

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-08-19
Reviderat 2016-09-16

HSN 2016-2522

Handläggare:
Marie Hellström

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2016-09-27 p 15

Utveckling av avtal för hälso- och sjukvård inom Stockholms läns landsting

Ärendebeskrivning

I Hälso- och sjukvårdsnämndens slutliga budget för 2016 konstateras behov av en fortsatt utveckling av vårdval för att säkra god kvalitet, tillgänglighet och långsiktiga avtal med vårdgivarna som bygger på ansvar, tydlighet och samverkan. Vidare konstateras behov av att stabilisera kostnadsökningar inom en del vårdval. I föreliggande ärende redovisas förvaltningens förslag till åtgärder vilka syftar till att, utifrån befolkningens samlade behov, stärka vårdvalen samt att förtydliga utformningen av dessa. Med utgångspunkt i detta föreslås inriktning för att utveckla framtida vårdval, inriktning för val av avtalsform och dess styrningsmekanismer samt specifika åtgärder inom sex vårdval.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2016-09-16
Inriktning för val av avtalsform för hälso- och sjukvård, bilaga 1
Reviderat 2016-09-16 specifika åtgärder för vårdval, bilaga 2

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i programberedningen för vårdval.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* ge hälso- och sjukvårdsdirektören uppdrag att utreda förutsättningar för att integrera hela eller delar av befintliga vårdval eller andra uppdrag som har en nära verksamhetsmässig koppling till primärvården och uppdraget för vårdval husläkarverksamhet
- att* ge hälso- och sjukvårdsdirektören uppdrag att utreda hur delaktighet inom forskning, utbildning och utveckling kan stödjas samt öka bland vårdgivare inom vårdvalen
- att* godkänna inriktningen för val av avtalsform enligt de i tjänsteutlåtandet bilagda förslag

- att* godkänna inriktningen för de åtgärder som föreslås inom vårdvalen enligt de i tjänsteutlåtandet bilagda förslag och uppdra till hälso- och sjukvårdsdirektören att arbeta in förändringarna i kommande förslag till reviderade förfrågningsunderlag
- att* ge hälso- och sjukvårdsdirektören uppdrag att fortsatt utveckla processerna för nyutveckling och revidering av vårdval samt föreslå principer för samverkan med vårdgivarna i dessa processer.

Förvaltningens motivering till förslaget

I den av landstingsfullmäktige fastställda budgeten för 2016 beskrivs att bland annat införandet och utvecklingen av vårdval inom ramen för lag om valfrihetsystem i Stockholms län landsting har lett till att patientens roll i vården har stärkts och att sjukvården har blivit mer jämlik.

Vidare konstateras i hälso- och sjukvårdsnämndens slutliga budget för 2016 ett behov av en god kostnadskontroll över samtliga vårdvalsområden i likhet med övrig hälso- och sjukvård. För att kunna säkra god kvalitet och kostnadskontroll krävs långsiktiga avtal med vårdgivarna, avtal som bygger på ansvar, tydlighet och samverkan. Genomlysning och utvärderingar av uppdrag, krav på vårdgivare och ersättningsmodeller behöver göras löpande samt återrapporteras.

Detta förslag avser att utveckla vårdvalen inom Stockholms läns landsting, stärka uppdraget inom primärvården genom att tydliggöra husläkarens ansvar, fastställa inriktning vid val av avtalsform och genomföra specifika åtgärder inom sju vårdval. Syftet är att säkerställa ett vårdutbud som möter befolkningens behov av vård och som är anpassat till hälso- och sjukvårdsnämndens samlade uppdrag samt att stabilisera kostnadsökningarna.

Utveckling och förändring av uppdrag inom vårdval och andra avtalsformer ska fokusera på att säkra genomförandet av Framtidsplanen, utveckla kvaliteten, säkerställa tillgängligheten samt möjliggöra en långsiktigt hållbar utveckling som verkar för ett jämlikt vårdutbud. Fokus ska också vara att stödja vårdgivares möjligheter till ökad delaktighet i forskning, utbildning och utveckling. Samråd och god dialog mellan vårdgivare, branschföreträdare och förvaltningen är central i sådant utvecklingsarbete.

Utredning om utveckling av framtida vårdval

Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) pekar på att den nuvarande strukturen för den totala resursfördelningen inom hälso- och sjukvården inte är optimal i

perspektivet effektivt resursutnyttjande. En övergripande slutsats i utredningen är att en förutsättning för hög kvalitet är att patienter involveras och görs delaktiga i processer kring den egna vården i större utsträckning än idag. Med hänsyn tagen till bland annat befolkningsutvecklingen finns anledning att överväga ett utökat ansvar för primärvården, vilket bidrar till en mer sammanhållen vårdprocess och kontinuitet för de patienter som behöver det mest.

Förutsättningar för att integrera hela eller delar av befintliga vårdval, eller andra uppdrag inom andra avtalsformer, i uppdraget för vårdval husläkarverksamhet bör utredas. Det avser vård som bör kunna tillgodoses i ett omhändertagande inom uppdraget för vårdval husläkarverksamhet. Syftet är att stärka husläkarens roll och ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet och därmed stärka patienters inflytande över sin vård i enlighet med utredningen Effektiv vård.

Vårdvalen ska fortsätta att utvecklas. Utredning av framtida vårdvals utformning bör även omfatta fler vårdvalsområden där det finns möjlighet till samverkan och integrering av olika uppdrag för en ökad systemeffektivitet i syfte att stödja Framtidsplanens genomförande samt nätverkssjukvårdens utveckling. Vidare behöver utredningen omfatta möjligheterna till att stödja vårdgivare inom vårdvalen till ökad delaktighet inom forskning, utbildning och utveckling.

Inriktning för val av avtalsform

Genom olika avtal tillgodoser hälso- och sjukvårdsnämnden det behov av en god hälso- och sjukvård inom de ramar landstingsfullmäktige beslutar om. Nämnden fördelar de medel som avsätts för hälso- och sjukvård genom att teckna avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med både landstingsägda och externa vårdgivare. Genom möjligheten till olika avtalsformer stöds förutsättningarna för Framtidsplanens genomförande och landstingets övergripande mål om hög tillgänglighet, god kvalitet och hög effektivitet inom hälso- och sjukvården.

Styrning genom avtal utövas genom avtalsformuleringar och uppdrag, men också genom relevanta incitament i avtalen som stimulerar vårdgivare att arbeta på ett sätt som möjliggör målbilden för olika vårdområden. Förutom ersättningssystemets konstruktion förfogar hälso- och sjukvårdsnämnden över andra möjligheter till styrning så som kunskapsstyrning genom nationella och regionala vårdprogram, kvalitetsuppföljning och benchmarking.

I den bilagda promemorian till detta tjänsteutlåtande görs en beskrivning av den inriktning som bör tillämpas när ställning ska tas till vilken avtalsform som är lämplig för olika vårdområden. Inriktningen för val av avtalsform görs med utgångspunkt från en analys av grundläggande förutsättningar och strategiska

överväganden för avtal, uppdrag och ersättningsmodeller samt hur dessa kan bidra till en ökad planeringsbarhet utifrån politiska prioriteringar. Se Bilaga 1, Inriktning för val av avtalsform.

Specifika åtgärder för vårdval

I hälso- och sjukvårdsnämndens slutliga budget för 2016 konstateras behov av fortsatt utveckling av vårdval utifrån befolkningens samlade behov av vård, att stärka vårdvalen samt att förtydliga dess utformning och att stabilisera kostnadsökningarna.

I enlighet med ovanstående läggs i detta tjänsteutlåtande fram bilagda förslag för specifika åtgärder inom sex vårdval. Inom dessa vårdval finns en utmaning med avgränsning av uppdrag mellan olika vårdval och/eller vårdnivåer samt att vårdvolymerna och kostnader har ökat mer än förväntat. De sex vårdvalen är; avancerad sjukvård i hemmet, rehabilitering vid långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och vid utmattningssyndrom, primärvårdsrehabilitering, specialiserad fysioterapi, specialiserad hudsjukvård samt specialiserad öron-, näs- och halssjukvård. Se bilaga 2, specifika åtgärder för vårdval.

Konsekvenser av förslaget

Konsekvenser för tillgänglighet

Tillgängligheten bedöms fortsatt kunna vara god och krav på vårdgivarna att följa vårdgarantin gäller. När vårdproduktion begränsas med olika former av takkonstruktioner kan tillgängligheten påverkas och den behöver följas noggrant så att köer inte byggs upp i vården.

Ekonomiska konsekvenser

Volymer och kostnader inom vårdvalen kan komma att påverkas av utflytt av vård från akutsjukhusen, ökad befolkning och ökade behov. De föreslagna åtgärderna beräknas ge en kostnadsreducering 2017 och framåt med 145 miljoner kronor jämfört med beräknade kostnader 2017 med nu gällande förfrågningsunderlag och avtal.

Om vårdgivare utnyttjar möjligheten att inte acceptera de nya villkoren och verka med oförändrade förutsättningar under tolv månader försenas effekten av kostnadsreduceringen i motsvarande grad. De specifika förslagen inom vårdvalen hindrar inte att nya vårdgivare tillkommer genom ansökan om godkännande vilket kan innebära ökade kostnader.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Vårdvalen följs genom regelbundna rapporter, uppföljningsbesök, patientenkäter, kvalitetsregister och vid behov genom fördjupad uppföljning för att se om

vårdgivaren utför sitt uppdrag med kvalitet. De föreslagna åtgärderna behöver följas noggrant för att säkerställa att patientsäkerheten inte påverkas negativt.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Förslagen bedöms inte påverka jämställd och jämlik vård i någon negativ riktning. På sikt bedöms vården blir mera jämställd och jämlik då resurserna används mer effektivt.

Miljökonsekvenser

Vårdgivarna krävs att följa SLL:s riktlinjer för minskning av miljöpåverkan. De föreslagna förändringarna bedöms inte innebära någon negativ miljöpåverkan.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Mikael Borin
Avdelningschef

Inriktning för val av avtalsform för hälso- och sjukvård

Sammanfattning

I denna promemoria sammanfattas hälso- och sjukvårdsnämndens inriktning för val av avtalsform för olika vårdområden inom Stockholms läns landsting. I promemorian beskrivs översiktligt grundläggande förutsättningar och strategiska överväganden för avtal, uppdrag och ersättningsmodeller samt hur dessa kan bidra till en ökad planeringsbarhet utifrån politiska prioriteringar.

Inför val av avtalsform för ett vårdområde behöver målbild och nuläge beskrivas med beaktande av patienternas behov, Framtidsplanen, budgetdokument samt de ekonomiska förutsättningarna. Analysen måste även omfatta en kartläggning av avtalsläge och marknadssituation idag och i framtiden. Alternativa sätt att organisera vårdområdet ska också beaktas liksom överväganden kring jämlik och geografisk fördelning av vårdutbudet, mottagningars storlek, möjligheter till forskning, utbildning och utveckling samt specialitetens förmåga att samverka med den specialiserade vården på akutsjukhus och med andra vårdformer.

Förbättrad styrning och kostnadskontroll skapas främst genom tydlig beskrivning och avgränsning av uppdrag, men också hur ersättnings- och uppföljningsmodeller konstrueras. På sikt bör en ökad systemeffektivitet eftersträvas genom att helhetsansvar ges inom fler vårdområden med möjlighet till samverkan och integrering av olika uppdrag.

Val av lämplig avtalsform görs med utgångspunkt från analysen av de grundläggande förutsättningar som beskrivs i denna promemoria. Ett vårdområde kan konkurrensutsättas genom lag om valfrihetssystem eller lag om offentlig upphandling om:

- det finns en marknad, det vill säga flera aktörer förväntas inom vårdområdet
- uppdrag, inklusive målgrupp, tydligt går att beskriva och avgränsa
- uppdrag går att ersätta med en enkel, tydlig och transparent modell
- prisnivåer och ersättningsnivåer kan sättas samt underhållas

- uppdrag går att följa upp och kvalitetsindikatorer kan formuleras
- samverkan mellan olika vårdgivare, vårdområden och vårdnivåer kan behållas och utvecklas
- forskning, utbildning och utveckling och dess förutsättningar kan stödjas

Vårdval är speciellt lämpligt när:

- det finns ett behov av att öka patienters möjlighet att göra reella val
- det finns ett behov av att främja mångfalden av vårdgivare
- det finns ett behov av flexibilitet i uppdrag under avtalsperioden

Upphandling är speciellt lämpligt när:

- valmöjligheter för patienter är begränsade
- det finns behov av att styra utbudet geografiskt
- kostnadskontroll är svår att åstadkomma med andra avtalsformer
- kraven på investeringar och utrustning för att driva vården är hög

När konkurrensutsättning inte bedöms lämpligt, och ett flertal av nedanstående förutsättningar sammanvägt är uppfyllda, kan direktavtal med egen regi användas:

- behov är svårt att bedöma
- uppdrag är svårt att beskriva och avgränsa
- uppdrag är högspecialiserat eller sällanförekommande
- uppdrag omfattar del av annan behandling
- uppdrag omfattar snabb och omfattande medicinteknikutveckling
- uppdrag kräver stor andel dyra läkemedel
- uppföljning och kvalitetsindikatorer behöver formuleras över tid
- våldsamband behöver säkerställas
- kompetensbrist råder eller kompetens behöver hållas ihop
- stort krav på forskning

Avtalsformerna ska stödja Framtidsplanens genomförande i Stockholms läns landsting samt landstingets övergripande mål om hög tillgänglighet, god kvalitet och hög effektivitet. Alla avtalsformer bör omprövas med jämna mellanrum och vid behov ändras för att möta förändringar i omvärlden, medicintekniska utvecklingen eller ändrade patientbehov.

Bakgrund

Avtalsformer för hälso- och sjukvård

Alla landsting och/eller regioner ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de som bor i länet och det är upp till respektive landsting och/eller region att själva besluta om, organisera och styra de verksamheter som de ansvarar för samt finansierar. Stockholms läns landsting ("SLL") har idag fyra former av avtal inom hälso- och sjukvården:

- Lag om valfrihetssystem ("LOV"), används för vårdval
- Lag om offentlig upphandling ("LOU"), används för upphandlingar av privat utförare
- Direktavtal används för landstingsdrivna utförare
- Lag om läkarvårdsersättning ("LOL") och lag om ersättning för fysioterapi ("LOF"), används för ersättningsetablering av läkare och fysioterapeuter

I denna promemoria ("PM") sammanfattas hälso- och sjukvårdsnämndens inriktning för när vårdval, upphandling enligt LOU respektive direktavtal är lämpligt. Hänvisningar görs till relevanta andra dokument för vårdavtal i SLL. LOL och LOF kommenteras inte i PM.

Historisk utveckling av avtalsformer i SLL

Från att historiskt ha bedrivits i offentlig regi har produktionen av hälso- och sjukvård i landet i allt högre grad konkurrensutsatts. Under 1990-talet dominerade upphandling enligt LOU. Sedan 2010 är varje landsting och region skyldig att införa LOV i primärvården. Inom övrig hälso- och sjukvård får varje landsting besluta om LOV ska införas, vilka krav som ska ställas och hur ersättningen ska utformas.

SLL har drivit på utvecklingen av vårdvalssystem. Redan 2001 infördes valfrihetssystem för barn- och ungdomsvård. Under 2008 infördes vårdval för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, mödravårdcentral, barnavårdcentral, logopedi, fotsjukvård samt läkarinsatser i särskilda boenden. Därefter har vårdval i Stockholm byggts ut och omfattar idag 33 olika vårdområden. SLL har idag flest antal vårdval i landet.

Utvecklingen mot ökad konkurrensutsättning och vårdval har inneburit flera fördelar för befolkningen i länet med en ökad mångfald, ökad valfrihet och högre tillgänglighet. Det har också underlättat omställningen mot att

vården i högre grad ska bedrivas utanför akutsjukhusen. Inom vissa vårdområden har vårdvalen försvarat möjligheterna till kostnadskontroll och planering utifrån politiska prioriteringar. Det är därför viktigt att bedöma alla vårdområden utifrån deras särskilda förutsättningar och beakta övergripande inriktning för när respektive avtalsform är lämplig.

Grundläggande förutsättningar för val av avtalsform

Nedanstående områden behöver alltid utredas och analyseras inför val av avtalsform för ett vårdområde. För detaljerad information hänvisas till hälso- och sjukvårdsförvaltningens ("HSF") dokument Centrala frågeställningar vid utveckling av vårdavtal.

Behov och nulägesanalys

Innan ett avtal tas fram för ett vårdområde behöver målbild och nuläge beskrivas. En sådan analys bör beakta mål i Framtidsplanen och budgetdokument, behov och konsumtion inom vårdområdet samt kostnadsutveckling och ekonomiskt utrymme i budget. Analysen måste även omfatta en kartläggning av avtalsläget idag, hur omvärlden ser på vårdområdet samt den befintliga marknadssituationen och dess förväntade utveckling. Alternativa sätt att organisera vårdområdet på (om vården måste bedrivas på specialistnivå eller primärvårdsnivå) ska också beaktas. Vidare behöver överväganden kring jämlik och geografisk fördelning av vårdutbudet, mottagningars storlek, möjligheter till forskning, utbildning och utveckling ("FoUU") samt specialitetens förmåga att samverka med den specialiserade vården på akutsjukhus och med andra vård- och omsorgsgivare beaktas.

Patientperspektiv

Inom varje vårdområde är det centralt att stärka patienters inflytande över sin vård. I de fall det bedöms vara möjligt och lämpligt bör en mångfald av vårdgivare eftersträvas så att patienter kan göra reella val. I vissa situationer är det reella valet hos patienterna begränsat. Det rör till exempel delar av det akuta omhändertagandet. Vidare kan det gälla när patientens tillgång på information om kvalitet är begränsad och där potentiell fragmentering gör att kvalitet samt vårdprocess inte säkert håller god kvalitet även om patienter ges möjlighet att "välja" en komponent i en vårdprocess.

Styrning

En förutsättning för att uppnå intentionerna med Framtidsplanen är att de avtal som upprättas medför en styrning av hälso- och sjukvården i den

riktning som är beslutad. Styrning utövas genom avtalsformuleringar och uppdrag, men också genom relevanta incitament i avtalen som stimulerar vårdgivare att arbeta på ett sätt som möjliggör målbilden för vårdområdet. Förutom ersättningsystemets konstruktion förfogar även hälso- och sjukvårdsnämnden över andra möjligheter till styrning som kunskapsstyrning genom nationella och regionala vårdprogram, fortbildning och beslutsstöd, kvalitetsuppföljning, benchmarking samt öppna jämförelser. Förutsättningarna för dessa varierar dock mellan olika vårdområden.

Uppdrag

Uppdrag inom ett vårdområde kan grovt indelas utifrån sorterade behov och osorterade behov. Ett sorterat behov är ett uppdrag konstruerat utifrån till exempel en specifik diagnos, en specifik behandlingsåtgärd eller en specifik grupp av åtgärder. Ett osorterat behov är ett uppdrag konstruerat utifrån till exempel en hel medicinsk specialitet, en verksamhet eller en profession med ett brett spektrum av sökorsaker, diagnoser och behandlingar.

Det är viktigt att beskriva och avgränsa ett uppdrag inom ett vårdområde i förhållande till andra vårdområdens eller vårdnivåers uppdrag. Särskilt inom osorterade uppdrag uppkommer ofta svårigheter med naturlig avgränsning av målgrupp och möjlighet att förutse behov. Det är också svårt att förutspå hur flera vårdområden kommer att påverkas av den snabba medicintekniska utvecklingen och digitaliseringen. Det finns även en utmaning i behovet av att kunna avgränsa ett uppdrag och det faktum att en fungerande vårdprocess kräver ansvar, helhetssyn, samverkan och tillit hos alla aktörer.

Ersättningsystem

Ersättningsystemen är en viktig del i hälso- och sjukvårdens styrning. Ersättningsystem består av beskrivningssystem och ersättningsmodell. Val av ersättningsmodell är i princip inte beroende av avtalsform, utan beror i högre grad på vad som är möjligt med hänsyn till tillgängliga beskrivningssystem och vilka mål man vill uppnå inom vårdområdet. En ersättningsmodell är alltid beroende av den tydlighet och avgränsning i uppdrag som kan åstadkommas och om de i uppdraget ingående vårdtjänsterna är tydligt beskrivbara, enhetliga och har en likartad resursåtgång. Då uppdrag ser olika ut, bland annat utifrån begreppen sorterat och osorterat, finns ett behov av olika ersättningsmodeller.

Vid skapandet av en ersättningsmodell finns det tre olika ersättningsprinciper att utgå ifrån; målrelaterad, produktionsrelaterad och fast/uppdragsrelaterad ersättning. Ersättningsprinciper väljs utifrån det specifika uppdragets utformning och mål, eller för att motverka brister som identifierats. Ofta bör flera principer kombineras i en och samma modell för att uppnå önskad styreffekt inom uppdraget. SLL:s ersättningsmodeller bygger bland annat på kapitering, på produktionsrelaterad ersättning med styckepris baserat på åtgärder och diagnosrelaterade grupper samt på episodersättning. Värdebaserad ersättning samt ersättning för indikatorer (målrelaterad) förekommer också.

De ersättningsmodeller som idag används i de flesta vårdval inom somatisk specialistvård i SLL har en hög grad av prestationsersättning/fee-for-service, vilket leder till hög produktivitet och hög tillgänglighet, men sämre kostnadskontroll. Dessa beskrivs mer utförligt i HSF:s strategidokument för ersättningsmodeller inom somatisk specialistvård. Dokumentet beskriver även viktiga strategier för nyutveckling av ersättningsmodeller inom den somatiska specialistvården.

Prissättning

Oavsett avtalsform och ersättningssystem behöver en grundersättning (prisnivå) kunna sättas, simuleras och underhållas inom varje vårdområde.

Adekvat prissättning kräver kostnad per patient-data (KPP) från vårdgivarna eller en öppen "sund" konkurrens. Information om KPP saknas för stora delar av öppenvården och det har i praktiken visat sig vara svårt att detaljstyra och finna "rätt" pris för olika vårdåtgärder. Det är också viktigt att betona att prissättningen bygger på förväntad medelkostnad för en vårdåtgärd, trots att kostnaden för många vårdåtgärder varierar kraftigt mellan individer. För stora vårdgivare är det ett mindre problem, men det försvårar möjligheterna för små vårdgivare och ökar risken för övervältringseffekter mellan vårdgivare.

Ersättningsnivån kan även justeras utifrån casemix, det vill säga en justering av ersättningsnivån utifrån patientens individuella förutsättningar eller en grupp patienters specifika förutsättningar. Tillgången till relevant information för case-mixberäkningar varierar mellan olika vårdområden och en utveckling behöver ske.

Uppföljning

Uppföljning av vårdens resultat och möjligheter för invånarna till insyn är

viktigt oavsett avtalsform och varje vårdområde kräver en effektiv uppföljning där konsekvenserna om uppdrag inte följs tydliggörs i avtalen. Uppföljning har även en central roll inom landstingets kunskapsstyrning där olika värddata används för att identifiera förbättringsområden, prioritering mellan insatser och uppföljning av effekter av satsningar för att öka kvaliteten. I framtiden behöver uppföljning för avtals- och kunskapsstyrning integreras betydligt mer än vad som tidigare varit fallet i SLL.

Den uppföljningsmodell som används i SLL utgår från det övergripande målet för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa och en vård på lika villkor. Modellen omfattar en ekonomisk uppföljning av kostnader och vårdproduktion samt indikatorer för att mäta medicinsk kvalitet, patientsäkerhet, tillgänglighet, patientnöjdhet, effektivitet och hälsofrämjande insatser.

Kostnadskontroll

En förbättrad kostnadskontroll skapas främst genom tydlig beskrivning och avgränsning av uppdrag. Uppdrag behöver även samordnas och synkroniseras för att undvika olika typer av övervältringseffekter, till exempel av medicinsk service, mellan olika vårdområden och vårdnivåer. Inom vissa vårdområden behöver krav på remiss eller hänvisning införas.

En del av en kostnadskontrollerande mekanism kan vara val av ersättningsmodell och överväga uppdragsbaserad/fast ersättning eller ersättning för en vårdepisod. För en uppdragsbaserad/fast ersättning är det viktigt att identifiera vad som ingår och att kvaliteten samt tillgänglighet fortsätter att vara hög. I de fall det är möjligt kan ersättningen knytas till en kapitering med tydliga målgrupper och uppdrag, och därmed ge rätt produktionsvolym, kvalitet och kostnadskontroll.

Olika typer takkonstruktioner kan övervägas inom avtalen. Totalt kostnadstak innebär en totalkostnadsram för ett vårdområde eller en vårdgivare. Bruten ersättning innebär att ersättningen sänks efter att en viss kostnadsnivå eller viss produktionsvolym uppnåtts för ett vårdområde, en vårdgivare eller yrkeskategori. Det är i praktiken ofta svårt att beräkna ett rimligt tak, som både tar hänsyn till befolkningens behov, den medicintekniska utvecklingen och önskade strukturförändringar i vården. Dessutom saknar SLL idag stödsystem som klarar de månatliga justeringar, och rättelser, av ersättning och priser på produkter som det innebär.

Val av åtgärder för kostnadskontroll måste alltid bestämmas för varje vårdområde. Möjligheter och risker måste vägas mot varandra. På sikt bör en ökad systemeffektivitet eftersträvas genom att helhetsansvar ges inom fler vårdområden med möjlighet till samverkan och integrering av olika uppdrag.

Val av avtalsform

Val av avtalsform görs med utgångspunkt från analysen av de grundläggande förutsättningarna inom det aktuella vårdområdet. Den första frågan att ta ställning till är om vårdområdet anses lämpligt att konkurrensutsätta, för första gången från egen regi eller på nytt efter tidigare upphandling.

Generellt bör nedanstående förutsättningar vara uppfyllda om ett vårdområde ska konkurrensutsättas, det vill säga genom vårdval eller LOU:

- det finns en marknad, det vill säga flera vårdgivare förväntas inom vårdområdet
- uppdrag, inklusive målgrupp, går tydligt att beskriva och avgränsa
- uppdrag går att ersätta med en enkel, tydlig och transparent modell
- prisnivåer och ersättningsnivåer kan sättas och underhållas
- uppdrag går att följa upp och kvalitetsindikatorer kan formuleras
- samverkan mellan olika vårdgivare, vårdområden och vårdnivåer kan behållas samt utvecklas
- FoUU och dess förutsättningar kan stödjas

Vårdval

Vårdval är speciellt lämpligt när:

- det finns ett behov av att öka patienters möjlighet att göra reella val
- det finns ett behov av att främja mångfalden av vårdgivare
- det finns ett behov av flexibilitet i uppdrag under avtalsperioden

Vårdval medger en fri etablering för alla vårdgivare som ansöker om godkännande och samma villkor samt konkurrensneutralitet ska råda. Den fria etableringen förutsätter att SLL godkänner den sökande utifrån de krav som stipuleras i ett förfrågningsunderlag ("FFU") för varje vårdområde. HSF tecknar avtal med alla sökande vårdgivare som uppfyller kraven i FFU.

Vårdval är en flexibel avtalsform som relativt snabbt går att införa och förändra utifrån behov under avtalsperioden. Vårdval har ett "enklare" ansökningsförfarande än LOU vilket kan underlätta för mindre vårdgivare. Vårdval ger generellt en ökad administration inom HSF.

Vårdval är inte förenligt med att begränsa antal vårdgivare och inte heller anvisa en viss geografisk placering där en vårdgivare ska bedriva sin verksamhet. Denna fria etablering inom vårdval har medfört att antalet vårdgivare och kostnader har ökat mer än förväntat inom en del vårdval.

LOU

Upphandling är speciellt lämpligt när:

- reella val för patienter är begränsade
- det finns behov av att styra utbudet geografiskt
- kostnadskontroll är svår att åstadkomma med andra avtalsformer
- kraven på investeringar och utrustning för att bedriva vård är hög

Avtalsformen LOU fungerar bra i flera fall. Nya former av upphandling utvecklas kontinuerligt även om de hittills använts i begränsad omfattning i SLL. När behov eller kostnadsnivåer inte är helt kända och/eller geografisk placering är av vikt kan LOU vara att föredra. Detta gäller även om patientvolymen är begränsad eller om man vill avtala om en specifik volym.

LOU medger en etablering för de vårdgivare som lämnat anbud och som antagits. Likabehandlingsprincipen och konkurrensneutralitet ska råda. Etableringen förutsätter att SLL antar anbudsgivare utifrån de krav som stipuleras i ett FFU för vårdområdet och efter utvärdering av anbudet. HSF tecknar avtal med det antal vårdgivare som angivits i upphandlingen och som antagits. HSF kan inom ramen för LOU sätta tak på antal vårdgivare och anvisa lokal samt geografisk placering. Avtal inom LOU innehåller vanligtvis ett tak i form av volym och och/eller kostnad. Avtal inom LOU kan endast marginellt ändras under avtalsperioden.

Upphandling enligt LOU medför inte sällan överprövningar under upphandlingsperioden och omställningskostnader.

Utan konkurrensutsättning - Direktavtal med egen regi

Om man efter utredning och analys bedömer att vårdområdet inte är lämpligt att konkurrensutsätta, och ett flertal av nedanstående

förutsättningar sammanvägt är uppfyllda, tillämpas direktavtal med egen regi:

- behov är svårt att bedöma
- uppdrag är svårt att beskriva och avgränsa
- uppdrag är högspecialiserat eller sällanförekommande
- uppdrag omfattar del av annan behandling
- uppdrag omfattar snabb och omfattande medicinteknikutveckling
- uppdrag kräver stor andel dyra läkemedel
- uppföljning och kvalitetsindikatorer behöver formuleras över tid
- vård samband behöver säkerställas
- kompetensbrist råder eller kompetens behöver hållas ihop
- stort krav på forskning

Framtidsplanen och behov av att förändra avtalsform över tiden

De olika avtalsformerna ska stödja Framtidsplanens genomförande och SLL:s övergripande mål om hög tillgänglighet, god kvalitet och hög effektivitet. Viktiga strategier i Framtidsplanen som ska stödjas med utformningen av lämplig avtalsform är:

- Renodling av akutsjukhusens uppdrag och utflytt av vård till vårdgivare utanför akutsjukhusen
- Etablerandet av nätverkssjukvården där bland annat primärvård, specialister utanför akutsjukhusen, geriatrik, vård- och omsorgsgivare samverkar kring patienter utifrån deras behov
- Ökad användning av e-hälstjänster för invånarnas kommunikation med vården och som beslutsstöd för vårdgivarna
- Ökat fokus på hälsofrämjande insatser och prevention

En avtalsform som väljs kan förändras över tid. För att möjliggöra intentionerna i Framtidsplanen kan vissa vårdområden till exempel initialt tecknas genom direktavtal med egen regi för att underlätta en utflytt och vid ett senare tillfälle när området börjat stabiliserats konkurrensutsättas via LOU för att optimera kostnaderna. Därefter kan man överväga införande av ett vårdval då både behov och prisbilden är känd.

Ett större vårdområde kan även delas upp i mindre områden som antingen upphandlas utifrån LOU alternativt genom vårdval (båda avtalsformerna kan verka parallellt) och någon del kan vara lämplig för direktavtal med egen regi. Det finns många sätt att kombinera de olika avtalsformerna.

BILAGA 1
2016-08-19

Omfattande förändringar i omvärlden, medicintekniska utvecklingen eller ändrade patientbehov kan motivera att avtalsformer omprövas och ändras över tid. SLL bör i högre grad utvärdera effekterna av de avtalsformer samt ersättningsmodeller som används idag och dra slutsatser för att utveckla dem. Det finns goda möjligheter att lära av den variation av modeller som finns i olika landsting för att i ökad grad utveckla modeller som ger ett helhetsansvar med ökat värde för patienter och en ökad grad av kostnadskontroll.

Referenser

- HSF. Centrala frågeställningar vid utveckling av vårdavtal 2.0, 2015
- HSF. Strategier för ersättning inom somatisk specialistvård, 2015
- HSF:s processbeskrivning för Nyutveckling av vårdval, 2015
- HSF:s processbeskrivning för LOU, 2015
- Framtidsplan för hälso- och sjukvård- första steget i genomförandet, Stockholms läns landsting, 2012
- HSF. Utveckling av ersättningsmodeller och systemuppföljning i SLL. Strategisk plan för 2016-2018
- SKL. Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård, 2007
- SKL. Vårdval i primärvården: ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, 2012
- SKL. Vårdval i specialistvården: utveckling och utmaningar, 2013
- SKL. Ersättningssystem i vårdval: praktiska råd och tips för utformning av ersättningssystem i specialiserad vård, 2014
- Avtalsuppföljning av vård och omsorg. Vägledning från Kokurrensverket 3, 2014
- Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. Linköpings universitet, CMT Rapport 2007:2

Medverkande

Denna PM har utarbetats av en arbetsgrupp inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen bestående av Eva Zeisig (UA), Marie Hellström (SSV), Peter Ölund (VoS) samt av Georg Engel (UA) och Björn Wettermark (UA).

Specifika åtgärder för vårdval

Inriktning

Denna bilaga beskriver inriktning och förslag till specifika åtgärder som föreslås införas i kommande revideringar av förfrågningsunderlag ("FFU") för sex vårdval. Åtgärderna, som är utöver generella förbättringar som tas fram i revideringar, syftar till att uppnå en ökad planeringsbarhet, en bättre gränsdragning mellan olika vårdval och/eller vårdnivåers uppdrag samt att säkerställa att patienters behov av vård tillgodoses.

Inriktningen och förslagen förväntas ge effekter med avstannande kostnadsökning inom dessa sex vårdval där vårdvolymen och kostnader ökat mer än vad som kunnat förutses utifrån bland annat behov i befolkningen, befolkningsökningen och utflytt av vård från akutsjukhusen. De föreslagna åtgärderna beräknas ge en kostnadsreducering 2017 och framåt med 145 miljoner kronor jämfört med beräknade kostnader 2017 med nu gällande FFU och avtal.

De specifika åtgärder som föreslås, konsekvenser för patienter och en riskbedömning av förslagen återfinns under respektive vårdvals rubrik.

Vårdval avancerad sjukvård i hemmet ("ASiH")

Vårdvalet gäller komplexa, symptomlindrande och medicinska insatser dygnet runt i hemmet och är ett komplement eller alternativ till slutenvård när den basala hemsjukvården inte räcker till. Målgrupp är patienter med allvarlig kronisk sjukdom med behov av specialiserad medicinsk vård och omvårdnad samt hög tillgänglighet för att vårdas utanför akutsjukhus.

Det finns en gräns mellan målgrupperna i vårdval ASiH och i vårdval husläkarverksamhet med *basal* hemsjukvård, vilket innebär att vården riskerar att vara ojämlig då gränsdragningen är svår att tydliggöra mellan vårdvalens vårdnivåer. Utgångspunkten för inskrivning av patienter ska ske utifrån varje enskild individs behov. För att säkerställa rätt vårdnivå har en vägledning tagits fram för att underlätta ställningstagande till vårdnivå. Kriterier för remittering till ASiH togs fram vid införandet av vårdvalet. Arbete pågår med att utveckla dessa kriterier och vägledningen till ett beslutstöd för remittering till ASiH.

Tabell. Utfall 2014-2015. Budget och prognos 2016

	Utfall 2014	Utfall 2015	Budget 2016	Prognos 2016
Mkr	715	826	790	836
Antal inskrivna	4 751	5 369		6 000
Antal vårddygn	562 100	627 000		730 000

Förslag till åtgärder:

1. Införa ett tak per vårdgivare gällande medelvårdtid och maximalt inskrivna per dag.
2. Införa tydligare inskrivningskriterier, via ett beslutsstöd, som stämmer med vårdnivån för målgrupperna. Åtgärderna ska öka in- och utflödet av patienter så att fler patienter utifrån behov får del av befintliga vårddygn.

Patientkonsekvenser:

Med ett beslutsstöd som tydligt beskriver inskrivningskriterier samt tak som begränsar medelvårdtid och antal inskrivna ökar möjligheten för att fler patienter med stora behov får del av vården under den period som behövs. Om samtliga åtgärder genomförs ökar tillgängligheten för nya patienter och risken för att patienter utan behov av ASiH fortsätter att vara inskrivna.

Riskbedömning:

Tak kan innebära att tillgängligheten påverkas med längre väntan till inskrivning i ASiH. Dessa risker minimeras genom införande av beslutsstöd för bedömning och tydliga inskrivningskriterier. En förutsättning är att husläkarverksamheter i ökad utsträckning tar emot patienter som inte är i behov av ASiH samt att samverkan med kommunal vård och omsorg fungerar väl.

Vårdval rehabilitering vid långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och vid utmattningssyndrom

Vårdvalet gäller multimodal bedömning och rehabilitering för långvarig smärta och utmattningssyndrom på specialistnivå i öppenvård. Målgrupp är vuxna patienter med mycket komplex problematik och samsjuklighet.

Vårdvalet är relativt nytt och behöver följas upp noggrant samt utvecklas, framförallt beträffande resultat och ersättningsmodell, då tidigare liknande uppdrag före vårdvalet var mycket olika utformade och ersatta. Med vårdvalet underlättas detta. Då målgruppen finns i olika skeden inom

många områden i hälso- och sjukvården behöver en samlad kostnadsbild göras. Patienters behov behöver identifieras tidigt i primärvården för en tidig och effektiv rehabilitering i primärvård eller för dem med mycket komplexa behov i specialistvård.

Tabell. Utfall 2014-2015. Budget och prognos 2016.

	Utfall 2014	Utfall 2015	Budget 2016	Prognos 2016
Mkr	13	155	103	173
Besök	10 514	119 426		184 000

*Differensen utfall 2015 mot budget 2016 beror på att de sparade projektmedel från den statliga rehabiliteringsgarantin som initialt skulle finansiera vårdvalet gick till SLL-koncernen 2014.

Förslag till åtgärder:

1. Reducera ersättning för konferens med läkare och hälsoprofessioner om patient.
2. Reducera ersättning för teambesök med patient.
3. Införa genomsnittstak för ersättning per rehabiliteringsperiod inklusive bedömning per patient och år. En maximal genomsnittsansättning på 85 000 kronor per patient införs.
4. Följa upp att patienter med de mest komplexa tillstånden får tillgång till vårdvalet.
5. Ersätta kravet på två års erfarenhet av multimodal rehabilitering med krav på erfarenhet av teamarbete.

Patientkonsekvenser:

Ett tak borde innebära att flera patienter får tillgång till specialiserad rehabilitering, vilket underlättar att svara upp mot det bedömda behovet. Det innebär också en viss reduktion av antalet besök för att vårdgivarna ska kunna ta emot patienter med de svåraste tillstånden.

Riskbedömning:

Genom noggrann uppföljning kommer utvecklingen att följas och vid behov vidtas åtgärder.

Vårdval primärvårdsrehabilitering inklusive neuroteam

Vårdvalet omfattar individuella och teambaserade rehabiliteringsinsatser samt förskrivning av hjälpmedel i öppenvård. Målgrupp är barn, vuxna och äldre i behov av rehabilitering. Patienter i behov av hemrehabilitering efter vård vid akutsjukhus, geriatrisk enhet eller specialiserad slutenvård ska prioriteras.

Den kostnadsökning som observeras inom vårdvalet beror främst på att fler patienter har fått rehabilitering inom ramen för vårdvalet, att nya målgrupper har tillkommit samt att vissa insatser har varit omotiverat kostnadsdrivande.

Tabell. Utfall 2014-2015. Budget och prognos 2016.

	Utfall 2014	Utfall 2015	Budget 2016	Prognos 2016
Mkr	651	695	645	685
Besök	1 203 069	1 230 359		1 270 000

Förslag till åtgärder:

1. Förtydliga uppdrag, prioriteringar och gränsdragningar mot övriga vårdvals ansvarsområden, till exempel specialiserad fysioterapi och specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus, samt kvalitetssäkra vårdvalet genom en utvecklad uppföljning.
2. Kräva bättre beskrivning av vården och därigenom begränsa de åtgärder som ska ge en högre ersättning, i syfte att bland annat begränsa glidningar mellan olika ersättningsnivåer.
3. Utveckla ersättningsmodellen så att identifierade målgruppers behov tillgodoses.
4. Införa differentierad ersättning för nybesök genom att införa tre olika ersättningsnivåer beroende på tidsåtgång. Idag ersätts ett nybesök med samma ersättning oavsett tidsåtgång.
5. Sammanföra nybesök och återbesök till benämningen mottagningsbesök med differentierad struktur.
6. Upphöra med möjligheten till ersättning för vårdhändelse *utan* patientkontakt, till exempel konferens om patient.

Patientkonsekvenser:

Förtydligandet av uppdraget, prioritering och gränsdragningar mot övriga vårdvals ansvarsområden förväntas ge positiva effekter i form av att rätt patienter tas omhand inom uppdraget. Utveckling av ersättningsmodellen ska stimulera till att identifierade målgruppers behov tillgodoses i större utsträckning.

Riskbedömning:

Upphörande av besökstypen vårdhändelse utan patientkontakt kan innebära ökad produktion av andra besökstyper. Besöksutvecklingen kommer noggrant att följas och åtgärder vidtas vid behov.

Vårdval specialiserad fysioterapi

Vårdvalet gäller akuta och planerade rehabiliteringsinsatser i öppenvård avseende specialiserad fysioterapi inom ett visst specialiseringsområde; till exempel ortopedi, reumatologi, psykiatri och psykosomatik, neurologi eller barn. Målgrupp är vuxna och barn. Patienter som kommer direkt från slutenvården ska prioriteras.

Sedan vårdvalets införande 2012 har det tillkommit ett stort antal specialiserade fysioterapeuter inom 13 olika specialiseringsområden. Antalet fysioterapeuter mellan de olika specialiseringsområdena är ojämnt fördelade då några områden har en större representation än andra. För närvarande finns 172 avtal med 260 verksamma fysioterapeuter, långt fler än de 90 fysioterapeuter som vid vårdvalets införande bedömdes skulle bli verksamma inom de första tre åren.

Det finns en variation gällande vilka patientgrupper som tas emot inom de olika specialiseringsområdena. Inom vissa områden inriktar fysioterapeuten sig mot specifika åldersgrupper såsom pediatrik och äldres hälsa. Inom båda dessa områden har man ofta fördjupad kompetens inom bland annat neurologi och rörelsesystemet. Andra specialiseringsområden är särskilt inriktade på olika diagnosområden; hjärt- och kärlsjukdomar, respiration, onkologi, neurologi, reumatologi, mental hälsa samt obstetrik, gynekologi och urologi. Det finns även fysioterapeuter som specifikt arbetar med smärta och smärtrehabilitering. Fysioterapeuter inom specialiseringsområdena fysisk aktivitet och idrottsmedicin, ortopedisk manuell terapi samt ortopedi har fördjupad kunskap om skador och sjukdomar i rörelsesystemet. En del av områdena är närliggande, vilket innebär att kunskapsfälten till viss del går in i varandra.

Vissa specialiseringsområden och insatser bedöms kunna kopplas närmare vårdval husläkarverksamhet. Andra specialiseringsområden och insatser skulle lämpligen kunna kopplas närmare andra vårdvalsområden till exempel primärvårdsrehabilitering.

Tabell. Utfall 2014-2015. Budget och prognos 2016.

	Utfall 2014	Utfall 2015	Budget 2016	Prognos 2016
Mkr	95	142	173	173
Besök	203 383	314 351		400 000

Förslag till åtgärder:

1. Införa differentierad ersättning för nybesök genom att införa tre olika ersättningsnivåer. Idag ersätts ett nybesök med samma ersättning oavsett tidsåtgång.
2. Sammanföra nybesök och återbesök till benämningen mottagningsbesök med differentierad struktur.
3. Införa differentierad ersättning för särskilt resurskrävande besök riktade till patienter med omfattande behov genom att införa två olika ersättningsnivåer. Idag ersätts resurskrävande besök med samma ersättning oavsett insats.
4. Kräva bättre beskrivning av vårdhändelsen för att begränsa glidningar mellan olika ersättningsnivåer.
5. Upphöra med möjligheten till ersättning för vårdhändelse *utan* patientkontakt, till exempel konferens om patient.
6. Utredda om delar av uppdraget kan kopplas närmare uppdraget för vårdval husläkarverksamhet eller andra uppdrag.

Patientkonsekvenser:

Åtgärderna bedöms ge positiva effekter i form av bättre tillgodoseende av vården för patienter med omfattande behov. Utredningen om delar av uppdraget kan kopplas närmare uppdraget för vårdval husläkarverksamhet eller andra uppdrag skulle kunna visa att patienter får ett bättre omhändertagande.

Riskbedömning:

Upphörande av möjligheten till ersättning för besökstypen vårdhändelse utan patientkontakt kan innebära ökad produktion av andra besökstyper. Besöksutvecklingen kommer noggrant att följas och åtgärder vidtas vid behov.

Vårdval specialiserad öron-, näs- och halssjukvård ("ÖNH")

Vårdvalet gäller utredning, diagnosticering, behandling och dagkirurgi av ÖNH-sjukdomar i öppenvård på specialistnivå. Målgrupp är vuxna och barn.

Inom vårdvalet finns en utmaning i att tydligare beskriva och avgränsa delar av uppdraget för målgruppen i förhållande till andra vårdområdets och/eller vårdnivåers uppdrag, så som vårdval husläkarverksamhet. Vården riskerar att bli ojämlig med otydlig gränsdragning mellan olika vårdnivåer.

Omhändertagande av en del patienter som i dag sker på specialistnivå inom vårdvalet borde kunna tillgodoses inom uppdraget för vårdval husläkarverksamhet.

Tabell. Utfall 2014-2015. Budget och prognos 2016.

	Utfall 2014	Utfall 2015	Budget 2016	Prognos 2016
Mkr	207	217	225	225
Besök	157 947	161 837	164 588	164 588

Förslag till åtgärder:

1. Öka kostnadsansvaret för medicinsk service i enhetlighet med den modell som finns inom vårdval husläkarverksamhet för att minimera övervältringseffekter till primärvården och reducera risken för överutnyttjande av medicinsk service.
2. Reducera de tre ersättningsnivåerna för anestesi till en nivå. I nuvarande modell finns en otydlighet kring vilken nivå som ska användas och i praktiken har endast en nivå, den högsta, registrerats.
3. Omfördela ersättning med inriktning på att höja ersättning för avancerade åtgärder och sänka ersättning för basala åtgärder.
4. Införa krav på minst två läkare per mottagning för att succesivt få större enheter i syfte att bland annat främja tillgänglighet för patienter och remittenter.
5. Införa krav på remiss för nybesök.

Patientkonsekvenser:

Risken för onödiga besök, eller övervältring till annan vårdnivå, inom medicinsk service bör minska genom att vårdgivaren får en högre kostnadsmedvetenhet genom den nya modellen. Syftet med att införa ett skarpare krav på antalet läkare inom vårdvalet är att det bör leda till en förbättrad patientsäkerhet och kvalitet samt att tillgängligheten ökar vilket också underlättar utflytt av vård från akutsjukhusen i enlighet med Framtidsplanen. Ett undantag från skarpare krav på antal läkare utifrån geografisk lokalisering föreslås för vårdgivare som väljer att bedriva verksamhet i områden med lägre tillgänglighet. Att införa remisskrav bedöms säkerställa tillgängligheten för patienter med störst behov av utredning och behandling på specialistnivå.

Riskbedömning:

Att införa en ny modell för medicinsk service kan inledningsvis innebära ökade kostnader för avancerad medicinsk service eftersom det är svårt att

bedöma den faktiska kostnaden. Att sänka ersättningen för basala åtgärder kan innebära en ökad produktion för denna besökstyp, vilket bör kunna förebyggas genom införande av remiss vid nybesök. Besöksutvecklingen kommer noggrant att följas och åtgärder vidtas vid behov.

Vårdval specialiserad hudsjukvård

Vårdvalet gäller utredning, diagnosticering och behandling av hudsjukdomar i öppenvård på specialistnivå. Ett särskilt uppdrag består av att vårda och behandla patienter med psoriasis. Målgrupp är vuxna och barn.

Inom vårdvalet finns en utmaning i att tydligare beskriva och avgränsa delar av uppdraget för målgruppen i förhållande till andra vårdområdens och/eller vårdnivåers uppdrag, så som vårdval husläkarverksamhet. Vården riskerar att bli ojämlig med otydlig gränsdragning mellan olika vårdnivåer. Omhändertagande av en del patienter som i dag sker på specialistnivå borde kunna tillgodoses inom uppdraget för vårdval husläkarverksamhet. En tydligare prioritering och gränsdragning är särskilt angeläget i takt med den ökning av hudcancer som sker i befolkningen då dessa patienter i hög grad är i behov av vård på specialistnivå.

Tabell. Utfall 2014-2015. Budget och prognos 2016.

	Utfall 2014	Utfall 2015	Budget 2016	Prognos 2016
Mkr	191	211	205	205
Besök	239 145	287 801	292 694	292 694

Förslag till åtgärder:

1. Utredda förutsättningar för att införa takkonstruktion per vårdområde, vårdgivare eller yrkeskategori
2. Utredda förutsättningar för att införa fast/uppdragsbaserad ersättning för behandling av psoriasispatienter.
3. Utredda förutsättningar för ökat kostnadsansvar för medicinsk service för att minimera övervältringseffekter till primärvården och reducera risken för överutnyttjande av medicinsk service.
4. Omfördela ersättning med inriktning på att höja ersättning för avancerade åtgärder och sänka ersättning för basala åtgärder.
5. Införa krav på minst två läkare per mottagning för att succesivt få större enheter i syfte att bland annat främja tillgänglighet för patienter och remitterter.

6. Införa krav på remiss för nybesök.

Patientkonsekvenser:

Tak och fast/uppdragsbaserad ersättning behöver utformas med en konstruktion så att vård ges till patienter med behov av omhändertagande på specialistnivå. Risken för onödiga besök, eller övervältring till annan vårdnivå, inom medicinsk service bör minska genom att vårdgivaren får en högre kostnadsmedvetenhet genom en ny modell. Syftet med att införa ett skarpare krav på antalet läkare inom vårdvalet är att det bör leda till en förbättrad patientsäkerhet och kvalitet samt att tillgängligheten ökar vilket också underlättar utflytt av vård från akutsjukhusen i enlighet med Framtidsplanen. Ett undantag från skarpare krav på antal läkare utifrån geografisk lokalisering föreslås för vårdgivare som väljer att bedriva verksamhet i områden med lägre tillgänglighet. Att införa remisskrav bedöms säkerställa tillgängligheten för patienter med störst behov av utredning och behandling på specialistnivå.

Riskbedömning:

Att inför någon form av tak inom ett somatiskt specialistvårdval är inte prövat varför eventuella risker behöver bedömas i samband med att förslagen utreds. Att införa en ny modell för medicinsk service kan inledningsvis innebära ökade kostnader för avancerad medicinsk service eftersom det är svårt att bedöma den faktiska kostnaden. Att sänka ersättningen för basala åtgärder kan innebära en ökad produktion för denna besökstyp, vilket bör kunna förebyggas genom införande av remiss vid nybesök. Besöksutvecklingen kommer noggrant att följas och åtgärder vidtas vid behov.