

*Handläggare:  
Rune Ekman*

Landstingsstyrelsens  
allmänna utskott

## **Förslag till nytt ersättningssystem för allmänpsykiatrisk vård**

### **Ärendet**

I detta ärende framläggs förslag till nytt ersättningssystem för allmänpsykiatrisk vård med införande den 1 januari 2008.

### **Förslag till beslut**

Allmänna utskottet föreslår landstingsstyrelsen besluta

- att* godkänna förslaget till nytt ersättningssystem för allmänpsykiatrisk vård
- att* ersättningssystemet införs fr o m den 1 januari 2008
- att* utvecklingskansliet får i uppdrag att löpande under 2008 i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning utvärdera effekterna av det nya ersättningssystemet.

### **Verksamhet som omfattas**

Förslaget berör de sex psykiatriska klinikerna inom SLSO , samt den psykiatriska kliniken vid Södertälje sjukhus. Psykiatrin i Norrtälje berörs inte eftersom ansvaret åligger den gemensamma nämnden i Norrtälje. Inom länet finns endast en privat allmänpsykiatrisk vårdenhet med vårdavtal, förutom länsgemensamma verksamheter.

### **Nuvarande ersättningssystem för allmänpsykiatri**

Allmänpsykiatriens nuvarande ersättningssystem infördes den 1 januari 2006. Dessförinnan ersattes de psykiatriska klinikerna med ett fast årligt belopp per klinik. Beloppet var endast relaterat till historik, dvs varje års anslag baserades på tidigare års anslag och var resultat av förhandlingar, överenskommelser etc under många år. Detta har lett till stora och omotiverade skillnader i resurstilldelning till klinikerna. Ett problem som kvarstår även efter införandet av nuvarande ersättningssystem.

Av den totala ersättningen för öppen vård täcks nu ca 25 % av besöksersättning, med nedan angivna belopp:

- mottagningsbesök                    350 kr
- hembesök                                700 kr
- gruppbesök                              175 kr

Beloppen är desamma oavsett vilken personalkategori som tagit emot patienten.

Utöver besöksersättningen utgår ersättning med 700 kr som ett engångsbelopp per år för varje individ som under kalenderåret har gjort minst ett besök på en öppenvårdsmottagning. Avsikten är att ge en extra stimulans till att ta emot nya patienter.

För sluten vård utgår ersättning per vård dygn med följande belopp:

- vård dygn 1                              400 kr
- vård dygn 2-10                        240 kr
- vård dygn 11-                         200 kr

Ca 10 % av vård dygnen inom allmänpsykiatri avser vård dygn 1, 30 % vård dygn 2-10 och 60 % vård dygn 11 eller fler. Ersättningarna utgör endast ca 5 % av den totala ersättningen för sluten vård. Resten utgår som tidigare i form av anslag.

Patientavgifter tillfaller producenten. Målrelaterad ersättning ingår och är utformad som ett avdrag som görs om målen inte nås. Avdraget kan högst uppgå till 3%.

### **Kvarstående problem och brister**

Det ersättningssystem som infördes 2006 har medfört en viss ökning av antalet besök. Väntetiderna är trots detta långa. En tredjedel av patienterna har mer än 4 veckors väntetid till ett första besök (Uppföljningsrapport 2006). Telefonframkomligheten är fortfarande bristfällig.

Den fasta ersättningen till klinikerna är enligt ovan inte relaterad till vare sig befolkningsunderlag eller något annat. Nuvarande ersättningssystem har dock trots bristerna medfört en ökad medvetenhet inom psykiatin om kopplingen mellan verksamhetens prestationer och den ersättning som lämnas.

### **Nuvarande fördelning av allmänpsykiatrins resurser och verksamhetsvolym**

Psykiatrins resurser är i förhållande till klinikernas befolkningsunderlag ojämnt fördelade över länet. Skillnaderna mellan klinikerna är stora oavsett vad nuvarande resurser relateras till – antalet invånare, psykiatriindex eller antalet individer som är föremål för vårdinsatser från psykiatin. Oavsett hur ersättningssystemet utformas framöver kommer nuvarande resursfördelning inom länet att påverkas.

Antalet besök och vårddagar, relaterat till befolkningsunderlaget, varierar likaså kraftigt mellan klinikerna. Skillnaden uppgår till ca 50 % mellan kliniken med lägst antal besök och vårddagar per invånare och kliniken med högst antal besök och vårddagar. Skillnaderna är ungefär lika stora inom såväl öppen som sluten vård. Skillnaderna är så stora att de inte kan förklaras av olika stora vårdbehov, utan torde endast kunna förklaras av olika arbetssätt, vårdideologier och av historisk anslagstilldelning.

Totalersättningen fördelad per utförd prestation, där vårddagar och besök viktats efter genomsnittlig resursåtgång varierar också mycket mellan klinikerna. Skillnaden är ca 40 % mellan kliniken med högst produktivitet respektive lägst produktivitet.

### **Målsättning med nytt ersättningssystem**

Som redan konstaterats medförde det nuvarande ersättningssystemet vissa förbättringar. Utformningen av ett nytt ersättningssystem bör ske med målsättningen att:

- tillgängligheten förbättras
- produktiviteten ökar
- patienter med kroniska vårdbehov följs upp väl
- jämförbarheten mellan vårdenheterna förbättras
- resursfördelningen kan förklaras och motiveras

Nuvarande väntetidssituation indikerar att antalet besök inom den psykiatriska vården bör öka, liksom antalet individer som får hjälp inom psykiatrin. Detta bör i sin tur leda till att andelen patienter som får vänta mer än 4 veckor på ett första besök minskar.

För patienter med kroniska psykiatriska vårdbehov är antalet besök under ett år ett kvalitetsmått i sig. Jämförelsevården saknas här med andra län och bör tas fram.

### **Jämförelser med andra vårdgrenar**

Den allmänpsykiatriska vården har årligen kontakt med endast ca 3,5 % av den vuxna befolkningen. Verksamheten är således en utpräglad specialistfunktion, vilket utgör en av grundförutsättningarna vid utformningen av ersättningssystemet. Vårdvalsmodeller som inom primärvården med registrering av gjorda val är därför knappast tillämpliga, vilket naturligtvis inte hindrar att patienterna, liksom inom övrig specialistsjukvård, kan välja vårdgivare.

Den allmänpsykiatriska vården har många likheter med den akutsomatiska vården. Utöver att det är en specialistfunktion utgörs, liksom inom akutsjukvården, ca hälften av verksamheten av öppen vård och hälften av sluten vård.

Det finns enligt ovan endast ett vårdavtal i hela länet med en privat vårdenhet för sådan allmänpsykiatrisk vård som inte utgör

länsövergripande specialverksamheter. Jämförelser kan i viss mån även göras med den nationella taxan för privata psykiatriker, även om innehållet i verksamheten oftast är okänt för landstinget.

### **Ersättningsmodell**

I nuvarande ersättningsmodell lämnas en dubbelt så stor ersättning för hembesök som för mottagningsbesök och en hälften så stor ersättning för gruppbesök jämfört med mottagningsbesök. För varje individ som gjort minst ett besök under ett år utgår enligt ovan en särskild ersättning.

För sluten vård utgår ersättning per vård dag, med successivt avtagande ersättning efter vårdtidens längd. Syftet är att ge ett avvägt incitament att inte behålla patienter i sluten vård alltför länge, men inte heller att skriva ut patienten för fort.

Ersättningsmodellen har endast tillämpats under 1,5 år. Erfarenheterna av modellen är positiva, men eftersom den nu bara hanterar ca 15 % av den totala ersättningen (25 % x 50 % öv + 5 % x 50 % slv) blir dess faktiska påverkan på verksamheten marginell. De viktigaste frågeställningarna inför år 2008 är inte hur modellen skall vara konstruerad, utan dels hur stor andel av den totala ersättningen som skall lämnas enligt denna modell, dels hur resterande fasta ersättning skall lämnas. Oavsett vilken lösning som väljs kommer införandet av mer heltäckande ersättningsmodell sannolikt att leda till omfördelningar av resurser för allmänpsykiatrisk vård inom länet.

### **Förslag till rörlig ersättning**

Den rörliga ersättningen för såväl öppen som sluten vård föreslås utgöra 50 % av den totala ersättningen för öppen och sluten vård.

Den nuvarande modellen för den rörliga ersättningen föreslås bibehållas med tillägget att läkarbesök ges en särskild ersättning. Genom ökningen av den rörliga ersättningens andel av totalersättningen kommer modellen att få en betydelse som den hittills inte haft.

Modellen innebär enligt ovan att ett hembesök ger dubbelt så hög ersättning som ett mottagningsbesök och att ett gruppbesök ger hälften så stor ersättning som ett mottagningsbesök. Läkarbesök föreslås ersättas

60% högre än ersättningen för besök hos övriga personalkategorier. Som framgår av det följande är avsikten att från och med 2009 införa en mer differentierad besöksersättning.

Ersättningen för slutenvård föreslås ges per vård dag med högst belopp för den första vård dagen, ett 40% lägre belopp för vård dag 2-10 och ett 50% lägre belopp för vård dag 11 och däröver vilket överensstämmer med nuvarande modell.

En särskild ersättning föreslås, precis som idag, lämnas per individ och år för alla som gjort minst ett besök inom den psykiatriska vården, för att stimulera till att inte bara ha många besök per individ utan också fler individer.

Belopp för respektive besökstyp och vård dag föreslås fastställas av HSN i samband med förestående avtalsförhandlingar.

### **Förslag till fast ersättning**

Den fasta ersättningen föreslås utgöra 50 % av den totala ersättningen. En grundförutsättning för ett nytt ersättningssystem är att den fasta ersättningen relateras till något annat än historik och uppgörelser om tidigare anslag. Några alternativa lösningar finns då att tillgå:

1. Den fasta ersättningen relateras till befolkningsunderlaget för respektive klinik. Detta kan ske genom tillämpning av indexet för allmänpsykiatri eller genom olika kombinationer där hänsyn tas till index och till antalet invånare.
2. Den fasta ersättningen relateras till antalet individer som är patienter inom allmänpsykiatrin.
3. Den fasta ersättningen relateras till den beställning i verksamhetsvolym som lagts. Den beställda volymen multipliceras med fastställda priser, varefter motsvarande belopp utgår som fast ersättning.

Om den fasta ersättningen relateras till befolkningsunderlaget, antingen genom index eller på annat sätt, kommer den nuvarande vårdstrukturen att bli förhållandevis låst. De geografiska gränserna mellan vårdenheterna får stor betydelse. Om antalet vårdgivare skall utökas även inom den

psykiatriska vården så kommer detta att försvåras med ett ersättningssystem som delvis bygger på en strikt geografisk indelning av vården.

Vid de diskussioner som förts i samband med avtalsförhandlingar om fördelning av resurser mellan de psykiatriska klinikerna har framkommit tveksamheter till om psykiatriindex på ett riktigt sätt beskriver behoven inom ett geografiskt område. Olika kombinationer av hänsyn till index och till antalet invånare har utretts. Osäkerheten om tillförlitligheten i psykiatriindexet som fördelningsgrund utgör i sig ett argument emot att använda det som grund för fördelning av den fasta ersättningen.

Om den fasta ersättningen relateras till antalet individer som under året får vård inom en psykiatrisk klinik kan en orättvisa i resursfördelningen bli bestående. Den klinik som fått en jämförelsevis begränsad resurstilldelning har svårt att med god tillgänglighet och på annat sätt tillgodose behoven av psykiatrisk vård och kommer då att ha färre individer inom sin verksamhet, vilket i sin tur leder till begränsad resurstilldelning. En ond cirkel skapas som kan vara svår att bryta.

Den psykiatriska vården har stora likheter med akutsjukvården i sin egenskap av specialistverksamhet och med en förhållandevis omfattande sluten vård. Den fasta ersättningen föreslås relateras till en beställd volym öppen och sluten vård, på samma sätt som redan sker för den akutsomatiska vården, enligt alternativ 3 ovan. Detta innebär att beställda vårdvolymerna i ökad grad måste relateras till behovsbedömningar och samtidigt frikopplas från historiskt arv. Beställningar uttryckta i vårdvolymerna för psykiatrisk vård, till skillnad från akutsjukvården, en kort historia och måste utvecklas.

Vård enligt LRV (Lagen om rättspsykiatrisk vård) sker inom de flesta kliniker och på särskilda enheter. Verksamheten föreslås tillsvidare finansieras genom anslag, liksom i nuläget.

### **Målrelaterad ersättning**

Målrelaterad ersättning föreslås utgöra 3 % av den beräknade totala årliga ersättningen och utbetalas efter redovisning av uppnådda kvalitetsmål. De kvalitetsmål som är ersättningsgrundande skall väljas ut bland de mål som

ingår i avtalens uppföljningsplan. Den målrelaterade ersättningen föreslås 2008, liksom hittills, utgöra ett avdrag som görs om avtalade mål inte nås.

Inför 2009 bör konstruktionen av den målrelaterade ersättningen göras om så att bonus lämnas till enheter som får mycket höga värden på de målvariabler som valts ut och att avdrag görs för enheter som får låga värden.

### **Kostnadskontroll**

En utökad andel prestationsersättning medför risker för en försämrad kostnadskontroll. I föreliggande förslag utgår hälften av ersättningen som ett fast belopp. Halva totalkostnaden blir således känd redan när avtalen tecknas.

För den rörliga delen av ersättningen måste ersättningstak finnas. Samtidigt som en takkonstruktion är oundviklig måste incitament finnas att öka besöken. Om en vårdproducent har en jämförelsevis begränsad mängd besök kan genom en ökad beställning besöksökningen ske till full besöksersättning. Om en klinik har en jämförelsevis stor mängd besök bör detta kunna medföra lägre ersättningsnivåer.

Eftersom en ökning av den totala mängden besök, och sannolikt även antalet individer i kontakt med psykiatrin, eftersträvas bör takkonstruktionen utformas så att viss ersättning ges även när taket passerats. Här finns en skillnad mot akutsjukvården, där fler alternativa vårdgivare finns på lägre vårdnivå.

Ersättningsnivån föreslås begränsas till 10 % av ovan angivna ersättningsnivåer, efter det att avtalade vårdvolymer överskridits. Detta föreslås gälla för såväl öppen som sluten vård.

### **Omställningsmodell**

Det föreslagna ersättningssystemet kan medföra omfördelningar av resurser mellan länets nuvarande psykiatriska kliniker. Förändringarna kan bli ännu större om nya vårdproducenter tillkommer. Det finns givetvis en gräns för hur stora förändringar som kan genomföras från ett år till ett annat. Den ekonomiska konsekvensen för en psykiatrisk klinik av det nya ersättningssystemet föreslås för år 2008 begränsas till 5 % högre eller lägre totalersättning. Det motsvarar ca 20 mkr för en medelstor klinik.



Motsvarande omställningsregler tillämpades i norra länet vid införande av nuvarande ersättningssystem för husläkarverksamheten, med gott resultat.

### **Fortsatt utveckling**

I det föreslagna ersättningssystemet lämnas ersättning för besök med enhetsbelopp som inte väger in vårdtyngd och tidsåtgång. Vid Hälso- och sjukvårdsnämndens möte den 18 juni beslutades att registrering av besök inom den allmänpsykiatriska vården skall ske enligt KVÅ (kostnad för vårdåtgärd) från den 1 januari 2008. Detta sker sedan 1,5 år redan inom den akutsomatiska vården. Med ett års registrering som grund bör ambitionen vara att ersättningen för den öppna vården därefter kan ske enligt KVÅ. Härigenom kommer en ytterligare differentiering av besöksersättningen att åstadkommas.

Ersättningen för slutna vård föreslås enligt ovan under 2008 med successivt fallande belopp per vård dag. Motivet för att använda vård dag som mått och inte vård tillfälle har framför allt varit att incitamentet att korta ned vård tiderna inte bör vara alltför starkt. Här finns en skillnad gentemot den akutsomatiska vården. Det finns även för psykiatrisk vård ett DRG-system, som dock är oprövat i praktiskt bruk. För- och nackdelar med att införa DRG-system för den slutna psykiatriska vården bör utredas ytterligare.

För delar av den psykiatriska vården har i begränsad skala prövats att lämna ersättning för en hel behandlingsserie. Det är möjligt för t ex en neuropsykiatrisk utredning och kan också vara möjligt för en depressionsbehandling eller andra behandlingar som har en tydlig början och slut och inte sträcker sig över mycket långa tidsperioder. Förutsättningarna att lämna ersättning på detta sätt för åtminstone delar av den psykiatriska vården bör utredas inför år 2009.

Mona Boström