

Landstingsstyrelsens förslag till beslut

Ny avtalsmodell för akutsjukhusen

Föredragande landstingsråd: Catharina Elmsäter-Svärd

Ärendet

Allmänna utskottet föreslår en ny avtalsmodell för akutsjukhusen.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

att införa en ny avtalsmodell från och med år 2009 för akutsjukhusen

Landstingsstyrelsen har för egen del beslutat *att* uppdra åt landstingsdirektören att utreda hur ägarstyrningen kan förstärkas avseende ökad rapportering och uppföljning, *att* uppdra åt landstingsdirektören att se över de specifika ägardirektiven avseende samverkan mellan offentliga och privata entreprenörer och återrapportera till produktionsutskottet.

Under 2007 påbörjades ett målmedvetet arbete med att ändra fokus vad gäller akutsjukvården från budgetproblem och kortsiktighet till förändringsvilja och ständiga förbättringar. En rad genomlysningar och utredningar genomfördes som gav en tydlig bild över hälso- och sjukvårdens problem med bland annat bristande kostnadsansvar och de otydligheter som finns gällande hur beställar-/utförarmodellen tillämpas på sjukhusen.

Den nya styrstrategin för akutsjukhusen som landstingsfullmäktige fattade beslut om i november 2007 bygger på att tydliggöra styrelser och ledningars ansvar för landstingets egenregisjukhus. Strategin ger sjukhusen förtroende och mandat att utföra sina respektive uppdrag och realisera målen.

Bilagor

- | | | |
|---|--|------------|
| 1 | Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande | 2008-08-27 |
| 2 | CSG:s minnesanteckningar | 2008-09-10 |

LS 0808-0774

Den nya styrstrategin förutsätter en högre grad av långsiktighet för sjukhusen. För att uppnå detta måste planer och gemensamma strategiska mål för längre än ett år utarbetas som kopplas till ett längre avtal mellan beställare och akutsjukhus. För att möjliggöra långsiktig strategisk planering och förbättringsarbete förlängs avtalstiden till tre år, vilket innebär att den sträcker sig över nuvarande mandatperiod.

En ny avtalsmodell för akutsjukhusen ställer krav på ökad rapportering och uppföljning via ägarstyrningen. Ett tydligare och mer långsiktigt mandat för akutsjukhusen innebär inte att landstingsstyrelsen avsäger sig ansvaret att löpande ingripa mot ekonomiska avvikelser. Inte heller förhindrar avtalsmodellen omförhandlingar vid kraftigt förändrade samhällsekonomiska förutsättningar.

Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 16 september 2008.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 16 september 2008.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till s- och v- och mp-ledamöternas förslag om återremiss, dels till mp-ledamotens andrahandsförslag.

Landstingsstyrelsen beslutade utan omröstning avslå förslaget om återremiss.

S-, v- och mp-ledamöterna reserverade sig till förmån för sitt förslag om återremiss.

Därefter beslutade landstingsstyrelsen bifalla landstingsrådsberedningens förslag samt avslå det återstående yrkandet.

S- och v ledamöterna *deltog ej* i landstingsstyrelsens beslut.

Mp-ledamoten reserverade sig:

”Landstingsstyrelsen föreslås besluta *att* i första hand återremittera ärendet i andra hand föreslås *att* en ny avtalsmodell införs från och med år 2009 för akutsjukhusen i huvuddrag i enlighet med förvaltningens förslag, *att* ge förvaltningen i uppdrag att återkomma till LS med en närmare specificering av behovet av en utvecklad politisk beslutsprocess, i tillämpliga delar och beskriva de alternativ som finns, *att* ge förvaltningen i uppdrag att återkomma till LS med en närmare specificering av behovet av en utvecklad

LS 0808-0774

beslutsprocess på sjukhusstyrelsenivå, i tillämpliga delar och beskriva de alternativ som finns, *att* därvid beakta följande

- Den nya avtalsmodellen kräver tydligare politiska beslut om vad som ska utföras på sjukhusen och hur man får betalt för detsamma.
- Kvalitetsersättningens konstruktion och krav. Möjlighet till ev. viten när man inte kan uppfylla kraven.
- En diversifierad sammansättning av sjukhusstyrelserna. Önskemål om sammansättning och kompetens.
- Den nya avtalsmodellen kräver tydligare beslut på sjukhusstyrelsenivå om hur uppdraget ska utföras på sjukhusen och ev. förändringar för att uppnå tillgänglighet.
- Det geografiska behovet av hälso- och sjukvård dygnet runt och inom vilka specialiteter.
- Inom specialistvården utreda relevant patienttid i förhållande till tid i forskning för att bättre kunna bedöma akutsjukhusens målvolym.
- Beakta hur en ny avtalsmodell på två respektive tre år kan följas upp och bli effektiv.
- Beakta utvecklingen av specialiteter inom akutsjukhusen och hur sjukhusens hela uppdrag kan värnas och utvecklas utifrån medborgarnas behov.

Det är rimligt att alla partigrupper ges tid för ställningstagande angående ny avtalsmodell för akutsjukhusen. Ju större enighet som kan uppnås, desto mindre anledning att förändra avtalsmodellen i framtiden. Den korta tiden för beredning av detta ärende är olycklig och främjar inte ett politiskt samarbetsklimat.”

S- och v-ledamöterna antecknade följande särskilda uttalande:

”För att nå ett långsiktigt och stabilt beslut vore det angeläget att upprätthålla en gängse och demokratisk beslutsordning där partigrupperna ges rimlig tid för ställningstaganden. Vi hade hoppats att den förankringsprocessen skulle respekteras av den borgerliga majoriteten, men så har inte blivit fallet. Därför har vi i den socialdemokratiska landstingsstyrelsegruppen inga möjligheter att delta i dagens beslut.

LS 0808-0774

Det hade varit rimligare att behandla ärendet vid landstingsstyrelsen i oktober följt av landstingsfullmäktige i november. Då hade i vart fall någon tid getts för den demokratiska förankringen i varje parti och utan att den tänkta införandetidpunkten 1 januari 2009 behövt förskjutas. Även denna tidsram hade varit kort för ett så här pass viktigt beslut, men hade till nöds kunnat accepteras.

Det finns skäl att understryka att den normala beredningsordningen frångåtts i ärendet. Allmänna utskottet har haft ärendet för beslut samma dag som landstingsstyrelsens sammanträde. Första gången ärendet initierades i den politiska beredningsprocessen var som informationspunkt vid Allmänna utskottets möte så sent som den 4 september. Detta ger en synnerligen kort tid för beredningen av ett principiellt viktigt beslut vars syfte är att vinna långsiktig verkan.

Inom den politiska majoriteten förefaller inte en klar boskillnad göras mellan förvaltningens och där anlitate konsulter utredningsarbete, kontra den *politiska* beredningen. Men den senare är en självständig process och där det för första gången klargörs vilka politiska bedömningar som görs med anledning av utredningsarbetet. Om det hos majoriteten fanns intresse för en större enighet kring viktiga grundprinciper i ärendet skulle den politiska beredningen inte forceras på det sätt som nu sker.

Vår uppfattning är att det hade varit rimligare att försöka kompromissa fram ett förslag som i väsentliga delar kan bestå över mandatperioderna. Den viljan har tydligen inte funnits från den borgerliga majoriteten.

Socialdemokraternas och vänsterpartiets landstingsstyrelsegrupper anser för egen del att det finns många intressanta förslag i det aktuella ärendet. En förändrad avtalsmodell ställer emellertid många nya krav på såväl beställarkompetensen som ägarstyrningen och det politiska ansvarsutkrävandet. Detta hade vi önskat diskutera och förankra med hela vår fullmäktige-grupp och därefter haft ordentliga och seriösa överläggningar med den borgerliga majoriteten. Det är besynnerligt den politiska majoriteten inte önskar medverka till detta.”

Ärendet och dess beredning

Allmänna utskottet har den 16 september 2008 föreslagit landstingsstyrelsen *dels* föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* införa en ny avtalsmodell från och med år 2009 för akutsjukhusen i enlighet med landstingsdirektörens förslag

dels för egen del besluta *att* uppdra åt landstingsdirektören att utreda hur ägarstyrningen kan förstärkas avseende ökad rapportering och uppföljning, *att* uppdra åt landstingsdirektören att se över de specifika ägardirektiven avseende samverkan mellan offentliga och privata entreprenörer och återrapporera till produktionsutskottet.

S- och v-ledamöterna *deltog ej* i utskottets beslut.

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 27 augusti 2008 bifogas (bilaga).

Centrala samverkansgruppens minnesanteckningar den 10 september 2008 bifogas (bilaga).

Bilagor

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

Bakgrund

Under första hälften av 90-talet infördes den s k Stockholmsmodellen 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 ersättnings-systemet ledde till ökad vårdproduktion och minskade vårdköer. Nackdelarna var för hög detaljeringsgrad i avtalen, svårigheter att hålla kostnads-kontroll 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.

Landstingsfullmäktige i Stockholms Läns landsting fattade i november 2007 beslut om en ny strategi för styrning av akutsjukhusen. Strategin bygger på de fyra hörnplarna; flerårsavtal, resultatansvar, avtal baserade på landstingets lägsta kostnad för respektive sjukhuskategori, samt sanktionsregler. Mot denna bakgrund inleddes arbetet med utformning av flerårsavtal för akutsjukhusen med syfte att öka tydligheten gällande uppdrag och ersättningsnivåer på flera års sikt, skapa förutsättningar för sjukhusen att effektivisera verksamheten samt minska tid- och resursåtgång i förhandlingar. Andra angelägna mål är förbättrad tillgänglighet inom vården, ökad patientsäkerhet samt en fortsatt utveckling av vårdens kvalitet.

Förvaltningens synpunkter

Fem huvudsakliga förbättringsområden som har identifierats i dagens sjukvårdssystem inom Stockholms läns landsting:

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

Dessa områden har varit utgångspunkt för utvecklingen av den nya avtalsmodellen. Den ska ge stöd för att framgångsrikt kunna driva arbetet

med att säkerställa god, rättvis och jämställd vård med hög tillgänglighet för Stockholms invånare.

Förslag på ny avtalsmodell

Grund för den nya avtalsmodellen är:

- Den nya ersättningsmodellen ska gynna effektivitet genom att belöna de sjukhus som både anpassar sin kapacitet efter beställning och patientens behov, samt utnyttjar sin befintliga kapacitet fullt ut.
- Tillgänglighetskrav för sjukhusen kopplat till ekonomiskt ansvar.
- Accelererat kvalitetsarbete genom successivt införande av nationella kvalitetsmått. Krav på kvalitetsutfall och kopplat till ersättning istället för enbart inrapporteringskrav. Publika jämförelser av kvalitetsutfall och ranking införs.
- Fleråriga avtal, initialt över 3 år, där sjukhusens uppdrag, målvolymer, ersättning, uppräkningsindex och effektiviseringskrav preciseras för hela avtalsperioden medan viktlistan justeras årligen.
- Beställaren specificerar vårdgivarnas uppdrag på hög – strategisk – nivå, t ex vilka specialiteter som skall finnas hos en viss vårdgivare.
- Sjukhusen ges en ökad flexibilitet avseende produktionens sammansättning och genomförande på en mer detaljerad – operationell – nivå.
- Ersättningen tar sin utgångspunkt i samma pris för alla sjukhus och fokus läggs på att faktabaserat förstå skillnaden i kostnad mellan vårdgivare så att oförklarade skillnader över tid elimineras ur ersättningen.
- Ett ökat ansvar för omställning i produktion och kontroll av efterfrågan överförs på vårdgivarna då de i realiteten besitter den kompetens, kunskap om verksamheten och de faktiska produktionsresurser som krävs för att göra detta.
- Avtalstiden förlängs till 3 år för att möjliggöra långsiktig strategisk planering och förbättringsarbete.
- Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB, Södertälje sjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska alla ha samma avtalsmodell. Capio S:t Görans ska ha möjlighet att skriva avtal enligt den nya avtalsmodellen.

Konkret innebär detta att följande förändringar i avtalsmodellen för akutsjukhusen:

LS 0808-0774

1. *Från:* Individuella DRG-priser för alla sjukhus som inkluderar – utan specifikation – strukturella skillnader i sjukhusens uppdrag.
Till: Samma pris för alla sjukhus för ett visst DRG. Skillnader mellan sjukhus ersätts genom strukturersättning som i huvudsak förklarar nuvarande differenser i kostnader för: jourlinjer utanför ordinarie arbetstid, hyreskostnader, utbildningsuppdrag, samt komplexitet för ett och samma ingrepp eller behandling.
2. *Från:* Beställning i antal vårdtillfällen per klinik och uppdelat på akut och elektiv med viss möjlighet att kvitta produktion mellan kliniker.
Till: En målvolymer för hela sjukhuset baserat på ett definierat uppdrag avseende vilka specialiteter som skall tillhandahållas. Distinktion mellan akut och elektiv vård görs inte i beställningen utan sjukhuset har ett explicit uppdrag att ställa om produktion mellan enheter för att möta patientbehovet inom uppdraget. Kostnadsytterfall och särskilda avtal används initialt på liknande sätt som idag.
3. *Från:* Fasta tak för produktion över ett visst antal vårdtillfällen inom öppenvård och elektiv slutenvård samt 50 % ersättning för vård över beställning inom akut slutenvård.
Till: Ersättning sätts för en viss målvolymer enligt gemensam prislister per DRG. Avvikelse uppåt från målvolymer ersätts med 30 % för all vård upp till ett tak. Detta för att täcka rörliga kostnader och ge ett överskott om det sker med befintliga resurser. Ersättningsnivån på 30 % är dock satt tillräckligt låg för att inte skapa incitament för nyanställning eller inköp av fasta strukturer. Avvikelse nedåt från målvolymer innebär att 70 % av ersättning behålls.

Ett ersättningstak finns vid en volumavvikelse på över 4 % av avtalad målvolymer och vid en underproduktion på mer än 4 % minskas ersättningen med 100 % av motsvarande poäng.
4. *Från:* Sjukhusen förväntas hålla sig till sin beställning. Prognostiska avvikelser i beställningen hanteras olika – antingen tar beställaren ett ansvar och lägger ut extra beställningar, eller så producerar sjukhusen extra vård utan ersättning. Långa köer är inte en belastning – snarare en tillgång – för vårdgivarna.
Till: Sjukhusen har 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 fokuserar på att möta detta genom omprioritering mellan

LS 0808-0774

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. 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. Får patienten vård hos annan vårdgivare via Vårdgarantikansliet återförs kostnaden på sjukhusen.

5. *Från:* Den rörliga ersättningen fördelas helt enligt den viktlista som baseras på inrapporterade kostnader (KPP).

Till: Viktlista med startpunkt i historisk kostnadsutveckling (som idag), men med prioriteringsvikter som tillåter beställaren att allokera om mellan olika DRG för att driva önskad styrning, t.ex. ökad ersättning för dagkirurgi. Den totala omfördelningen måste vara "neutral" dvs. det som prioriteras upp med X % ökad ersättning måste motsvaras av en nedprioritering av X % minskad ersättning inom ett annat DRG.

6. *Från:* 2 % kvalitetsersättning utgår till alla vårdgivare som uppfyller de inrapporteringskrav som finns specificerade (och alla vårdgivare har historiskt fått denna ersättning).

Till: Kvalitets- och kunskapsstyrning kopplat till redovisade resultat avseende ett urval kvalitetsindikatorer inom de sex kvalitetsområdena i begreppet "God vård". Kvalitetsersättning utgår med 0-2 % och jämförelser mellan vårdgivarna (rankning) efter resultat.

7. *Från:* 1-åriga avtal

Till: 3-åriga avtal där startvärden för ersättning är förhandlad och sedan kopplad till LPI (95 %) och läkemedelsindex (5 %) för 2010 och 2011. Beställarens roll under innevarande avtal består i en betydligt ökad uppföljning och justeringar i inbördes ersättning mellan olika DRG genom prioriteringsvikter.

Tydligare roller och ansvarsfördelning

För att en systemförändring ska kunna drivas igenom krävs tydlighet kring vad olika aktörer skall göra. Roller och ansvar går inte att institutionalisera i en avtalsmodell, men modellen som presenteras i detta förslag bedöms generera tydligare roller mellan vårdgivare och beställare. Detta genom att ansvar, handlingsutrymme och tillhörande risk fördelas till den part som är bäst rustad att hantera den.

Beställarens roll i den nya avtalsmodellen blir mer fokuserad på att sätta upp

LS 0808-0774

spelregler och ställa tydliga krav på vårdgivarna. Att dessa spelregler efterlevs, samt att tillgänglighet och kvalitet levereras måste sedan noggrant följas upp. Istället för detaljstyrning i form av klinikbeställningar styr beställaren således genom att definiera utbudskartan och vårdgivarnas uppdrag, samt att prioritera ekonomiska ramar mellan vårdgivare och vårdtyper för att uppnå bästa möjliga systemeffektivitet.

Vårdgivarna får i modellen stor frihet att prioritera inom de ramar som beställaren sätter upp. Resurser måste prioriteras mellan specialiteter utefter patienternas behov och vårdgivarspecifik produktionsstrategi. Avsaknad av klinikbeställningar ställer krav på intern budgetstyrning och gynnar en diskussion kring produktionsfrågor direkt mellan kliniker och sjukhusledning och stärker sjukhusledningens roll.

Ägarna måste samtidigt ange ramarna för verksamheten och ställa krav på sjukhusens finansiella resultat.

Politikerrollen kopplad till den nya avtalsmodellen blir som idag att fatta beslut av övergripande karaktär för sjukvården, såsom finansieringsunderlag, riktlinjer för prioriteringar.

Att samtliga aktörer tar på sig ansvaret kopplat till respektive roll är viktigt för att avtalsmodellen ska kunna vara framgångsrik. En explicit diskussion mellan de olika aktörerna uppmuntras, för att säkra samsyn kring hur ansvarsfördelningen, samt respektive aktörs roll och interaktion med övriga aktörer ska se ut.

Fortsatt utveckling

För att nå en önskvärd och nödvändig vidareutveckling av modellen under avtalsperioden krävs ett kontinuerligt förbättringsarbete och kompetensutveckling hos båda parter. Det fortsatta arbetet kommer bl a inriktas på att analysera strukturersättningen samt fortsätta utvecklingen kvalitetsindikatorer. Detta framgår av den s k Utvecklingsbilagan som ingår i den sjukhusgemensamma delen av avtalet.

Den föreslagna avtalsmodellen är ett första steg mot ett utvecklat sjukvårdssystem som kan möta de utmaningar och det ökade sjukvårdsbehov som landstinget står inför.

Miljökonsekvenser av beslutet

Beslutet medför oförändrade konsekvenser för miljön.

CSG:s minnesanteckningar den 10 september 2008 Punkt 3**Ny avtalsmodell för akutsjukhusen**

Inför mötet var utsänt landstingsdirektörens tjänsteutlåtande i ärendet samt PM "Förslag till ny avtalsmodell för somatisk specialistvård inom Stockholms läns landsting".

Arbetstagarorganisationerna lämnade följande synpunkter på förslaget:

SACO:

- Positivt med långsiktiga ekonomiska lösningar när det gäller sjukhusavtalen.
- kvalitetsvariablerna i den nya modellen – är de optimala?
Arbetsgivaren svarade att man är medveten om att nämnda variabler säkert inte är optimala men bedömer det vara viktigt att arbetet med kvalitetsvariabler kommer igång för att på sikt bli bättre.
- ärendet hade behandlats i samverkansgruppen på HSN-förvaltningen den 9.9. SACO hade blivit lovad erhålla kompletterande uppgifter i anslutning till mötet men ännu ej erhållit dessa.
Arbetsgivaren lovade ombesörja att detta åtgärdas.

SKTF

- Den föreslagna modellen för sjukhusavtalen är "på rätt väg" med en högre grad av långsiktighet än tidigare.
- Aspekterna på ekonomi, kvalitet och miljö behöver utvecklas ytterligare i modellen.
Arbetsgivaren kommenterade att man delar sistnämnda synpunkt men att detta är en början på ett långsiktigt arbete som ska utvecklas efter hand.

Vårdförbundet

Vårdförbundet var ej närvarande vid mötet men hade före mötet skriftligen meddelat följande uttalande till minnesanteckningarna:

- "Om sjukhusledningarna gör andra "satsningar" än det som politiken har tänkt, vem ser då till att all verksamhet kommer att finnas även år 2010 och 2011?"
Arbetsgivaren svarade att sjukhusen kan endast göra de "satsningar" som de fått i sitt uppdrag av beställaren – i dialog med beställaren kan självklart innehållet i uppdraget förändras över tiden.

Arbetsgivaren konstaterade att parterna var eniga om förslaget och att ärendet härmed är slutbehandlat.