

Landstingsstyrelsens förslag till beslut

Ny ersättningsmodell för husläkarmottagningar

Föredragande landstingsråd: Inger Ros

Ärendet

Hälso- och sjukvårdsutskottets föreslår ny ersättningsmodell för husläkarmottagningar.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

att godkänna föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel besöksersättning

att införa ersättningsmodellen successivt i hela landstinget. Införandet skall ske från och med den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal

att uppdra åt landstingsstyrelsens förvaltning att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen

att anpassa detaljutformningen av modellen i avtal så att finansieringen ryms inom beslutade ramar och att totalkostnadskontroll bibehålls

att uppföljning och utvärdering av ersättningsmodellens systemeffekter, ur såväl patientsynpunkt som avseende ekonomiska och andra effekter, genomförs efter införandet och återrapporteras till hälso- och sjukvårdsutskottet.

Införandet av en enhetlig ersättningsmodell för husläkarmottagningar är en politiskt prioriterad fråga som utgår från landstingsstyrelsens tidigare

Bilaga

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

2004-06-07

beslut om nya principer för ersättningssystem. Ytterst syftar den nya ersättningsmodellen till ökad tillgänglighet i primärvården.

Målen med föreliggande förslag är: att uppnå enhetliga, jämförbara och rättvisa villkor för de 175 husläkarmottagningarna/vårdcentralerna i landstinget, att stimulera kvalitetsutvecklingen vid husläkarmottagningarna, samt att stimulera till ett ökat antal besök vid husläkarmottagningarna, som utgör kärnan i närsjukvården, genom att understödja önskvärda förändringar i arbetsorganisationen.

Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 11 augusti 2004.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 24 augusti 2004.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till m-ledamöternas förslag, dels till fp-ledamöternas förslag, dels till kd-ledamöternas förslag.

Landstingsstyrelsens beslut fattades utan omröstning.

M-ledamöterna reserverade sig:

”Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta *att* godkänna föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel besöksersättning med nedanstående ändringar, *att* inte införa ett kostnadsansvar för husläkare för medicinsk service för närvarande, *att* idag högpresterande husläkare inte ska missgynnas i det nya ersättningssystemet, *att* uppdra till förvaltningen att förhandla fram en överenskommelse med företrädare för vårdgivarna om ersättningssystemets utformning, *att* ersättningsmodellen successivt ska införas i hela Stockholms län, *att* införandet sker fr o m den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal och att förändringar ryms inom befintliga budgetramar, *att* ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen med beaktande av nedanstående och att erfarenheterna av införandet av det nya ersättningssystemet fortlöpande redovisas till Hälso- och sjukvårdsutskottet.

Ersättningssystem bör vara långsiktigt hållbara i den meningen att de bärande principerna inte ändras från år till år. Budgetmässiga förändringar

av ersättningsnivåer bör ske utan att systemets uppbyggnad förändras. För att skapa trovärdighet om stabiliteten i systemet bör dess slutliga utformning ske i överenskommelse med vårdproducenterna. Inför en sådan förändring kan parterna förhandla justeringar av detaljutformningen. Det är viktigt för att systemet ska uppfattas som genomtänkt och väl förankrat. Erfarenheterna från bl a Norge visar hur viktigt det är med en bred uppslutning bakom ersättningssystemets konstruktion.

Husläkarnas kostnadsansvar för den 'enklare' medicinska servicen är ett stort åtagande. Det omfattar relativt många undersökningar inom klinisk kemi, mikrobiologi. Gränserna för åtagandet är ganska oklara. Hur kvalitetsuppföljningen ska ske av de egna analyserade proverna finns inte beskrivet. Vilka krav ska ställas på de laboratorier som husläkaren anlitar och själv betalar? De laboratorier som anlitas idag är kvalitetsgranskade i samband med upphandling. Effekterna av införandet av ett sådant system är dessutom bristfälligt utredda. Riskerna för en övervältring av kostnadsansvaret till andra vårdgivare är stor. Effekterna och gränserna för ett sådant kostnadsansvar bör därför utredas noggrannare innan det införs.

När det nya ersättningssystemet införs måste regler införas som garanterar att husläkare som idag är högpresterande när det gäller antalet besök på mottagningen, hembesök m m inte drabbas negativt. Dessa läkare har ofta hög kvalitet på sin verksamhet. Det nya ersättningssystemet får inte innebära att dessa husläkare får minska antalet besök. Då skulle det nya ersättningssystemet innebära negativa effekter. I stället måste ersättningssystemet få innehålla stimulanser även för dessa husläkare att fortsättningsvis kunna ta emot ett stort antal besök.

Vi anser att ersättning för telefonkontakter ska ingå i ersättningsmodellen. Husläkaren kan klara av vissa medicinska uppgifter på telefon t ex enklare rådgivning och läkemedelsrecept. Risken är annars att ersättningsmodellen med ökad ersättning för besök kan styra mot att patienten kallas till mottagningen i stället för att få hjälp vid telefonrådgivning. Förvaltningen bör snarast återkomma med en närmare analys av frågan.

Dessutom är en fortlöpande utvärdering av det nya ersättningssystemet viktig. Hälso- och sjukvårdsutskottet bör få fortlöpande rapporter om införandet av det nya ersättningssystemet.”

Fp-ledamöterna reserverade sig:

”Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta *att* godkänna föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel besöksersättning med nedanstående ändringar, *att* inte införa ett kostnadsansvar för husläkare för medicinsk service för närvarande, *att* idag högpresterande husläkare inte ska missgynnas i det nya ersättningssystemet, *att* uppdra till förvaltningen att förhandla fram en överenskommelsen med företrädare för vårdgivarna om ersättningssystemets utformning, *att* ersättningsmodellen successivt ska införas i hela Stockholms län, *att* införandet sker fr o m den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal och att förändringar ryms inom befintliga budgetramar, *att* ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen med beaktande av nedanstående och att erfarenheterna av införandet av det nya ersättningssystemet fortlöpande redovisas till Hälso- och sjukvårdsutskottet.

Ersättningssystem bör vara långsiktigt hållbara i den meningen att de bärande principerna inte ändras från år till år. Budgetmässiga förändringar av ersättningsnivåer bör ske utan att systemets uppbyggnad förändras. För att skapa trovärdighet om stabiliteten i systemet bör dessa slutliga utformning ske i överenskommelse med vårdproducenterna. Inför en sådan förändring kan parterna förhandla justeringar av detaljutformningen. Det är viktigt för att systemet ska uppfattas som genomtänkt och väl förankrat. Erfarenheterna från bl a Norge visar hur viktigt det är med en bred uppslutning bakom ersättningssystemets konstruktion.

Om Stockholms län ska nå de mål för primärvården som anges i den nationella handlingsplanen, så krävs en rejäl utbyggnad. En försiktig beräkning anger att det handlar om en ökning med 300-350 husläkare och distriktssköterskor från dagens nivå på ca 950.

En sådan utbyggnad är angelägen, inte bara för att den ingår i de nationella målen, utan också för att den medför stora kvaliteter för patienterna. Utbyggnaden är en nödvändig förutsättning för att

- * primärvården ska kunna nå en tillräcklig hög tillgänglighet för att kunna vara attraktiv som patientens naturliga förstahandsval vid kontakter med sjukvården
- * kommunerna ska få tillräcklig medicinsk stöttning för äldreomsorgen
- * äldre patienter och barnfamiljer ska kunna få hembesök snabbt när det är medicinskt motiverat

- * patienter som skrivs ut från akutsjukhusen ska snabbt kunna få en fortsatt behandling i den lokala sjukvården
- * samverkan ska kunna ske med andra specialisläkare genom en utbyggnad av närsjukvården.

Grundprinciperna bygger på de uppdrag för ett enhetligt ersättningssystem som lämnades av den dåvarande borgerliga majoriteten år 2002.

Ersättningsmodellen saknar dock en tydlig väg för hur en utbyggnad av primärvården ska gå till. En utbyggnad med kring 30 % fler läkare och distriktssköterskor kan ske genom att alla ersättningsnivåer ökas samtidigt som taket för antalet listade patienter per husläkare sänks. En sådan strategi har tidigare med framgång prövats i dåvarande Nordöstra sjukvårdsområdet.

Alternativt kan man satsa på att utöka vissa ersättningar mer än andra, i syfte att stimulera de nya kvaliteter som utbyggnaden ska leda till. Ett exempel kan vara en stor ökning av ersättningen för hembesök. Frågan måste studeras ytterligare innan ersättningssystemet kan anses stabilt för en längre tidsperiod.

Husläkarnas kostnadsansvar för den 'enklare' medicinska servicen är ett stort åtagande. Det omfattar relativt många undersökningar inom klinisk kemi, mikrobiologi. Gränserna för åtagandet är ganska oklara. Hur kvalitetsuppföljningen ska ske av de egna analyserade proverna finns inte beskrivet. Vilka krav ska ställas på de laboratorier som husläkaren anlitar och själv betalar? De laboratorier som anlitas idag är kvalitetsgranskade i samband med upphandling. Effekterna av införandet av ett sådant system är dessutom bristfälligt utredda. Riskerna för en övervältring av kostnadsansvaret till andra vårdgivare är stor. Effekterna och gränserna för ett sådant kostnadsansvar bör därför utredas noggrannare innan det införs.

När det nya ersättningssystemet införs måste regler införas som garanterar att husläkare som idag är högpresterande när det gäller antalet besök på mottagningen, hembesök m m inte drabbas negativt. Dessa läkare har ofta hög kvalitet på sin verksamhet. Det nya ersättningssystemet får inte innebära att dessa husläkare får minska antalet besök. Då skulle det nya ersättningssystemet innebära negativa effekter. Istället måste ersättningssystemet innehålla stimulanser även för dessa husläkare att fortsättningsvis kunna ta emot ett stort antal besök.

Vi anser att ersättning telefonkontakter ska ingå i ersättningsmodellen. Husläkaren kan klara av vissa medicinska uppgifter på telefon t ex enklare rådgivning, läkemedelsrecept. Risker är annars att ersättningsmodellen med ökad ersättning för besök kan styra mot att patienten kallas till mottagningen

i stället för att få hjälp vid telefonrådgivning. Förvaltningen bör snarast återkomma med en närmare analys av frågan.

Dessutom är en fortlöpande utvärdering av det nya ersättningsystemet viktig. Hälso- och sjukvårdsutskottet bör få fortlöpande rapporter om införandet av det nya ersättningsystemet.”

Kd-ledamoten reserverade sig:

”Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta *att* godkänna föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel besöksersättning, *att* ersättningsmodellen successivt skall införas i hela landstinget. Införandet sker fr.o.m den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal, *att* ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen samt, *att* ge Beställarkontor Vård i uppdrag att återkomma till utskottet med en uppföljning av systemförändringen med avseende på de risker som analyserats i ärendet och i enlighet med vad som anförs nedan:

Att en enhetlig modell för ersättningen i primärvården nu antas är positivt. De stora skillnader som har funnits medför dock svårigheter i övergången. Det är därför av största vikt att den nya modellen blir väl förankrad i produktionen innan implementering för att önskade effekter skall kunna uppnås. Vissa farhågor väcks av att den rörliga delen i ersättningsmodellen kan få negativa styreffekter, snuvor riskerar att prioriteras framför multi-sjuka, kroniker och barn. Detta skulle inte motsvara de behov som finns varför en uppföljning är nödvändig för att kunna göra nödvändiga justeringar av modellen i framtiden. Ytterligare en farhåga är att det överflyttade kostnadsansvaret för medicinsk service kan bidra till att ekonomiska incitament och inte vårdbehov styr vilka undersökningar som görs och var. Även detta bör följas upp noggrant i en uppföljning.”

Ärendet och dess beredning

Beställarkontor Vård har tagit fram ett förslag till enhetlig ersättningsmodell för husläkarmottagningar. Förslaget är baserat på strategidokumentet ”Utveckling av sjukvårdens ersättningsystem” som beslutades i landstingsstyrelsen den 19 augusti 2003 (LS 0309-2381) och utgör ett led i en pågående översyn och utveckling av dagens ersättningsmodeller inom alla vårdgrenar.

Hälso- och sjukvårdsutskottet har den 15 juni 2004, enligt landstingsdirektörens förslag, föreslagit landstingsstyrelsen besluta *att* godkänna i tjänsteutlåtandet föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel besöksersättning, *att* ersättningsmodellen successivt ska införas i hela landstinget. Införandet sker fr.o.m. den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal *att* ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen samt, *att* detaljutformningen av modellen i avtal anpassas så att finansieringen ryms inom beslutade ramar och att totalkostnadskontroll bibehålls.

M-ledamöterna reserverade sig till förmån för sitt förslag *att* i huvudsak godkänna föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel besöksersättning, *att* ersättningsmodellen successivt skall införas i hela lanstinget. Införandet sker fr.o.m. den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal, *att* ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen, *att* detaljutformningen av modellen i avtal anpassas så att finansieringen ryms inom beslutande ramar och att totalkostnadskontroll bibehålls, *att* vårdöverenskommelse/vårdavtal tecknas med varje enskild vårdcentral/husläkarmottagning samt, *att* utvärdering sker och rapporteras till hälso- och sjukvårdsutskottet.

Fp-ledamöterna reserverade sig till förmån för sitt förslag *att* godkänna föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel besöksersättning, *att* ersättningsmodellen successivt ska införas i hela Stockholms län, *att* införandet sker fr.o.m. den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal samt, *att* ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen med beaktande av följande:

”Om Stockholms län ska nå de mål för primärvården som anges i den nationella handlingsplanen, så krävs en rejäl utbyggnad. En försiktig

beräkning anger att det handlar om en ökning med 300-350 husläkare och distriktssköterskor från dagens nivå på ca 950.

En sådan utbyggnad är angelägen, inte bara för att den ingår i de nationella målen, utan också för att den medför stora kvaliteter för patienterna. Utbyggnaden är en nödvändig förutsättning för att:

- primärvården ska kunna nå en tillräcklig hög tillgänglighet för att kunna vara attraktiv som patientens naturliga förstahandsval vid kontakter med sjukvården
- kommunerna ska få tillräcklig medicinsk stöttning för äldreomsorgen
- äldre patienter och barnfamiljer ska kunna få hembesök snabbt när det är medicinskt motiverat
- patienter som skrivs ut från akutsjukhusen ska snabbt kunna få en fortsatt behandling i den lokala sjukvården
- samverkan ska kunna ske med andra specialistläkare genom en utbyggnad av närsjukvården.

Ärendet om en ny ersättningsmodell kan vi i allt väsentligt tillstyrka. Grundprinciperna bygger på de uppdrag för ett enhetligt ersättningsystem som lämnades av den dåvarande borgerliga majoriteten 2002.

Ersättningsmodellen saknar dock en tydlig väg för hur en utbyggnad av primärvården ska gå till. En utbyggnad med kring 30 % fler läkare och distriktssköterskor kan ske genom att alla ersättningsnivåer ökas samtidigt som taket för antalet listade patienter per husläkare sänks. En sådan strategi har tidigare med framgång prövats i dåvarande Nordöstra sjukvårdsområdet.

Alternativt kan man satsa på att utöka vissa ersättningar mer än andra, i syfte att stimulera de nya kvaliteter som utbyggnaden ska leda till. Ett exempel kan vara en stor ökning av ersättningen för hembesök. Frågan måste studeras ytterligare innan ersättningsystemet kan anses stabilt för en längre tidsperiod.

Vi anser att ersättning telefonkontakter ska ingå i ersättningsmodellen. Husläkaren kan klara av vissa medicinska uppgifter på telefon t.ex. enklare rådgivning, läkemedelsrecept. Risken är annars att ersättningsmodellen med ökad ersättning för besök kan styra mot att patienten kallas till mottagningen i stället för att få hjälp vid telefonrådgivning. Förvaltningen bör snarast återkomma med en närmare analys av frågan. Dessutom är utvärderingen av det nya ersättningsystemet viktigt.”

Kd-ledamoten reserverade sig till förmån för sitt förslag att godkänna föreslagen ersättningsmodell för husläkarmottagningar med höjd andel

besöksersättning, *att* ersättningsmodellen successivt skall införas i hela landstinget. Införandet sker fr.o.m den 1 januari 2005 i samband med omförhandling eller förnyelse av avtal, *att* ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen samt, *att* ge Beställarkontor Vård i uppdrag att återkomma till utskottet med en uppföljning av systemförändringen med avseende på de risker som analyserats i ärendet och i enlighet med vad som anförs nedan:

”Att en enhetlig modell för ersättningen i primärvården nu antas är positivt. De stora skillnader som har funnits medför dock svårigheter i övergången. Det är därför av största vikt att den nya modellen blir väl förankrad i produktionen innan implementering för att önskade effekter skall kunna uppnås. Vissa farhågor väcks av att den rörliga delen i ersättningsmodellen kan få negativa styreffekter, snuvor riskerar att prioriteras framför multisjuka, kroniker och barn. Detta skulle inte motsvara de behov som finns varför en uppföljning är nödvändig för att kunna göra nödvändiga justeringar av modellen i framtiden. Ytterligare en farhåga är att det överflyttade kostnadsansvaret för medicinsk service kan bidra till att ekonomiska incitament och inte vårdbehov styr vilka undersökningar som görs och var. Även detta bör följas upp noggrant i en uppföljning.”

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 7 juni 2004 bifogas (bilaga)

Bilaga

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

Beställarkontorets synpunkter

Förslaget berör alla husläkarmottagningar oavsett driftsform och ger en större enhetlighet beträffande ersättningsformer, ersättningsnivåer och hantering av kostnadsansvaret för medicinsk service. Ersättningsmodellen innehåller ett förslag om en ökad andel produktionsrelaterad ersättning i form av en ökad ersättning per besök. Detta syftar till att öka tillgängligheten genom att stimulera till ett ökat antal besök. Förslaget innehåller också en målrelaterad ersättning.

Ett av målen med föreliggande förslag är att uppnå enhetlighet och jämförbarhet avseende de ekonomiska villkoren för de 175 husläkarmottagningarna/vårdcentralerna i SLL. Enhetlighet uppnås genom att tillämpa en landstingsövergripande ersättningsmodell. Utmaningen är att skapa och förankra en sådan modell utifrån dagens relativt varierade utgångsläge och i en situation med snäva budgetramar.

Ett andra mål är att stimulera kvalitetsutvecklingen vid husläkarmottagningarna genom att koppla ekonomiska incitament till uppnådda kvalitetsmål.

Det tredje målet med att förnya ersättningsmodellen är att bidra till förbättrad tillgänglighet vid husläkarmottagningarna som utgör kärnan i närsjukvården. Ökad tillgänglighet kan uppnås genom ersättningar som stödjer önskvärda förändringar i arbetsorganisationen, t.ex. ökat antal sjuksköterskeledda mottagningar och ökat antal vårdåtgärder per telefon eller helt enkelt genom att stimulera till ett ökat antal mottagningsbesök. Förslaget innebär en höjd ersättningsnivå för olika typer av patientbesök vilket förväntas leda till fler besök. Beslutet om remisskrav och kommande strukturbeslut i syfte att föra ut vård från sjukhusen till närsjukvården ökar kraven på god tillgänglighet inom husläkarverksamheten och utgör fler skäl till att öka antalet besök vid husläkarmottagningarna.

Innehåll

1. Sammanfattning
2. Bakgrund
3. Förslaget till ny modell, del för del
4. Konsekvenser av förslaget

1. Sammanfattning

De viktigaste delarna i förslaget till ny ersättningsmodell:

- En sammanhållen och enhetlig ersättningsmodell för alla länets husläkarmottagningar avseende grundprinciper, ersättningsformer och ersättningsnivåer.
- Ersättningsmodellen består av en kapiteringsersättning, en besöksersättning och en målrelaterad ersättning.
- Den målrelaterade ersättningen utgör minst 2 % av den beräknade totala årsersättningen och grundas på både landstingsgemensamma och producentspecifika kvalitetsmål.
- En ökad andel rörlig ersättning per besök i form av en höjd ersättning för besök hos läkare och sjuksköterska/undersköterska på mottagning och i hemmet. Höjningen av ersättningsnivån för sköterskebesök är relativt sett större än den för läkarbesök. Extra ersättning utgår för hembesök och för patienter äldre än 75 år. Ersättning för telefonkontakt förbereds under 2005 och införs 2006.
- Gemensamma principer för hantering av kostnadsansvaret för medicinsk service. En förenklad beskrivning av förslaget är att husläkarmottagningen får kostnadsansvaret för enklare provtagning medan beställaren betalar för dyrare och mer komplicerade undersökningar, främst röntgenundersökningar.

Ett mål med föreliggande förslag är en större enhetlighet och jämförbarhet avseende de ekonomiska villkoren för husläkarmottagningarna i SLL. Den största nyheten är en höjd ersättningsnivå för patientbesök på husläkarmottagningen vilken syftar till att öka antalet patientbesök och förbättra tillgängligheten på husläkarmottagningarna. Mot bakgrund av alla krav på ökad tillgänglighet i sjukvården och i synnerhet på husläkarmottagningar, beslut om remisskrav, kommande närsjukvårdssatsningar och kommande strukturbeslut i syfte att föra ut vård från sjukhusen behöver antalet besök på husläkarmottagningarna öka. En ökad andel besöksersättning är i första hand ett incitament till husläkarmottagningarna att genomföra ett ökat antal direkta och indirekta patientkontakter. Förutom incitamentet till enskild vårdgivare finns även systemeffekter. Ett ökat antal besök vid husläkarmottagningarna bör långsiktigt leda till att en större andel av landstingets finansiella resurser för hälso- och sjukvård går till primärvård och därmed stärka närsjukvården.

2. Bakgrund till förslaget

En utveckling från dagens situation då flera olika varianter av ersättningsmodeller används på länets husläkarmottagningar, till en situation med en enhetlig ersättningsmodell är önskvärd. Landstingets ”Utveckling av sjukvårdens ersättningssystem” (LS0309-2381) innehåller en principiell ersättningsmodell som innebär att *totalersättningen* till en viss vårdenhet bör utgöras av en balanserad blandning av de tre ersättningsformerna, *uppdagsrelaterad, produktionsrelaterad och målrelaterad ersättning*. Denna grundmodell har utgjort en utgångspunkt för arbetet med en enhetlig ersättningsmodell. Den andra viktiga utgångspunkten har varit att tillvarata erfarenheterna av dagens ersättningsmodeller.

Det är viktigt att betona att ersättningssystem endast är en komponent i den totala styrningen av sjukvården. Andra viktiga former av styrning är utbudstyrning, efterfrågestyrning, avtalsstyrning, målstyrning och styrning genom dialog med vårdgivare och medicinsk expertis.

Parallellt med arbetet att ta fram en ny ersättningsmodell pågår ett arbete inom BKV som i dagarna presenterar ett förslag om en uppdaterad och enhetlig uppdragsbeskrivning för husläkarmottagningar. Projekten är beroende av varandra och samverkar.

Dagens ersättningsmodeller

Sedan flera år har producenter, politiker och beställare eftersträvat en mer enhetlig ersättningsmodell för länets husläkarmottagningar. Dagens ersättningsmodeller varierar både beträffande principer och nivåer och innebär att de ekonomiska villkoren skiljer sig avsevärt och jämförelser mellan verksamheter försvåras.

Husläkarmottagningarnas intäkter baseras idag till stor del på uppdragsrelaterad ersättning i form av kapiteringsersättning (ca 80 %) och till en mindre del på produktionsrelaterad ersättning (ca 20 %) i form av patientavgift eller frikortersättning per patientbesök. Nivån och principerna för kapiteringsersättningen varierar mellan olika geografiska områden vilket till del förklaras av lokala satsningar beslutade av de tidigare sjukvårdsområdena. Utöver dessa ersättningar finns det olika typer av s.k. stimulansersättning för uppnådda kvalitetsmål samt en flora av ”justeringsersättningar” som förklaras av mottagningens uppdrag, driftsform och geografisk belägenhet. Kostnadsansvaret för medicinsk service hanteras idag på två principiellt olika sätt. För ett 80-tal av länets husläkarmottagningar ligger kostnadsansvaret hos beställaren (kallas ibland ”fri nyttighet”) medan för resterande ca 100 husläkarmottagningar ligger kostnadsansvaret för medicinsk service på producenterna.

Sammantaget kan konstateras att dagens ersättningsmodeller för husläkarmottagningar innehåller ett relativt litet incitament till att öka antalet besök och varierar både i detaljer och i huvudprinciper. De många varianterna är arbetskrävande att administrera och leder till att ekonomiska jämförelser försvåras. Förslaget till enhetlig ersättningsmodell innebär en omfattande förenkling och ensning av rådande ersättningsmodeller. Goda erfarenheter och de bästa delarna av dagens modeller har inarbetats i förslaget.

Produktionsrelaterad ersättning/besöksersättning

Förslaget om ökad andel besöksersättning är den viktigaste enskilda förändringen jämfört med dagens situation och är därmed den "största nyheten". Förslaget innebär en höjd besöksersättning och en sänkt kapiteringsersättning. Kapiteringsersättning kommer dock även fortsättningsvis att utgöra en stor andel av den totala ersättningen. En nyckelfråga är hur stor den rörliga delen av totalersättningen bör vara. I dagens ersättningsmodell för husläkarmottagningar utgör patientavgiften, på 140 kr per besök, den enda prestationsersättningen. Då kostnaderna för medicinsk service och andra åtgärder, fördelat per besök, ligger högre än så (ca 200-250 kr) utgör dagens patientavgift ett begränsat eller t.o.m. negativt incitament till att öka antalet mottagningsbesök. Patientavgiften för att besöka distriktssköterska är idag 70 kr vilket är långt under kostnaden för att "producera" ett sådant besök. Önskemål om en högre andel ersättning per patientbesök för husläkarmottagningar har funnits länge och kommit från många håll. Det viktigaste argumentet handlar om incitament för ökat antal patientbesök och därmed förutsättningar för ökad tillgänglighet och effektivitet. Våra grannländer, andra landsting och inte minst sjukhusbunden öppenvård samt privata specialister i vårt eget landsting har nästan enbart ersättning per patientbesök (hädanefter kallad *besöksersättning*). Nivån på besöksersättningen enligt föreslagen modell innebär att ersättningen per besök minst motsvarar kostnaderna för att "producera" besöket. Hög andel besöksersättning är ett starkt incitament som undantagslöst ökar besöksantalet och därmed också beställarnas kostnader vilket i sin tur nödvändiggör införandet av ersättningstak i avtalen.

Kostnadsansvar för medicinsk service - för och nackdelar

Idag har drygt hälften av alla husläkarmottagningar kostnadsansvar för all medicinsk service. Medan resten av mottagningarna inte har något kostnadsansvar utan beställaren betalar för medicinsk service. Argumenten för eller emot den ena eller den andra principen är många och pekar åt olika håll. Ett grundläggande argument för att lägga ut kostnadsansvaret är att detta för med sig ett ökat kostnadsmedvetande och skapar direkta ekonomiska incitament för ett rationellt användande av medicinsk service. Andra hävdar att effekten kan bli för kraftig och leda till underanvändning av provtag-

ningar och undersökningsmetoder. Ett argument emot utlagt kostnadsansvar är att det leder till "övervältring", d.v.s. att patienter i behov av dyrare undersökningar remitteras från husläkarmottagningarna till andra vårdgivare som har sådana dyra undersökningar som "fri nyttighet". Detta för att husläkarmottagningen skall slippa kostnaden. Övervältringsproblemet är reellt men det är osäkert hur stort det är. Ett vanligt argument för att beställaren skall betala för medicinsk service är att det inte bör finnas några ekonomiska hinder för husläkarmottagningar att fullt ut fungera som första linjens sjukvård för alla typer av patienter samt "ha råd" att fullfölja utredningar och undersökningar på patienter som utremitteras från sjukhusen.

3. Förslag till ersättningsmodell

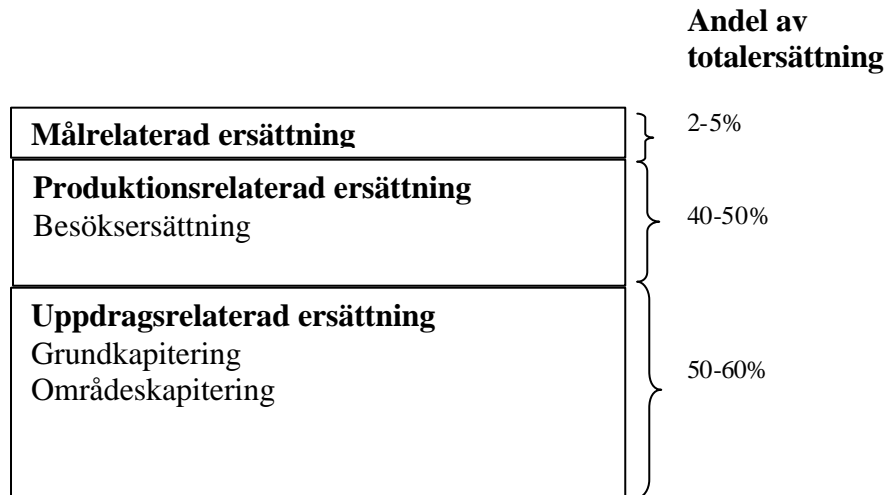
Avgränsning

Den föreslagna ersättningsmodellen avser endast basuppdraget, inklusive områdesansvar, för husläkarmottagningar i SLL oavsett driftsform. Det innebär att tilläggsuppdrag för t.ex. hemsjukvård, BVC, kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, läkarinsatser i särskilt boende och jouråtagande inte omfattas av föreslagen modell. Ersättningen för tilläggsuppdrag hanteras i särskilda avtal.

Grundmodell med blandade ersättningsformer

Ersättningsmodellen i förslaget är uppbyggd på SLL:s övergripande ersättningsmodell som går ut på en blandning av de tre ersättningsformerna målrelaterad, produktionsrelaterad och uppdragsrelaterad ersättning. I husläkarmottagningarnas ersättningsmodell är termen *produktionsrelaterad ersättning* synonym med besöksersättning samt termen *uppdragsrelaterad ersättning* i princip synonym med kapiteringsersättning.

Översiktligt bygger den nya ersättningsmodellen på en uppdragsersättning i form av en kapiteringsersättning bestående av två komponenter, *grundkapitering* och ett kapiteringstillägg, som bestäms av mottagningens geografiska lokalisering, kallat *områdeskapitering*. Utöver uppdragsersättningen består modellen av en höjd andel besöksersättning och en liten del målrelaterad ersättning. Se illustration nedan.



Schematisk illustration av ersättningsmodellen

Besöksersättningens andel av totalersättningen kommer att variera beroende på den enskilda enhetens besöksvolym. I genomsnitt beräknas den rörliga ersättningen utgöra drygt 40 % av totalersättningen men kan variera mellan knappt 40 och drygt 50 %. Den målrelaterade ersättningen utgör en minst två procentig andel av totalersättningen.

Målrelaterad ersättning

Syftet med att införa målrelaterad ersättning är att understödja kvalitetsarbete/kvalitetsutveckling och att stimulera till att nå uppsatta mål/resultat. Kvalitetsmålen kan vara både landstingsgemensamma och producentspecifika.

Förslag avseende målrelaterad ersättning:

- Målrelaterad ersättning skall (2005) utgöra minst 2 % av den beräknade totala årsersättningen och utbetalas efter redovisning av uppnådda kvalitetsmål.
 - De kvalitetsmål som är ersättningsgrundande skall på sikt täcka SLL:s sex övergripande kvalitetsförbättringsområden och väljs ut bland de uppföljningsmål som ingår i avtalens uppföljningsplan.
 - Minst fem av de ersättningsgrundande kvalitetsmålen skall vara gemensamma för alla husläkarmottagningar 2005.
-

Beräkningsgrund för den målrelaterade ersättningen är att den utgör en procentuell andel (minst 2 % år 2005) av den beräknade totala årsersättningen för enheten. Detta innebär att den målrelaterade ersättningen inte utbetalas utöver uppdragsersättning och produktionsrelaterad ersättning utan utgör en andel av dessa.

En arbetsgrupp tar fram de landstingsövergripande kvalitetsmål som under 2005 skall vara ersättningsgrundande. De kvalitetsmål som knyts till ersättning väljs ut bland de långt flera mål som finns i avtalens s.k. uppföljningsplan. Kvalitetsmålen skall i så stor utsträckning som möjligt vara landstingsövergripande men upp till hälften av ersättningen kan kopplas till producentspecifika kvalitetsmål. Det är fullt möjligt, inom modellen, att utöka antalet ersättningsgrundande kvalitetsmål samt avdela en större andel av totalersättningen till målrelaterad ersättning om beställare och producent är överens om detta. Målrelaterade ersättningsars andel av totalersättningen kommer troligen att öka framöver. En förutsättning för att utveckla området målrelaterad ersättning är bättre metoder för att mäta, registrera, analysera och samla in relevanta mått. Det behövs också en aktiv dialog med vårdgivarna om vilka kvalitetsmål som är mest relevanta att koppla till ekonomiska incitament.

Produktionsrelaterad ersättning - besöksersättning

Ersättning per patientbesök skulle i idealfallet vara kopplad till förväntad resursåtgång för de behov som patienten har vid ett visst besök. Dagens beskrivningssystem i primärvården medger inte detta. Ersättningen kan i dagsläget endast knytas till det faktum att en vårdkontakt ägt rum, det vill säga "betalt per besök" och inte till behandling för en specifik diagnos. Förslaget innebär grovt en enkel "styckeersättning" för fysiska patientbesök hos läkare eller sjuksköterska/undersköterska. Ersättningsnivån är kraftigt höjd jämfört med idag för att stimulera till ett ökat antal besök.

Övergången till en ökad andel besöksersättning kan beskrivas som en "skatteväxling" mellan kapitering och besöksersättning. Detta innebär i princip att kapiteringsnivåerna sänks för att skapa ekonomiskt utrymme för besöksersättningen.

Förslag avseende besöksersättning:

- Ökad andel besöksersättning i form av en ny ersättning för patientbesök. Nivån på den totala besöksersättningen, vilken inkluderar både den nya ersättningen per patientbesök och nuvarande patientavgift, framgår av tabell 1 nedan.
 - Enhetlig nivå på besöksersättningen för alla husläkarmottagningar i SLL.
 - Besöksersättningen gäller besök på mottagningen och i hemmet hos läkare, sjuksköterska och undersköterska. (Ersättningen gäller dock inte patienter inskrivna i hemsjukvård).
 - Ersättningsnivån är högre för alla typer av besök då patienten är >75 år.
 - Ersättningsnivån är högre för hembesök än mottagningsbesök.
-

Tabell 1

Förslag till ersättningsnivå för besöksersättning 2005.
(visar total ersättning inkluderat patientavgiften).

	Mottagning Kronor/besök	Hembesök Kronor/besök
Läkare	300	400
Läkare, (patient över 75 år)	400	500
Ssk/Dsk/Usk	200	250
Ssk/Dsk/Usk, (pat. över 75 år)	250	300
Telefonkontakt (2006)	70	

Besöksersättningar enligt tabellen utgör total ersättning per vårdkontakt. Vårdgivaren tar in patientavgifter som tidigare medan beställaren ersätter vårdgivaren i efterhand med mellanskillnaden upp till nivåerna i Tabell 1. Med dagens patientavgift för läkarbesök på 140 kr innebär förslaget att beställaren ersätter med 160 kr vilket summerar till 300 kr per läkarbesök. Patienter med frikort ersätts som idag helt från beställaren. Om patientavgifterna ändras under avtals tiden justeras den del av ersättningen som utbetalas från beställaren i motsvarande grad. Fakturerings tekniskt baseras besöksersättningarna på kassaregistrering av patientbesök vilket innebär att regelverk och funktionalitet i kassafunktionen kommer att behöva utvecklas för att besöksersättningar skall fungera väl på alla enheter.

Sjuksköterska/undersköterska måste agera som självständiga vårdgivare för att patientbesök hos dem skall vara ersättningsgrundande. Nivån på besöksersättningen för besök hos sjuksköterska/undersköterska (200 kr) är lägre än den för läkarbesök men höjningen relativt dagens patientavgifter är *större* än den för läkarbesök. Avsikten med detta är att ersättningsnivåerna inte skall hindra, utan möjliggöra ett omhändertagande på lägsta effektiva nivå inom husläkarverksamheten. En differentiering av besöksersättningsnivån mellan sjuksköterska och undersköterska har övervägts men registrering och regelverk för vad som är självständiga undersköterskebesök är så pass oklar att differentieringen inte bedöms möjlig att följa upp i dagsläget. Besök hos patienter inskrivna i hemsjukvård omfattas inte av besöksersättning enligt den föreslagna modellen utan ersätts som ett tilläggsuppdrag.

En risk med att införa ett incitament till fler patientbesök är att det skulle kunna leda till ett ökat antal återbesök och "lätta akutbesök". Då resurserna på husläkarmottagningarna är begränsade skulle detta kunna innebära att

resurskrävande och mer komplicerade besök ”trängs bort”. I brist på vårdtyngdsmarkörer som kan peka ut de komplicerade fallen och andra individer med stor medicinska behov föreslås en högre ersättningsnivå för patienter >75år. De äldsta individerna utgör en resurskrävande och prioriterad patientgrupp på husläkarmottagningar. Konsekvenser av extraersättningen för äldre patienter bör särskilt utvärderas. Det pågår utveckling av vårdtyngdsmarkörer baserad på diagnos- och åtgärdsregistrering och i en nära framtid bör prövas differentierad besöksersättning för t.ex. multisjuka, vissa komplicerade kroniska sjukdomar och psykisk sjukdom. Högre ersättning för tolkbesök har efterfrågats som komplement till den föreslagna modellen men nuvarande ordning där beställaren står för hela tolkkostnaden och det faktum att områdeskapiteringen kommer att ligga högre i invandrartäta områden bedöms för närvarande tillräckligt.

Utlagt kostnadsansvar för *enklare* medicinsk service är en del av den nya ersättningsmodellen. Ersättningen till husläkarmottagningarna för enklare medicinsk service delas upp i två delar. Hälften läggs som en del av grundkapiteringen medan andra hälften tillkommer som ytterligare som en del av besöksersättningen.

Ersättning för telefonkontakt

I dag ger telefonkontakter rätt till ersättning endast vid vissa definierade åtgärder, t.ex. receptutfärdande och sjukskrivning per telefon. Medan medicinska bedömningar per telefon inte berättigar till särskild ersättning utan ingår i kapiteringsersättningen. Vårdarbete per telefon utgör redan en betydande del av husläkarmottagningens arbete för både läkare och sjuksköterskor. Andelen indirekt patientarbete via telefon och Internet förväntas öka i framtiden. Ersättning för telefonkontakter är ett närmast nödvändigt komplement till en ersättningsmodell som innehåller ökade incitament till fysiska patientbesök. Risken är annars att ökad ersättning för besök parallellt med 0 kr i ersättning för telefonkontakter resulterar i att patienterna kallas till mottagningen i stället för att vårdbehovet tillgodoses per telefon.

Förslag avseende telefonersättning:

- Ersättning för *journalförd telefonkontakt* ingår i ersättningsmodellen men bedöms inte kunna införas i skarpt läge till 2005. Införandet är beroende av nya regelverk, stabil registrering och breddinfört IT-stöd och bör kunna genomföras till 2006.
-

Ersättningsnivån för telefonkontakt bör, när den införs, ligga på ca 70 kr. För att en telefonkontakt skall berättiga till ersättning skall den vara journalförd och innehålla en medicinsk bedömning eller medicinsk åtgärd. Även dagens s.k. telefonrecept, sjukskrivning per telefon mm skulle kunna innefattas i samma regelverk. Idag registreras endast en mindre andel av telefon-

kontakterna i patientjournalen. Få telefonkontakter registreras i idag kassan vilket innebär att telefonersättningar införda redan 2005 skulle vara beroende av manuellt rapporterad statistik ur husläkarmottagningarnas journalsystem. Detta skulle vara både arbetskrävande, svårkontrollerat och otillförlitligt som verksamhetsuppföljning. Passande IT-stöd (PriRapp) finns tillgängligt men är ännu inte breddinfört i SLL. Det krävs dessutom en tids skuggregistrering för att ge tillräckligt stabil grund för utbetalning av telefonersättning.

För att underlätta övergången till telefonersättning föreslås att en del av grundkapiteringen ”reserveras” för att kunna ”växlas över” till telefonersättning under pågående avtalsperiod. Övergången sker mottagning för mottagning under förutsättning att enheten har stödsystem och stabil registrering.

Principer för kapiteringsersättning

Kapiteringsersättning är en grundbult i primärvården. Den utbetalas per individ/år och är knuten till ett basåtagande för medborgarnas behov av primär hälso- och sjukvård. Idag finns en flora av olika ersättningsformer som tillsammans bygger upp mottagningarnas ”kapiteringsersättning”. Kapiteringsersättning kommer även fortsättningsvis att utgöra stommen i husläkarmottagningarnas ersättningsmodell. Kapiteringsersättningen i förslaget innebär en ensning beträffande principer, terminologi och ersättningsnivåer och är uppbyggd av två huvudkomponenter *grundkapitering* och *områdeskapitering*.

Kapiteringsersättningen består av två delar, *grundkapitering* och *områdeskapitering*. Kapiteringsersättningen utbetalas per listad och per olistad folkbokförd i mottagningens betjäningssområde.

Förslag till principer för grundkapitering och områdeskapitering:

- Grundkapitering
 - En nivå, lika för alla mottagningar i SLL.
 - Åldersviktad i tre åldersklasser.
 - En del utgörs av ersättning för enklare medicinsk service.
 - Ersättning för telefonkontakter ingår i grundkapiteringen för år 2005 (inför övergång 2006 till rörlig telefonersättning).

 - Områdeskapitering bestående av tre områdesspecifika kapiteringstillägg:
 - 1. För socioekonomiska faktorer.
 - 2. För tillgång till övrigt vårdutbud.
 - 3. För områdesansvar enligt basåtagande.
-

Kapiteringsersättningen utgör summan av de två komponenterna grundkapitering och områdeskapitering och utbetalas per listad och olistad boende i mottagningens betjäningsområde. Kapiteringsersättningen blir lägre än idag till följd av att besöksersättningar införs.

Grundkapitering

Nivån på grundkapiteringen föreslås vara lika för alla husläkarmottagningar. Grundkapiteringen är som tidigare viktad i åldersklasser och bygger i förslaget på principer framtagna av samhällsmedicin. Åldersvikterna är idag för ålderlassen 0-64år = 1,0, för 65-74år = 2,0 och för 75år- = 3,0. Samhällsmedicin genomför en årlig uppdatering av vikter och åldersklasser vilket kan leda till att vikterna justeras till 2005. Diskussion pågår om det är motiverat med en särskild ålderklass för barn.

I föreslagen modell är nivån på grundkapiteringen lika för "aktivt listade" och "passivt listade" boende i betjäningsområdet. Nivån på grundkapiteringen gör heller ingen skillnad på om en viss individ är listad på en viss mottagning på en namngiven läkare. Idealiskt sätt vore en något högre ersättning för aktivt listade och för listade på namngiven läkare att föredra. Listningspraxis och andra förutsättningar varierar dock så mycket över länet att detta inte varit möjligt att genomföra i dagsläget. Ett annat sätt att med ersättningar ge incitament till goda listningsrutiner är att knyta sådana till en målrelaterad ersättning.

Utlagt kostnadsansvar för enklare medicinsk service är en del av den nya ersättningsmodellen. Ersättningen föreslås delas upp i två delar. Hälften läggs som en del av grundkapiteringen medan andra hälften läggs som en del av besöksersättningen.

Innan rörlig telefonersättning införs kommer en andel av grundkapiteringen utgöra ersättning för telefonkontakter. Vid övergång till rörlig telefonersättning kommer grundkapiteringen att minska med den andelen. Vid en successiv övergång medför detta att mottagningar som har rörlig telefonersättning kommer att få en lägre grundkapitering än de som inte har sådan ersättning.

Områdeskapitering

Husläkarmottagningens resursåtgång för att genomföra sitt basåtagande varierar till en del beroende på var den är belägen. Framförallt varierar uppdragets tyngd med betjäningsområdets socioekonomiska nivå. En annan faktor är hur stort övrigt vårdutbud som finns i mottagningens närhet. En tredje faktor är om mottagningen har, eller inte har, så kallat områdesansvar inkluderat i sitt basuppdrag. För dessa tre faktorer föreslås tre olika typer av

”områdesberoende” ersättningar som tillsammans utgör områdeskapiteringen. Denna kapiteringskomponent beräknas individuellt för varje mottagning.

Områdeskapitering består av:

1. Kapiteringstillägg för socioekonomiska faktorer. Samhällsmedicin har beräknat ett index per husläkarmottagnings betjäningsområde som summerar skillnader i ohälsa till följd av socioekonomiska faktorer. Indexet anger ett intervall för storleken på tillägget och utgör en utgångspunkt för beräkning av nivån. En stor andel av mottagningarna kommer att få detta tillägg men nivån kommer för de flesta att vara låg. I genomsnitt, för alla mottagningar tillsammans, beräknas detta tillägg utgöra ca 5-7 % av ersättningen men för enskilda mottagningar vara betydligt större.

2. Kapiteringstillägg avsett att justera för hur stor tillgången är till annat vårdutbud i mottagningens betjäningsområde. Tillägget har endast en nivå och utbetalas till mottagningar i nästan samtliga områden undantaget de som är belägna i områden med mycket god tillgång till annat vårdutbud.

3. Kapiteringstillägg för områdesansvar utbetalas till mottagningar som har sådant uppdrag.

Övriga ersättningar

Ett av syftena med den nya ersättningsmodellen är att minimera antalet tilläggsersättningar, justeringsersättningar och speciallösningar. I föreliggande förslag kommer nästan alla tilläggsersättningar att kunna tas bort. Målet är på sikt att en ”ren” ersättningsmodell kunna tillämpas.

Under kommande år kommer dock ett par olika tilläggsersättningar att ändå att förekomma. En sådan är tillägg för extrema hyreslägen an annan är övergångsersättningar i samband med modellens införande. Hyreskompensation ingår inte i ersättningsmodellen. Undantaget är ett fåtal enheter med extremt höga hyror kombinerat med krav från beställaren på att verksamheten skall bedrivas i dessa lokaler. I dessa fall föreslås en enhetlig praxis där beställaren ersätter till 50% den del av hyran som överstiger ett visst belopp. Övergångsersättningar beskrivs närmare i kapitlet kostnader. Alla typer av ersättningar utöver grundmodellen skall redovisas tydligt vare sig de utbetalas som klumpsummor eller fördelas på de kapiterade.

Fördelning av kostnadsansvar för medicinsk service

Det viktigaste syftet med förslaget till fördelning av kostnadsansvaret för medicinsk service är att erbjuda en enhetlig princip grundad på en balans mellan medicinska och ekonomiska argument. Dessutom är målet med förslaget att stimulera till kostnadseffektiv användning av medicinsk service, undvika de negativa incitament som förekommer i nuvarande ersättnings-

modeller samt göra kostnaderna för medicinsk service tydliga och jämförbara. En enkel beskrivning av förslaget är att husläkarmottagningarna får kostnadsansvaret för ”enklare blodprovstagning” medan beställaren betalar för ”dyrare och mer komplicerade undersökningar”, främst röntgenundersökningar.

Förslag avseende kostnadsansvar för medicinsk service:

- Beställaren får kostnadsansvaret för *avancerad* medicinsk service definierad som radiologi, klinisk fysiologi, neurofysiologi, patologi, cytologi och olika typer av endoskopier mm.
 - Husläkarmottagningarna får kostnadsansvar för *enklare* medicinsk service definierad som klinisk kemi, klinisk mikrobiologi (bakteriologi och virologi) och klinisk immunologi.
 - Ersättningen till husläkarmottagningarna för enklare medicinsk service skall vara lika för alla.
 - Ersättningen föreslås till hälften utbetalas som en del av grundkapiteringen och till andra hälften per läkarbesök (utöver besöksersättningen).
-

Ett mål med förslaget är att remisser för avancerad medicinsk service skall kunna erbjudas patienter på husläkarmottagningar på samma villkor som på privata specialistmottagningar och sjukhusmottagningar. Utlagt kostnadsansvar för enklare medicinsk service väntas leda till ökat fokus på kostnads-effektiv användning.

Principerna bakom uppdelningen i enkel och avancerad medicinsk service
Med *enkla* avses undersökningar/prover som kännetecknas av att de har stor volym, att provtagning oftast sker på mottagningen, att de är billiga och att svaren på undersökningen tolkas direkt av läkaren som beställt undersökningen. *Avancerad* medicinsk service kännetecknas av att undersökningar/prover är dyra, kräver att patienten transporteras till annan enhet och remissvaret är skrivet av den undersökande specialistläkaren. Kriterierna ovan är inte absoluta utan för varje disciplin inom medicinsk service har gjorts en värdering av om den sammantaget är att betrakta som *enkel* eller *avancerad*. I förslaget saknas än så länge klinisk farmakologi och klinisk genetik, som är två mindre laboratoriemedicinska discipliner. Utredning pågår om dessa bör inkluderas i mottagningens kostnadsansvar eller ej.

4. Konsekvenser av förslaget – införande, effekter och kostnader

Införande

Införandet av modellen planeras ske successivt i den takt som nuvarande avtal löper ut eller omförhandlas. Redan till 2005 löper ca 130 husläkaravtal ut och behöver förnyas vilket innebär att en ny ersättningsmodell kan få en

relativt snabb spridning. Ett införande över hela SLL av en gemensam ersättningsmodell leder per definition till större enhetlighet. Men utgångsläget för olika producenter i förhållande till den föreslagna modellen varierar vilket innebär att successivt ökad enhetlighet är det enda möjliga alternativet. Målet är ett så skarpt införande som möjligt men övergångslösningar av olika slag kommer att krävas.

Effekter

En uppräknig av några av förslagetts effekter uppdelade i fördelar och risker.

Fördelar för husläkarmottagningarna

- rättvisare resursfördelning och tydligare spelregler
- möjlighet till ökade intäkter - den som ”gör mer får mer”
- stöd för arbete med att öka tillgängligheten
- stöd för att utveckla nya rationella arbetssätt och vårdprocesser inom husläkareverksamheten
- stöd för arbete med kvalitetsutveckling

Fördelar för landstinget/systemet

- bättre förutsättningar för jämförelse och styrning
- tydligare och mer balanserade ekonomiska incitament
- direkt incitament för ökad tillgänglighet
- ökat stöd för att patienter omhändertas på lägsta effektiv nivå i systemet – vid husläkarmottagningarna
- incitament till rationell användning av enklare medicinsk service
- potential för snabbare och jämnare utveckling av kvalitetsarbetet i husläkarverksamheten
- förutsättningar för förenklad fakturering och avtalsadministration med enhetliga modeller och system

Risker för husläkarmottagningarna

- ökad arbetsbelastning med fler besök och högre tempo
- ekonomiska incitament leder till oönskad fokusering på enklare medicinska problem
- ekonomisk nackdel till följd av den nya modellens nivåer eller villkor t.ex. ersättningstak
- ökad administration, kortsiktigt till följd av övergången och långsiktigt med rapporteringskrav för att få ut målrelaterad ersättning.

Risker för landstinget/systemet

- risk för minskad totalkostnadskontroll med större andel rörlig ersättning – modellen kräver olika typer av ersättningstak t.ex. tak på besöksvolymen och krav på stabil registrering av produkter för rörlig ersättning
- ökad administration vid införande – resurskrävande att förhandla efter nya principer och värdera behovet av övergångslösningar mm.

Kostnader

Ekonomiskt sett kan den nya ersättningsmodellen, med oförändrat beteende, beskrivas som ett "nollsummespel". Den ökade andelen besöksersättning "finansieras" med en motsvarande sänkning av kapiteringsersättningen. Den målrelaterade ersättningen utgör en del av totalersättningen. Införandet av den nya modellen för dock med sig två typer av nya "kostnader". Dels kostnaden för ett ökat antal besök samt kostnaden för de övergångslösningar som krävs när effekterna av enhetliga ersättningsnivåer blottlägger tidigare skillnader i ersättningsvillkor.

Kostnaden för ett ökat antal besök

Syftet med att höja besöksersättningen är att stimulera till ett ökat antal besök. Utan reella ekonomiska incitament fungerar inte prestationsersättningar. Men för att samtidigt bibehålla beställarens kostnadskontroll kan höjda besöksersättningar inte införas utan en begränsning av den besöksvolym som berättigar till maximal ersättning. I praktiken föreslås att alla enheter, eventuellt med undantag för ett fåtal extremt högproduktiva enheter, skall få möjlighet till en viss procentuell ökning av sin besöksvolym. I princip kommer det totala ekonomiska utrymmet avgöra hur stor besöksvolymsexpansion som blir möjlig att erbjuda. När en enhet når sitt maximala antal besök upphör besöksersättningen från beställaren men patientavgiften finns kvar som "besöksintäkt" och utgör samma incitament till att fortsätta "producera" som idag.

Husläkarmottagningar som idag har färre besök än genomsnittet föreslås få möjlighet att öka sin besöksvolym mer än som nämnts ovan. En riktlinje kommer att vara att varje sådan enhet bör få möjlighet att "producera" så många besök att de kommer upp i åtminstone den totalintäkt de hade innan modellens införande. Hur stort utrymmet blir för ett ökat antal besök avgörs från enhet till enhet beroende på en rad faktorer som registreringsrutiner, möjlighet att klara ett ökat antal besök m.m. Totalkostnaden för en ökning av besökantalet med 10% / år är ca 80 milj. kr/år uslaget på samtliga enheter.

Målet är att införandet av besöksersättningar skall ske så skarpt som möjligt. Innebärande att de allra flesta mottagningarna kommer att få bära de

LS 0309-2381

ekonomiska konsekvenserna av sin egen ”besöksproduktion”. För ett mindre antal mottagningar som idag uppvisar särskilt lågt respektive särskilt högt besöksantal per år kommer tillfälliga övergångslösningar att krävas. De totala kostnaderna för ett ökat antal besök kan kontrolleras med hjälp av olika begränsningsregler men ju ”lägre tak” desto svagare incitament och därmed lägre potential för ett ökat antal besök.

Kostnaden för skillnader i dagens ersättningsvillkor

Dagens kapiteringsnivåer skiljer kraftigt mellan olika enheter. Den föreslagna modellen innebär att alla enheter kommer att få en betydligt mer enhetlig kapiteringsnivå. Vid ett skarpt införande av modellen innebär detta att ett antal enheter kommer att få en sänkt kapiteringsnivå (oaktat den sänkning som sker till följd av de höjda besöksersättningarna) medan andra får en höjning relativt sett. Målet är, liksom för besöksersättningarna, att mottagningarna skall kunna erhålla den nya kapiteringsnivån och bära de ekonomiska konsekvenserna. Men avvikelserna är idag stora och ett antal enheter kommer att behöva tillfälliga övergångslösningar. Dels för att kompensera en tidigare särskilt hög ersättning (av olika skäl), omvänt är det möjligt att ett antal enheter med idag särskilt låg ersättning (av olika skäl) inte kommer att kunna få ut hela effekten av den enhetliga kapiteringsersättningen. Kostnaderna för övergångslösningarna är svåra att beräkna då de slutgiltigt beror på hur snabbt enhetlig kapitering skall uppnås.

De ökade kostnaderna för införandet av modellen kan beräknas till omkring 100 miljoner kronor. Denna summa ger möjlighet till ett snabbt införande och ett reellt incitament till besöksökning. Vid ett långsammare införande och sänkta ersättningsnivåer kan kostnaden begränsas. Kostnaderna för införandet ligger inom beslutade budgetramar.

Den nya ersättningsmodellen har potentialen att på några års sikt ”spara pengar” på flera olika sätt. Två exempel på detta är att bättre tillgänglighet och mer rationella arbetssätt vid husläkarmottagningarna stödjer utvecklingen av en stark närsjukvård vilket ger förutsättningar för att minska resurserna på storsjukhusen. Samt att bättre möjligheter till ekonomisk jämförelse ökar möjligheterna för landstinget att fördela resurserna inom husläkarverksamheten på ett rättvisare och mer kostnadseffektivt sätt.