

Dnr 270-2005

# PRIMÄRVÅRDENS ERSÄTTNINGSMODELL

HÄLSO- OCH  
SJUKVÅRDSAVDELNINGEN  
ANALYSENHETEN  
MARS 2006



<b>Sammanfattning</b> .....	4
<b>Uppdrag</b> .....	6
<b>Utredningsarbetets organisation och genomförande</b> .....	7
<b>Utvecklingstrender</b> .....	7
Ersättningssystemet i Stockholms läns landsting.....	7
Ersättningssystemet i region Skåne.....	9
Det framtida ersättningssystemet i Hallands läns landsting.....	10
Ersättningssystemet i England .....	11
<b>Ersättningssystemet i Västra Götaland – sannolika utvecklingstendenser</b> .....	12
<b>Regionalt enhetliga ersättningssystem kontra lokala ersättningslösningar</b> .....	13
<b>Överväganden rörande den framtida ersättningsmodellen</b> .....	13
Inledning.....	13
Kapitationsersättningen.....	14
Ersättning för grundåtagandet .....	16
Ersättning för områdesansvaret.....	16
Påverkan av sjukdomsburda och socioekonomiska förhållanden .....	17
Det regionala listningssystemet.....	17
Listningsstatus .....	17
Aktiv listning.....	17
Aktiv listning mot namngiven läkare .....	18
Passiv listning.....	18
Möjlighet att avstå från att delta i listningssystemet .....	18
Prestationsersättning.....	18
Utgångspunkter .....	19
Enhetliga ersättningsnivåer inom prestationsersättningsdelen.....	19
Tilläggsersättningar .....	21
Allmänt.....	21
Den ekonomiska konstruktionen för tilläggsersättningarna.....	21
Olika typer av tilläggsersättningar .....	21
Kvalitetskrav för specialmottagningar bemannade med sjuksköterska .....	22
Mårelaterad ersättning.....	23
Särskilda ersättningar .....	24
Relationen mellan ersättningsmodellens olika delar.....	24
Ersättningssystemet och uppföljning .....	24
Ersättningsmodellen - möjligheter till lokala beslut och lokalt inflytande .....	25
<b>Hur uppfylls uppdragets grundläggande krav i det framlagda förslaget?</b> .....	25
<b>Synpunkter från privata vårdgivare</b> .....	26
<b>Bilagor</b> .....	27
Riktlinjer ersättningssystem primärvården.....	27
Den engelska ersättningsmodellen .....	28

## Sammanfattning

Regionstyrelsen har beslutat att från år 2006 skall en ny ersättningsmodell successivt införas. Vidare har man beslutat att från år 2006 tillämpa en regionalt enhetlig åldersgruppering med tillhörande viktlista. De förslag om primärvårdens ersättningsystem som läggs fram i detta dokument utgör en fortsättning på det arbete som inleddes med dessa beslut.

Arbetsgruppen, som har bestått av representanter för beställare, utförare och regionkansliet, har inriktat sitt arbete på tre områden:

- att definiera och precisera innehållet i ersättningsystemets fyra delar
- att precisera vilka områden i ersättningsystemet som skall vara regionalt enhetliga respektive vad som skall beslutas av hälso- och sjukvårdsnämnderna
- att peka ut troliga utvecklingstendenser

1. *Kapitationsersättningen* är avsedd för den vård som ingår i denna ersättningsdels två beståndsdelar: grundåtagandet och områdesersättning. Det är en per capitaersättning vars storlek baseras på aktivt och passivt listade patienter vilkas tillhörighet administreras av det regionala listningssystemet. Baserat på åldersvikterna räknas en poängsumma fram för varje vårdenhets och den summan multipliceras med ett krontal som beslutas av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd. Krontalet bör vara enhetligt inom varje nämndsområde. Parterna kan överenskomma om ett särskilt tillägg till kapitationsersättningen utöver den framräknade ersättningen om sjukdomsöverskott/de socioekonomiska förhållandena motiverar detta.

2. *Prestationsersättningen* är en ersättning för utförda vårdkontakter inom ramen för grundåtagandet; det vill säga besök som utförs av läkare och sjuksköterskor samt brev-/mail-/telefonkontakter med patient. Inom denna del av modellen föreslås regionalt enhetliga ersättningsnivåer som fastställs av regionstyrelsen.

3. *Tilläggsersättningarna* innehåller dels vårdområden som inte ingår i grundåtagandet och dels specifika tjänster som man önskar premiera. Den ekonomiska konstruktionen för tilläggsersättningarna kommer att variera beroende på hälso- och sjukvårdsnämndernas beslut. Tilläggsersättningarna består av tre olika ersättningsformer: abonnemangsansättningar eller andra fasta ersättningar, ersättningar per prestation och ersättningar som baseras på antalet ingående patienter (per capita) till exempel om ersättningen för BVC grundas på antalet barn och deras ålder. De volymmässigt mest betydelsefulla tilläggsersättningarna är insatser i kommunal hälso- och sjukvård, barnhälsovård (BVC), mödrahälsovård (MVC), jour under icke-kontorstid, sjukvårdsrådgivning utanför kontorstid, vårdplanering samt besök hos de vårdgivare som inte omfattas av prestationsersättningen.

4. Syftet med att införa *målstyrd ersättning* är att understödja att vårdenheten arbetar mot uppsatta mål. Målen kan gälla medicinsk och/eller patientupplevd kvalitet men också andra mål till exempel inom tillgänglighetsområdet. Den målstyrda ersättningen har ännu liten omfattning men den kommer att bli mer omfattande i takt med att kunskaperna inom detta område ökar.

5. Ersättningar inom primärvården som inte har direkt samband med den patientrelaterade hälso- och sjukvårdsverksamhet som vårdcentralen driver föreslås samlas under beteckningen *särskilda ersättningar*. Det kan till exempel gälla forskning och utveckling, studierektorsfunktion, handledning av läkare och andra studerande under utbildning, regionala uppdrag som till exempel smittskyddsverksamhet samt deltagande i läkemedelskommittéer.

Villkoren för de särskilda ersättningarna utformas i avtal/överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnd och utförare.

Till stor del innebär de förslag som läggs fram i detta dokument inga nyheter utan mera att redan existerade ersättningsformer inordnas i en enhetlig modell. Det är av vikt att beställare och utförare använder sig av modellens regionalt enhetliga definitioner. En förutsättning för jämförbarhet är att framtida avtal och överenskommelser utformas så att det tydligt framgår till vilken del i ersättningsmodellen en viss ersättning hör. Arbetsgruppen föreslår att hälso- och sjukvårdskanslierna och utförarna gemensamt utformar regionalt enhetliga mallar för framtida avtal och överenskommelser.

Det framlagda förslaget är inte färdigt i alla enskildheter. Under förutsättning av att förslaget godkännes bör beställare och utförare gemensamt fortsätta detaljutformningen.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har inom ramen för den enhetliga ersättningsmodellen fortsatta möjligheter att utifrån lokala förutsättningar påverka avtalens/överenskommelsernas utformning. Nedan följer en uppräknig över områden inom ersättningssystemet över vilka nämnderna har att fatta beslut:

- volymer
- krontalet som avgör kapitationens storlek
- påverkan av sjukdomsburda/socioekonomiska faktorer på kapitationsersättningens storlek
- fördelningen av kapitationsersättningen i grundåtagande respektive områdesansvar
- utformning av och storleken på tilläggsersättningarna
- målrelaterad ersättning exklusive det som skall vara regionalt enhetligt
- särskilda ersättningar
- de exakta relationerna mellan ersättningssystemets olika delar

För kapitationsersättningen har regionstyrelsen beslutat om en enhetlig viktlista som baseras på ålder. Krontalet som slutligt avgör kapitationens storlek beslutas dock av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd. Enhetliga ersättningsnivåer föreslås för prestationsersättningsdelen inom grundåtagandet. Ersättningsnivåer för övriga delar i modellen beslutas av hälso- och sjukvårdsnämnderna. Likaså beslutar nämnderna om volymer inom respektive del. Relationerna mellan de olika delarna i ersättningsmodellen kommer därmed med nödvändighet att se olika ut inom de olika nämndsområdena; den slutliga utformningen är en fråga som avgörs i förhandlingar mellan beställare och utförare.

Ersättningssystemen är i ständig förvandling och de måste underhållas kontinuerligt. Grundmodellen för primärvårdens ersättningssystem med de fyra delarna kommer sannolikt att vara hållbar under lång tid men innehållet och delarnas inbördes förhållanden kommer att ändras över tiden. Det är mycket sannolikt att den målstyrda ersättningsdelen successivt kommer att öka. Troligen kommer prestationsersättningsdelen att minska. Vidare kommer man att inom ersättningsmodellen pröva nya ersättningsmetoder. Det gäller till exempel ersättning som stimulerar primärvården att i ökad utsträckning ta hand om vissa patientgrupper vilket skulle kunna gynna närsjukvårdens utveckling.

## Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade i augusti 2001 om läkarvals- och ersättningssystemen inom primärvården. Beslutet innebar att ett listningsförfarande med aktiv eller passiv listning infördes. För listade patienter erhåller utföraren kapitationsersättning som baseras på de listades ålder. Därtill ersätts vårdgivarna med prestationsersättning för olika vårdkontakter framförallt besök samt med ersättning för olika tilläggsåtaganden. Beslutet gav de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna stor frihet att utifrån lokala förutsättningar skapa olika tillämpningar av grundmodellen vilket har lett till många olika särformer.

Hälso- och sjukvårdsutskottet gav i maj 2005 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utarbeta en modell för ersättningar till primärvården. De grundläggande målen för ett väl fungerande ersättningssystem är enligt HSUs beslut att det ska främja tillgänglighet, kontinuitet, valfrihet och vara oberoende av driftform. I uppdraget slås fast att det idag finns ett för stort antal olika varianter av ersättningssystem för att målen ska uppnås. Systemen är svåröverskådliga och inte jämförbara.

Regionstyrelsen och HSU har därefter beslutat att från år 2006 skall en ny modell avseende primärvårdens ersättningssystem successivt införas. Modellen innehåller fyra delar: kapitationsersättning, prestationsersättning, tilläggsersättning samt målstyrd ersättning. Vidare har man beslutat att från år 2006 tillämpa en regionalt enhetlig åldersgruppering med tillhörande viktlista. Hälso- och sjukvårdsdirektören fick i uppdrag att återkomma med förslag rörande den fortsatta utvecklingen av primärvårdens ersättningsmodell senast i mars 2006. I denna rapport presenteras arbetsgruppens slutförslag.

## Uppdrag

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade den 3 maj 2005 om riktlinjer för det fortsatta utvecklingsarbetet gällande primärvårdens ersättningssystem i regionen. De grundläggande målen för ett väl fungerande ersättningssystem är att det ska främja tillgänglighet, kontinuitet, valfrihet och vara oberoende av driftform.

I uppdraget (bilaga 1) slås fast

- att vårdcentralen har ett områdesansvar
- att ersättning utgår utifrån geografisk tillhörighet om aktiv listning ej är gjord
- att huvudprincipen skall vara listning mot namngiven läkare.
- att grundåtagandet bör vara lika över regionen
- att särskilda ersättningar utöver grundåtagandet kan förekomma
- att det skall finnas ett gemensamt system för vilka åtaganden som bör ersättas i hela Västra Götalandsregionen vilket innebär jämförbarhet mellan offentliga och privata vårdgivare och stabilitet för verksamheten ifråga
- att offentlig vårds specifika åtgärder, såsom myndighetsutövning, skall ersättas
- att fler kompetenser än läkare skall ersättas för sina insatser
- att fria nyttigheter skall ej förekomma
- att överenskommelse om ersättningstak/golv bör träffas lokalt
- att ersättningen till vårdgivaren bör vara en bruttoersättning
- att relationen mellan prestationsersättning och kapitationsersättning kan variera utifrån de lokala förutsättningarna

## Utredningsarbetets organisation och genomförande

Den arbetsgrupp som lade fram förslaget som antogs av regionstyrelsen i augusti 2005 har fortsatt arbetet och tagit fram detta utredningsförslag. Arbetsgruppen har bestått av Barbro Weber, Karin Rignér, Daniel Pollack, Roine Nordén, Gunilla Johansson, Jan Blomqvist, Mikael Ingsberg, Ove Sjöström, Maria Gabrielsson- Fredrikson och Bengt Kron. Arbetsgruppen har sedan september 2005 haft ett heldags- och sju halvdagsmöten. Bengt Kron är huvudförfattare till förslaget.

Därutöver har förslaget stämts av med företrädare för privata vårdgivare vid ett möte i februari 2006. Synpunkterna från de privata vårdgivarna har påverkat innehållet i flera textavsnitt, utan att det framgår av texten att ändringen gjorts med anledning av dessa synpunkter. Några av dessa vårdgivares övergripande synpunkter kunde inte naturligt passas in i dokumentet och de har därför samlats under rubriken ”Synpunkter från privata vårdgivare”.

## Utvecklingstrender

### Ersättningssystemet i Stockholms läns landsting

I Stockholms läns landsting infördes ett nytt ersättningssystem den 1 januari 2005.<sup>1</sup> Genom beslutet önskade man uppnå följande mål:

- *Mer enhetliga och jämförbara ekonomiska villkor* för all husläkarverksamhet i SLL oavsett driftsform
- *Förbättrad tillgänglighet* genom höjda ersättningsnivåer för patientbesök
- *Stimulans av kvalitetsutvecklingen* genom att koppla ekonomiska incitament till uppnådda kvalitetsmål.

Metoden för att uppnå det första målet var införandet av en landstingsövergripande ersättningsmodell. Tillgängligheten förbättrades genom ersättningar som stödjer ett ökat antal sjuksköterskeledda mottagningar, ett ökat antal vårdåtgärder per telefon och ett ökat antal mottagningsbesök. Ersättningsnivån höjdes för olika typer av patientbesök vilket förväntades leda till fler besök. Kvalitetsutvecklingen stimulerades genom att koppla ekonomiska incitament till uppnådda kvalitetsmål.

De viktigaste delarna i den nya ersättningsmodellen är följande:

- En sammanhållen och enhetlig ersättningsmodell för alla länets husläkarmottagningar avseende grundprinciper, ersättningsformer och ersättningsnivåer.
- Ersättningsmodellen består av kapitationsersättning, besöksersättning och målrelaterad ersättning.
- Den målrelaterade ersättningen utgör minst 2 % av den beräknade totala årsersättningen och grundas på både landstingsgemensamma och producentspecifika kvalitetsmål.
- Kapitationsersättningen består av två delar, *grundkapitation* och *områdeskapitation*.

---

<sup>1</sup> Förslag till ny och enhetlig ersättningsmodell för husläkarmottagningar. Stockholms läns landsting 2004-06-15. LS 0309-2381

- Grundkapitation
  - En nivå, lika för alla mottagningar i SLL.
  - Åldersviktad i tre åldersklasser.
  - En del utgörs av ersättning för enklare medicinsk service.
  - Ersättning för telefonkontakter ingår i grundkapitationen för år 2005 (inför övergång 2006 till rörlig telefonersättning).
  
- Områdeskapitation bestående av tre områdesspecifika kapitationstillägg:
  - 1. För socioekonomiska faktorer.
  - 2. För tillgång till övrigt vårdutbud.
  - 3. För områdesansvar enligt basåtagande.

Kapitationsersättningen utgör summan av de två komponenterna grundkapitation och områdeskapitation och utbetalas per listad och olistad boende i mottagningens betjäningsområde.

Andelen rörlig ersättning per besök ökades genom höjd ersättning för besök hos läkare och sjuksköterska/undersköterska på mottagning och i hemmet. Extra ersättning utgår för hembesök och för patienter äldre än 75 år. Ersättning för telefonkontakt förbereddes under 2005 och infördes 2006. Besöksersättningarna begränsas av ett volymtak som fastställs enhet för enhet efter förhandling. Grundprincipen för att fastställa volymtaket består i en bedömning om mottagningarna ligger över eller under genomsnittlig besöksnivå i SLL.

Alla mottagningar har samma besöksersättning. Ersättningen för 2005 framgår nedan.

Inkl patientavgift	Mottagning Kronor/besök	Hembesök Kronor/besök
Läkare	300	400
Läkare, (pat. över 75 år)	400	500
Dsk/Ssk/Usk	200	250
Dsk/Ssk/Usk, (pat. över 75 år)	250	300

Gemensamma principer för hantering av kostnadsansvaret för medicinsk service. Husläkarmottagningen får kostnadsansvaret för enklare provtagning medan beställaren betalar för dyrare och mer komplicerade undersökningar, främst röntgenundersökningar.

Ersättning för basal hemsjukvård ingick inte i beslutet ovan men från och med 2006 finns landstingsgemensamma ersättningsregler även för detta område. Hemsjukvårdsverksamheten ersätts på samma sätt som för hembesök.

En första uppföljning efter första kvartalet 2005 visade att antalet besök hade ökat vid de mottagningar som infört den nya ersättningsmodellen.<sup>2</sup> Den ökning som skett av besöken hade i huvudsak bestått i att fler individer än tidigare tagits om hand inom primärvården. Den farhåga som funnits om att ökad besöksersättning skulle medföra att patienter kallas till onödiga återbesök fann inget stöd i den uppföljningen.

<sup>2</sup> Uppföljning och justering av ersättningsmodell för husläkaruppdraget och förslag till enhetlig ersättningsmodell för hemsjukvård 2006. Stockholms läns landsting. LS 0505-0828

## Ersättningssystemet i region Skåne

En ny ersättningsmodell infördes den 1 januari 2006.<sup>3</sup> Ersättningssystemet ska ge incitament för vård med fokus på individnytta, tillgänglighet, ökad produktivitet, effektivitet och möjlighet till totalkostnadskontroll.

Rent generellt utmärks ersättningsmodellen i Skåne av en relativt hög grad av detaljreglering.

### *Allmänmedicinsk ersättning*

Förslaget innebär uppdelning av ersättningar i tre delar; fast ersättning (kapitation), områdesansvar samt rörlig prestationsersättning.

I allmänmedicinsk verksamhet ingår även jour och beredskap.

*Fast ersättning – kapitation* baseras på invånarnas val av familjeläkare/enhet. Ersättningen är åldersviktad i fyra åldersklasser. En åldersviktad poäng motsvarar 468 kr/496 kr.

*Fast ersättning – områdesansvar* baseras på antalet invånare inom området. Ersättningen ges viktad utifrån sociala ohälsfaktorer inom det specifika området.

*Rörlig ersättning* ges baserad på prestation, besök eller åtgärd.

### **Besök hos läkare**

Läkarbesök av patient som är listad i Region Skåne	264
Läkarbesök av olistad patient folkbokförd i Region Skåne	340
Läkarbesök av olistad utomlänspatient	560
Hembesök hos patient som är listad i Region Skåne	528
Hembesök hos olistad patient	680
<b>Telefonrådgivning mm som leder till anteckning i journal</b>	112
<b>Ersättning för vissa åtgärder</b>	
Dödsbevis	264
Hälsoundersökning av asylsökande	1 080

### *Sjuksköterskeverksamhet/distriktsvård*

Ersättningen ges dels som fast ersättning dels som rörlig ersättning per prestation.

*Fast ersättning* ges för 5 000 genomsnittligt åldersfördelade invånare per distrikts-/sjuksköterska. Tyngden/resursåtgången inom distrikts-/sjuksköterskeverksamheten är i stor utsträckning beroende på åldersammansättningen inom området. Modellen innebär att olika bemanningsgrader möjliggörs för områden med olika åldersstruktur.

För att full fast ersättning ska utgå ska en viss volym rörliga ersättningar uppnås. Denna volym uppgår till 3 500 besök.

*Rörlig ersättning* baseras på prestation (besök/åtgärd).

Sjukvårdande behandling på mottagning	100
Hembesök	224
Gruppbehandling, per patient	67

<sup>3</sup> Översyn familjeläkarverksamhet i Region Skåne. Hälso- och sjukvårdsnämnden 2005-04-06

### *Barnhälsovård*

Ersättning ges som fast ersättning och baseras på invånarnas val av barnhälsovårdsenhet. Varje fast kontakt ersätts med en åldersviktad ersättning.

Ålder	Ersättning 2005
0	7 908
1	903
2	903
3	446
4	903
5	670
6	446

### *Övriga vårdgivare*

För sjukgymnaster utgår dels fast och dels rörlig ersättning. För arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer och dietister utgår endast fast ersättning. De fasta ersättningarna är enhetliga för hela region Skåne.

## **Det framtida ersättningssystemet i Hallands läns landsting**

I landstinget i Halland har ett förslag lagts fram för en ny ersättningsmodell för primärvården.<sup>4</sup> Beslut beräknas tas i landstingsstyrelsen den 13 mars och i fullmäktige den 3 april 2006. Bakgrunden är att man inte är nöjd med hur det fungerar idag då det finns olika modeller inom primärvården i länet. Olika vårdgivare får olika betalt för samma uppdrag, vilket uppfattas som orättvist. Nuvarande ersättningsmodeller stödjer inte de landstingsövergripande målen och saknar bra uppföljningsmått. Dagens modeller belönar vårdenheter för antalet patientbesök istället för den vårdkvalitet som ges. Ersättningsmodellerna stödjer inte den utveckling som skett mot att allt mer kvalificerad vård kan ges i patientens eget närområde.

Förslaget innebär att ersättningen utgörs av en hälso- och sjukvårdspeng per listad invånare som är målrelaterad i den del som avser åtagandet inom primärvård/närsjukvård. Ersättningen är enhetlig för alla vårdenheter och kräver ackreditering/godkännande och överenskommelse med landstinget.

För att få ingå i landstingets utbud av hälso- och sjukvård ska vårdaktörerna uppfylla landstingets ackrediteringskrav. Ackrediteringen baseras på grundläggande krav för att bedriva verksamheten. Exempel på sådana krav är att vårdenheten har system för kvalitetssäkring, ekonomisk stabilitet, teknisk förmåga, kapacitet med mera.

Med överenskommelsen följer ett åtagande som omfattar hälso- och sjukvårdstjänster som är riktade till de invånare som aktivt eller passivt valt enheten. Åtagandet omfattar medicinska bedömningar och behandlingsinsatser, mödrahälsovård och barnhälsovård, viss hemsjukvård (i den mån ansvaret inte överförs till kommunerna), deltagande i jour och beredskapstjänstgöring, tillgång till ungdomsmottagning mm.

I åtagandet ingår också samverkan med andra aktörer inom kommunen och vid Försäkringskassan liksom samverkan med sjukhus för att få till stånd en väl fungerande vård- och rehabiliteringsplanering.

---

<sup>4</sup> Ny ersättningsmodell för primärvård/närsjukvård. Landstinget i Halland 2005-11-22

Utöver åtagandet gentemot de listade invånarna kan överenskommelse träffas mellan landstinget och vårdaktören om särskilda uppdrag till exempel hälsofrämjande arbete med förskolor inom sitt närområde, stöd/handledning av personal vid särskilda boenden (läkarmedverkan utöver enskilda patientärenden), hälso- och sjukvårdsinsatser vid kommunens korttidsboenden, ST- och AT-utbildning, handledning, studierektorsskap för ST- och AT-läkare

Hälso- och sjukvårdspengen är den ersättning som vårdenheten får utifrån hur många invånare som har valt att lista sig (aktivt och passivt) hos enheten. Hälso- och sjukvårdspengen är åldersviktad i fyra grupper. Ersättningen är densamma till alla vårdenheter oavsett vem som behandlar patienten inom en vårdenhet. Ersättningen omfattar alla kontakter oavsett vårdgivare hos vårdenheten, vilket innebär att det inte ges någon särskild ersättning per besök/prestation. Genom att ersättningen är kopplad till mål med avdrag för bristande måluppfyllelse, minskar enhetens intäkter om enhetens listade patienter till exempel har fått sin vård på sjukhus, hos specialister med vårdavtal eller hos psykiatrisk öppenvård. Även betalning för den utomlänsvård de listade invånarna konsumerar, som avser primärvård, skall täckas av hälso- och sjukvårdspengen.

Målen avser

- tillgänglighet
- täckningsgrad
- medicinsk kvalitet,
- läkemedelförskrivning
- hälsofrämjande arbete

För att få full ersättning måste vårdenheten uppnå alla målen i annat fall reduceras ersättningen enligt särskilda regler. Målen kommer att följas upp tre gånger per år i samband med delårs- och årsbokslutet.

## **Ersättningssystemet i England**

Ett nytt nationellt system för ersättningsmodell i primärvård infördes i England 2004. Prestationsersättningsprincipen har ersatts av ersättning som premierar olika aspekter av begreppet kvalitet. Patienterna är listade till mottagning och ej till enskild läkare. Kontraktet är ettårigt och fastställer vilken service mottagningen ska tillhandahålla, på vilken kvalitetsnivå vården ska bedrivas, mottagningens infrastruktur och stödfunktioner samt den ekonomiska ersättningen. Avtalet har starkt fokus på medicinsk uppföljning. Klinisk och organisatorisk standard utvärderas liksom patienttillfredsställelse och tilläggsåtaganden. De medicinska kvalitetsvariablerna är fastställda av fristående expertgrupper.

En utförligare redovisning av det engelska systemet framgår av bilaga 2.

## Ersättningsystemet i Västra Götaland – sannolika utvecklingstendenser

Ersättningsystemen är i ständig förvandling och de måste underhållas kontinuerligt. Den grundmodell för primärvården som beslutades av regionstyrelsen i augusti 2005 kommer sannolikt att vara hållbar under lång tid. Grundmodellens olika delar: kapitationsersättning, prestationsersättning, tilläggsersättning samt målstyrd ersättning kommer att kvarstå; men innehållet och delarnas inbördes förhållanden kommer att ändras över tiden. Som framgått av det föregående avsnittet finns det tydliga tendenser som gör att man redan nu till viss del kan förutse hur det framtida ersättningsystemet kommer att utvecklas.

*Den del av ersättningen som premierar uppnådda mål kommer med stor sannolikhet att successivt öka.* Denna ambition finns både i Stockholm och i Skåne; i England baseras i stort sett hela ersättningen på olika kvalitetsmått. Från och med 2007 kommer Hallands läns landsting att införa en ny modell som innebär att ersättningen bland annat knyts till måluppfyllelse. Idag är viljan att ersätta sjukvårdens kvalitet och resultat klart större än motsvarande förmåga. Kunskapen om vilka mått som skall användas måste därför öka. En ökad andel målstyrd ersättning fordrar bättre och mer omfattande uppföljningssystem än vad vi har idag, något man har insett i England. Registreringen ute i vården måste bli mer omfattande, systemen måste utformas för att fånga relevant information och data måste kvalitetssäkras och analyseras. Det är lätt att bortse från de krav som denna ersättningsform ställer och det därför viktigt att gå omsorgsfullt tillväga då den målstyrda ersättningen utvecklas.

Det är också troligt att *prestationsersättningsdelen successivt kommer att minska* även om det finns motstridiga samtida tendenser i just detta avseende. I Hallands läns landsting kommer inte antalet besök att alls påverka ersättningen från 2007 och samma förhållande gäller redan nu för ersättningen till allmänläkarmottagningar i England. I Stockholm är dock bilden den motsatta; den nya ersättningsmodellen innehåller ökade prestationsincitament jämfört med tidigare. Det troliga är dock att i takt med att kunskapen ökar om hur kvalitet och resultat skall mätas, kommer besöksersättningen att betonas i mindre utsträckning. Orsaken till denna framtidsutsaga är en förmodan om att den målstyrda ersättningen indirekt även mäter produktionen samt att den premierar ett effektivt arbetssätt. En annan faktor som starkt kan komma att bidra till att prestationsersättningsdelen minskar är insikten om att denna ersättning kan medverka till ett ineffektivt arbetssätt. En vårduppgift som skulle kunna lösas vid ett enda besök riskerar att delas upp på flera besök om ersättningen därmed maximeras.

En tredje möjlig utvecklingstrend är *ersättning som stimulerar till att primärvården i ökad utsträckning tar hand om vissa patientgrupper.* Genom att ställa sådana krav hoppas man öka primärvårdens andel av den totala öppenvården vilket gynnar utvecklingen av närsjukvården. I Hallands läns landsting avser man att reducera ersättningen om inte målet för vårdcentralens täckningsgrad uppnås. Täckningsgraden visar hur stor andel av de listade invånarnas konsumtion av öppen hälso- och sjukvård som tillgodoses hos den vårdcentral där patienten är listad.

Inom sjukhusvården kommer successivt en allt större del av besöken att ersättas med öppenvårdsDRG (Nord-DRG-O) som grund. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) har införts vid sjukhusen och registrering av KVÅ-åtgärder utgör underlag för DRG-gruppering. Försök med användning av KVÅ inom primärvården pågår. Utvärderingsresultatet kommer att föreligga tidigast i april 2006. Om försöket utfaller positivt kan vissa vanliga åtgärder inom primärvården komma att ersättas på samma sätt som vid sjukhusen. Redan idag ersätts inom

HSN 5, 11 och 12 vissa specifika åtgärder på ett likartat sätt till exempel 24-timmars blodtrycksregistrering och dynamisk spirometri utan/med bronkodilatation, se avsnittet om tilläggsersättningar. *Ersättning med öppenvårdsDRG som grund* är alltså en möjlig framtida ersättningsform inom primärvården men då sannolikt bara i begränsad omfattning.

## **Regionalt enhetliga ersättningssystem kontra lokala ersättningslösningar**

I uppdragshandlingen står det ” Idag finns ett för stort antal olika varianter av ersättningssystem för att målen ska uppnås. Systemen är svåröverskådliga och inte jämförbara.” Skrivningen innebär att man å ena sidan accepterar att det finns olika inomregionala ersättningsvarianter men å andra sidan att antalet varianter nu är för stort. Kraven på det framtida regionala ersättningssystemet preciseras i uppdragshandlingen i ett antal punkter.

Arbetsgruppen har diskuterat vilka för- och nackdelar det finns med regionalt enhetliga respektive lokala ersättningslösningar.

De viktigaste fördelarna med regional enhetlighet är:

- bidrar till att *vård kan ges på lika villkor* genom att de ekonomiska incitamenten gentemot vårdgivarna är lika
- gör det möjligt att göra *enhetliga prioriteringar och satsningar*
- bidrar till *rättvisa mellan utförarna* under förutsättning att ersättningssystemet förmår att korrigera för vårdgivarnas varierande förutsättningar
- *underlättar jämförelser* mellan olika utförare

De viktigaste nackdelarna med regional enhetlighet är:

- *minskar* möjligheterna till *lokalt inflytande*
- *minskar* möjligheterna att *korrigera för lokala behov*
- *minskar* möjligheterna att ta *hänsyn till lokala förhållanden* som till exempel olika gränssnitt mellan primärvård och sjukhusvård

För- och nackdelar med lokala ersättningslösningar är en spegelbild av ovanstående redovisning av för- och nackdelar. I det lokala perspektivet blir den regionala enhetlighetens fördelar till nackdelar och vice versa.

I praktiken blir emellertid inte bilden lika entydig. Det finns inga renodlat enhetliga regionala ersättningssystem och det finns heller inte ersättningssystem som enbart innehåller lokala regler. Frågan om regionalt kontra lokalt handlar sålunda mer om var gränsen mellan det enhetliga och det lokala skall gå. Skall de regionalt enhetliga delarna utvidgas eller begränsas? Arbetsgruppen har sett det som en av sina viktigaste uppgifter att tydliggöra gränsdragningen mellan de regionala och de lokala delarna i ersättningssystemet.

## **Överväganden rörande den framtida ersättningsmodellen**

### **Inledning**

Ersättningssystemen är resultatet av kompromisser mellan skilda behov och intressen och systemen lever därför ett föränderligt liv. De avvägningar som gjorts måste ofta tas under nytt övervägande eftersom kompromissens inneboende nackdelar successivt blir alltmer uppenbara. De förslag som finns i denna rapport är främst en sammanjämkning mellan

beställarnas och primärvårdsorganisationens intressen. Utgångspunkten har varit att skapa ett mer enhetligt system än det som finns idag. Men förslaget utgör också en avvägning mellan dagens värderingar och möjligheter kontra den potential som kan skönjas under beteckningen ersättning för resultat. Som framgår av avsnittet om framtida utvecklingstendenser ovan framstår möjligheterna, att i allt högre utsträckning ersätta sjukvården för patientupplevd och medicinsk kvalitet, som mycket attraktiva. Men viljan att ersätta kvalitet och resultat är större än förmågan att mäta dessa företeelser. Därför måste vårt förslag ta sikte på vad som är möjligt i ett 3 – 5 års perspektiv. Men den målstyrda delen i den nya ersättningsmodellen kan successivt utvidgas i takt med att kunskaperna om hur man mäter kvalitet och resultat ökas.

*Den ersättningsmodell som föreslås i denna rapport är i första hand utformad för vårdenheter som kan erbjuda sådana vårdtjänster som krävs för att erhålla kapitationsersättning. Enheter som inte kan tillhandahålla sådana vårdtjänster kan i tillämpliga delar ersättas analogt med ersättningsmodellen.*

I den tidigare publicerade rapporten om nyckeltal för vårdcentraler definieras vårdcentral som enhet som erbjuder allmänläkarvård och sjuksköterskevård inklusive vårdtjänster utförda av distriktssköterska och specialsköterska.<sup>5</sup> Eftersom enheter med vårdavtal inte alltid har distriktssköterskevård/specialsköterskemottagning används i denna rapport termen *vårdenhet* som beteckning på den organisatoriska enhet inom offentlig eller privat primärvård som träffar avtal/överenskommelse med hälso- och sjukvårdsnämnd. I de allra flesta fallen är dock vårdenhet lika med vad som innefattas i begreppet vårdcentral.

## **Kapitationsersättningen**

Kapitationsersättningen består av två delar: ersättning för grundåtagande respektive ersättning för områdesansvar.

Det är viktigt att fastslå att oavsett primärvårdsorganisation och oavsett hur avtal/överenskommelser träffas så är *kapitationsersättningen avsedd för den vård som ingår i grundåtagandet och områdesansvaret.*

Kapitationsersättningen är som namnet antyder en per capitaersättning vars storlek baseras på aktivt och passivt listade patienter som tillhör vårdenheten. Tillhörigheten avgörs av det regionala listningssystemet (se nedan). Enligt regionstyrelsens beslut i augusti 2005 åsätts olika åldersgrupper en vikt (se tabellen nedan) som är grundad på faktiskt utnyttjande av hälso- och sjukvård inom primärvården.<sup>6</sup> Det är således ålderssammansättningen inom vårdenhetens upptagningsområde som avgör kapitationsersättningens storlek. För varje vårdenhet kan en poängsumma räknas fram och summan står i direkt relation till den kapitationsersättning utföraren erhåller. Den slutliga totala kapitationsersättningen i kronor beräknas genom att poängsumman multipliceras med ett krontal.

---

<sup>5</sup> Nyckeltal för jämförelser av vårdcentraler. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, december 2005

<sup>6</sup> Primärvårdens ersättningssystem i Västra Götalandsregionen Dnr RSK 270-2005

Ålder	Poäng
0 – 2	1,2
3 – 6	1,1
7 – 44	1,0
45 – 64	1,5
65 – 79	2,4
80 -	2,9

Krontalet fastställs av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd efter förhandling och krontalet bör vara lika för alla vårdenheter inom nämndens område. Observera att den totala kapitationsersättningen kan ökas med ett tillägg om parterna finner att sjukdomsbördan/den socioekonomiska situationen motiverar detta. Se avsnittet nedan om ersättning för områdesansvaret.

Kapitationsersättningen är lika för aktivt och passivt listade. Ersättningen påverkas inte av om medborgaren är listad på en namngiven läkare eller bara på en viss vårdcentral. I uppdragshandlingen anges att huvudprincipen skall vara listning mot namngiven läkare. I dagsläget är emellertid endast en mindre del av patienterna listade mot namngiven läkare. Huvuddelen av patienterna är istället listade mot vårdcentralen. Orsaken är att listning mot namngiven läkare är svår att genomföra för närvarande med hänsyn till vakanser, sjukfrånvaro mm. Se även avsnittet om det regionala listningssystemet.

Kapitationsersättningen avser två ansvarsområden nämligen **grundåtagandet** och **områdesansvaret**, se nedan! Den totala kapitationsersättningen beräknas på det sätt som beskrivits ovan med hjälp av poängsumma och krontal. För de vårdenheter som erbjuder alla vårdtjänster som ingår i grundåtagandet respektive områdesansvaret finns det knappast skäl att ersättningsmässigt dela upp kapitationsersättningen för de två delområdena. Ersättningen till de vårdenheter som inte erbjuder alla vårdtjänster som omfattas av grundåtagandet respektive områdesansvaret måste reduceras. Det finns då motiv för att precisera hur stor del av kapitationsersättningen som utgår för grundåtagandet respektive områdesansvaret.

Kapitationsersättningen kan komma att kompletteras med ytterligare en del från 2007, nämligen läkemedel, under förutsättning att den prövning med skuggersättning som skall prövas under 2006 faller väl ut. Kapitationsersättningen för läkemedel kommer troligtvis att grundas på en annan åldersviktning än ersättning för grundåtagandet och områdesansvaret, eftersom kostnader för läkemedel inte korrelerar till konsumtion av besök inom primärvården. Om läkemedelskapitation införs tillförs ersättningssystemet nya medel vilket innebär att den nya kapitationsersättningsdelen inte skall påverka storleken på kapitationsersättningens övriga två delar.

I HSUs uppdrag står det att ” Överenskommelse om ersättningstak/golv bör träffas lokalt. I den fortsatta processen bör strävan vara att finna likartade konstruktioner i hela regionen.” Arbetsgruppens förslag för hur kapitationsersättningen skall beräknas och att krontalet beslutas lokalt tillgodoser uppdragets krav i detta avseende.

### **Ersättning för grundåtagandet**

Kapitationsersättning för grundåtagandet *följer patienten och patientens listning*. Den ger utföraren ett grundbidrag för att man utför nedanstående vårdtjänster:

- Allmänläkarvård
- Sjuksköterskevård inklusive vårdtjänster utförd av distriktssköterska
- Samverkan i vård- och i rehabiliteringsfrågor på *individnivå* med försäkringskassa, kommuner och stadsdelar, socialtjänst, arbetsförmedlingen, länssjukvården och andra samhälleliga institutioner

Kapitationsersättningen för grundåtagandet skall till del täcka de kostnader för laboratorieverksamhet och röntgenundersökningar som genereras vid läkar- och sjuksköterskebesök. Den del av dessa kostnader som inte ersätts via kapitationen regleras via prestationsersättning med ersättning per vårdkontakt för besök och telefon. Genom denna konstruktion uppfylls kravet i uppdragshandlingen från mars 2005; att det inte skall förekomma några fria nyttigheter.

För vårdenheter som inte som inte erbjuder full service enligt ovan reduceras grundåtagandekapitationen med belopp som överenskomms lokalt i avtal/överenskommelse.

### **Ersättning för områdesansvaret**

För att kapitationsersättning för områdesansvaret skall utgå fordras att vårdenheten erbjuder hälso- och sjukvård till *hela* befolkningen (bofasta och tillfälliga gäster) inom det *geografiska* upptagningsområdet. De vårdtjänster som ingår i områdesansvaret är:

1. Mottagande av akuta patienter oberoende av listningstillhörighet under öppethållande vardagar
2. Sjukvårdsrådgivning under öppethållande vardagar
3. Medikolegala åtgärder som dödsattester och vårdintyg under öppethållande vardagar
4. Hälsöfrämjande, primärpreventivt och sjukdomsförebyggande arbete på *grupp* nivå i samverkan med t ex kommuner, stadsdelar, socialtjänst, skolhälsovård, apotek, försäkringskassa, hälsopolitiska råd, folkhälsoråd, andra samhälleliga institutioner samt med ideella organisationer

I turistattraktiva delar av regionen ökas befolkningen avsevärt under sommaren. Det rör sig om turister som dels kommer från Västra Götalandsregionen och dels från andra landsting. Den kapitationsersättning som ges för områdesansvaret täcker inte primärvårdens alla extrakostnader i dessa områden. Det är därför viktigt att ersättningen i prestationsdelen sätts på en sådan nivå att det finns adekvata ekonomiska incitament att ta emot de inomregionala turisterna. Ersättningsnivåerna för utomregionala patienter avgörs i de avtal som regionen ingår med andra landsting och påverkas därför inte av den inomregionala ersättningsmodellen.

För att överhuvudtaget kapitationsersättning för områdesansvaret skall utgå fordras att vårdenheten erbjuder service enligt punkt 1, 2 och 3 ovan. För vårdenheter som inte erbjuder service enligt punkt 4 ovan reduceras områdeskapitationen med belopp som överenskomms lokalt i avtal/överenskommelse.

## **Påverkan av sjukdomsburda och socioekonomiska förhållanden**

Vårdenhetens kostnader påverkas av det geografiska upptagningsområdets sjukdomsburda och socioekonomiska status. Sjukdomsburdan varierar mellan olika kommuner på ett sätt som inte enbart kan förklaras av faktorer som ålderssammansättning och könsfördelning.<sup>7</sup> Även de socioekonomiska förhållandena varierar. Detta gör att tillägg till kapitationsersättningen bör tillåtas. Det finns olika tekniker för att beräkna dessa två faktorerers omfattning såsom Standardkostnad för hälso- och sjukvård (används vid den inomkommunala skatteutjämnningen), Adjusted care groups (ACG) och Care need index (CNI). Teknikerna är dock ännu inte tillräckligt utprovade för att man skall våga använda dem som resursfördelningsinstrument för de små populationer som varje vårdenhet betjänar. Ett arbete med att pröva och värdera dessa olika metoder bör startas i regionen med syfte att senare använda sig av dem som underlag för fördelning av resurser mellan olika vårdenheter. Tills vidare får det eventuella tillägget beroende av sjukdomsburda och socioekonomiska faktorer göras av avtalsparterna med utgångspunkt från lokal kunskap och erfarenhet. Motiveringarna bör skrivas in i avtal och överenskommelser. Likaså skall tilläggets storlek klart framgå i överenskommelsen/avtalet.

## **Det regionala listningssystemet**

I hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut i augusti 2001 om läkarvals- och ersättningssystemen inom primärvården fastslogs regler för listningssystemet. Ett listningsförfarande med aktiv eller passiv listning infördes. Utföraren erhåller kapitationsersättning, baserad på de listades ålder, för de listade patienterna.

### **Listningsstatus**

Listningen omfattar alla i Västra Götaland. Initiativ till aktiv listning kan bara tas av personer äldre än 16 år bosatta inom Västra Götalandsregionen eller i förekommande fall i Hallands län. Listningssystemet administreras i en databas som kallas LISA. I LISA finns alla invånare listade på offentliga eller privat drivna vårdenheter.

De möjliga alternativen beträffande listningsstatus är:

- **Passiv** - En person som är bosatt i ett område, och ej listat sig aktivt, anses höra till den vårdcentral som har ansvaret för det aktuella området.
- **Aktiv** - En person som valt en vårdenhet.
- **Avstår** - En person avstår från att vara listad. För närvarande har endast ett tiotal personer i regionen utnyttjat den möjligheten

Hälso- och sjukvårdsnämnderna 5, 11, och 12 använder beteckningen tillhör istället för passiv. Oavsett beteckning hanteras passiva och tillhöriga på samma sätt. Individer med skyddade personuppgifter har ej möjlighet att ingå i listningssystemet.

### **Aktiv listning**

Att vara aktivt listad innebär att invånaren skriftligen uttryckt sin vilja att bli omhändertagen antingen av namngiven läkare eller av viss vårdenhet. Läkaren/vårdenheten kan finnas i

---

<sup>7</sup> Om primärvårdens domän och strategier. Slutrapport för Socialstyrelsens projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet. Socialstyrelsen 2004

området där man bor eller på enhet utanför det geografiska området. Om man gjort ett aktivt val avseende vårdenhet kvarstår listningen även om man byter adress. Den patient som valt aktiv listning har inte företräde till vård framför patienter som är passivt listade.

### **Aktiv listning mot namngiven läkare**

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har uttalat att huvudprincipen skall vara listning mot namngiven läkare. Även i den uppdragshandling som är utgångspunkten för detta arbete har samma ställningstagande gjorts.

Inom Västra Götalandsregionen förekommer det idag endast i mindre omfattning listning mot namngiven läkare inom det offentligt drivna vården. Några hälso- och sjukvårdsnämnder har till och med tagit beslut om att en patient endast kan vara aktivt listad mot en vårdenhet och inte mot namngiven läkare. Den orsak som oftast nämns är att läkarbemanningen inom primärvården inte är så bra att listning mot namngiven läkare skulle fungera.

Det främsta skälet till huvudregeln med listning mot namngiven läkare är att man vill värna om kontinuiteten. Men sannolikt är det omöjligt att upprätthålla kontinuitet mot alla patienter. Förutom bristande bemanning är det svårt att upprätthålla kontinuitet mot alla patienter på grund av frånvaro som orsakas av sjukdom, deltidstjänstgöring, semestrar, kompensationsledigheter, ledighet för utbildning mm. Internt inom vårdenheten utses ofta namngivna läkare för de patientgrupper som anses behöva det. Dessutom sköts ofta patienter med stort kontinuitetsbehov av ett vårdteam, oftast bestående av läkare och sjuksköterska. Listning mot vårdteam eller listning mot vårdenhet kan vara tänkbara alternativ till listning mot namngiven läkare. Det är viktigt att undersöka vilka patientgrupper som har speciellt stort behov av kontinuitet. Övriga patienter, till exempel personer i yrkesverksam ålder utan kronisk sjukdom, prioriterar ofta tillgänglighet före kontinuitet.

### **Passiv listning**

Alla folkbokförda invånare i det geografiska området, som inte gjort ett aktivt val, är passivt anslutna till vårdenheten i området. Den passiva listningen riktas uteslutande mot vårdenheten. Alla patienter skall tas om hand med hänsyn till vårdbehovet oavsett listningsstatus. Vid flyttning flyttas passivt listade automatiskt till ny vårdenhet om den nya bostaden ligger utanför den gamla vårdenhetens upptagningsområde.

### **Möjlighet att avstå från att delta i listningssystemet**

Den som vill avstå från att vara listad skall skriftligt meddela detta till hälso- och sjukvårdskansliet. Om en sådan person ändå söker vård ersätts vårdgivaren av berörd hälso- och sjukvårdsnämnd. Listningsstatus kan på begäran ändras till aktiv eller passiv listning. För närvarande har endast tioalet personer i regionen avstått från att delta i listningssystemet

### **Prestationsersättning**

Prestationsersättningen är en ersättning för utförda vårdkontakter inom ramen för grundåtagandet det vill säga besök som utförs av läkare och sjuksköterskor.

Prestationsersättningen omfattar

- läkar- och sjuksköterskebesök
- vissa andra vårdkontakter

## Utgångspunkter

- Prestationsersättningen skall främja tillgänglighet och vara utformad så att patientens valfrihet inte inskränks
- Benämningen av de besök och vårdkontakter som prestationsersätts skall vara regionalt enhetliga
- Prestationsersättningen skall vara densamma för en viss vårdkontakt oavsett patientens ålder. Ersättningsmodellen väger in patientens ålder genom den poängtrappa som ligger till grund för kapitationsersättningen.
- Omfattningen av ersättningssystemets prestationsersättningsdel begränsas av att produkterna motsvarar vad som ingår i grundåtagandet, det vill säga allmänläkar- och sjuksköterskevård. Det innebär att besök som utförs av andra vårdgivare som till exempel undersköterskor, kuratorer och psykologer oavsett ersättningsformen tillhör ersättningssystemets tilläggsersättningsdel.
- Vårdgivaren tar in patientavgifter för läkare och sjuksköterska/distriktssköterska medan hälso- och sjukvårdsnämnden ersätter vårdgivaren i efterhand med mellanskillnaden upp till prestationsersättningsnivån. Ersättning för patienter med frikort samt för barn ersätts helt från hälso- och sjukvårdsnämnden. Om patientavgifterna ändras under avtalstiden justeras den del av ersättningen som utbetalas från nämnden i motsvarande grad.
- Besöksersättning utgår för besök som syftar till utredning och behandling inom hälso- och sjukvården. Däremot skall inte prestationsersättning utgå för besök som endast omfattar förebyggande verksamhet (vaccinationer), hälsoundersökningar (friskintyg) och dylikt. I dessa fall är utförarens intäkt dels patientavgiften och dels eventuella tilläggsersättningar (se nedan) som överenskomms med beställaren.
- För att besök och andra vårdkontakter skall vara ersättningsberättigade krävs att kontakten är journalförd och innehåller en medicinsk bedömning eller medicinsk åtgärd.

### Enhetliga ersättningsnivåer inom prestationsersättningsdelen

Tidigare i dokumentet finns ett avsnitt om för- och nackdelar med regionalt enhetliga ersättningssystem kontra lokala ersättningslösningar. Resonemanget som fördes där kan appliceras på frågan om vi i Västra Götaland skall ha regionalt enhetliga ersättningsnivåer inom prestationsersättningsdelen.

De viktigaste fördelarna med regionalt enhetliga ersättningsnivåer är de bidrar till att *vård kan ges på lika villkor* genom att de ekonomiska incitamenten gentemot vårdgivarna är lika, att de bidrar till *rättvisa mellan utförarna* och att de *underlättar jämförelser* mellan olika utförare. Vidare påverkas vårdenheterna på ett likartat sätt då det gäller benägenheten att använda telefonen som en ersättning för besök. Det registrerade utnyttjandet av telefon som kontaktmetod varierar inom regionen och skillnaderna beror åtminstone delvis på de skilda ersättningsnivåerna.

Ytterligare ett argument för en enhetlig ersättningsnivå är att såväl Stockholms läns landsting som region Skåne har uniforma ersättningsnivåer.

I dagsläget finns det skillnader i ersättningsnivå som varierar beroende på vilken typ av vårdkontakt det gäller. Spridningen framgår av nedanstående tabell.

	HSN 1, 2 och 3	HSN 4 och 7*	HSN 5,11 och 12	HSN 6 och 8	HSN 9 och 10
Mottagningsbesök, läkare	420	330	318	375	310
Hembesök, läkare	513	600	477	375	434
Telefon med patient, läkare	75		80	113	174
Mottagningsbesök, sjuksköterska	189		175	188	182
Hembesök, sjuksköterska	189		232	188	243
Telefon med patient, sjuksköterska	75		80		87

\*Uppgifter saknas för HSN 4 och uppgifterna är inte kompletta för HSN 7

För mottagningsbesök som utförs av läkare är skillnaden mellan lägsta och högsta ersättning 35% och för mottagningsbesök som utförs av sjuksköterska är motsvarande skillnad 8%.

Vilken ersättningsnivå är den rätta? Enligt HSUs uppdragshandling är tillgänglighet ett av de grundläggande målen för ett fungerande ersättningssystem. Ersättningsnivån bör därför vara på en sådan nivå att det är ekonomiskt intressant att ha en hög tillgänglighet. Av och till uppmärksammas att vårdcentraler inte tar emot patienter som är listade på en annan vårdcentral trots att regelverket är tydligt i det avseendet. Orsakerna till detta varierar men en bakomliggande faktor kan vara bristande ekonomiska incitament. Besök av patient som inte är listad vid vårdcentralen är ofta av ”tillfällig” karaktär, till exempel på grund av akut sjukdom. Om patienten uppsöker en vårdcentral som ligger utanför det nämndsområde där han/hon är listad utgår förhöjd besöksersättning, för närvarande cirka 650 kronor (ersättningen följer den nationella taxan). Om patienten uppsöker en vårdcentral inom det nämndsområde där han/hon är listad erhåller vårdcentralen ingen förhöjd ersättning.

Tabellen nedan innehåller de olika vårdkontakter som ingår i prestationsersättningsdelen och ett förslag till regionalt enhetliga ersättningsnivåer. Observera att den nuvarande ovan nämnda förhöjda ersättningen för olistad patient utanför nämndsområdet förutsätts kvarstå! Förslaget avser endast ersättningar för patienter som är bosatta inom Västra Götalandsregionen medan speciella ersättningar gäller för patienter som inte är bosatta i regionen.

<i>Enskilda besök</i>	<i>Mottagningsbesök</i>	<i>Hembesök</i>
Läkare	375	475
Sjuksköterska/distriktssköterska	185	235
<i>Andra vårdkontakter</i>	<i>Läkare</i>	<i>Sjuksköterska</i>
Brev/mail/telefonkontakt med patient	110	80

De föreslagna ersättningsnivåerna ovan är satta dels med hänsyn till att de skall utgöra ekonomiska incitament som påverkar tillgängligheten positivt och dels med hänsyn till nuvarande nivåer i regionen. För HSN 1,2 och 3 innebär förslaget en sänkning av ersättningen för läkarbesök medan det är en höjning för HSN 5, 7, 9, 10, 11 och 12. För HSN 6 och 8 innebär förslaget beträffande läkarbesök ingen förändring.

Meningarna inom arbetsgruppen varierar beträffande lämpligheten av regiongemensamma prestationsersättningar. Vissa har ifrågasatt om de föreslagna ersättningsnivåerna kommer att utgöra tillräckliga incitament för att öka tillgängligheten. Å andra sidan innebär förslaget en ersättningshöjning för flera nämnder. Beloppen överstiger motsvarande ersättningar i såväl Stockholms läns landsting som region Skåne.

Vidare kommer möjligheten att lokalt påverka relationen mellan kapitations- och prestationsersättningsdelen delvis att försvinna om den enhetliga ersättningsnivån införs. Relationen mellan ersättningen för läkar- respektive sjuksköterskebesök har också diskuterats.

Regionstyrelsen föreslår årligen ta ställning till ersättningsnivåerna inom prestationsersättningsdelen.

För att uppnå en enhetlig tillämpning inom prestationsersättningsdelen föreslås också att hälso- och sjukvårdsavdelningen i samarbete med hälso- och sjukvårdskanslier och primärvården får i uppdrag att utarbeta ett regionalt regelverk.

## **Tilläggsersättningar**

### **Allmänt**

Tilläggsersättningar innehåller

- vårdområden som inte ingår i grundåtagandet som till exempel barnavård, mödravård, rehabilitering, psykosociala insatser mm
- specifik tjänst som man önskar premiera som till exempel specialmottagning bemannad med sjuksköterska

### **Den ekonomiska konstruktionen för tilläggsersättningarna**

Den ekonomiska konstruktionen för tilläggsersättningarna kan variera. Det kan röra sig om besöksersättningar, ersättning för viss utförd åtgärd, abonnemangserättning för viss tjänst som tillhandahålls etc. Arbetsgruppen anser att det inte finns förutsättningar för att göra den ekonomiska konstruktionen regionalt enhetlig. Det innebär att till exempel BVC-verksamheten kommer att ersättas på olika sätt av hälso- och sjukvårdsnämnderna. För att underlätta jämförelser kan tilläggsersättningarna grovt indelas i tre grupper:

- abonnemangserättningar eller andra fasta ersättningar
- ersättningar per prestation
- ersättningar som baseras på antalet ingående patienter (per capita) till exempel om ersättningen för BVC grundas på antalet barn och deras ålder.

### **Olika typer av tilläggsersättningar**

Det finns stora regionala skillnader i hur man organiserar primärvårdens insatser i kommunal hälso- och sjukvård (hemsjukvård och särskilt boende). Inom Göteborg finns flera särskilda primärvårdsenheter som är organisatoriskt fristående från vårdcentralerna som står för huvudparten av dessa insatser. Utanför Göteborg utförs dessa insatser av respektive vårdcentral. Dessa organisatoriska olikheter gör att det är olämpligt att ersätta dessa insatser inom kapitationsersättningens grundåtagande. Arbetsgruppen föreslår istället att primärvårdens insatser i kommunal hälso- och sjukvård i den regionalt enhetliga modellen betecknas och ersätts som en tilläggsersättning.

För närvarande förekommer följande tilläggsersättningsområden i Västra Götaland:

- insatser i kommunal hälso- och sjukvård
- barnhälsovård (BVC)
- mödrhälsovård (MVC)
- jour under icke-kontorstid
- sjukvårdsrådgivning utanför kontorstid
- vårdplanering
- hjälpmedel

- rehabiliteringsplanering
- rehabilitering (i detta fall särskiljs inte besök hos berörda vårdgivare utan vårdenheten erhåller anslagsersättning för den samlade rehabiliteringsverksamheten)
- recept utan besök (s k telefonrecept)
- ersättning för avgiftsfria provtagningar som görs inför besök vid annan vårdenhet/sjukhus
- vaccinationer som nämnden önskar premiera
- hälsundersökningar som nämnden önskar premiera t ex hälsundersökningar av asylsökande
- specialmottagning bemannad med läkare eller sjuksköterska
- besök hos arbetsterapeut, dietist, fotvårdare, kurator, psykolog, sjukgymnast, undersköterska med flera vårdgivarkategorier
- ungdomsmottagning
- ersättning för vissa utförda vårdtjänster till exempel 24-timmars blodtrycksregistrering, dynamisk spirometri utan/med bronkodilatation (för närvarande endast i Göteborg)

Vid recept som utfärdas utan mottagningsbesök (s k telefonrecept) uppstår regionen centralt initialt patientavgiften som sedan kvartalsvis fördelas ut till respektive hälso- och sjukvårdsnämnd. I avtal/överenskommelser mellan beställare och utförare regleras i vilken utsträckning sådan receptförskrivning skall vara ersättningsgrundande.

Besöksersättning skall utgå för läkar- och sjuksköterskebesök även om tilläggsersättning erhålls för samma besök. Till exempel utgörs den totala ersättningen för ett specialsköterskebesök dels av prestationsersättning enligt ovan och dels av en tilläggsersättningsdel. Det innebär att tilläggsersättningen skall ses som ett tillägg till besöksersättningen inom prestationsersättningsdelen. Det är dock oklart om IT-systemen kan hantera en sådan lösning varför de tekniska förutsättningarna för detta bör undersökas i det fortsatta utvecklingsarbetet av ersättningsmodellen.

Arbetsgruppen bedömer att det inte är lämpligt att införa en regionalt enhetlig förteckning över tilläggsersättningar. En sådan förteckning skulle behöva underhållas kontinuerligt och värdet av en regiongemensam förteckning skulle inte stå i proportion till den arbetsinsats som skulle behövas. Förekomsten av en sådan förteckning skulle förhindra parterna att överenskomma om andra tilläggsersättningar än de som förekommer i listan. Möjligheten att fritt införa ”nya” tilläggsersättningar ger de lokala parterna en stor frihet vilket är värdefullt då andra delar av ersättningsmodellen blir regionalt enhetliga. En sådan frihet står heller inte i motsatsställning till arbetsgruppens uppdrag.

### **Kvalitetskrav för specialmottagningar bemannade med sjuksköterska**

Specialmottagningar finns för en rad patientgrupper till exempel diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), allergi, kärlkramp, hjärtsvikt och högt blodtryck.

För dessa specialmottagningar anser arbetsgruppen att vissa regionalt enhetliga kvalitetskrav bör ställas.

Följande villkor skall gälla för att en specialmottagning skall kunna ersättas som en tilläggsersättning:

- Verksamheten skall stå under medicinsk ledning av läkare
- Verksamheten skall minst omfatta 3 - 4 timmar per vecka med en schemalagd sammanhållen mottagningstid.
- Verksamheten skall bedrivas med ett nationellt eller regionalt vårdprogram som bas.
- Sjuksköterska skall ha adekvat vidareutbildning på högskolenivå omfattande minst 5 poäng.

### **Målrelaterad ersättning**

Syftet med att införa målrelaterad ersättning är att understödja att vårdenheten arbetar mot uppsatta mål. Målen kan gälla medicinsk och/eller patientupplevd kvalitet men också andra mål till exempel inom tillgänglighetsområdet.

På flera nivåer inom den regionala organisationen pågår det aktiviteter för att ta fram mått på olika typer av kvalitet. I sektorsrådets regi har exempelvis en arbetsgrupp fått i uppdrag att ta fram regionalt enhetliga kvalitetsindikatorer som skall följas i primärvården. I anslutning till ärendet om nyckeltal för vårdcentraler beslutade hälso- och sjukvårdsutskottet i december 2005 att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att tillsammans med primärvårdens ledning samordna kvalitetsuppföljningen inom primärvården, i syfte att få till stånd en regionalt enhetlig kvalitetsredovisning på vårdcentralsnivå. Detta arbete kommer successivt att leda till att konsensus uppnås kring hur kvalitet skall mätas vilket är en förutsättning för att ersättning skall kunna utgå.

En inventering av målrelaterad ersättning i 2006 års avtal/överenskommelser visade att den målstyrda ersättningen uppgår till mellan 0,1 – 0,5% av totalersättningen.<sup>8</sup> Den målstyrda ersättningen som utgår under 2006 har i de allra flesta fall kunnat placeras in under tre olika kategorier: tillgänglighet, kvalitet och samverkan. Den ersättning som hör samman med tillgänglighetsbegreppet har ofta en knytning till den nationella vårdgarantin. Ersättning som är förbunden med kvalitetsbegreppet syftar vanligen till styrning av medicinsk kvalitet. Ersättning som kan hänföras till samverkansbegreppet inriktar sig oftast på förbättrad samverkan mellan olika vårdnivåer.

Som redovisats tidigare i rapporten strävar man på många håll såväl nationellt som internationellt mot ersättningsformer som i ökad utsträckning premierar kvalitet och goda resultat. Arbetsgruppen bedömer att den målrelaterade ersättningen i framtiden kommer att ta en allt större del av det totala ersättningsutrymmet. Men vi tror att denna utveckling måste ske stegvis eftersom kunskapen om hur man mäter kvalitet och resultat ännu är ofullständig. För att målrelaterad ersättning skall uppfattas som legitim fordras att måtten och mätmetoderna förankras i organisationen. Denna förankringsprocess måste tillåtas att ta tid.

Förutom sådana mål som är regionalt enhetliga skall hälso- och sjukvårdsnämnd och utförare i överenskommelser kunna avtala om lokala ersättningsgrundande mål.

---

<sup>8</sup> Målstyrd ersättning – en inventering av 2006 års överenskommelser. Hälso- och sjukvårdsavdelningen november 2005

## Särskilda ersättningar

Ersättningar inom primärvården som inte har direkt samband med den patientrelaterade hälso- och sjukvårdsverksamhet som vårdcentralen driver föreslås samlas under beteckningen *särskilda ersättningar*. De särskilda ersättningarna kan jämföras med riktade uppdrag som förekommer som en ersättningsdel för sjukhusen. Sjukhusen erhåller till exempel ersättning för forskning och utveckling, ambulansvård och köpt vård på detta sätt. Till kategorin särskilda ersättningar inom primärvården hör följande områden:

- FoU
- Studierektorsfunktion
- Handledning av läkare och andra studerande under utbildning
- Regionala uppdrag som till exempel smittskyddsverksamhet, läkemedelskommittéer
- Arbete med kris- och katastrofberedskap
- Allmänläkarkonsultverksamhet vid sjukhus
- Glesbygdstillägg
- Utvecklingsansvar
- Övriga ersättningar som inte är ersättning för vårdinsatser och som är uppdrag från ägaren eller beställaren

Arbetsgruppen bedömer att det inte finns förutsättningar för att skapa regionalt enhetliga regler för de särskilda ersättningarna. Villkoren utformas i avtal/överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnd och utförare.

## Relationen mellan ersättningsmodellens olika delar

I förslaget till ersättningsmodell för primärvården förordas enhetliga nivåer inom prestationsersättningsdelen. För kapitationsersättningen har regionstyrelsen beslutat om en enhetlig viktlista som baseras på ålder. Krontalet som slutligt avgör kapitationens storlek beslutas dock av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd. Ersättningsnivåer för övriga delar i modellen, tilläggsersättningar, målstyrd ersättning och särskilda ersättningar, beslutas av hälso- och sjukvårdsnämnderna. Likaså beslutar nämnderna om volymer inom respektive del. Det finns således inga möjligheter att låsa fast relationerna mellan olika delar i ersättningsmodellen. Relationerna mellan de olika delarna i ersättningsmodellen kommer att se olika ut på olika håll i regionen; den slutliga utformningen måste diskuteras i förhandlingar och därefter beslutas i respektive hälso- och sjukvårdsnämnd.

## Ersättningssystemet och uppföljning

I uppdragshandlingen från mars 2005 skriver man: ”Systemen är svåröverskådliga och inte jämförbara.” En stor del av de förslag som läggs fram i detta dokument innebär inga nyheter utan mera att redan existerande ersättningsformer inordnas i en enhetlig modell. Arbetsgruppen har bemödat sig om att definiera ersättningsmodellens olika delar så att de skall bli jämförbara i framtiden. En förutsättning för jämförbarhet är att framtida avtal och överenskommelser utformas så att det tydligt framgår till vilken del i ersättningsmodellen en viss ersättning tillhör.

Arbetsgruppen föreslår att framtida avtal/överenskommelser utformas så att följande uppgifter framgår direkt:

- Förväntade andelar och förväntade belopp för de olika delarna i ersättningsmodellen (kapitationsersättning, prestationsersättning, tilläggsersättning och målstyrd ersättning).
- Krontalet per poäng inom kapitationen som gäller för den aktuella vårdenheten

- Motiveringen till och omfattningen av eventuella tillägg till kapitationsersättningen beroende av sjukdomsbörda/socioekonomiska faktorer
- En beskrivning över olika tilläggsersättningar; hur dessa ersätts i enlighet med den indelning som beskrivits ovan samt ersättningsens storlek.
- En beskrivning över vad som ersätts inom den målstyrda ersättningen, måltal och en beskrivning av villkoren för hur ersättningen kan erhållas
- Omfattningen av särskilda ersättningar och vad det är man ersätter inom denna del

För att avtalen och överenskommelserna skall bli jämförbara föreslår arbetsgruppen att hälso- och sjukvårdskanslierna och utförarna gemensamt utformar regionalt enhetliga mallar för framtida avtal och överenskommelser.

### **Ersättningsmodellen - möjligheter till lokala beslut och lokalt inflytande**

De grundläggande målen för ett väl fungerande ersättningssystem är enligt HSUs uppdrag att det ska främja tillgänglighet, kontinuitet, valfrihet och vara oberoende av driftform. I uppdraget slås fast att det idag finns ett för stort antal olika varianter av ersättningssystem för att målen ska uppnås. Systemen är svåröverskådliga och inte jämförbara. Arbetsgruppen har ovan lagt förslag för i vilka avseenden ersättningsmodellen skall vara regionalt enhetlig. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har inom ramen för den enhetliga ersättningsmodellen fortsatta möjligheter att utifrån lokala förutsättningar påverka avtalens/överenskommelsernas utformning. Nedan förtecknas områden som inte berörs av förslaget till en mer enhetlig ersättningsmodell:

- Volymer
- Krontalet som avgör kapitationens storlek
- Påverkan av sjukdomsbörda/socioekonomiska faktorer på kapitationsersättningens storlek
- Fördelningen av kapitationsersättningen i grundåtagande respektive områdesansvar
- Utformning av och storleken på tilläggsersättningarna
- Målrelaterad ersättning exklusive det som skall vara regionalt enhetligt
- Särskilda ersättningar
- De exakta relationerna mellan ersättningssystemets olika delar

### **Hur uppfylls uppdragets grundläggande krav i det framlagda förslaget?**

De grundläggande målen för ett väl fungerande ersättningssystem är enligt uppdragshandlingen att det ska främja tillgänglighet, kontinuitet, valfrihet och vara oberoende av driftform.

*Tillgängligheten* påverkas av en rad faktorer inom och utom ersättningssystemet. Den viktigaste faktorn inom systemet är ersättningsnivån. För läkar- och sjuksköterskebesök föreslås regionalt enhetliga ersättningsnivåer som bör kunna stimulera till ökad tillgänglighet. Vårdgarantin pekar ut en miniminivå för tillgängligheten. Vårdgarantikraven kan kopplas till den målstyrda ersättningsdelen och tillgängligheten kan alltså påverkas även via den ersättningsdelen.

*Kontinuiteten*, det vill säga patientens möjlighet att ha tillgång till samme vårdgivare över en längre tidsperiod, är inte lätt att påverka med ersättningssystemet. Kontinuiteten påverkas främst av faktorer som bemanning, sjukdom, deltidstjänstgöring, semestrar, kompensationsledigheter och ledighet för utbildning. Även här kan den målstyrda

ersättningsdelen användas för att påverka vårdenheten att uppfylla preciserade kontinuitetskrav.

*Valfrihet* innebär i hälso- och sjukvårdssammanhang att patienten garanteras rätten av välja vårdgivare. Ibland förnekas patienten denna rätt, orsakerna till detta är oklara. Även här är ersättningsnivån inom prestationsersättningsdelen den viktigaste påverkansfaktorn inom ersättningssystemet.

*Oberoendet av driftform* innebär att ersättningssystemet skall vara neutralt i förhållande till om vårdenheten drivs i offentlig eller privat regi. Arbetsgruppen bedömer att det framlagda förslaget tillgodoser detta krav. Kontakterna med privata vårdgivare har bekräftat denna bedömning.

## **Synpunkter från privata vårdgivare**

Som nämnts ovan har synpunkter inhämtats från företrädare för privata vårdgivare i Västra Götalandsregionen. Till övervägande del har synpunkterna påverkat enskilda textavsnitt utan att det framgår att påpekandet emanerar från de privata vårdgivarna. Till exempel har särskilda skrivelser gjorts om förhållandet mellan ersättningssystemet och ansvar för vård av turister/sommargäster. Vidare har förtydliganden gjorts om recept, vaccinationer och provtagningar. Men i vissa fall har det inte varit möjligt att väva in synpunkterna som istället redovisas nedan utan ställningstagande från arbetsgruppen.

De privata vårdgivarna anser att avtalstiderna är alltför korta. De korta avtalstiderna förhindrar långsiktiga investeringar och skapar osäkerhet. Omförhandlingar sker alltför nära inpå utgången av avtalet vilket gör att företagaren antingen måste ”säkerhetsvarsla” anställd personal eller ta personliga ekonomiska risker.

Ofta är de privata vårdgivarnas företag små. Det gör att även mindre avvikelser påverkar det ekonomiska utfallet. När patienterna inte betalar patientavgiften innebär det ett ekonomiskt bortfall vilket kan vara kännbart om det inträffar många gånger. Samma förhållande gäller om förändringar i ansvarsfördelningen mellan sjukhus och primärvården innebär att större diagnostiska undersökningar måste ha utförts innan patienten kan remitteras vidare. Såvida inte avtalen innehåller klausuler som ger möjlighet till omförhandling påverkas det ekonomiska utfallet eftersom vårdenheten är ansvarig för de diagnostiska kostnaderna.

De privata vårdgivarna anser att man inte har möjlighet att bedriva vidareutbildning av läkare på samma villkor som den offentligdrivna vården. Trots påpekanden om detta under lång tid har inte förhållandena förändrats.

Sammanträdesdatum: 2005-05-03

Ärende nr: 8

Till Hälso- och sjukvårdsutskottet

### **Riktlinjer ersättningssystem primärvården.**

De grundläggande målen för ett väl fungerande ersättningssystem är att det ska främja tillgänglighet, kontinuitet, valfrihet och vara oberoende av driftform. Idag finns ett för stort antal olika varianter av ersättningssystem för att målen ska uppnås. Systemen är svåröverskådliga och inte jämförbara. Ersättningssystemet ska vara administrativt enkelt och möjliggöra jämförelser mellan primärvård inom regionen. Systemet ska vara konkurrensneutralt mellan privata och offentliga vårdgivare.

1. I första hand har vårdcentralen ett områdesansvar. Det innebär att ersättning utgår utifrån geografisk tillhörighet om aktiv listning ej är gjord. Huvudprincipen ska vara listning mot namngiven läkare. Gäller hela regionen.
2. Åldersgrupperingarna och viktningen ska vara lika över hela regionen. Strävan är att ha så få grupper som möjligt.
3. Strävan efter att grundåtagandet är lika över regionen. Grundåtagandet innehåller:
  - Allmänläkarvård
  - Sjuksköterskevård (mottagningsköterska/distriktssköterska), exklusive specialistsjuksköterska
  - Lab., röntgen, och läkemedel ska ingå.
  - Jouransvar samt så kallad medicinsk samverkan bör ingå i grundåtagandet.
4. Särskilda ersättningar utöver grundåtagandet kan förekomma. Det gäller sådana verksamheter som alla inte kan eller ska ha. Gemensamt system för vilka åtaganden som bör ersättas i hela Västra Götalandsregionen. Det innebär jämförbarhet mellan offentliga och privata vårdgivare och stabilitet för verksamheten ifråga. Offentlig vårds specifika åtgärder, såsom myndighetsutövning, ska ersättas.
5. Fler kompetenser än läkaren ska ersättas för sina insatser. Ersättningen ska styra mot rätt vårdnivå och prioriterade områden.
6. Fria nyttigheter ska ej förekomma.
7. Överenskommelse om ersättningstak/golv bör träffas lokalt. I den fortsatta processen bör strävan vara att finna likartade konstruktioner i hela regionen.
8. Ersättningen till vårdgivaren bör vara en bruttoersättning.
9. Relationen mellan prestationsersättning och kapitationsersättning kan variera utifrån de lokala förutsättningarna. En del av ersättningen ska ges efter kvalitet/måluppfyllelse. Det kan handla om exempelvis bemötande och tillgänglighet.

### **Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta**

- att beakta ovanstående i pågående arbete med ersättningssystemen i Västra Götalandsregionen för primärvård,
- att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att till 16 juni 2005 återkomma med en rapport till hälso- och sjukvårdsutskottet beträffande modell för ersättningar till primärvården, samt ge förslag på vad som kan genomföras inför 2006.

## Den engelska ersättningsmodellen

Ett nytt nationellt system för ersättningsmodell i primärvård infördes i England 2004. Målet var att hantera allmänläkarnas arbetsbelastning utan att minska på patienternas rätt till sjukvård. Detta åstadkommes genom att låta varje vårdgivare definiera vad man kan erbjuda och att ersätta vårdcentralen baserat på detta. Flera vårdcentralers utbud kan komplettera varandra för att säkra alla patienters tillgång till vård. Dessutom vill man ge tydliga incitament för att uppmuntra hög kvalitet och extra arbetsinsatser samt göra det lättare att rekrytera nya allmänläkare. I modellen övergår man till kvalitetsuppföljning i stället för att som tidigare ge volymersättning.

Patienterna är listade till mottagning, ej till enskild läkare och kontrakt skrives mellan myndigheterna (lokal Care Trust) och vårdgivarens företag. Kontraktet är ettårigt och fastställer vilken service mottagningen ska tillhandahålla, på vilken kvalitetsnivå vården ska bedrivas, mottagningens infrastruktur och stödfunktioner samt den ekonomiska ersättningen. Avtalet har starkt fokus på medicinsk uppföljning. Klinisk och organisatorisk standard utvärderas liksom patienttillfredsställelse och tilläggsåtaganden. De medicinska kvalitetsvariablerna är fastställda av fristående expertgrupper. Ersättningen indelas i följande kategorier:

### *Baseline*

Grundar sig på de två föregående årens budget, antal patienter och åtgärder. Den vård som ingår i basersättningen är vård av patienter som är eller tror sig vara sjuka i tillfälliga åkommor, vård av kroniskt sjuka och terminalvård. Tilläggsupdrag, som ersätts särskilt är barnhälsovård inklusive vaccinationer, gynekologisk hälsokontroll, preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, mindre kirurgiska ingrepp. Utöver detta finns ytterligare en ersättningsnivå för bl.a. mer avancerade kirurgiska ingrepp, insatser i hemsjukvård, patientnära laborieverksamhet, influensavaccination, vård av depressionspatienter m.m.

### *Human resource*

Personallöner, utvecklingsarbete, It m.m. Företaget måste ha en utvecklingsplan och en kompetensutvecklingsplan. Personalens löner ersätts utefter listans storlek och antalet läkare. Medel från kvalitetsersättningen och företagets vinst kan sedan användas för tilläggsersättning till personalen. Särskilda tillväxtmedel kan användas som företaget finner lämpligt, ofta används de för utbildning. Teknisk utrustning inklusive IT betalas av lokal Care Trust.

### *Access*

Tillgänglighet, öppettider, informationsmaterial m.m. Patientperspektivet är mycket viktigt och följs upp i patientenkäter, intervjuer, referensgrupper. Detaljer som fastställs är att patienter ska kunna boka tid i förväg och garanteras minst tio minuter av läkarens tid samt att personalen har formell kompetens.

### *Quality*

Kvalitetsuppföljning sker vad gäller kliniska resultat, läkemedelsförskrivning och hur företaget sköts "management". De kliniska kvalitetsvariablerna följer ett poängsystem där mottagningen väljer nivå. Minimum är 800 poäng av 1050 möjliga. Poäng erhålles för att utföra en viss åtgärd (t ex hur många diabetespatienter som har ett aktuellt HbA1c-värde i journalen) och för den nivå av en viss variabel man når (t ex hur många diabetespatienter som

har ett HbA1c-värde < 7,5). De områden som fokuseras i kvalitetsuppföljningen är sekundärprevention vid koronar hjärtsjukdom, stroke/TIA, hypertoni, diabetes, KOL, astma, epilepsi, hypotyreos, cancer och mental hälsa. Inom varje område finns en klart definierad redovisning över hur poäng kan erhållas.

Den ekonomiska kvalitetsersättningen delas även in i

- Preparation payments - kostnader som är kopplade till att bygga upp verksamheten så att den kan möta de nya kraven - utges under maximalt tre år.
- Aspiration payments - ersättning för vad man förväntar sig att kunna göra under det kommande året
- Achievement payments - det man utför utöver det man har i sin basersättning. Dessutom ersättning för att utveckla bättre personalvård, förbättra teknisk utrustning och för etablering i glesbygd. Uppföljningen är mycket detaljerad och kräver en stor tidsinsats av vårdgivaren. Utöver den datoriserade inrapporteringen av patientdata och patientenkäter sker en årlig audit för uppföljning och inför förnyande av kontraktet.