

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2011-05-20

HSN 1012-1386

Handläggare:
Anders Olsson

Ny ersättningsmodell för allmän psykiatrisk vård för vuxna

Ärendebeskrivning

Ersättningssystemet inom allmänpsykiatri har de senaste åren genomgått stora förändringar, från en anslagsbaserad ersättning till en blandad modell med 50 procent prestationsbaserad ersättning och 50 procent uppdragsrelaterad ersättning. Den senaste förändringen skedde åren 2008 och 2009. Förvaltningen har genomfört en uppföljning av psykiatriers ersättning och föreslår i detta ärende förändringar inför år 2012.

Ärendet innehåller ett förslag till en ersättningsmodell. Prissättning och exakt fördelning mellan modellens komponenter sker i förhandlingar med klinikerna inför år 2012. Dessa förhandlingar inleds när budgeten för år 2012 är fastställd. 2012 års avtal om psykiatri kommer att behandlas av nämnden under hösten.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-05-20

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för folkhälsa och psykiatri.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* godkänna förslag till ny ersättningsmodell för allmänpsykiatrisk vård för vuxna
- att* uppdra åt förvaltningen att i avtalen för den allmänpsykiatriska vården år 2012 inarbeta den nya ersättningsmodellen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Uppföljning av nuvarande ersättningsmodell

Målsättningar med nuvarande ersättningsmodell har varit att

- förbättra tillgängligheten
- öka produktiviteten
- förbättra jämförbarheten mellan vårdenheter
- resursfördelningen kan förklaras och motiveras

Förvaltningen har genomfört en uppföljning av effekterna av denna ersättningsmodell. Det har därvid konstaterats att målen i huvudsak har uppfyllts.

Tillgängligheten har påverkats genom att antal patienter som har fått psykiatrisk vård har ökat och telefontillgänglighet har blivit bättre. Det är dock många patienter som väntar på att få vård, 61 procent av de väntande får vård inom 30 dagar och 89 procent inom 90 dagar. Det saknas jämförbara värden för åren 2008 och 2009.

Närmare 9 000 patienter besökte år 2010 en annan mottagning än den som hade ansvar för det område patienten bor i. Det innebär att ca var 9:e patient utnyttjade möjligheten att välja klinik.

Såväl volymer som produktivitet har ökat, även om viss reservation ska lämnas på grund av ett förändrat registreringsbeteende. Omfattningen av detta går inte att uppskatta helt, men förändringarna i prestationer är så stora att en ökning ändå kan konstateras.

Underlagen avser perioden mars – december år	2008	2009	Förändring
Öppenvård			
Antal besök	604 000	683 000	+ 13 %
Andel Kvinnor	60 %	60 %	-
Andel män	40 %	40 %	-
Antal individer som hade kontakt med psykiatri	51 000	54 000	+ 6 %
Antal besök per patient	11,9	12,6	0,7
Telefontillgänglighet, godkända samtal, dagtid	90 %	91 %	+ 1 %

Underlagen avser perioden mars – december år	2008	2009	Förändring
Antal besök utförda av patienter som utnyttjat valfriheten	39 000	50 000	+ 28 %
Slutenvård			
Antal vårddygn	151 000	156 000	+ 4 %
Antal patienter	5 000	5 600	+ 10 %
Medelvårdtid	16	15	- 1
Produktivitet, sammanvägt öppen- och slutenvård			
Produktivitetsförändring			+ 8 %

I öppenvården är fördelningen av diagnoser i stort sett oförändrad mellan åren 2008 och 2009. Ersättningsmodellen har sannolikt inte påverkat vilka patienter som tas om hand. Flest patienter finns inom diagnosgrupperna förstämningssyndrom samt neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. En osäkerhet finns dock i att antalet patienter som besökt öppenvården, men inte fått en diagnos rapporterad till de gemensamma databaserna ökat. Orsaken till detta är att vården bytte journalsystem och att det då tog en tid innan all rapportering fungerade.

Inom slutenvården är andelen patienter i de olika diagnosgrupperna relativt oförändrad mellan åren 2008 och 2009, dock har andelen patienter med registrerad diagnos förstämningssyndrom minskat med 2 % . I slutenvården fanns inte samma registreringsproblem som i öppenvården.

Ny ersättningsmodell för psykiatri

Utvecklingen av en ny ersättningsmodell har skett i nära samverkan med en grupp med representanter för alla vårdgivare, både de offentligt drivna och de privata. Vårdgivarna har lämnat många och viktiga synpunkter som ingår i förvaltningens slutsatser och förslag.

En ersättningsmodell ska i så stor utsträckning som möjligt utgå från nationella beskrivningssystem. Fördelen med detta är bland annat att det blir möjligt att jämföra vård mellan olika landsting på ett bättre sätt.

En prioritering har skett av vilka förändringar i vården en ny ersättningsmodell bör stimulera. Följande fyra områden har tagits fram:

1. Vården prioriterar sina insatser efter patientens behov
2. Vården stödjer en välfungerande vårdkedja där vårdgivaren samverkar med övrig vård och omsorg för patientens bästa
3. Psykiatrisk vård ges med en hög kvalitet med goda resultat
4. Tillgängligheten till vården är god

För att stimulera värden i den prioriterade riktningen föreslås en ersättningsmodell från år 2012 enligt nedan.

- Den fasta – uppdragsrelaterade – ersättningen som idag är 50 % av ersättningen för både öppen och slutenvård föreslås öka till ca 67 % i slutenvården och minska till ca 33 % i öppenvården. Genom detta stimuleras värden att bättre ta hand om patienterna i öppenvård och därmed förhoppningsvis minska behovet av undvikbar slutenvård.
- Den fasta – uppdragsrelaterade - ersättningen föreslås inom slutenvården beräknas utifrån överenskommet antal vårdplatser. Om kliniken tar emot många valfrihetspatienter kan antalet slutenvårdsplatser öka och kliniken får därmed en högre ersättning. I öppenvården föreslås två delar, både beräknade per invånare i området; en större del lika för alla och en mindre utifrån ett index som speglar vårdbehovet i området (psykiatriindex).
- Både öppen- och slutenvården föreslås få en mindre del av den uppdragsrelaterade ersättningen knuten till om vårdenheten har ett ansvar för myndighetsutövning.
- Den rörliga – prestationsrelaterade – ersättningen föreslås i öppenvården differentieras efter olika slag av besök. Syftet är bland annat att stimulera teamarbete och besök på annan plats än mottagning och stödjande vård via exempelvis Internet. En del av den rörliga ersättningen föreslås också utgå för vissa åtgärder. Inom slutenvården föreslås att den rörliga ersättningen baseras på antal vårddygn.
- En ersättning per vårdåtgärd införs successivt, i första hand inom öppenvården. Det så kallade KVÅ (klassificering av vårdåtgärd) används. På sikt ökar denna del av ersättning vilket innebär en ersättning som bättre speglar de resurser vårdgivaren lägger ner per patient. Ett övervägande görs också om det senare kan införas en diagnosrelaterad ersättning i slutenvården.
- En bättre tillgänglighet stimuleras med en högre besöksersättning i öppenvården.

- Nuvarande ersättning för ny patient föreslås bli ersatt med en ersättning per utförd basutredning. En basutredning görs företrädesvis på nya patienter. Syftet att stimulera värden att ta emot nya patienter behålls. Orsaken till förändringen är att det varit stora problem att beräkna ersättningen per ny patient.
- Målrelaterade ersättningar föreslås för att stimulera:
 - att individuella vårdplaner upprättas.
 - rapportering till kvalitetsregistren
 - rapportering av resultat i skattningar enligt EQ5D (metod som mäter patientens självuppskattade hälsa). På sikt föreslås en målrelaterad ersättning kopplad till resultatet av EQ5D mätningarna.
 - Patientupplevd kvalitet mätt genom patientenkäter
 - kortare väntetider, bibehållen god telefontillgänglighet .

Vissa justeringar av de målrelaterade ersättningarna kan ske i samband med förhandlingar om 2012 års avtal.

Beräkning av takersättningar i öppenvård föreslås förändras. I dag är taket en fast nivå per avtal. Förslaget innebär att det istället beräknas utifrån den fasta ersättningen som bland annat beror på befolkningens vårdbehov enligt index. En hög fast ersättning ger möjlighet till att ta emot fler besök innan taket nås. Tre nivåer föreslås på taket, där den första nivån innebär en mindre reduktion av ersättningen.

Inom slutenvården föreslås att det provas att ta bort taken, då risken för "onödig produktion" är begränsad och den rörliga ersättningen är relativt liten.

I de simuleringar som gjorts av förslaget ingår alla vårdenheter. Uppdragen och ansvar skiljer mellan vårdenheterna, vilka i simuleringarna har eliminerats så gott som möjligt.

Om man bara ser på de landstingsdrivna vårdenheterna påverkas enhetens intäkter med plus/minus 7 procent, om alla klinker får samma priser och inga förändringar sker i verksamheten. Det är en klinik som får det stora underskottet, vilket förklaras av att de idag har en ersättning som inte ingår i simuleringarna. Förhandlingarna om 2012 års avtal kommer att beakta att inte någon vårdenhet får orimligt stora skillnader i sina intäkter. Sannolikt kan inte ersättningsmodellen ändras för de upphandlade vårdenheterna förrän en ny upphandling genomförs.

Innan den nya ersättningsmodellen införs behöver informationshanteringen säkerställas avseende, dels rapporteringen från vårdenheterna, dels hantering i system för beräkning av ersättning. Detta arbete är inlett och kommer att avslutas under hösten 2012, innan avtalen för år 2012 fastställs.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget är att nämnden tar ställning till en modell. Prissättningen görs i de förhandlingar som kommer att genomföras med respektive vårdenhet under hösten. Dessa förhandlingar kommer att ske utifrån den ram psykiatrin får i 2012 års budget. Förslaget i sig leder inte till några ekonomiska konsekvenser för nämnden.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget innebär inte några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Förslaget syftar till att stimulera vården att ta hand om de patienter som har de största behoven, vilket ökar jämlikheten i vården. Införande av ett psykiatriindex leder till att klinker som verkar i områden med stora vårdbehov ges en något högre ersättning, vilket också ökar jämlikheten. Förslaget påverkar inte jämställdheten i vården.

Miljökonsekvenser

Förslaget väntas få oförändrade konsekvenser för miljöpåverkan.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson
Avdelningschef

Catharina Barkman
Avdelningschef