

*Handläggare:*

*Rune Ekman, Lena Johnsson*

Landstingsstyrelsens  
allmänna utskott

## **Förslag till ersättningssystem för Handikapp & Habili- tering**

### **Ärendet**

I detta ärende framläggs förslag till ersättningssystem för Handikapp & Rehabilitering, med införande den 1 april 2009.

Ärendet kommer att slutbehandlas i centrala samverkansgruppen den 7 november 2008.

### **Förslag till beslut**

Allmänna utskottet föreslår landstingsstyrelsen besluta

*att godkänna förslaget till ersättningssystem för leverantören Handikapp & Rehabilitering*

*att ersättningssystemet införs fr o m den 1 april 2009*

*att fortlöpande utvärdera effekterna av ersättningssystemet ur patient-, beställar-, vårdgivar- och arbetsmiljöperspektiv*

### **Verksamhet som omfattas**

Förslaget berör all rehabilitering för barn-, ungdomar och vuxna som utförs av Handikapp & Rehabilitering inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Verksamheten är organiserad i lokala rehabiliteringscenter, rehabiliteringscenter kopplade till fem skolor samt länsövergripande specialinriktade verksamheter. Leverantören har dessutom två enheter som bedriver slutenvård för barn med medicinskt komplicerade tillstånd.

### **Nuvarande ersättningssystem för Handikapp & Rehabilitering**

Ersättningen till Handikapp & Rehabilitering utgår med ett årligt anslag, som 2008 uppgår till 344 mkr.

### **Fördelning av Handikapp & Habiliterings resurser och verksamhetsvolym**

Handikapp & Habiliterings lokala enheter och skolenheter är i förhållande till befolkningsunderlaget jämnt fördelade över länet.

Länsövergripande verksamheter har av tradition varit lokaliserade i centrala delar av Stockholms stad. Sedan 2007 är flertalet av dessa verksamheter lokaliserade till Rosenlunds sjukhus.

Handikapp & Habilitering utgör en gemensam resultatenhet inom SLSO och omfattas i sin helhet av ett enda vårdavtal med HSN-förvaltningen.

### **Målsättning med nytt ersättningsystem**

Andelen brukare som får tid inom 4 veckor för ett första besök varierar mellan olika mottagningar. På lokala habiliteringscenter varierar denna andel mellan 56 % och 100 %. På de länsövergripande verksamheter som har mottagningsverksamhet varierar andelen brukare som får ett första besök inom 4 veckor mellan 38 % och 100 %. Under år 2007 fick i genomsnitt 84 % av brukarna en tid inom 4 veckor.

Utformningen av ett nytt ersättningsystem bör ske med målsättningen att:

- förbättra tillgängligheten
- öka produktiviteten
- öka anslutningen av nya brukare
- förbättra registreringen av verksamhetsinnehåll

Nuvarande väntetidssituation indikerar att antalet besök hos Handikapp & Habilitering bör öka, liksom antalet individer som får insatser av Handikapp & Habilitering. Detta bör i sin tur leda till att andelen brukare som får vänta mer än 4 veckor på ett första besök minskar.

### **Rörlig ersättning**

Den rörliga ersättningen föreslås utgöra 50 % av den totala ersättningen till Handikapp & Habilitering.

Ersättningsystemet skall stimulera till högre produktivitet, men samtidigt beakta det inom habiliteringen stora behovet av bredare kontaktytor än endast den mellan behandlare och patient.

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.

Ett besök på mottagning med en behandlare föreslås få vikten 1.

En förhållandevis stor andel av besöken inom habiliteringen sker med fler än en behandlare närvarande. Besök med flera behandlare föreslås få vikten 1,7.

För hembesök av en behandlare föreslås dubbelt så hög ersättning utgå som för ett mottagningsbesök, dvs ges vikten 2.

För hembesök med flera behandlare föreslås vikten 3,5.

För gruppbesök med en behandlare föreslås ersättningen per deltagande brukare ges vikten 0,5. En grupp kan bestå av 3-12 brukare.

För gruppbesök med flera behandlare (gruppteambesök) föreslås ersättningen per brukare ges vikten 0,7.

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

För varje individ som under ett kalenderår gör ett besök på ett habiliteringscenter och som inte behandlats inom verksamheten under de senaste 12 månaderna dessförinnan föreslås en särskild ersättning utgå. Härigenom ges en extra stimulans till att ta emot nya brukare. Ersättningen för ny brukare ges vikten 3.

Möten sker med brukarens professionella nätverk (i t ex förskola/skola, boende och daglig verksamhet) eller med dennes närstående för kunskapsöverföring/planering utan att brukaren närvarar. Syftet med mötet är att skapa förutsättningar för personer i nätverket att kunna bistå brukaren med adekvata insatser. Sådana indirekta kontakter åsätts vikten 1,5.

Deltagande i neuropsykiatriska utredningar med arbetsterapeut eller sjukgymnast föreslås ersättas med ovan angivna besöksersättningar. Med deltagande i neuropsykiatrisk utredning avses här en formellt efterfrågad åtgärd som dokumenteras i journal och där det finns en formulerad frågeställning (konsultationsremiss) för leverantörens deltagande.

Priserna för ovan angivna aktiviteter fastställs med utgångspunkt från totalkostnaden för verksamheten och verksamhetsvolymen för varje aktivitet, samt fastställda vikter. Priserna fastställs av Hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med beslut om nya vårdavtal.

### **Fast ersättning**

Den fasta ersättningen föreslås utgöra 50 % av den totala ersättningen till Handikapp & Habilitering.

Den fasta ersättningen föreslås fastställas med utgångspunkt från överenskommen vårdvolym och fastställda priser, varefter 50 % av totalsumman utgör fast ersättning.

Den fasta ersättningens fördelning inom Handikapp & Habilitering svarar leverantören själv för utifrån dennes kunskap om olika enheters behov. Resurserna är enligt ovan jämnt fördelade över länet.

### **Målrelaterad ersättning**

Målrelaterad ersättning föreslås utgöra 2 % av den totala årliga ersättningen och utbetalas efter redovisning av uppnådda kvalitetsmål. De kvalitetsmål som blir ersättningsgrundande skall väljas ut bland de mål som ingår i avtalets uppföljningsplan. I takt med att bättre resultatmått 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 når specificerade vitesnivåer föreslås vårdgivaren få betala ett vite med i uppföljningsplanen angivna procentsatser.

### **Kostnadskontroll**

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

För den rörliga delen av ersättningen måste ett ersättningstak finnas. Samtidigt som en takkonstruktion är oundviklig måste incitament finnas att öka besöken även efter det att avtalade vårdvolymen överskridits. Ersättningsnivån häfter föreslås begränsas till 10 % av överenskomna priser.

**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 omgående efter beslut om ersättningssystemet, under ledning av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Mona Boström  
Landstingsdirektör

Elisabet Wallin  
Chef för utvecklingskansliet