

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2011-05-25

HSN 1102-0108

Handläggare:

Eva Lestner

Reviderad avtalsmodell för akutsjukhusen

Ärendebeskrivning

I ärendet föreslås reviderad avtalsmodell för akutsjukhusen för åren 2012-2015.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-05-25
Bilaga, Utveckling av avtalen med akutsjukhusen

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för akutsjukvård.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar föreslå Landstingsstyrelsen föreslå Landstingsfullmäktige besluta

att godkänna förslag på reviderad avtalsmodell för akutsjukhusen gällande åren 2012-2015

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar för egen del, under förutsättning av Landstingsfullmäktiges beslut,

att uppdra åt förvaltningen att återkomma till Hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag på avtal med akutsjukhusen för åren 2012- 2014.

Förvaltningens motivering till förslaget

Landstingsstyrelsen beslöt att införa en ny avtalsmodell från och med år 2009 för akutsjukhusen. Syftet med modellen var, ur Hälso- och sjukvårdsnämndens perspektiv, att balansera mellan målsättningarna; kostnadseffektivitet, tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet, totalkostnadskontroll samt långsiktighet. Hälso- och sjukvårdsnämnden fick i uppdrag att följa upp och utveckla modellen. Utvärdering av den nuvarande modellen har visat att inom flera områden har det skett förbättringar och inom andra områden bör nödvändiga justeringar göras i den reviderade modellen.

Förändringar av framtida vårdutbud

Ett krav på den reviderade modellen är att den ska tillgodose behovet av en flexibilitet för hälso- och sjukvårdens stora utmaningar i Stockholms län den kommande 10-årsperioden.

År 2015 inleds driftstarten av Nya Karolinska Solna (NKS) med ett verksamhetsinnehåll som innebär en ytterligare koncentration av den högspecialiserade vården i länet. Kapaciteten vid NKS bedöms bli mindre än vid nuvarande Karolinska Solna. Det innebär att vården på övriga sjukhus kan komma att behöva förändras, både volym- och innehållsmässigt. Landstingsfullmäktige planeras besluta om "Framtidsplan för hälso- och sjukvården" i juni 2011. Rapporten innehåller en analys och konkretisering av den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län utifrån finansiella resurser och befolkningens behov. Akutsjukhusens verksamhet kommer att i första hand koncentreras till den vård som kräver akutsjukhusens resurser. Förslaget innebär bland annat att specialiserad sjukvård flyttas ut från sjukhusen och till närsjukhus/specialistcentrum, geriatriska enheter, palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH).

Dessa strukturförändringar behöver planeras och påbörjas redan under kommande avtalsperiod. Strukturförändringarna kommer att innebära omfördelningar mellan sjukhusen eller utflyttning av vård till vårdgivare utanför sjukhusen.

Förslag avtalsmodell 2.0

De huvudsakliga förändringarna i den reviderade avtalsmodellen 2012-2015

1. Ny avtalslängd om 4 år
2. Rörlig uppdragsersättning
3. Ökad marginalersättning till 40% av poängpriset vid produktion mellan 100%-104% av målvolymen
4. Vite för varje patients 30-dagarsperiod över vårdgarantigränsen
5. Utökning av antalet kvalitetsindikatorer med bibehållen ersättningsnivå på 2% av totalersättningen samt utveckling av indikatorer för överbeläggningar/ satellitpatienter

Ny avtalslängd om 4 år

Fyraåriga avtal ger sjukhusen förutsättningar för en mer långsiktig strategisk planering. Det finns dock behov av strukturförändringar under dessa fyra år. Med anledning av detta föreslår förvaltningen att det ska finnas möjlighet till årlig översyn av verksamhetsuppdrag och därmed målvolym och totalersättning under avtalstiden. Det kan framförallt ske i slutet av avtalsperioden i samband med NKS öppnande. Detta innebär en möjlighet att i enlighet med "Framtidens Hälso- och sjukvård" genomföra förändringar mot att akutsjukhusens verksamhet koncentreras till den vård som kräver deras kompetens och resurser. Förändringar kan även behöva genomföras vid sjukhus som inte når upp till avtalad målvolym för att säkra vården för länets invånare.

Ersättningsmodell

Ersättningsmodellen ändras genom att den fasta strukturersättningen tas bort. All ersättning är rörlig och beräknas för respektive sjukhus med utgångspunkt i avtalad totalersättning och utgår endast för utförd vård. Ersättningen för produktion över avtalad målvolym upp till 104% ökas från 30% till 40% av poängpriset.

Tillgänglighet

Den reviderade modellen innebär att för varje patient som varit köställd över vårdgarantigränsen (30 dagar för besök respektive 90 dagar för behandling) utfaller en sanktion per patient och 30-dagarsperiod; 500 kr för besök och 1000 kronor för behandling. Om patienten vänder sig till Beställarens Vårdgarantikansli påförs sjukhuset, precis som tidigare, den faktiska värdkostnaden för dessa patienter. Totalbeloppet för samtliga tillgänglighetssanktioner kan maximalt uppgå till 1% av totalersättningen per sjukhus och år (totalt 150 miljoner kronor för samtliga sjukhus).

Kvalitet

Vården vid akutsjukhusen är en omfattande och komplex verksamhet som bättre kommer att speglas genom den föreslagna utökningen av antalet kvalitetsindikatorer. Kvalitetsersättningen kvarstår på 2% av totalersättningen.

Patientsäkerhet är ett prioriterat område för beställaren och sjukhusen. Syftet är att öka kunskapen om inträffade skador och att minska antalet undvikbara värdskador. Överbeläggning och satellitpatienter innebär en risk för patientsäkerhet och kvalitetsindikatorer avseende överbeläggningar/satellitpatienter ska utvecklas under avtalsperioden.

Processen

Förankringen hos vårdgivarna har skett både via expert- och referensgrupper bestående av representanter från sjukhusens sjukhusledning och förhandlingsdelegationer. Sjukhusen har även haft förslag till reviderad avtalsmodell på remiss. Under arbetet har justeringar gjorts av förvaltningens ursprungliga förslag till den reviderade modellen utifrån de synpunkter som framförts av representanterna från sjukhusen.

En ökning av marginalersättningen till 40% från nuvarande 30% föreslås. Sjukhusen har framfört önskemål om ännu högre marginalersättning, upp emot 50 %. Förvaltningen har gjort bedömningen att totalkostnads-kontrollen riskeras samtidigt som sjukhusen inte får incitament att föra ut lättare vård till andra vårdnivåer om marginalersättningen blir alltför hög. Beställaren förslög inledningsvis en tillgänglighetssanktion som innebar ett vite på 1000 kronor för patients varje 30-dagarsperiod över vårdgarantigränsen för både besök och behandling. Sjukhusen framförde en differentiering och med anledning av detta föreslås nu att den reviderade modellen innebär att för patients varje 30-dagarsperiod över

vårdgarantigränsen utfaller ett vite per patient; 500 kr för besök och 1 000 kronor för behandling. Sjukhusen har dock framfört önskemål om ytterligare sänkning av sanktionen. Den nuvarande modellens sanktion för bristande tillgänglighet har enligt förvaltningens bedömning hittills visat sig otillräcklig och bör därför kompletteras med en tydligare sanktion.

Ett årligt effektiviseringskrav på 2% ingår i den reviderade modellen liksom i den nuvarande. Sjukhusen har framfört önskemål om minskat effektiviseringskrav. I de budgetramar Hälso- och sjukvårdsnämnden erhållit för akutsjukvården de kommande åren ingår effektiviseringskrav, därför bedömer förvaltningen att ett årligt 2%-igt effektiviseringskrav är rimligt.

Avslutning

En fortsatt utveckling av flerårsmodellen är en förutsättning för att sjukvårdssystemet i Stockholms län ska kunna möta de utmaningar och det ökade sjukvårdsbehov som landstinget står inför samt tillgodose behovet av en flexibilitet för hälso- och sjukvårdens mycket stora utmaningar i Stockholms län den kommande 10-årsperioden. Avtalsmodellen ska ge stöd för att framgångsrikt kunna driva arbetet med att säkerställa god, rättvis och jämställd vård med hög tillgänglighet för Stockholms läns invånare.

Vidareutveckling av modellen under avtalsperioden kommer bland annat inriktas på att ta fram nyckeltal för att kunna belysa skillnader i uppdrag och ersättning mellan sjukhusen samt utveckla processen för hur uppföljning ska ske.

Ekonomiska konsekvenser

Det måste säkerställas att beställarens ekonomiska ram täcker en ökning motsvarande den årliga indexuppräknings som stipuleras i avtalen.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Kvalitetsarbetet bedöms stärkas hos vårdgivarna med anledning av det utökade antalet indikatorer. Beställarna kommer att ha ökad möjlighet till uppföljning där patientsäkerhet är en viktig del. Detta sammantaget bedöms kunna ge ökade möjligheter till förbättrad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Fokuseringen i flerårsavtalen på tillgänglighet och köfri vård ökar möjligheten att få tillgång till rätt vård i rätt tid oberoende av hur stark eller aktiv den enskilde är i att hävda sina behov av vård.

Miljökonsekvenser

Inga konsekvenser.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Leif Karnström
Avdelningschef

Bilaga

Utveckling av avtalen med akutsjukhusen

Under första hälften av 90-talet infördes den så kallade Stockholms-modellen som karakteriserades av en beställar-/utförarmodell där sjukvårdsområdena var beställare och akutsjukhusen var utförare. Patienterna gavs rätt att välja utförare. Dessförinnan hade sjukhusen haft årliga anslag för den befolkning som "tillhörde" upptagningsområdet. Det prestationsrelaterade ersättningsystemet ledde till ökad vårdproduktion och minskade värdköer. Nackdelarna var för hög detaljeringsgrad i avtalen, svårigheter att hålla kostnadskontroll samt att utvecklingen av sjukvårdsstrukturen försvårades. För att ta hänsyn till skillnader i sjukhusens kostnadsstruktur och patientsammansättning har utvecklingen gått från enhetligt "DRG-pris" till differentierade priser per sjukhus.

Avtalsmodell före år 2009

- Avtal mellan akutsjukhusen och beställarna var 1-åriga vilket innebar i stort sett kontinuerliga förhandlingar.
- Individuella DRG-priser för alla sjukhus som inkluderade – utan specifikation – strukturella skillnader i sjukhusens uppdrag.
- Prestationsrelaterad ersättning i kombination med bristande volymbegränsningar som ledde till ökad vårdproduktion och svårigheter att hålla kostnadskontroll. Hög detaljeringsgrad i uppdragen till sjukhusen med beställningar på klinisknivå uppdelat på öppen- och slutenvård.
- Den dåvarande ersättningsmodellen innebar fasta tak för produktion över ett visst antal vårdtillfällen inom öppenvård och elektiv slutenvård samt 50 % ersättning för vård över beställning inom akut slutenvård. Den rörliga ersättningen fördelades helt enligt den viktlista som baseras på inrapporterade kostnader (KPP).
- De patienter på sjukhusen som inte kunde erbjudas vård inom vårdgarantins tider hänvisades till Vårdgarantikansliet som ordnade alternativ vårdgivare utan kostnad för sjukhuset. Långa värdköer ledde ofta till ökade beställningar, vilket var ett felaktigt incitament.
- 2 % kvalitetsersättning utgick till alla sjukhus som uppfyllde de inrapporteringskrav som fanns specificerade (och alla sjukhus har historiskt fått denna ersättning).

Fem huvudsakliga förbättringsområden identifierades i det dåvarande sjukvårdssystemet inom Stockholms läns landsting:

1. Få incitament till ökad produktivitet och resursutnyttjande
2. Avsaknad av incitament att fokusera på köer
3. Inga tydliga kvalitetsmål
4. Ineffektiv avtals- och styrningsprocess
5. Otydlighet i roller mellan ägare, HSN-f och politiker

Landstingsfullmäktige i Stockholms Läns landsting fattade därför år 2007 beslut om en ny strategi för styrning av akutsjukhusen. Strategin byggde på de fyra hörnpelarna; flerårsavtal, resultatansvar, avtal baserade på landstingets lägsta kostnad för respektive sjukhuskategori, samt sanktionsregler.

Avtalsmodell år 2009-2011

Avtalsmodell

Modellen stipulerar treåriga avtal med en tydlig gemensam del som gäller för samtliga vårdproducenter och som ej skulle förhandlas separat per sjukhus. Denna del består av bl.a DRG-pris, kvalitets- och miljöersättning, prioriteringsvikter och effektiviseringskrav. En sjukhusspecifik del av avtalet infördes och som kan förhandlas per sjukhus, dock bara mellan två avtalsperioder. Den vårdgivarspecifika delen består av bland annat uppdragsbeskrivning, målvolym, strukturersättning

Beställaren specificerar vårdgivarnas uppdrag på hög – strategisk – nivå, till exempel vilka specialiteter som ska finnas hos ett visst sjukhus. Sjukhusen ges en ökad flexibilitet avseende produktionens sammansättning och genomförande på en mer detaljerad – operationell – nivå.

Beställaren ges ökade möjligheter till uppföljning. Uppföljningens syfte är att granska om sjukhusen uppfyller åtaganden enligt flerårsavtalet.

Flerårighet

Avtalstiden förlängdes till 3 år för att förbättra sjukhusens möjlighet till långsiktig strategisk planering och förbättringsarbete. Utgångsvärdet för volym och ersättning var utfallet 2008 som sedan räknades upp med Landstingsprisindex (LPI) och läkemedelsindex (LÄK) för åren 2010- 2011. Ersättning utgår även för Demografisk tillväxt (DT) och Medicinsk teknisk utveckling (MTU) med årlig uppräkningsgrad. I avtalen ingår ett effektiviseringskrav om 2% årligen.

Ersättningsmodell

Ersättning till sjukhusen kommer från flera olika poster; rörlig ersättning, strukturersättning, kvalitetsrelaterad ersättning, miljöersättning, sidoavtal och anslag.

Rörlig ersättning som utgår för prestation från akut och stor del av elektiv vård. Vårdgivarnas uppdrag preciseras på en övergripande nivå och beställning görs som en målvolym i totalt antal DRG-poäng på sjukhusnivå. Ingen distinktion görs mellan akut och elektiv vård.

Produktion över målvolym, uttryckt i DRG-poäng, är $\pm 4\%$. För produktion över målvolym upp till 104% erhålles en ersättning om 30% av avtalad ersättning. Vid produktion under målvolym, mellan 100%-96% av målvolymen, utgår 70% av avtalad ersättning.

Strukturersättning infördes och avser den ersättning som sjukhusen erhåller för motiverade merkostnader som t ex mer komplexa fall. Särskiljandet av strukturersättning per sjukhus gjorde det möjligt att identifiera ett gemensamt DRG-pris. Strukturersättningen beräknades att stå för mellan 5 och 20 % av totala ersättningen och betalas ut som en fast ersättning.

Kvalitetsrelaterad ersättning med fokus på resultat infördes. En ersättning om 2 % betalas ut månadsvis under förutsättning av mål uppnås samt att sjukhusen rapporterar i avtalade system eller register med en tillfredställande täckningsgrad samt att sjukhusen aktivt deltar i den gemensamma utvecklingen av indikatorer.

Miljöersättningen är likaledes relaterad till måluppfyllelse och tillämpas enligt tidigare avtalsmodell och omfattar en ersättning om 0,5% av totalersättningen.

Ytterligare en ersättningsform som fortsatt sedan förra avtalsmodellen att ingå i den totala ersättningen är *Sidoavtal och Anslag*. Det kan gälla verksamheter som är svåra att ersätta enligt DRG-systemet.

Tillgänglighet

Sjukhusen har i modellen ett tillgänglighetsansvar i linje med vårdgarantin för de specialiteter de har inom uppdraget, för de patienter som kräver sjukhusets nivå av specialistkompetens och – resurser. Sjukhusen ska möta detta genom omprioritering mellan sjukhusets olika verksamhetsområden och aktivt arbete med granskning av remisser och relevans av den vård som genomförs. Sjukhusen förväntas optimera sin produktion genom samarbete med underleverantörer, vilket kan inkludera andra sjukhus, och sjukhusen får en väsentligt utökad informationsplikt om vårdgarantin gentemot patienten.

En övergripande princip för sjukhusens uppdrag i avtalsmodellen är att de aktivt ska prioritera mellan olika vårdområden och patientkategorier. Det

innebär att resurser ska allokeras så att tillgänglighetskraven för akuta och elektiva patienter möts, samt att äldre, kroniskt sjuka och andra patientgrupper som inte täcks av regelverket kring tillgänglighet ska få vård med den frekvens/tillgänglighet som är medicinskt befogad. Då uppdraget inte är kopplat till volymer per klinik eller specialitet är det tillgänglighetsansvaret som sätter ramarna för sjukhusens produktion.

I de fall patienter inte kan erbjudas vård inom vårdgarantin (hos mottagande sjukhus eller annan vårdgivare) och patienten inte frivilligt väljer att kvarstå i sjukhusets kö ska sjukhuset erbjuda kontakt med Vårdgarantikansliet. Om patienten erhåller vård hos annan vårdgivare via Vårdgarantikansliet återförs kostnaden på sjukhusen.

Kvalitet

Accelererat kvalitetsarbete innebär målrelaterad kvalitetsersättning kopplat till resultat och delaktighet i utvecklingen av kvalitetsindikatorer. Det innebär också kvalitetssäkring av inrapporterade resultat i nationella kvalitetsregister genom enhetlig rapportering och krav på en täckningsgrad (andel rapporterade patienter av totalt antal möjliga) överstigande 90 %.

Ett nätverk för utveckling av kvalitetsmodellen i flerårsavtalen där vårdgivarna, beställaren och ägaren ingår har inrättats i enlighet med avtalen. Nätverket arbetar med att samplanera en enhetlig mätning och rapportering av i avtalet ingående kvalitetsindikatorer och i samverkan med specialitetsråden ta fram förslag på relevanta och jämförbara nya indikatorer.

Utvärdering Avtalsmodell år 2009-2011

Flerårsavtalen har skapat möjligheter för såväl beställaren att sätta upp långsiktiga mål och resultatkrav som för sjukhusen att långsiktigt utveckla sin interna produktionsstyrning. Långsiktigheten och förutsägbarheten i avtalen gör det möjligt att identifiera problem, vidta åtgärder och även ta vara på effekterna av åtgärderna.

En effekt som förväntades genom den ökade långsiktigheten var en mer aktiv intern produktionsstyrning och en ökad samverkan mellan akutsjukhusen men även med externa underleverantörer. Detta har hittills skett i begränsad men ökande omfattning. Vårdgivarna framför att samverkan med befintliga partners har fortsatt som tidigare, men också ökat och nya ingåtts. Landstingsägda sjukhus måste dock få avtal med underleverantör godkända av ägarna vilket man anser gjort det omständligt.

Målsättningen om totalkostnadskontroll ska liksom målsättningen om kostnadseffektivitet ses i belysningen av många år med ökande och som det tycks okontrollerbara volym- och kostnadsökningar på sjukhusen. Särskilt kostnadsökningarna har ibland varit på en nivå som inte var samhälls-ekonomiskt försvarbart.

Inom flera områden har det skett förbättringar.

Införandet av målrelaterad ersättning efter resultat för kvalitetsindikatorer har inneburit en ökad kvalitet inom dessa områden men också givit upphov till ökat fokus på kvalitetsarbetet överhuvudtaget. Med införandet av fler indikatorer ökar beställarens möjligheter att följa upp och jämföra kvaliteten hos vårdgivarna.

Beställaren har i den nya avtalsmodellen givits möjlighet att fokusera mer på att uppföljning när tiden och resursåtgången i förhandlingar har minskat. Arbetet med fördjupad uppföljning inom vårdområdena kirurgi, ortopedi, internmedicin, lungmedicin har genomförts under avtalsperioden. Dessa uppföljningar har redovisats för Hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag till förbättringsåtgärder.

Inom andra områden har inte utvecklingen varit positiv för beställaren.

Den tidigare ofta höga volym- och kostnadsökningstakten dämpades. De volymdämpande incitament i avtalen resulterade i att båda åren 2009 och 2010 minskade antalet elektiva besök samt vårdtillfällen. De akuta besöken och vårdtillfällena ökade dock men inte i samma utsträckning. Minskningen inom öppenvården kan delvis höra samman med de förändringar och tydliggöranden av regelverk för registrering av öppen vård som gjordes under 2009 och som påverkat registreringen från maj 2009. Från och med 2011 är hela förändringen genomförd.

Enligt avtalen utgår ersättning med 70 procent av gällande poängpris för icke producerad vård. Det innebar en kostnad för beställaren på 18 miljoner kronor för underproduktion år 2009 och 52 miljoner kronor för år 2010. Detta trots att det fortfarande var en stor andel patienter som inte erhöll vård i tid.

Beställarens fick en minskad köpkraft med 2,4 procent under år 2009. Sjukhusen höll inte sitt tillgänglighetsansvar och en av orsakerna är troligtvis en alldeles för svagt utformad sanktionsregel.

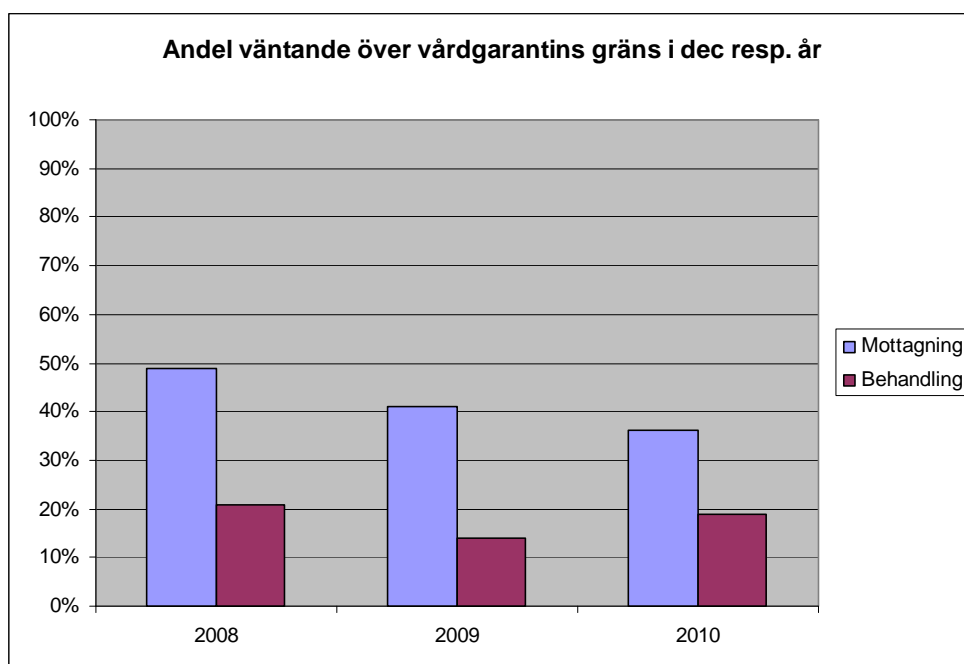
Frågan om DRG-viktglidningen har varit en källa till ständigt återkommande diskussioner med några av sjukhusen. Frågeställningarna har främst varit hur stor kan en adekvat viktglidning vara och vilka regler är det som gäller.

Genom flerårsavtalen har sjukhusen övertagit tillgänglighetsansvaret, vilket betyder att inga patienter ska behöva vänta längre än 30 dagar på ett nybesök hos en specialist eller 90 dagar för en åtgärd eller behandling. Tillgängligheten på sjukhusen har förbättrats men inget sjukhus uppfyllde kraven enligt avtalen.

Flerårsavtalens tillgänglighetsansvar innebär att sjukhusen, upp till en procent av respektive sjukhus avtalssumma, har betalningsansvar för vård av

patienter som vänt sig till Vårdgarantikansliet och hänvisats till vård hos annan vårdgivare. Sjukhusens sammanlagda tak för betalningsansvaret var cirka 150 mkr men det faktiska utfallet blev år 2009 cirka 18 miljoner kronor och 3,7 miljoner kronor för år 2010.

Tillgängligheten på sjukhusen har förbättrats men inget sjukhus uppfyller för närvarande kraven enligt avtalen. Slutsatsen är att sanktionsregeln vid bristande tillgänglighet bör bli mer direkt.



Källa: CVR 2008-2010

Trots begränsningar i avtalen när det gäller utomlänsvård har sjukhusen tagit emot patienter från andra landsting trots egna vårdköer.

En genomgång av följsamheten till den ursprungliga modellen visar att den varit god. De upplevda eller observerade avvikelserna handlar mer om olika uppfattningar om tillämpningen av olika delar av modellen, exempelvis processen för hur den målrelaterade ersättningen ska beräknas.

Förslag till reviderad avtalsmodell för år 2012-2015

Flerårighet

Fyraåriga avtal ger sjukhusen fortsatta förutsättningar för en mer långsiktig strategisk planering.

Strukturförändringarna med anledning av Nya Karolinska Solna och Framtidens hälso- och sjukvård kommer att innebära omfördelningar mellan sjukhusen eller utflyttning till vårdgivare utanför sjukhusen.

Verksamhetsuppdrag och därmed målvolym och totalersättning kan därför förändras under avtalsperioden. Det kan framförallt ske i slutet av

avtalsperioden i samband med NKS öppnande. Detta innebär en möjlighet att i enlighet med "Framtidens Hälso- och sjukvård" genomföra förändringar mot att akutsjukhusens verksamhet koncentreras till den vård som kräver deras kompetens och resurser.

Förändringar kan även behöva genomföras vid sjukhus som inte når upp till avtalad målvolym för att säkra värden för länets invånare.

Ersättningsmodell

Den fasta strukturersättningen tas bort och ersätts med en rörlig merkostnadsersättning som beräknas för respektive sjukhus med utgångspunkt i avtalad totalersättning och utgår endast för utförd vård. Avtalen räknas upp årligen enligt avtalad uppräkningsmodell. I den ingår, som tidigare, följande komponenter; uppräkningsmodell enligt Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting exklusive läkemedel (LPIK), Läkemedelsprisindex (LÄK), Demografisk utveckling (DU) och Medicin teknisk utveckling (MTU). I avtalen ingår, såsom tidigare, ett årligt effektiviseringskrav på 2%.

Ersättningen analyseras med hjälp av nyckeltal som används som underlag vid förhandling, diskussioner med andra parter (t.ex. Locum) och för att beskriva skillnader i ersättning mellan sjukhus.

Ingen ersättning utgår för underproduktion. Den nuvarande ersättningsmodellen bedöms ha en alltför stor volymdämpande effekt genom den fasta strukturersättningen och att 70% av ersättningen utgår för volymer mellan 96-100% av målvolymen.

Ersättningen för produktion över avtalad målvolym upp till 104% ökas till 40% av poängpriset. Avtalsmodell 2009-2011 med marginalersättning på 30% beräknas endast på den del av ersättningen som är rörlig. Detta innebär att marginalersättningen ökar med mer än 10% -enheter i den reviderade modellen.

Ersättningsmodell med prestationsrelaterad kostnadsyttersättningsmodell 2009-2011 införs på samtliga sjukhus med följande modifikationer; utbetalning sker i 1/12-delar varje månad och justeras löpande på månadsbasis efter tre månader efter faktiskt utfall.

Tillgänglighet

Den reviderade modellen innebär att för varje patient som varit köställd över vårdgarantigränsen (30 dagar för besök respektive 90 dagar för behandling) utfaller en sanktion per patient och 30-dagarsperiod; 500 kr för besök och 1000 kronor för behandling. Om patienten vänder sig till Beställarens Vårdgarantikansli påförs sjukhuset, precis som tidigare, den faktiska vårdkostnaden för dessa patienter. Totalbeloppet för samtliga tillgänglighetssanktioner kan maximalt uppgå till 1% av totalersättningen per sjukhus och år (totalt 150 miljoner kronor för samtliga sjukhus).

Kvalitet

Vården vid akutsjukhusen är en omfattande och komplex verksamhet som bättre kommer att speglas genom den föreslagna utökningen av antalet kvalitetsindikatorer. Kvalitetsersättningen kvarstår på 2% av totalersättningen.

Patientsäkerhet är ett prioriterat område för beställaren och sjukhusen. Sjukhusen har, i enlighet med avtalskraven, implementerat strukturerad journalgranskning. Syftet är att öka kunskapen om inträffade skador och att minska antalet undvikbara vårdskador. Vidare pågår utvecklingsarbete kring läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse. Syftet är att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar.

Överbeläggning och satellitpatienter innebär en risk för patientsäkerhet och kvalitetsindikatorer avseende överbeläggningar/satellitpatienter ska utvecklas under avtalsperioden.

Urvalet av kvalitetsindikatorer och krav kan förändras och ska enligt modellen fastställas årligen av Beställaren senast den 1 september året innan mätperioden. Indikatorer kan dock införas vid annan tidpunkt under avtalsperioden efter politiska beslut.

Fortsatt utveckling av modellen

Vidareutveckling av modellen under avtalsperioden kommer bland annat inriktas på att ta fram nyckeltal för att kunna belysa skillnader i uppdrag och ersättning mellan sjukhusen samt utveckla processen för hur uppföljning ska ske. De områden som kommer att följas upp kommer bland annat att vara: Casemix, Infrastruktur, Forskning och utveckling, Produktivitet.

Eventuella kostnader som beror på ineffektivitet och/eller kvalitetsbrister ska inte vara ersättningsgrundande. Förslag på nyckeltal tas fram i samverkan mellan beställare och vårdgivare. Beställaren kommer att sammanställa styrkortet minst en gång per år och utifrån detta också göra jämförelser mellan sjukhusen.

Vårdval

Vårdval planeras inom flera öppenvårdsspecialiteter vilka utgör ett av styrinstrumenten i arbetet med att renodla akutsjukhusens verksamhet mot den vård som kräver akutsjukhusets resurser.

Mot bakgrund av det föreslås som huvudprincip att akutsjukhusen inte tillåts att delta i vårdvalen. Istället ska akutsjukhusen inom ramen för flerårsavtalen fortsätta att utföra sådan vård inom dessa specialiteter som är nödvändig för att bibehålla akutsjukhusets kompetens inom specialiteten samt hantera de tillstånd inom specialiteten som kräver akutsjukhusets resurser. Det innebär att akutsjukhusens volymer inom specialiteten begränsas vilket också måste tydliggöras i avtalen med akutsjukhusen. Vilka volymer som ska finnas på

akutsjukhusen och utflyttningstakten regleras i avtal där målvolym samt där till hörande ersättningar anpassas.

Investeringar i infrastruktur

Vårdgivare, Beställare samt Locum AB ska tillsammans utveckla hantering av ersättning för infrastruktursatsningar.