

Handläggare: Gustav Ohlén

Förslag till ny och enhetlig ersättningsmodell för geriatriskt basuppdrag inom SLL

Ärendet

Beställare Vård har tagit fram ett förslag till enhetlig ersättningsmodell för det geriatriska basuppdraget. Förslaget är baserat på strategidokumentet "Utveckling av sjukvårdens ersättningssystem" som beslutades i landstingsstyrelsen 2003-08-19 (LS0309-2381) och utgör ett led i en pågående översyn och utveckling av dagens ersättningsmodeller inom alla vårdgrenar.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta att föreslå landstingsstyrelsen besluta

- att* godkänna föreslagen ersättningsmodell för geriatriskt basuppdrag
- att* ersättningsmodellen införs successivt i hela SLL från och med 2006-01-01 i samband med omförhandling, förnyelse av avtal eller upphandling
- att* ge Beställare Vård i uppdrag att fortsätta detaljutformningen av ersättningsmodellen samt
- att* ge Beställare Vård i uppdrag att fastställa en gemensam nivå på DRG- och kapiteringsersättningarna.

Vidare föreslås utskottet att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens synpunkter

Förslaget berör alla kliniker med ett geriatriskt basuppdrag oavsett driftsform, och ger stor enhetlighet beträffande ersättningsformer och ersättningsnivåer. Ersättningsmodellen innehåller en andel produktionsrelaterad ersättning, en andel fast ersättning samt en andel målrelaterad ersättning.

Arbetet med en ny ersättningsmodell inför 2006 års avtal har skett i nära samarbete med olika produktionsföreträdare, landstingsdrivna och privata. Alla större enheter har varit representerade och arbetet har pågått under ca 5 månader där beställaren har haft det slutliga ansvaret att utarbeta och fastställa en ersättningsmodell.

Ett av målen med förslaget är att uppnå *enhetlighet och jämförbarhet* avseende de ekonomiska villkoren för producenterna. Enhetlighet uppnås genom

att tillämpa en landstingsövergripande ersättningsmodell. Utmaningen är att skapa, förankra och införa en sådan modell utifrån dagens relativt varierande utgångsläge och i en situation med snäva budgetramar.

Ett annat mål är att *stimulera kvalitetsutvecklingen* vid de geriatriska klinikererna genom att koppla ekonomiska incitament till uppnådda kvalitetsmål.

Ett ytterligare mål med en ny ersättningsmodell är att *koppla ersättning till den nyframtagna uppdragsbeskrivning* som ger respektive geriatrisk klinik ett områdesansvar gällande alla innevånare 65 år eller äldre. Detta områdesansvar utökas i ersättningsmodellen till att även gälla ett ekonomiskt ansvar. Kommande strukturbeslut med syfte att föra ut vård från akut sjukhusen till närsjukvården ökar kraven på ett gott flöde mellan akutsjukvård – geriatrik-kommunalt omhändertagande: Detta ger ytterligare incitament till att låta de geriatriska klinikererna ansvara för befolkningen i området.

Sammanfattning

De viktigaste delarna i förslaget till ny ersättningsmodell:

- En sammanhållen och enhetlig ersättningsmodell för alla länets geriatriska kliniker med ett geriatriskt basuppdrag avseende grundprinciper, ersättningsformer och mer enhetliga ersättningsnivåer.
- Ersättningsmodellen består av en produktionsrelaterad ersättning, en fast ersättning, vilket i sin tur består av kapiteringsersättning och kompletterande uppdragsersättning, samt en målrelaterad ersättning.
- Den målrelaterade ersättningen utgör 4,2 % av den beräknade totala årsersättningen och grundas på landstingsgemensamma mål.
- Modellen stödjer uppdragsbeskrivningens områdesansvar för befolkningen 65 år eller äldre i respektive område
- Målrelaterad ersättning med incitament för direktintag och förbättrat flöde från akutsjukhusen.

Bakgrund till förslaget

En utveckling från dagens situation då flera olika varianter av ersättningsmodeller används på länets geriatriska kliniker, till en situation med en enhetlig ersättningsmodell är önskvärd. En annan viktig utgångspunkt 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, har landstingsstyrelsen nyligen antagit Beställare Vårds förslag om en uppdaterad och enhetlig uppdragsbeskrivning med tillhörande uppföljningsplan. Denna gäller motsvarande basuppdrag för geriatrisk vård och projekten är beroende av varandra och samverkar.

Dagens ersättningsmodeller

Dagens ersättningsmodeller varierar både beträffande principer och nivåer och innebär att de ekonomiska villkoren skiljer sig väsentligt och jämförelser mellan verksamheter försvåras.

De geriatriska klinikernas intäkter baseras idag på produktionsrelaterad ersättning (DRG systemet med poängpris), fast ersättning per vårdtillfälle eller helt fast ersättning. Nivån och principerna i de olika geografiska områdena skiljer sig vilket till del förklaras av lokala satsningar beslutade av de tidigare sjukvårdsområdena.

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.

Förslag till ersättningsmodell

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 ersättningsmodellen för geriatriskt basuppdrag är termen *produktionsrelaterad ersättning* synonym med DRG ersättning samt termen *uppdragsrelaterad ersättning* i synonym med de två komponenterna *kapitering* och *kompleterande uppdragsersättning*

Utöver dessa två komponenter består modellen av en del målrelaterad ersättning. Se illustration nedan.

<p>A – Produktionsrelaterad ersättning – 25 – 45 %</p>

<p>* DRG viktlista med gemensamt poängpris</p>
--

<p>B – Uppdragsrelaterad ersättning – 50 – 70 %</p>
--

<p>* Gemensam kapiteringsersättning</p>

<p>* Kompletterande uppdragsersättning, kan variera mellan olika kliniker</p>

<p>C – Målrelaterad ersättning – 4,2 %</p>

Den produktionsrelaterade andelen av totalersättningen kommer att variera beroende på den enskilda enhetens produktionsvolym i antal DRG poäng. Den uppdragsrelaterade delen kommer att variera beroende på befolkningsunderlag, samt andra geografiska faktorer som ersätts inom den kompletterande uppdragsersättningen.

***A - Rörlig, Produktionsrelaterad ersättning
/ enligt DRG viktlista med poängpris***

En nyckelfråga är hur stor den rörliga delen av totalersättningen bör vara. I föreslagen ersättningsmodell kommer ett fast poängpris gälla för alla kliniker och appliceras på det i dag rådande DRG-systemet. Det fasta poängpriset föreslås sättas så att det motsvarar ca 35% av totalersättningen.

I varje avtal kommer ett absolut tak finnas för den produktionsrelaterade ersättningen. Nivån på taket sätts utifrån tidigare produktion, förväntad befolkningsförändring och konsekvenser av överföring av patienter från akutsjukhusen till närsjukvården. Nivån ger också en fördelning av risken mellan beställaren och producenten, vilket kan påverka nivån som kan komma att variera mellan olika avtal.

***B - Fast, uppdragsrelaterad ersättning.
/ kapitering och kompletterande uppdragsersättning***

Kapiteringsersättning blir en viktig komponent i den nya ersättningsmodellen.

Uppdragsrelaterad ersättning består av två delar, *kapitering* och *kompletterande uppdragsersättning*. Kapiteringsersättningen utbetalas per prognostiserad boende, 65år och äldre, i respektive kliniks betjäningsområde.

Förslag till principer för kapitering och *kompletterande uppdragsersättning*:

- Kapitering
 - En nivå, lika för alla kliniker i SLL.
 - Åldersviktad i tre åldersklasser.
- Kompletterande uppdragsersättning bestående av bland annat följande komponenter:
 - För socioekonomiska faktorer.
 - Momskompensation.
 - Olika geografiska och lokala förutsättningar.
 - Omställningsbidrag
 - Rekryteringskostnader
 - Förutsättningar för lokaler

Kapitering

Nivån på kapiteringen föreslås vara lika för alla geriatrika kliniker. Grundkapiteringen är som tidigare viktad i åldersklasser och bygger i förslaget på beräkningar utifrån dagens konsumtionsmönster. Åldersvikterna är idag för ålderklassen 65-75 år = 1,0, för 75-84 år = 4,0 och för 85 år och uppåt = 9,0. Diskussion pågår med samhällsmedicin för att vidareutveckla denna viktning på sikt.

Kompletterande uppdragsersättning

Respektive kliniks resursåtgång för att genomföra sitt basåtagande varierar till en del beroende på var den är belägen. Framförallt varierar uppdragets tyngd med betjäningsområdets socioekonomiska nivå. Andra faktorer är kommunal utbyggnad, moms, omställningsbidrag, förhöjda rekryteringskostnader mm. För dessa faktorer föreslås en "områdesberoende" ersättning som i modellen kallas Kompletterande uppdragsersättning. Denna komponent beräknas individuellt för varje klinik.

C - Målrelaterad ersättning

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

Förslag avseende målrelaterad ersättning:

- Målrelaterad ersättning utgör (2006) 4,2 % av den beräknade totala årsersättningen och utbetalas efter redovisning av uppnådda mål.
- De mål som är ersättningsgrundande skall täcka SLL:s sex övergripande kvalitetsförbättringsområden och väljs ut bland de uppföljningsmål som ingår i avtalens uppföljningsplansom tidigare är tagen av Landstingsstyrelsen.
- Områden som målrelaterad ersättning täcker för 2006 är medicinsk kvalitet, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård samt vård i rimlig tid.

Beräkningsgrund för den målrelaterade ersättningen är att den utgör en procentuell andel (4,2 % år 2006) 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.

Övriga ersättningar

Ett av syftena med den nya ersättningsmodellen är att minimera antalet tilläggsersättningar, justeringsersättningar och speciallösningar. I föreliggande förslag kommer inga tilläggsersättningar att vara nödvändiga, en ”ren” ersättningsmodell bör kunna tillämpas.

Avgränsning

Den föreslagna ersättningsmodellen avser endast basuppdraget, inklusive områdesansvar, för geriatriskt basuppdrag i SLL oavsett driftsform. Det innebär att tilläggsuppdrag för t.ex. läkararinsatser i särskilt boende, ASIH/SAH inte omfattas av föreslagen modell. Ersättningen för tilläggsuppdrag hanteras i särskilda avtal.

Modellen innebär att kostnadsansvaret för medicinsk service ligger på respektive klinik och ingår således i ersättningen, motsvarande förutsättningar har även gällt i tidigare ersättningsmodeller.

Konsekvenser av förslaget – införande, effekter och kostnader

Införande

Införandet av modellen planeras att ske successivt från nyår 2006 samtidigt som nuvarande avtal löper ut, omförhandlas eller upphandlas.

Ett införande över hela SLL av en gemensam ersättningsmodell leder per definition till större enhetlighet, utgångsläget för olika producenter i förhållande till den föreslagna modellen varierar dock vilket innebär att successivt ökad enhetlighet är det enda möjliga alternativet. Vissa övergångslösningar av olika slag kommer att krävas.

Effekter

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

Fördelar för de geriatriska klinikerna

- rättvisare resursfördelning och tydligare spelregler
- möjlighet till ökade intäkter - den som ”gör mer får mer”
- ökad möjlighet att ta hand om ”sin befolkning”
- stöd för att utveckla nya rationella arbetssätt och vårdprocesser
- stöd för arbete med kvalitetsutveckling

Fördelar för landstinget/systemet

- bättre förutsättningar för jämförelse och styrning
- tydligare uppdrag och ersättning på lika villkor
- ett områdesansvar som stödjer närsjukvårdstanken
- förutsättningar för förenklad fakturering och avtalsadministration med enhetliga modeller och system

Risker för geriatriska klinikerna

- ökat ansvar med områdesansvar
- ökat ekonomisk risk med områdesansvar
- 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 ett högre tak
- ökad administration vid införande – resurskrävande att förhandla efter nya principer och värdera behovet av övergångslösningar mm.

Anna-Stina Nordmark-Nilsson

Sören Olofsson