

Handläggare:
Georg Engel
Christina Holmström

Uppföljning och justering av ersättningsmodell för husläkaruppdraget och förslag till enhetlig ersättningsmodell för hemsjukvård 2006

INNEHÅLL

1. Grundfakta om ersättningsmodellen
2. Uppföljning av ersättningsmodellen:
 - a. Hur enhetlig och jämförbar blev den?
 - b. Har tillgängligheten förbättrats?
 - c. Effekter av målrelaterad ersättning?
 - d. Kostnadsutveckling
 - e. Övriga erfarenheter av den nya modellen?
3. Sammanfattning av erfarenheterna av den nya ersättningsmodellen.
4. Förslag till beslut om justeringar i ersättningsmodellen.
5. Förslag till ny ersättningsmodell för basal hemsjukvård

1 GRUNDFAKTA OM ERSÄTTNINGSMODELLEN

Bakgrund och grundkomponenter

I augusti år 2003 beslutade Landstingsstyrelsen om "Utveckling av sjukvårdens ersättningssystem" (LS0309-2381). Beslutet innehåller en principiell ersättningsmodell som innebär att totalersättningen till en viss vårdenhet bör utgöras av en balanserad mix av de tre ersättningsformerna produktionsrelaterad, uppdragsrelaterad och målrelaterad ersättning.

I augusti 2004 tog Landstingsstyrelsen beslut om "Ny och enhetlig ersättningsmodell för husläkarmottagningar" (LS0309-2381). För alla detaljer om ställningstaganden och utgångspunkter i den nya ersättningsmodellen hänvisas till nämnda tjänsteutlåtande. Grundmodellen utgjorde en utgångspunkt för arbetet med en enhetlig ersättningsmodell för husläkarmottagningar.

Ersättningsmodellen avser basuppdraget, inklusive områdesansvar, för husläkarmottagningar i SLL oavsett driftsform. Det innebär att tilläggsuppdrag för t.ex. hemsjukvård¹, BVC, kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, läkarinsatser i särskilt boende och jouråtagande inte omfattas av modellen. Ersättningen för sådana tilläggsuppdrag hanteras i särskilda avtal.

¹ I detta tjänsteutlåtande läggs ett förslag om ny ersättningsmodell för basal hemsjukvård.

Syften och mål

De tre viktigaste målsättningarna med den nya ersättningsmodellen var att uppnå:

1. **Mer enhetliga och jämförbara ekonomiska villkor för all husläkarverksamhet i SLL oavsett driftsform.**
2. **Bidra till att förbättra tillgängligheten genom höjda ersättningsnivåer för patientbesök vilket förväntas leda till fler besök.**
3. **Stimulera kvalitetsutvecklingen vid husläkarmottagningarna genom att koppla ekonomiska incitament till uppnådda kvalitetsmål.**

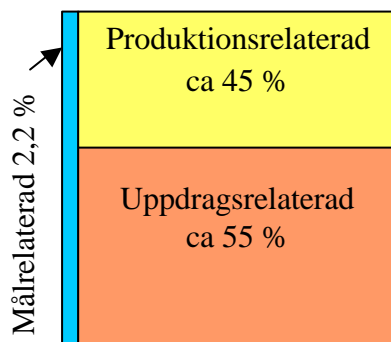
Utgångsläget var en situation där det fanns ett flertal olika ersättningsmodeller inom länet. Ersättningsnivåerna skiljde avsevärt och viktiga grundprinciper som kostnadsansvar för medicinsk service delade länet i två halvår. Jämförelser inom länet var mycket svåra att åstadkomma och enhetlig styrning med ekonomiska incitament komplicerad. Bristen på enhetlighet gjorde att beställaren som helhet hade vissa svårigheter att säkerställa konkurrensneutralitet i alla delar. Sammantaget fanns ett starkt önskemål om mer enhetliga och jämförbara ersättningsvillkor.

Önskemål om en högre andel ersättning per patientbesök för husläkarmottagningar hade funnits länge. Den största förändringen i ersättningsmodellen är just den höjda besöksersättningen. En ökad andel besöksersättning är i första hand ett incitament till husläkarmottagningarna att ta emot ett ökat antal besök. Mot bakgrund av krav på ökad tillgänglighet i sjukvården och i synnerhet på husläkarmottagningar, beslut om remisskrav, närsjukvårds-satsningar och strukturbeslut i syfte att föra ut vård från sjukhusen behöver antalet besök på husläkarmottagningarna öka. Förutom incitamentet till enskild vårdgivare finns även systemeffekter. Ett ökat antal besök vid husläkarmottagningarna bör långsiktigt leda till att husläkarverksamheten stärks och att besöken vid specialistmottagningar och sjukhus minskar.

Ersättning baserad på uppnådda resultat och specifika kvalitetsmål hade funnits tidigare inom husläkarverksamheten i SLL. Men olika principer och nivåer användes över länet. Det viktigaste målet, förutom enhetlighet, är här att utveckla hela processen mellan beställare och vårdgivare kring att ställa kvalitetskrav i avtal. Mer enhetlighet ökar möjligheten till jämförelse mellan vårdgivare.

Ersättningsmodellens olika delar

I ärendet angående ersättningsmodellens utformning var inte all detaljutformning klar och kunde därmed inte beskrivas. Nedan beskrivs hur ersättningsmodellen för husläkarmottagningar slutligen utformades.



Husläkarmodell

Husläkarmodellen innebär att andelen produktionsrelaterad ersättning, besöksersättning, i genomsnitt är ca 45%. Den uppdragsrelaterade ersättningen, kapiteringen, är i genomsnitt ca 55%. Förhållandet varierar mellan mottagningarna. Om en mottagning exempelvis har hög prestationsnivå och har låg kapitering så blir relationen en annan. Totalt sett höjdes den prestationsrelaterade ersättningen från knappt 20% till ca 45%. Den målrelaterade ersättningen är 2,2% av totalersättningen.

Uppdragsrelaterad ersättning – del 1

Den uppdragsrelaterade ersättningen kallas i vardagslag för *kapitering*² och består av grundkapitering, kapitering för enklare medicinsk service och två områdesbaserade kapiteringsersättningar:

- Grundkapitering*. Den har fyra olika nivåer beroende på ålder (0-5 år, 6-64 år, 65-74 år, 75- w år)³.
- Kapitering för enklare medicinsk service*. Ersättningen för medicinsk service ersätts till 50% i form av kapitering. Se även under produktionsrelaterad ersättning.
- Socioekonomiskt baserad kapitering*. Den består av två delar. En del är primärvårdsindex⁴ exklusive ålder. Ersättningen varierar mellan mottagningarna men alla får den. Den andra delen är ett tillägg för hög andel (>35%) utomnordiskt födda. Ett fåtal mottagningar får ytterligare kapiteringstillägg för detta.
- Områdesansvarskapitering*. Alla mottagningar med områdesansvar får en kapitering per ansvarpatient.

² Med kapitering menas att det utgår ersättning för varje ansvarspatient, dvs person som är listad på husläkarmottagningen eller är olistad men boende i det område husläkarmottagningen har ansvar för (betjäningsområde).

³ Nivåerna för de olika åldergrupperna är: 1,19; 1,00; 2,59; 3,56

⁴ Primärvårdsindex utan ålder tas fram av Centrum för Folkhälsa och baseras på hur stor del av befolkningen som har följande faktorer vilka är korrelerade till hög ohälsa; utomnordisk bakgrund, nordisk bakgrund (exkl. svensk), låg inkomst, socialbidragstagare, ensamboende, låg utbildningsnivå.

Produktionsrelaterad ersättning – del 2

Besöksersättningen är en ”styckeersättning” för fysiska patientbesök hos läkare eller sjuksköterska/undersköterska på mottagning eller i hemmet. Besöksersättningen har höjts vilket medför att kapiteringsnivåerna har sänkts för att skapa utrymme för den nya besöksersättningen.

Besöksersättningen är högre för patienter över 75 år och högre vid hembesök än vid mottagningsbesök. Besöksersättningarna begränsas av ett volymtak som fastställs enhet för enhet efter förhandling. Grundprincipen för att fastställa volymstaket skiljer sig om mottagningarna ligger över eller under genomsnittlig besöksnivå i SLL. En utförligare beskrivning av volymtaket återfinns i bilaga A.

Ersättningen för enklare medicinsk service ersätts till 50% per besök. En förenklad beskrivning av modellen är att husläkarmottagningen har kostnadsansvaret för enklare provtagning (fr a kemlab och baktab) medan dyrare medicinska undersökningar (fr a röntgen, patologi och fysiologi) är en s.k. fri nyttighet för vårdgivaren.

Målrelaterad ersättning – del 3

Den målrelaterade ersättningen beräknas som en andel av den beräknade totala årsersättningen och grundas på gemensamt överenskomna kvalitetsmål. Detta innebär att den målrelaterade ersättningen inte utbetalas utöver uppdragsersättning och produktionsrelaterad ersättning utan utgör en andel av dessa.

2 UPPFÖLJNING AV ERSÄTTNINGSMODELLEN

År 2005 har 125 mottagningar övergått till den nya ersättningsmodellen. Inför 2006 planeras ytterligare ca 45 mottagningar övergå. Då återstår ca fem mottagningar vars avtal löper ut senare.

En tidig uppföljning av den nya ersättningsmodellen har efterfrågats. I vilken grad har syften och mål uppnåtts?. Andra frågor har också framförts från både vårdgivare och politiker. Det har funnits oro för oönskade effekter. Vidare kan en tidig utvärdering utgöra grund för förslag på justeringar och tillägg till modellen. Sådana bör då införas så fort som möjligt eftersom ett stort antal nya mottagningar väntas gå in i den nya modellen 1 januari 2006.

En utvärdering efter endast några månader är fullt möjlig att göra men tolkningen av resultatet är naturligtvis vanskelig av flera olika skäl. Statistiken är baserad på en *mycket* kort tidsperiod. Registreringsrutinerna är nya för alla aktörer vilket ger instabil statistik. Det har det förekommit tekniska inkörningssvårigheter kring fakturering och besöksrapportering, vilket kommenteras senare i tjänsteutlåtandet. Vidare är flera av målsättningarna beroende av att de ekonomiska incitamenten leder till beteendeförändringar vilka tar betydligt längre tid än ett par månader.

Utvärderingen tar sin utgångspunkt i de tre målsättningarna som hämtats från det ursprungliga tjänsteutlåtandet.

2a Hur enhetlig och jämförbar blev den nya ersättningsmodellen?

För första gången har SLL en landstingsövergripande husläkarmodell. Ett flertal principer har vunnit totalt genomslag och många komponenter i modellen är helt enhetliga. *Jämförbarhet* mellan alla husläkarmottagningar har uppnåtts och därmed finns nu stora möjligheter till en fortsatt samlad utveckling och styrning av husläkarnas ersättningsmodell.

Nedan följer kortfattad analys av graden av enhetlighet i olika parametrar.

Besöksersättningar

Alla mottagningar använder samma tillämpning och nivåer.

Beslutad besöksersättning 2005		
Inkl patientavgift	Mottagning Kronor/besök	Hembesök Kronor/besök
Läkare	300	400
Läkare, (pat. över 75 år)	400	500
Dsk/Ssk/Usk	200	250
Dsk/Ssk/Usk, (pat. över 75 år)	250	300

Ersättningar för medicinsk service

Alla mottagningar använder samma tillämpning och nivåer; 70 kr i kapiteringsersättning och 75 kr per besök.

Målrelaterad ersättning

Alla mottagningar använder samma grundprinciper och det är en enhetlig nivå på 2.2% av den totala ersättningen. De kvalitetsmål som är ersättningsgrundande består dels av 8 mål som är gemensamma för alla husläkarmottagningar, dels ett antal lokala kvalitetsmål överenskomna mellan producent och beställare.

Kapiteringsersättning

Modellens grundprinciper tillämpas för alla mottagningar och det går att få fram en jämförbar totalkapitering. Socioekonomiskt baserad kapitering tillämpas enhetligt. Områdesansvarskapiteringen är enhetlig, 5 kr, för alla som har ett områdesansvar⁵. Åldersklasserna för grundkapitering är enhetliga. Nivån på grundkapiteringen är inte enhetlig annat än inom vissa delar av länet. Det utvecklas närmare i avsnitt nedan.

⁵ Endast fem husläkarmottagningar har inte områdesansvar.

Övrigt

Ersättningsmodellen har medfört nya registreringsrutiner för alla. Registreringen av vårdproduktionen har även förbättrats på flera olika sätt. Ett flertal mottagningar som tidigare haft manuell inrapportering rapporterar nu maskinellt till VAL-databasen. Som ett led i arbetet med större enhetlighet pågår det även ett kontinuerligt arbete med att se till att tolkningar och anvisningar för ex patientavgifter och besöksregistreringar blir enhetliga i hela länet.

Fördjupad beskrivning av kapiteringsnivåerna

En ideal ersättningsmodell skall kunna ge en exakt rättvis ersättningsnivå till varje mottagning. Flera faktorer gör att den nya ersättningsmodellen inte fullt ut kunnat tillämpas ”skarpt”. Den viktigaste faktorn är att utgångsläget för olika mottagningar varierade mer än förväntat. Variationerna beror dels på geografisk belägenhet, tidigare satsningar och politiska beslut.

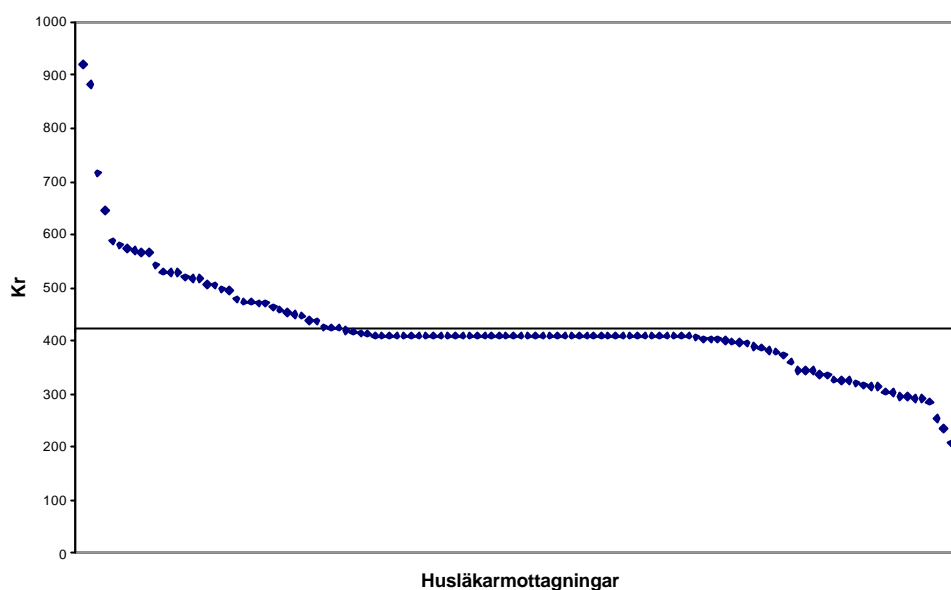
En annan viktig faktor är att modellen inte beaktar/inkluderar samtliga faktorer som påverkar resursbehovet vid en husläkarmottagning. I vissa områden gör rekryteringssvårigheter att kostnaderna för att driva en husläkarmottagning är högre. I andra områden med stort övrigt vårdutbud är det mindre resurskrävande att driva en husläkarmottagning. Den faktiska ersättningen för en verksamhet baseras därför på en förhandling mellan beställare och vårdgivare där modellen är en utgångspunkt och mottagningens faktiska villkor en annan utgångspunkt.

I beslutet fanns en tydlig reservation kring att övergångslösningar skulle komma behövas under flera år framöver och att nivån på kapiteringsersättningen därför kommer att fortsätta att variera mellan producenterna.

Grundkapitering

Grundkapiteringen utgör i genomsnitt drygt 40% av totalersättningen. Som nämnts är det grundkapiteringen som inte är enhetlig utan där kvarstår stora variationer. Nedan visas hur grundkapiteringen fördelar sig mellan mottagningarna.

Diagram: Grundkapitering per mottagning, kr

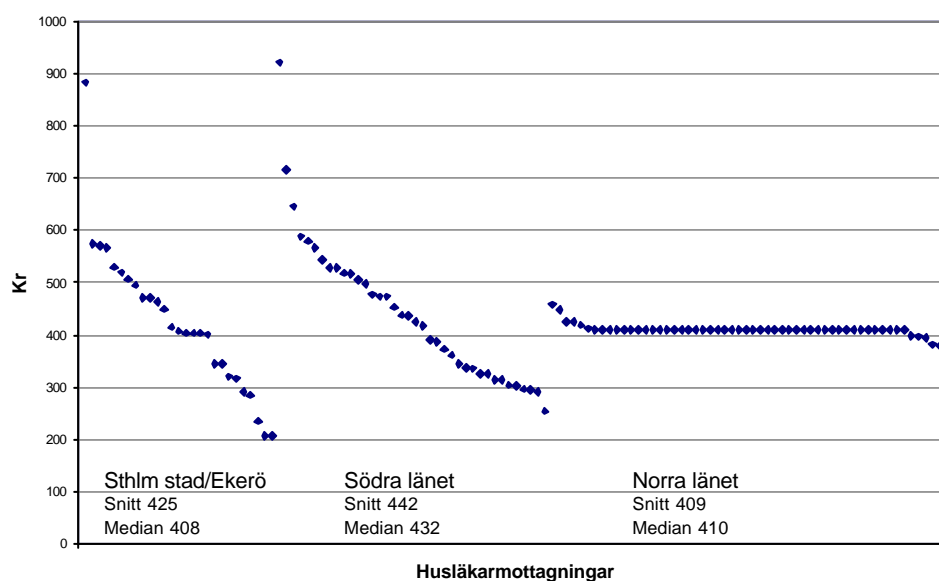


Den genomsnittliga kapiteringen ovan är 423 kronor vilket är markerat med ett streck i diagrammet. Medianen är något lägre; 410 kr. Om ytterligheterna tas bort och vi exkluderar de 10% som ligger högst och lägst så är spannet mellan 315-529 kronor, dvs en skillnad på 68%.

Det finns inte någon motsvarande grundkapitering att jämföra med från tidigare år, dvs. före modellens införande, men förvaltningens bild är att en viss utjämning har skett. Det finns ett svagt samband mellan hög socioekonomiskt baserad kapitering och högre grundkapitering.

Nedanstående bild illustrerar variationen geografiskt i länet.

Diagram: Grundkapitering per mottagning, geografiskt sorterade, kr



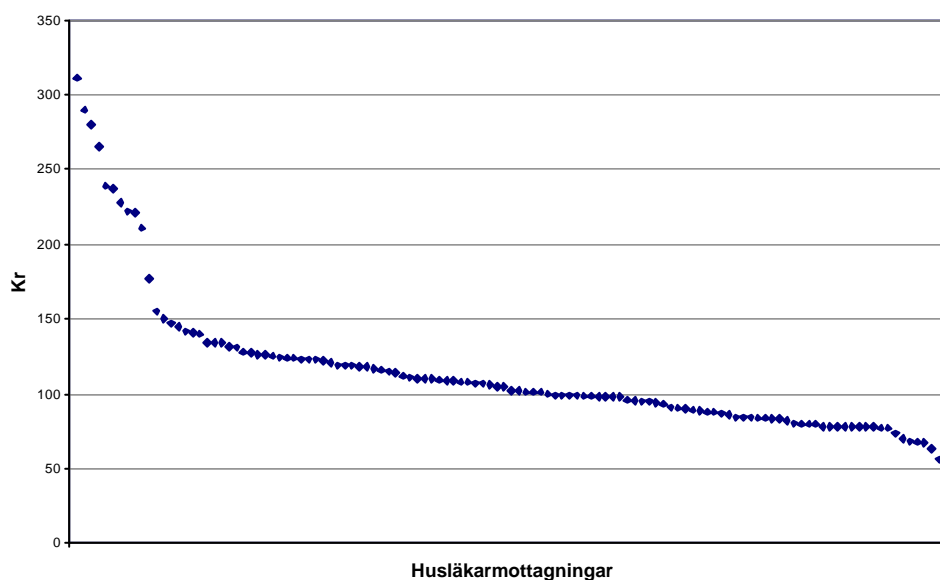
Variationer i grundkapitering är betydligt större mellan mottagningarna inom Södra länet och Stockholms stad/Ekerö än inom Norra länet. Genomsnittet i de geografiska områdena skiljer sig dock inte mycket åt. Den främsta orsaken till att kapiteringsnivåerna i Norra länet ligger så pass jämt är att utgångsläget var betydligt jämnare där än i övriga delar av länet.

Hur stora variationer som är motiverade eller eftersträvansvärda är svårt att fastslå. Ersättningsmodellen innehåller inte alla faktorer som speglar resursåtgång. Det bör dock vara både rimligt och genomförbart att uppnå jämnare nivåer är vad som är fallet idag.

Socioekonomiskt baserad kapitering

Den socioekonomiskt baserade kapiteringen utgör knappt 10% av totalersättningen i genomsnitt. Ersättningen varierar mottagning för mottagning baserat på ett socioekonomiskt index. Skillnaderna i ersättning varierar med skillnader i respektive ansvarsbefolknings ohälsotal vilket i sin tur är beräknat på ett antal mätbara socioekonomiska faktorer. Ersättningen varierar mellan 56 och 311 kr per ansvarspatient. Kurvan visar vilket belopp respektive mottagning får

Diagram: Socioekonomiskt baserad kapitering per mottagning, kr



Den genomsnittliga ersättningen är 115 kr. Ungefär 10% av mottagningarna erhåller betydligt mer (>155 kr) än resterade mottagningar. Bland de mottagningar som har högst ersättning återfinns exempelvis mottagningar i Fittja, Tensta och Alby och bland de mottagningar som erhåller låg ersättning återfinns ex i Stocksund, Djursholm och Enebyberg. De viktiga frågorna avseende socioekonomisk kapitering är om storleken på tillägget är tillräckligt och om spridningen är rätt. Inga utvärderingar har ännu kunnat genomföras för att besvara dessa frågor. Åsikter som argumenterar för förändringar av modellen finns men dessa går i ”alla riktningar”.

Mottagningens läge respektive driftsform

När ersättningsmodellen gjordes så diskuterades om faktorn befolkningens tillgång till ett stort vårdutbud i närområdet skulle avspeglade sig i modellen. Det gäller framför allt de husläkarmottagningar som är belägna i Stockholms innerstad. Modellen innehåller inte någon sådan komponent i dagsläget men jämförbarheten på systemnivå gör att vissa analyser kan göras av denna faktor. Av de mottagningar som har omförhandlats i innerstan så ligger alla klart under länssnittet vad gäller grundkapitering. Därmed kan man säga att det finns en sådan hänsyn tagen i praktiken.

En av målsättningarna för modellen var att det skulle vara enhetliga och jämförbara ekonomiska villkor oavsett driftsform. Modellen gör ingen skillnad på driftsform. Förhandlingar har förts på samma sätt oavsett driftsform och en analys av utfallet visar inga systematiska skillnader.

2b Har ersättningen påverkat tillgängligheten?

Besöksutveckling

En jämförande studie har gjorts av hur besöksutvecklingen har varit i genomsnitt under det första kvartalet i år vid husläkarmottagningar som tillämpar respektive inte tillämpar det nya ersättningssystemet jämfört med samma tid ifjol. Antalet besök har förändrats enligt följande:

Husläkarmottagningar med	Läkare	Sköterskor
- nya ersättningssystemet	+ 7 %	+ 3,5 %
- gamla ersättningssystemet	0 %	+ 2 %
Genomsnitt	+ 5 %	+ 3 %

Flera orsaker torde ligga bakom ökningen av besöken. Bemanningen av husläkarbefattningar har successivt förbättrats inom geografiska områden som haft många vakanta befattningar. Nya rutiner och nya IT-lösningar för att förbättra kvaliteten i inrapporteringen av besöksdata har införts och en del av ökningen är hänförlig till förbättrad registrering och inrapportering. I viss utsträckning har hänsyn tagits till detta i jämförelsen, genom *exkludering av mottagningar med kända eller uppenbara brister i registreringen*.

Redan under förra året skedde en ökning av husläkarbesöken, dvs innan modellen infördes. Den ökningen har således fortsatt i år. Även om fler faktorer än det nya ersättningssystemet påverkat besöksutvecklingen är skillnaden mellan mottagningar som har respektive inte har det nya ersättningssystemet så stor att den knappast kan förklaras på annat sätt än att övergång till en större andel ersättning per besök påverkat produktiviteten i husläkarverksamheten.

En viss osäkerhet finns i analysen för dem som har det gamla ersättningssystemet då de mottagningarna har större brister i det statistiska underlaget.

En studie har även gjorts av i vilken utsträckning antalet individer som besökt husläkarmottagningen ökat, d v s om ökningen av besöken skett genom att nya individer besökt husläkarmottagningarna eller om samma individer gjort tätare besök. Undersökningen visar att antalet individer som besökt husläkarmottagningarna har ökat med 4,5 % jämfört med samma tid ifjol. Den ökning som skett av besöken har således i huvudsak bestått i att fler individer än tidigare tagits om hand inom primärvården. Den farhåga som funnits om att ökad besöksersättning skulle medföra att patienter kallas till onödiga återbesök har inget stöd i undersökningen.

Väntetider

En ökad produktivitet i husläkarverksamheten bör leda till kortare väntetider för besök.

Husläkarmottagningarna rapporterar till Sveriges Kommuner och Landstings riksövergripande väntetidssammanställning. Rapporteringen har från Stockholms län tidigare varit bristfällig, men har successivt förbättrats. För två år sedan rapporterade 45% av husläkarmottagningarna i länet väntetider och vid den senaste mätningen 76 %. Skälen till ökningen är sannolikt att rapportering numer är ett av kraven för målrelaterad ersättning. Mätningen omfattar både patienter som kommit till sk öppna mottagningar utan tidsbokning och patienter som fått tid bokad. Den senaste mätningen genomfördes i april innevarande år och gav följande resultat.

Väntetid i antal dagar	2005	
0	59 %	} 85%
1- 2	13 %	
3- 7	13 %	
8-14	7 %	
15-30	6 %	
31-	2 %	

Andelen patienter år 2005 med en väntetid under 8 dagar var således 85 %. Detta är en ökning jämfört med tidigare år - 2004: 83 %, 2003: 79 %. En viss förbättring av väntetidssituationen har således skett.

En jämförelse har också gjorts av resultaten i Vårdbarometern våren 2005 jämfört med hela 2004. Den fråga som har studerats lyder: "Hur länge fick du vänta från det att du ringde tills det att besöket ägde rum?"

	Hela år 2004	Våren 2005
Behövde ej vänta, fick tid samma dag	33%	38%
Inom 7 dagar	36%	38%
Mer än 7 dagar	28%	20%
Vet ej	3%	4%

Av svaren i Vårdbarometern kan konstateras att också patienterna upplevt att väntetiderna blivit kortare.

Påverkan på besöken i övrig sjukvård

Förutom målsättningen att förbättra tillgängligheten har förhoppningen varit att ökningen av husläkarbesöken skall motsvaras av en minskning av besöken i övriga delar av vårdssystemet.

Besöksutvecklingen i akutsjukvården påverkas av fler faktorer än kapaciteten och tillgängligheten i primärvården. Det studerade tidsperioden är också kort. Besöken i akutsjukvården har under årets första kvartal sjunkit med 5 % i förhållande till motsvarande kvartal förra året. En lika stor minskning, dvs 5% har skett av besöken hos de privata specialistläkarna. Mycket tyder därför på att en viss förskjutning av besök skett från sjukhus och privata specialister till primärvården.

Antalet besök vid närakuterna är i stort oförändrat jämfört med föregående år. Satsningen på närakuter har ännu inte slagit igenom och den totala besöksvolymen vid närakuter är dessutom mycket liten (enstaka procent) jämfört med besöksvolymen vid alla husläkarmottagningar.

Diagnosfördelning

Det går ännu inte att utläsa några effekter på verksamhetsinnehållet av det nya ersättningssystemet. Genom det system för uppföljning av bl. a. diagnosuppgifter, som är under införande (PriRapp), kommer förändringar i husläkarverksamhetens innehåll att successivt kunna avläsas. Hittills är dock underlaget för svagt för analys då endast ca 30 av 175 mottagningar är med.

2c Effekter av målrelaterad ersättning

Ersättning baserad på uppnådda resultat och specifika kvalitetsmål har funnits tidigare inom husläkarverksamheten i SLL. I och med den nya ersättningsmodellen för husläkare har målrelaterad ersättning blivit betydligt mer enhetligt tillämpad.

En avtalsbilaga är bilagd för att visa ett exempel på kvalitetsmål och viktning, se bilaga B. Värt att notera i bilagan, förutom de ersättningsgrundande kvalitetskraven, är att den innehåller krav på rapportering avseende samverkan med andra vårdaktörer och rapportering av arbete kring livsstilsrelaterade sjukdomar.

Vilka effekter har uppnåtts?

Målrelaterade ersättningar är ett relativt ”omoget” område som genomgår en snabb utveckling. Endast för enstaka mål är ersättningen satt i relation till ett målvärde. De flesta målen är av karaktären att mottagningen ”bara” behöver rapportera in ett värde för att få ersättningen. Intresset för kvalitetsfrågorna

har emellertid ökat som en följd av att utfallet knutits till ekonomisk ersättning. En större enhetlighet beträffande principer, kvalitetsmål och ersättningsnivåer har uppnåtts. Exempel på effekter som delvis kan knytas till ny ersättningsform är att rapporteringen till Sveriges Kommuner och Landstings väntetidsmätning har ökat mycket kraftigt och diagnosrapporteringen har förbättrats under senaste året.

Ett ökat samarbete kring kvalitetsutvecklingsfrågor inom Beställare Vård och mellan Beställare Vård och vårdgivare kan noteras även om ytterligare ökad samverkan på detta område är viktig under kommande år.

De slutgiltiga effekterna av målrelaterad ersättning, i form av mätbart högre vårdkvalitet, är inte möjliga att bedöma efter den korta tid som förlupit sedan försöket startade. Mottagningarnas kvalitetsresultat kommer inte ens att vara inrapporterade förrän första kvartalet 2006, enligt avtalen!

Inför kommande år finns ett antal utvecklingsmöjligheter kring målrelaterad ersättning:

- En långsam men successiv höjning av andelen målrelaterad ersättning. För 2006 föreslås en höjning från 2,2% till 3,0%.
- Ökad samverkan med vårdgivarna för att finna de kvalitetsmått som bäst driver och stöttar kvalitetsutvecklingen.
- Kvalitetsmålen förses med målvärden/ribbor alltefter det att registreringen och kunskapen om kvalitetsindikatorer ökar.

2d Kostnadsutveckling

Besöken i husläkarverksamheten har under årets första kvartal ökat med 5 %. Inför år 2005 kalkylerades med en ökning av besöken som en effekt av det nya ersättningssystemet. Hänsyn till detta togs vid fastställande av per capitaersättningarna för år 2005. Den ökning som skett hittills under året är dock större än beräknat. Inget tyder på att denna trend kommer att brytas under resten av året. Kostnaderna för husläkarverksamheten beräknas överstiga den budgeterade nivån med 10-20 mkr. Häri ingår en viss ökning av kostnaderna för den medicinska service som husläkarna har kostnadsansvar för och som delvis är relaterad till antalet utförda besök.

I ersättningssystemet finns ett tak för antalet ersättningsberättigade besök, vilket begränsar kostnadsutvecklingen.

Besöken på sjukhusen och hos privata specialister har som redovisats ovan minskat under det första kvartalet. Detta trendbrott kan ha fler orsaker än besöksutvecklingen i husläkarverksamheten, men minskningens storlek talar för att här finns ett samband.

Om ca hälften av besöksminskningen hos privata specialister kan relateras till besöksökningen hos husläkare uppgår besparingseffekten till ca 30 mkr.

Minskningen av antalet besök på sjukhusen får i det korta perspektivet inte full ekonomisk effekt eftersom en stor andel av ersättningen till sjukhusen är fast. En lägre besöksvolym på sjukhusen påverkar dock kommande avtal

och ger lägre kostnader på sikt. Med samma antagande som för privata specialister och med beaktande av avtalskonstruktionerna kan besparingen grovt uppskattas till ca 40 mkr i år.

2e Övriga erfarenheter av den nya ersättningsmodellen

Införandet av den nya ersättningsmodellen har inneburit stora omställningar i registrerings- och faktureringsrutiner både inom Beställare Vård och hos vårdgivarna, såväl privat som offentlig. Den starka strävan mot större enhetlighet har gjort att en mängd inarbetade rutiner fått brytas upp till förmån för gemensamma rutiner. När systemet väl är inkört och intrimmat kommer detta leda till ett minskat administrativt arbete hos alla parter och betydligt större möjligheter till jämförelse och uppföljning.

Inkörningsperioden har inneburit svårigheter för parterna att ta fram stabila faktureringsunderlag. Detta har lett till merarbete för alla och viss irritation från vårdgivarnas sida. Beställaren har nu ett omfattande program igång för att åtgärda faktureringsproblemen. En lärdom är att stödsystemens betydelse inte skall underskattas. Ju mer avancerade ersättningsystem som införs desto större krav på stödsystemen. Bristande stödsystem är ett skäl till att införa telefonersättningar successivt, i den takt som stabila administrativa rutiner finns på plats.

3 SAMMANFATTNING AV ERFARENHETERNA AV DEN NYA ERSÄTTNINGSMODELLEN

Det har endast gått en kort tid och en tolkning av resultaten är vanskelig men från det underlag som finns så kan man dra följande slutsatser.

Sammanfattning av erfarenheter från första kvartalet med den nya ersättningsmodellen för husläkare

Införande och tillämpning av modellen:

- 125 av ca 175 husläkarmottagningar har avtal enligt den nya modellen
- Ersättningen är för första gången helt jämförbar mellan husläkarmottagningarna
- Enhetlig tillämpning över länet av följande ersättningskomponenter:
 - besöksersättning
 - socioekonomiskt baserad kapitering
 - områdesansvarskapitering
 - målrelaterad ersättning
 - ersättning för medicinsk service
 - enhetliga åldersklasser för grundkapitering
- Den prestationsrelaterade ersättningen har höjts från knappt 20 % till ca 45 % i genomsnitt.
- Grundkapiteringen varierar kraftigt och det är där som variationen samlats.
- Omfattningen på variationerna i grundkapiteringen skiljer sig över länet

Utvärdering av effekterna av ersättningsmodellen:

- Kort tid – osäkra slutsatser!
- Antalet läkarbesök vid husläkarmottagningar som har avtal enligt modellen har ökat med 7 %. Ökningen är större än vid de mottagningar som inte infört högre besöksersättningar.
- Antal individer som besökt husläkarmottagningar har ökat med 4,5 % vilket talar emot att besöksökningarna skulle bestå av ”onödiga återbesök”
- Ökad tillgänglighet och kortare väntetider ses i både vårdbarometern och väntetidsregister
- En antydning till förskjutning av besök från övrig sjukvård till husläkarmottagningar då antalet besök samtidigt:
 - har minskat med 5 % inom akutsjukvården
 - har minskat med 5 % hos privata specialister
 - är oförändrade på närakuter
- Beställarens kostnader för husläkarverksamhet ökar något mer än förväntat till följd av den starka besöksutvecklingen men kostnaderna för övriga öppenvårdsbesök minskar ännu mer
- Registreringen av besök har förbättrats

4 FÖRESLAG TILL BESLUT OM JUSTERINGAR I ERSÄTTNINGSMODELLEN

Uppföljningen av ersättningsmodellen för husläkarmottagningar påvisar inte att det finns anledning att göra några justeringar av modellen. Däremot finns andra skäl till att göra några justeringar.

Ersättning för telefonkontakter

I dag ger telefonkontakter rätt till ersättning endast vid vissa definierade åtgärder, t.ex. receptutfärdande och sjukskrivning per telefon. Övriga telefonkontakter mellan vårdgivare och patienter, t.ex. avseende medicinska bedömningar, berättigar inte till särskild ersättning utan idag *ingår* detta arbete i kapiteringsersättningen. Vårdarbete per telefon utgör redan en betydande del av husläkarmottagningens arbete. Andelen patientarbete via telefon och via internet förväntas öka i framtiden. Ersättning för telefonkontakter är ett närmast nödvändigt komplement till en ersättningsmodell som innehåller ökade incitament till fysiska patientbesök. Ett viktigt skäl är att ökade incitament till att ta emot fler fysiska besök, i avsaknad av incitament för telefonkontakt, *skulle kunna* leda till att patienter kallas till mottagningen i stället för att vårdbehovet tillgodoses per telefon.

I förra årets beslut om ny ersättningsmodell slogs fast att ersättning för telefonkontakt inte kunde införas 2005 men borde kunna införas till 2006. De främsta skälen att då avvakta var instabil registrering, avsaknaden av regelverk och bristfälliga registreringstekniska stödsystem. En viss förbättring har skett på dessa punkter men sammantaget är stödfunktionerna fortfarande bristfälliga och medger inte ett generellt införande av telefonersättningar på alla mottagningar i länet. I stället föreslås ett successivt införande av telefonersättningar med start den 1 januari 2006. Mottagningarna går med i systemet i takt med att de har tillräckliga administrativa rutiner och en stabil registrering.

För att en telefonkontakt skall berättiga till ersättning *skall den vara journalförd och innehålla en medicinsk bedömning eller medicinsk åtgärd*. Dagens s.k. telefonrecept och sjukskrivning per telefon innefattas. Nivån föreslås bli 80 kr per telefonkontakt. Förslaget bör på sikt gälla både läkares och sjuksköterskors telefonkontakter men registreringstekniska svårigheter gör att införandet eventuellt måste ske i två steg.

Det finns flera tekniska svårigheter med införandet av telefonersättning. Idag registreras telefonkontakter i mycket varierande grad i patientjournalen. Patientjournalen är endast undantagsvis kopplad till mottagningarnas kassa. Ersättning för telefonkontakt måste därför baseras på registreringar direkt i kassan. För många mottagningar innebär detta en viss ökad admi-

nistration. Erfarenheter från andra vårdgrenar visar att det kan ta ett flera år att få en stabil registrering av telefonkontakter.

Förslaget är att en del av grundkapiteringen växlas över till telefonersättning. Antalet förväntade telefonkontakter beräknas mottagning för mottagning och avstäms inför avtalsförhandling baserat på tillgänglig information. Takkonstruktion kommer att krävas för kostnadskontroll men bör utformas så att den ger ett tydligt incitament för mottagningen att gå över till en ersättningsmodell med specifik telefonersättning.

Besöksersättning undersköterska

Ersättningen för besök hos undersköterska föreslås blir 50 kr lägre än motsvarande besök hos distriktssköterska.

När ersättningsmodellen infördes beslöts att ersättningsnivån skulle vara lika för undersköterska och distriktssköterska. Skälen till det var enkelhet, ofullständigt statistiskt underlag och att undersköterskebesök på mottagning inte utgör en så stor andel.

I ersättningsmodellen för basal hemsjukvård, som beskrivs längre fram, är ersättningsnivån lägre vid besök hos undersköterska än distriktssköterska.. Eftersom det finns stora fördelar med att besöksersättningarna är lika för husläkarmottagningsverksamhet och för hemsjukvårdsverksamhet samt att det bättre avspeglar kostnadssituationen så föreslås en konsekvensändring.

Besöksersättning (förslag)	Hembesök		Mottagningsbesök	
	< 75 år	> 75 år	< 75 år	> 75 år
Undersköterska	200	250	150	200
Distrikts- och sjuksköterska	250	300	200	250

Avsikten är inte att detta ska medföra en besparing utan att de förhållandevis marginella resurser som frigörs används inom ersättningsmodellen. Det rör sig om i genomsnitt två besök om dagen per mottagning vilket gör ca 4 mkr totalt för hela länet.

Målrelaterad ersättning

För att stötta och ge tyngd åt arbetet med kvalitetsutvecklingen föreslås att den målrelaterade ersättningen (inkl miljö) höjs från 2,2% till 3,0% för år 2006.

Besöksersättning för hembesök vid geografiskt långa avstånd

Hembesök inom ramen för husläkarmottagningsverksamhet är inte någon omfattande verksamhet. Den övervägande majoriteten av besök i hemmet sker inom hemsjukvårdsverksamheten. I ersättningsmodellen för basal hem-

sjukvård, som beskrivs längre fram, föreslås en särskild ersättning per besök för hembesök hos patienter som bor långt från mottagningen. Den exakta utformningen av denna extra ersättning föreslås få fastställas av Beställare Vård efter ytterligare diskussioner med vårdgivarna. Se vidare förslaget till ny ersättningsmodell för basal hemsjukvård.

För att det ska bli enkelt och lika föreslås att en besöksersättning för hembesök vid geografiskt långa avstånd samordnas och därmed blir lika vid hembesök och hemsjukvårdsbesök.

Sammanfattning av förslag på justeringar till 2006:

- Successivt införande av ersättning för telefonkontakter vid husläkarmottagningar. Telefonkontakten ska vara journalförd och innehålla en medicinsk bedömning eller medicinsk åtgärd
- Sänkning av besöksersättningen för besök hos undersköterska med 50kr per besök.
- Höjd nivå på målrelaterad ersättning från 2,2 % till 3,0 %.
- Höjd ersättning för hembesök vid långa geografiska avstånd

5 FÖRSLAG TILL NY ENHETLIG ERSÄTTNINGSMODELL FÖR BASAL HEMSJUKVÅRD

Beskrivning av nuvarande ersättningsmodeller

Det finns idag minst fem olika ersättningsmodeller för den basala hemsjukvården. Dessa ger stora skillnader i ersättning som kan variera så att en verksamhet kan få mer än dubbelt så hög ersättning med en modell jämfört med en annan modell.

Verksamheternas kostnader för att driva hemsjukvård varierar naturligtvis utifrån vilken ersättning de har, men också beroende av olika kvalitet, effektivitet och praktiska förutsättningar.

Syfte med en ny ersättningsmodell

En ny ersättningsmodell för hemsjukvården bör:

- Ge en rimlig ersättning för uppdraget
- Vara rättvis mellan olika vårdgivare
- Stimulera till att kunna vårda patienter i hemmet istället för på sjukhus
- Ge en bättre intäkt för vård av svårt sjuka eller för patienter som bor långt från mottagningen
- Vara enkel
- Ge möjlighet till jämförelser mellan olika verksamheter

Förslag till ny och gemensam ersättningsmodell för hemsjukvården

En ny ersättningsmodell skall följa den generella modell för nya ersättningsmodeller som landstingsstyrelsen fastställt. Det vill säga bestå av en fast del, en rörlig del och en målrelaterad ersättning.

Med basal hemsjukvård avses vård i hemmet av de patienter som av medicinska skäl eller funktionshinder har behov av att insatserna ges i hemmet. Behovet av hälso- och sjukvård skall vara varaktigt, dvs beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Om hemsjukvårdspatient ges vård på mottagning omfattas inte det besöket av hemsjukvårdsuppdraget.

Beställare Vård har bjudit in ett antal vårdgivare – privata och offentliga – och med dem diskuterat hur en ny ersättningsmodell för hemsjukvård kan se ut. Det har bland vårdgivarna funnits en samsyn om att en fast ersättning kan utgå från kapiteringsersättningen till husläkarverksamheten, eventuellt kompletterad med ytterligare en fast ersättning. Den rörliga ersättningen bör vara samma som för husläkarverksamheten.

Förslaget är en ny ersättningsmodell för hemsjukvård som i princip är identisk med den som husläkarverksamheten idag får för hembesök (från mottagningen). En sådan modell är relativt enkel att administrera, lätt att förklara och bör kunna upplevas som rimlig av de flesta vårdgivare. Det innebär att husläkarmottagningsverksamheten behåller kapiteringsersättningen för patienter även när de är inskrivna i hemsjukvård. I de fall då verksamheterna är separerade får detta lösas från fall till fall.

Att helt ut använda samma nivåer som för husläkarverksamheterna innebär för många enheter en något sänkt ersättning för hemsjukvården och en kraftigt sänkt ersättning för andra. Vårdgivare har framfört att hemsjukvården kan vara ”överersatt” men också att de regelmässigt får använda en del av intäkterna från hemsjukvården till att täcka kostnader för andra verksamheter, främst husläkarverksamhet. En sänkning av ersättningarna till en gemensam nivå kommer sannolikt att innebära en mer riktig ersättning för hemsjukvården. Behoven av ökade resurser till husläkarverksamhet gör att de frigjorda resurserna i de flesta fall kommer att nyttjas för att höja ersättningen till husläkarverksamheten.

Införandet av modellen beräknas inte medföra ökade kostnader för beställaren men har heller inte till avsikt att medföra någon besparing på primärvården.

Den rörliga delen av ersättningen blir mycket hög. Den positiva sidan av detta är att det ger en kraftig stimulans till att utföra fler hembesök. En annan positiv sida är enhetligheten och enkelheten, ersättningarna i husläkarmodellen och hemsjukvårdsmodellen blir helt lika. En risk är att det kraftiga incitamentet att göra många besök leder till oönskade effekter. Exempelvis finns en risk för ”överproduktion” av enkla, korta besök. Riskerna skall följas upp men inte överdrivas. För husläkarmottagningarna har detta lösts genom att införa ett tak för besöken vilket även används inom några hemsjukvårdsverksamheter idag.

De flesta av dagens ersättningsmodeller för hemsjukvården samt den av landstingsstyrelsen fastställda ersättningsmodellen för husläkarverksamhet ger samma ersättning för ett besök av en distriktssköterska som av en undersköterska. Distriktssköterskorna utför dock i många fall medicinskt mer avancerade åtgärder än undersköterskorna. Kostnaden för vårdgivarna att utföra ett distriktssköterskebesök är högre än för ett besök av en undersköterska. Beställare Vård föreslår därför att ersättningen för undersköterskebesök blir 50 kronor lägre än besök av distrikts- eller sjuksköterskor. Förändringen föreslås ske genom en sänkning av ersättningen för undersköterskebesök. Motsvarande förändring föreslås också gälla för husläkarverksamheterna vilket beskrivits tidigare i ärendet.

I de kontakter Beställare Vård haft med vårdgivarna om en ny ersättningsmodell för hemsjukvården har det framkommit önskemål om en särskild ersättning för hembesök hos patienter som bor långt från mottagningen. Beställare Vård föreslår att det skall vara möjligt att i avtalen med vårdgivare som har patienter som bor långt (10 – 15 – 20 km) från mottagningen kunna ge en extra ersättning per besök. Nivån på denna extra ersättning föreslås få fastställas av Beställare Vård efter ytterligare analyser och diskussioner med vårdgivarna. Nivån och reglerna för tillämpningen av detta bör vara gemensamma för hela Beställarorganisationen.

Praxis har varierat avseende tillämpningen av avgiftsbefrielse för patienter inskrivna i hemsjukvård. Enligt tidigare beslut är hembesök hos patienter inskrivna i hemsjukvård avgiftsbefriat. Hemsjukvårdspatienter är inte avgiftsbefriade vid besök på mottagning.

Sammanfattning av förslag till ersättningsmodell för basal hemsjukvård

Besöksersättning	I hemmet	
	< 75 år	> 75 år
Läkare	400 kr	500 kr
Distrikts- och sjuksköterska	250 kr	300 kr
Undersköterska	200 kr	250 kr
Medicinsk service vid läkarbesök	75 kr	
Telefonkontakt, läkare	80 kr	
(Införs successivt, se tidigare avsnitt om telefonersättning)		
Extra ersättning om patient bor långt från mottagningen	Fastställs av Beställare Vård efter samråd med vårdgivarna. Endast i vissa basområden	
Målrelaterad ersättning		
3,0 % av den totala ersättningen under 2006.	Kan justeras kommande år.	