

Sjukhusens ersättningssystem

MARS 2005

Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING	5
2. INLEDNING	8
3. BAKGRUND OCH UPPDRAG.....	8
4. STYRMODELLEN I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	9
5. ÖNSKEMÅL OM FÖRBÄTTRINGAR AV DAGENS ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	9
6. KRITIK MOT DET NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEMET	9
7. OLIKA TYPER AV ERSÄTTNINGSSYSTEM	10
7.1 TOTALBUDGETLÖSNINGAR	10
7.1.1 Kapitation.....	10
7.1.2 Budget baserad på historiska kostnader - anslag	11
7.2 PRESTATIONSERSÄTTNING	11
7.2.1 Retrospektiv ersättning.....	11
7.2.2 Prospektiv ersättning med produktgrupper.....	12
7.2.3 Ersättning baserad på resultat.....	13
7.3 BLANDFORMER.....	13
7.3.1 Prospektiv ersättning i kombination med fastställd totalbudget	13
7.3.2 Kapitation i kombination med ersättning per vårdinsats	13
8. ERSÄTTNING FÖR UTOMREGIONAL VÅRD	14
9. ÖVRIGA INTÄKTSKÄLLOR.....	14
10. DEN INTERNATIONELLA UTVECKLINGEN PÅ ERSÄTTNINGSSOMRÅDET.....	15
11. MÅLKONFLIKTER	15
11.1 VILKA ÄR MÅLKONFLIKTERNA	15
11.1.1 Kostnadskontroll – Produktion	15
11.1.2 Produktion – Kvalitet.....	16
11.1.3 Produktivitet – Effektivitet.....	16
11.1.4 Produktivitet – Risk för överkonsumtion och onödig vård.....	16
11.1.5 Krav på enkelhet och lättbegriplighet – Det stora antalet mål som skall uppfyllas och behovet av exakthet	16
11.1.6 Prioriteringsbeslut – Tillgänglighetsområden	16
12. BESKRIVNINGSSYSTEM.....	17
12.1 BAKGRUND.....	17
12.2 VARFÖR HAR VI BESKRIVNINGSSYSTEM?	17
12.3 BEGREPPET BESKRIVNINGSSYSTEM.....	17
12.4 KVALITETSSÄKRADE BESKRIVNINGSSYSTEM.....	18
12.5 BESKRIVNINGSSYSTEM KONTRA ERSÄTTNINGSMODELL	20
12.6 EFTERSLÄPNING I BESKRIVNINGSSYSTEMEN I FÖRHÅLLANDE TILL MEDICINSK UTVECKLING.....	20
13. BESKRIVNINGS- OCH ERSÄTTNINGSSYSTEMENS KOSTNADER.....	21
14. INFÖRANDE AV KPP I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	21
14.1. UPPDRAGET	21
14.2. NATIONELL UTVECKLING.....	22

14.3. REGIONAL UTVECKLING.....	22
14.4. GEMENSAMMA PRINCIPER FÖR EKONOMISK REDOVISNING OCH FÖR TOTALKOSTNADSBOKSLUT	23
14.5. TILLGÅNG TILL GRUNDERNA FÖR KOSTNADER OCH PRISSÄTTNING	23
14.6. FÖRUTSÄTTNINGAR VID SJUKHUSEN ATT INFÖRA KPP FÖR DEN SLUTNA VÅRDEN.....	24
14.7. FÖRUTSÄTTNINGAR ATT INFÖRA KPP INOM ÖPPEN VÅRD.....	24
14.8. TIDPLAN	24
14.9. PROJEKTORGANISATION VID ETT INFÖRANDE	25
14.10. KPP I PRIMÄRVÅRDEN	25
15. DET FRAMTIDA ERSÄTTNINGSSYSTEMET - EN GRUNDMODELL	25
16. REGIONALA OCH LOKALA PERSPEKTIV PÅ ERSÄTTNINGSSYSTEMET	28
16.1 REGIONÖVERGRIPANDE KRAV PÅ ERSÄTTNINGSSYSTEMET	29
16.2 REGIONGEMENSAMMA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ERSÄTTNINGSSYSTEMEN	29
16.3 REGIONGEMENSAM KÄRNA I ERSÄTTNINGSSYSTEMEN.....	32
16.4 DELAR AV ERSÄTTNINGSSYSTEMET SOM ÄR ÖPPNA FÖR LOKALA ÖVERENSKOMMELSER	33
17. SAMMA ERSÄTTNING I SLUTEN SOM ÖPPEN VÅRD?	34
18. ERSÄTTNINGSSYSTEM MED BRUTEN KURVA	35
18.1 BAKGRUND.....	35
18.2 TEORI OM MARGINALPRISSÄTTNING	36
18.3 ARGUMENT MOT ERSÄTTNING MED BRUTEN KURVA	37
18.4 SAMMANFATTANDE BEDÖMNING AV ERSÄTTNING MED BRUTEN KURVA	37
19. SJUKHUSENS ÖPPENVÅRDSERSÄTTNINGAR	38
19.1 BAKGRUND.....	38
19.2 LÄGET I FEBRUARI 2005.....	39
19.3 ÖVERVÄGANDEN	39
19.3.1 <i>Införande av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÄ)</i>	39
19.3.2 <i>Införande av den vidareutvecklade versionen av Nord-DRG-O</i>	39
19.3.3 <i>Tidtabell för införande av nytt ersättningsystem</i>	40
19.3.4 <i>Produktionsstimulerande incitament</i>	40
19.3.5 <i>Kostnadskalkylering</i>	40
19.3.6 <i>Ytterfallsersättning inom öppenvården</i>	40
20. HÖGSPECIALISERAD VÅRD.....	41
20.1 HÖGSPECIALISERAD SLUTEN VÅRD AV RIKSKARAKTÄR	42
20.2 REGIONSJUKVÅRDEN	42
20.3 INFÖR 2006	42
21. VUXENPSYKIATRI	42
21.1 BAKGRUND.....	42
21.2 NATIONELLA ERFARENHETER	43
21.3 NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	43
21.4 DEN REGIONALA PSYKIATRIPLANEN	43
21.5 FRAMTIDA ERSÄTTNINGSSYSTEM FÖR PSYKIATRIN.....	44
21.6 VAD BÖR GÖRAS FÖR ATT FÖRÄNDRAS NUVARANDE ERSÄTTNINGSSYSTEM INOM PSYKIATRIN?	45
22. ERSÄTTNING AV NÄRSJUKVÅRD – ERSÄTTNING AV VÅRDKEDJOR	46
22.1 UTGÅNGSPUNKT	46
22.2 VAD ÄR NÄRSJUKVÅRD?	46
22.3 ATT ERSÄTTA VÅRDEPISODER/VÅRDKEDJOR	47
22.4 UTREDNINGEN: FÖRSTUDIE OM ERSÄTTNINGAR KOPPLADE TILL VÅRDFLÖDEN.....	47
22.5 VILKA VÅRDEPISODER ÄR INTRESSANTA?.....	49
22.6 VÅRDPROCESSERSÄTTNING FÖR NJURSJUKVÅRD VID SÅS	50
22.7 ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR	50
22.7.1 <i>Organisationsförändringar – nationella erfarenheter</i>	51
22.7.2 <i>Organisationsförändringar - internationella observationer</i>	51
22.8 SAMMANFATTANDE BEDÖMNING AV MÖJLIGHETERNA ATT ERSÄTTA NÄRSJUKVÅRD OCH VÅRDKEDJOR..	52

23. LÄKEMEDEL.....	53
24. RIKTADE UPPDRAG/ABONNEMANG/ANSLAG	53
25. ERSÄTTNING ENBART BASERAD PÅ PRESTATIONSVOLYMER (100% ERSÄTTNING).....	54
26. REGIONGEMENSAMMA PRISER	55
26.1 BAKGRUND.....	55
26.2 TEORI KRING PRISSÄTTNING AV VÅRDTJÄNSTER.....	56
26.3 GRUNDLÄGGANDE UTGÅNGSPUNKTER	56
26.4 INTERNATIONELLA ERFARENHETER	57
26.5 EFFEKTER AV REGIONGEMENSAMT PRIS MED NUVARANDE ERSÄTTNINGSMODELL	57
26.6 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR GEMENSAMMA PRISER I REGIONEN ENLIGT KOMPENSATIONSPRINCIPEN.....	57
26.7 ERSÄTTNINGSNIVÅNS PÅVERKAN VID REGIONGEMENSAMMA PRISER	59
26.8 SLUTSATSER REGIONGEMENSAMMA PRISER.....	60
27. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT GENOMFÖRA STORA FÖRÄNDRINGAR I ERSÄTTNINGSSYSTEMET	61
28. DEN REGIONALA ORGANISATIONEN INOM ERSÄTTNINGSSOMRÅDET	61
29. PRIMÄRVÅRDENS ERSÄTTNINGSSYSTEM	61
BILAGA 1. ETT EXEMPEL PÅ ERSÄTTNING MED BRUTEN KURVA	63

1. Sammanfattning

Denna rapport har sammanställts inom analysenheten, hälso- och sjukvårdsavdelningen. Därefter har den bearbetats och godkänts av en regional samordningsgrupp bestående av representanter för sjukhus, hälso- och sjukvårdskanslierna, primärvårdsförvaltningen och regionkansliet.

I rapporten föreslås en *grundmodell* för ett framtida ersättningssystem. Grundmodellen bygger på att det nuvarande ersättningssystemets befintliga tre delar; *riktad ersättning*, *fast ersättning* och *prestationsersättning*, kompletteras med en ny *målstyrningskomponent*. Den målrelaterade komponenten kan bidra till att ersättningssystemet i högre grad än idag styr mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande samt ökade inslag av hälsorelaterad och förebyggande vård. En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer att vara regionalt enhetligt. Den målrelaterade ersättningen kommer i framtiden även att vara ett värdefullt instrument för det lokala utvecklingsarbetet. *HSU föreslås initiera och samordna arbetet med att utveckla grundmodellen.*

Grundmodellen bör i framtiden följas upp med jämna mellanrum. Uppföljningen bör framförallt rikta in sig på modellens styregenskaper och konsekvenser.

I rapporten läggs förslag på *vilka delar av ersättningssystemet som skall vara regionalt enhetliga* och därmed utgöra den regiongemensamma kärnan samt *vilka delar som är öppna för lokala överenskommelser*. Kärnan består framförallt av regelsystemet som rör fast och prestationsrelaterad ersättning. Den del som är öppen för lokala överenskommelser omfattar främst pris och volymer. Den målrelaterade ersättningskomponenten innehåller dels regiongemensamma mål och dels lokala utvecklingsprojekt och ambitioner. Vissa indikatorer kommer att vara gemensamma för hela regionen och de kommer att ersättas på ett likartat sätt. Formerna för beslutsprocessen kring regionalt gemensamma indikatorer och den ersättning som knyts till dessa indikatorer får utredas och beslutas i särskild ordning.

Grundmodellen föreslås även användas inom *vuxenpsykiatri* där framtagandet av ett enhetligt beskrivningssystem är ett av de mer angelägna utvecklingsprojekten. För psykiatriens del föreslås vidare att ett arbete startas med syfte att senast i början av 2006 lägga förslag till förändringar i den nuvarande ersättningsmodellen.

Arbetet med *sjukhusens öppenvårdsersättningar* föreslås fortsätta enligt tidigare uppgjord planering. Från 2006 skall ytterligare delar av öppenvården ersättas på ett regionalt enhetligt sätt. HSU skall senare under året föreläggas konkreta förslag beträffande omfattning, incitamentsstruktur och tidplaner.

KPP för slutenvården föreslås vara införd vid alla sjukhus i mars 2006 och *KPP* i öppenvården ett år senare, d v s mars 2007. En införandeplan för både slutenvård och öppen vård skall lämnas till HSU senast i juni 2005.

Vid dagkirurgi skrivs patienten i vissa fall in i slutenvården medan åtgärden i andra fall utförs polikliniskt. För att stimulera att ännu fler dagkirurgiska behandlingar utförs i öppen vård föreslås att de fall där patienten skrivits in och ut samma dag ersätts på samma sätt som om åtgärden utförts i öppen vård. Det föreslås att en sådan förändring genomförs från 2006. Ett mer detaljerat förslag till regionala riktlinjer skall lämnas till utskottet i juni 2005.

Ett första steg mot integration av *läkemedelskostnaderna* i ersättningen föreslås ske genom att skuggersättning prövas under 2006. Syftet är att addera läkemedelskostnaden till besök och vårdtillfällen utifrån respektive kliniks läkemedelsförskrivning.

Det skall finnas *en tydlig koppling internt på sjukhuset mellan produktion och resultat på verksamhetsnivå*. Därför föreslås att respektive sjukhus senast juni 2005 beskriver sin interna styrmodell för att upprätthålla denna koppling.

Sjukhusens totala intäktskällor måste sättas in i ett större sammanhang. Vi föreslår att en kartläggning görs av sjukhusens alla intäkter inklusive ersättning för utomregional vård och att man därefter ur ett regionalt perspektiv värderar vilken nivå som fortsättningsvis skall vara mottagare av intäkterna.

Överväganden avseende ersättning av *högspecialiserad vård* (region- och rikssjukvård) får ske efter det att den pågående kartläggningen är slutförd och då beslut om framtida beställningsformer har fattats. För 2006 föreslås inga förändringar i ersättningsmodellen för riks-sjukvård. För regionsjukvården, som i dagsläget ersätts på samma sätt som länssjukvården, gäller att eventuella förändringar som följer av andra förslag i denna rapport påverkar även denna vårdnivå.

En modell för *ersättning med bruten kurva* presenteras. Modellens egenskaper diskuteras i detalj. Det finns argument som talar både för och emot införandet av en sådan ersättningsform. Samordningsgruppen avråder från införande av denna ersättningsform.

De många frågor som uppkommer då man diskuterar *ersättning av närsjukvård och vårdkedjor* gör att dessa områden tillhör de mest komplicerade inom ersättningsområdet. Stora utvecklingsresurser måste avsättas om denna ersättningsform i framtiden skall tillhöra det regiongemensamma ersättningssystemet. Samtidigt kan man konstatera att många av de mål och ambitioner som ligger bakom önskemålen om samlad ersättning av närsjukvård och vård-episoder kan tillgodoses genom användning av den föreslagna grundmodellens olika delar. Lokala försök med att förbättra samarbetet mellan olika vårdnivåer pågår och kan stimuleras genom användande av den målrelaterade ersättningskomponenten. Vi avråder därför från införande av speciella ersättningsformer för närsjukvård och vårdkedjor.

Ersättning enbart baserad på prestationsvolym (100 % ersättning) syftar till att öka sjukvårdsproduktionen. Det är inte helt självklart att denna ersättningsform leder till det önskade resultatet. Den ekonomiska riskfördelningen mellan ägare, beställare och sjukhus förändras påtagligt vid full prestationsersättning. Det föreslås därför att den nuvarande modellen med 50 % fast och 50 % prestationsersättning även fortsättningsvis bibehålles.

Om full prestationsersättning skulle gälla även för den akutsomatiska vården skapar man ett system som leder till att sjukhusen "måste" lägga in patienter för att erhålla fulla intäkter. Med hänsyn till att det finns en rad möjligheter att åtminstone delvis förebygga inläggningar vore detta en felaktig signal. Det är snarare önskvärt att via den målrelaterade ersättningsdelen skapa en omvänd stimulans som innebär en premiering om sjukhus kan minska den slutna akutsjukvården utan att vältra över ansvar och kostnader på någon annan.

Om *regiongemensamma priser* införs utan kompensation för bakomliggande strukturella skillnader får ett gemensamt pris ingen större ekonomisk påverkan för sjukhusen eftersom prisskillnader kompenseras i anslagsdelen. Vid ett införande av gemensamma priser med

nuvarande ersättningsmodell, och om allt annat är oförändrat, riskerar regionen att förlora utomregionala intäkter.

För att regiongemensamma priser skall bli verkningsfulla måste de strukturella skillnaderna mellan sjukhusen utjämnas. Ett eventuellt arbete med att i detalj kartlägga dessa skillnader är dock mycket omfattande och kräver kontinuerlig uppdatering. Det nuvarande systemet med sjukhusspecifika priser är en spegling av de strukturella skillnaderna. I en ersättningsmodell med regiongemensamma priser enligt kompensationsprincipen kan regiongemensamma priser upplevas som mer rättvisa och utjämnade produktivitetsskillnader mellan sjukhusen. De gynnsamma effekterna av denna modell kan dock bara erhållas genom att ägaren tillåter överföring av resurser mellan sjukhusen i regionen; de ”billiga” sjukhusen tillförs resurser för att producera mer medan de ”dyra” sjukhusen förlorar resurser. Systemet skulle bli mer dynamiskt än idag men samtidigt mer svårhanterligt. Det föreslås att man behåller systemet med sjukhusspecifika priser. Återkommande regionala sjukhusjämförelser kan vara ett bättre sätt att utöva ägartillsyn och därmed peka på förbättringsområden.

I ett avsnitt om *primärvårdens ersättningssystem* diskuteras möjligheten av att en målrelaterad ersättningskomponent införs även på denna vårdnivå. Den mest angelägna arbetsuppgiften för att kunna utveckla ersättningssystemet är framtagandet av ett enhetligt beskrivningssystem för primärvården.

2. Inledning

Ersättningssystemet är ett av flera styrinstrument för att nå politiska mål och styra mot en effektiv verksamhet. Det viktigaste styrdokumentet är regionfullmäktiges budgetbeslut med visioner för regionen, mål och anvisningar för de regionala verksamheterna samt med beslut om resurstilldelning till hälso- och sjukvårdsnämnderna. Men även överenskommelser och avtal mellan beställare och utförare samt uppföljning och analys, både på regional och lokal nivå, är betydelsefulla styrmedel. Det är viktigt att det styrsystem som tillämpas utgår från uttalade politiska visioner och mål.

Med ekonomistyrning avses alla de regler, rutiner och organisatoriska anordningar som avser att styra verksamheten till maximal effektivitet, det vill säga förhållandet mellan resursinsats (kostnad) och måloppfyllelse (nytta). Ersättningssystemet måste sättas in i ett sammanhang där det stödjer det man vill nå, att det är enkelt att hantera, att det är begripligt, att det får genomslag ute i den praktiska vårdvardagen och att det kan kopplas till uppföljning.

Ekonomistyrning i form av faktisk ersättning via antingen olika uppdrag eller i former av prestationsersättningar är en stark och effektiv styrform. Förändringar av densamma bör därför föregås av underlag, analys och konsekvensbeskrivningar i syfte att nå avsedd effekt. Man måste bland annat se på ersättningsformernas positiva effekter för de enskilda patienterna och på regionens möjligheter att finansiera eventuella förändringar. Finansiering kan ske antingen via omfördelning av resurser eller via tillskott av nya medel.

Ersättningssystemet har också en direkt påverkan på benägenheten att rapportera prestationer på ett korrekt sätt.

3. Bakgrund och uppdrag

I hälso- och sjukvårdsutskottets ansvarsområde ligger att ”ta fram förslag avseende regiongemensamma ersättningssystem inom hälso- och sjukvården och följa upp tillämpningen av dessa”. Hälso- och sjukvårdsutskottet gav i november 2004 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att till den 9 mars återkomma med underlag och en rapport till HSU beträffande modell för ersättningar till sjukhusen i Västra Götaland. Rapporten ska innehålla förslag på vad som kan genomföras inför år 2006. Med uppdraget följde formaliserade krav på vad som ska ingå i modellen, vilka principer som ska gälla för beställningar av hälso- och sjukvård samt några särskilda utredningsområden som Hälso- och sjukvårdsutskottet vill ha beskrivna. Utöver detta ingår i Hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag att även ha möjlighet att ta upp frågeställningar som ej är med i uppdragsdokumentet.

Uppdraget innefattar ett flertal områden och frågor och bedömdes kräva samordning för att ge en bra helhetsbild. En samordningsgrupp, under ledning av regionkansliet, bildades med representanter från regionens sjukhus, hälso- och sjukvårdskanslierna, samt primärvårdsförvaltningen. Samordningsgruppens medlemmar har varit Ingela Tuvegran, Jan Hallén, Madeleine Andersson, Annet Lundahl, Gunbrith O Palo, Roine Nordén, Mats Johansson, Jan Bengtsson, Maria Gabrielsson Fredrikson och Bengt Kron (sammankallande).

Regionens sjukvårdsgrupp och styrgruppen för terminologi- klassifikations- och ersättningsfrågor (S-TEK) har löpande informerats om arbetet. Lämnade synpunkter och förslag har vägts in i rapporten.

S-TEKs beredningsgrupp har ingående diskuterat de olika avsnitten i rapporten.

Huvudförfattare har varit Maria Gabrielsson-Fredriksson och Bengt Kron. Värdefulla textbidrag har lämnats av Staffan Björck, Hans Ekman, Hans-Bertil Fransson, Göran Gustavsson, Bo Ivarsson, Mats Johansson, Per Sjöli och Leif Sundberg.

Avsnittet om psykiatri har gått igenom av Elisabeth Gruneau, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Christina Möller och Bo Ivarsson.

Avsnittet om sjukhusens öppenvård har beretts av en arbetsgrupp bestående av Barbro Halvarsson, Ulf Clark, Leif Sundberg, Malin Fjellström, Per Sjöli, Mona-Lis Dalbrekt, Jan-Åke Davidsson, Staffan Björck och Bengt Kron.

4. Styrmodellen i Västra Götalandsregionen för hälso- och sjukvård

Den viktigaste delen i styrmodellen är regionfullmäktiges budgetbeslut och flerårsplaner med vision och politiskt antagna mål. Resurser fördelas via budgeten från regionfullmäktige till hälso- och sjukvårdsnämnderna och är det som föregår beställningarna av hälso- och sjukvård. Styrmodellen är komplex och många komponenter samverkar. Överenskommelserna mellan beställare och utförare styr liksom antagna mål, riktlinjer och policys. Bland styrkomponenterna är ersättningsmodellen en av de viktigaste.

5. Önskemål om förbättringar av dagens ersättningssystem

I diskussionerna om framtidens ersättningssystem finns flera återkommande teman. Det gäller t ex hur kunna;

- ersätta för hälsorelaterad och förebyggande vård?
- styra mot de friska processerna och det goda beteendet?
- ersätta vårdkedjor/samverkan inom och utöver våra egna organisationsgränser?
- ersätta patientens hela vårdepisod?
- stödja följsamheten mot regionala vårdprogram?
- ersätta prioriterade patientgrupper som exempelvis äldre och kroniskt sjuka?
- utveckla ersättningsformerna för uppnådda resultat i form av kvalitet?

Vi skall i denna rapport försöka belysa dessa ämnen och diskutera i vilken mån de kan genomföras på kort eller lång sikt.

6. Kritik mot det nuvarande ersättningssystemet

Kritik riktas av och till mot det nuvarande ersättningssystemet för att det bara premierar ”pinnar”. Begreppet pinnar används i detta sammanhang som en symbol för ett förment förlegat synsätt där endast vissa och oftast lätt mätbara prestationer ersätts medan andra mer betydelsefulla åtgärder inte mäts och ersätts. Denna kritik utgår egentligen från att vi idag fortfarande har bristfälliga beskrivningssystem. En annan vanligt förekommande kritik är att systemens nuvarande konstruktion ibland hindrar eller motverkar utvecklingen mot ett rationellare arbetssätt. Då processer effektiviseras kan antalet ”pinnar” som ersätts minska vilket innebär att intäkten minskar. I sådana situationer ger inte ersättningssystemet incitament för

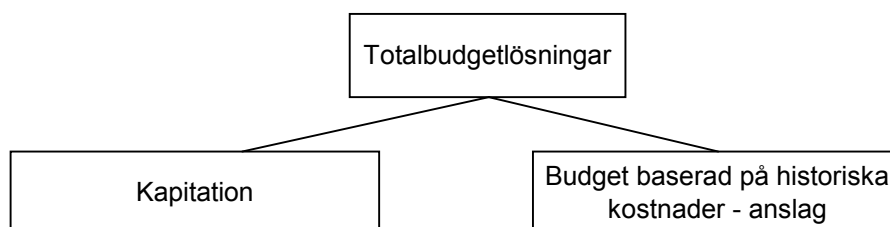
ökad produktivitet. Likaså påpekas de brister som följer av att ett tvärprofessionellt samarbete inte syns i de nuvarande beskrivningssystemen och därmed heller inte ersätts. Andra har fokuserat på att kvalitet inte alls är en faktor som värderas i dagens system. Kritik har också riktats mot att dagens beskrivningssystem inte i tillräcklig grad innehåller moment som fångar skillnader i olika patientpopulationer, d v s att vissa sjukhus i stor utsträckning tar hand om mycket komplicerade fall medan andra genom selektion har hand om enklare patientgrupper.

Det finns ett visst fog för sådan kritik och framtidens ersättningssystem måste därför innehålla nya delar som minskar och helst åtgärdar sådana brister. Samtidigt måste man vara realistisk och inse att ersättningssystemen och de bakomliggande beskrivningssystemen alltid innehåller förenklingar av vårdverkligheten. Men genom förbättringar i sådana system är det praktiskt genomförbart att successivt öka precisionen i styrningen. När man inför ett ersättningssystem, hur logiskt uppbyggt det än är, kommer det att uppstå oväntade effekter och problem, som måste justeras under lång tid. Om man i grunden förändrar systemet uppstår nya problem som kräver nya insatser och tidigare arbete riskerar att gå förlorat. Grundprinciperna i DRG-systemet har varit oförändrade i drygt 20 år som därmed uppvisat en god stabilitet. Samtidigt har systemet utvecklats och förbättrats samt anpassats till den medicinteknologiska utveckling som skett under tiden.

7. Olika typer av ersättningssystem

Det finns flera principiellt olika ersättningssystem. Vi redogör för de olika systemen var för sig; totalbudgetlösningar, prestationsersättningar och blandmodeller.

7.1 Totalbudgetlösningar



Med totalbudgetlösningar kan sjukhuset antingen få stor frihet att självt fatta beslut om vad som skall produceras eller så kan produktionsvillkoren preciseras i avtal.

7.1.1 Kapitation

Med kapitation menas att vårdgivaren periodiskt får ersättning för varje individ som vårdgivaren skall erbjuda hälso- och sjukvård. Kapitationsersättningen kan baseras på invånare i ett geografiskt område, på listade patienter eller på patienter som ingår i en viss sjukdomsgrupp. Kapitation för ett geografiskt område eller på listade patienter är vanligt som ersättningsform inom primärvården. Om kapitationstanken skall appliceras på sjukhusens slutna och öppna vård kan man tänka sig att ge en fast ersättning för en viss patientgrupp. Patienter med kroniska sjukdomar som till exempel reumatoid artrit, njursvikt och kroniska leukemier skulle kunna ersättas med en fast ersättning. Denna ersättning skulle kunna omfatta såväl öppen som slutna vård som ges till patientgruppen men också avgränsas enbart till den öppna vården. En sådan ersättning fordrar att man har god kunskap om de kostnader som patientgruppen genererar. Kapitationsersättning kan ges som en fast ersättning per sjuk patient alternativt ger man

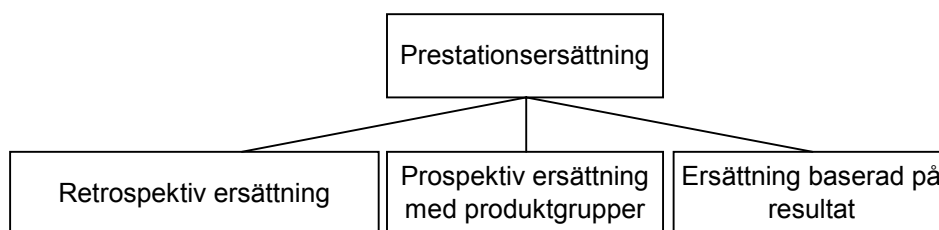
en fast ersättning till hela patientgruppen baserad på incidens- och prevalenssiffror. Kapitation för en hel patientgrupp ger ett incitament till utföraren att utforma vården så effektivt som möjligt. Det ger också incitament att välja det billigaste alternativet om det finns flera att välja mellan. Kapitation kan därför leda till att billiga och eventuellt sämre vårdalternativ väljs istället för dyrare och bättre. Det finns därför ett behov att noga kontrollera vårdens kvalitet och att komplettera med målstyrning.

Det är sannolikt orealistiskt att införa kapitationsersättning för en viss patientgrupp i det korta perspektivet eftersom vi till stor del saknar kunskap om kostnader, patientgruppernas storlek etc. Gränsdragningsproblem uppkommer då en patient som har en sjukdom drabbas av en ny sjukdom; skall kapiteringsersättningen täcka även detta? Därtill är det oklart hur riskfördelningen mellan beställare och utförare påverkas av denna ersättningsform. Om patienten tillhör en diagnosgrupp med dyrbara behandlingar, till exempel transplantationer eller bypassoperationer, innebär varje ny patient med behandlingsbehov en stor kostnad. Om å andra sidan behandlingarna är förhållandevis billiga, innebär inte måttliga variationer av patientantalet så mycket ur risksynvinkel för utföraren.

7.1.2 Budget baserad på historiska kostnader - anslag

Sjukhusen kan tilldelas en budget baserad på historiska kostnader. Utgångspunkten för det nya årets budget är kostnaderna för det gångna året. Tillägg görs för inflationen och för nyinvesteringar i form av personal och utrustning. Önskade produktionsförändringar kan också öka eller minska budgeten. Resurstilldelning baserad på historiska kostnader riskerar att missgynna de enheter som sparar och är återhållsamma med resursförbrukningen. Liksom för kapitation finns en risk att sjukhusen använder sig av billiga och eventuellt sämre vårdalternativ istället för dyrare och bättre. Även med denna ersättningsform finns det därför ett behov att noga kontrollera vårdens kvalitet. De för- och nackdelar som gäller för kapitation existerar även för budget baserad på historiska kostnader.

7.2 Prestationsersättning



Prestationsersättning innebär att en sjukvårdsproducent får ersättning på grundval av hur många prestationer av olika slag som denne gör. Det finns flera olika typer av prestationsersättning varav de följande tre är de vanligaste: retrospektiv ersättning, prospektiv ersättning och ersättning baserad på resultat.

7.2.1 Retrospektiv ersättning

Med retrospektiv ersättning menas att sjukhuset fakturerar för de kostnader som uppkommit i det enskilda fallet under vårdtillfället/besöket. Ersättning per vård dag och ersättning per vårdtjänst (fee-for-service) är exempel på olika typer av retrospektiva ersättningsformer.

Retrospektiv ersättning kan sägas innebära att sjukhus och finansierare har överenskommit om betalning på löpande räkning. Makten över prissättningen varierar beroende på land och politisk situation. I en marknadssituation kan sjukhuset själv besluta om priset och fakturera

det som man självt uppfattar som en skälig ersättning. Retrospektiv ersättning kan också innebära att priset har satts av en extern myndighet, sjukhuset ersätts med standardpriser per insats.

Vid retrospektiv ersättning har varje vårdinsats sitt pris. Det finns ett stort antal vårdinsatser (laboratorieprov, röntgenundersökning, materialkostnader etc). Sjukhuset fakturerar för sitt arbete genom att lägga samman priset för de olika vårdinsatserna som har utförts. Denna ersättningsform stimulerar till ökad användning av diagnostiska och terapeutiska insatser. Det blir lönsamt för sjukhusen att utöka sina tjänster och även att köpa in ny dyrbar teknologi så länge som beställaren medger detta. Sjukhuset stimuleras att producera tjänsten så länge marginalkostnaden understiger den fastställda standardprisnivån. I ett renodlat retrospektivt system är inte det totala antalet vårdinsatser bestämt på förhand. Den som betalar vården betalar det som sjukhuset fakturerar. Sänkningar av standardpriset kan leda till att antalet producerade tjänster ökar eftersom sjukhuset vill behålla intäkterna på samma totalnivå som tidigare. En sänkning av standardpriset kan också leda till att produktblandningen ändras; man utför och fakturerar fler dyrbara vårdinsatser än tidigare.

Om sjukhusen själva bestämmer över priset kommer prisnivån att variera beroende på olika grundkostnader och på produktionsvolymen.

Retrospektiva ersättningsformer leder ofta till högre kostnader och försämrad produktivitet och otillräcklig totalkostnadskontroll.

Det finns en glidande övergång mellan retrospektiva och prospektiva ersättningsformer. Retrospektiv ersättning med standardpriser kan också betecknas som en form av prospektiv ersättning. Val av beteckning beror på vilken aspekt man vill betona, faktureringen i efterhand eller prissättningen i förhand.

7.2.2 Prospektiv ersättning med produktgrupper

Vid prospektiv ersättning med produktgrupper bestäms ersättningen per produktgrupp i förväg. Vårdtjänster med likartat medicinskt innehåll läggs samman till produktgrupper. Produktgruppens pris är ett genomsnitt av kostnaderna för de ingående vårdtjänsterna. DRG-systemet är ett exempel på hur vårdtjänster lagts samman till produktgrupper. Denna ersättningsmetod stimulerar sjukhusen att öka sina intäkter genom att behandla fler patienter. Eftersom ersättningen har satts i förväg finns det också ett incitament att reducera kostnaden inom produktgruppen. Detta kan dels ske genom interna rationaliseringar och dels genom så kallad cream skimming. Den sistnämnda företeelsen, som har beskrivits i USA, innebär att man väljer bort misstänkta problempatienter och ger företräde för ”enkla” patienter. Fenomenet förekommer även vid kapitation. Det är osannolikt att ekonomiskt syftande patientselektion förekommer inom den offentligt finansierade svenska sjukhusvården.

System med prospektiv ersättning med produktgrupper leder ibland till bristande totalkostnadskontroll.

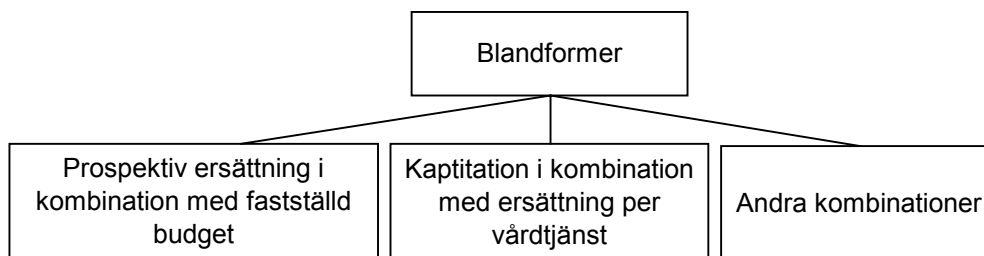
En avsikt med prestationsersättningen är att öka produktiviteten. Tidigare har endast några få sjukhus i Västra Götaland haft kostnad-per-patient-redovisning (KPP), de sjukhus som saknat KPP har inte haft någon kunskap om sina kostnader för respektive DRG. De sjukhus i Västra Götaland som haft KPP har endast i liten omfattning använt sig av KPP-uppgifterna för att jämföra aktuella kostnader per DRG med den ersättning som erhållits. Sjukhusen har endast undantagsvis använt sig av produktstyrning; något som är möjligt då sjukhuset har KPP-redovisning och DRG-ersättning. Enligt teorin är incitamentet till ökad produktion vid prospektiv prestationsersättning verkningsfullt endast om prestationsersättningen överstiger sjukhusets

marginalkostnader. Eftersom sjukhusen inte använt sig av produktstyrning har man heller inte undersökt marginalkostnadens storlek för sina olika produkter. Ett kanske försummat område är att komplettera dessa prestationsbaserade system med att särskilt ersätta eller stimulera åtgärder som förebygger sjuklighet eftersom incitament saknas för detta.

7.2.3 Ersättning baserad på resultat

I några fall har man försökt att ersätta vården utifrån ett patientperspektiv, patientnyttan sätts i fokus. I delstaten Oregon i USA har man försökt att tillämpa detta på ett konsekvent sätt. Prioriteringar av enskilda behandlingar har gjorts utifrån kostnader, livskvalitetsförbättringar och hur länge de varar. Denna ansats har emellertid kritiserats, bland annat för att svårt sjuka patienter nedprioriterats i förhållande till mindre svårt sjuka patienter eftersom behandlingen av de senare ofta har en säkerställd effekt till skillnad från de förra.

7.3 Blandformer



De olika finansieringsmetoderna har vid sidan av eftertraktade egenskaper också oönskade sidoeffekter. En ersättningsmetod kan ha yttringar som motverkar de oönskade sidoeffekterna av en annan metod. Det är därför naturligt att man försöker kombinera olika ersättningssystemen för att balansera systemens olika effekter. Det finns en rad olika kombinationer, två av dem kommenteras nedan.

7.3.1 Prospektiv ersättning i kombination med fastställd totalbudget

Totalkostnadskontroll och hög produktivitet är två viktiga mål. Med enbart fastställd totalbudget kan kostnadskontrollen uppnås men metoden främjar inte effektiv resursanvändning och hög produktivitet. Med prospektiv ersättning ökar incitamenten att behandla fler patienter och att minska kostnaden per patient. Däremot stimuleras inte sjukhusen att hålla tillbaka totalkostnaderna då de enbart ersätts med prospektiva finansieringsmetoder. Ett exempel på en blandad ersättningsform är en kombination av prospektiv ersättning och totalbudget. 50-80 % av totalkostnaden ges som anslag och resten erhålls som prestationsersättning. Metoden används för närvarande i Västra Götaland och i en rad europeiska länder.

7.3.2 Kapitation i kombination med ersättning per vårdinsats

Med ersättning per vårdinsats riskerar man ett visst överutnyttjande av medicinska åtgärder. Ett viktigt ekonomiskt incitament vid kapitation är att reducera sjukvårdskonsumtionen eftersom ersättningen faller ut även om produktionen sänks. Det kan leda till underutnyttjande av medicinska åtgärder. Därför kan de två finansieringsmetoderna kombineras. Kapitation ger totalkostnadskontroll och ersättning per vårdinsats kan användas för de områden där ett ökat utnyttjande önskas.

Tabellen nedan sammanfattar några av de olika ersättningsprincipernas viktigaste egenskaper. När man väljer ersättningsmodell kan det finnas skäl att kombinera de olika renodlade systemen för att erhålla såväl kostnadskontroll, hög produktivitet som tillgänglighet.

	Produktivitet	Tillgänglighet	Flexibilitet	Kostnadskontroll
Anslag	-	-	+/-	+++
Kapitering	-	-	+	+++
Prospektiv ersättning med produktgrupper	++	++	++	++
Retrospektiv styckeersättning	+++	+++	+++	-

8. Ersättning för utomregional vård

Ersättningen för den vård som ges till patienter som inte bor inom Västra Götaland fastställs i överläggningar med de landsting som ingår i Västra sjukvårdsregionen. Med nuvarande indelning i sjukvårdsregioner innebär det att Landstinget Halland förhandlar för övriga regioner och landsting. Utomregional vård bedrivs vid alla regionens sjukhus men SU är den vårdgivare som dominerar.

Utgångspunkten enligt nu gällande avtal är att den inomregionala ersättningen skall vara grund även för den utomregionala ersättningen. Vi har dock idag inte en direkt överensstämmelse mellan inom- och utomregionala priser. I förhandlingarna kan vissa avsteg göras genom specialkalkyler. I nuvarande prislista har t ex hänsyn tagits till konsekvenserna av att den geriatrika vården vid SU numera ersätts med DRG som grund och inte efter specialkalkyl som tidigare skett. Vidare inarbetas vissa ersättningar som sker utanför prestationsersättningen, det gäller framför allt SU:s ersättning för FoUU och ”sista utposten”. I förhandlingarna överenskomms också om vissa rabatter.

Ersättningen baseras enbart på utförda prestationer utan någon fast ersättning. Utomlänspriset påverkas ej direkt av regionens resultat i form av ett eventuellt över- eller underskott. Ersättningen för utomlänspatienter går direkt till det sjukhus som har utfört vården och ingår inte i någon takkonstruktion. Det finns därmed ett ekonomiskt incitament att ta emot fler utomlänspatienter.

För 2006 har Samverkansnämnden för Västra sjukvårdsregionen beslutat om en översyn av gällande avtal för utomregional vård.

Det finns också avtal direkt mellan SU och vissa landsting rörande högspecialiserad vård.

9. Övriga intäktskällor

Utöver ersättningar från den inom- och utomregionala vården har sjukhusen ytterligare intäktskällor. Det gäller t ex ersättning från kommunerna för vård av utskrivningsklara patienter. Denna ersättning beror på kommunernas möjlighet att ta hem utskrivningsklara patienter och den varierar över tid. Andra intäkter är patientavgifter, ersättning för medicinsk service och ersättning för asylvården. Sjukhusens totala intäktskällor måste sättas in i ett större sammanhang. Vi föreslår att *en kartläggning görs av sjukhusens alla intäkter inklusive ersättning för utomregional vård och att man därefter ur ett regionalt perspektiv värderar vilken nivå som fortsättningsvis skall ta emot intäkterna*. Redovisningen av övriga intäktskällor skall ske i samband med sjukhusens redogörelse för uppdraget att beskriva sin

interna styrningsmodell (se nedan under avsnittet Regiongemensamma förutsättningar för ersättningssystemen).

10. Den internationella utvecklingen på ersättningsområdet

Det är drygt 20 år sedan DRG-baserade ersättningssystem introducerades i USA. I USA hade ersättningen tidigare baserats på löpande räkning och motivet till förändringen var behovet av kostnadssänkningar. Kostnaderna sänktes också i perioden efter införandet. DRG-liknande system används sedan drygt 15 år som grund för ersättningen inom stora delar av Europa och även i Australien. Numera är motiven för införande oftast önskemål om förbättrad prestationsredovisning och ökad produktivitet.

I Europa var det mindre länder som först började använda DRG-system som beskrivnings-system och senare som underlag för prospektiva ersättningssystem. Dessa prospektiva ersättningssystem används nu i dessa länder i varierande utsträckning för ersättning av sjukhusens slutenvård. Sverige var bland de första europeiska länderna som införde DRG. I Finland används inte DRG-system konsekvent som grund för ersättning. Däremot används DRG-system för beskrivning och benchmarking av sjukvård. Norge har ett nationellt prospektivt system baserat på DRG liksom Danmark.

I större länder som Spanien är användningen av prospektiva system nära nog fullständig. I Frankrike introduceras ett DRG-baserat system från 2004 och Tyskland introducerade sitt system frivilligt från år 2000 på försök och sedan år 2004 är anslutningen obligatorisk. England är i startfasen att introducera ett koncept benämnt "payment by results" som innebär övergång till prestationsersättning på nationell basis. Systemet befinner sig i en uppstartfas och det baseras på ett eget DRG-liknande system där grupperna benämns Human Resource Groups (HRG).

Sammanfattningsvis används DRG- eller DRG-liknande system i en allt större utsträckning för beskrivning av sjukvård och som grund för prospektiva ersättningssystem i stora delar av Europa.

11. Målkonflikter

11.1 Vilka är målkonflikterna

Önskemålen om vilka mål som skall tillgodoses via ersättningssystemen är omfattande. För det mesta kan de olika målen kombineras men i några fall kan måluppfyllelse i ett avseende leda till att ett annat mål hotas.

Nedan följer en beskrivning över några av de målkonflikter vi har att hantera.

11.1.1 Kostnadskontroll – Produktion

Ökad produktion kan leda till ökade kostnader. Kostnadskontrollmålet är ett av regionens högst prioriterade mål. God ledning och styrning kan leda till att produktionen ökar utan att kostnaderna ökar, förkortade och effektivare vårdprocesser är ett exempel på detta.

11.1.2 Produktion – Kvalitet

Hög produktivitet innebär att sjukhusen producerar så mycket som möjligt i förhållande till de tillgängliga resurserna. Att eftersträva hög produktivitet innebär att man inriktar sig på volymen; att öka antalet producerade vårdtjänster. En alltför stark betoning av produktivitetsmålet kan leda till sänkt kvalitet, men risken för en sådan utveckling är mycket liten inom den svenska hälso- och sjukvården. Den professionella integriteten och olika former av tillsyn bland annat via regionen självt samt från Socialstyrelsen motverkar detta.

11.1.3 Produktivitet – Effektivitet

Med effektivitet avses förhållandet mellan resursinsats och verksamhetens resultat. Resultatet mäts bland annat i förhållande till uppsatta mål, patientnyttan, produktionsmål och allmänt accepterade kvalitetskrav. Det gäller att producera rätt tjänster, att producera så många ”riktiga” tjänster som möjligt och att säkerställa att de producerade tjänsterna har rätt kvalitet. Ofta sammanfaller de båda målen, förändringar av produktiviteten innebär en likartad effektivitetsförändring. Ökad produktivitet kan dock även innebära att effektiviteten sjunker. Det inträffar om man inom tillgängliga resurser ökar sin produktion genom att producera ”fel” tjänster eller genom att producera tjänster med icke fastställd kvalitet. Minskad produktivitet kan också innebära ökad effektivitet. Om de tre förberedande besöken inför en operation slås samman till ett besök minskar produktiviteten samtidigt som effektiviteten ökar. Det är viktigt att ersättningssystemens utformning är sådan att man premierar såväl prestationerna som andra, som t ex rätt kvalitet och effektivitet. Den föreslagna nya grundmodellen (se detta avsnitt nedan) kan innebära ett framsteg därvidlag jämfört med vad som gällt hittills.

11.1.4 Produktivitet – Risk för överkonsumtion och onödig vård

Ersättningssystem som innehåller kraftiga produktionsstimulerande incitament kan leda till att patienterna får onödig vård. Risken för detta är störst då retrospektiva ersättningssystem tillämpas, d.v.s. att sjukhuset fakturerar för de kostnader som uppkommer i det enskilda fallet. Prospektiva ersättningssystem, då ersättning bestäms i förväg, utifrån en genomsnittskostnad med produktgrupper minskar faran för överkonsumtion och onödig vård. Även här gäller också att använda sig av den målrelaterade ersättningsdelen för att förhindra onödig vård.

11.1.5 Krav på enkelhet och lättbegriplighet – Det stora antalet mål som skall uppfyllas och behovet av exakthet

Ersättningsmodellen innehåller en rad olika delsystem. Delsystemen har skapats för att uppnå mål som kostnadskontroll och hög produktion; det finns dels generella inslag som införts för att målen skall uppnås och dels selektiva system inom vissa områden med långa vårdköer. Det har lett till blandmodell, takkonstruktion, ”stuprör” m m. De nuvarande systemen är inte lätta att begripa. Kravet på enkelhet och lättbegriplighet har fått stå tillbaka för behovet att uppfylla en rad olika mål. Systemen måste vara precisa och deras egenskaper förutsägbara, något som endast kan åstadkommas genom ett noggrant utformat regelverk som kontinuerligt uppdateras med hänsyn tagen till omvärldsutvecklingen. Regelverket kring ersättningssystemet är omfattande. Det syftar bland annat till att uppnå största möjliga regionala enhetlighet. Ett exempel på detta är regelverket för inskrivningsbesök.

11.1.6 Prioriteringsbeslut – Tillgänglighetsområden

Verksamheten ger ofta uttryck för den konflikt man upplever mellan å ena sidan det prioriteringsbeslut som riksdagen antagit och den etiska plattform de vilar på och å andra sidan de regionalt stimulerade tillgänglighetsområdena. Det är inom dessa beslutade tillgänglighetsområden som man idag använder sig av en full prestationsersättning. Tillgänglighetsområdena har lägre medicinsk prioritet men långa vårdköer. Den fulla prestationsersättningen har just

fokuserat på att få bort de långa väntetiderna. Därför måste man följa dessa områden noggrant och vara beredd på att omfördela resurser om högt prioriterade patientgrupper blivit förfördelade.

12. Beskrivningssystem

12.1 Bakgrund

I uppdragshandlingen från HSU nämns ordet beskrivningssystem vid tre tillfällen.

För det första skriver man att ”Det måste finnas en tydlighet i vad som är beskrivningssystem och vad som är ersättningsmodell.”

För det andra ”Det är viktigt att ersättningssystemet grundas på ett kvalitetssäkrat beskrivningssystem.”

För det tredje önskar man att det begärda underlaget skall belysa ”Eftersläpning i beskrivningssystemen i förhållande till medicinsk utveckling.”

12.2 Varför har vi beskrivningssystem?

Syftet med beskrivningssystem är att dessa skall ge en så korrekt bild som möjligt av både det medicinska vårdinnehållet (t ex DRG och åtgärdsklassifikationer) och kostnadsnivån (Kostnad Per Patient, KPP). Allt för att skapa en så bra bas som möjligt både för analys/upp-följning samt för styrning inom sjukvården.

I framtiden skall det finnas enhetliga beskrivningssystem för samtliga vårdgrenar, som upplevs såväl medicinskt relevanta som rättvisande ur ett kostnadsperspektiv. Idag finns de bästa beskrivningssystemen inom akutsomatiken framförallt slutenvården.

Nya ersättningsmodeller kräver utvecklade beskrivningssystem. Verksamheter som har mindre utvecklade beskrivningssystem har ofta en stor andel fast ersättning. Erfarenheter från akutsomatiken visar att när det finns både sekundära patientklassificeringssystem (DRG) och KPP uppstår möjligheten att skapa nya ersättningsmodeller.

En större andel målrelaterad ersättning kommer att stimulera utvecklingen av system som mäter bland annat kvalitet och resultat. Betydelsen av beskrivningssystem som bygger på verksamhetsnära data är stor och ger sjukhusen en grund att stå på vid alla typer av förbättringsarbete. Men än viktigare för hela sjukvårdssystemet är att utvecklade beskrivningssystem innebär att ”vi vet vad vi gör, vad resultatet är och vad det kostar”. Denna baskunskap är ett nödvändigt stöd inför dagens och framtidens svåra prioriteringar.

12.3 Begreppet beskrivningssystem

Hälso- och sjukvården måste kunna beskriva vad man faktiskt gör. Att beskriva är att redogöra för de väsentliga egenskaperna hos någon eller något i syfte att ge en helhetsbild. Att beskriva ställs i filosofiska sammanhang i motsats till att förklara. Att beskriva står då i motsats till att teoretisera.

Ordet beskrivningssystem är ett vidare och mer omfattande begrepp än ordet klassifikation. En klassifikation är resultatet av att objekt indelas i olika klasser. Klassifikationen skall vara uttömmande, d v s varje objekt tillhör minst en klass. Vidare skall klasserna vara ömsesidigt uteslutande, d v s inget objekt skall tillhöra mer än en klass. Dessa två krav tillsammans innebär att varje objekt bara kan tillhöra en klass. En beskrivning av verkligheten behöver inte inordna objekten i strikta klasser och beskrivningen behöver därmed inte vara en klassifikation. Men en klassifikation är alltså en del av ett beskrivningssystem. En förteckning över åtgärder inom hälso- och sjukvården äger inte de egenskaper som klassifikationen måste ha. Det är naturligtvis lättare att ta fram en förteckning än en klassifikation, men om det område som skall beskrivas är svårbemästrat kan det vara en fördel att avstå från kraven att klassificera de olika åtgärderna och istället bara förteckna dem.

I hälso- och sjukvårdssammanhang har man vanligen med begreppet beskrivningssystem menat en förteckning eller klassifikation som beskriver innehållet i sjukvårdsverksamheten. Under senare tid har begreppsinnhållet vidgats. Så har t ex Kostnad Per Patient (KPP) betecknats som ett beskrivningssystem. Likaså har olika typer av indikatorer t ex sådana som beskriver kvalitet innefattats i begreppet.

12.4 Kvalitetssäkrade beskrivningssystem

Man skiljer på *diagnos- och åtgärdsklassifikationer*. Diagnosen är lika med namnet på patientens sjukdom medan begreppet åtgärd syftar på de diagnostiska och/eller terapeutiska insatser som görs för patienten.

Vidare skiljer man på *primära och sekundära klassifikationssystem*. Med primär patientklassifikation menas att man utifrån tillgängliga uppgifter inordnar en vårdkontakt i en (och endast en) kategori enligt gällande anvisningar för det aktuella klassifikationssystemet. Med ledning av primärt klassificerad grundinformation grupperar de sekundära systemen enskilda patienters vårdhändelser till större grupper som har skapats för att vara relevanta både medicinskt och resursförbrukningsmässigt.

Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (KSH 97) är den primära diagnosklassifikation som används i Sverige sedan 1997. Denna klassifikation är en försvenskning av The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, som utges av världshälsoorganisationen.

Sedan 1997 finns en nordisk primäroperationsklassifikation, *Klassifikation av Kirurgiska Åtgärder (KKÅ97)*.

Sedan 2003 används *Beskrivnings- och ersättningssystem i sjukvården (BESIS)* vid regionens sjukhus. BESIS är inte en klassifikation utan en samling förteckningar över de vanligaste åtgärderna inom sjukhusens öppenvård. BESIS sammanfattar besöksinformationen på ett systematiskt sätt.

Vid senaste årsskiftet publicerade Socialstyrelsen *Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)*. KVÅ, som också är en primärklassifikation, innehåller totalt 7 235 åtgärder. Merparten av dessa åtgärder kommer från *Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ97)*, men 1 426 är nytillkomna. Flertalet av de nytillkomna åtgärderna har även en beskrivningstext, för att vid behov närmare förtydliga åtgärden. Till KVÅ hör ett stort antal åtgärdsförteckningar för medicinska verksamhetsområden. Varje förteckning innehåller ett urval av åtgärder som är särskilt ofta förekommande inom en viss specialitet eller subspecialitet. Några exempel är

åtgärdsförteckningar för barnmedicin, lungmedicin och kirurgi. I vissa fall finns även förteckningar som avser en vårdgivarkategori, dvs för viss hälso- och sjukvårdspersonal. Två sådana exempel är åtgärdsförteckningar för kuratorer och logopedier. KVÅ bygger till stor del på BESIS. KVÅ skall i Västra Götalandsregionen ersätta BESIS senast vid årsskiftet 2005/2006. Under 2005 skall KVÅ prövas inom primärvården och förhoppningen är att klassifikationen även kan användas på denna vårdnivå. Om så blir fallet kommer vi att ha ett och samma beskrivningssystem för såväl primär- som sjukhusvården.

Sekundärklassifikationerna använder sig av registrerad information från primärklassifikationerna och grupperar vårdkontaktorna till större grupper. Grupperna skall vara homogena både ur medicinsk synpunkt och ur resursförbrukningssynvinkel. De sekundära klassifikationerna filtrerar bort det avvikande och framhäver det ordinära och rutinmässiga. I Sverige används huvudsakligen Nord-DRG och Nord-DRG-O. *Nord-DRG* är ett klassificeringssystem för slutna somatisk korttidsvård. Nord-DRG är en nordisk klassifikation. *Nord-DRG-O* är en svensk nationell klassifikation som beskriver sjukhusens öppenvårdsverksamhet, framförallt dagkirurgi och endoskopier. Centrum för patientklassificering (CPK) vid Socialstyrelsen har till uppgift att sprida kunskap om sekundära klassifikationssystem och att förvalta de svenska versionerna av Nord-DRG och Nord-DRG-O. 2002 använde 17 landsting DRG inom slutenvården.

Alla de ovannämnda klassifikationerna är kvalitetssäkrade genom att det finns fastställda regler och rutiner för hur de skall uppdateras. Uppdatering görs årligen efter grundliga expertbedömningar. Förändringar i klassifikationerna görs alltid vid årsskiftet.

Begreppet beskrivningssystem kan även vidgas till att omfatta *KPP-systemen*. KPP är ett samlande begrepp för de metoder och system som erfordras för att få fram sjukvårdens kostnader för enskilda vårdkontakter.

Under 1999 till 2002 drev Landstingsförbundet ett projekt för att stimulera landstingen till att börja använda KPP. Detta resulterade i ett stort antal rapporter.

2002 utgavs en regional KPP-rapport med syftet:

- att redovisa kostnader på ett enhetligt sätt
- att definiera totalkostnadsmassan för verksamheten samt
- att ta fram en modell för redovisning, uppbyggnad och minimikrav.

Rapporten går igenom område efter område och ger rekommendationer för hur den ekonomiska redovisningen skall utformas. Som framgår på annan plats i rapporten har inte alla sjukhus i regionen infört KPP ännu. Det är inte känt i vilken mån de sjukhus som nu har KPP följer rekommendationerna i den regionala rapporten. För att KPP-systemens hela potential skall kunna tillvaratas krävs med jämna mellanrum uppföljningar med avsikt att följa upp om rekommendationerna efterlevs. Vidare bör rekommendationerna uppdateras med i förväg bestämda intervall.

Det finns ett tydligt samband mellan beskrivningssystemen och KPP i så måtto att de vårdtjänster som kostnaderna sammankopplas med är desamma som i beskrivningssystemen.

Indikatorer för att visa på tillståndet i vården, t ex kvalitetsindikatorer, är sällan kvalitetssäkrade i bemärkelsen att det är säkerställt att indikatorerna verkligen mäter det de utger sig för att mäta. För att få fram tillförlitliga och användbara indikatorer fordras att flera krav uppfylls. Det handlar t ex om att processen med vilken indikatorerna tas fram kan påverkas

av lokala professionella företrädare, att man vet vad som är standard för indikatorn i fråga och att det finns en möjlighet att påverka indikatormätvärdet genom att förbättra det medicinska handlandet. Inom en nära framtid kommer regionala initiativ att tas med avsikt att ta fram kvalitetsindikatorer kring vilka det råder professionell enighet.

12.5 Beskrivningssystem kontra ersättningsmodell

Under senare tid har det i klassifikationssammanhang betonats att det är viktigt att skilja på vad som är beskrivnings- respektive ersättningssystem. Text i skriften Utveckling av sjukvårdens ersättningssystem från Stockholms läns landsting (2003) poängterar vikten av denna uppdelning. Orsaken till att man framhäver betydelsen av detta beror på att man i vissa länsting och även internationellt gjort erfarenheten att en sammanblandning leder till att beskrivningssystemen inte kan uppfylla det grundläggande kravet att ge en så korrekt bild som möjligt av det medicinska vårdinnehållet respektive kostnadsnivån. Det finns risker med att bygga in moment av incitament och styrning i beskrivningssystemen. De skall stå fria från sådana avsikter och skildra vårdinnehållet från professionell synpunkt.

I Stockholm har man gett efter och skapat nya egna grupper för att tillfredsställa lokala behov. Nu har man inlett en process med att rätta till de problem detta medfört. I Västra Götaland har vi inte haft sådana problem. Vi har använt oss av de nationella klassifikationerna och i stort sett avstått från nya hemmagjorda beteckningar på olika vårdtjänster, gränsen mellan beskrivningssystem och ersättningsmodell har upprätthållits.

12.6 Eftersläpning i beskrivningssystemen i förhållande till medicinsk utveckling

Som beskrivits ovan finns etablerade rutiner för uppdatering av de nationella primärklassifikationerna. Förslag om nya åtgärder alternativt förändringar i existerande beskrivningar prövas av en expertgrupp. Ofta tillfrågas även den berörda specialistföreningen. För kirurgklassifikationen gäller dessutom att frågan skall beredas i en nordisk expertgrupp. När förändringen publiceras har den alltså föregåtts av ett omfattande beredningsarbete.

Men för att förändringar skall komma till stånd fordras att förslag inkommer från sjukvården. Ibland inträffar medicinteknologiska förändringar utan att detta påverkar primärklassifikationerna förrän efter lång tid. Ett exempel på detta är pacemakers med två elektroder, en i hjärtförkammaren och en i hjärtkammaren. Sådana pacemakers förbättrar patientens kondition men är avsevärt dyrare än enkammarpacemakers. Fördröjningar av detta slag kan leda till att det under en övergångstid inte finns adekvata möjligheter att registrera nya åtgärder.

Förändringar i sekundärklassifikationerna fordrar längre beredningstid än ändringar i primärklassifikationerna. Tiden mellan förslag till förändring uppgår i regel till minst 1 – 1,5 år. Orsakerna till detta är flera:

- att förändringar i sekundärklassifikationerna ofta orsakas av förändringar i primärklassifikationerna
- att ärendet skall beredas på nordisk nivå (Nord-DRG) vilket tar extra tid
- att efter beslut skall ändringar göras i grupperarlogiken
- att programvaruleverantören måste göra erforderliga programändringar och
- att programvaran måste installeras ute på sjukhusen

Den långa ledtiden mellan förslag till reell förändring som påverkar grupperingen ute i sjukvården kan medföra att det saknas möjligheter att gruppera en ny metod på ett korrekt sätt.

Sammanfattningsvis finns det en viss eftersläpning i beskrivningssystemen i förhållande till den medicinteknologiska utvecklingen. En förutsättning för att förändringar skall göras i klassifikationerna är att förslag till nya åtgärder inlämnas till Socialstyrelsen. Tiden mellan införandet av en ny åtgärd i sjukvårdsrutinen och en förändring av klassifikationen kan påverkas genom att snabbt ge förslag till förändringar. Även regionalt kan vi påverka detta genom att noggrant följa utvecklingen och vid behov föreslå förändringar i klassifikationerna.

13. Beskrivnings- och ersättningssystemens kostnader

Vi lever i ett samhällssystem där såväl offentlig som privat verksamhet avkrävs redovisning i en rad olika avseenden. Inom den offentliga verksamhetens alla områden har kraven på god verksamhetsredovisning ökat alltmer. Ambitionerna att leda och styra samt kraven på ökad produktivitet och effektivitet kräver tillförlitlig uppföljning. Dessa krav har ökat dramatiskt under den senaste 10-årsperioden. För sjukvården innebär det att man skall kunna redovisa innehållet och kvaliteten i samt effekterna av verksamheten. Redovisningskraven har resulterat i att vårdadministrationen har ökat.

Relativt ofta kritiseras ersättningssystemen för att transaktionskostnaderna är höga. Dessa kritiker kan delvis ha rätt men samtidigt bortser man från den ovan beskrivna samhällsförändringen. Det är svårt att exakt peka ut de delar av vårdadministrationen som skulle försvinna om de nuvarande ersättningssystemen skulle ersättas av ett anslagssystem. Sannolikt skulle huvuddelen av administrationen behöva finnas kvar på grund av ledningens behov av tillförlitlig information om verksamheten.

Generellt sett är det rimligt att anta att kostnaderna för prestationsbaserade ersättningssystem är högre än för anslagssystem. Vi har dock ingen kunskap om hur stor kostnadsskillnaden är. En återgång till ett anslagssystem utan verksamhetsstyrning är helt osannolikt. En övergång till anslagssystem skulle sannolikt kopplas med en kraftig verksamhetsstyrning i form av volymkrav som styr innehållet, kvalitets- och effektivitetskrav, krav på samarbete med andra vårdnivåer etc. För att styrningen skall ha avsedd effekt fordras tillförlitliga uppföljningsdata.

Efterfrågan på uppföljningsdata överstiger vida tillgången. Information om kvalitet och resultat tillhör de stora bristområdena. Prestationsersättningssystemen stimulerar sjukvården att lämna goda beskrivningar av sin verksamhet. Behovet av att säkerställa en framtida god tillgång till uppföljningsdata talar för sådana ersättningssystem som premierar såväl produktion som uppfyllandet av vissa mål, dvs den grundmodell som föreslås i denna rapport.

14. Införande av KPP i Västra Götalandsregionen

14.1. Uppdraget

I uppdragsdokumentet från HSU skriver man att ”På sikt ska redovisningen vara efter en regiongemensam standard, beställare och revisorer ska ha tillgång till grunderna för kostnader och prissättning.” Vidare skriver man att ”Samtliga sjukhus ska kunna redovisa i enlighet med de metoder för KPP (kostnad per patient) som utvecklats inom regionen.” Nedan redovisar vi

tillämpningen av gemensamma principer för redovisning och totalkostnadsbokslut, utvecklingen av KPP i regionen samt ger förslag till när KPP skall vara införd vid samtliga sjukhus i regionen.

Sjukhusen skall ha tillgång till KPP-data från andra sjukhus för att kunna jämföra sig.

14.2. Nationell utveckling

Historiskt har kostnadsuppgifter inom sjukhusvården beskrivits i termer av kostnad per vård dag och kostnad per vårdtillfälle för olika specialiteter/kliniker. Ett stort problem har varit att kunna jämföra sammansättningen av patienters vårdtyngd/resursförbrukning per verksamhet. Utvecklingen av nya sekundära klassifikationssystem som har som grund att avspegla varierande resursförbrukning vid en verksamhet har medfört att man kunnat göra jämförelser med hänsyn taget till patientsammansättningen (case-mix). I Norden används sedan slutet av 90-talet NordDRG. DRG i sin ursprungliga form utvecklades för att ta hänsyn till kostnads-homogenitet och klinisk meningsfullhet. NordDRG är anpassat för nordiska förhållanden och har i en fast organisation, Centrum för patientklassificering (CPK), utvecklats starkt i nästan tio år.

Årliga revideringar av grupperingslogiken görs av en nordisk expertgrupp. En omfattande dokumentation sker i tryckt form och på CPKs hemsida.

Ett kvalitetssäkrat beskrivningssystem utgör det ena benet i uppföljningssystemet. Det andra är KPP, som beskriver resursförbrukning per patient/vårdtillfällen. KPP-beräkningen sker oberoende av beskrivningssystemet, vilket är en garant för beräkningens validitet.

Det tredje benet är användningen av enhetliga begrepp och termer.

14.3. Regional utveckling

Sahlgrenska sjukhuset har sedan mitten av 1980-talet registrerat och rapporterat resursförbrukning per vårdtillfälle (KPP/Kostnad Per Patient). Till en början var detta ett led i dokumentationen av den högspecialiserade vårdens kostnader för utomlänspatienter. Så småningom har metodik för mätning av individuell resursförbrukning utvecklats och numera görs samma beräkningar för all slutna somatisk vård.

I början av 90-talet startade flera sjukhus med KPP och dessa data kom att ligga till grund för framtagandet av regionala prospektiva vikter när DRG infördes som ersättningsgrund för vårdutbytet mellan huvudmännen i Västra sjukvårdsregionen 1994. Under de senaste åren har KPP-data levererats till den regionala kostnadsdatabasen från Kungälv's sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skaraborgs Sjukhus, Sjukhuset i Varberg samt Länssjukhuset i Halmstad. Södra Älvsborgs Sjukhus har lämnat KPP-uppgifter för år 2000.

Uppgifter om individuell resursförbrukning lämnades under lång tid till Spri och sedermera till Landstingsförbundet. Ett tiotal sjukvårdsorganisationer har också levererat KPP-uppgifter till centrala organ. Uppgifterna har gjort det möjligt att genomföra produktivitetsstudier och andra kostnadsanalyser.

Vid ett flertal tillfällen har diskussionen handlat om ett obligatoriskt införande av KPP vid sjukhusen i Västra Götalandsregionen. Så skedde 1998 då man beslutade att alla sjukhus i Kommunalförbundet Västra Götaland skulle införa KPP för den slutna sjukhusvården. När InfoVU startade sin verksamhet år 1998 startade Landstingsförbundet ett projekt för att ta fram nationella principer och regelverk för beräkning av resursförbrukning per patient/vårdtillfälle (nationellt KPP-projekt). Under våren 1999 startade ett regionalt projekt med syftet att

stödja utvecklingen av KPP-system i Västra Götalandsregionen . Det nationella KPP-projektets principer och regelsystem var grunden för det regionala projektarbetet. På i stort sett samtliga punkter har man nått konsensus med det nationella projektet. Förslagen i slutrapporten för det nationella KPP-projektet låg alltså till grund för det regionala projektet. Då det regionala projektet redovisades i oktober 2002 rekommenderade sjukvårdsgruppen ett införande av KPP för både slutna och öppna sjukhusvård vid alla sjukhus.

14.4. Gemensamma principer för ekonomisk redovisning och för totalkostnadsbokslut

I det regionala KPP-projektet var samtliga sjukhus representerade. Ett av de regionala delprojekten hade som syfte att ta fram gemensamma principer och regler för kostnadsbokslut i VGR.

Syftena med delprojektet var att:

- på ett enhetligt sätt redovisa kostnader
- definiera totalkostnadsmassan för verksamheten
- fördela kostnader till verksamhet och prestationer
- ta fram en modell för redovisning, uppbyggnad och minimikrav.

Arbetet var huvudsakligen inriktat mot den slutna sjukhusvården.

Projektets slutrapport ger en samlad bild av:

- vilka principer och regler som skall tillämpas då man identifierar de kostnader som skall ingå i KPP-systemet
- hur totalkostnadsredovisningen skall bli enhetlig inom hela regionen
- vilka kostnadsfördelningsprinciper som skall användas
- hur vårdtjänster definieras och kostnadsberäknas samt
- hur förbrukningen av vårdtjänster knyts till den enskilda vårdkontakten.

En viktig framtida uppgift är att *följa upp i vilken utsträckning sjukhusen följer de regionala regler och principer KPP-projektet fört fram i sina rapporter. Vidare bör man fortsätta att utveckla reglerna för totalkostnadsboksluten.*

14.5. Tillgång till grunderna för kostnader och prissättning

Revisorer har såväl rätt som skyldighet att granska sjukhusens ekonomiredovisning. Beställarna har inte automatiskt denna rätt men har sannolikt möjlighet att få tillgång till de uppgifter som man behöver. För att uppfylla uppdragsdokumentets krav på beställarnas rätt *bör avstämmningar göras kontinuerligt mellan beställare och sjukhus.*

Det finns även krav på att sjukhusen skall få tillgång till varandras KPP-data. Detta i syfte att kunna göra jämförelser och internt förbättringsarbete. Principerna för ett sådant utbyte får överenskommas mellan sjukhusen.

14.6. Förutsättningar vid sjukhusen att införa KPP för den slutna vården

Den modell för utveckling av KPP som varit gemensam för Landstingsförbundets KPP-projekt och vårt regionala projekt har fått en slutlig utformning. Det råder samförstånd om hur sjukvårdens verksamheter skall utvecklas för att kunna införa beräkning av resursförbrukning per vårdtillfälle/patient.

Alingsås lasarett, NU- sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus och Frölunda sjukhus har ännu inte infört KPP inom slutenvården. Dessa sjukhus levererar därför inte KPP-data till regionens eller Landstingsförbundets KPP-databas. Inom NU-sjukvården har man diskuterat frågan och konkluderat att man inte kunnat prioritera utvecklingen av KPP. Frölunda specialistsjukhus inför DRG-registrering fr o m 1/1 2005 och planerar att införa ett KPP-system. Även Alingsås lasarett och SÅS planerar att införa KPP.

Samtliga sjukhus har sedan lång tid årsvis upprättat totalkostnadsbokslut enligt de principer och regler som tagits fram nationellt och i vår region. Sjukhusens försystem kan leverera de data som krävs för att särskilja resursförbrukningen per patient för de viktigaste kostnadsslagen.

Det finns hög kompetens vid de sjukhus inom regionen som levererar KPP-data. Flera av de aktuella resurspersonerna är engagerade nationellt i olika projekt för att medverka i nationella lösningar av landstingsgemensamma problem. Sjukhus med KPP har också IT-kompetens för att delta i KPP-utvecklingen. För utveckling av KPP finns också extern kompetens att utnyttja vid ett flertal företag i regionen. Dessa har utnyttjats fortlöpande av vissa sjukhus och sporadiskt av andra. Man kan alltså konkludera att regionen har god kompetens som kan användas för att införa KPP.

14.7. Förutsättningar att införa KPP inom öppen vård

Beskrivningssystem för öppen vård har tagits fram i Västra Götalandsregionen (BESIS) och har sedermera inkluderats i ett nationellt klassifikationssystem, Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Arbete med att utveckla en nationell grupperare som grundas på KVÅ beräknas vara slutfört under våren 2005. Beräkning av resursförbrukning har pågått under utvecklingstiden. Det återstår både nationellt och regionalt utvecklingsarbete runt kalkyleringsmetoder för ”grundkostnader”. Detta arbete beräknas vara klart under 2005.

Mängden data inom öppenvården ställer högre krav på IT-systemens anpassning vilket måste kartläggas. Man måste även regionalt fastställa vilka besök/vårdkontakter som skall ligga till grund för KPP.

14.8. Tidplan

Vid kontakt med de sjukhus som ej infört KPP i löpande drift framkommer att beredskapen för ett KPP-införande är varierande. Dock framstår det som väsentligt att ett datum för införandet fastställs. Vi bedömer att *KPP för slutenvården skall kunna införas i löpande drift vid samtliga sjukhus senast i mars år 2006* vilket innebär att helåret skall kunna redovisas i KPP-termer.

På samma sätt bedömer vi att *KPP för sjukhusens öppenvård införs ett år senare d v s 1 mars 2007*. En införandeplan för både slutna och öppen vård skall lämnas till HSU senast i juni 2005. Den skall grundas på lokala planer från respektive berört sjukhus.

14.9. Projektorganisation vid ett införande

För ledning och stöd för införandet av KPP för slutna och öppna sjukhusvård vid samtliga sjukhus i regionen krävs en representativt sammansatt genomförandegrupp. En tänkbar sådan är den samordningsgrupp för bildades för det regionala KPP-projektet.

Styrgruppen för terminologi, ersättningar och klassifikationer (S-TEK) har enligt sin uppdragsbeskrivning ansvaret för att leda och samordna arbetet med KPP. Det innebär att S-TEK kan fungera som styrgrupp vid införandet av KPP inom slutna och öppna vård. S-TEK har också det långsiktiga ansvaret för underhåll av regiongemensamma regler rörande KPP.

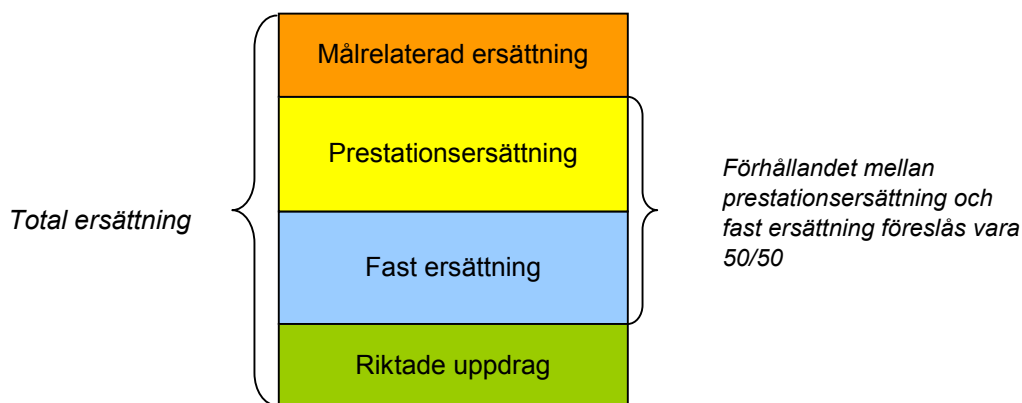
14.10. KPP i primärvården

Det vore önskvärt att även ha kunskap om kostnaden per patient inom primärvården. Ett införande av KPP fordrar att ett enhetligt beskrivningssystem införs. Ett utvecklingsarbete återstår alltså före KPP kan bli en realitet i primärvården men de första initiativen för att förverkliga detta håller just på att tas inom primärvårdsförvaltningen.

15. Det framtida ersättningssystemet - en grundmodell

Ersättningssystem måste kontinuerligt utvecklas så att de i ökande grad uppfyller målen för hälso- och sjukvården som de uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen samt i de beslut som fattas i politiska församlingar knutna till Västra Götalandsregionen. I budget 2005 skrivs i inledningen till avsnittet om hälso- och sjukvård att "Hälso- och sjukvården ska sätta individen i centrum och bygga på allas lika rätt till en god hälso- och sjukvård oavsett ålder, kön eller ekonomiska förutsättningar." Ersättningssystemet skall alltså styra på ett sådant sätt att det verkar för rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av närsjukvård skall stödjas och, om systemet inte har möjlighet att besitta sådana egenskaper, åtminstone inte hindra eller motverka önskvärda förändringar. Ett återkommande tema i denna rapport är behovet av att öka inslagen av målstyrning i ersättningssystemet. Det gäller ett målstyrningsinstrument för att stödja utvecklingen mot rätt kvalitet. Den kan även användas i vidare bemärkelse för att understödja utvecklingen mot hälsorelaterad och förebyggande vård, styra mot de friska processerna och det goda beteendet, ökad tillgänglighet, förbättrat samarbete mellan olika vårdnivåer och utveckling av närsjukvården. Styrning mot de nämnda målen kan åstadkommas dels genom komplettering av ersättningsmodellen och dels på annat sätt t ex via avtal mellan beställare och utförare.

Den ovan relaterade önskvärda allmänna inriktningen kan åstadkommas genom att dagens ersättningsmodell kompletteras med en målstyrningsdel. Den nya modellen kan på sikt gälla alla vårdgrenar, även psykiatri och primärvård, och innebär att *totalersättningen* utgörs av en balanserad blandning som innefattar fyra komponenter; *riktade uppdrag samt fast, prestationsrelaterad och målrelaterad ersättning*.



Det finns flera skäl till att blanda olika beståndsdelar i samma modell. De effekter som kan utvinnas ur modellen är :

- styrningen blir mer balanserad
- de oönskade styrningseffekter som finns idag minskar
- ersättningssystemets legitimitet ökar genom att flera komponenter införs.

Illustrationen ovan återspeglar inte de fyra komponenternas inbördes storlek. Proportionen mellan beståndsdelarna kan tillåtas variera mellan olika vårdformer samt beroende på utgångsläget och beskrivningssystemens utvecklingsnivå. Högt utvecklade beskrivningssystem som t ex inom somatiken möjliggör att den fasta andelen minskar på bekostnad av de prestations- och målrelaterade delarna. För andra vårdområden med sämre utvecklade beskrivningssystem är det lämpligt att den fasta delen dominerar. Den målrelaterade ersättningsdelen kommer sannolikt alltid att i kronor räknat vara mindre än de övriga komponenterna i modellen. Troligen kommer det fordras relativt små medel för att få till stånd en effektiv målstyrning. Ytterligare ett skäl till att målstyrningsdelen inte kommer att bli mycket omfattande är förhållandet att det inte kommer att vara helt enkelt att ta fram säkra indikatorer.

Ersättningen avseende *riktade uppdrag* omfattar bland annat forskning och utveckling, ambulansvård, hjälpmedel och köpt vård. Dessa uppdrag finansieras via anslag men av hävd inräknas de inte i andelen fast ersättning utan behandlas för sig.

Den *fasta ersättningen* utgör den del av ersättning som tydligast fördelar den ekonomiska risken mellan beställare och utförare. Då vi talar om 50/50-modellen menar vi den procentuella fördelningen av summan för fast ersättning och prestationsersättning. Sedan regionens bildande har den fasta ersättningen uppgått till 50 % och erfarenheterna är hittills goda.

Den *prestationsrelaterade ersättningsdelen* är den del som är ämnad att stimulera verksamheternas produktion. Prestationsersättning har en lång tradition i Västra Götaland och sannolikt uppfattas den delen av de flesta som outhärdlig i ersättningssystemet. De administrativa systemen i regionen är uppbyggda och anpassade för att stödja den nuvarande prestationsersättningsmodellen; ett system med prospektiv ersättning av produktgrupper med Nord-DRG och Nord-DRG-O som grund.

Modellen innehåller också en *målrelaterad komponent*. Målrelaterad ersättning innebär att en del av ersättningsutrymmet avsätts för att stödja arbetet med att uppnå utvalda mål. Införandet av en sådan komponent möter den kritik som riktats mot att ersättningssystemet hittills

förbiset andra mål än de som handlar om produktionsvolym. Det regionala och nationella utvecklingsarbete som redan idag bedrivs skall självfallet stödjas genom införandet av målrelaterad ersättning. Strävanden för att anpassa vården till rekommendationer i form av nationella och regionala vårdprogram samt rekommendationer från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) skall främjas genom införandet av denna komponent. Den målrelaterade ersättningen kommer i framtiden att vara ett värdefullt instrument för det lokala utvecklingsarbetet. Vid överenskommelser kan beställarna och utförarna komma överens om vilka specifika mål som skall uppfyllas. Lokalt utvecklingsarbete kan stödjas genom utnyttjande av den målrelaterade ersättningsdelen. Ersättningen kan i framtiden t ex knytas till att stimulera och premiera:

- att utvalda diagnosområden öppet redovisar vissa indikatorer såsom de framgår av innehållet i kvalitetsregistren
- arbete med kvalitetsutveckling
- systematiskt arbete med att redovisa medicinska resultat
- ökad tillgänglighet
- samarbete mellan olika vårdnivåer för att utveckla närsjukvården samt
- önskvärda förändrings- och förbättringsprocesser på lokal nivå.

En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer med stor sannolikhet att vara regionalt enhetlig. Det finns t ex goda skäl för att diabetesvården skall följas upp med samma kvalitetsindikatorer över hela regionen. Det finns också goda skäl för att sjukvården ersätts på ett enhetligt sätt då man uppnår målvärdet för indikatorerna inom den regionalt gemensamma delen. Formerna för beslutsprocessen kring regionalt gemensamma indikatorer och den ersättning som knyts till indikatorerna får utredas och beslutas i särskild ordning.

En snabb övergång till en modell med stor andel målrelaterad ersättning är svår att realisera av den enkla anledningen att många av de önskvärda målen idag är svåra att mäta. Införandet av denna ersättningsdel bör därför användas som ett stöd för att öka takten i arbetet med att utveckla valida indikatorer. Att nå fram till säkra indikatorer kräver ett kvalificerat utvecklingsarbete som kommer att fordra avsevärda resurser. Det finns också möjligheter att tillvarata erfarenheter som har gjorts på andra håll i landet samt internationellt. De indikatorer som tas fram skall uppfylla följande krav:

- mätbarhet
- relevans – att indikatorn är av betydelse för den verksamhet man avser att följa
- validitet – att indikatorn mäter det den avser att mäta
- möjlighet att tolka
- möjlighet att påverka
- om möjligt vara väsentlig och begriplig för allmänheten.

Grundmodellen bör i framtiden följas upp med jämna mellanrum. Det är viktigt att man har en god överblick hur den nya målrelaterade ersättningskomponenten utvecklas vid sidan av de redan existerande delarna i ersättningsmodellen. Uppföljningen bör framförallt rikta in sig på *styregenskaper och konsekvenser.*

Den ovan beskrivna modellen skall vara en startpunkt för fortsatt gemensamt utvecklingsarbete mellan utförare, beställare och ägare. Det gemensamma utvecklingsarbetet är nödvändigt för att intressenterna skall uppfatta modellen som legitim och därmed sluta upp

bakom den. *Utvecklingsarbetet skall initieras och samordnas av HSU som har att föreslå regionstyrelsen lämplig införandetidpunkt.*

16. Regionala och lokala perspektiv på ersättningssystemet

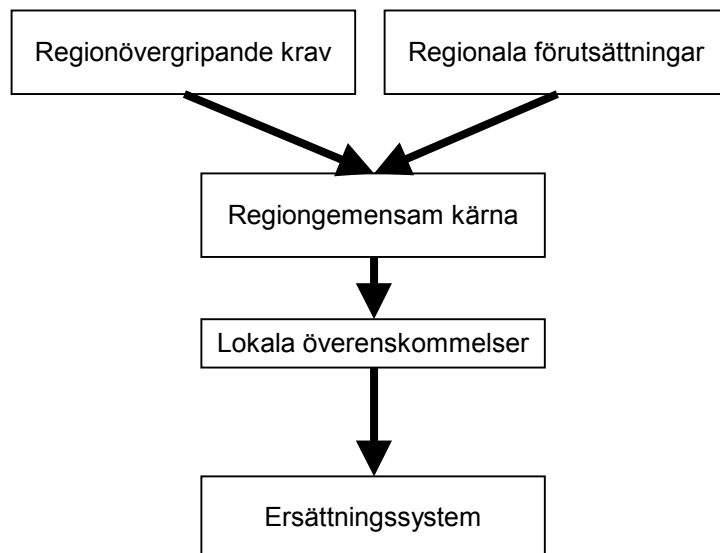
I regionfullmäktiges budget anges de mål som är övergripande för regionen som helhet och för området "hälso- och sjukvård". Ett sådant övergripande mål oavsett verksamhetsområde är kravet på kostnadskontroll. För hälso- och sjukvården finns specifika mål som exempelvis att tillgången till hälso- och sjukvård ska vara lika i regionen oavsett var man bor. För att dessa och andra regionalt fastställda mål skall stödjas av ersättningssystemet bör vissa delar av systemet vara enhetliga.

I hälso- och sjukvårdsutskottets ansvarsområde ligger att "ta fram förslag avseende regiongemensamma ersättningssystem inom hälso- och sjukvården och följa upp tillämpningen av dessa". I uppdraget från HSU nämns bland annat att redovisningen skall vara efter en regiongemensam standard, beställare och revisorer skall ha tillgång till grunderna för kostnader och prissättning och att möjlighet till jämförelser skall finnas. Detta är ytterligare tecken på att det finns behov av att samordna vissa delar i ersättningssystemet.

Ersättningen utgör den ekonomiska länken mellan utförare och beställare. Ersättningssystemet skall utformas på ett sådant sätt att det stödjer, stimulerar och underlättar arbetet med att nå överenskommelsernas mål. Teoretiskt sett skulle beställare och utförare kunna komma överens om vilket ersättningssystem som skall gälla vid ett visst sjukhus. Det skulle kunna leda till att en flora av olika ersättningsmodeller uppstod. De olika sjukhusen i regionen skulle inte arbeta under likvärdiga förutsättningar. En rad olika vårdadministrativa lösningar skulle behöva utarbetas. Transaktionskostnaderna för en sådan lokal frihet skulle bli stora. Det skulle heller inte längre vara möjligt att på samma sätt som idag jämföra sjukhusen. Ersättningssystemets centrala delar bör därför vara enhetliga så att förutsättningarna för sjukhusens verksamhet blir likvärdiga, upplevs som rättvisa och trovärdiga.

Det finns alltså behov av att tydliggöra vilka delar av ersättningssystemet som skall vara *regionalt samordnade* och vilka delar som kan vara *öppna för lokala överenskommelser* mellan sjukhusen och hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Bilden nedan illustrerar den modell efter vilken vi i det följande kommer att diskutera olika aspekter på ersättningssystemet. De regionövergripande kraven på och de regionala förutsättningarna för ersättningssystemet har formulerats i den uppdragshandling från HSU som ligger till grund för denna rapport. Kraven och förutsättningarna bildar den regiongemensamma kärnan som tillsammans med de lokala överenskommelserna bildar ersättningssystemet.



16.1 Regionövergripande krav på ersättningssystemet

Hälso- och sjukvårdsutskottet har i sitt uppdrag formulerat vissa regionövergripande krav på ersättningssystemet som skall uppfyllas. Ersättningssystemet skall:

- stimulera vård på lika villkor och vård efter behov i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen
- präglas av långsiktighet och robusthet
- ha en tydlighet i administrationen
- stimulera kvalitet och förbättra medicinska resultat
- ge incitament för att öka produktiviteten
- medge en tydlig uppföljning samt jämförelser mellan sjukhusen
- ge förutsättningar för kostnadskontroll
- i möjligaste mån utvecklas i samstämmighet med hur andra sjukvårdshuvudmän ser på frågan om ersättning till sjukhusen.

Dessa politiskt överordnade krav måste beaktas inför beställningarna av sjukhusvård år 2006.

16.2 Regiongemensamma förutsättningar för ersättningssystemen

Vissa regionala förutsättningar har preciserats i uppdragshandlingen för att ovanstående krav på ersättningssystemen skall kunna uppnås:

- ersättningen skall vara riktad till sjukhusledningsnivå

- ersättning till ett och samma sjukhus skall vara lika för alla hälso- och sjukvårdsnämnder i regionen
- ersättningstaket skall vara gemensamt för den totala beställningen
- samtliga sjukhus skall kunna redovisa i enlighet med de metoder för kostnad per patient (KPP) som utvecklats i regionen
- ersättningen skall baseras på självkostnadsprincipen
- administrationen skall vara enhetlig och hanterbar.

Indirekt kan man av uppdragshandlingen också utläsa att:

- beskrivningssystemen skall vara gemensamma och tillämpas på ett enhetligt sätt
- den ekonomiska riskdelningen mellan ägare, utförare och beställare skall utformas på ett sätt som uppfattas som skäligt av alla parter.

Vi kommenterar nedan de förutsättningar som HSU slagit fast.

Ersättningen skall vara riktad till sjukhusledningsnivå

HSU har i sitt uppdragsdokument slagit fast att ersättningen skall riktas till sjukhusledningsnivån (förvaltningschef och styrelse), som har det övergripande resultatansvaret. Sjukhusledningen beslutar vilka interna styrmedel som skall finnas på sjukhuset, samtidigt har HSU i uppdragshandlingen ett krav på att det skall finnas en tydlig koppling mellan produktion och resultat på verksamhetsnivå. Denna koppling regleras i överenskommelserna mellan beställare och utförare. Kravet på en sådan koppling har uttalats av den politiska nivån vid flera tillfällen under de senaste åren. Det är därför viktigt att respektive sjukhus före 1 juni 2005 beskriver sin interna styrningsmodell för HSU. I redovisningen skall även klart framgå hur respektive sjukhus får sina totala intäkter (se tidigare avsnitt om Övriga intäktskällor).

Ersättningen till ett och samma sjukhus ska vara lika från alla hälso- och sjukvårdsnämnder i regionen

En förutsättning för likvärdig behandling är att ersättningen till ett och samma sjukhus är densamma oavsett var patienten bor. Redan idag är det fastställda priset till ett sjukhus samma oavsett vilken hälso- och sjukvårdsnämnd som beställer vården. Priset per sjukhus beslutas i förhandlingen mellan beställare och utförare.

Ersättningstaket skall vara gemensamt för den totala beställningen

Kravet på totalkostnadskontroll har uttalats i budget 2005. Ett sätt att åstadkomma detta är att definiera ett gemensamt tak per sjukhus/sjukhusgrupp för de samlade beställningarna. Sjukhusen erhåller oavsett vilken hälso- och sjukvårdsnämnd som beställer sjukhusvården samma ersättning för utförd vård.

Inom det samlade ersättningstaket kan en utveckling ske med olika takkonstruktioner för olika vårdområden. Detta är en fråga som skall hanteras mellan beställare och utförare i de lokala överenskommelserna.

Kostnad per patient (KPP) och ersättning enligt självkostnadsprincipen

HSU har i uppdragshandlingen tydliggjort att KPP skall införas vid samtliga sjukhus. KPP behöver införas för slutet och på sikt även för öppen vård. För att nå kravet på tydlighet i administration och att samtliga parter ska ha tillgång till grunderna för kostnader och pris-sättning är det av största värde att systemen utvecklas efter en regiongemensam standard. Systemen bör vara öppna och därmed tillgängliga för utförare, beställare och ägare. KPP är en av grunderna för ett framgångsrikt sjukhusinternt arbete med att tydliggöra kostnader och att

effektivisera vårdprocesser. Det är vidare ett instrument för att ta fram kostnader för olika sjukdomsgrupper vilket i sin tur är till stor nytta för prioriteringsarbetet.

Sjukhusen skall över tid erhålla skälig ersättning för utförda prestationer. Skälig ersättning utesluter dock inte att incitament för att förbättra sin verksamhet ska kunna ingå i prisbilden. Priserna måste läggas på en sådan nivå att sjukhusen över en följd av år har täckning för sina kostnader samtidigt som effektivitetskrav m m måste kunna arbetas in. Det innebär att man behöver utveckla den prisförhandling som idag till stor del utgår från en övergripande divisionsmodell till en mer utvecklad modell. När KPP har införts vid regionens samtliga sjukhus blir detta möjligt.

Införandet av KPP vid alla sjukhus innebär indirekt att beskrivningen av vårdtjänsterna (de primära och sekundära klassifikationssystemen) skall vara regionalt enhetliga.

Enhetlig och hanterbar administration

Det finns ett krav att ta tillvara de stordriftfördelar som är möjliga genom att vi verkar inom Västra Götalandsregionen. Likaväl som att patientavgifterna skall vara regionalt enhetliga fordras att vårdadministrativa regler och rutiner har samma egenskap. Den administrativa hanteringen av ersättningarna bygger nästan uteslutande på elektroniska informationssystem. Det finns många skäl till att ha en regional enhetlighet på IT-sidan, det viktigaste skälet är dock att investeringarna i hård – och mjukvara samt utbildningsinsatser är kostsamma och behöver samordnas. Enhetlighet ger också förutsättningar att vid beslut om större förändringar planera de nödvändiga omställningarna på regional nivå. Tillförlitlig regional och nationell statistik som är grunden för jämförelser fordrar att grunduppgifterna registreras efter enhetliga definitioner och regler. Genom en sådan enhetlighet minskar alltså de samlade transaktionskostnaderna. Enhetligheten underlättar också den omställning som krävs då personal byter arbetsplats.

Beskrivningssystemen

Begreppet beskrivningssystem innefattar klassifikationer, KPP och olika mått som indikerar status inom områden som kvalitet, tillgänglighet m m. För att ge en så god och jämförbar bild som möjligt av vårdinnehållet måste beskrivningssystemen vara regiongemensamma. Detta är en grundförutsättning för att kunna göra jämförelser såväl inom regionen som vid externa jämförelser. Beskrivningssystemen används primärt för verksamheternas uppföljnings- och utvecklingsarbete men de skall också nyttjas som hjälpmedel för att skapa bättre målstödande ersättningssystem.

Skälig riskdelning mellan ägare, utförare och beställare

De exakta vårdvolymerna för ett år kan inte förutsägas. Större olyckor inträffar med jämna mellanrum och påverkar sjukvården kraftigt. Likaså kan patientströmmarna ändras så att vissa vårdgivare får mer att göra medan andras volymer minskar. Brist på nyckelpersonal kan medföra att produktionskapaciteten inte kan utnyttjas. Ersättningssystemet måste därför innehålla regler för hur de ekonomiska konsekvenserna av sådana ej förutsedda händelser skall hanteras. Riskdelningsreglerna skall vara gemensamma för alla sjukhus.

Det nuvarande ersättningssystemet innehåller flera sådana riskfördelningsmoment. De viktigaste är:

- uppdelningen av ersättningen i en fast och en prestationsrelaterad del
- den prospektiva ersättningsmodellen med genomsnittspriser och
- ytterfallshanteringen.

50/50-modellen ger utförarna en garanterad intäkt som inte är knuten till prestation. Den prospektiva ersättningsmodellen med genomsnittspriser innebär att beställarna i vissa fall ersätter sjukhusen utöver sjukhusens faktiska kostnader. I andra fall erhåller sjukhusen en lägre ersättning än de faktiska kostnaderna. Ytterfallsersättningen ger sjukhusen ersättning för patienter med extremt höga kostnader. Den nuvarande ytterfallsersättningens konstruktion bör dock senare ses över eftersom utfallet i vissa fall kan vara ytterst ogynnsamt för sjukhusen.

Beställarna utsätts för ekonomiska risker då det gäller den utomregionala vården.

Vid förändringar av den producerade volymen ser riskfördelningen olika ut beroende på om det gäller ersättning inom 50/50-området eller ersättning inom tillgänglighetsområdena (de åtta områden som ersätts med full prestationsersättning).

A. Vid minskade volymer inom 50/50 området

Beställare: Minskad produktion innebär att del av prestationsersättningen ej utbetalas.

Beställaren kan tvingas att lägga ut vård hos annan utförare och därmed ersätta vården två gånger.

Utförare: 50% av ersättningen utgår i grundanslag oavsett producerad volym. Förlorar intäkter i relation till den minskade produktionen.

Ägare: Kan påverka regionen negativt om totalkostnaderna ökar.

B. Vid ökade volymer inom 50/50 området

Beställare: Ingen ersättning utgår för produktion utöver avtalat tak.

Utförare: Erhåller ingen ersättning för volymer utöver taket.

Ägare: Kan påverka regionen negativt om totalkostnaderna ökar.

C. Vid minskade volymer vid nuvarande områden med 100 % ersättning

Beställare: Minskad produktion innebär att del av prestationsersättningen ej utbetalas.

Utförare: Erhåller ersättning i relation till producerade volymer.

Ägare: Kan påverka regionen negativt om totalkostnaderna ökar.

D. Vid ökade volymer vid nuvarande områden med 100 % ersättning

Beställare: Ingen ersättning utgår för produktion utöver avtalat tak.

Utförare: Erhåller ingen ersättning för volymer utöver taket.

Ägare: Kan påverka regionen negativt om totalkostnaderna ökar.

Den nuvarande modellen innebär att sjukhusen påverkas ekonomiskt negativt vid volymförändringar både uppåt och nedåt i den inomregionala vården oavsett om det gäller vård inom 50/50-modellen eller vid vård inom tillgänglighetsområdena (de åtta områden som ersätts med full prestationsersättning). Beställaren kan behöva förändra beställningen och lägga ut vård hos annan producent för att trygga tillgången till vård om överenskomna volymer ej upprätthålls vilket i vissa fall innebär ökade kostnader.

16.3 Regiongemensam kärna i ersättningssystemen

I utvecklingen av ersättningssystemet för sjukhusvården finns behov att definiera en regiongemensam kärna. Denna kärna är grunden i systemet och utgår från det utvecklingsarbete som pågått sedan regionen startade. Kärnan bygger på den grundmodell som vi beskrivit ovan.

Grundmodellen innehåller fyra delar; riktade uppdrag, fast, prestationsrelaterad och målrelaterad ersättning. Dessa fyra komponenter kan kombineras på olika sätt. Den regiongemensamma kärnan består framförallt av regelsystemet som rör fast och prestationsrelaterad ersättning samt i viss mån det som rör målrelaterad ersättning.

Nedan följer en uppräknig av de huvudsakliga delarna i den regiongemensamma kärnan. Gränsen mellan det regiongemensamma och det som är möjligt att avtala lokalt kan inte preciseras i detalj. *Vid gränsdragningsproblem bör den regionala styrgruppen för termer, begrepp och ersättningar (STEK) besluta i frågan.*

- Grundmodellen som den beskrivits ovan.
- Den relativa fördelningen mellan fast och prestationsrelaterad ersättning. Fördelningen kan variera mellan olika vårdgrenar, t ex somatik och psykiatri, men skall vara densamma för en och samma vårdgren.
- Prestationsersättningsmodellen med DRG som grund.
- Regelverk relaterade till den prestationsrelaterade ersättningen inom slutet och öppen vård (prospektivt ersättningssystem med produktgrupper, DRG), DRG-vikter, ett stort antal detaljregler som berör t ex sjukhusvårdtillfällen, permissioner, inskrivningsbesök).
- Nationella och regionala termer och begrepp.
- Alla nationella och regionala beskrivningssystem (primär- och sekundärklassifikationer, KPP, kvalitetsindikatorer).
- Regiongemensamma regler för ekonomisk redovisning som de bland annat uttrycks i dokumentet om totalkostnadsbokslut.
- Regler och principer för ytterfallsberäkningar.
- Regiongemensamma indikatorer inom den målrelaterade delen.
- Abonnemang som omfattar betydande delar av sjukhusens ekonomi bör vara desamma i hela regionen.
- Regler för hur eventuella avsteg från den regiongemensamma kärnan skall processas och beslutas.

Den målrelaterade ersättningen skall möjliggöra såväl regional som lokal styrning. Införandet av den målrelaterade ersättningen erbjuder nya möjligheter för lokala överenskommelser samtidigt som den regiongemensamma kärnan kan säkerställas och bibehållas.

16.4 Delar av ersättningssystemet som är öppna för lokala överenskommelser

Beställare och utförare avtalar om hälso- och sjukvårdens inriktning, omfattning och utveckling. Ersättningssystemet är ett av hälso- och sjukvårdsnämndernas styrmedel. Utifrån de ovan beskrivna regiongemensamma kraven, förutsättningarna samt den definierade kärnan kan parterna träffa avtal om framförallt följande områden som inte påverkar de regiongemensamma beskrivningssystem.

- Pris.
- Volymer.
- Den målrelaterade ersättningens lokala del inklusive lokala utvecklingsområden.
- Abonnemang och riktade uppdrag som omfattar mindre delar av sjukhusens ekonomi med beaktande av regiongemensamma regler för ekonomisk redovisning.
- Takkonstruktioner, brutna kurvor och 100 % ersättning för utvalda vårdområden.

Volymerna kan påverkas inom utvalda vårdområden genom takkonstruktioner, brutna kurvor och 100 % ersättning som enbart gäller för ett visst sjukhus.

Om en hälso- och sjukvårdsnämnd utökar sin beställning genom en förändrad takkonstruktion eller brutnen kurva innebär detta ett ökat ekonomiskt ansvar. Eftersom regionens alla medborgare skall erhålla vård på lika villkor måste patienter från hela regionen erbjudas möjlighet att utnyttja den utökade beställningen. En hälso- och sjukvårdsnämnd kan alltså aldrig reservera en utökad beställning enbart för de egna invånarna.

Den målrelaterade ersättningen kan användas för att påverka sjukvårdens inriktning och utveckling. Det kan gälla att stimulera och premiera:

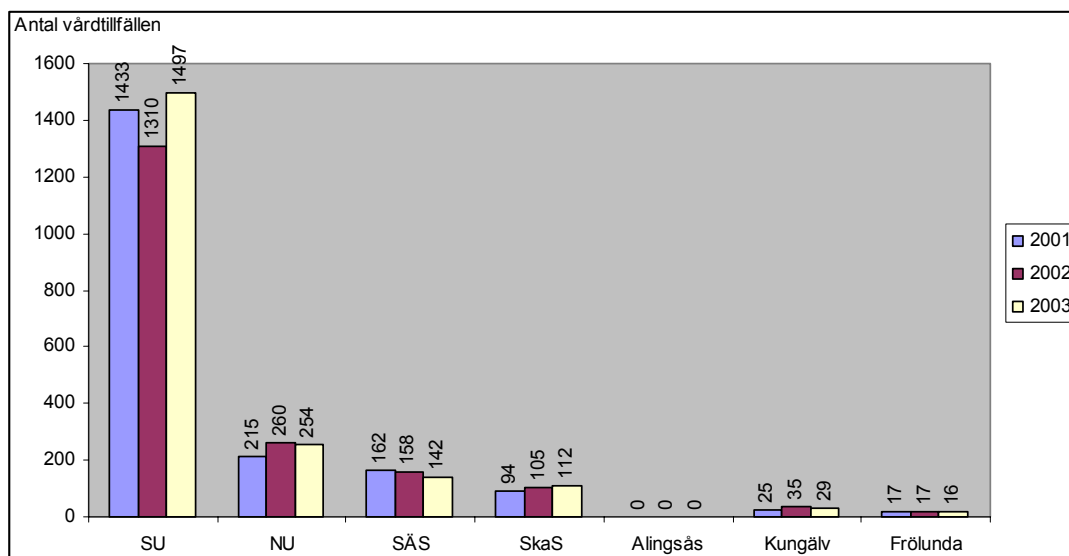
- att utvalda diagnosområden öppet redovisar vissa indikatorer såsom de framgår av innehållet i kvalitetsregistren
- arbete med kvalitetsutveckling
- systematiskt arbete med att redovisa medicinska resultat
- ökad tillgänglighet
- samarbete mellan olika vårdnivåer för att utveckla närsjukvården samt
- önskvärda förändrings- och förbättringsprocesser på lokal nivå.

Det finns konkreta planer på att införa fast ersättning till patienter med njursvikt vid Södra Älvsborgs Sjukhus. Detta skulle innebära ett avsteg från grundmodellen och en sådan lösning medför att nya gränsdragningsproblem uppkommer. Under förutsättning av att den nya målrelaterade ersättningsdelen införs skulle de behandlings- och processmål som ställts upp för de njursviktande patienterna istället kunna ersättas via den målrelaterade ersättningskomponenten. Kvalitetsrelaterad ersättning skulle kunna utgå enligt vad som avtalats i den lokala överenskommelsen samtidigt som grundmodellens övriga delar, fast och prestationsrelaterad ersättning, skulle bibehållas.

17. Samma ersättning i slutet som öppen vård?

I det politiska uppdragsdokumentet önskar man få beskrivet frågan om ersättningar för patienter som är inläggande på sjukhus kontra poliklinisk verksamhet. Vi har uppfattat att man syftar på förhållandet att man för en behandling i vissa fall skriver in patienten i slutenvården medan i andra fall utför samma åtgärd i öppenvården. Sjukhuset ersätts vid slutenvård med en högre ersättning än om samma åtgärd utförs i öppenvården. Det finns därför skäl att överväga om inte vissa väldefinierade åtgärder skall ha samma ersättning oavsett om vården utförs i öppen- eller slutenvården. Dessa åtgärder utgör dock en liten del av den totala vården. En gemensam ersättning kan dock påverka sjukhusen att poliklinisera vården i de fall där det är möjligt.

Vilken vård skall ha samma ersättning i slutet och öppen vård? Införandet av Nord-DRG-O år 2003 har inneburit att dagkirurgi definieras på ett exakt sätt. Det är därför tekniskt möjligt att ha samma ersättning i öppen och slutet vård för dagkirurgi. Eftersom vissa patienter av medicinska skäl och säkerhetsskäl måste skrivas in i slutenvården även för enklare kirurgiska ingrepp, innebär en försiktig hållning att endast de vårdtillfällen där patienten skrivs in och ut samma dag omfattas av samma ersättning som i öppenvården.



Diagrammet visar antalet vårdtillfällen där patienten skrivits in och ut samma dag och där vårdtillfället grupperats till ett kirurgiskt DRG. *Källa: material från rapporten Sjukhusens produktivitet utveckling 2001 – 2003.*

Även för vissa andra åtgärder, t ex koronarangiografi, cytostatikabehandling och elektrisk konvertering av förmaksflimmer, kan samma ersättning i sluten och öppen vård övervägas men i dessa fall bör frågan beredas ytterligare.

Det föreslås att samma ersättning införs för väldefinierade åtgärder där patienten antingen vårdats i öppen vård eller skrivits in eller ut samma dag. Ett mer detaljerat förslag skall lämnas till utskottet i juni 2005. Ett sådant förslag skall även innehålla regionala riktlinjer för ersättningsnivån i dessa fall. Det handlar t ex om i vilken utsträckning ersättningen skall överstiga de faktiska kostnaderna inom öppenvården respektive i vilken mån den skall understiga kostnaderna inom slutenvården. Syftet skall vara att stimulera sjukhusen att överföra en allt större del av behandlingarna till öppenvården.

18. Ersättningsystem med bruten kurva

18.1 Bakgrund

I uppdragsdokumentet skriver man att ersättning enligt bruten kurva kan ges. Olika incitament kan användas för att stimulera sjukhusens produktion. Ersättning med bruten kurva är ett sådant produktionsstöd. Detta är egentligen en form av marginalersättning; när de fasta kostnaderna är täckta ersätts enbart de rörliga kostnaderna. I regionen har metoden använts i begränsad omfattning för vissa sjukhus och inom utvalda tillgänglighetsområden (de åtta områden som ersätts med full prestationsersättning). Under 2005 används inte denna metod vid något sjukhus.

18.2 Teori om marginalprissättning

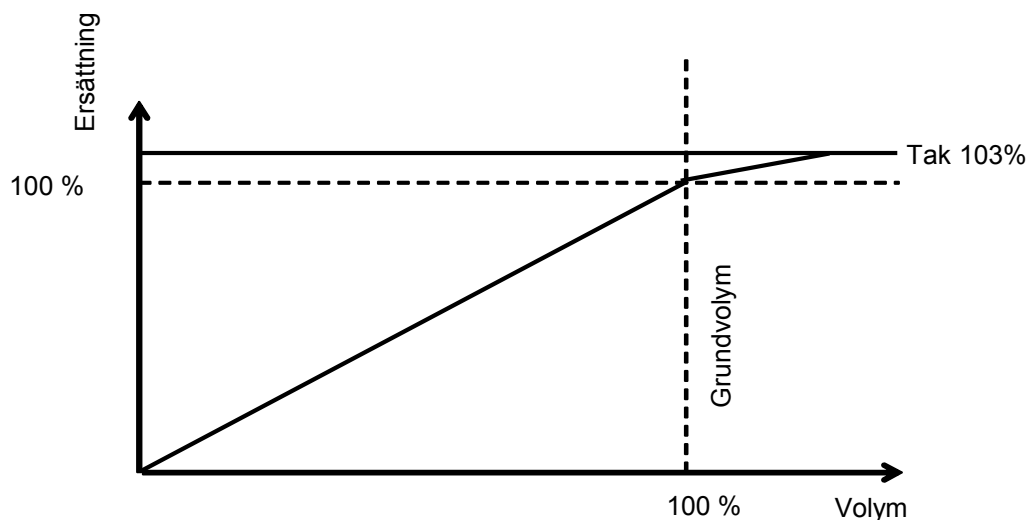
Först ger vi ett enkelt exempel på hur marginalersättning fungerar. Ett sjukhus producerar 100 enheter per år. Kostnaden är 100 kr fördelat på 50 kr i fasta kostnader och 50 kr i rörliga kostnader. Sjukhusets pris för 1 enhet blir enligt självkostnadsprincipen 100kr/100 enheter, dvs. 1 kr per producerad enhet. Skulle sjukhuset producera ytterligare en enhet med oförändrade fasta kostnader innebär det att marginalkostnaden blir 0,5 kr per enhet.

Detta enkla exempel visar att ytterligare en enhet kan produceras för hälften av kostnaden under förutsättning att de fasta kostnaderna är oförändrade, och att det finns ledig produktionskapacitet. Just kapaciteten avgör vilken marginalkostnad som är möjlig; är det brist på kapacitet i form av personal, operationssalar, vårdplatser etc. kan resultatet bli att marginalkostnaden för en extra enhet överstiger det ursprungliga kostnaden per enhet. Om produktionen minskar finns de fasta kostnaderna kvar och enbart de rörliga påverkas. Fasta kostnader kan bara avvecklas när kapacitetsöverskottet är så stort att t ex lokaler kan hyras ut eller rivas.



Diagrammet visar marginalkostnadens förändring över tiden vid ett sjukhus. Marginalkostnaden är som lägst när överkapaciteten är som störst och marginalkostnaden som högst när kapacitetstaket är nått. Eftersom sjukhuset har ett mycket stort tjänsteutbud varierar kapacitetsutnyttjandet och därmed marginalkostnaderna beroende på vilken tjänst man studerar. Teoretiskt sett kan sjukhusets genomsnittliga marginalkostnad beräknas. Eftersom både kapacitetsutnyttjandet och sjukhusens vårdutbud varierar över tid är det osannolikt att alla sjukhus har samma marginalkostnad. Om marginalkostnadens förändring över tiden skulle ritas in för flera sjukhus skulle det visa sig att mönstret inte ser likadant ut för de olika sjukhusen. Vid en tidpunkt då ett sjukhus har låg marginalkostnad kan ett annat sjukhus ha hög marginalkostnad.

I dagens system finns ett absolut ersättningstak som innebär att ingen ersättning utgår för produktion utöver avtalad volym. Detta har ansetts gynna totalkostnadskontrollen men har knappast varit produktionsstimulerande. Ersättning med bruten kurva kan kombineras med totalkostnadskontroll om ersättning över viss nivå inte ersätts alls, denna nivå skall dock ligga över 100 %. Nedanstående diagram visar den schematiska uppbyggnaden.



Modellen visar att volymer mellan 100% och 103% ersätts med ett lägre pris, volymer överstigande 103% ersätts inte alls. Modellens effekter under givna förutsättningar framgår av bilaga 1.

18.3 Argument mot ersättning med bruten kurva

Det finns även ett antal argument som talar mot ersättning med bruten kurva. Dessa argument redovisas nedan.

Ett argument pekar på sjukhusledningens ansvar att utnyttja produktionsresurserna på bästa sätt. Den eventuellt lediga produktionskapaciteten kan utnyttjas även om man inte erhåller extraersättning. Det är felaktigt att ekonomiskt stimulera produktion som ändå kan utföras. Det är sjukhusledningens uppgift att se till att eventuellt ledig kapacitet tas tillvara oavsett om man nått upp till produktionstaket eller inte, vilket kan ske med god produktionsplanering.

Ett annat argument är att produktion utöver vad som beställts skulle kunna vara lika med onödig produktion. Att införa ersättning med bruten kurva kan leda till att onödiga och oönskade åtgärder utförs. Ledig produktionskapacitet kan finnas på ”fel” plats och inom ”fel” specialitet.

Ytterligare ett argument ifrågasätter finansieringsmöjligheterna. Om man avsätter resurser för denna ersättningsform skulle andra angelägna vårdområden få stå tillbaka.

Slutligen kan man fråga sig om ersättning med bruten kurva inte innebär att ersättnings-systemet blir administrativt krångligt. Avgränsningen av vård som skall ersättas på detta sätt mot vård som skall ersättas på annat sätt är en uppgift som kräver stor omsorgsfullhet.

18.4 Sammanfattande bedömning av ersättning med bruten kurva

Det finns argument som talar både för och emot införandet av ersättning med bruten kurva. Det viktigaste argumentet för, är att under förutsättning av att sjukhusen har ledig produktionskapacitet kan relativt små resurstillskott leda till icke obetydliga produktionsökningar, de mest produktiva sjukhusen inom ett område skulle sträva efter att öka produktionen inom just

detta område. Ett annat argument för, är att denna ersättningsmodell ger sjukhusen incitament att använda sig av den lediga produktionskapacitet som eventuellt finns.

Det främsta argumentet emot är den ytterligare vård som skulle kunna produceras inte svarar mot det övergripande eller specifika vårdbehovet, dvs fel vård skulle kunna produceras. Ett annat argument emot är att det är felaktigt att ekonomiskt stimulera produktion som ändå kan utföras. Det är sjukhusledningens ansvar att utnyttja produktionsapparaten på bästa sätt.

Samordningsgruppen som har ansvaret för innehållet i rapporten *avråder från ett införande av denna ersättningsform.*

19. Sjukhusens öppenvårdsersättningar

19.1 Bakgrund

I HSUs uppdragsdokument omnämns sjukhusens öppenvårdsersättningar på följande sätt: ”Pågående arbete med ersättning för sjukhusens öppna vård fullföljs med genomförande på samtliga sjukhus 2006. Det är viktigt att ersättningssystemet grundas på ett kvalitetssäkrat beskrivningssystem.”

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen tog i oktober 2002 beslut om den framtida inriktningen av sjukhusens öppenvård. Ärendet var även uppe för behandling i HSS under hösten 2003. Nedan följer en sammanfattning av de politiska besluten samt en beskrivning av hur långt arbetet med verkställigheten kommit i februari 2005.

HSS har hösten 2002 respektive 2003 sammanfattningsvis beslutat :

- att ersättningssystemet för sjukhusens öppenvård skall baseras på principen om en i förväg bestämd ersättning (prospektivt system) med produktgrupper
- att det nya ersättningssystemet skall omfatta all somatisk öppenvård vid sjukhusen exklusive vården vid akutmottagningar där principen ännu ej fastställts
- att öppenvården vid sjukhusen skall ersättas med 100% prestationsersättning
- att det nuvarande absoluta ersättningstaket skall ändras i syfte att uppnå ökade produktionsstimulerande incitament
- att dagkirurgi och endoskopier skall ersättas med Nord-DRG-O som grund från 2003-01-01
- att i avvaktan på att en nationell klassifikation för icke-kirurgiska åtgärder blir klar skall regionens eget beskrivningssystem användas
- att ställa sig bakom Socialstyrelsens arbete med att ta fram en nationell grupperare för sjukhusens öppenvård och
- att sikta på att ett nytt ersättningssystem för sjukhusens öppenvård baserat på den nya nationella grupperaren skall införas från 2006.

Arbetsgruppen för öppenvårdsersättningar har lämnat underlaget till detta textavsnitt. Arbetsgruppen består av Barbro Halvarsson, Ulf Clark och Leif Sundberg samtliga vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Malin Fjellström Kungälv's sjukhus, Per Sjöli Skaraborgs sjukhus, Mona-Lis Dalbrekt, Jan-Åke Davidsson, Staffan Björck och Bengt Kron regionkansliet.

19.2 Läget i februari 2005

Nord-DRG-O används sedan 2003 som grund för ersättning av dagkirurgi och endoskopier. Med Nord-DRG-O som ersättningsgrund har kvaliteten i ersättningssystemet höjts.

Det regionala beskrivningssystemet för sjukhusens öppenvård, BESIS, infördes under 2002/2003. BESIS ger möjligheter till volyms- och innehållsmässiga beskrivningar av alla vårdgivares arbete inom öppenvården. Anslutningen till systemet har varit god då man tar i beaktande de praktiska svårigheter som förelegat vid vissa sjukhus. En ny nationell klassifikation, Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), har publicerats av Socialstyrelsen den 1 januari 2005. Klassifikationen bygger i stor utsträckning på BESIS. BESIS skall användas även under 2005 för registrering av öppenvården i regionen. År 2006 kan sjukhusen börja använda den nya klassifikationen.

Parallellt med arbetet på att ta fram en nationell klassifikation har en ny grupperare utarbetats. Grupperaren sammanför det stora antalet olika vårdåtgärder till ett hanterbart antal grupper. Den bygger på KVÅ och kommer att vara en vidareutveckling av nuvarande Nord-DRG-O. Arbetet är ett samarbetsprojekt mellan Socialstyrelsen, Stockholms läns landsting, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. En första version kommer att vara färdig i mars. Den nya grupperaren omfattar omkring 350 produktgrupper varav knappt 170 är redan befintliga grupper för dagkirurgi och endoskopier. Resten av 2005 kommer att användas för testning och förbättring av grupperaren. Bland annat kommer egenskaperna att undersökas med hjälp av registrerat material från Västra Götaland. Under förutsättning att inte oförutsedda svårigheter uppkommer kan grupperaren tas i bruk i Västra Götalandsregionen från 1 januari 2006.

Under 2003/2004 har olika modeller för kalkylering av kostnader för produktgrupper testats. Erfarenheterna visar att man av tidsskäl måste utföra kalkylarbetet på ett enklare och därmed mindre precist sätt än vad man först planerade. Kostnaderna för produktgrupper skall beräknas centralt i regionen. En grupp ekonomer med biträde av några medicinska experter skall utföra arbetet.

19.3 Överväganden

19.3.1 Införande av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

KVÅ skall införas 1 januari 2006. En grupp skall bildas under mars 2005 för planering av införandet. Klassifikationen skall användas inom den somatiska sluten- och öppenvården. Före erfarenheter har vunnits bör ej krav ställas på användning vid akutmottagningar. Däremot kommer KVÅ att användas vid mottagningar där akut och planerad verksamhet förekommer under "samma tak".

KVÅ bör prövas vid en eller flera psykiatriska kliniker under 2006. Ett eventuellt krav på användning av KVÅ bör ej ställas före utvärderingen är klar.

19.3.2 Införande av den vidareutvecklade versionen av Nord-DRG-O

Den nya grupperaren skall införas den 1 januari 2006. Införandet ger klart förbättrade förutsättningar för att prestationsersätta öppenvården. Det befäster den påtagliga förbättringen för beskrivningen av dagkirurgi och endoskopi som gäller sedan 2003. Den regionala arbetsgruppen för Nord-DRG skall ansvara för införandet. Arbetsgruppen skall även ta aktiv del i testningen av den nya grupperaren.

19.3.3 Tidtabell för införande av nytt ersättningssystem

I och med att den nya grupperaren införs finns det förutsättningar att införa ett prospektivt ersättningssystem med produktgrupper. HSS-beslutet i oktober 2002 kan därmed verkställas. Övergången från det tidigare ersättningssystemet bör med hänsyn till de komplexa förhållandena göras stegvis. *Under 2006 kan ersättning enligt det nya systemet införas dels för produktgrupper som bygger på åtgärder inom kirurgklassifikationen och dels för andra produktgrupper där kostnadsbilden är väl känd. År 2007 kan ersättning införas för resterande lämpliga produktgrupper* och därmed kommer i stort sett all ersättning för sjukhusens öppenvård att ersättas med ett prospektivt ersättningssystem.

Med hänsyn till beställningsarbetet krävs ett ställningstagande redan under maj/juni 2005 till vilka produktgrupper som skall ersättas under 2006.

Senast under juni 2005 skall HSU föreläggas ett konkret förslag beträffande vilka grupper som skall införas 2006.

19.3.4 Produktionsstimulerande incitament

Enligt HSS beslut från oktober 2002 är målet att alla sjukhusbesök skall ersättas med 100 % prestationsersättning. Vidare beslutade HSS att det absoluta taket för ersättning skulle förändras för sjukhusens öppenvård i syfte att uppnå ökade produktionsstimulerande incitament. Motiven för dessa båda förslag var bedömningen att ytterligare slutenvård kan överföras till öppenvården och att incitamenten är medel för att åstadkomma detta. Samtidigt är det viktigt att all sjukvård som kan tas omhand inom primärvården sköts på den nivån. I rapporten som låg till grund för HSS beslut pekade man på risken för att de ökade incitamenten skulle kunna leda till att öppenvårdsverksamheten vid sjukhusen ökade på bekostnad av primärvårdens verksamhet. Detta skulle vara en oönskad effekt av de produktivetsstimulerande inslagen i ersättningssystemet. HSS beslöt därför att uppdraga åt hälso- och sjukvårdsdirektören att de närmaste åren följa utvecklingen av produktionsvolymerna inom primärvården och inom sjukhusens somatiska öppenvård. Med ledning av de erfarenheter som nu finns rörande riktade ersättningar för garantiområden finns det dock skäl att överväga om eventuella produktionsstimulerande incitament skall begränsas till dagkirurgi och endoskopi. Därigenom riktas incitamenten enbart mot områden där en produktionsökning inte har de biffekter som nämnts ovan.

I avsnittet ovan om ersättning med bruten kurva avråder arbetsgruppen från att införa ersättning med bruten kurva. Argumenten mot denna ersättningsform gäller även för öppenvården. Som framgår av avsnittet om ersättning med regiongemensamma priser finns det anledning av vara skeptisk till om full prestationsersättning med samtidigt absolut tak har säkra produktionsstimulerande egenskaper. *Arbetsgruppen föreslår därför att sjukhusens öppenvård ersätts enligt grundmodellen dvs med 50 % fast och 50 % prestationsersättning. Självfallet kan den målrelaterade ersättningskomponenten användas för att styra den öppna vården i önskad riktning.*

19.3.5 Kostnadskalkylering

En arbetsgrupp med ansvar för kostnadskalkylering skall bildas senast april 2005.

Arbetsgruppen skall senast september 2005 lägga fram förslag till HSU på vikt för de olika produktgrupperna.

19.3.6 Ytterfallsersättning inom öppenvården

HSS beslutade i oktober 2002 att uppdraga åt hälso- och sjukvårdsdirektören att tillsätta en utredning om eventuell ytterfallsersättning inom den somatiska öppenvården. En sådan

utredning genomfördes under 2003. Nedan följer ett kort sammandrag av utredningens förslag.

Med ytterfallsersättning menas en ytterligare ersättning som i vissa särskilda fall kan betalas utöver grundersättningen då kostnaden för vården avviker markant från den genomsnittliga kostnaden för aktuell produkt/vård. Sådan ersättning tillämpas för närvarande för DRG-baserad ersättning i slutenvård.

Det grundläggande syftet med separat ersättning för ytterfallskostnader är att stödja ett prospektivt ersättningssystem genom att förhindra att situationer uppkommer som kan innebära nackdelar för patient eller sjukhus. Ytterfallsersättning har tre specifika funktioner eller uppgifter:

1. att förebygga att sjukhusen sätter ekonomiska hänsyn före patientintresset.
2. att skydda *enskilt sjukhus* från att redovisa förluster då kostnadstäckning saknas genom att det bara existerar en för låg genomsnittsansättning.
3. en tredje funktion som ytterfallsersättning i öppen vård kan ha är att motverka att sjukhuset skriver in patienten i slutenvård för att på så sätt erhålla kostnadstäckning.

Det är troligt att behovet av ytterfallsersättning i öppen vård kan knytas till vissa specifika åtgärder. Kostnader som kan hänföras till vissa åtgärder kan berättiga till ersättning för *höga avvikande* kostnader. Sådana kostnader kan vara material (t ex en kapsel för videofotografering i samband med gastrokopier), läkemedel (t ex cytostatika) eller viss avancerad diagnostik/terapi (t. ex. leucocytaferes)

Arbetsgruppen föreslog två lösningar; en på kort respektive en på lång sikt.

Den kortsiktiga lösningen innebär att vissa åtgärder utöver en i förväg bestämd kostnadsgräns berättigar till speciell ersättning utöver besöksersättning. Åtgärderna och dessas uppskattade kostnader skall finnas på en regionalt godkänd förteckning som revideras med bestämda intervall. Om en viss åtgärd som finns på förteckningen har utförts vid besöket utgör detta grund för ytterfallsersättning.

På längre sikt kommer Kostnad-Per-Patient (KPP) att införas även för öppenvården. Då kommer kunskap att finnas om kostnadsfördelningen inom och mellan produktgrupper. Det kommer då att bli möjligt att införa system där ytterfallsersättningen hanteras på ett likartat sätt som inom slutenvården

Den arbetsgrupp som skall vara ansvarig för kostnads kalkylering skall lägga fram detaljförslag till HSU senast september 2005 beträffande ytterfallsersättning inom öppenvården.

20. Högspecialiserad vård

Den högspecialiserade vården för 2005 regleras i det uppdrag Hälso- och sjukvårdsutskottet givit Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). För SÄS del enbart avseende strålbehandlingar. Två huvudprinciper finns avseende ersättning av den högspecialiserade vården;

20.1 Högspecialiserad slutna vård av rikskaraktär

Denna vård, som till stora delar bygger på Socialstyrelsens vårdkatalog, ersätts patientspecifikt. Patientens vårdepisod ersätts med en viss grundkostnad per vård dag och därtill specifika ersättningar för sjukhusets särkostnad (anestesi, operation, röntgen, dyra läkemedel etc.). Ersättningen utgår med 100 % och priserna är i princip samma för VGR-patienter som för utomlänspatienter. Ersättningen faller under det samlade ersättningstaket för länssjukvård och högspecialiserad vård och motsvarar ca 10 % av den totala slutenvårdsersättningen för somatisk vård vid SU.

20.2 Regionsjukvården

Den andra delen av högspecialiserad vård avser regionsjukvården där ersättningen för den slutna somatiska vården baseras på DRG och 50/50-modellen och sker samlat för länssjukvård och regionsjukvård. Särskilt dyra patienter erhåller ytterfallsersättning. Den öppna vården och dagkirurgin ersätts på samma sätt som länssjukvården, dvs 50/50-modellen.

20.3 Inför 2006

Det är således endast ersättningen av högspecialiserad vård av rikskaraktär som avviker från grundkonceptet för ersättning av länssjukvård i regionen. Här föreslås ingen förändring för 2006. Med detta följer dock att merparten av de förändringar som föreslås i denna rapport också är tillämpliga för regionsjukvård. I gällande budget har getts ett uppdrag att se över hur beställning av högspecialiserad vård ska ske fr.o.m år 2006. Överväganden kring detta kommer att redovisas i hälso- och sjukvårdens budgetbilaga (mars). Vidare pågår en kartläggning av definitioner och registrering av den högspecialiserade vården som också kommer att vara klar under våren. Efter beslut om framtida beställningsformer och resultat av kartläggningen ges bättre förutsättningar att utveckla uppdrag och ersättningar av den högspecialiserade vården och tydliggöra gränsdragningen mot länssjukvården.

21. Vuxenpsykiatri

21.1 Bakgrund

I uppdragshandlingen från HSU skrivs följande om psykiatri: ”Inom psykiatrin prövas 2006 en ny modell vid ett eller två sjukhus i regionen. Modellen ska stimulera psykiatrins utveckling till förmån för mer öppna vårdformer och ändrade arbetssätt. Modellen grundas på nationell erfarenhet från socialstyrelsen och landstingsförbundet.”

Vi har i detta avsnitt begränsat oss till vuxenpsykiatrin och avstått från att beskriva förhållandena inom barn- och ungdomspsykiatrin.

I arbetet med att utforma psykiatriavsnittet i denna rapport har viktiga textförslag och synpunkter lämnats av Elisabeth Gruneau, psykiatriska kliniken, Östra sjukhuset, Lise-Lotte Risö Bergerlind och Bo Ivarsson, båda vid psykiatriska kliniken, Borås samt Christina Möller, regionkansliet.

21.2 Nationella erfarenheter

De senaste åren har det pågått många olika projekt som rör verksamhetsuppföljning inom psykiatrin. Det gäller t ex Info-VU, Nyckeltalssamverkan (Nysam), Landstingsförbundets projekt "Blomman", Kvalitetsregistersamverkan (KPV), "Väntetider i vården", Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), Nord-DRG (slutenvård) och Kostnad Per Patient (KPP).

Endast Nysam, "Väntetider i vården" och ett av de psykiatriska kvalitetsregistren (RIKSÄT) publicerar verksamhetsuppföljningsdata med regelbundna intervall.

Blommanprojektet har särskilt vinnlagt sig om utveckling av förslag till manualer och regelverk för registrering av basdata i psykiatri. Formerna för samordning med andra aktiviteter motsvarande arbeten är ännu inte säkerställd.

För öppenvården pågår utveckling av psykiatriska åtgärder i KVÅ. Nord-DRG har under 2003/2004 förändrats för att bättre kunna beskriva psykiatrins slutenvård. Bakom konstruktionen av dessa båda beskrivningssystem finns förhoppningen att de skall kunna användas som "verktyg" i ett ersättningssystem, men erfarenheten är ännu så länge mycket begränsad. För övriga nämnda projekt finns i dagsläget ingen koppling gentemot ersättningssystem.

För psykiatrins del pågår alltså huvudsakligen ett arbete som syftar till utveckling av beskrivningsmodeller. Någon systematisk kostnadsbeskrivning finns ännu inte. Ett modellarbete för KPP inom psykiatrin har publicerats inom Landstingsförbundets KPP-projekt. Inom Nysam arbetar man med kvalitetssäkring av grunddata i totalkostnadsmodellen på landstingsnivå. Det finns ingen systematisk erfarenhet av vilka styreffekter olika typer av ersättningssystem har inom psykiatrin.

21.3 Nuvarande ersättningssystem

Psykiatrin ersätts idag med vårddags- och vårdtillfällesersättning inom slutenvården. 90 % av ersättningen utgår som vårddagsersättning och 10 % som vårdtillfällesersättning. Inom öppenvården utgår besöksersättning. Det nuvarande ersättningssystemet har sannolikt liten styreffekt. Möjligen kan ersättningsmodellen i viss mån bidra till att nuvarande arbetsformer konserveras.

21.4 Den regionala psykiatriplanen

I den nyligen antagna psykiatriplanen omnämns inte frågan om ersättning för den psykiatriska vården. Uppdragsdokumentets formulering om "...utveckling till förmån för mer öppna vårdformer och ändrade arbetssätt" kan dock kopplas till följande formuleringar i psykiatriplanen:

"Utvecklingen med fler öppna och alternativa vårdformer bör fortsätta som en del av den specialistpsykiatriska vårdkedjans närsjukvård. Lokala mobila team, vissa med inriktning mot specifika behovsgrupper, bör utvecklas och fortsatt etablering av integrerade former av öppen och slutenvård bör ske inom varje sjukhusområde. Exempel på sådana kan vara s.k. SLÖP- enheter. Dessa utformas olika beroende på geografiska förutsättningar och befolkningsunderlag. Övriga alternativa vårdformer är psykiatriska mellanvårdsformer

eller psykiatriska krisboenden i anslutning till psykiatrisk öppenvård eller mobila team i vissa fall riktade till specifika behovsgrupper.”

”Psykiatrin har därutöver ansvar för att i samarbete med kommunen ge specialistpsykiatriska insatser i kommunala boenden och dagverksamheter för människor med psykiska funktionshinder.”

”För en väl fungerande psykiatrisk verksamhet behövs därför samverkan och samarbete mellan vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin samt primärvården och övriga vårdgrannar. De utgörs främst av den kommunala vården och övrig socialtjänst. Ett signum för en väl fungerande samverkan är att samarbetet fungerar så väl att den enskilde inte märker de organisatoriska ansvarsgränserna.”

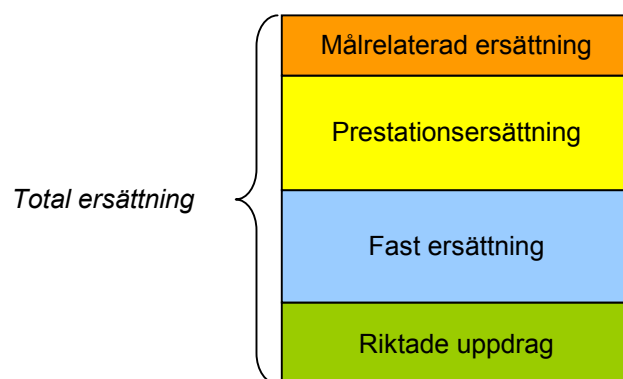
Det är alltså önskvärt att ersättningssystemet stödjer (eller åtminstone inte motarbetar) utveckling mot öppnare vårdformer samt ett förbättrat och ökat samarbete med framförallt den kommunala vården och socialtjänsten.

21.5 Framtida ersättningssystem för psykiatrin

Den grundmodell som vi tidigare beskrivit kan även användas inom psykiatrin. Det gäller såväl öppen- som slutenvården.

Anslags- och prestationsersättningen i 50/50-modellen kompletteras med ett målstyrningsinstrument för att understödja utvecklingen mot högre kvalitet, ökad tillgänglighet, förbättrat samarbete mellan olika vårdnivåer och utveckling av närsjukvården.

Den nya modellen innebär att *totalersättningen* utgörs av en balanserad blandning som innefattar fyra komponenter; *riktade uppdrag samt fast, prestationsrelaterad och målrelaterad ersättning.*



Även för psykiatrin bör alla komponenterna ingå men beståndsdelarnas inbördes förhållanden kommer sannolikt att avvika från somatiken. Eftersom beskrivningssystemen inom psykiatrin ännu inte är färdigutvecklade kommer anslagsdelen att ha en större relativ andel.

Anslagsdelen skulle också kunna kopplas till specifika krav rörande befolkningsansvar, d v s utvecklas till en form av kapitering.

Ett basalt produktivetskrav kan tillgodoses genom prestationsersättning som baseras på produktion inom sluten- och öppenvården. Sannolikt kan de nuvarande prestationsersättningsgrunderna (vård dagar, vårdtillfällen och besök) antingen förbättras genom preciseringar eller

ersättas av andra bättre ersättningsgrunder. Så kan t ex nya Nord-DRG prövas för ersättning av slutenvården, initialt genom att skaffa sig kunskap om vilket utfallet skulle ha blivit med denna ersättningsgrund. Vidare kan KVÅ användas på försök vid en eller flera kliniker för att utvärdera vilket värde denna klassifikation har inom psykiatrin.

Den allra viktigaste förändringen gentemot nuläget är tillkomsten av en målrelaterad ersättningskomponent. Angelägna mål kan premieras genom tillskapandet av en sådan ersättningsdel. För psykiatrin gäller det exempelvis:

- Premiering av basala kvalitetskrav som t ex medverkan i kvalitetsregister och andra uppföljningsaktiviteter, deltagande i kvalitetsarbete av typen Kvalitetsstjärnan, angivande av diagnos vid läkarbesök m m.
- Ersättning relaterad till specifika utvecklingsområden som t ex utveckling mot öppnare vårdformer, ökad tillgänglighet, kortare väntetider, effektiv remissbehandling, fastställd nivå för konsultationer till primärvård, formaliserad samverkan med andra vårdgivare, service genom mobilt team, m m.
- Ersättning relaterad till den psykiatriska utvecklingsplanen genom att indikatorer utvecklas för planens olika områden.
- Ersättning som premierar vårdpraxis som är evidensbaserad t ex genom indikatorer som anknyter till SBU-rapporterna för beroende och depression.
- Ersättning som anknyter till patientupplevd kvalitet.

En del av den målrelaterade ersättningen bör vara regionalt enhetlig sett ur innehållssynpunkt. Resterade del är öppen för lokala överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusen.

21.6 Vad bör göras för att förändra nuvarande ersättningssystem inom psykiatrin?

Den allra viktigaste åtgärden är att ersättningsfrågan kommer upp på dagordningen och blir föremål för aktivt utvecklingsarbete. En eller flera arbetsgrupper bör med utgångspunkt från grundmodellen få i uppdrag att ge förslag till förändringar vad gäller de fasta och rörliga delarna samt till utveckling av den målrelaterade ersättningskomponenten. Arbetsgrupperna bör få i uppdrag att *lägga fram förslag senast 1 februari 2006, d v s förslag som åtminstone till viss del kan realiseras från och med år 2007.*

22. Ersättning av närsjukvård – ersättning av vårdkedjor

22.1 Utgångspunkt

I HSUs uppdragsdokument finns uttryckt önskemål om att pröva en ersättningsform som ersätter en hel vårdkedja ”Senast 2006 prövas inom minst två hälso- och sjukvårdsnämnder modell för ersättning av närsjukvården. Det innebär att hela vårdkedjan – där så är möjligt – ersätts”.

22.2 Vad är närsjukvård?

Socialstyrelsen har gjort en omfattande genomgång av begreppet närsjukvård i rapporten ”Kartläggning av närsjukvård - en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården”

I rapporten noterar man att det inte finns någon entydig definition av begreppet närsjukvård. Kännetecknande för närsjukvårdsidéerna som finns i många landsting är att de undantagslöst syftar till att förbättra samverkan mellan de tre vårdaktörerna, landstingens primärvård, specialiserad, ofta sjukhusanknuten, vård och kommunal hälso- och sjukvård. I rapporten citeras också beställarnätverkens definition som säger att närsjukvård innefattar insatser som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen och samhällsekonomiskt rimligt att bedriva lokalt.

Många landsting utvecklar närsjukvårdskoncept och definitionerna skiljer sig åt. Ibland ingår sjukhusens specialiserade slutna vård och ibland inte. Ibland ingår vårdplatser och ibland ingår ”närsjukvårdsplatser”. Det finns också flera landsting som aktivt valt att undvika närsjukvårdskoncept. Jönköpings läns landsting anser att nuvarande begrepp som sjukhus, vårdcentral distriktssköterska etc. är starka varumärken som man vill vara rädd om.

Regionen har beskrivit begreppet närsjukvård i handlingen ”De små sjukhusen i Västra Götaland – en del av närsjukvården”, juni 2000.

Där beskrivs att de tre stora verksamhetsområden som tillsammans bildar närsjukvården är primärvård, internmedicin tillsammans med geriatrik och rehabilitering samt kommunal hälso- och sjukvård. Samtidigt sägs att dessa områden måste, samtidigt som de behåller sin unika identitet, ha ett nära samarbete för att kunna erbjuda patienterna god närsjukvård. Vid närsjukhuset, som är en del av närsjukvården, kan det dessutom finnas varierande grad av opererande specialiteter beroende på lokala förutsättningar. Det kan gälla såväl inom planerad som akut vård.

I regionens vårdstrukturdokument - ”hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi” från 2004 – hänvisas till närsjukvårdsbegreppet men det definieras inte ytterligare. Det upprepas att det krävs ett nätverksbyggande mellan primärvård, sjukhus och den primärkommunala hälso- och sjukvården för att den nära vården skall fungera. Det nära sjukhuset ska kunna komplettera primärvård och kommunal sjukvård. Det nära sjukhuset är inte bara det lilla sjukhuset utan det slås fast att alla sjukhus bör ha ett områdesansvar ”för att kunna uppfylla sitt samarbetsuppdrag”.

I budget 2006 poängteras närsjukvårdens betydelse i det samlade vårdutbudet och att primärvården skall utgöra basen i närsjukvården.

Anders Anell gör i sin bok ”Strukturer, resurser, drivkrafter” (Studentlitteratur 2004), en mer kritisk analys av begreppet. Han konstaterar att det inte finns någon gemensam syn mellan huvudmännen om hur närsjukvård skall definieras. Han skriver vidare att ”en cynisk analys leder snarast till konklusionen att allt som är bra är närsjukvård”.

Sammanfattningsvis kan begreppet närsjukvård, som är oprecist, sägas vara ett samlingsnamn för den vård som befolkningen behöver oftast och som därför behöver finnas nära patienterna. I detta sammanhang förtjänar att nämnas att den vanligaste vården är akut, drabbar gamla och innefattar mycket resurskrävande diagnoser som till exempel stroke och hjärtsvikt. Begreppet beskriver således inte en vårdnivå i traditionell mening eftersom den innehåller såväl specialiserad vård som primärvård. Ersättning av närsjukvård sker efter de principer som gäller för sjukhusens och primärvårdens ersättningar. Det finns också inslag av privat, offentligt finansierad, vård.

22.3 Att ersätta vårdepisoder/vårdkedjor

Idag ersätts sjukhusen inom slutenvården vanligen för varje vårdtillfälle i form av en prestationsersättning för vårdtillfället och dessutom en fast del som ej är prestationsberoende. Inom den öppna vården ersätts sjukhusen med besöksersättning. Primärvården ersätts oftast med en kombination av kapitations- och prestationsersättning. Den nuvarande ersättningsmodellen innehåller alltså inget inslag av ersättning för vårdepisod.

I sammanhanget förtjänar att nämnas utvecklingen mot sjukhusvårdtillfällen som ersättningsgrund. Från och med 2002 är det sjukhusvårdtillfället som ersätts för sjukhusen. Tidigare var det dels klinikvårdtillfällen, dels sjukhusvårdtillfällen exklusive geriatrik som var grund för ersättning. Sjukhusvårdtillfället är en form av vårdepisodersättning för sjukhusets slutna vård. Enskilda delar av ett sjukhusvårdtillfälle ersätts inte längre separat. Det stimulerar till en effektivisering av flödena inom sjukhusen eftersom ersättningen är densamma även om en sammanhängande vårdepisod delas upp i flera vårdtillfällen. Denna reform har haft betydande konsekvenser för tolkning och analys av sjukhusens prestationer och påverkar fortfarande jämförbarheten såväl över tid som med omvärlden. Alla konsekvenser av denna förändring är ännu inte hanterade. Trots detta måste förändringen sägas vara enkel och i linje med de övergripande principerna för regionens ersättningssystem. Förändringen är efter nya kalkyler helt förenlig med DRG-systemet och beräkning av dess relativa vikter. DRG som beskrivnings-system har sitt ursprung i sjukhusvårdtillfällen.

Det skulle dock innebära en väsentlig principiell skillnad om såväl öppen som slutna vård för ett sjukhus skulle ersättas i ett ”paket”. Skillnaden skulle bli drastisk om också prestationer från andra utförare skulle involveras i ”paketet”. Frågan har tidigare utretts under 2001 på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören och nedan refereras utredningen.

22.4 Utredningen: Förstudie om ersättningar kopplade till vårdflöden

Regionen har gjort en studie om ersättning av kompletta vårdepisoder 2001.

Vad skall ersättning av hela vårdepisoder förbättra? Vad är det som inte är optimalt idag? Utredningen anger som en utgångspunkt:

Fördelarna med ett ersättningssystem för hela vårdepisoden är att ersättning sker för en mer komplett sjukvård än när ersättning ges för enskilda vårdinsatser. Denna form kan skapa incitament hos vårdgivarna att producera en mer effektiv vård för hela vårdepisoden.

Man påstår därmed indirekt för det första; att vård som kräver insatser från olika utförare inte är tillräckligt effektiv och för det andra; att en ersättning av hela vårdepisoden skulle kunna förbättra samordningen av vården. Man exemplifierar inte detta synsätt.

Gruppen definierar en *vårdepisod* som ”alla vårdkontakter med en eller flera vårdgivare som en patient haft för ett visst specifikt hälsoproblem, mellan en start och en slutpunkt.” Med *vårdkedjor* menar man ”samarbetet mellan olika vårdgivare för att samordna vården”. Utredningen verkar underförstått i huvudsak hålla sig till regionens utförare och blandar inte in den kommunala nivån som också kan vara involverad i vårdepisoder.

Utredningen har listat en rad problem/frågeställningar vid ersättning av en vårdepisod:

Vem skall betala?

Utredningen gjordes när det fanns olika beställare av primär- och länssjukvård. Detta hinder är nu undanröjt. Dagens uppdelning med olika beställare för högspecialiserad och annan vård torde vara ett mindre problem i sammanhanget.

Resursfördelning mellan utförare

Skall ersättningen gå till en utförare som i sin tur ersätter de andra? Hur påverkas kapiteringsersättningen inom primärvården?

Kontraktformer

Skall avtal avse abonnemang för en diagnosgrupp utgående från befolkningsunderlag? Skall gruppering och poängsättning av vårdepisoder ske på ett liknande sätt som inom DRG-systemet? Det fordrar i så fall omfattande utvecklingsarbete. Skall ersättning ges till en koordinator som ersätter de involverade utförarna?

Kostnadsberäkning av vårdinsatser

Utredarna pekar på att om ersättningen skall bygga på självkostnader så krävs betydligt mer heltäckande och avancerade KPP-system än idag. Det finns också brister i underlaget för prisberäkningar.

IT-systemen är inte anpassade för att hantera en vårdepisod. Det existerar inget sammanhållande ID-begrepp för vårdepisoder.

Definition av vårdepisoden

När startar och slutar den? Vad innebär svårigheterna att ställa rätt diagnos vid första vårdkontakt? Vad innebär det att parallella processer och parallella sjukdomsförlopp påverkar varandra? Hur påverkar vård för följsjukdomar och komplikationer?

Utredningen från 2001 pekade dessutom på ytterligare svårigheter som måste hanteras:

- Flera andra strategiskt viktiga projekt pågår inom regionen och de kräver resurser. Det handlar t ex om införande av BESIS, gemensam läkemedelslista, läkarvalssystem m m.
- Diagnosregistreringen behöver förbättras för delar av sjukhusens öppenvård och för stora delar av primärvården.
- Det finns metodologiska oklarheter i definition av vårdepisod.

- Vårdepisodersättningen medför att IT-systemen måste förändras och utvecklas. Det är svårt att uppskatta de resurser som krävs för denna utveckling.
- Det finns heller inte några nationella eller internationella förebilder för ersättning av vårdepisoder.
- Transaktionskostnaderna förutsågs att öka och bedömdes kunna bli för höga.

Dessa invändningar till trots så uttryckte sig utredningen något positivt om möjligheten att tillämpa ersättning av hela vårdepisoder. Man skrev att den samlade bedömningen är att det är möjligt att införa flödesbaserade ersättningssystem på bred bas, men att det återstår en hel del grundarbete de närmaste åren innan det kan genomföras.

För det fortsatta arbetet rekommenderade man att inrätta och betala särskilda funktioner med uppgift att förbättra processkvaliteten för de stora sjukdomsgrupperna. Utredningen har inte lett till något fortsatt samlat utvecklingsarbete i frågan.

22.5 Vilka vårdepisoder är intressanta?

I tabellen nedan listas de kvantitativt största DRG-grupperna i regionen år 2003 kombinerat med ett resonemang kring vårdepisoder för några av dem

DRG		Vårdtillfällen i regionen 2003
373	Vaginal förlossning, ej kompli	12 402
183	Buksmärtor och gastroenteriter	6 341
143	Bröstmärtor, ej angina pector	5 641
127	Hjärtsvikt och chock	4 588
139	Hjärtarytmier och överlednings	3 704
209A	Större primära ledoperationer	3 326
140	Angina pectoris	3 164
410	Kemoterapi utan akut leukemi s	3 154
182	Buksmärtor och gastroenteriter	2 961
014B	Stroke, okomplicerat	2 656
014A	Stroke, komplicerat	2 615
122	Cirkulationssjd med hjärinfarkt	2 582
35	Andra sjukdomar i nervsystemet	2 491
88	Kroniska obstruktiva lungsjukd	2 458
89	Lunginflammation, >17 år, kompl	2 301
243	Medicinska ryggsjukdomar	2 249

Exempel 1: Okomplicerad förlossning. Om DRG 373 skulle utgöra en vårdepisod så skulle mödrahälsovård och förlossningsvård kunna ingå samt eventuellt också tidig BVC efter förlossningen. Vårdepisoden inkluderar därmed vård vid både sjukhus och inom primärvården. Frågan är vilka fördelar en samlad vårdepisodersättning skulle ge? Nuvarande ordning har lång tradition och det är svårt att identifiera några tydliga nackdelar.

Exempel 2. DRG 209 A, Primära höft och knäledsprotoser. En vårdepisod skulle kunna inbegripa första kontakt i primärvården, specialistbesök, operation och rehabilitering.

En betydande del av de som startar inom denna vårdprocess kan komma att bryta episoden på olika stadier i processen eftersom remittering kanske inte leder till operation. Hur ser man på vårdepisodersättningen i sådana fall?

Hur påverkar vårdepisodersättningen den tilltänkta utvecklingen av den planerade kirurgin? Operationer skall i ökande grad ske med regionen som upptagningsområde. En vårdepisod skulle kunna börja inom primärvården på Orust, inkludera operation i Falköping och avslutas

i primärvården igen. Hur skall det hanteras ersättningsmässigt? Eller skall vårdeperioden enbart innefatta öppen och slutenvård vid sjukhuset? Vilka vinster kan förväntas med vårdepisodersättning i detta fall?

Exempel 3. DRG 014, Stroke. Vårdeperioden kan inbegripa såväl akutvård, uppföljningsbesök som rehabilitering. Vem skall motta ersättning och fördela den? Vilka vinster kan förväntas av vårdkedjeersättning? Vad händer i samarbetsklimatet mellan utförare i en krympande ekonomi när de skall dela en minskande ersättning? Vad händer om patienten utöver stroke även drabbas av t ex en hjärtinfarkt. Hur skall sådana parallella sjukdomsförlopp hanteras i ersättningshänseende?

Exemplen visar att varje vårdprocess i sig innehåller sina unika frågeställningar, avgränsningar och utvecklingsområden.

Den regionala utredningen 2001 fann inte några nationella eller internationella förebilder när det gäller ersättning av hel vårdeperiod. Vi har inte systematiskt eftersökt sådana igen men det finns vissa erfarenheter som kan vara av intresse i sammanhanget.

22.6 Vårdprocessersättning för njursjukvård vid SÄS

Vid SÄS har bedrivits ett utvecklingsarbete för att ersätta vården av patienter med njursvikt med en samlad ersättning. Man har identifierat tre ersättningsbara processer. Patienter med avancerad njursvikt utan dialys, patienter i hemodialys och patienter med peritonealdialys. Man har beräknat den genomsnittliga patientkostnaden för vård av dessa under ett år. Under 2005 planeras en ”skuggersättning” som planeras tillämpas fullt ut för 2006. Ersättningen per patient skall inkludera alla kostnader i öppen och slutenvård. Det är dock oklart om den samlade ersättningen även avser slutenvård och öppenvård för andra sjukdomar som patienten redan lider av eller drabbas av under året. Ersättningen gäller enbart sjukhusets kostnader och patientgruppen förknippas nog i allmänhet inte med närsjukvård men kan ändå nämnas i sammanhanget. Från ett regionalt perspektiv är det oklart hur detta påverkar rapporteringen till koncernredovisningssystemen, vilka är grunden för verksamhetsuppföljning på regional och lokal nivå.

22.7 Organisationsförändringar

En stor svårighet med samlad ersättning för en vårdeperiod är att ersättningen skall täcka kostnaderna till de vårdgivare som är inblandade i en avslutad vårdeperiod. Ett annat sätt att nalkas målsättningen att pröva en ”modell för ersättning av närsjukvården” är att istället göra försök med att anpassa organisationen och skapa utförare som i större utsträckning har ansvar för hela vårdeperioder. Sådana försök har gjorts vilket exemplifieras nedan.

I regionens vårdstrukturdokument - ”Hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi” från 2004 – diskuteras lokala försök med att genom förändrad ”organisation och ledning effektivisera samverkan mellan sjukhusvård och primärvård”. Erfarenheter som redovisas nedan talar för att ett sådant försök inte kan ge snabba vinster utan ger effekter först efter lång tid.

22.7.1 Organisationsförändringar – nationella erfarenheter

Vid Kungsbacka sjukhus har sjukhusvården tidigare var uppsplittrad i tio kliniker och varje klinik har tillhört en moderklinik vid sjukhuset i Varberg eller Halmstad. Dessa kliniker har nu förts samman med primärvården till en gemensam organisation från och med januari 2003. Organisationen utför därmed all primär- och länssjukvård utom den som kräver ett större sjukhus resurser.

Ett annat exempel är närsjukvården i Simrishamn. Där har viss sjukhusvård och primärvård handlats upp av samma entreprenör. Denna har dock inget ensamt områdesansvar för primärvård.

Landstinget i Dalarna har introducerat närsjukvårdsområden under var sin chef. Områdena har olika utformning men kan även innehålla sjukhusvård. Akutmottagning och specialistmottagningar vid sjukhuset i Mora tillhör närsjukvården medan mer specialiserad vård vid sjukhusen i Mora och Falun ingår i länssjukvården.

Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting har drivit frågan längre. I ett projekt som avslutats i januari 2005 föreslår arbetsgruppen ett kommunalförbund mellan kommunen och landstinget som skall svara för driften av såväl den kommunala vården som primär- och sjukhusvård.

I mitten på 1990-talet gjordes ett försök att omorganisera hälso- och sjukvården i Södra Älvsborg. En gemensam organisation bildades för primärvården och sjukhusen i Alingsås, Borås och Skene. Organisationen leddes av en direktör. Primärvård, internmedicin och allmän kirurgi kallades för bassjukvård och bildade en egen organisatorisk enhet under direktören. Övriga specialiteter vid sjukhuset, t ex kvinnosjukvård, ögon samt öron-, näsa- och hals-sjukdomar, kallades för länssjukvårdsspecialiteter och bildade även de en egen organisation. Psykiatrin organiserades för sig och ingick inte i bassjukvården. Då det i början av 1997 stod klart att Västra Götalandsregionen skulle bildas avbröts försöket som därmed endast pågick under ett drygt år. Oss veterligen har aldrig detta organisationsexperiment utvärderats.

22.7.2 Organisationsförändringar - internationella observationer

NHS

I Storbritannien finns systemet med fundholders. Det innebär att större primärvårdsorganisationer har möjlighet att, utöver att sköta primärvård, beställa och ersätta specialistvård från sjukhus. Primärvården har därmed i princip kontroll över en hel vårdkedja där sjukhuset är leverantör av de tjänster som primärvården ej klarar av själv. Systemet har kritiserats för att det gett olika tillgång till planerad vård och att det har för höga transaktionskostnader. Men systemet är teoretiskt intressant med dess incitament att hålla patienter utanför den dyra sjukhusvården. Det lanseras nu en ny variant av konceptet från april 2005 som innebär att även enskilda vårdcentraler kan ha en upphandlingsbudget för sjukhusvård. Förändringen anses underlättas av utvecklingen mot nationella tariffer för sjukhusvård där varje upphandlare inte längre behöver förhandla om priser.

Det blir komplicerat om det engelska systemet skulle appliceras på svenska förhållanden. Det skulle vara en dramatisk förändring av det nuvarande beställar-/utförarsystemet, kräva mycket utvecklingsarbete samt förflyttning av administrativa resurser.

I övrigt sker utvecklingen i Storbritannien mot utökad prestationsersättning. I en samlad strategi ”payment by results”, eftersträvas en förbättring av produktiviteten.

USA

Ett, icke vinstdrivande, amerikanskt sjukvårdssystem, Kaiser permanente, har nyligen uppmärksammat i flera sammanhang efter detaljerade jämförelser med det sjukvårdssystemet i Storbritannien. Systemet innehåller dels en försäkringsdel där människor eller grupper av människor kan köpa en sjukvårdsförsäkring och dels en driftdel där man driver sjukhus och primär- och specialistvård. Kaiser klarar att hantera sitt åtagande med bara en tredjedel av de vårdplatser som det engelska sjukvårdssystemet behöver. Skillnaden mot svenska förhållanden torde vara lika stor. Det beror på mycket korta vårdtider, och på att dyr slutenvård undviks genom förebyggande omhändertagande och tidig utskrivning. Den huvudsakliga förklaringen till deras resultat är, menar forskare, framgångsrik ledning och organisation (British Medical Journal, 29 november, 2003).

Kaisers framgångar påstås vara resultatet av vertikal samordning utan hinder i vårdkedjan. Däremot finns det en horisontell konkurrens– missnöjda patienter kan byta system. Kaiser permanente betecknas som ”non-profit” men läkarna är delägare och har därmed ett direkt intresse av att patienten omhändertas på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Data indikerar god förebyggande behandling för sjukdomar som annars kan kräva slutenvård som t ex astma. Ett annat utmärkande drag är mycket stora vårdcentraler som bemannas av såväl allmänmedicinare som specialister. Ytterligare en framgångsfaktor är att organisationen ostört under lång tid fått verka med att utveckla sitt koncept.

22.8 Sammanfattande bedömning av möjligheterna att ersätta närsjukvård och vårdkedjor

Det pågår många aktiviteter inom ersättningsområdet. Att kombinera dessa aktiviteter med utveckling av vårdepisoder skulle vara utomordentligt komplicerat och de tillgängliga utvecklingsresurserna skulle troligen ej räcka till.

Att i lokala utvecklingsprojekt införa ersättning av vårdepisoder t ex inom ett sjukhus innebär att ersättningssystemets regionala kärna inte förblir enhetlig. En sådan ersättningsform väcker också många frågor vilka redovisats ovan.

Att ersätta vårdepisoder som sträcker sig över flera utförare är ännu mer komplicerat än vårdepisoder inom t ex ett sjukhus. Det är förstås möjligt att införa sådana men konsekvenserna är oklara vilket framgått av redovisningen ovan.

De många frågor som uppkommer då man diskuterar ersättning av närsjukvård och vårdkedjor gör att dessa områden tillhör de mest komplicerade inom ersättningsområdet. Stora utvecklingsresurser måste avsättas om denna ersättningsform i framtiden skall tillhöra det regiongemensamma ersättningssystemet. Samtidigt kan man konstatera att många av de mål och ambitioner som ligger bakom önskemålen om samlad ersättning av närsjukvård och vårdepisoder kan tillgodoses genom användning av den föreslagna grundmodellens olika delar. Lokala försök med att förbättra samarbetet mellan olika vårdnivåer pågår och kan stimuleras genom användande av den målrelaterade ersättningskomponenten.

23. Läkemedel

Ansvaret för receptläkemedel har överförts från staten genom ett riksdagsbeslut. Grundtanken är att läkemedelsbehandlingar är en integrerad del av hälso- och sjukvården. Som en konsekvens av detta har det i Västra Götalandsregionen bedrivits ett omfattande förändringsarbete som bland annat har inneburit ett decentraliserat kostnadsansvar för receptläkemedlen. Decentraliseringen sker i huvudsak baserat på ett förskrivarbaserat ansvar d v s kostnadsansvaret belastar den förvaltning till vilken receptutfärdande arbetsplats hör. Inom Fyrbodalsområdet finns dock en frivillig överenskommelse som innebär att primärvården ansvarar för det som betecknas som allmänläkemedel och NU-sjukvården för det som klassificeras som specialistläkemedel.

Genom decentraliseringen eftersträvas en integration mellan läkemedel och andra delar av hälso- och sjukvården.

Så länge läkemedlen inte ingår i ersättningsmodellerna blir det dock svårt att åstadkomma en optimal integration. Bland annat påverkar inte en förändring i patientvolym läkemedelskostnadernas storlek. Ett abonnemang lever lätt sitt eget liv utan att hänsyn tas till förändringar i verksamheten.

Mot en integration talar att vi idag inte har tillgång till aidentifierad individinformation för att knyta ihop data om läkemedelsuttag med uppgifter om vårdkontakt, diagnos och åtgärd.

Ett första steg mot integration av läkemedelskostnaderna i ersättningen föreslås ske genom att skuggersättning prövas under 2006. Läkemedelskostnaden adderas till besök och vårdtillfällen utifrån respektive kliniks läkemedelsförskrivning med 2004 års volymer och kostnader som grund. Således skulle ett kliniks specifikt tillägg göras till den vanliga ersättningen för att täcka läkemedelskomponenten. Analys av utfallet kan ge underlag för beslut inför 2007.

24. Riktade uppdrag/abonnemang/anslag

I HSUs uppdragshandling står följande: ”Abonnemang/anslag kan ges till viss del av vården. Exempel är sjukhusens akutenheter. Förutsättningen för abonnemang är att gränssnittet gentemot den prestationssatta verksamheten är tydlig.” I detta avsnitt används begreppen riktade uppdrag, abonnemang och anslag som synonymmer.

Abonnemanget innebär att utföraren erhåller ersättning oavsett hur mycket eller hur litet vård som utförs. Det ger också incitament att välja det billigaste alternativet om det finns flera likvärdiga att välja mellan. Abonnemanget kan därför leda till att billiga och eventuellt sämre vårdalternativ väljs istället för dyrare och bättre. Det finns därför ett behov att noga kontrollera vårdens kvalitet.

Abonnemang kan villkoras och relateras till definierade mål som avtalas mellan beställare och utförare. Så kan t ex speciella kvalitets- och processmål överenskommas. Abonnemangserättningen kan knytas till uppfyllandet av målen.

Det är oklart hur riskfördelningen mellan beställare och utförare påverkas av denna ersättningsform. Om patienten tillhör en diagnosgrupp med dyrbara behandlingar, till exempel transplantationer eller bypassoperationer, innebär varje ny patient med behandlingsbehov en

stor kostnad. Om å andra sidan behandlingarna är förhållandevis billiga, innebär inte måttliga variationer av patientantalet så mycket ur risksynvinkel för utföraren.

Abonnemang/anslag kan omfatta mindre eller större delar av ett sjukhus verksamhet. Om endast ekonomiskt mindre betydelsefulla omfattas kan lokala variationer tillåtas mellan sjukhusen. Om däremot större delar av sjukhusens ekonomi omfattas bör abonnemangsprinciperna vara desamma i hela regionen.

Rapporten från det regionala KPP-projektet innehåller riktlinjer för hur kostnader skall fördelas vid upprättande av totalkostnadsbokslut. Enligt riktlinjerna skall vissa abonnemangskostnader i vissa fall ingå i KPP-kalkylerna medan de i andra fall inte skall ingå. För att KPP skall vara ett verkningsfullt system både i beskrivningshänseende och som ett verktyg för ledning och styrning fordras att sjukhusen följer dessa riktlinjer. I annat fall kan man dra felaktiga slutsatser rörande sjukhusets kostnader för produktion av en viss vårdtjänst.

Det finns argument både för och emot abonnemang för sjukhusens akutmottagningar. För detta talar främst incitamentet att utforma vården så effektivt som möjligt, det billigaste alternativet väljs om det finns flera likvärdiga att välja mellan. Mot talar möjligheten till kostnadsöverväldning, i fallet med akutmottagningar kan delar av akutverksamheten och kostnader läggas på primärvården eller annan specialakutmottagning samtidigt som abonnemangsersättningen utgår oförändrad.

25. Ersättning enbart baserad på prestationsvolym (100% ersättning)

I HSUs uppdragsdokument står följande: ”Möjligheten att inför beställningarna 2006 införa 100 % ersättning när det gäller ersättning länssjukvård, DRG, vårddagar m.m. så även när det gäller regionsjukvård, DRG, vårddagar m.m. är något som ska belysas i uppdraget.”

Syftet med full prestationsersättning är att öka stimulansen att producera sjukvård. Denna ersättningsform tillämpas idag inom de åtta garantiområdena. Det är oklart vilken av de båda incitamenten, den fulla prestationsersättningen eller de ökade resurserna, som mest bidragit till att sjukhusen ökat sin produktion inom garantiområdet. I övrigt bygger nuvarande ersättningsystem på att sjukhusen garanteras 50 % av den totala ersättningen oavsett vilka volymer som produceras. Orsaken är att det är svårt att till fullo förebygga händelser som gör att den avtalade volymen inte kan produceras. Nyckelpersonal kan t ex bli sjuk eller sluta och influensaepidemier kan påverka den elektiva vården negativt. Vidare är det svårt att på kort sikt minska de fasta och rörliga kostnaderna. Modellen med en kombination av anslag och prestationsersättning är ett uttryck för att den ekonomiska riskdelningen mellan ägare, utförare och beställare skall vara utformad på ett sätt som uppfattas som skäligt av alla parter. Vid full prestationsersättning ändras denna riskdelning.

Nationella och internationella erfarenheter talar för att full prestationsersättning utan ett absolut kostnadstak leder till produktions- och kostnadshöjningar. Det finns inga erfarenheter, utom våra egna inom regionen, som belyser en situation då full prestationsersättning kombineras med ett absolut kostnadstak. Vi försöker nedan hypotetiskt belysa vilka effekter en sådan ersättningsmodell skulle kunna ha.

Vid full prestationsersättning kombinerad med absolut tak kan produktionen sjunka, vilket är tvärt emot syftet med denna ersättningsform. Sjukhuset känner sig tvingat att vid full prestationsersättning skaffa sig andra säkerheter för att vara förvissad om att få samma intäkter som

tidigare. En sådan åtgärd är att i förhandlingarna argumentera för att avtalade volymer skall sänkas. En effekt av 100 % ersättning skulle alltså kunna bli att överenskommelsernas avtalade volymer sänks. Det slutliga resultatet av full prestationsersättning skulle alltså kunna bli att avtalade och eventuellt även producerade volymer sänks.

Om en full prestationsersättning kombineras med ett absolut volymtak måste sjukhuset träffa exakt rätt då det gäller den avtalade volymen. I annat fall kommer sjukhuset att förlora intäkter. Vid absolut volymtak gäller detta oavsett om man producerar mer eller mindre än den överenskomna volymen. Det är mycket svårt att träffa exakt rätt, vilket gör att full prestationsersättning bör kombineras med någon form av regelverk för hur mycket produktionen skall tillåtas variera i förhållande till den avtalade volymen.

Tidigare i rapporten har vi diskuterat ersättningssystemets eventuellt negativa effekter på intäkterna då man effektiviserar. En förenklad och mer effektiv vårdprocess kan innebära att antalet besök/vårdtillfällen minskar. Om full prestationsersättning utgår för dessa prestationer "förlorar" sjukhuset en större andel av intäkterna än om en 50/50-modell gäller.

Om full prestationsersättning skulle gälla även för den akutsomatiska vården skapar man en stimulans som leder till att sjukhusen "måste" lägga in patienter för att erhålla fulla intäkter. Med hänsyn till att det finns en rad möjligheter att åtminstone till viss del förebygga inläggningar vore detta en felaktig signal. Det vore snarare önskvärt att skapa en omvänd stimulans som innebär en viss premiering om sjukhus kan minska den slutna akutsjukvården utan att vältra över ansvaret och kostnaderna på någon annan. Man bör därför överväga att försöka bygga in ett sådant omvänt incitament i det framtida ersättningssystemet.

Ytterligare aspekter på problemkomplexet med full prestationsersättning finns i avsnittet om ersättning med bruten kurva.

Med hänvisning till ovanstående resonemang föreslås att nuvarande modell med 50 % fast och 50 % prestationsersättning kvarstår.

26. Regiongemensamma priser

26.1 Bakgrund

Med regiongemensamma priser menas att sjukhusen skall ha samma krontalsersättning för DRG-ersatt vård. Indirekt menas också att de tjänster som skall ersättas skall vara gemensamma och beskrivna på samma sätt. I dagsläget definieras vårdtjänsterna inom sluten somatisk vård och inom vissa delar av öppenvården (dagkirurgi och endoskopi) på ett enhetligt sätt i regionen. Inom psykiatri och övrig öppenvård ersätts sjukhusen utifrån de tjänster som de själva definierat.

I rapporten "Ersättningssystem för sjukhus" (KPMG Consulting, 2002) var en av rekommendationerna att införa regiongemensamma riktpriser för att sätta press på improduktiva utförare. KPMG's rapport pekar också på att de skillnader i kostnadsmassa, definitioner av verksamhet och registreringsolikheter som finns mellan sjukhusen måste hanteras och lösas vid införande av gemensamma priser.

26.2 Teori kring prissättning av vårdtjänster

I kommunal och landstingskommunal verksamhet skall enligt kommunallagen självkostnadsprincipen gälla; priset skall täcka de kostnader som uppstått för att utföra en vårdtjänst, påslag för vinst accepteras inte. För att uppfylla detta måste två grundläggande faktorer klarläggas, dels måste tjänsten definieras och dels måste totalkostnaden för tjänsten fastställas. Om dessa två faktorer är klarlagda blir priset totalkostnaden dividerad med antalet utförda vårdtjänster.

Den första förutsättningen vid prissättning av vårdtjänster är att tjänsten kan beskrivas på ett enhetligt sätt. Den som ersätter tjänsten/produkten (beställare, andra landsting, försäkringsbolag eller enskilda patienter) fordrar att tjänsten/produkten är väldefinierad.

Inom den slutna sjukhusvården används DRG som beskrivningssystem. DRG-systemen kan betecknas som en metod att kombinera flera tusen diagnoser och åtgärder till ca 500 grupper som är medicinskt meningsfulla och ekonomiskt homogena. Systemet har under de senaste åren också kompletterats med dagkirurgi och endoskopier. För att DRG-systemet skall fungera som grund för ersättning och prissättning krävs dock att extremt avvikande vårdtillfällen plockas ur systemet och ersätts och prissätts på annat sätt. Vårdtillfällen av detta slag brukar betecknas som ytterfall. För all övrig verksamhet d v s somatisk öppenvård (exklusive dagkirurgi och endoskopi) och psykiatri finns i dagsläget inga generella beskrivningssystem, för dessa verksamheter är prissättningen av typ ”pris per vård dag psykiatri”, pris för läkarbesök barnmedicin etc. Benämningen säger ingenting om innehållet i vårdtjänsten.

Totalkostnaden definieras som ”alla direkta och indirekta kostnader som är hänförliga till den utförda vårdtjänsten”. Det innebär att alla kostnader för utförda DRG-poäng i slutenvård summeras ihop till en totalkostnad för DRG-slutenvård. Det råder nationell och regional konsensus kring riktlinjer och regler gällande kostnadsberäkning och dessa finns dokumenterade dels i KPP-rapporter och dels i det regionala KPP-projektets slutrapport.

26.3 Grundläggande utgångspunkter

Gemensamma priser kan i princip införas enligt två huvudprinciper. Den första principen kan beskrivas som att sjukhusen behåller nuvarande ersättningsnivåer och låter skillnaderna i pris kompenseras av anslagsdelen. Detta innebär ett generellt avsteg från en regiongemensam 50/50 modell eftersom anslagsdelen kommer att variera mellan olika sjukhus. Ett sjukhus kan få t ex 45% i anslag och ett annat 55% beroende på vilket kostnadsläge (pris) sjukhuset har. Effekter av denna princip beskrivs nedan som *regiongemensamt pris med nuvarande modell*.

Den andra principen bygger på att vårdverksamhet och därmed resurser överförs till utförare som har lägre priser medan utförare med högre priser förlorar vårdverksamhet och därmed resurser; mindre resurser till ”dyra utförare” och mer resurser till ”billiga utförare”. Resursfördelningen blir mer rättvis men införande av gemensamt pris enligt denna princip kräver ett mer omfattande arbete eftersom skillnader mellan sjukhus, som inte beror på produktivitet, måste kompenseras. Principen beskrivs nedan som förutsättningar och effekter enligt *kompensationsprincipen*.

De gynnsamma effekterna av regiongemensamma priser kan bara erhållas genom att ägaren tillåter överföring av resurser mellan sjukhusen i regionen; de ”billiga” sjukhusen tillförs resurser för att producera mer medan de ”dyra” sjukhusen förlorar resurser. Systemet skulle bli mer dynamiskt än idag men samtidigt sannolikt mer svårhanterligt. De sjukhus som förlorar

resurser skulle behöva frigöra resurser i form av personal och andra rörliga kostnader för att möjliggöra överföringen till de mer produktiva sjukhusen.

26.4 Internationella erfarenheter

Det finns internationella erfarenheter av gemensamma priser för ersättning av produktgrupper. I USA finns ett nationellt system, Medicare, för ersättning av bland annat akut somatisk slutenvård. I England planeras införande av ett nationellt system med gemensamma priser för prospektiv ersättning av produktgrupper (HRG). Gemensamt för båda dessa system är att de är nationella och att stort arbete läggs ner på att justera för olika bakomliggande förutsättningar som utbildningsansvar, lokalt löneläge, befolkningens socioekonomiska sammansättning m m. Sådana utvecklings- och underhållsinsatser är lättare att genomföra på ett nationellt plan. Erfarenheter från England visar att införandetiden planeras ta många år.

26.5 Effekter av regiongemensamt pris med nuvarande ersättningsmodell

Med nuvarande ersättningsmodell med maximerat ersättningstak blir ett gemensamt pris mer av symbolvärde då skillnader i pris kompenseras i anslagsdelen och sjukhusets totala ersättningsutrymme blir oförändrat. Den ”dyraste” utföraren skulle få mest i anslagsdel och därmed ett minskat risktagande vid sjunkande volymer. Om ett regiongemensamt pris däremot skulle införas samtidigt som man skulle tillåta överföring av resurser mellan sjukhusen skulle effekterna bli negativa och drastiska. Sjukhus med höga kostnader som inte orsakas av skillnader i produktivitet utan av strukturella skillnader skulle förlora stora resurser. De förlorande sjukhusen skulle få svårigheter att erbjuda vård till patienter med komplicerade vårdbehov.

Med nuvarande nationella regelverk för utomlänspatienter är det troligt att regionen skulle förlora utomlänsintäkter om vi inför ett regiongemensamt pris med nuvarande ersättningsmodell. Om t ex det regiongemensamma priset blir lika med medelpriset för utomlänspatienter 2005 skulle sjukhusen ersättas med 33 446 per DRG-poäng. SU som för närvarande har ett krontal för utomlänspatienter på 36 175 kr skulle gå miste om drygt 2 700 kr per DRG-poäng, vilket skulle innebära cirka 19 mkr i minskade intäkter för läns- och region-sjukvård. Om lägsta priset blir riktgivande för det regiongemensamma priset kommer naturligtvis förlusterna att öka ytterligare.

Eftersom kopplingen mellan ersättning och kostnad delvis skulle försvinna kan man befara att verksamhetens förtroende för ersättningssystemet skulle minska. Därmed kan sekundära negativa effekter uppstå som t ex en försämring av sjukhusens registreringskvalitet och en minskad motivation för att styra och leda verksamheten med hjälp av de kostnadsuppgifter som finns i KPP-systemen.

26.6 Förutsättningar för gemensamma priser i regionen enligt kompensationsprincipen

Beskrivningen nedan bygger på att sjukhusen har gemensamma priser som inte kompenseras i en anslagsdel. Sjukhus med höga kostnader tvingas öka sin produktivitet, genom att antingen producera mer för samma resurs eller genom att minska kostnaderna med oförändrade volymer.

Som framgår ovan är de absolut viktigaste förutsättningarna att vårdtjänster och kostnader beskrivs på samma sätt inom hela regionen. I dagsläget finns inga gemensamma beskrivnings-system för icke kirurgisk öppenvård och psykiatri och därmed inga förutsättningar för gemensam prissättning. Inom något år kan den icke kirurgiska öppenvården beskrivas på ett likartat sätt i hela regionen då den nya nationella öppenvårdsgrupperaren har tagits i bruk.

I regionen finns ett gemensamt regelverk för fördelning och redovisning av kostnader. Där-
emot finns det ingen kontroll av om regelverket efterlevs. Flera av sjukhusen saknar också KPP-system och därmed möjligheten att redovisa kostnader för extrema vårdtillfällen, d v s att kunna hantera ytterfall. I en ersättningsmodell med regiongemensamma priser måste kostnadsfördelningar och ytterfall hanteras på samma sätt vid alla sjukhus, annars kan sjukhus lätt kompensera höga DRG-priser med att överföra kostnader till områden som inte är gemensamma.

Teoretiskt sett är effekten av gemensamma priser att improduktiva utförare tvingas att öka sin produktivitet och produktiva utförare minska eller bibehålla sin produktivitet. Detta skulle innebära en mer rättvis fördelning av resurser mellan sjukhus i regionen. Men sjukhusen måste först kompenseras för kostnadsskillnader som inte beror på skillnader i produktivitet.

Nedanstående faktorer är förmodligen de absolut viktigaste som måste kompenseras vid införande av regiongemensamma priser

Skillnader i uppdrag	Hur stort är akutsjukvårdsuppdraget? Hur mycket resurser går åt för jour och beredskap, både personellt och materiellt? Vilka kostnader uppkommer till följd av status som universitetssjukhus, dvs FoU, sista utposten mm?
Utbildningsuppdrag	Hur många läkare, sjuksköterskor och andra personalkategorier utbildas och handleds varje år?
Skillnader till följd av läge	Finns det oskäliga skillnader i hyror, uppvärmningskostnader, löneläge?
Skillnader i patientsammansättning	Förekommer det en patientsektion som medför att vissa sjukhus har kostsammare patienter än andra? Se kommentar nedan!

Eftersom DRG-systemet komprimerar tusentals diagnos- och åtgärdscombinationer till cirka 500 grupper finns det naturligtvis en viss variation inom varje grupp. Denna variation kan vara systematisk. Ett exempel på systematisk variation illustreras i nedanstående tabell. Alla vårdtillfällen i tabellen blir grupperade till ett och samma DRG, i det här fallet höft- eller knäledsimplantat, och ger samma ersättning vid gemensamt pris.

	Antal vårdtillfällen	Medelvårdtid
Kärnsjukhuset i Skövde	318	12,5
Sjukhuset i Falköping	307	8,9
Frölunda sjukhus	101	3,7

Den stora skillnaden i medelvårdtid för de olika sjukhusen kan inte förklaras i termer av att produktiviteten är olika, utan förklaringen ligger i selektionen av patienter. På KSS opereras alla patienter där det kan finnas komplicerande faktorer såsom andra sjukdomar, hög ålder

eller andra särskilda omständigheter. I Falköping opereras patienter som bedöms vara av lågrisktyp och på Frölunda är patienturvalet ännu mer selekterat, här opereras patienter som förutom höftledsartrosen är helt friska. Skall gemensamma priser införas bör också denna selektionsproblematik hanteras och kompenseras.

Förutom skillnader beroende på ej påverkbara kostnader och på patientselektion finns det även ett antal olikheter som beror på skillnader i beskrivning av verksamheten vid de olika sjukhusen, det gäller olikheter i definitioner och begrepp samt skillnader i principer för val av huvuddiagnos. Dessa skillnader är inte lika betydande men det regionala arbetet måste kontinuerligt vara inriktat på att minska differenserna. Nedan redovisas de största olikheterna.

Exempel på skillnader i definitioner och begrepp

Begreppet vårdtillfälle används på en mängd olika sätt, en del utförare räknar vårdtillfälle som in/ut samma klinik, andra som in/ut samma sjukhus alternativt in/ut samma sjukhusgrupp. Dessa olika sätt att tolka vad ett vårdtillfälle är påverkar antalet vårdtillfällen och därmed ersättningsnivåerna.

Ett annat område med skillnader är hur besök innan operation hanteras.

Exempel på skillnader i principer för val av huvuddiagnos

DRG-systemet bygger till stor del på vilken huvuddiagnos som väljs då vårdtillfället skall karaktäriseras. Om det finns olika principer för val av huvuddiagnos hos olika utförare kan samma medicinska problem/åtgärd grupperas till olika DRG vilka har olika ersättningsnivåer. Ett exempel där vi vet att det finns olika traditioner är cytostatikabehandling.

Sammanfattningsvis måste vid ett införande av regiongemensamma priser utförarna kompenseras för de skillnader som inte beror på differenserna i produktivitet. De skillnader som beror på olika kostnader och patientsammansättning måste kompenseras ekonomiskt, och för de andra skillnaderna krävs det ett kontinuerligt arbete för att förfina och upprätthålla de regionala regelverken. Det är viktigt att compensationen sker på vårdtillfälles-/besöksnivå och inte vid sidan om i någon form av abonnemang eller liknande. I annat fall blir de inomregionala priserna lägre än de priser som krävs för att utomregionala priser skall återspegla självkostnaden; kopplingen mellan inom- och utomregionala priser upphävs.

Kompensationen skall till slut uttryckas i matematiska termer och för ett vårdtillfälle inom slutna somatisk vård skulle den kunna se ut så här:

Gemensamt pris*gemensam DRG-vikt*uppdragsfaktor*faktor för utbildning*faktor för sjukhusets läge*patientsammansättningsfaktor

26.7 Ersättningsnivåns påverkan vid regiongemensamma priser

De effekter som uppkommer av regiongemensamma priser är beroende av hur priset sätts. Om medelpriset upphöjs till regionlikare skulle det förmodligen leda till att improduktiva utförare blir mer produktiva och systemet upplevas som mer rättvist. Samtidigt finns det en risk att de effektivaste sjukhusens produktivitet försämras genom att kostnaderna ökar eller att produktionen minskar. Det gemensamma prisets påverkan på den totala produktionen är därför inte helt självskriven; resultatet kan bli oförändrad produktion. Under förutsättning av att compensationen görs på vårdtillfälles/besöksnivå blir utomlänstäckningarna oförändrade.

Om lägsta pris skulle väljas kan de mest improduktiva sjukhusen förlora stora intäktsvolymen vilket skulle leda till krav på omfattande minskningar av personal och andra rörliga kostnader.

En annan självklar effekt av gemensamma priser är att ersättningarna för ett givet DRG ändå kommer att variera mellan utförarna beroende på hur skillnader kompenseras. Dagens ersättningsmodell med skilda krontalsnivåer för olika sjukhus är i praktiken en sorts kompensationsystem.

26.8 Slutsatser regiongemensamma priser

För att regiongemensamma priser skall bli verkningsfulla måste de strukturella skillnaderna mellan sjukhusen utjämnas, d v s en utjämning av de skillnader som inte beror på olikheter i produktivitet. En sådan modell kräver mycket förberedande utvecklingsarbete och dessutom särskilda resurser för att hålla kompensationsystemen à jour med utvecklingen.

I en ersättningsmodell enligt kompensationsprincipen kan regiongemensamma priser upplevas som mera rättvisa och utjämna produktivitetsskillnader mellan sjukhusen. De gynnsamma effekterna av denna modell kan dock bara erhållas genom att ägaren tillåter överföring av resurser mellan sjukhusen i regionen; de ”billiga” sjukhusen tillförs resurser för att producera mer medan de ”dyra” sjukhusen förlorar resurser. Systemet skulle bli mer dynamiskt än idag men samtidigt mer svårhanterligt. De ”dyra” sjukhusen skulle behöva frigöra resurser i form av personal och andra rörliga kostnader för att möjliggöra överföringen till de mer produktiva sjukhusen.

För att modeller med gemensam ersättning skall kunna tillämpas krävs att i princip alla delar av vården har en gemensam beskrivning, annars finns alltid möjligheten att definiera egna tjänster alternativt flytta kostnader kalkylmässigt mellan olika vårdformer.

En modell med regiongemensamma priser kommer sannolikt att inskränka utrymmet för lokala ersättningslösningar mellan beställare och utförare.

Om gemensamma priser införs utan kompensation för bakomliggande strukturella skillnader, *d v s allt annat lika, får ett gemensamt pris ingen större ekonomisk påverkan för sjukhusen eftersom prisskillnader kompenseras i anslagsdelen.* Däremot riskerar man att intresset för de gemensamma beskrivningssystemen, framförallt KPP, försämras eftersom kopplingen mellan kostnad och ersättning helt eller delvis upphör.

Vid ett införande av gemensamma priser med nuvarande ersättningsmodell, och om allt annat är lika, *riskerar regionen att förlora utomregionala intäkter*, oavsett om priset sätts till ”lågsta pris” eller genomsnittligt pris i regionen. Vid införande av gemensamma priser med kompensation kan detta undvikas genom att kompensationen läggs på det individuella vårdtillfället/besöket.

Det föreslås att man behåller systemet med sjukhusspecifika priser. Återkommande regionala sjukhusjämförelser t ex med användning av KPP-data kan vara ett bättre sätt att utöva ägartillsyn och därmed peka på förbättringsområden.

27. Förutsättningar för att genomföra stora förändringar i ersättningssystemet

Ersättningssystemet är som vi tidigare konstaterat ett av de viktigare styrinstrumenten. Sjukhusen och primärvården inrättar sin verksamhet efter de signaler som ersättningssystemet sänder ut. Det nuvarande systemet med fast och prestationsrelaterad ersättning är resultatet av en lång utvecklingskedja som började i slutet av 1980-talet. Prestationsersättningen med DRG som grund har visat stor stabilitet. När större förändringar skall göras i systemet fordras därför att det nya som skall introduceras har genomgått en kvalitetsgranskning som gör att de nya momenten tål att ställas bredvid de nu existerande delarna. Vissa förutsättningar bör vara uppfyllda för att man framgångsrikt skall kunna införa nya mer omfattande förändringar av ersättningssystemet. Vi förtecknar nedan dessa krav.

- Begrepp, termer, definitioner och regler som är knutna till förändringen skall ha utarbetats och kommunicerats.
- Information och utbildning till sjukhus skall ha genomförts.
- IT-systemens förutsättningar att kunna hantera den nya situationen skall ha undersökts.
- Nödvändiga förändringar i IT-systemen skall ha genomförts och därefter testats.
- De ekonomiska konsekvenserna av större förändringar skall ha analyserats i förväg.
- Uppföljningen skall ha planerats redan vid införandet för att garantera god utvärdering.

Om dessa krav uppfylls finns det goda skäl att anta att de avsedda effekterna uppnås och att förändringarna kommer att mötas med respekt ute i verksamheten.

28. Den regionala organisationen inom ersättningsområdet

År 2003 bildades styrgruppen för terminologi-, ersättnings- och klassifikationsfrågor (S-TEK). Styrgruppen har till uppgift att leda, samordna och utveckla arbetet inom ansvarsområdet. Vidare skall man samordna det regionala arbetet med KPP, kalkyler, kostnadsanalyser samt vikt- och prislistor. I styrgruppen sitter företrädare för sjukhus, primärvård, beställare och regionkansliet.

En beredningsgrupp utreder aktuella ärenden före de behandlas av styrgruppen. S-TEK kan av formella skäl inte besluta i ärendena utan detta överläts antingen till hälso- och sjukvårdsdirektören eller om ärendet så fordrar till hälso- och sjukvårdsutskottet/regionstyrelsen.

29. Primärvårdens ersättningssystem

Det läkarvals- och ersättningssystem som finns för primärvården i regionen ska främja tillgänglighet, kontinuitet och valfrihet och vara oberoende av driftform.

De system som införts bygger i huvudsak på samma principer, nämligen kapiteringsersättning och rörlig ersättning. Ett listningsförfarande genererar kapiteringsersättningen som är baserad på antal listade individer och deras ålder. Vårdgivarna ersätts vidare för ersättningsbara vårdkontakter enligt överenskommelse mellan beställare och utförare. Den stora skillnaden mellan nämndområdena utgörs främst av hur mycket primärvårdsverksamhet som lagts in i kapiteringsdelen. I vissa områden finns dessutom anslag som ersätter delar av primärvårdsverksamheten. Det finns här också anledning att understryka att förutsättningarna ser olika ut om man jämför olika områden i regionen. Exempelvis medför förhållandena i Göteborg särskilda villkor.

Under år 2004 har en grupp bestående av företrädare för Primärvården i Västra Götaland och de lokala beställarkanslierna arbetat med uppdraget att ta fram förslag till ett mer enhetligt ersättningssystem för primärvård.

Arbetet resulterade i ett gemensamt förslag när det gäller åldersindelning och viktlista, innehåll i grundkapitering och principen att denna kan kompletteras med olika tilläggsmoduler. Det fanns vidare en enighet i gruppen om att det krävs ett fortsatt långsiktigt arbete som bör kopplas till frågan om hur regionens primärvård skall utvecklas. Den mest angelägna arbetsuppgiften är framtagandet av ett regiongemensamt beskrivningssystem. Ett projekt med detta syfte skall inom kort startas av primärvårdsförvaltningen.

Det bör kunna prövas om den fortsatta utvecklingen av primärvårdens ersättningssystem skulle kunna harmoniseras med den för sjukhusvården beskrivna grundmodellen. Detta skulle innebära att man även för primärvården prövar att införa en målrelaterad del. Detta ser vi som en positiv utveckling vilket skulle kunna stödja och utveckla gemensamma mål både för primärvården och sjukhusvården.

Bilaga 1. Ett exempel på ersättning med bruten kurva

Frågor som är knutna till ersättningssystem med bruten kurva

När man överväger ett ersättningssystem med bruten kurva uppkommer ett antal frågeställningar som måste kunna besvaras.

- Skall systemet omfatta såväl planerad som oplanerad sjukhusvård?
- Hur utforma ett system som tar tillvara ledig produktionskapacitet?
- Skall systemet vara regiongemensamt, lokalt eller bådadera?
- Vilket samband finns mellan riskdelningen och prestationsersättningens utformning?
- Hur skall den brutna kurvan konstrueras?
- Vilka verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenser kan förväntas?
- Hur skall modellen finansieras?

Skall systemet omfatta såväl planerad som oplanerad sjukhusvård?

Mot bakgrund av de beslut som fattats i strukturutredningen är det rimligt att produktionsstimulerande inslag i ersättningssystemet avgränsas till planerad vård. Den oplanerade akuta vården skall inte stimuleras, om möjligt skall den minska, vilket till viss del kan ske genom preventiva åtgärder.

Den regionala vertikala prioriteringsordning som fastställts är ett skydd mot att högt prioriterad vård trängs undan. Det skulle kunna uppfattas som stötande om det inom t ex cancerkirurgin skulle finnas olika typer av ekonomiska incitament. Sådan vård har högsta prioritet oavsett vilka ekonomiska incitament som gäller i övrigt. Den nuvarande regionala behandlingsgarantin omfattar alla behandlingar men för att öka produktionen inom ett begränsat antal områden finns idag olika typer av specialbeställningar med extraersättningar. I den mån regionens egna sjukhus inte kan erbjuda vården inom garantitiden har patienten rätt att erhålla behandlingen utanför regionen. Denna typ av utomregional vård har minskat men är fortfarande kostnadsmässigt betydande. Från den 1 november 2005 införs den nationella vårdgarantin vilket kommer att ge patienten rätt till behandling inom tre månader. Den nationella garantin kommer att omfatta alla behandlingar.

Under senare år har det blivit relativt vanligt att patienter som bryter lårbenshalsen erhåller en höftledsprotos direkt. Den tidigare ”spikningen” ersätts i 25 – 30 % av fallen med en höftledsprotosoperation. Det är viktigt att för framtiden avgränsa de ekonomiska incitamenten till planerade höftledsoperationer som ej primärt orsakas av höftfraktur.

Om bruten kurva skall införas bör denna ersättningsform med hänsyn till ovanstående resonemang reserveras för planerade behandlingar (exklusive canceroperationer och akuta höftledsoperationer) som omfattas av regionala eller nationella vårdgarantier. Kostnaderna för denna vård är cirka 1,4 miljarder kronor. Arbetet med att avgränsa den vård som skulle omfattas av ersättning med bruten kurva från vård som ej skall ersättas på detta sätt skulle dock vara relativt omfattande.

Möjligheten att låta incitament med bruten kurva omfatta även nybesök har diskuterats men på grund av mycket omfattande problem med definitioner och teknik bör man avstå från detta. Det finns inga skäl att låta sådana ekonomiska incitament omfatta återbesök. Om så skulle bli fallet finns en risk att sjukhusens öppna vård skulle öka på primärvårdens bekostnad.

Hur utforma ett system som tar tillvara ledig produktionskapacitet?

I det nuvarande systemet finns det flera typer av tak, dels ett allmänt tak enligt 50/50-modellen och dels separata tak för varje tillgänglighetsområde (dvs de åtta områden som ersätts med full prestationsersättning). Alla tak är sjukhusbundna.

Tilläggsbeställningar kan temporärt "tillåta" produktion utöver det allmänna taket men förutsätter att sjukhuset har kapacitet att utföra beställningen. Det finns i dagens system ingen ersättningsmekanism som premierar sjukhuset om det producerar mer än den avtalade volymen inom ett område med ledig produktionskapacitet. Man kan befara att det nuvarande systemet innebär att respektive sjukhus inte tar tillvara sina tillgängliga produktionsresurser på ett maximalt sätt. Det finns behov av ett något mindre reglerat system än dagens som gör att sjukhusens eventuella överskottskapacitet skulle kunna användas mer flexibelt än idag. Införandet av den nationella vårdgarantin som omfattar alla behandlingar medför också sannolikt behov att ett mer anpassningsbart system. Med ersättning enligt bruten kurva för en begränsad del av den planerade vården kan sjukhusen få denna möjlighet.

Det nuvarande systemet skulle alltså ersättas av ett system med *ett* tak som gäller för all planerad vård med de begränsningar som diskuterats ovan. Sjukhuset skulle tillåtas att producera mer än 100 % av den avtalade volymen under förutsättning att det absoluta tak som skall finnas även inom detta system inte överskrids. Ett sådant system hindrar inte att hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusen även fortsättningsvis träffar avtal om extraproduktion för utvalda tillgänglighetsområden (de åtta områden som ersätts med full prestationsersättning).

Skall systemet vara regiongemensamt, lokalt eller bådadera?

Vi har ovan konstaterat att det finns behov av ett något mindre reglerat system som gör att sjukhusens eventuella kapacitetsöverskott skulle kunna användas mer flexibelt än idag. Införandet av den nationella vårdgarantin som omfattar alla behandlingar medför sannolikt också ett behov att ett mer anpassningsbart system. Detta talar för att ersättning med bruten kurva för utvalda delar av den planerade vården bör konstrueras på ett likartat sätt i hela regionen. Det hindrar inte att det skall finnas möjlighet att i lokala avtal överenskomma om utvidgningar av denna ersättningstyp, se ovan under avsnittet Regionala och lokala perspektiv på ersättningssystemet.

Den regiongemensamma resursfördelningsmodellen innebär att medel för sjukvård fördelas till hälso- och sjukvårdsnämnderna. Regionstyrelsen beslutar på förslag från HSU om regiongemensamma delar av ersättningssystemet. Efter ett politiskt beslut om hur ersättning med bruten kurva skall se ut skall hälso- och sjukvårdsnämnderna avsätta de medel som fordras för att ersätta sjukhusen för deras eventuella produktion upp till det absoluta volymtaket. Ett beslut om ersättning med bruten kurva bör även innehålla regler om vilken nivå och vilken instans som har rätt att besluta om användning av ej ianspråktaga medel.

Vilket samband finns mellan riskdelningen och prestationsersättningens utformning?

Inom den inomregionala vården finns flera olika hjälpmedel för att fördela de finansiella riskerna mellan beställare och utförare. Det gäller framförallt uppdelningen av ersättningen i en fast och en prestationsrelaterad del, den prospektiva ersättningsmodellen med genomsnittspriser och ytterfallshanteringen.

50/50-modellen ger sjukhusen en garanterad intäkt som inte är knuten till prestation. Den *prospektiva ersättningsmodellen* med genomsnittspriser innebär att beställarna i vissa fall ersätter sjukhusen utöver sjukhusens faktiska kostnader. I vissa andra fall erhåller sjukhusen en lägre ersättning än de faktiska kostnaderna. *Ytterfallsersättningen* ger sjukhusen ersättning för patienter med extremt höga kostnader.

Som framgår av avsnittet om riskdelning innebär den nuvarande modellen att sjukhusen påverkas ekonomiskt negativt vid volymförändringar både uppåt och nedåt i den inomregionala vården. Beställarnas finansieringsansvar påverkas inte negativt vid volymförändringar inom den inomregionala vården. Däremot kan hälso- och sjukvårdsnämnderna tvingas att upphandla eventuellt ej utförda men beställda vårdvolymerna hos annan utförare. Därigenom kan nämnden få betala två gånger för samma vård. Regionen totalt påverkas negativt i ekonomiskt hänseende då sjukhusens producerade volymer överstiger överenskomna nivåer samt även då sjukhusen inte utför beställda volymer och beställaren köper vården hos annan utförare. För de åtta tillgänglighetsområdena utgår full prestationsersättning. Sjukhusen bär en ekonomisk risk om inte den avtalade produktionsnivån uppnås. Detta förhållande leder till att sjukhusen vid förhandlingar om extrabeställningar inom tillgänglighetsområdena väljer att avtala om en produktionsnivå som man kan vara helt säker på att klara av. Den fulla prestationsersättningen medför alltså att man inte vill ta några risker. Det kan i sin tur innebära att överenskommelsen innehåller produktionsnivåer som är lägre än vad som är faktiskt möjligt att producera. För att inte samma förhandlingstaktik skall påverka överenskommelserna då det gäller det område som skall ersättas med brutna kurva bör man överväga om inte ersättningsmodellen skall innehålla en fast och en prestationsrelaterad del.

Om ersättning med brutna kurva införs finns det sammanfattningsvis skäl som talar för att modellen bör innehålla ett riskdelningsmoment i form av en fast och en prestationsrelaterad del. Enligt HSAs uppdragsdokument skall utredningen värdera möjligheterna att år 2006 införa 100 % ersättning av läns- och regionsjukvård. Vi har därför valt att nedan även redovisa de troliga effekterna av kombinationen full prestationsersättning och ersättning med brutna kurva.

Hur skall den brutna kurvan konstrueras?

Det finns många sätt att konstruera ett ersättningssystem med brutna kurvor. Vi har valt att konsekvensbeskriva följande modell:

- Grundersättning utgår för volymer upp till 100 % av avtalad produktionsnivå.
- För volymer mellan 100 – 103 % utgår halva grundersättningen, d v s marginalkostnadsersättningen är 50 %.
- För volymer över 103 % utgår ingen ersättning.
- Inga förändringar görs i nuvarande system där respektive sjukhus har ett fastställt ersättningsutrymme.

Med en sådan konstruktion står beställaren eller ägaren för den finansiella risken för volymer mellan 100-103 %. Under förutsättning att merkostnaden för produktion mellan 100 – 103 % finansieras genom ordinarie budgetbeslut löper ägaren, d v s regionen, en ekonomisk risk endast när sjukhusen producerar mer än 103 % av avtalad volym.

Utförarens intäkter minskar vid produktion som är mindre än den avtalade volymen. För åtgärder där den faktiska marginalkostnaden överstiger 50 % står sjukhuset för risken vid ökad produktion mellan 100 och 103 %. Vid eventuell produktion utöver 103 % står sjukhuset och i förlängningen ägaren för hela den ekonomiska risken.

Vilka verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenser kan förväntas?

Vi konstaterade ovan att den totala kostnaden för den vård som kan tänkas omfattas av ett ersättningsystem med bruten kurva uppgår till 1,4 miljarder kronor. Med den ovan beskrivna modellen för ersättning med bruten kurva blir konsekvenserna följande.

	50% fast ers. och 50% prestationsers. Mkr	100% prestationsers. Mkr
Total uppskattad kostnad	1410	1410
100% prestationsersättning	X	1410
50% fast ersättning	705	X
50% prestationsersättning	705	X
3% av prestationsersättningen	21,1	42,3

Om alla sjukhusen skulle kunna öka sina prestationer med 3 % ökar ersättningarna till sjukhusen med cirka 21 miljoner kr (vid 50/50-modell) respektive cirka 42 miljoner (vid full prestationsersättning). Detta motsvarar ca 1 300 genomsnittliga slutenvårdsoperationer eller ca 500 höftledsoperationer eller 3500 genomsnittliga dagkirurgiska ingrepp.

Med hänsyn till att vissa sjukhus har nära nog fullt kapacitetsutnyttjande är det inte sannolikt att alla sjukhus kan öka sin produktion med 3%.

Regionens maximala ekonomiska risk uppgår alltså till 21 miljoner kronor vid en 50/50-modell och 42 miljoner kronor vid 100% prestationsersättning.

Om regiongemensamma ersättningar införs utan att sjukhusen kompenseras för bakomliggande strukturella skillnader försvinner förutsättningarna för ett ersättningsystem med bruten kurva. Vid en sådan förändring kommer relationen mellan kostnad och ersättning delvis att försvinna vilket gör att marginalkostnadsersättning blir svår för att inte säga omöjlig att genomföra.

Hur skall ersättningsmodellen med bruten kurva finansieras?

Om ersättning med bruten kurva finansieras enbart genom omfördelningar (t ex sänkningar av DRG-ersättningen) av sjukhusens nuvarande ersättningsutrymme är det mindre sannolikt att de ovan beskrivna positiva effekterna kan uppnås. Ett ersättningsystem med bruten kurva skulle förstås gynnas av ett resurstillskott. Resurstillskottet kan erhållas på flera olika sätt, antingen var för sig eller i kombination. Ett sätt kan vara att något minska de riktade ersättningar som idag finns inom tillgänglighetsområdet (de åtta områden som har full prestationsersättning) och använda en del av den resursen i finansieringen. Ett annat kan vara att en del av statsbidraget som kommer att utgå för införandet av den nationella vårdgarantin används för detta ändamål. Ett tredje finansieringssätt kan uppkomma genom att den sannolikt ökade inomregionala produktionen sänker kostnaderna för den utomregionala vården.