlig och enhetlig definition.

Ett av de mål som tydligt har angivits från hälso- och sjukvårdsnämnderna avseende habiliteringen är att andelen brukartid ska öka. Prestationsrelaterad ersättning kan med fördel användas för att nå detta. Den prestationsrelaterade ersättningen avseende handikappförvaltningens verksamheter bör baseras på uppgifter som är möjliga att fånga via inrapportering till vårddatabasen VEGA. Den prestationsrelaterade ersättningen bör därför inledningsvis baseras på besök.

Idag finns ett flertal komponenter som ingår i regionens prestationsrelaterade ersättningar. Dessa komponenter bedöms vara rimligt homogena både ur vårdens medicinska mening och

ur den ekonomiska. Inom slutenvården utgår ersättning efter antal redovisade DRG-poäng och efter antal vårdtillfällen. Inom öppenvården ersätts idag utöver redovisade besök också vårdkontakter via brev, mail eller telefon. Besöksersättning utgår för alla fysiska besök hos läkare, sjuksköterska med flera vårdgivarkategorier på mottagningar eller i hemmet. Samtliga dessa komponenter kategoriseras alltså som prestationsrelaterade ersättningar.

Terminologin avseende besök tydliggör att det rör sig om ett fysiskt besök, men det säger inget om innehållet, vikten eller resultatet av besöket. Den regionala termförteckningen lyder enligt nedan:

- Läkarbesök – öppenvårdsbesök som innebär möte mellan patient och läkare
- Sjukvårdande behandling – öppenvårdsbesök som innebär möte mellan patient och annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare
- Gruppbesök – öppenvårdsbesök där fler än en patient samtidigt möter hälso- och sjukvårdspersonal
- Gruppteambesök – planerat öppenvårdsbesök där mer än en patient möter ett vårdteam och där patienterna i gruppen deltar i en gemensam aktivitet

Då beskrivningssystemen i vården utvecklas och har så gjort under en följd av år, innebär det också att man på sikt kan ersätta hälso- och sjukvården för dess utförda insatser på ett bättre och tydligare sätt. Detta kan innebära att nya eller bättre definierade prestationer kan ersättas ekonomiskt.

Arbetsgruppen föreslår att prestationsersättning prövas via skuggersättning inom rehabiliteringen, vilket hänger samman med den kvalitetsssäkring av registreringen till vårddatabasen som behöver göras och det faktum att prestationsersättningen är en helt ny ersättningsform för rehabiliteringen. Prestationsersättning kan utarbetas under år 2008 och prövas via skuggning år 2009. Prestationsersättningens effekter på rehabiliteringen skall värderas och följas upp. I samband med att bättre beskrivningssystem utvecklas kan det även betyda att bättre former för prestationsersättning tydliggörs.

När skuggersättningen följs upp och värderats måste en bedömning göras och ett beslut tas om prestationsersättning skall användas eller inte.

8.5 Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning är en mycket tydlig variant av ekonomistyrning som syftar till att stödja att en verksamhet/vårdenhet arbetar mot klart definierade och fastställda mål. Målen kan vara av olika karaktär och har på många håll formulerats för att bland annat stödja tillgänglighet till vård och kvalitet på vård.

Målrelaterad ersättning har ofta kommit att knytas till *graden* av måluppfyllelse. Ersättning utgår med olika belopp och ju större grad av måluppfyllelse ju högre ersättning utfaller. Redan idag har målstyrd ersättning använts mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och handikappförvaltningen om än i liten skala. Den är för år 2007 knuten till att handikappförvaltningen skall arbeta för att antalet tolkuppdrag där brukaren gjort en för sen avbokning eller uteblivit skall minska. Ersättning utgår enligt fastställda intervall i förhållande till måluppfyllelse.

Arbetsgruppen föreslår att den målrelaterade ersättningen skall utvecklas och användas i relativt stor grad avseende handikappförvaltningens verksamheter. Den bör kunna uppgå till

mellan 5-10 % beräknat på respektive nämnds totala ersättning till handikappförvaltningen. I överenskommelsearbetet mellan nämnderna och handikappförvaltningen får lämpliga målområden samordnas och fastställas.

8.6 Särskild ersättning – riktad ersättning

Arbetsgruppen har diskuterat möjligheten att på samma sätt som för sjukhus och primärvård nyttja så kallad ”särskild ersättning”. Denna ersättning kan utgå för åtaganden som inte ingår i det preciserade grundåtagandet. Som exempel har nämnts verksamheterna Brunbo och Knoppaliden som utöver sitt grunduppdrag också har ett vidgat uppdrag vilket skulle kunna tydliggöras med en särskild ersättning. Dessa verksamheter är de enda i regionen inom handikappförvaltningen som utöver besök redovisar vårdtillfällen. Den särskilda ersättningen skulle kunna bestå av både en fast och en prestationsrelaterad ersättning.

Arbetsgruppen har dock valt att i nuläget inte förorda användningen av särskilda ersättningar men öppnar samtidigt för möjligheten att precis som idag använda särskild ersättning för tillfälliga projekt eller liknande.

8.7 Patientavgifter

Inom barnhabiliteringen erläggs inte patientavgifter. Vuxenhabiliteringen tar enligt beslut ut avgift vid läkarbesök samt avgift för sjukvårdande behandling vid besök hos psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, sjuksköterska och dietist. Eventuell avräkning via ersättningsystemet i likhet med primärvårdens ersättningsystem föreslås inte.

9. Grundåtagande för habiliteringen

Arbetsgruppen har vid flera tillfällen diskuterat och betonat att utvecklingen av ersättningsformerna också måste följas av tydligare och bättre utvecklade överenskommelser mellan beställare och handikappförvaltning. Ett väldefinierat grundåtagande ska vara till vägledning för verksamheterna och samtidigt vara den plattform som borgar för lika tillgång till vård. Ett grundåtagande som bas för en tydlig överenskommelse med stödjande ersättningsformer, ger möjligheter att styra, följa upp och jämföra verksamhetens resultat. Grundåtagandet skall stödjas av kapitationsersättningen och kompletteras med en uppföljningsplan, vilken upprättas i samverkan mellan beställare och handikappförvaltning.

Allmänt gäller för habiliteringen:

- Handikappförvaltningens olika habiliteringsverksamheter har ett geografiskt områdesansvar
- Arbetsprocessen för habiliteringen som den är definierad av Handikappförvaltningen är grunduppdraget
- Arbetsprocessen för habiliteringen består av öppenvård
- De habiliterande insatserna kan utifrån behov innehålla medicinska, pedagogiska, psykologiska, tekniska och sociala moment
- Barn- och ungdomshabiliteringens uppdrag är mer omfattande än vuxenhabiliteringens

I bilaga 5 och 6 beskrivs det av verksamheten framtagna och förankrade grundåtagande som ska gälla för barnhabiliteringen och vuxenhabiliteringen.

DEL 5 - HÖRSEL – OCH DÖVVERKSAMHET

10. Hörsel och dövverksamhet

Verksamheten arbetar med habilitering/rehabilitering för personer med hörselskada/dövhet/dövblindhet, i syfte att öka delaktigheten i samhället och ge ett så meningsfullt liv som möjligt.

Genom tvärprofessionella team med pedagogisk, psykosocial, teknisk och medicinsk kompetens ges råd, stöd, information och kunskap.

Hörsel- och dövverksamheten är en verksamhet med hög specialistkompetens och audiologiska kunskaper för att kunna erbjuda habilitering/rehabilitering, ge råd och stöd och vara en kulturöversättare för verksamhetens målgrupp. Verksamheten ger insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Hörsel- och dövverksamheten bedriver verksamhet i Fyrbodal, Skaraborg och Södra Älvsborg. Till verksamheten hör också ett Dövteam och ett Dövblindteam som arbetar över hela regionen. Verksamheten består av barn- ungdom- och vuxenverksamhet. I Södra Älvsborg finns dessutom hörcentraler och hörapparatverkstad. Verksamheten ansvarar för texttelefonin i Fyrbodal, Skaraborg och i Södra Älvsborg.

Förslag till ersättningsform:

Hörsel- och dövverksamheten föreslås erhålla fast ersättning från de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna. Målrelaterad ersättning kan tillkomma, vilket också används av en nämnd idag. Delar av verksamheten som exempelvis hörapparatsutprovningar föreslås prestationsersättas via skuggersättning från år 2009, på motsvarande sätt som sjukhusen idag ersätts med öppenvårds-DRG för hörapparatsutprovning .

DEL 6 - SYNVERKSAMHET

11. Synverksamhet

Synskadad är den som på grund av sin synnedläggelse har svårt att läsa med vanliga glasögon, orientera eller förflytta sig eller klara sina dagliga aktiviteter.

Synverksamhetens målsättning är att förbättra livssituationen för människor med synskador.

Insatserna planeras och genomförs efter varje persons och familjs förutsättningar och behov. Insatserna kan bestå av psykosocialt stöd och rådgivning, träning av aktiviteter i det dagliga livet, utprovning och inträning av hjälpmedel samt uppföljning.

Till första besöket behövs remiss från ögonläkare.

Förslag till ersättningsform:

Synverksamheten föreslås ersättas med en fast ersättning per nämnd. Målrelaterad ersättning kan på sikt prövas.

12. Tolkverksamhet

Tolkverksamheten riktar sig till människor som är barndomsdöva, dövblinda och vuxendöva. I brukargruppen ingår också personer med hörselskada samt personer med röst-, tal- och språkhinder.

Vid de tillfällen då hörande kommer i kontakt med ovanstående ingår också de i målgruppen.

Taltjänst

Taltjänst är en tolkverksamhet för personer med röst- tal- eller språkskada. Taltjänst erbjuder talstöd, lässtöd och skrivstöd.

Tolktjänst

Tolktjänst erbjuder tolkservice dygnet runt, årets alla dagar samt informerar om tolkverksamheten.

Tolkservice vänder sig till barndomsdöva, vuxendöva, dövblinda, hörselskadade, samt hörande som kommer i kontakt med dessa grupper.

Tolkservice utförs med hög tillgänglighet och bred kompetens. Syftet är att utifrån brukarens behov göra kommunikation möjlig genom olika tolkmetoder.

Förslag till ersättningsform:

Arbetsgruppen föreslår att tolkverksamheten ersätts via fast ersättning samt målrelaterad ersättning. Överenskommelsen med Tolkverksamheten har tidigare år innehållit planeringstal och volymstal, vilket åter kan övervägas. Fortsatt utvecklingsarbete bör pröva vilka ersättningsformer som är lämpliga för tolkverksamheten, där prestationsersättning kan vara en sådan.

DEL 8 - IMPLEMENTERING

13. Implementering av de nya ersättningsformerna

Arbetsgruppen anser att det är av största vikt att införandet av ett nytt ersättningssystem för handikappförvaltningen ges tillräcklig tid, dels för att det innebär ett nytt sätt att ersätta vilket i sig kräver implementering och dels att kvalitetssäkring av uppgifter till vårddatabasen VEGA måste ske.

Arbetsgruppen föreslår därför följande stegvisa införande;

Hösten 2007

- Fortsatt kvalitetssäkring av de uppgifter som inrapporteras från handikappförvaltningens verksamheter till vårddatabasen Vega
- I överenskommelsearbetet inarbetas användandet av de nya ersättningsformerna inför år 2008

- Med anledning av nytt journalsystem år 2009 påbörjas diskussion om ett gemensamt beskrivningssystem

År 2008

- Habiliteringsverksamheten ersätts med kapitationsersättning definierat på barn och ungdom samt vuxna
- Kapitationsersättning skall stödja det i rapporten definierade grundåtagandet
- Kapitationspoängen per åldersgrupp är regiongemensam, men ersättning per poäng bestäms lokalt av respektive nämnd
- Fast ersättning tillämpas för övriga områden. Ersättningen specificeras per verksamhetsområde och nämnd såsom hörsel och dövverksamhet, synverksamhet läkemedel (lokala verksamheter), tolkverksamhet, dövblindteam/dövteam samt råd och stödenhet (regionövergripande verksamhet)
- Målrelaterad ersättning utvecklas och kan prövas för samtliga verksamheter
- Tilläggsersättningar kan utgå lokalt
- Enhetlig ersättningsbilaga upprättas för alla nämnder (se bilaga 3)
- Planeringstal, volymtal etc. kan upprättas lokalt
- Ersättningen går till handikappförvaltningen som har att hantera helhetsperspektivet via intern budgetstyrning
- Uppföljningsplan formuleras mellan parterna så att erfarenheter av de nya ersättningsformerna kan inhämtas
- Underlag tas fram för att möjliggöra en skuggad prestationsersättning år 2009
- Revidering av habiliteringens viktlista per åldersgrupp

Form av ersättning	Benämning	Andel (%)	
Fast och/eller rörlig ersättning	Särskild ersättning		Kan förekomma lokalt
	Målrelaterad ersättning	1-10	
Rörlig ersättning	Kapitation	90-99	Efter behov = konsumtion Regiongemensam viktlista i åldersintervall Lokala priser per poäng (enligt viktlistan)
Fast ersättning			

Figur 1. Sammanfattande bild av habiliteringsverksamhetens ersättningsformer år 2008

År 2009

- Uppföljning av erfarenheterna från år 2008
- Prestationsersättning kan prövas genom skuggersättning

Form av ersättning	Benämning	Andel (%)	
Fast och/eller rörlig ersättning	Särskild ersättning	?	
	Målrelaterad ersättning	5-10	
Rörlig ersättning	Prestationsersättning	5-10	Prestationsersättning prövas via "skuggning"
	Kapitation	80-85	<p>Efter behov = konsumtion Regiongemensam viktlista i åldersintervall Lokala priser per poäng (enligt viktlistan)</p> <p>Grundåtagande/grunduppdrag definierat i överenskommelsen</p>
Fast ersättning			

Figur 2. Sammanfattande bild av habiliteringsverksamhetens ersättningsformer år 2009

Avslutningsvis

Under införandetiden är det viktigt att arbetsgruppen med företrädare för hälso- och sjukvårdskanslierna, handikappförvaltningen och hälso- och sjukvårdsavdelningen ges fortsatt uppdrag att utveckla, följa upp och kvalitetssäkra det fortsatta arbetet med nya ersättningsformer för handikappförvaltningens verksamheter.

Bilagor:

- Bilaga 1** Regional viktlista avseende kapitation för habiliteringen år 2008
 - Bilaga 2** Uppgifter/data gällande år 2006 via vårddatabasen Vega
 - Bilaga 3** Förslag till regional ersättningsbilaga år 2008
 - Bilaga 4** Inventering ersättningsformer övriga landsting
 - Bilaga 5** Grundåtagande Barn- och ungdomshabiliteringen
 - Bilaga 6** Grundåtagande Vuxenhabiliteringen
-