

**Förhandling Avtal 2008**

*Datum* Möte 2007-12-13, mail- och telefonkontakt 2007-12-14  
+ 2007-12-17

*Närvarande* Vid möte 2007-12-13: Från DS: Stefan Jacobson, Karin Persson, Carl-Göran Ericsson, Christina Bringer. Från HSNf: Anders Nettelbladt, Bo Nyström, Berit Lennfjord, Piret Kaman

**§ 1 Sjukhuset anförde:**

Kan ej acceptera erbjudandet avseende obesitasoperationer (per mail från beställaren 20071211) om det är villkorat med acceptans avseende beställarbudet för övrigt.

**§ 2 Beställaren:**

Budet utökas med 15 milj kronor, önskvärt att även utökade vårdvolymerna kopplas till detta. Budet avseende ersättningens storlek är totalt 1919,6 milj kronor och innehåller "swichläkemedel", utökning av koloskopier (maa coloncancerscreening) och högre anslag till postpolio (överflyttning från geriatriken)

**§ 3 Sjukhuset:**

Förutsatt sjukhusstyrelsens godkännande accepterar sjukhuset beställarens bud men inte att vårdvolymerna ökas. Beställaren accepterade detta.

**§ 4 Överenskommelse beträffande avtalsår 2008*****Ekonomisk ersättning***

Parterna är överens om en avtalsram om 1919,6 Mkr för 2008 inkluderande vårdvolymerna samt andra åtaganden. Utgångspunkten är 2007 års avtal med justering för bland annat

- Medicinteknisk utveckling

- Befolkningsökning
- Cancerplanen
- Koloskopier maa koloncancerscreening
- Switchläkemedel
- Överföring av anslag till postpolio från geriatriken

### *Vårdvolym*

Parterna är vidare överens om en totalvolym (kan komma att justeras) enligt följande:

- 31 882 akuta slutenvårdtillfällen
- 5 989 elektiva slutenvårdtillfällen
- 53 714 akuta öppenvårdtillfällen
- 213 263 elektiva öppenvårdtillfällen

### *Förändrade villkor*

Parterna är överens om att det flerårsavtal som kommer att gälla från och med 2008 skall innehålla nya villkor enligt bilaga 1.

Sjukhuset efterfrågade dock, avseende CVR rapportering, definition på ”90 % av den i avtalet efterfrågade informationen”. Beställaren sa att 90 % av sjukhusets mottagningar och åtgärder skall finnas med i CVR-rapporteringen från sjukhuset. Beställaren återkommer med en lista över vilka mottagningar och åtgärder som avses och hur ofta rapportering skall ske.

Sjukhuset lät föra till protokollet att i händelse av förändring av verksamheten med anledning av vårdval, strukturförändringar, nya uppdrag, befolkningsbehov od. skall utgöra grund för rätt till omförhandling.

### *Ny ersättningsmodell*

Parterna är överens om ny ersättningsmodell enligt bilaga 2 med undantag av:

Sjukhuset accepterar ej föreslagen modell för akut sluten vård. Sjukhuset förordar 50 % fast ersättning och 50 % rörlig ersättning för denna vårdform. Orsaken är att det på grund av osäkert läge inom Stockholms sjukvårdsstruktur är riskbedömningen svår. Sjukhuset anser att det föreligger en risk att beställda volymer ej infrias medan vid en eventuell överproduktion har sjukhuset, på grund av förväntade tröskeeffekter, höga kostnader.

Beställaren genmålde att modellen med 100 % rörlig ersättning upp till avtal för alla vårdformer inte kan ändras.

För övrigt tillförs protokollet:

\* Avseende att 95% av preciserade delar av beställningen skall vara uppfyllda för att full ersättning skall utgå: detta betyder att om t ex 96% av den beställda volymen har utförts kan resten av den beställda volymen användas till annan vård. Om däremot endast 90 % av den beställda volymen har utförts sänks ersättningstaket för sjukhuset med det värde som mellanskillnaden 100%-91% representerar.

\* Avseende DRG-glidning: Om någon av parterna så önskar skall orsaker till förändring av genomsnittsvikten analyseras för att utröna om eventuell vårdtyngsforändring ligger bakom. Om så är fallet skall ersättning utgå.

\* Sjukhuset anser att de ekonomiska incitamenten som "gynnar de sjukhus som producerar överenskommen volym" egentligen är ekonomiska sanktioner.

#### ***Avtalets villkor i övrigt***

Avtalets villkor i övrigt är föremål för fortsatta förhandlingar.

### **§ 5 Sammanfattning och fortsatt förhandlingsprocess**

Parterna är överens om ersättningens storlek och vårdvolym. Parterna är ej överens om ersättningsmodellen avseende 100 % rörlig ersättning upp till avtal för akut slutet vård. Beställaren frågade sjukhuset om de har förslag avseende avtal 2008 som skulle kunna underlätta acceptans för föreliggande ersättningsmodell. Parterna tar ny kontakt 14 dec eftermiddag.

### **§ 6 Mailkontakt 2007-12-14**

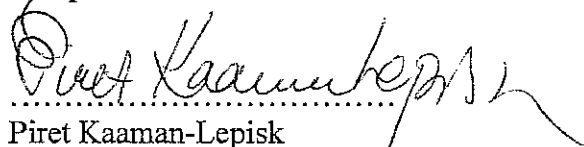
Beställaren skickade en reviderad text avseende *Förändrade villkor* och *Ny ersättningsmodell*

### **§ 7 Acceptans**

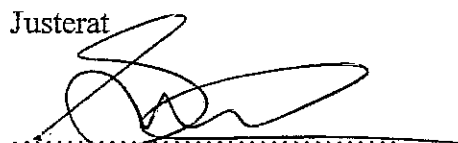
Sjukhuset accepterar ersättningens storlek och vårdvolym enligt § 4 ovan samt *Förändrade villkor* och *Ny ersättningsmodell* enligt bilaga 1 och 2.

§ 8 Detta protokoll är upprättat i två original där parterna tagit var sitt. Ersättningen och vårdvolymen omfattar också befolkningen i Norrtälje kommun.

Vid protokollet

  
Piret Kaaman-Lepisk

Justerat

  
Stefan Jacobson

  
Anders Nettelbladt

## Bilaga 1

### *Förändrade villkor i avtal från och med 2008*

#### *Vite vid underlåtenhet att rapportera till CVR*

Om Vårdgivaren inte rapporterar minst 90 % av sjukhusets mottagningar och åtgärder till CVR äger Beställaren rätt att innehålla 2 % av det på varje månadsfaktura fakturerade beloppet för den månad rapporteringen uteblir. Avtalet kommer att kompletteras med en lista över vilka mottagningar och åtgärder som avses samt hur ofta rapportering skall ske. Beställaren återbetalar 80 % av det innehållna beloppet då rapporteringen återigen sker i enlighet med avtalet.

#### *Patients rätt till ersättning vid inställd operation*

Vårdgivaren ska ersätta patient med ett schablonbelopp om 1 500 kronor vid sent inställd operation. Avser operation som utförs på operationsavdelning.

- Ersättning utges i det fall besked om att operationen ställts in lämnats till patienten mindre än 48 timmar före planerad inställelsetid
- Ersättning utges dock inte om operationen påbörjas inom 24 timmar efter den planerade inställelsetiden
- Ersättning utges inte heller om inställandet av operationen beror på patientens hälsotillstånd eller handlande
- Vårdgivaren är skyldig att informera patienten om rätten till ersättning i samband med kallelsen till operation.
- I anslutning till besked om inställd operation skall vårdgivaren ge patienten en förklaring och åter informera patienten om rätt till ekonomisk kompensation.
- Patienten ska själv inge en begäran för att erhålla ersättning. Vårdgivaren är dock skyldig att bistå patienten med detta.
- Begäran om ersättning och utbetalning för sent inställd operation enligt ovan skall administreras av vårdgivaren.
- Ersättning utges endast till invånare som är folkbokförda i Stockholms län

#### *Förändring av uppdraget med anledning av vårdval mm*

Parterna är överens om att vårdgivarens uppdrag enligt detta avtal under avtalsperioden kan komma att förändras med anledning av

- utmaningsrätten
- införande av vårdval

Beställaren förbinder sig att skriftligen meddela Vårdgivaren i god tid före förändringen och att ge Vårdgivaren rimlig tid för omställningen.

## Bilaga 2

### Förändringar i ersättningsmodellen 2008 för akutsjukhusen

#### SAMMANFATTANDE FÖRSLAG

##### Sammanfattande förslag till förändringar av ersättningsmodellen 2008 för akutsjukvård

- Detaljerade preciseringar av beställningarna som avräknas för sig görs inom fler områden än tidigare. Avräkning av avtalen i övrigt görs för akut slutet vård för sig och samlat för akut öppen vård och elektiv öppen och slutet vård.
- Slutet akut vård över beställning ersätts med 50% av avtalat poängpris.
- 50% fast ersättning för akut slutet vård, exkl förlossningar, och 100 procent rörlig ersättning för all övrig vård inom beställning.
- Ingen ersättning utgår för förändrad genomsnittsvikt, (se undantag sidan 4).
- För full kvalitetsersättning ska plan för hantering av återkommande produktionstoppar upprättas.

##### Förslag för förändringar på längre sikt

- Föreslås att uppdrag ges Vårdbeskrivningar att se över och utveckla självkostnadsarbetet så att bli särskilda viktlistor för akut respektive elektiv vård kan tas fram för att möjliggöra olika ersättning för dessa vårdtyper.
- Föreslås att sjukhusens produktion och inlämnade självkostnader analyseras för att hitta orsaker till skillnader i priser som bör rättas till och andra som kan vara adekvata.

## FÖRSLAG TILL

### **Ny Ersättningsmodell för akutsjukhusen 2008**

Ersättningen i avtalen med akutsjukhusen fastställs efter förhandlingar. Det budgeterade utrymmet för löne- och prisökningar är likadant för alla akutsjukhus, två procent. Arbete pågår för att analysera och bedöma respektive sjukhus behov av ekonomisk kompensation för medicinsk och medicinsk teknisk utveckling liksom eventuella behov av ökade beställningar av vårdvolymerna med anledning av detta. Motsvarande arbete pågår vad gäller behov av förändrade beställningar m.a.a. befolkningsutvecklingen. För dessa områden har sammantaget två procent avsatts.

Den nuvarande ersättningsmodellen för akutsjukvården har setts över och anpassats till uppdragen i de politiska budgetdirektiven. Ersättningsmodellen utformas så att alliansens huvudmål att "Säkerställa en ekonomi i balans" kan uppfyllas med så liten avvikelse som möjligt. Den nya ersättningsmodellen uppfyller i möjligaste mån uppdragen i majoritetens budgetförslag vilka sammanfattas nedan.

- Konkurrensneutralitet
- Mer detaljerad beskrivning
- Bassjukvården ersatt på likartat sätt
- Ersättning för akut och elektiv vård särskild
- Inte fasta tak för ersättningen
- Ekonomiska incitament som gynnar de sjukhus som producerar överenskommen volym
- Produktionen fördelad över året efter varierande behov för full ersättning
- Ersättningen baserad på lägsta kostnad för motsvarande vård

#### **Konkurrensneutralitet**

Ersättningsmodellens konkurrensneutralitet påverkas av hur den hanterar flera av ovanstående punkter. Övergripande kan här sägas att i den här föreslagna ersättningsmodellen för DRG-ersatt vård går all ersättning till vårdgivarna via beställarna och på ett sätt så att poängpriset avspeglar den ersättning som erhålls för producerade produkter, (avser den produktion som ersätts med DRG som produkt).

### **Mer detaljerad beskrivning**

I avtalen kommer beställningarna successivt att preciseras tydligare än tidigare. För 2008 ska minst 95 procent (95%) av dessa preciserade delar av beställningarna vara uppfyllda. Om produktionen inom den preciserade delen understiger 95 procent (95%) ska det totala ersättningstaket sänkas motsvarande det värde som mellanskillnaden mellan utförd volym och 95% representerar enligt avtal. Detta innebär vidare att fem procent (5%) av den preciserade beställningen kan utnyttjas inom andra områden. Vid avräkningen ska hänsyn tas till om befolkningens behov av vård inom det preciserade området minskat och parterna är eniga om detta. Preciseringarna gäller särskilt områden inom vilka nya satsningar görs, områden som tidigare särskilts eller områden där problem med tillgängligheten funnits. Exempel på sådana områden är lucentisbehandlingar, utökningar enligt barnsjukvårdsutredningen och cancerplanen, förlossningsvården, delar av thoraxvården och inom några vårdgarantiområdena.

Härutöver görs beställningarna som tidigare per klinik för respektive vårdform och vårdtyp (vårdform = sluten, öppen vård, vårdtyp = akut resp elektiv vård). Från och med 2008 kommer avräkning av avtalen att göras för akut sluten vård för sig och akut öppen vård samt elektiv öppen och sluten vård sammantaget.

### **Bassjukvården ersatt på likartat sätt**

Se sista rubriken.

### **Ersättning för akut och elektiv särskild**

För att särskilja ersättningen för akut och elektiv vård krävs ett tydligare regelverk än det befintliga avseende definitionen vid registrering av akut respektive elektiv vård. Utformningen av ett sådant regelverk pågår och här tas även hänsyn till nationella krav inom området. Förändringar här kommer sannolikt att påverka registreringen. För att skilja på ersättningen krävs att dubbla vikter för respektive DRG tas fram då DRG i sig inte särskiljer vad som är akut respektive elektiv vård. Med nuvarande självkostnadsfördelning är det inte möjligt att ta fram viktlistor som korrekt beskriver kostnadsskillnaden mellan akut och elektiv vård. HSNförvaltningen föreslår därför att ett uppdrag ges till Vårdbeskrivningar att tillsammans med sjukhusen och beställarna utreda hur självkostnadsarbetet kan utvecklas så att särskilda viktlistor för akut och elektiv vård kan tas fram. I ett sådant uppdrag bör även andra aspekter på utvecklingen av självkostnadsberäkningarna finnas med.



En quickfix med beslut om tex 10% högre ersättning för akut vård riskerar att undergräva förtroendet för systemet. Dels eftersom det saknas faktaunderlag för en sådan modell och dels eftersom det skulle inverka på ersättning för kliniker som har övervägande elektiv produktion.

Avtalad ersättning för akut slutet vård, exklusive förlossningar, utgår till 50 procent (50%) med fast ersättning och till 50 procent (50%) med rörlig ersättning. För akut öppen vård samt elektiv öppen och slutet vård utgår ersättningen 100 procent (100%) rörligt. Ingen förändring i ersättningsmodellen 2008 för förlossningar.

#### **Inte fasta tak för ersättningen**

För konkurrensneutraliteten föreslås att det för elektiv vård även fortsättningsvis sätts ett ersättningstak. Alla privata leverantörer utanför akutsjukhusen har ersättningstak i sina avtal. Även för akut öppen vård som successivt i möjligaste mån skall föras ut från sjukhusen bibehålls ersättningstak. För slutet akut vård föreslås en taklucka så att produktion över beställning ersätts med 50% av avtalat poängpris.

#### **Ekonomiska incitament som gynnar de sjukhus som producerar överenskommen volym**

Med rörlig ersättning för DRG-ersatt vård och detaljerade beställningar inom vissa områden ges incitament att producera enligt beställning. Utebliven ersättning för elektiv vård och akut öppen vård samt sänkt ersättning för akut slutet vård över beställning inverkar återhållsamt på ambitionen att överproducera vård. Vidare är införande av utebliven ersättning för poäng som fås genom förändrade genomsnittsvikter (se nedan) ett sådant incitament.

#### ***Förändrade genomsnittsvikter och DRG-glidning***

Ingen ersättning utgår för förändring av den samlade genomsnittsvikten, inkl kostnadsytterfall, per vårdtyp och vårdform (dvs elektiv resp akut slutet och öppen vård). En sådan förändring kan vara teknisk, sk DRG-glidning, och därför utgår ersättning inte från beställaren. Om någon av parterna så önskar ska orsaker till förändring av genomsnittsvikten analyseras för att utröna om eventuell, icke avtalad, vårdtyngdsförändring ligger bakom. Om så är fallet ska ersättning utgå.

### **Produktionen fördelad över året efter varierande behov för full ersättning**

Föreslås att sjukhusen under 2008 upprättar en plan som beskriver sjukhusets beredskap att klara återkommande produktionstoppar inom vissa områden. I planen kan ingå beskrivning av det interna samarbetet liksom beskrivning av samarbetet mellan sjukhusen. Planen ska vara upprättad för att hela kvalitetsersättningen ska utgå.

### **Ersättningen baserad på lägsta kostnad för motsvarande vård**

Föreslås att, som ett första steg för att anpassa ersättningen till detta uppdrag, orsakerna till skillnader i pris per poäng för respektive sjukhus analyseras. Orsakerna listas och värderas kostnadsmässigt. Adekvata orsaker till prisskillnader ges därefter acceptans. För resterande prisskillnader ställs krav att sjukhusen i samband med uppföljning av avtalen presenterar åtgärder för att komma till rätta med dessa. För dessa analyser föreslås sjukhusens självkostnader användas samt analyser av vårdkedjor för att synliggöra andra vårdgivares betydelse för sjukhusens kostnader. Ett sådant arbete kan inte klaras till 2008 års poängprisberäkning.

Enligt budget för 2008 ska hänsyn tas till vad som är landstingets lägsta kostnad för respektive produkt. Detta innebär i sig ett problem eftersom priset får betraktas som ett sjukhuspris som påverkas av många faktorer. Nedan görs några beskrivningar av orsaker till olika poängpriser.

- Fastställd andel kostnadsytterfall
- Lokalutformning/fastighetsstruktur
- Hyreskostnader
- Sjukhusen har olika uppdrag
- Samverkan med andra vårdgivare
- Skillnader i faktisk patientmix
- Skillnader i registrerad patientmix
- Kostnadseffektivitet

### ***Tekniska olikheter***

#### *Fastställd andel kostnadsytterfall*

Andelen kostnadsytterfall påverkar pris per poäng. SLL använder 5% med utgångspunkt i internationella bedömningar. Om den totala andelen ökas skulle sannolikt priserna mellan Karolinska och övriga KY-sjukhus närma sig ytterligare.

*Skillnader i registrerad patientmix*

Sjukhusen registreringsbeteende påverkar antal poäng att fördela sina kostnader och ersättningar på. Skillnaderna har flera orsaker såsom kunskap, utbildning, intresse, incitament. På sikt bör registreringskvaliteten bli en del av kvalitetsersättningen som ett incitament för sjukhusen att höja kvaliteten. Skillnader i registrering påverkar både viktlistor och pris per poäng.

*Struktur-/Verksamhetsmässiga olikheter**Lokalutformning/fastighetsstruktur*

Ett sjukhus lokalutformning påverkar dess möjlighet att effektivisera. Vårdavdelningarnas utformning och hur spridda de är påverkar behovet av vårdpersonal. Nya effektiva lokaler kan inte jämföras med lokaler med äldre utformning.

*Hyreskostnader*

De hyreskostnader som sjukhuset har påverkar priset, tex eventuella hyresrabatter.

*Sjukhusen har olika uppdrag*

Även om Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus exkluderas finns skillnader i uppdrag. Södersjukhuset har tex förlossningsvård och barnmedicinsk vård (inkl neonatalvård). Danderyds sjukhus har förlossningsvård men ingen neonatalvård eller annan barnsjukvård men däremot dialysvård. Capio St Görans sjukhus har inte gynekologisk vård, förlossningsvård, barnsjukvård eller dialysvård. Dessa skillnader ger påverkan också i poängprisberäkningen.

*Samverkan med andra vårdgivare*

Kostnadsbilden påverkas av hur samverkan med vårdgrannar ser ut. Finns möjlighet att skriva ut en patient till tex geriatriken för eftervård påverkas kostnaden för vårdtillfället utan att för den skull vården är sämre eller totalt sett billigare.

*Skillnader i faktisk patientmix*

Det finns skillnader i den faktiska patientmixen mellan sjukhusen som inte DRG-systemet tar hänsyn till, och inte ens ska göra. Detta har sin förklaring i skillnaden i det övergripande uppdraget för sjukhuset. Här beror skillnaderna inte på den övergripande kostnadsstrukturen utan på faktiska skillnader i patienternas vårdbehov inom samma DRG. Skillnaderna har minskat med införande av kostnadsyttersättningsfallersättning men delar återstår.

### Kostnadseffektivitet

Skillnader i kostnadseffektivitet finns sannolikt också mellan sjukhusen. Den beror på olika interna strukturer där man har kommit olika långt med att effektivisera sin verksamhet. Strukturförändringar med sammanslagningar och flyttning av verksamhet mellan sjukhusen påverkar effektiviseringsmöjligheterna både positivt och negativt.

## **Omförhandling**

Förhandling om Avtalets uppdrag eller ersättning eller volymer eller konsekvenser av ändringar i dessa kan skriftligen begäras av part vid väsentliga förändringar av omständigheter som ligger till grund för detta Avtal, eller om villkoren i detta Avtal inte har blivit uppfyllda.

Omförhandling ska inledas inom 30 dagar efter framställan därom.

Påkallande av omförhandling befriar inte part från skyldighet att fullgöra sina förpliktelser enligt detta Avtal intill dess nytt Avtal har slutits.

Omförhandling kan påkallas av part om Avtalets omfattning och inriktning till följd av planering av större förändringar i vårdens struktur.