

Handläggare:
Rune Ekman

Landstingsstyrelsens
allmänna utskott

Förslag till ersättningssystem för beroendevård

Ärendet

I detta ärende framläggs förslag till ersättningssystem för beroendevård, med införande den 1 januari 2009.

Ärendet har slutbehandlats i centrala samverkansgruppen, se bilaga.

Förslag till beslut

Allmänna utskottet föreslår landstingsstyrelsen besluta

att godkänna förslaget till ersättningssystem för beroendevård

att ersättningssystemet införs fr o m den 1 januari 2009

att fortlöpande utvärdera effekterna av ersättningssystemet

Verksamhet som omfattas

Förslaget berör Beroendecentrum Stockholm inom SLSO och den verksamhet som i dag bedrivs av Maria Beroendecentrum AB (MBAB). MBAB's vårdavtal löper t o m 2009-03-31. Totalkostnaden för verksamheten uppgår till ca 630 mkr, varav ca 460 mkr avser Beroendecentrum Stockholm och 170 mkr MBAB. Bägge verksamheterna innehåller såväl öppen som sluten vård. Öppenvårdsmottagningar finns i alla kommuner, ofta samlokaliserade med kommunal vård, medan slutenvården finns i anslutning till S: t Görans sjukhus, Danderyds sjukhus, Karolinska sjukhuset och vid Vollmar Yxkullsgatan på söder samt i Lövstalund i Södertälje kommun. Akutmottagningar finns vid S:t Görans sjukhus, Vollmar Yxkullsgatan och för ungdomar vid Maria Ungdom.

Totalt är ca 23.000 invånare i länet föremål för någon form av insatser från beroendevården, vilket motsvarar ca 1,2 % av befolkningen

Nuvarande ersättningssystem för beroendevården

Beroendecentrum Stockholm får nu ersättning med ett årligt anslag. MBAB får rörlig ersättning för både öppen och slutenvård i form av en enkel besöks- och vårdtygnsersättning.

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

Fördelning av beroendevårdens resurser och verksamhetsvolym

Beroendevårdens resurser för öppen vård är inte jämnt fördelade över länet. Utbyggnaden av öppenvården genom överföring av resurser från slutenvård skedde tidigare i norra länet än i det södra och öppenvården har i södra länet fortfarande mindre resurser än i norra länet. Rekryteringsvårigheter har förstärkt den situationen.

Ett ersättningssystem som förutsätter beställningar i vårdvolym bör underlätta styrningen av resurser till en jämnare fördelning över länet. Den beroendevård som drivs inom SLSO utgör i sin helhet en enda resultatenheter. Fördelningen av resurser inom länet kan till viss del hanteras inom ramen för det vårdavtalet.

Målsättning med nytt ersättningssystem

Väntetiderna för mottagningsbesök är inom beroendevården korta och utgör inget större problem i nuläget. Väntetiderna för neuropsykiatriska utredningar är däremot långa, liksom för psykoterapier.

Utformningen av ett nytt ersättningssystem bör ske med målsättningen att:

- produktiviteten ökar
- jämförbarheten mellan vårdheterna förbättras
- resursfördelningen kan förklaras och motiveras
- registreringen av verksamhetsinnehåll förbättras
- underlag skapas för den upphandling som i enlighet med LOU kommer att göras under 2008.

Rörlig ersättning för slutenvård

Sluten vård bedrivs enligt ovan nu av två vårdgivare och på ett flertal platser. Rörlig ersättning föreslås utgöra 50 % av den totala ersättningen för sluten vård. Ersättningen föreslås lämnas per vårddygn, med successivt avtagande ersättning efter vårdtidens längd. Härigenom ges ett visst incitament till att inte behålla patienten i sluten vård onödigt länge, men inte så starkt att patienten skrivs ut för fort.

Högst ersättning föreslås ges för det första vårddygnet, ett 20 % lägre belopp för vårddygn 2 – 6 och ett 50 % lägre belopp för vårddygn 7 och därutöver. Intervallen är konstruerade med utgångspunkt från genomsnittliga vårdtider i nuläget.

Tvångsvård enligt LPT medför högre genomsnittliga kostnader, dels till följd av ökad administration genom inlagor, länsrättsförhandlingar etc, dels genom större vårdtyngd med t ex behov av extravak. Vårddygn med patient som tvångsvårdas föreslås i varje intervall ge en 20 % högre ersättning än övriga vårddygn.

Rörlig ersättning för öppen vård

Den rörliga ersättningen föreslås utgöra 50 % av den totala ersättningen för öppen vård.

I det följande redovisas de aktiviteter som föreslås prissättas. För varje aktivitet har en vikt angivits som skall avspegla aktivitetens relativa kostnad i förhållande till andra angivna aktiviteter, men även ge rätt styreffekter. Förutom för mottagningsbesöken är viktningen densamma oavsett vilka personalkategorier som medverkar i aktiviteten.

Ett besök på mottagning hos annan personalkategori än läkare åsätts vikten 1. Detsamma gäller ett besök med behandling av anhörig.

Ett besök på mottagning hos en läkare åsätts vikten 1,6. Detta bör stimulera till fler läkarbesök, men inte i den utsträckningen att läkarbesök görs där detta inte krävs.

Inom beroendevården har traditionellt terapeutiska samtal mellan behandlare och patient haft begränsad omfattning. Det finns en strävan att öka denna andel. Dessa besök tar längre tid än övriga besök och föreslås få vikten 1,5.

Patienter med dubbeldiagnos, dvs både en psykiatrisk diagnos och missbruksproblem, är särskilt resurskrävande. Besök med dessa patienter föreslås ges vikten 1,5.

S k familjesamtal där en behandlare träffar mer än en familjemedlem åsätts vikten 1,5. Besöket tar längre tid än ett vanligt mottagningsbesök.

För hembesök föreslås dubbelt så hög ersättning utgå som för ett mottagningsbesök, dvs ges vikten 2. Hembesöken görs ofta tillsammans med kommunens socialtjänst.

För besök inom ramen för gruppbehandling, som oftast avser återfallsprevention, föreslås ersättningen per deltagande patient ges vikten 0,5.

För varje individ som under kalenderåret gör minst ett besök på en öppenvårdsmottagning föreslås en särskild ersättning lämnas. Härigenom ges en extra stimulans till att ta emot nya patienter. Ersättningen föreslås vara dubbelt så stor som för ett mottagningsbesök.

Inom beroendevården förekommer dagvård, med vilket avses insatser längre än 3 timmar, men då patienten lämnar före kl 24.00 samma dag som patienten anlant, dvs värdeperioden är kortare än ett värddygn. Dessa aktiviteter föreslås åsättas vikten 3.

S k nätverksträffar sker med angränsande vårdverksamheter, t ex socialtjänsten eller vuxenpsykiatri, samt eventuella familjemedlemmar och patienten. Syftet är att skapa förutsättningar och resurser för det gemensamma arbetet med att hjälpa patienten. Nätverksträffar åsätts vikten 2.

Möten med angränsande vårdverksamheter om en enskild patient, men där patienten inte deltar, förekommer likaså. Sådana möten föreslås åsättas vikten 1,5.

Neuropsykiatriska utredningar föreslås ersättas med ett tilläggsbelopp utöver besöksersättningen. Med begreppet utredning avses här en formellt beslutad åtgärd som dokumenterats i journal och där det finns en formulerad frågeställning för utredningen. Informationen skall inhämtas med strukturerade metoder och utredningen skall utmynna i ett skriftligt utlåtande då utredningen bedöms slutförd. De neuropsykiatriska utredningarna inom beroendevården uppvisar inte samma spännvidd i komplexitet som inom den psykiatriska vården, varför en enhetsersättning utöver besöksersättningen föreslås. En viss spridning i ersättningen för en

neuropsykiatrisk utredningen uppstår ändå genom att antalet besök inom ramen för utredningen kan variera. Tilläggsersättningen för en neuropsykiatrisk utredning föreslås få vikten 10.

När tolk används föreslås ett tillägg med 50 % göras till vikterna för samtliga ovan angivna aktiviteter.

Priserna fastställs med utgångspunkt från totalkostnaden för verksamheten och verksamhetsvolymen för varje aktivitet, samt fastställda vikter. De på detta sätt framräknade beloppen reduceras i samma utsträckning som kraven på produktiviteten höjs. Priserna fastställs av Hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med beslut om nya vårdavtal. Den upphandling som enligt LOU skall ske av delar av beroendevården kan ge vägledning för framtida prissättning.

Fast ersättning

För det s k STAD-projektet, som arbetar med att förebygga alkohol- och andra drogproblem, och som även har anhörigutbildning, föreslås ett särskilt anslag fastställas.

Den fasta ersättningen föreslås utgöra 50 % av den totala ersättningen, exklusive STAD-projektet, för såväl öppen som sluten vård, i likhet med vad som nu tillämpas inom vuxenpsykiatri och vad som kommer att tillämpas inom barn- och ungdomspsykiatri.

Den fasta ersättningen fastställs efter det att verksamhetsvolymerna överenskommit liksom priser på ovan angivna aktiviteter och åtgärder. Den erhålls genom att överenskomna vårdvolymerna multipliceras med fastställda priser.

Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning föreslås utgöra 3 - 5 % av den 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. I takt med att bättre resultatmål utvecklas bör den målrelaterade ersättningens andel av den totala ersättningen öka.

Den målrelaterade ersättningen bör utformas som en bonus för vårdenheter som uppnår mycket goda resultat på de i uppföljningsplanen angivna variablerna. Om vårdgivaren når specificerade bonusnivåer utgår bonus med i uppföljningsplanen angivna procentsatser. Om vårdgivaren

inte när specificerade vitesnivåer föreslås vårdgivaren få betala ett vite med i uppföljningsplanen angivna procentsatser.

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. Ett visst incitament bör finnas för att öka besöken även efter det att avtalade vårdvolymer överskridits. Ersättningsnivån herefter föreslås begränsas till 10 % av överenskomna ersättningsnivåer. Detta föreslås gälla för såväl öppen som slutenvård.

Utvärdering

Ersättningssystemet kommer fortlöpande att utvärderas mot de mål som redovisats i avsnittet om målsättning. Bevakning kommer givetvis också ske av huruvida icke förutsedda negativa effekter uppkommer. Efter överenskommelse med de fackliga organisationerna kommer effekter på arbetsmiljön likaså att följas upp.

Administrativa konsekvenser

Det föreslagna ersättningssystemet innebär att åtgärder och aktiviteter, som nu inte ingår i den verksamhetsstatistik som regelmässigt rapporteras in till VAL-databasen prissätts. Detta kräver lokala anpassningar av system för inrapportering av underlag för utbetalning och att ett IT-stöd utvecklas för utbetalningsrutinerna. Arbetet med detta kommer att inledas efter beslut om ersättningssystemet, under ledning av hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Mona Boström
Landstingsdirektör

Elisabet Wallin
Chef för utvecklingskansliet