

Sjukhusens ersättningssystem - några områden för fortsatt utveckling, analys och problematisering, september 2006

Samordningsgruppen för
sjukhusens ersättningssystem

Sjukhusens ersättningsystem

1. Sammanfattning

I samband med att Hälso- och sjukvårdsutskottet i mars 2005 behandlade rapporten "Sjukhusens ersättningsystem" gavs vidare uppdrag om fortsatt utveckling och fördjupning avseende några definierade områden.

Den samordningsgrupp som haft till uppgift att bereda HSU:s uppdrag gör följande bedömningar:

Den nuvarande relationen mellan fast och rörlig ersättning tillgodoser bäst de samlade styrningsönskemålen och samordningsgruppen har inte kunnat finna skäl för att relationen i nuläget skall ändras.

En komplettering av grundmodellen med användande av brutna kurvor förbättrar i nuläget inte riskdelningen och bidrar inte till förbättrade styregenskaper; detta med anledning av nya ekonomiska förutsättningar kopplade till vårdgarantin.

Ett differentierat DRG-pris är ett samlat uttryck för de komplexa skillnader som finns mellan sjukhusen. Den styrka som ett differentierat DRG-pris innebär som bild över sjukhusens skilda förutsättningar och utbud bör värderas positivt.

Sjukhusledningarna ansvarar för att de interna styrformerna utformas på bästa sätt. Överenskommelsen mellan beställare och utförare skall vara känd för hela sjukhuset och vara väl förankrad bland alla medarbetare i organisationen. Vid flera sjukhus upprättas också kontrakt mellan sjukhusledningen och verksamheterna där en tydlig koppling skall finnas till vårdöverenskommelse, ekonomi och beställda prestationer. Sjukhusledningarna har möjligheter att utveckla och pröva interna ersättningsformer som bygger på den regiongemensamma ersättningsmodellen.

Den införda grundmodellen möjliggör styrning mot flera olika mål. Faktorer som utbildning samt riktlinje- och vårdprogramarbete påverkar redan idag vårdens innehåll i hög grad och kan samverka med styrningen i grundmodellen. Den målrelaterade ersättningsdelen kan i hög grad bidra till att styrningen blir alltmer precis och premiera att den enskilde patienten får rätt vård.

Den målrelaterade ersättningen föreslås användas för att stödja arbetet med vårdgarantin.

2. Bakgrund och uppdrag

Hälso- och sjukvårdsutskottet tog i samband med rapport avseende "Sjukhusens ersättningsystem" dnr RSK 583-2004, beslut om att rapporten skulle ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet. Hälso- och sjukvårdsdirektören fick i uppdrag att vidta erforderliga åtgärder för att tillse att rapportens intentioner fullföljs samt att löpande rapportera till utskottet. Den arbetsgrupp som tog fram rapporten fick enligt beslutet

vidare uppdrag att för några områden särskilt analysera och problematisera kring i det fortsatta utvecklingsarbetet:

- Relationen mellan den fasta och den rörliga delen i ersättningssystemen, den så kallade 50/50-modellen.
- Utvecklingen av så kallade ”brutna kurvor” för att förbättra riskdelningen mellan beställare och utförare.
- Regiongemensamt DRG-pris och möjligheten att komma runt de negativa effekterna som visas i rapporten.
- Utvecklingen av interna ersättningsmodeller på sjukhusen för att öka incitamenten i verksamheten.
- Klarlägga och analysera möjligheten att ersättningssystemet skall understödja god och kostnadseffektiv vård med hänsyn tagen till att patienter har olika behov/tillstånd inom samma diagnoser.

I samordningsgruppen för sjukhusens ersättningssystem ingår representanter för hälso- och sjukvårdskanslierna, sjukhusen och regionkansliet. Samordningsgruppens medlemmar är Anneth Lundahl, Gunbrith O Palo, Bo Rosendahl, Jan Hallén, Juhani Vekselius, Jan Bengtsson, Mats Johansson, Bengt Kron och Maria Gabrielsson Fredrikson. Roine Nordén har delgetts information som representant för Primärvården.

3. Pågående utvecklingsarbete inom regionen

I enlighet med beslutet sker fortsatt utvecklingsarbete inom arbetsområdet. I regionen pågår nu införandet av KPP-system (kostnad per patient) för slutenvården. IT-rådet tog i juni 2006 ett strategiskt beslut innebärande att samma KPP-system ska gälla vid nyanskaffning i regionen. Detta innebär troligen en viss fördröjning i processen, men möjliggör också samordning och ett gemensamma arbetssätt. Införandet av KPP på samtliga sjukhus i regionen kommer att innebära förbättrade möjligheter till verksamhetsuppföljning och förbättringsarbete. Nästa steg är att successivt införa KPP för öppenvården på sjukhusen, vilket också kan bana väg för utveckling av patientrelaterad redovisning av verksamhet och kostnader inom primär- och tandvård.

Från 2006 används ett nationellt enhetligt klassifikationssystem, KVÅ - klassifikation av vårdåtgärder inom öppen och sluten specialistvård. KVÅ är en gemensam klassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Klassifikationssystemet möjliggör en bättre beskrivning av den egna verksamheten framförallt vad gäller icke kirurgiska åtgärder. En ny version av öppenvårdsgrupperaren Nord-DRG-O, som bland annat bygger på KVÅ, har tagits fram. Successivt kommer allt fler av öppenvårdsgrupperna att utgöra en grund för ersättning inom specialistöppenvården.

KVÅ prövas även på några vårdcentraler inom regionens primärvård.

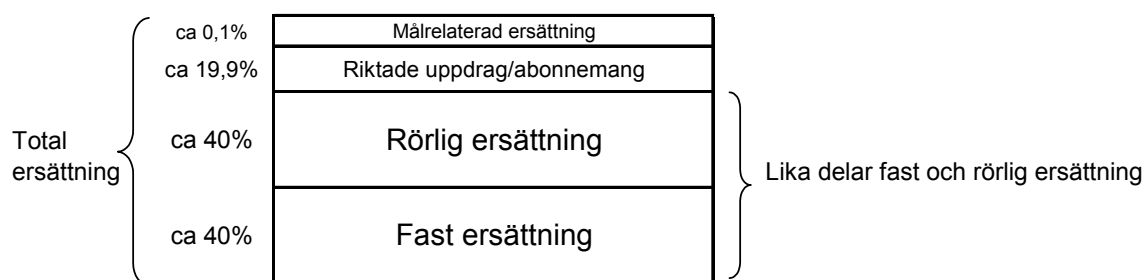
För primärvårdens finns beslut på att en ersättningsmodell med större regional enhetlighet successivt skall införas. Den innehåller en för regionen gemensam åldersgruppering med tillhörande viktlista samt rekommendation om regionalt enhetlig prestationsersättning. Modellen innebär fortsatt stora möjligheter för lokalt utvecklingsarbete att utifrån antagna mål använda ersättningsmodellen för att nå önskade effekter.

För att nå framåt i arbetet med psykiatrins ersättningssystem är ett enhetligt beskrivningssystem ett av de mest angelägna utvecklingsprojekten. Nu finns intresse från flera kliniker att pröva KVÅ. Pilotstudier har eller kommer att starta under året. En arbetsgrupp kommer till hösten 2006 lägga fram förslag gällande framtida beskrivnings- och ersättningssystem för allmänpsykiatrin.

Inom ramen för regionens beslutade ägaruppdrag avseende den högspecialiserade vården 2007 finns vidare ett antal uppdrag om utvecklingsarbete. Detta med fokus på den högspecialiserade vårdens ansvar, innehåll och förutsättningar för de olika vårdnivåerna, vårdens utveckling, förändrade patientströmmar samt sista utposten funktionen.

4. Relationen mellan den fasta och den rörliga ersättningen, den så kallade 50/50 modellen.

Sjukhusens ersättningar består av flera olika delar; fast och rörlig ersättning, riktade uppdrag/abonnemang samt målrelaterad ersättning. Blandmodellen som också benämns 50/50-modellen har alltsedan regionbildningen utgjort grunden för den ekonomiska ersättningen till sjukhusen. Blandmodellen innebär lika fördelning mellan fast och prestationsrelaterad ersättning. De riktade uppdragen/abonnemangen har successivt ökat i omfattning, vilket har medfört att den fasta och rörliga ersättningens sammanlagda andel har minskat. De riktade uppdragen är till sin karaktär mestadels av fast ersättning. För närvarande utgör i genomsnitt den fasta och rörliga delen 40 procent vardera av den totala ersättningen, drygt 19 procent utgörs av riktade uppdrag/abonnemang och 0,1 procent av målrelaterad ersättning. Det innebär att de begrepp som vi hittills rört oss med, dvs. 50/50-modellen och blandmodellen, bör ersättas med termen grundmodell för sjukhusens ersättningssystem.



Figur 1. Förhållandet mellan modulerna i nuvarande ersättningssystem, där den så kallade blandmodellen handlar om den fasta och prestationsrelaterade/rörliga delen.

Under löpande år kan tilläggsbeställningar av ytterliggare hälso- och sjukvård behöva göras. Dessa tilläggsbeställningar har bland annat kommit att finansieras via 100 % prestationsersättning. Det är dock angeläget att så stor del som möjligt av ersättningen går genom grundmodellen. Erfarenheterna av modellen med dess olika delar har visat att både beställare och utförare kan göra en rimlig bedömning av vilka kostnader/intäkter man kan förvänta sig för överenskomna volymer. Den ekonomiska risken anses som rimligt fördelad mellan parterna. Modellen bedöms också kunna förena totalkostnadskontroll med stimulans för såväl produktivitet som effektivitet. Sjukhusen ska garanteras en skälig

ersättning som över tid motsvarar självkostnaden men då hänsyn tagits till att sjukhuset också har att svara upp mot de produktivetskrav, policys, regelverk etc. som ägaren ställer och/eller regleras i överenskommelsen mellan beställare och utförare. Innehållet i de riktade uppdragen har över tid konkretiserats och är på många håll också förenade med uppföljningskrav.

Med den grundmodell som idag tillämpas i regionen uppnås följande:

- Det ekonomiska risktagandet fördelas rättvist mellan beställare och utförare
- Modellen ger tillräckliga incitament för att kontinuerligt arbeta med effektivitets- och produktivitetshöjningar.
- Sjukhusen garanteras en skälig ersättning för sin fasta grundkostnader
- Den rörliga ersättningen ger incitament för god redovisning av prestationer inom sjukvården
- Enhetlighet och jämförbarhet.

Den beslutade grundmodellen och dess fyra komponenter har olika styregenskaper men sammantaget uppnås de effekter som beskrivits ovan. Vi bör välja ersättning utifrån önskade styregenskaper snarare än att fokusera på fördelning mellan olika delar i grundmodellen. Samordningsgruppen bedömer att den nuvarande relationen mellan fast och rörlig ersättning bäst tillgodoser de samlade styrningsönskemålen och har inte kunnat finna skäl för att relationen i nuläget skall ändras.

5. Utvecklingen av brutna kurvor för att förbättra riskdelningen mellan beställare och utförare

Principen för ekonomisk ersättning via brutna kurva bygger på att man över en avtalad volym erhåller ytterligare ekonomisk ersättning, om än ej med det fulla priset. Sådan ersättning kan användas för att inom avgränsade områden stimulera till ökad produktion. Ett resultat av användande av brutna kurva kan vara att riskdelningen mellan beställare och utförare ändras. Metoden lämpar sig ej för styrning av den akuta eller oplanerade vården och bör därför användas endast för den planerade vården. Bruten kurva kan användas för att ersätta produktion över av hälso- och sjukvårdsnämnderna beställda nivåer/volymer.

Bruten kurva får olika betydelse beroende på om nya medel kan tillföras eller om metoden tillämpas genom omfördelning inom befintligt ersättningsutrymme.

Då ersättning med brutna kurva används i samband med ett resurstillskott, innebär det ur teoretisk synvinkel en mindre risk för utföraren. Utföraren kan även se mervärdet med brutna kurva då ett skäligt ekonomiskt bidrag till produktion över beställda volymer kan erhållas i motsats till ersättning med absolut tak. Vårdgiveren erhåller med brutna kurva ett bättre täckningsbidrag och en möjlighet att producera verksamhet om ledig kapacitet finns i övrigt. Det kan dock få motsatt effekt och ge en ökad ekonomisk risk för utföraren om brutna kurva införs utan tillskott av nya medel. Då det kräver omfördelning från andra ersättningsmoduler, kan den garanterade fasta ersättningen till vårdgivaren minska. Detta leder i sin tur till man kan bli tvingad att producera utöver avtalade volymer för att nå ekonomisk täckning.

För beställaren ökar den ekonomiska risken om brutna kurva införs utan takbegränsningar.

Det kan konstateras att samtliga regionens sjukhus de senaste åren legat på en produktionsnivå som relativt ofta överstigit överenskomna volymer. Sjukhusen har alltså producerat utöver överenskomna volymer utan att det funnits ekonomiska incitament. Sjukhusens produktionsansvar och ekonomiska ansvar regleras i de årliga överenskommelserna mellan beställare och utförare. Införandet av den nationella vårdgarantin har också kommit att påverka förutsättningarna avseende användandet av ”bruten kurva”. Vårdgarantin innebär att sjukhusen har både produktionsansvar som ekonomiskt ansvar för patienterna. Vårdgarantin omges av ett omfattande regelverk med syfte att styra vården mot beslutade mål. Regelstyrning och ekonomisk styrning har kombinerats för att vårdgarantimålen skall uppnås.

Sammanfattningsvis kan följande fördelar ses vid användning av bruten kurva:

- Kan stimulera till ökad produktion
- Vid ledig produktionskapacitet kan mer prestationer utföras till låg kostnad
- Kan ge utföraren ett skäligt täckningsbidrag till produktion över ersättningstaket.

De nackdelar som sammanfattningsvis kan ses är:

- Kan försvåra kostnadskontrollen för regionen i sin helhet
- Kan innebära att andra angelägna vårdområden får stå tillbaka
- Ledig produktionskapacitet kan finnas inom ”fel” vårdområde
- Felaktigt att ekonomiskt stimulera vård som ”ändå” skulle kunna utföras.

Samordningsgruppen har funnit att i dagsläget når sjukhusen överenskomna prestationer inom flertalet områden. Det är av vikt att produktionens inriktning är i överensstämmelse med befolkningens bedömda behov. Sjukhusen har i dagsläget ansvar för fastställda vårdgarantier såväl verksamhetsmässigt som ekonomiskt.

Samordningsgruppen anser att en komplettering av grundmodellen med användande av brutna kurvor i nuläget inte förbättrar riskdelningen och inte bidrar till förbättrade styregenskaper.

6. Regiongemensamt DRG-pris och möjligheten att komma runt de negativa effekterna redovisade i huvudrapporten.

Ett regiongemensamt DRG-pris skulle i idealfallet kunna vara ytterligare ett styrinstrument där resurser förs från lågproduktiva till högproduktiva enheter. Flera faktorer gör dock att det är svårt att uppnå detta idealtillstånd.

Vi kan för det första konstatera att idag skiljer sig såväl vårdinnehåll som vårdstrukturer åt. Orsakerna till detta är flera, bland annat är de grundade på politiska beslut. Regionens utvecklingsstrategi är ett exempel på att sjukhusens inriktning kontinuerligt förändras. Den planerade vården skall öka vid vissa sjukhus och lågfrekvent nyttjad akutsjukvård skall koncentreras. Forskning och utveckling förekommer i varierande grad på sjukhusen. Om det inte funnes möjlighet att korrigera för sådana olikheter med hjälp av DRG-priset skulle det leda till felaktig styrning av sjukvårdens resurser.

Andra betydelsefulla faktorer som påverkar prisbilden är:

- att trots regiongemensamma regler för fördelning av kostnader vid upprättande av totalkostnadsbokslut finns det anledning att tro att det förekommer variationer mellan sjukhusen

- att sjukhusens kostnadsläge varierar över tid ibland till följd av faktorer som sjukhuset inte kan råda över, exempelvis pucketkostnader vid verksamhetsförändringar
- att det fortfarande finns skillnader mellan sjukhusen vad gäller registrering av diagnoser och åtgärder, något som i sin tur påverkar sjukhusets DRG-viktsumma

DRG-priset för respektive sjukhus är ett resultat av förhandlingarna mellan utförare och beställare. Skillnaden mellan det lägsta och det högsta DRG-priset har minskat sedan år 2004, då särkostnader avseende FOUU och sista utposten identifierades för SU. Det sker en variation i prisbilden inom och mellan sjukhusen över tid, vilket ses i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Pris (kr) per DRG-poäng för inomregional vård, halvpriser. DRG-priset för SU innefattar både läns- och regionsjukvård.

Sjukhus	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SU	14 240	16 515	17 952	15 981	16 442	16 000
Kungälv	11 486	13 137	14 579	15 276	15 581	15 581
NU	13 511	14 765	15 547	16 175	16 645	17 107
SÄS	13 369	15 109	16 240	16 786	16 708	16 071
AL	13 469	14 985	15 752	15 400	15 021	15 338
SkaS	14 980	14 944	15 386	15 600	15 940	16 114
<i>Differens högsta och lägsta DRG-pris</i>	3 494	3 378	3 373	1 510	1 687	1 769
Lägsta DRG-pris						
Högsta DRG-pris						

Om ett gemensamt DRG-pris används som ett ytterligare styrinstrument genom att resurser förs från lågproduktiva till högproduktiva sjukhus uppstår stora konsekvenser för sjukhusen och för produktionen av vård. Vissa sjukhus kommer att överkompenseras via DRG-priset medan andra sjukhus förlorar intäkter och tvingas anpassa sin verksamhet efter helt nya förutsättningar.

Om man å andra sidan inte använder det gemensamma DRG-priset som ett styrinstrument kommer justeringar att behöva göras via de övriga ersättningsmodulerna, sannolikt genom att den fasta ersättningen regleras.

Med ett gemensamt DRG-pris skulle komplicerade regelsystem behöva tas fram för att säkerställa att befogade skillnader i struktur och innehåll mellan sjukhusen bibehålls.

Samordningsgruppen anser att ett differentierat DRG-pris är ett samlat uttryck för de komplexa skillnader som finns mellan sjukhusen. Den styrka som ett differentierat DRG-pris innebär som bild över sjukhusens skilda förutsättningar och utbud bör värderas positivt.

7. Utvecklingen av interna ersättningsmodeller på sjukhusen för att öka incitamenten ute i verksamheten.

Sjukhusledningarna använder idag framförallt anslagsmodeller för sin interna ekonomiska styrning, undantaget är Frölunda specialistsjukhus och NU-sjukvården som tillämpar rörlig ersättning direkt till kliniknivå. Ersättning för tilläggsbeställningar kan i vissa fall gå direkt ut till verksamheterna.

Det främsta motivet som sjukhusen uppgett för anslagsmodeller är behovet av att upprätthålla kostnadskontroll. Vidare uppger vårdgivarna att det historiskt visat sig svårt

att utveckla ett prestationsbaserat ersättningssystem internt som är både hållbart och rättvist och samtidigt inte innebär höga transaktionskostnader. Utskrivande enhet fakturerar formellt men har ofta inte burit hela kostnaden för vårdtillfället. Ersättningen till sjukhusledningsnivån via DRG bygger på sjukhusgruppvårdtillfälle ej klinikvårdtillfälle. DRG-priset är vidare sjukhusgemensamt. Detta innebär att en direktöverföring internt inom sjukhuset till klinikinivå ej är möjlig. Ett internt prestationsbaserat ersättningssystem skulle kräva förfinade metoder för fördelning av sjukhusets vårdintäkter eller ett omfattande system för interndebitering. För att hälso- och sjukvårdsnämndernas intentioner skall förverkligas är det viktigt med dialog och kommunikation mellan beställare och utförare. I dialogen sker verksamhetsstyrning där mjuka data om verksamhetens innehåll kan kompletteras med mer teknisk styrning. Överenskommelsen mellan beställare och utförare ska vara känd för hela sjukhuset och vara väl förankrad bland alla medarbetare i organisationen. Vid flera sjukhus upprättas också kontrakt mellan sjukhusledningen och verksamheterna där en tydlig koppling skall finnas till vårdöverenskommelse, ekonomi och beställda prestationer.

Sjukhusledningen har det övergripande ansvaret och ser därigenom till helheten, men ledningen framhåller att man gör det utifrån delarna i verksamheten. Balanserat styrkort används som ledningsstöd. På flera av sjukhusen sker en kontinuerlig utveckling av styrfilosofin, där olika modeller prövas som exempelvis processtyrning. Några sjukhus har planer på andra sätt att fördela och styra resurserna inom sjukhusen, men man har ännu inte lagt några konkreta förslag.

Det har politiskt slagits fast att ersättningen ska riktas till sjukhusledningsnivå (förvaltningschef/motsvarande och styrelse) samt att det är viktigt att det finns en tydlig koppling mellan produktion och resultat på verksamhetsnivå. Överenskommelsen mellan beställare och utförare ska vara känd för hela sjukhuset.

Samordningsgruppen anser att sjukhusledningarna ansvarar för att de interna styrformerna utformas på bästa sätt och att innehållet i överenskommelserna görs bekanta ute i verksamheten. Sjukhusledningarna har möjligheter att utveckla och pröva interna ersättningsformer som bygger på den regiongemensamma ersättningsmodellen.

8. Klarlägga och analysera möjligheten att ersättningssystemet skall understödja god och kostnadseffektiv vård med hänsyn tagen till att patienter har olika behov/tillstånd inom samma diagnoser.

DRG utvecklades i USA under 60- och 70 talet och syftet var att kunna jämföra kostnadsstrukturen mellan olika sjukhus och samtidigt beakta att sjukhusens patientsammansättning var olika.

Till en och samma DRG sammanförs vårdtillfällen som kräver likartade resursinsatser och är lika (homogena) ur medicinsk synpunkt. Man har valt att ge DRG-vikten 1.0 för den vårdinsats som genomsnittspatienten står för. Detta innebär att då DRG används som grund för ersättning, utgår man från genomsnittspatienten och ej den unika patienten. Inom en speciell DRG grupp finns alltså representerat patienter med samma diagnos men med skiftande behov och tillstånd. Vid uppföljning kan man vidare se att det finns skillnader i medelvårdtid mellan sjukhusen och att vårdgivarnas urval av patienter likaså varierar inom ett och samma DRG. Man kan därför konstatera att

prestationsersättningssystem som enbart grundas på DRG inte kan tillförsäkra enskilda patienter deras behov.

Men det finns en rad andra mekanismer som verkar för att patienternas behov skall säkerställas. Dit hör för det första grund-, specialist- och vidareutbildningarna. Dessa ger de studerande kunskaper, färdigheter, förhållningssätt och yrkeserfarenhet som syftar till att ge den enskilde patienten den vård hon/han behöver. För det andra finns det nationella, regionala och lokala riktlinjer och vårdprogram som har samma syfte som de nämnda utbildningarna. Systematiska uppföljningar och öppna tydliga prioriteringar stödjer också dessa mål.

Den målstyrda ersättningen kan kopplas till uppfyllandet av specifika mål i riktlinjer eller vårdprogram och därmed understödjer ekonomistyrningen på andra sätt en god och kostnadseffektiv vård beaktat att patienter har olika behov/tillstånd inom samma diagnoser. Införandet av målstyrd ersättning innebär att den ekonomiska styrningen kan verka mot flera olika mål samtidigt; såväl kvalitets- som prestationsaspekter kan tillgodoses.

Samordningsgruppen anser att den införda grundmodellen möjliggör styrning mot flera olika mål. Andra faktorer som utbildning samt riktlinje- och vårdprogramarbete påverkar redan idag vårdens innehåll i hög grad och kan samverka med styrningen i grundmodellen. Den målrelaterade ersättningsdelen kan i hög grad bidra till att styrningen blir alltmer precis och premiera att den enskilde patienten får rätt vård.

9. Ekonomistyrning för att stödja vårdgarantin

Införandet av den nationella vårdgarantin den 1 november 2005 har till del förändrat förutsättningarna för hur ersättningssystemet bör utvecklas. Sjukhusen har därmed ansvar såväl verksamhetsmässigt som ekonomiskt för fastställda vårdgarantier. I dag uppfylls vårdgarantin inom de flesta vårdområden i regionens hälso- och sjukvård, de flesta patienterna får planerad vård inom vårdgarantins tidsramar. Samtidigt behövs fortsatta åtgärder inom flera områden för att vårdgarantin ska uppfyllas fullt ut. Det största vårdområdet där obalans fortsatt råder är inom ortopedi och kirurgisk vård. Arbete pågår med en handlingsplan där åtgärder kommer att preciseras för att uppfylla vårdgarantin inom fler områden.

Förutom åtgärder fastlagda via handlingsplanen kan ekonomiska incitament behöva nyttjas. Ännu används inte den målrelaterade delen i någon större utsträckning utan är ett ekonomiskt incitament i vardande. För inom vårdgarantin definierade områden, där extra styrning behövs för att nå målet, kan målrelaterad ersättning användas.

Samordningsgruppen föreslår att den målrelaterade ersättningen används för att stödja arbetet med vårdgarantin.

10. Framförda synpunkter

Under arbetets gång har synpunkter kommit från Sahlgrenska universitetssjukhus. Synpunkterna har haft bäring på tilläggsuppgifterna men även varit framåsyftande på kommande utvecklingsarbete. SU har utöver tilläggsuppgifterna lyft fram följande:

- ersättning för regionsjukvård bör övergå från nuvarande DRG-ersättning till att bli mer patientspecifik och baseras på KPP. Sjukhuset anser att detta skulle förbättra sambandet mellan de faktiska kostnaderna och ersättning till verksamheten i det enskilda fallet
- komplexiteten är avsevärt större och arbets- och systemkrävande än vad som framgår av rapporten och den schematiskt beskrivna grundmodellen.
- Föränderligheten i sjukdomspanorama och vårdutbud bör genomlysas och frågan diskuteras om hur ett harmoniserande ersättningssystem skulle kunna se ut i ett geografiskt perspektiv mm.

SU anser dessa utvecklingsfrågor angelägna och menar att de bör diskuteras inför år 2008 och framåt.