

Förhandling med Södertälje sjukhus

<i>Datum</i>	2007-12-19
<i>Tid</i>	15:00
<i>Plats</i>	Olivecronas väg 7, plan 1, Sabbath
<i>Närvarande</i>	Jan-Åke Zetterström Anna-Lena Jornerud Ann Fjellner Anders Nettelblatt Bo Nyström Berit Lennfjord Pia Axelson

1. Överenskommelse beträffande avtalsår 2008

Överenskommelsen godkänns av styrelsen för SNS under förutsättning av att 20 Mkr erhålls i särskild ordning. Detta belopp är således exkluderat ur denna överenskommelse.

Ekonomisk ersättning

Parterna är överens om en avtalsram om 476 Mkr för 2008 inkluderande vårdvolymen samt andra åtaganden. Utgångspunkten är 2007 års avtal med justering för bland annat

- Medicinteknisk utveckling
- Befolkningsökning
- Switchläkemedel

Vårdvolymen

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

- 8230 akuta slutenvårdtillfällen
- 1 875 elektiva slutenvårdtillfällen
- 21 255 akuta öppenvårdtillfällen

- 79 640 elektiva öppenvårdstillfällen
en minskning från avtal 2007 p g a utebliven KVÅ-effekt.

Volymen och ersättning enligt detta protokoll inkluderar vård för befolkningen i Norrtälje kommun.

Förändrade villkor

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

Ny ersättningsmodell

Parterna är överens om ny ersättningsmodell enligt bilaga 2.

Avtalets villkor i övrigt

Avtalets villkor i övrigt är föremål för fortsatta förhandlingar

2. Vårdgaranti

Parterna är överens om att Södertälje sjukhus återkommer med förslag till ytterligare volymer inom vårdgarantiområdet.

3. Sjukhusets uppdrag

Diskussion fördes om Södertäljes långsiktiga uppdrag och hur befolkningens behov på bästa sätt kan tillgodoses. Beslutades att fortsätta denna diskussion den 21 januari då parterna ska mötas igen och då Södertälje sjukhus även ska ta fram förslag på lösningar.

Vid protokollet

Pia Axelson

Pia Axelson

Justeras:

Jan Åke Zetterström
Jan Åke Zetterström

Justeras:

Ann Fjellner
Ann Fjellner

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.

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 produktions-
toppar upprättas.

Förslag för förändringar på längre sikt

- Föreslås att uppdrag ges Vårdbeskrivningar att se över och utveckla självkostnadsarbetet så att bla 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. Arbetet 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 maa 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 priset 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 barnsjukvårdsut-

redningen 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 sluten 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 sluten 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 sluten 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 sluten vård över beställning inverkar återhållsamt på ambitionen att överproducera vård. Vidare är införande av utebliven er-

sättning 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. Caphio 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 kostnadsytterfallsersättning 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.