

Ersättningsystem i vårdval

NÅGRA LANDSTINGS ERFARENHETER FRÅN SPECIALISERAD
SJUKVÅRD

Förord

Denna rapport är en uppsamling av två års erfarenhetsutbyte i en arbetsgrupp för vårdval och ersättningssystem i specialistvården. Rapporten är tänkt att vara en lättillgänglig samling av praktiska råd och tips för landsting som ska utforma ersättningssystem för vårdval i specialiserad vård. Den bygger till stor del på konkreta exempel från de landsting som medverkat och de frågeställningar som identifierats under arbetet. Rapporten vänder sig i första hand till de tjänstemän som arbetar med utformning av systemen kring vårdval, men kan också läsas av beslutsfattare och andra intresserade som en orientering.

Landstingens arbete med ersättningssystem och styrning av hälso- och sjukvården är under ständig utveckling. De exempel som beskrivs i rapporten kan därför betraktas som litet av färskvara men kan förhoppningsvis ändå ge inspiration till tankar och idéer kring ersättningsfrågorna.

Vi vill rikta ett stort tack till följande personer som bidragit till att rapporten kommit till: Lars Kolmodin Region Halland, Sven-Arne Åsman Landstinget i Uppsala län, Carina Nordqvist Falk Region Skåne, Maria Engmalm Wallsten Landstinget i Jönköpings län, Anneth Lundahl Västra Götalandsregionen, Britt-Louise Hansson Landstinget Kronoberg, Ingrid Domberg Örebro läns landsting, Michael Högberg Stockholms läns landsting, Johan Ljungberg Norrbottens läns landsting samt Agneta Rönn och Olle Olsson på Sveriges Kommuner och Landsting som har samordnat arbetet.

Stockholm i augusti 2014

Lennart Hansson

Avdelningen för Ekonomi och Styrning

Innehåll

Sammanfattning	5
Varför vårdval?	8
Hur kan ersättningssystemet utformas?	15
Hur påverkas ersättningssystemet av uppdraget?	20
Hur fastställs ersättningen?.....	26
Vilka alternativ finns för att skapa kostnadskontroll?.....	32
Jour och FoUU i ersättningen	37
Underlag för uppföljning och kontroll	39
Arbetsprocess när ersättningssystemet utformas.....	43
Konsekvensanalyser	47
Utvecklingsmöjligheter	50
Bilagor	53

Sammanfattning

Denna erfarenhetssamling har tillkommit efter två års erfarenhetsutbyte i en arbetsgrupp för vårdval och ersättningssystem i specialistvården.¹ Tio landsting/regioner har ingått och medverkat i gruppen. Erfarenhetsutbytet har framför allt skett kring tre pilotprojekt för utveckling av ersättningssystem i vårdval i specialistvård men även kring andra vårdval som utvecklats under tiden. Inom ramen för gruppens arbete har professor Anders Anell tagit fram en rapport om vårdval och ersättningssystem i specialistvården.² Rapporten tar framför allt upp principiella och teoretiska aspekter på frågan om vårdval och ersättningssystem.

Erfarenhetssamlingen är tänkt att vara en lättillgänglig samling av praktiska råd och tips för landsting som ska utforma ersättningssystem för vårdval i specialiserad vård och den bygger till stor del på konkreta exempel från de landsting som medverkat och på frågeställningar som identifierats under arbetet. Landstingens arbete med ersättningssystem och styrning av hälso- och sjukvården är under ständig utveckling. De exempel som beskrivs i rapporten kan därför betraktas som litet av färskvara men kan förhoppningsvis ändå ge inspiration till tankar och idéer kring ersättningsfrågorna.

Vägledningen vänder sig i första hand till de tjänstemän som arbetar med utformning av systemen kring vårdval, men kan också läsas av beslutsfattare m.fl. som en orientering. Exempelen i skriften är i första hand hämtade från specialistvården men det finns även kopplingar till primärvården.

I bilaga 1 finns kontaktuppgifter till landstingens representanter i arbetsgruppen. På SKL:s hemsida finns en aktuell sammanställning³ över vilka vårdval som införts i specialiserad vård eller är under utredning.

I rapporten beskrivs hur ett antal landsting har valt att utforma sina ersättningssystem. Dessa tar utgångspunkt i det syfte som finns med det enskilda vårdvalet och de förutsättningar som gäller i det aktuella landstinget. Landstingen har närmast sig frågan om vårdval i specialiserad vård på litet olika sätt, både beroende på ambitionsnivå och olika förutsättningar. Någon har haft ambitionen att införa vårdval i så många specialiteter som möjligt medan andra anlagt en mer försiktig och pragmatisk ambition.

¹ [Slutrapport från arbetsgruppen för ersättningssystem i specialiserad vård](#)

² [Anders Anell, Vårdval i specialistvården - utveckling och utmaningar](#)

³ [Beslutsläge vårdval landsting/regioner maj 2014](#)

När ett landsting vill införa vårdval behövs också någon form av analysmetod för att ta fram underlag för beslut om vilka specialiteter som kan ligga närmast till hands för vårdval och i vilken ordning de ska tas. I rapporten finns flera exempel från landsting som har utformat sådana modeller.

Grunden för att utforma en ersättningsmodell måste utgå från ett definierat uppdrag. Det finns vissa grundläggande och tämligen väl belagda kunskaper om olika ersättningsmodeller att ha med när man funderar på utformningen – t.ex. att en prestations- eller åtgärdsbaserad ersättning ger förutsättningar för en hög produktion, att en kapiterad ersättning ger förutsättningar för en god kostnadskontroll och att en målrelaterad ersättning kan bidra till att stimulera vissa beteenden hos vårdgivaren. Exempel på detta ges i rapporten.

Ett vårdval i specialistvård innebär i princip att man ”snittar ut” en bit av vården mellan primärvård och annan specialistvård. Det innebär också att man måste hitta ett sätt att definiera och avgränsa den vård som ska läggas ut och ersättas på ett sätt som ger de avsedda effekterna och som inte leder till en oönskad överströmning till eller från andra delar av vården. Här finns det vissa skillnader mellan något eller några landsting som vill integrera så mycket som möjligt av specialiserad vård i primärvården medan andra landsting snarare försöker renodla specialistvården från primärvården.

Frågan om att fastställa ersättningen innefattar egentligen två olika frågeställningar – dels hur man beräknar den totala ersättning som ska budgeteras för området och dels hur man utformar och beräknar ersättningen per ”produktgrupp” eller motsvarande. De flesta landsting utgår helt enkelt från nuvarande kostnader när ersättningen beräknas. Man kan också snegla på vad andra landsting har fastställt.

Vid införande av ersättningssystem i vårdval behöver landstinget också göra en bedömning av vilka kostnadsmässiga effekter som vårdvalet kan komma att innebära och om det finns behov av särskilda åtgärder för att skapa kostnadskontroll. Exempel ges i rapporten på hur kostnadskontroll kan skapas genom utformning av ersättningssystemet. Kostnadskontroll kan också uppnås på andra sätt, t.ex. genom remisstväng eller att en vårdgivare även får kostnadsansvar för remisser.

Ersättningssystemet är en viktig del i utformningen av ett vårdval och ersättningen måste utvecklas parallellt med utformningen av hela vårdvalet. Flera av de landsting som har utvecklat vårdval i specialistvård har också tagit fram en processbeskrivning för hur det ska gå till, dvs. vilka steg ingår, vilka olika parter ska involveras i olika steg osv. Exempel ges i rapporten.

När ett landsting utformar ett vårdval finns det starka skäl att redan från början tänka litet bredare och några steg framåt – vad kan komma att hända med detta vårdval framöver? Vilka kopplingar finns till andra verksamheter? Vad kommer att kunna utvecklas och hända i nästa steg? Vad kan utvecklas och förändras inom ramen för de avtal som tecknas med vårdgivarna i det första läget? I vilka lägen måste avtal och ersättningssystem göras om och kan detta föregripas på något sätt? Hur kan nya sätt att paketera och leverera vårdtjänster stimuleras, eller i varje fall inte motarbetas, i befintliga eller kommande styr- och ersätt-

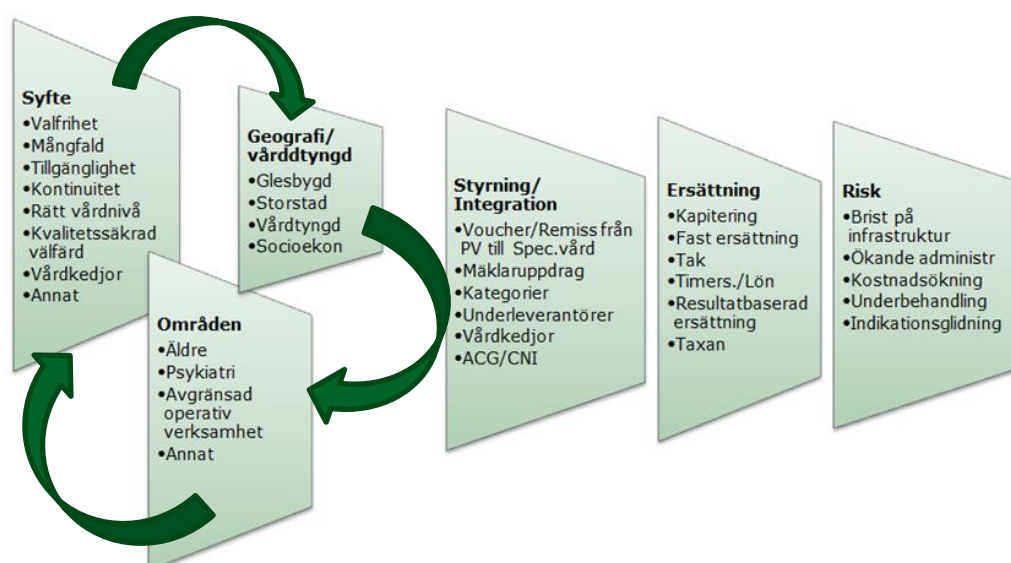
ningsmodeller? Hur kan en differentiering av vårdtjänsterna utifrån patienters olika behov och förutsättningar stimuleras eller i varje fall inte motverkas av dagens ersättningsmodeller? I rapporten förs avslutningsvis en diskussion och ges exempel kring dessa frågeställningar.

Varför vårdval?

För att utforma ett ersättningssystem behöver man bl.a. ta utgångspunkt i det syfte som finns med vårdvalet och vilka förutsättningar som gäller i det aktuella landstinget

Beslut om att införa ett vårdval i landstinget föregås av ett antal överväganden kring vad man vill uppnå och på vilket sätt vårdvalet ska kunna bidra till förbättringar – dvs. vilka är målen och syftena? Det kan finnas ett antal olika skäl till att införa vårdval – alltifrån att helt enkelt ge patienterna ökad valfrihet till att man exempelvis vill stimulera fler vårdgivare att bedriva verksamhet på ett visst medicinskt område (se Anells rapport sid 37). Att överväga införande av vårdval kan också vara ett led i en ambition att förbättra vården - ett sätt att försöka tänka nytt och att öppna för nya lösningar och innovationer. Det kan också vara så att dessa överväganden visar att vårdval kanske inte är den bästa formen för att uppnå det man vill (se Anells rapport sid 21).

Arbetsgruppen tog i ett tidigt skede fram en principskiss över vilka steg som bör ingå i en process för utformning av ersättningssystem. Resultatet blev följande processkarta.



Kartan visar att det första steget är en ”möjlighetsanalys”, dvs. att formulera vilket/vilka syften som vårdvalet och ersättningssystemet ska fylla – t.ex. att

skapa valfrihet eller mångfald, att öka tillgängligheten, att öka kontinuiteten osv. I nästa steg handlar det om att ta ställning till i vilken utsträckning faktorer som geografi och vårdtyngd ska vägas in i modellen. Av betydelse är också inom vilket/vilka medicinska eller andra områden som modellen ska tillämpas. Genom dessa tre ”ben” skapas en plattform för modellen, som sedan kan byggas på utifrån vilken typ av styrning som övervägs (t.ex. remisstvång, underleverantörer, vårdkedjor etc.) och vilka ersättningsprinciper som kan tillämpas. Slutligen behöver det göras en riskanalys.

I rapporten ”Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem – vad krävs” pekas fyra framgångsfaktorer ut.⁴

- *”Brukarna ska ha incitament att aktivt välja kvalitet och att leverantörer har incitament att aktivt satsa på sådan kvalitet som bäst tillgodoser brukarnas behov.*
- *Själva utformningen av valsituationen för brukaren är avgörande om det kommer att göras några aktiva och medvetna val överhuvudtaget. Att tvingas välja vid ”fel” tillfälle fungerar inte.*
- *Det krävs en hög ambitionsnivå hos huvudmannen vad gäller tillsyn.*
- *Utförare måste ges tillräckligt med utrymme att finna nya vägar och nya lösningar på hur de bäst möter brukarnas behov. För hårt ställda krav på saker och ting ska utföras snarare än vad tjänsterna ska uppnå hämmar utvecklingen av kvaliteten, och i slutändan nya tjänster och nya företag.”*

Landstingen har närmat sig frågan om vårdval i specialiserad vård på litet olika sätt, både beroende på ambitionsnivå och olika förutsättningar. T.ex. i Stockholms läns landsting, som har många privata utförare, har man haft ambitionen att införa vårdval i så många specialiteter som möjligt. Där har ett viktigt skäl varit att vårdval anses vara en bättre och mer flexibel avtalsform än upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU). Ett annat skäl är den omstrukturering som ska ske till följd av nya Karolinska sjukhuset, då mer vård ska läggas ut i öppna former.

Region Halland och Landstinget i Uppsala län har haft en liknande, men mer försiktig och pragmatisk ambition och har använt sig av en strukturerad analysmodell inför beslut om vårdval.

⁴ Det konstaterar ekonomie doktor Karl Lundvall vid Copenhagen Economics, som på Konkurrensverkets uppdrag har skrivit rapporten Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem – vad krävs?

Exemplet Region Halland – underlag för analys av vårdval eller inte vårdval

Syfte med vårdvalet - Vad är problemet? Vilka syften vill vi uppnå?

1. Patienten ska uppleva förbättrad tillgänglighet
 - a. Kortare väntetider
 - b. Geografiskt nära
 - c. Fysisk tillgänglighet
2. Invånaren ska erhålla ökad valfrihet, invånarna ska i större utsträckning kunna välja utförare utifrån sina preferenser
3. Patienten ska uppleva större inflytande i vård och behandling
4. Vårdgivaren ska ha tydliga incitament för säker vård
5. Önskvärt med en mångfald av vårdgivare, i olika regiformer. Mångfald stimulerar konkurrens, utveckling, specialisering och innovation.
6. En mångfald av vårdgivare stimulerar till positiv konkurrens. Utvärdering av vårdsektorn visar att konkurrensutsatta marknader leder till ökad produktivitet, vilket i sin tur leder till kostnadseffektivitet.
7. Vårdupphandlingar enligt LOU innebär förhållandevis korta avtalsrelationer, med byte av utförare. Anslutning genom LOV innebär långa avtalsrelationer med bättre kontinuitet för patienten.
8. Stimulera näringsliv, företagsamhet och tillväxt i regionen
9. Köpa mindre vård och vårdgaranti från vårdgivare utanför Halland.

Exemplet Landstinget i Uppsala län – utdrag ur det politiska strategidokumentet för utveckling av vårdvals system inom specialiserad vård

Före införandet av vårdval görs bedömningar utifrån de mål som slagits fast:

- Patienternas möjlighet att välja vårdgivare
- Mångfald av vårdgivare
- Förbättrad tillgänglighet till specialistvård
- Ökad kvalitet genom verksamhetsutveckling och effektivisering
- Ökad kostnadseffektivitet

Om landstinget överväger att införa vårdval behövs också någon form av analysmetod för att ta fram underlag för beslut om vilka specialiteter som kan ligga närmast till hands för vårdval och i vilken ordning de ska tas. Det finns flera exempel från landsting som har utformat sådana modeller för systematisk bedömning av olika specialiteters lämplighet för vårdval, och hur man kan utforma en bra process för att ta fram underlag för en sådan bedömning.

Nedan följer några exempel från Region Halland, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Gävleborg och Landstinget i Värmland

Exemplet Region Halland – kriterier för införande av vårdval

Varför vårdval? – Kriterier för att välja ut områden

1. **Utbud:** Låt bli områden med läkarbrist, vårdvalet är inte en universallösning för att lösa bemanningsproblem när det råder allmän läkarbrist inom området.
2. **Volym:** Låt bli små områden där förutsättning för mångfald och konkurrens saknas, t.ex. neurologi
3. **Investeringar:** Låt bli områden som kräver stora strukturella anskaffningar, där landstinget redan har sådana förutsättningar. Ett vårdval som kräver stora investeringar av privata vårdgivare, betyder att landstinget behöver finansiera dessa investeringar. Onödigt om dessa investeringar redan är gjorda där kapaciteten är tillräcklig.
4. **Kvalitet:** Välj områden där landstinget har kvalitetsproblem, t.ex.
 - väntetider och annan bristande tillgänglighet
 - ineffektivitet
 - använd Öppna Jämförelse, Nysam och SKL:s produktionsstatistik för att identifiera problemområden.

Exemplet Landstinget i Uppsala län – kriterier för vårdval

Sammanfattningsvis sägs i det politiska strategidokumentet att följande förutsättningar bör vara uppfyllda för att införa vårdval inom en specialitet:

- Vårdvolymerna är tillräckligt stora för att möjliggöra fler vårdgivare inom uppdraget
- Utbudet av vårdgivare är tillräckligt stort – alternativt att vårdvalet stimulerar till ett ökat utbud – för att ge patienterna möjlighet att välja vårdgivare.
- Vårduppdragets komplexitet möjliggör fler vårdgivare inom uppdraget.
- Det finns behov av geografisk spridning för att stärka närvårdsutvecklingen.
- Det är möjligt att beskriva, definiera och följa upp vårduppdraget, inklusive tydliga avgränsningar och gränssnitt gentemot andra vårdnivåer och vårdområden.
- Förutsättningar för jour, FoU och hälsoinriktat/sjukdomsförebyggande arbete försämras inte.
- Svårigheter för landstinget att i egen regi uppfylla vårdgarantin.
- Det går att utforma ersättningsmodeller och behålla kostnadskontroll.

Exemplet Landstinget Gävleborg – utredning av förutsättningar för vårdval

Landstinget genomförde under hösten 2013 en extern utredning av förutsättningar och möjligheter för vårdval inom den specialiserade vården inom Landstinget Gävleborg. Utredningen genomfördes på uppdrag av landstingets politiska ledning som en del i landstingets långsiktiga arbete att utvärdera förutsättningarna för att införa styr- och upphandlingsformen vårdval inom den specialiserade vården.

Utredningen söker besvara inom vilka medicinska specialitetsområden en modell för vårdval skulle kunna användas för att förbättra vården för länets invånare och patienter. Utgångspunkten var en förutsättningslös och bred genomlysning av länets samtliga medicinska specialitetsområden för att identifiera utmaningar. Därefter utvärderades vårdval och andra alternativa åtgärder som möjliga lösningar på de identifierade utmaningarna.

Utredningsmetodikerna omfattade analys av landstingets egen ekonomiska och medicinska statistik, avrop från nationella kvalitetsregister och Öppna jämförelser, intervjuer med chefer för verksamhetsområden och intervjuer med experter och vårdgivare från andra landsting. Nationell litteratur kring erfarenheter från genomförda vårdval och internationella publikationer kring valfrihetsmodeller inom hälso- och sjukvård analyserades också.

Den sammanfattande rekommendationen av utredningen var att ”landstinget bör besluta om att bereda införande av vårdval inom ögonsjukvården samt att överväga konkurrensutsättning genom offentlig upphandling enligt LOU för urologi och på sikt för rehabiliteringsmedicin. För övriga områden med utmaningar bedöms konkurrensutsättning inte vara det bästa medlet för förbättring avseende de identifierade utmaningarna. Framöver skulle flera vårdområden kunna vara intressanta för regionsgemensamma lösningar för konkurrensutsättning.”

Exemplet Landstinget i Värmland – strategi för utveckling av vårdval

Varför en strategi för utveckling av nya vårdvalssystem?

- I landstingets flerårsplan fastställs att ”Valfrihetssystem kan byggas upp för många av landstingets verksamheter, såväl inom vård och behandling som inom rehabilitering och förebyggande insatser. Möjligheten att utveckla vårdval som modell eller andra alternativ till egen verksamhet ska prövas inom flera områden”.
- Strategin syftar till att fastställa hur områden bör prövas för vårdval, på ett sakligt sätt, med medborgaren i fokus, beaktande flera perspektiv, för att säkerställa en långsiktig hållbar utveckling.

Forts. Exemplet Landstinget i Värmland

Målsättningar för vårdval inom Landstinget i Värmland

- Öka patientens möjligheter att välja vårdgivare
- Stimulera till ökad mångfald av både vårdgivare och arbetssätt
- Förbättra tillgänglighet till specialistvård
- Öka kvaliteten genom verksamhetsutveckling och effektivisering
- Behålla kostnadskontroll samt stimulera ökad kostnadseffektivitet

Som verktyg i bedömningen för vårdval på ett vårdområde finns en bedömningsnyckel som grundar sig på strategins principer

- Mångfaldskriterier (*bygger på tron att mångfald ger utveckling*)
- Affärsmässiga kriterier (*säkerställer affärsmässiga möjligheter för flera aktörer så mångfald kan skapas*)
 - Uppdragsvolym, Utbudskandidater
- Verksamhets- och problemkriterier (*säkerställer att verksamheten på ett kvalitativt och processororienterat sätt kan utvecklas och integreras i helheten*)
 - Beskrivbarhet, Helhet, Tillgänglighet, Medicinsk kvalitet, Bemanning, Lokaler, Annat
- Ekonomiska kriterier (*säkerställer en ekonomiskt godtagbar lösning*)
- Ekonomiskt resultat, Kostnadskontroll, Kostnadseffektivitet

Sammanlagt 13 kriterier med poängsättning för prioritering per specialitet.

Landstinget har också utvecklat en process för fastställande av vårdval inom specialistvården.

En strategigrupp diskuterar möjliga områden (behovsområden, avtal som upphör, inspel från verksamheter eller politik, nationella satsningar) och använder bedömningsnyckeln som stöd. Därefter görs en enkät med verksamhetsfrågor till berörda verksamheter och Centrum för klinisk forskning (CKF) och utifrån denna och annan statistik och kriterierna görs en analys av områdets lämplighet samt konsekvensbeskrivningar som vägs samman inför fullmäktigebeslut. Fullmäktige beslutar anta analys och ger uppdrag om regelbok. Arbetsgrupper (med specialkompetens, upphandling, utdata, ekonomi, information) tar fram förslag till regelböcker som stäms av med styrgruppen. Beslut i styrelse/fullmäktige om att anta regelbok (föregås av facklig samverkan). Annonseras på valfrihetswebben.se

Landstinget har gått vidare med vårdval för fysioterapi inom primärvårdsrehabilitering (infört i april 2014) och för övrig specialistvård har strategigruppen pekat ut några områden för närmare utredning, bland annat neuropsykiatriska utredningar. När det gäller ersättningsmodell för fysioterapi har man en fast ersättning med prestationskrav. För neuropsykiatriska utredningar är ambitionen att hitta en form av episodersättning.

Ytterligare andra landsting har haft litet andra utgångspunkter. Exempelvis Region Skåne har haft mer strukturella ambitioner i sina överväganden kring vårdval som bl.a. handlar om innovationer och integrerad vård.

Exemplet Region Skåne - kriterier för vårdval

Nedan finns de kriterier som, utöver syftet att ge patienterna större valfrihet, har legat till grund för Region Skånes bedömning av om vårdval bör införas eller ej:

- syftar till förbättrad integration mellan vårdens olika delar, t.ex. helhetslösningar genom gemensamma vårdvalssystem mellan vårdnivåer (vårdkedjor), över landstingsgränser eller i samarbete med kommuner,
- ger utförarna stor frihet att forma sin verksamhet och organisation,
- syftar till att flytta vård från sjukhus till öppna vårdformer utanför sjukhusen,
- syftar till att öka innovationstakten i vården,
- innehåller nya ersättningssystem, t ex som belönar uppnådda resultat för patienten, stärker samverkan över organisationsgränser eller öppnar för innovativa sätt att organisera verksamheten,
- syftar till att stärka möjligheterna att verka i glesbygd,
- skapar förutsättningar för att öka mångfalden
- syftar till att göra utförarna i vårdvalssystemen delaktiga i forskning och utveckling
- möjliggör nya sätt för dialog mellan beställare och utförare i syfte att utveckla verksamheterna, förbättra uppföljningen och säkerställa konkurrensneutralitet.”

Hur kan ersättningssystemet utformas?

Hur kan ersättningssystemen utformas för att främja de mål och specifika syften som finns med vårdvalet?

Grunden för att utforma en ersättningsmodell måste utgå från ett definierat uppdrag. Målen för uppdraget och det behov som ska fyllas behöver vara klargjorda. Exempelvis frågor som berör tillgång till vård, jämlik vård eller glesbygdsproblematik kan höra hit. Även möjligheten att nå målen via alternativa styrformer såsom kunskapsstyrning, riktlinjer, olika regelverk och uppföljning m.m. måste beaktas liksom hur professionella drivkrafter kan stödjas och inte motverkas av incitament i en ersättningsmodell.

De mål och syften som ligger till grund för beslut om ett vårdval enligt ovan ger också förutsättningar att bedöma vilka incitament som ett ersättningssystem bör skapa. Detta ger en bra grund för de vägval som måste göras vid utformning av ersättningssystemet.

Att utforma ett ersättningssystem är ingen enkel sak. Det finns en del skrivet och tänkt om detta – bl.a. Kammarkollegiets vägledning⁵ - och det har gjorts flera kartläggningar på senare tid som beskriver hur ersättningssystemen ser ut och vilka effekter de kan ha (se t.ex. SNS rapport)⁶. Det finns vissa grundläggande och tämligen väl belagda kunskaper om olika ersättningsmodeller att ha med när man funderar på utformningen – t.ex. att en prestations- eller åtgärdsbaserad ersättning ger förutsättningar för en hög produktion, att en kapiterad ersättning ger förutsättningar för en god kostnadskontroll och att en målrelaterad ersättning kan bidra till att stimulera vissa beteenden hos vårdgivaren.

I bilaga 2 finns en tabell från SNS-rapporten som visar vilka positiva och negativa effekter som kan uppstå vid olika typer av ersättningsmodeller. De negativa effekterna kan sedan kompenseras på olika sätt.

Anell resonerar också om olika ersättningsprinciper (Anell 2013 sid 54 ff) och har också sammanställt för- och nackdelar med ersättning utifrån resultat och utfall respektive utifrån processindikatorer (Anell 2013 sid 65 f)

⁵ Vägledning: Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg, Kammarkollegiet 2012:4

⁶ Ersättning i sjukvården – modeller, effekter, rekommendationer, SNS 2014

Det första att fråga sig är således vad som är viktigt att åstadkomma när det gäller ersättningssystemet som drivkraft i det vårdval som ska införas och vilka beteenden hos vårdgivare och patienter som landstinget vill förstärka eller stimulera. En annan fråga är hur man kan motverka oönskade beteenden. Dessa frågor kopplar självklart också tillbaka till det ursprungliga syftet med vårdvalet.

En annan faktor av betydelse är om det aktuella vårdvalet handlar om en specialitet som hanterar s.k. ”osorterade” behov, dvs. har kompetens att ta emot patienter med olika sjukdomar eller behov, eller med ”sorterade” behov som snarare handlar om att tillhandahålla en viss bestämt behandling. Detta har beskrivits av Anell (se Anells rapport sid 71)

Exempel på frågor som kan uppstå för landstinget vid utformning av ett ersättningssystem:

- Hur säkerställer man att ersättningen blir ett medel att uppnå målen med vårdvalet?
- Hur ska ersättningen utformas så att verksamheten kan utföra en bra och långsiktig planering? Hur utformar man ersättningen för att också uppnå mer kortsiktiga mål och förändringar?
- Hur kan man utforma en ersättning som stimulerar verksamheten att tillgodose patienternas behov och att bedriva en jämlik vård? Är viktning ett alternativ och i så fall utifrån vilka kriterier?
- Hur kan ersättningssystemet utformas för att också stödja andra styrinstrument t ex kunskapsstyrning? Hur stödjer det och samspelar med professionella drivkrafter?
- Hur ska man utforma ersättningen så att den tar hänsyn till de geografiska förutsättningarna? D.v.s. hur man kan stimulera verksamhet som ges så nära patienterna som möjligt.
- Vilken typ av ersättningssystem stödjer bäst ett vårdval med huvudsyftet att öka tillgängligheten i form av fler vårdgivare och/eller ökad produktion?
- Vilken typ av ersättningssystem passar bäst för ett vårdval där uppdraget är klart specificerat, t.ex. kataraktoperationer, resp. ett vårdval med mer osorterade behov, t ex vårdval hud? Är ersättning för vårdepisoder ett alternativ? Vill man stimulera ett helhetsansvar för patienter med viss diagnos? (se Anell sid 80 ff)
- Hur kan man locka vårdgivare finansierade genom s.k. nationell taxa att etablera sig inom vårdvalssystemet?

Exemplen i det följande berör vissa av frågeställningarna ovan, men inte alla.

Region Halland valde att börja med att införa ”vårdval plus” inom hudsjukvård och vuxenpsykiatri. Eftersom det i båda fallen handlar om ”osorterade” behov som ska tillgodoses och där man ville definiera vilka behov/diagnoser som skulle omfattas av vårdvalet bestämde man sig för att utforma en ersättning per vårdepisod eftersom ersättningssystemet måste ta hänsyn till att olika diagnoser och åtgärder är olika resurskrävande.

Exemplet Region Halland – varför ersättning för vårdepisoder?

Det blev tydligt uttalat att man inte önskade implementera en ersättningsform som baseras på traditionella beskrivningssystem i form av vårdkontakter och åtgärder, d.v.s. ingen ersättning för enskilda prestationer s.k. ”fee-for-service”. Detta baserades på uppfattningen att en sådan modell blir volymdrivande, vårdgivaren har inget ansvar för komplikationer och det kan bli en glidning i medicinsk indikation. Erfarenheterna från åldersbaserad kapitationsersättning i primärvården var goda.

Målet som sattes upp var att finna en ersättningsmodell som bygger på teorin om ”comprehensive payment” d.v.s. en mer heltäckande modell och fasta ersättningsprinciper. Därför föll valet på en ersättningsprincip baserad på ett fast belopp per vårdepisod, i enlighet med SPRI:s definition: ”En patients samtliga kontakter, gällande ett specifikt hälsoproblem, med en leverantörs vårdresurser under en avgränsad tid”⁷. Verksamhetsföreträdare bidrog genom att beskriva olika vårdepisoder, som bör uppfattas som ”best practice”. Ersättningen baseras på den beskrivna resursinsatsen för respektive vårdepisod. Vårdepisoderna, som de beskrivits i Halland, omfattar enbart vårdkontakter hos en (1) vårdgivare, inkluderande eventuella underleverantörer, men inte sådana vårdepisoder som spänner över flera vårdnivåer och organisationsgränser.

Enligt ekonomisk teori skapar vårdepisodersättning incitament att producera mer kostnadseffektiv vård för hela vårdepisoden och lämnar relativt stort handlingsutrymme till vårdgivaren att själv formera innehållet i vården, givet vissa gränser. Detta skapar också förutsättningar för innovationer i vården.

Region Hallands arbete med definition av vårdepisoder ansluter väl till Västra Götalandsregionens förstudierapport Ersättning för vårdepisoder från 2002 (Anders Östlund).

⁷ Vårdepisoden. Förstudierapport 1996. Spri tryck 289. Stockholm 1997

När Västra Götalandsregionen skulle införa vårdval inom rehabilitering så var flera av frågeställningarna ovan aktuella – man ville ha en ökad produktion, det fanns en ambition att få ökad samverkan mellan fysioterapi och arbetsterapi, man behövde beakta den geografiska dimensionen etc. Ambitionen var också att försöka få över vårdgivare från nationella taxan.

Exemplet Västra Götalandsregionen – inriktning på Vårdval Primärvårdsrehabilitering

Ett politiskt inriktningsdokument lämnades som vägledning inför arbetet. I detta inriktningsdokument ingår följande stycke som specifikt avser ersättningsmodellen: ”Ersättningsystemet ska utformas för att möjliggöra anpassningar till lokala förutsättningar och baseras på patienternas skiftande behov. Modellen bör beakta betydelsen av välfungerande vårdkedjor och kan baseras på diagnosgrupper, vårdtyngd och socioekonomiska faktorer. Därtill ska rehabiliteringsvalet stimulera de sjukgymnaster som idag arbetar inom ramarna för den nationella taxan samt specialister att se fördelar med att gå med i rehabvårdvalet.”

För att stimulera rehabilitering som påverkar patienternas funktionsförmåga på önskat sätt borde grunden i ersättningsmodellen vara ersättning per vårdepisod, där ersättningen varierar med diagnos samt utveckling av patientens funktions- och aktivitetsförmåga. En sådan modell förutsätter emellertid indata som idag inte samlas in på ett likvärdigt och heltäckande sätt i Västra Götalandsregionen. För att möjliggöra vidareutveckling av ersättningsmodellen i den riktning som nämns ovan gavs ett uppdrag att utveckla och genomföra ett beskrivningssystem för rehabiliteringsverksamhet som väger in funktions- och aktivitetsförmåga.

Den ersättningsmodell som beslutats för Vårdval Rehab bygger på sådana data som är möjliga att få del av inom rimlig framtid och innehåller fyra delar:

- ✓ Ersättning för viktade vårdkontakter (inklusive takkonstruktion)
- ✓ Särskild ersättning för socioekonomi
- ✓ Särskild ersättning för geografi
- ✓ Målrelaterad ersättning för kvalitet

Landstinget i Uppsala län har haft ambitionen att ”bryta upp” den dominans som det stora sjukhuset har genom att få in fler aktörer, men man har samtidigt varit ganska försiktiga och börjat med flera vårdval inom förhållandevis smala specialiteter. Därefter har landstinget gått vidare med fler och bredare vårdval där utmaningen bl.a. har varit att utforma ersättningsystem som ska möjliggöra en tydlig gränsdragning mellan den öppna specialistvården och den som enbart ska erbjudas på sjukhus.

Exemplet Landstinget i Uppsala län – vårdval gynekologi

Vårdvalet inom gynekologi utformades därför smalt omfattande endast ett fåtal DRG-koder. De egna sjukhusens deltagande begränsades också till att endast omfatta en mottagning (gymottagningen) på respektive sjukhus. Vårdvalets ersättningsnivå utformades utifrån ersättningsnivån för läkare på nationella taxan med ett påslag för läkemedel. Denna nivå bedömdes stimulera till nyetablering utan att leda till en alltför stor förskjutning mellan primärvård och specialistvård.

Region Skåne har velat prioritera att flytta ut specialiserad vård från sjukhusen.

Exemplet Region Skåne – ”uppgrädering” av vårdcentraler som en del i vidgat vårdval

I Skåne finns två möjligheter för vårdcentralen (VC) att bedriva öppen specialiserad vård integrerat med primärvård i syfte att förbättra ledtider och utveckla sammanhållna patientprocesser. Det första tillvägagångssättet är att utnyttja vårdcentralens möjlighet att anställa läkare med annan kompetens än allmänmedicin. Utifrån den listade befolkningens behov kan t ex tillgång till geriatrisk eller allmänpsykiatrisk kompetens erbjudas på vårdcentralen och ersättningen sker genom en förväntad förbättrad täckningsgrad som i Skåne har en stor ekonomisk utväxling för VC. Denna modell innebär en ”okontrollerad” utflyttning av specialiserad vård då initiativet och omfattningen inte styrs av uppdragsgivaren. Det andra tillvägagångssättet är att VC utnyttjar möjligheten som ges att bedriva särskilda mottagningar med särskild ersättning för äldre, unga vuxna samt patienter med hjärtsvikt eller gynekologiska besvär. Den senare innebär en organiserad utflyttning av specialiserad vård utifrån uppdragsgivarens ambitioner och behov.

Hur påverkas ersättningssystemet av uppdraget?

Hur påverkas ersättningssystemet av hur uppdraget formuleras och, hur avgränsningarna görs och hur målgrupperna definieras?

Ett vårdval i specialistvård innebär i princip att man ”snittar ut” en bit av vården mellan primärvård och annan specialistvård. Det innebär också att man måste hitta ett sätt att definiera och avgränsa den vård som ska läggas ut och ersättas på ett sätt som ger de avsedda effekterna och som inte leder till en oönskad överströmning till eller från andra delar av vården. Det som läggs i vårdval behöver också samverka med annan vård på ett bra sätt. Man behöver även fundera på vilka patienter som i första hand är tänkta att söka sig till det nya vårdvalet och vilka som i första hand bör vända sig någon annanstans i vården. Frågan om avgränsning av olika patientgrupper m.m. kopplar starkt till frågan om beskrivningssystem, som tas upp i nästa avsnitt.

Exempel på frågor kring avgränsningar som kan uppstå för landstinget vid utformning av ett ersättningssystem är:

- Hur kan uppdraget i vårdvalet definieras? Vad ingår i vårdvalet och hur görs gränsdragningen för vad som ska ingå i vårdvalet i förhållande till annan vård? Hur ska ”vårdvalsvården” ersättas i förhållande till närliggande vård?
- Hur motverkas att primärvården får incitament att skicka över patienter till specialisterna – vilket kan bli en följd om primärvården har kapitering medan specialiserad vård har produktionsbaserad ersättning?
- Vilka gränssnitt ska gälla gentemot primärvården och ev. den del av specialiteten som ska ligga utanför vårdvalet?
- Hur hittar man ”rätt” patienter? Hur kan landstinget verka för att vården attraherar dem som den vänder sig till och hur minskas risken för oönskade överströmningar? Hur ser vi till att det inte är bara ”enkla” besök som ökar på bekostnad av andra besök?
- Vad ska ingå och ersättas i grunduppdraget, vad ska utgöra tillägg och hur utformas ersättning för uppgifter i tilläggsuppdraget?
- Hur främjas helhetssynen på patienten om vårdvalet är en eller flera delar i en större vårdprocess/vårdkedja?

Exemplen i det följande illustrerar på olika sätt någon eller flera av frågeställningarna ovan.

När det gäller gränssnitten mellan olika delar av vården så finns det vissa skillnader mellan framför allt Region Skåne och övriga landsting. Region Skåne vill integrera så mycket som möjligt av specialiserad vård i primärvården medan övriga landsting snarare försöker renodla specialistvården från primärvården. Täckningsgraden i Region Skånes ersättningsystem, dvs. att vårdcentralerna premieras ekonomiskt om de svarar för en stor del av alla öppenvårdsbesök, är ett sätt att försöka styra detta. Det finns således litet olika synsätt eller filosofier som får olika implikationer på både organisationen och styrsystemen.

Exemplet Region Skåne – särskilda mottagningar och särskilda patientgrupper

Som tidigare nämnts har vårdcentralerna (VC) i Skåne möjlighet att bedriva särskilda mottagningar med särskild ersättning för äldre, unga vuxna samt patienter med hjärtsvikt eller gynekologiska besvär. Dessa ger möjlighet att bättre hålla ihop vården ur patientens perspektiv, förkortar ledtiderna och ger utrymme till innovation och ökad egenmakt för patienten. En utvecklad närsjukvård handlar också om att tillvarata den medicinska tekniska utvecklingen som gör det möjligt att sköta alltmer komplicerad vård utanför sjukhusen och på helt nya sätt än tidigare. Ett sådant exempel är för patienter med hjärtsvikt. ”Aktiv hälsostyrning” för dessa patienter handlar om ett förbättrat omhändertagande genom att kontinuerligt övervaka en av de kritiska faktorerna – patientens vikt. I Skåne pågår ett införande av ett nytt reellt val i vårdval - inte bara av vårdgivare utan även av behandlingsinnehållet på så sätt att varje patient med hjärtsvikt erbjuds möjlighet till distansmonitorering med digital våg. Detta kommer även att ställa krav på en översyn av ersättningsmodellen så att den inte motverkar utvecklingen av e-hälsa och smartare sätt att på en lägre omhändertagandenivå ge patienter vård hemma. Denna relativt enkla innovation innebär ett strukturerat kliv framåt inom området e-hälsa, den har en potential att minska slutenvårdskonsumtionen och kostnaderna samtidigt som den för väldigt många patienter innebär ökad delaktighet och egenmakt och en ny form av trygghet, i en modernt utbyggd ”nära vård” utanför sjukhusen.

Exemplet Region Halland – vilka specialiteter och hur avgränsa?

Vilka specialiteter och hur kan man avgränsa mellan olika delar av vården?

För att diskutera gränssnitten mellan de olika vårdnivåerna för olika specialiteter inbjöds tre företrädare för professionen, var och en verksam på olika vårdnivåer, till diskussion inför en ev. övergång till vårdval. Läkare från primärvården, specialiserad öppenvård (företrädesvis från privat regi) respektive den specialiserade sjukhusanknutna vården representerade de olika vårdnivåerna. Arbetet syftade till att definiera mellanskiktet som kan utgöra vårdvalet inom den öppna specialiserade vården, genom att definiera gränserna mellan primärvård – öppen specialiserad vård respektive öppen specialiserad vård – vård som kräver sjukhusens resurser. Arbetsformen var inte helt olik processen som syftar till framtagande av handläggningsöverenskommelser (se nedan) eller vårdprogram. Därefter ansvarade en styrgrupp med representation från både egenregi och privat vård för att göra en sammanvägande bedömning av gränssnittsgruppernas resultat, och andra hänsyn som

1. inverkan på sjukhusens möjlighet att bedriva akutverksamhet
2. läkartillgång respektive volymer inom det medicinska området
3. ansvar för utbildning av vårdpersonal,
4. möjlighet att finansiera och bedriva FOUU
5. relevansen att konkurrensutsätta ett område i förhållande till omfattningen av investering i medicinskteknisk utrustning som skulle krävas för att utföra vård
6. ekonomiska överväganden om möjligheten att identifiera befintliga resurser och konstruera ersättningsmodeller,
7. organisatoriska överväganden i de fall det medicinska verksamhetsområdet är involverat i annat förändringsarbete.

”Handläggningsöverenskommelser” mellan nivåer:

En erfarenhet som vunnits är vikten av att säkerställa att det i samband med ett vårdvals införande finns aktuella och adekvata handläggningsöverenskommelser. Med detta avses i Halland en dokumenterad, fastställd, accepterad och implementerad gränsdragning mellan specialiserad vård och närsvårsvård. För att få följsamhet till överenskommelsen är den fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören och gäller för de av Region Halland finansierade vårdenheterna inom Vårdval Halland samt den av Region Halland finansierade specialistvården samt för de vårdgivare som genom andra avtal finansieras av Region Halland. Syftet är att patienten ska få rätt vård på rätt vårdnivå samt att undvika att patienten ska hamna mellan stolarna, samt att definiera ansvar och kostnadsansvar för nödvändig utredning och undersökning.

Exemplet landstinget i Jönköpings län och avgränsning i vårdval ögonsjukvård

För att säkra att det blir ”rätt” patienter och för att hålla kontroll på konsumtion och kostnader inom vårdval ögon måste patienten ha remiss (i första hand från primärvård men även optiker och annan specialistvård) om det inte är en pågående kontakt. För vissa angivna diagnoser kan dock primärvården hänvisa direkt till ögonspecialist, d.v.s. patienten behöver inte besöka primärvården först. Landstinget har inget generellt remisskrav till specialistsjukvården utan beslutet att införa remiss gäller endast vårdvalet. (dvs. vårdvalet kombineras med en viss reglering/begränsning).

Landstinget använder Fakta dokument för att avgränsa mot primärvården
[Faktadokument Ögon](#)

Avgränsning mellan vårdvalet och resterande specialistvård görs i regelboken och tekniskt i ersättningssystemet där endast vissa utvalda DRG är aktuella och godkända för vårdval.

Exemplet landstinget Kronoberg – hur minskar man risken för icke önskade överströmningar mellan vårdnivåer?

I Landstinget Kronobergs regelbok anges att ”I verksamheten ska sådant som kan bedömas och behandlas i primärvården i enlighet med Vårdöverenskommelse om rekommenderad arbetsfördelning mellan specialiserad hudverksamhet och primärvården hänskjutas till primärvården.”
[Vårdöverenskommelser mellan hudkliniken och primärvården](#)

En styrning av vad som ska ingå kan också anses ligga i styrningen av hur patienten kommer till vårdgivaren. Enligt regelboken gäller att: ”Tillgång till specialiserad vård får kronobergaren antingen genom remiss från primärvården eller genom egenremiss till godkända leverantörer”.
[Vårdval Kronoberg Specialiserad hudsjukvård i öppen vård](#)

Exemplet Stockholms läns landsting – avgränsning i öppen, specialiserad ögonsjukvård

Med de befintliga uppgifter som fanns registrerade i beskrivningssystemet var det inte möjligt att särskilja vårdvalspatienter från patienter i primärvård eller högspecialiserad vård. Vårdvalsuppdraget fick i stället tydliggöras via definition av innehållet i ett basuppdrag och i flera tilläggsuppdrag.

Vad som skulle ingå i respektive uppdrag redovisades, liksom vad som inte skulle ingå. Därutöver definierades krav på kompetens för personal som skulle finnas på en mottagning samt krav på utrustning för de olika uppdragen. För att kunna bli auktoriserad för ett visst tilläggsuppdrag skulle således leverantören dels ansvara för basuppdraget och därtill ha kompetens för tilläggsuppdrag och även ha den särskilda tekniska utrustning som specificerats.

Förutom basuppdraget fastställdes fem tilläggsuppdrag. Tilläggsuppdragen var fokuserade på olika delar av ögat och vissa behandlingsmetoder.

Forts. Exemplet Stockholms läns landsting – avgränsning i öppen, specialiserad ögonsjukvård

Kataraktkirurgi var redan ett eget vårdvalsområde och ingick inte i det generella vårdvalet för ögonsjukvård, men har senare inlemmas i detta.

I SLL kompletterar flera vårdval varandra, vilket innebär viss risk för ”stuprörstänkande”. Genom att inkludera olika vård- och omsorgsinslag i ett vårdval kan man få en ökad helhetssyn på patienten. Det förekommer exempel där rehabilitering ingår efter operation (höft- och knäprotesoperationer och ryggkirurgi). Här förekommer också försök med episodbaserad ersättning där patientrapporterade utfallmått används som underlag för ersättning.

Exemplet Landstinget i Uppsala län och avgränsning i vårdval gynekologi

Inom vårdvalen i Landstinget i Uppsala län är ett viktigt kriterium att patienternas möjligheter att välja vårdgivare ska öka. Det innebär att det ska finnas flera aktörer på marknaden. Landstinget vill också stimulera till mångfald och innovation genom att vårdgivare kan välja olika arbetssätt. Nya vårdval prövas också mot komplexiteten, avgränsning mot andra vårdgivare och geografisk spridning. Ett annat viktigt kriterium är att de befintliga sjukhusens roll och uppdrag vad gäller jour, utbildning och forskning beaktas. Så långt möjligt eftersträvas att sjukhusen i egen regi ska vinna på att viss verksamhet blir föremål för vårdval. I de införda vårdvalen är uppdragen i de flesta fall begränsade. Vårdval inom hud är begränsat till ljusbehandling för psoriasispatienter. Vårdval inom ögonsjukvård har initialt varit avgränsat till ögonbottenfotografering för diabetespatienter. Vårdval gynekologi omfattar besök hos läkare och sjuksköterska samt vissa enkla åtgärder, men t.ex. inte aborter. Med detta begränsande åtagande säkerställs att kirurgisk öppenvård och dagkirurgi på främst Akademiska sjukhuset samlas till lämplig vårdvolym för att säkra specialistutbildningen.

Ersättningsprincipen för vårdvalen är i huvudsak produktionsbaserade genom exempelvis ersättning för viktade besök och åtgärder. En generell målsättning är att villkoren i vårdvalen ska vara attraktiva för befintliga privata läkare som ersätts enligt den nationella taxan.

Exemplet Örebro läns landsting och vårdval psykoterapi

Tidigare har Örebro läns landsting upphandlat psykoterapitjänster enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) men beslutade i april 2013 att erbjuda psykoterapi enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Vårdvalet innebär att patienter fritt kan välja viss form av psykoterapi i hela länet. Landstingsdrivna och privata psykoterapimottagningar får samma förutsättningar genom införandet av psykoterapi enligt LOV. Vid införandet blev man tvungen att noggrannare definiera tjänsten än vid tidigare upphandling för att skilja det som patienten själv kan välja utförare för från vad som ska utföras i egenregi. Tjänsten definierades som psykoterapiinsatser bedömda som en enskild åtgärd inom den psykiatriska specialistvården. Aktuella för psykoterapibehandling är patienter:

- med definerat behov av psykiatriska specialistvårdsinsatser
- utan risk för suicid
- som inte är föremål för några andra samtidigt omfattande insatser inom psykiatri
- bedömda med avseende på behov, kapacitet samt motivation när det gäller psykoterapi
- vars problematik inte kräver akutinsatser

Uppdraget består av psykoterapibehandlingar i form av individterapi till vuxna patienter, d.v.s. 18 år och äldre.

För att få nyttja vårdvalet måste patienten ha en remiss som har utfärdats inom den specialiserade psykiatri. Det finns alltså ingen möjlighet för patienten att söka psykoterapibehandling utan remiss, som är möjligt i vissa andra landsting. Vårdval för psykoterapi har därmed olika innebörd i olika landsting. En komplicerande faktor för patienten är att man redan måste vara ”inne” för att få godkännande att göra val – att då välja någon annan vårdgivare kan i praktiken vara svårt.

Hur fastställs ersättningen?

Frågan om att fastställa ersättningen innefattar egentligen två olika frågeställningar – dels hur man beräknar den totala ersättning som ska budgeteras för området och dels hur man utformar och beräknar ersättningen per ”produktgrupp” eller motsvarande.

Att införa ett vårdval och en ersättningsmodell innebär således att man måste prissätta vården i de dimensioner som ska ersättas, t.ex. besök, episoder eller åtgärder. Det behövs någon form av kostnadsbedömning för att fastställa dessa ersättningar – som kan botten både i mer kalkylmässiga underlag eller underlag som visar vad det faktiskt kostar i landstinget idag. Samtidigt inryms det förstås också en viss dimension av styrning i prissättningen – vill man stimulera volymökningar, vill man kostnadsminimera eller något annat (Anell sid 67)

En del i den underliggande analysen är också att bedöma den totala ersättningen och att titta på finansieringen – dvs. varifrån ska de medel tas som ska ”läggas in” i vårdvalet och var ska motsvarande ”neddragning” göras? Vilken total ram ska vårdvalet förfoga över, inklusive ev. beräknade förändringar i konsumtionen?

Exempel på frågor som dyker upp när landstinget ska fastsätta ersättningen:

- Vilka kostnadsunderlag används för att bestämma ersättningens storlek?
- Vilken ersättningsnivå är rimlig och lämplig?
- Vilken volymutveckling ska landstinget räkna med?
- Vilken ekonomisk ram ska vara utgångspunkt för att beräkna ersättningen?

Exemplen i det följande illustrerar på olika sätt en eller flera av frågeställningarna ovan. De flesta landsting utgår helt enkelt från nuvarande kostnader när ersättningen beräknas. Man kan också snegla på vad andra landsting har fastställt. När ersättningsnivån bestäms finns det anledning att fråga sig vilka möjligheterna är att öka effektiviteten och produktiviteten. Om man t.ex. räknar på en ökad produktion inom samma ram kan man försöka få ut mer (t ex Landstinget i Jönköpings län). Man kan också göra jämförelser mellan privata och offentliga leverantörers kostnadsnivåer och använda detta som ytterligare ett underlag.

Exemplet Region Halland och fastställande av vårdepisodersättning

Vårdepisodersättningen har fastställts genom produktkalkylering. Resursinsatsen för en definierad vårdepisod har beräknats baserat på arbetskraftskostnader. I arbetskraftskostnaden har också gjorts antaganden om produktionsbortfall för sjukfrånvaro, utbildning etc., vilket faller ut som påslag på arbetskraftskostnaden per tidsenhet. I några fall har också särskilt kostnadskrävande behandlingsläkemedel eller laboratorieanalyser lagts på som direkta kostnader. Alla övriga direkta och indirekta kostnader inklusive hyror, kostnader för medicinsk service, IT-kostnader och OH har därefter lagts på som ett påslag på direkta kostnader. Andelen indirekta kostnader beräknades utifrån tidigare års kostnadsutfall för andelen driftskostnader (exkl. arbetskraftskostnad) av totala kostnader.

Data om volymer saknades vid beräkningstillfället eftersom beskrivning av vården i form av episoder inte hade skett tidigare. Någon totalkostnadsberäkning kunde därför inte göras. Däremot kunde man stämma av beräknade priser för vissa vårdepisoder mot andra vårdavtal, utomlänspriser respektive nationella taxan.

Produktivitetsskillnader mellan privat och offentligt

En utmaning i samband med produktkalkyleringen var att fastställa längden på ett läkarbesök inom psykiatrisk verksamhet. Vi hade konstaterat att produktiviteten inom vår egenregi har varit väldigt låg med bara 2 besök per dag. Skulle det innebära att priset skulle beräknas på 4 timmar? Genom samtal med en privat verksam läkare fick vi veta att han hade 8-10 patienter om dagen, vilket innebär 1 timme per patient. Priset beräknades därmed på att läkarbesöket tar 1 timme per patient, men eftersom läkaren inte är i produktion med patienter hela tiden använde vi en spilltidsfaktor på 35 procent för läkare (30 procent på psykolog, och 20 procent på övrig personal). Produktionskravet för läkare uppgår genom detta antagande till sex besök om dagen.

Och hur fastställdes finansieringen?

I planeringen av vårdvalet ingår en bedömning av ekonomisk omfattning på den verksamhet som definierats som vårdvalsområde, t.ex. hudsjukdomar.

Verksamhetsekonomer bistod med ekonomiska och statistiska data. En totalkostnad för befintlig verksamhet för hudsjukdomar skapades inkluderande samtliga kostnadsposter för denna verksamhet enligt nedan.

- Regionvård
- Sluten vård (länsvård)
- Sjukhusanknuten öppenvård
- Vårdavtal och nationell taxa
- Vårdgaranti
- Utomlänsvård (kostnad) respektive utomlänspatienter (intäkter)

Forts. Exemplet Region Halland och fastställande av vårdepisodersättning

Primärvården bedömdes inte påverkas av ett införande, men om detta antagande skulle visa sig felaktigt, finansieras en förändring i primärvårdens åtagande av förändringen i avdraget för täckningsgrad baserat på förändrad andel primärvårdskonsumtion (eller ökad andel konsumtion inom öppen, specialiserad vård). För samtliga dessa olika delar gjordes en ekonomisk prognos för hur dessa kostnadsposter påverkas vid införande av ett vårdval. Då kostnaderna för dessa befintliga kostnadsposter vid införande av vårdval beräknas minska skapas ett ekonomiskt utrymme för vårdvalet inom ramen för befintliga resurser.

Exemplet Landstinget Kronoberg och kostnadsunderlag för ersättning i vårdval hud

Utgångspunkten för att bestämma ersättningens storlek har varit den kostnadsnivå som den offentliga hudverksamheten inom landstinget haft. Utifrån innehållet i de vårdepisoder resp. enstaka besök som utgör ersättningen har åtgången av personal, medicinsk service, läkemedel osv. beräknats utifrån en förbrukning i nivå med den offentliga hudverksamheten. ”Resultatet” har även analyserats och jämförts med t ex nationella taxan och andra vårdval hud.

Exemplet Landstinget i Jönköpings län och ersättning i vårdval ögonsjukvård

Utgångspunkten för att beräkna total ersättning är produktionen enligt den avgränsning som är gjord i uppdraget. Kostnaderna för den befintliga verksamheten tas fram för den avgränsade produktionen och jämförs med avsatt budget samt med prissättningen i riket om motsvarande vårdval finns. Utifrån dessa jämförelser beslutas om ersättningsramen för vårdvalet. I nästa steg bestäms priserna för respektive produkt t ex läkarbesök eller sjukvårdande behandling, telefonkontakt, kataraktoperation eller ögonbottenfotografering. Katarakt ersätts som episod som innehåller stegen besök inför operation, operation och kontakter inom 28 dagar efter operation. Prissättningen är gjord efter att processen har definierats och kostnadsberäknats. Kostnadsnivån har jämförts med övriga riket men detta påverkade prissättningen endast marginellt.

Exemplet Västra Götalandsregionen – ersättning inom primärvårdsrehabilitering

I utredningsuppdraget ingick att beräkna vilka resurser som finns tillgängliga för den verksamhet som ingår i Vårdval Rehabilitering. De belopp som hälso- och sjukvårdsnämnderna hade budgeterat för den aktuella verksamheten år 2010, 2012 och 2013 samlades in. Det belopp som enligt budget för helåret 2013 fanns tillgängligt för vårdvalet uppgick till 537 442 tkr. I detta belopp ingick budget för ersättning till sjukgymnaster verksamma enligt den så kallade nationella taxan med 166 259 tkr. Det är osäkert hur många av de sjukgymnaster som är verksamma enligt den nationella taxan som kommer att välja att ingå i Vårdval Rehab. Vid beräkning av den budget som ska avsättas för uppdraget var det viktigt att säkerställa att det fanns medel för att finansiera den vård som invånarna också fortsatt konsumerar hos sjukgymnaster på nationella taxan. Simuleringar visade att andelen taxesjukgymnaster som ansluter sig till vårdvalsmodellen inte spelar någon större roll för beräkningen av ersättning per insats.

Några olika förslag till ersättningsnivåer beräknades med utgångspunkt i antagen tillgänglig budgetram. Den genomsnittliga ersättningen per besök beräknades utifrån olika förslag och nuvarande registrering. Dessa förslag till ersättningsnivåer jämfördes med ersättningen till sjukgymnaster som är verksamma på nationella taxan och har normalt eller särskilt arvode, med ersättning för utomlänsbesök hos sjukgymnast samt med ersättningen inom SLLs vårdval för primärvårdsrehabilitering.

Underlagen förmedlades till de politiska sekreterarna för samtliga partier i Regionstyrelsen, som beslutar om den totalt tillgängliga budgeten och ersättningen per insats. Vid fastställandet togs hänsyn till att ersättningsnivåerna skulle vara tillräckligt höga för att göra det attraktivt för privata aktörer att etablera sig.

Exemplet Stockholms läns landsting och ersättning inom höft- och knäoperationer

Vårdval för höft- och knäprotesoperationer infördes 2009 och avser patienter klassificerade enligt ASA 1-2⁸ samt upp till sex dagar rehabilitering efter operation.

Kalkylunderlaget bestod av befintliga upphandlingsavtal med leverantörer i SLL, prisjämförelser mellan olika landsting⁹ samt kostnadsuppgifter från SLL, SKL och det nationella höftledsregistret. Underhandskontakter togs även med andra landsting och regioner.

⁸ ASA=American Society of Anaesthesiologists. ASA är en gradering av hur sjuk patienten är, där ASA 1 är en i övrigt frisk patient och ASA IV är en patient med svår systemsjukdom som utgör ett ständigt hot mot livet.

⁹ Artikel i läkartidningen (nr 48/2007)

Forts. Exemplet Stockholms läns landsting och ersättning inom höft- och knäoperationer

I underlaget från Kostnad per patient (KPP) från akutsjukhusen fanns inte kostnaderna uppdelade per ASA-klass och underlaget visade på stora variationer i kostnader både mellan och inom landstingen.

DRG-priset för höft- och knäoperationer i SLL var drygt 60 000 kr, vilket inkluderade de betydligt dyrare operationerna för patienter i ASA-klasserna 3-4. Underlag hämtades också från aktuella offerter på liknande uppdrag, dels från ett sjukhus och dels från en privat utförare. Prisnivån låg här på cirka 55 000 kr. Momskompensation på 6 procent ingick och nettopriset blev då cirka 52 000 kr. En uppräknig gjordes av prisnivån till aktuellt år.

Kalkyl för antalet operationer under ett år.

Uppgifter togs från Vårdgarantikansliet i SLL om aktuellt antal individer på väntelista. En enkel enkät skickades ut till leverantörer där de fick skatta fördelningen av patienter på ASA-klasser. Skattningen hamnade på cirka 60-70 procent i ASA 1-2. Målvolymer fastställdes till 3 300 operationer under ett kalenderår. Det skulle inrymma skattat antal väntande med behov av operation.

Kostnadsansvar för Reoperationer

Från professionen lämnades en skattad siffra på 2-3 procent revisioner och därtill bedömdes ett behov av ytterligare 10 procent (=0,2-0,3 procent) reoperationer. Kostnadsuppgifter för revisioner respektive reoperationer hämtades från Höftledsregistret och från SLL:s register.

Utslaget per samtliga 3 300 operationer kunde ett tillägg, en kompensation, därefter beräknas per operation för denna tillåtna nivå på revision/reoperation. Beloppet, drygt 3 000 kr, adderades till den fastställda episodersättningen. Kostnadsansvaret för samtliga operationer kunde därmed delegeras till respektive utförare.

Bedömningsbesök som inte ledde till operation ersattes som ett enskilt läkarbesök med relativt lågt pris. Eftersom det är tekniskt komplicerat att skilja på enskilda besök och besök inom episoden utbetalades engångsersättning för detta bedömningsbesök oavsett bedömningsutfall. Det gjordes avdrag med motsvarande engångsersättning från episodersättningen.

Exemplet Örebro läns landsting och ersättning i vårdval psykoterapi

Psykoterapi enligt LOV ska ersättas med ett belopp per behandlingstillfälle och ska täcka alla kostnader som följer för uppdraget (utom ev. tolkkostnader).

Exempelvis för- och efterarbeten till behandlingstillfällen samt medverkan vid informationsträffar och uppföljning med vårdvalsenheten vid landstinget ingår i ersättningen. Ersättningen är beräknad utifrån tidigare ersättningar inom LOU.

Landstingets enheter som kommer vara utförare i vårdvalet kommer givetvis att ersättas på samma sätt, men att beräkna självkostnaden för just dessa behandlingar bedöms som väldigt svårt, då de utgör en mycket liten del av alla psykoterapiinsatser och övrig verksamhet som bedrivs inom den landstingsdrivna psykiatrin.

Uppföljningen av de behandlingar som görs av egenregi och övriga utförare får främst fokuseras på antalet behandlingar och kvaliteten. Det är i nuläget oklart om det finns något regelverk för att egenregi ska följas upp ekonomiskt särskilt för den verksamhet som bedrivs i vårdvalet. I stället får det bli en ledningsfråga hur man vill att uppföljningen ska göras.

Vilka alternativ finns för att skapa kostnadskontroll?

Vid införande av ersättningssystem i vårdval behöver landstinget också göra en bedömning av vilka kostnadsmässiga effekter som vårdvalet kan komma att innebära och om det finns behov av särskilda åtgärder för att skapa kostnadskontroll. Det kan t.ex. finnas risk för oönskade eller kostnadsdrivande konsumtions-/volymökningar om man inför en prestations- eller åtgärdsbaserad ersättning.

Kostnadskontroll kan skapas genom utformning av ersättningssystemet men också på andra sätt, t.ex. genom remisstväng eller att en vårdgivare också får kostnadsansvar för remisser. En analys av effekten av olika metoder är en bra grund (Se också Anell 2013 sid 68)

Några frågeställningar som landstinget kan ställas inför är:

- Vilka alternativ för kostnadskontroll kan man laborera med och vilken metod är att föredra vid ”sorterade” respektive ”osorterade behov?
- Ska man ha ett gemensamt tak för hela vårdvalsområdet eller flera tak för grunduppdrag och olika tilläggsuppdrag?
- Hur säkras att det inte är bara ”enkla” besök som ökar på bekostnad av andra besök?
- Hur fördelas den ekonomiska risken mellan leverantör och beställare?

Exemplen i det följande illustrerar på olika sätt en eller flera av frågeställningarna ovan.

Exemplet Region Halland – metod för att skapa kostnadskontroll

Med de ekonomiska riktlinjerna i utformningen av ersättningsmodellen bedömdes kostnadskontroll som en viktig framgångsfaktor. Man ville inte ha en okontrollerad volym- och kostnadsökning, pådriven av en utbudsstyrd efterfrågan på vård. Erfarenheterna från kapitationsersättningen i primärvården sågs som en målbild.

Forts. Exemplet Region Halland – metod för att skapa kostnadskontroll

Den Halländska lösningen på kostnadskontroll hämtades från utredningen om nationella taxan och förslaget om Lag om vårdgivaretablering, LOVE .

Utredaren föreslår ett gemensamt kostnadstak för samtliga aktörer verksamma inom området, omfattande såväl privata vårdgivare som egenregi. Hallands modell bygger på följande parametrar: kostnadstak, periodisering, buffert, riktpreis, flexpreis och riskdelning. Beslutat årligt kostnadstak bryts ner till maximala månadsbelopp (periodisering).

Om produktionsvärdet under en månad understiger månadsbeloppet skapas en buffert för kommande månad/-er, vid årsskiftet nollställs emellertid upparbetad buffert. När produktionsvärdet en given månad överstiger månadsbeloppet sänks priset (riktpreis) för alla vårdepisoder motsvarande värdet av överproduktionen (flexpreis). Finansiären kan besluta att dela utförarens risk (kundförlust) vid överproduktion, t.ex. för att åtgärda kända kapacitetsproblem eller då det föreligger osäkerhet om verkligt behov/efterfrågan.

Landstinget Kronoberg och Landstinget i Jönköpings län har liknande modeller som Region Halland, med vissa skillnader när det gäller riskdelningen och vad som omfattas av ”taket” .

Exemplet landstinget Kronoberg – kostnadskontroll

För att få någon form av kostnadskontroll har landstinget valt att fastställa ett kostnadstak för vårdvalet. Av regelboken om ersättningsmodellen framgår: ”Varje år fastställer landstingsfullmäktige en ekonomisk ram för Vårdval hud. Denna ram, exklusive budget för biologiska läkemedel, utomlänsvård och tolkkostnader utgör ett kostnadstak.

Kostnadstaket för Vårdval hud 2014 uppgår till 15,2 mkr. Kostnadstaket utgör den maximala ersättningsnivån för samtliga godkända och verksamma leverantörer inom Vårdval hud och omfattar därmed både offentliga (egen regi verksamhet) och privata leverantörer. Kostnadstaket periodiseras månadsvis och är konstruerat på samma sätt som i Region Halland.

En lägre ersättning för vårdepisoder och besök tillämpas på samtliga leverantörer i aktuell månad. Taket inkluderar både grund- och tilläggsuppdrag. Landstinget Kronoberg har beslutat om att dela leverantörernas risk. Riskdelning innebär att ersättningen till leverantörerna, om kostnadstaket överskrids, inte reduceras fullt ut motsvarande överskridandet, utan att landstinget står för en del av överskridandet. Landstingets riskdelning för 2014 är 10 procent”.

[Vårdval Kronoberg Specialiserad hudsjukvård i öppen vård](#)

Exemplet Landstinget i Jönköpings län – kostnadskontroll

Samtliga vårdgivare har ett gemensamt ersättningstak, inklusive alla tilläggsuppdrag. Riskanalys har gjorts på hur mycket ett enskilt tilläggsuppdrag kan öka för att det inte ska påverka ersättningen för basuppdrag och andra tilläggsuppdrag.

Den periodiserade modellen fungerar som i Region Halland och Landstinget Kronoberg.

Det är svårt att säkra, via ersättningssystemet, att det inte bara blir ”enkla” besök eller förskjutningar från primärvård - här krävs annan uppföljning och andra åtgärder. Exempelvis remiss kan reglera att förskjutning inte sker i samma utsträckning.

Exemplet Västra Götalandsregionen – volym- och kostnadskontroll

Den som konsumerar en insats i offentlig verksamhet behöver som regel inte betala hela kostnaden för denna. Detta gör att en ersättningsmodell som i hög utsträckning bygger på produktion, exempelvis i form av besök, riskerar bidra med incitament till ökade volymer vilka i sin tur kan medföra ökade kostnader. När en volymökning bedöms nödvändig för att möta ett faktiskt behov som tidigare inte blivit tillgodosett kan en ökad volym och tillgång vara positiv. Men det är viktigt att kostnaderna inte ökar på ett okontrollerat sätt. En ersättningsmodell som bygger på produktion behöver därför kompletteras med en takkonstruktion av något slag.

Några möjliga lösningar identifierades:

- Maximalt antal ersatta kontakter per patient och tidsperiod fastställs – ingen ersättning över taket
- Maximalt antal ersatta kontakter i snitt per patient, enhet och tidsperiod fastställs – ingen ersättning över taket
- En rehabiliteringsenhets ersättning per poäng reduceras när produktionen nått en viss nivå (angivet antal besök i snitt per individ och rullande x-månaders-period)
- Ett tak i antal kronor Västra Götalandsregionen som huvudman betalar ut per månad – detta belopp divideras med antal genomförda kontakter totalt i modellen
- Ersättningen per poäng reduceras för samtliga när den totala produktionen har nått upp till en viss nivå (angivet antal poäng per månad)

Ingen av dessa lösningar ansågs riktigt bra. Vid avstämning med den politiska styrgruppen ansågs ett brutet tak, det vill säga tredje eller femte punkten, som rimligt. Gemensamma taknivåer kan medföra ryckighet i tillgängligheten, om vårdgivarna försöker styra besök till början av varje mätperiod i syfte att säkra en högre ersättning, och man förespråkade därför en konstruktion enligt punkt 3.

Forts. Exemplet Västra Götalandsregionen – volym- och kostnadskontroll

För att avgöra om en rehabiliteringsenhet närmar sig eller har överskridit någon taknivå ska antal enskilda besök som har skett där ställas i relation till antal personer som har gjort dessa besök. Den period som används vid beräkningen är rullande sex månader. Skälet till att denna period valdes framför rullande 12 månader är att taket inte kommer att ha någon faktisk betydelse förrän i slutet av den första tidsperioden efter verksamhetens start. Ett år bedömdes då vara en för lång period.

Modellen inkluderar tre taknivåer:

- vid första taknivån, 6 besök i genomsnitt per patient, justeras ersättningen per kontaktpoäng till 60 procent av fullpris för besök över denna men inte nästa taknivå
- vid andra taknivån, 8 besök i genomsnitt per patient, justeras ersättningen per kontaktpoäng till 40 procent av fullpris för besök över denna men inte nästa taknivå
- vid tredje taknivån, 10 besök i genomsnitt per patient, utgår ingen ersättning för överstigande besök.

Ersättningsreduktionen beräknas utifrån genomsnittligt antal poäng per besök för respektive enhet den senaste månaden.

Exempel: En rehabiliteringsenhet går i det första taket vid besök nummer 7 000 av totalt 7 125 under en månad. Genomsnittligt antal viktpoäng per besök vid rehabiliteringsenheten den senaste månaden beräknas till 1,5. För de sista 125 besöken aktuell månad utgår därmed ersättning med $125 \times (0,6 \times 1,5)$ poäng.

Den takkonstruktion som beskrivs ovan innebär att kostnadsökning till följd av att samma patienter gör fler besök mildras. Den ger däremot svag eller ingen kostnadskontroll om antalet vårdkontakter ökar till följd av att fler patienter får tillgång till rehabilitering. Arbetsgruppen framförde att det därför kan finnas skäl att komplettera med en yttre takkonstruktion som anger det belopp som Västra Götalandsregionen maximalt kommer att utbetala för viktade vårdkontakter per månad och att detta belopp då behöver innehålla ett rimligt utrymme för volymökning. Beslutet kom inte att inkludera något yttre tak.

Exemplet Stockholms läns landsting och volymbegränsande tak i vårdval

I flertalet av de vårdval som införts i specialistvård förekommer inga särskilda inslag med syfte att begränsa eventuella kostnadsökningar. Åtgärder för att uppehålla kostnadskontroll genomförs i praktiken snarare genom att göra förändringar i villkoren för nästkommande år, t.ex. om man ser en oönskad utveckling. Genom att i förfrågningsunderlaget tydligt definiera innehållet i uppdraget och avgränsa det går det att beskriva vad som förväntas utföras av en uppdragstagare. Detta kan bidra till att begränsa volym- respektive kostnadsökningar om berörda leverantörer är följsamma till givna indikationer.

I SLL tillämpas dock i några fall volymbegränsande takkonstruktioner.

- För fotsjukvård maximeras antalet besök per fotterapeut och kalenderår.
- För primärvårdsrehabilitering finns en stegvis reducering av ersättningen baserat på nivån för genomsnittligt antal besök under kalenderåret.
- För husläkarverksamhet beräknas ett besökstak i förhållande till genomsnittligt antal listade personer per månad under kalenderåret - ersättningen reduceras med 33 % då genomsnittligt antal överstiger viss bestämd nivå. Om maxnivån överstigs får leverantören endast ersättning via patientavgift.
- För Logopedverksamhet och för Specialiserad fysioterapi består taket av ett maximalt belopp per heltidstjänstgörande under ett kalenderår.

Takavstämning görs per kalenderår i efterskott.

I vårdvalet för höft-och knäledsoperationer finns ett krav på att husläkare eller annan specialist förväntas göra en första bedömning innan patienten förmedlas via remiss till vårdvalsutföraren.

Det förekommer även mindre lyckade exempel med försök till begränsning av antal åtgärder som erbjuds en patient under en löpande tolv månadersperiod (t.ex. hud). Möjligheten att följa upp detta är dock en synnerligen försvårande faktor.

Jour och FoUU i ersättningen

Vårdval inom specialistvården innebär att man kan behöva hantera frågor om hur läkare som går in i vårdvalet ska delta i jour, ST-utbildning och forskning m.m. Det kan också uppstå frågor om anställningsvillkor för personer som vill gå från landstingsanställning till privat verksamhet, eller dela sin tid mellan dessa.

En särskild arbetsgrupp kopplat till vårdvalsnätverket har sett över ett antal frågeställningar inom detta område, t.ex.

- Hur påverkas forsknings- och utbildningsunderlag d.v.s. om patienterna blir mer utspridda om verksamheter flyttas ut från sjukhusen
- Variationen på respektive "behandlingspunkt" minskar.
- Om olika juridiska personer ansvarar för vården.
- Gränsdragningsproblematik gentemot verksamheter som bedrivs utanför vårdvalssystemen.
- Kompetensen kan bli mer utspridd/"utspädd" - hur tänker vi kring kompetensförsörjning?
- Det kan finnas målkonflikter mellan beställar- och arbetsgivarperspektivet exempelvis bisyssla, delade tjänstgöringar, pensioner mm.
- Hur kan jourfrågan hanteras?
- Lösningar behöver utgå från typ av vårdval, sjukvårdsnivå, strukturer mm - finns inte "en modell" som passar alla och vid alla tillfällen.
- Olika problem uppstår beroende på om vårdvalet flyttar in på sjukhuset eller om verksamhet flyttar ut från sjukhuset för att ingå i vårdval.

Frågor om jour, utbildning m.m. handlar således inte primärt om ersättningssystem utan om uppdraget, men det finns ändå frågeställningar som landstinget kan ställas inför, och som har koppling till ersättningssystemet, exempelvis:

- Ingår jourtjänstgöring eller annan tjänstgöring på sjukhus för läkare i vårdvalet? Hur hanteras detta i ersättningen?
- Ingår ST- och forskningsuppdrag för läkare i vårdvalet och hur hanteras detta i ersättningen?

Nedan finns några exempel på hur det kan se ut:

Exemplet landstinget i Jönköpings län och ersättning för jour och ST-utbildning

I ersättningen för vårdval ögon ingår ingen ersättning för jourtjänstgöring idag. Tankarna är dock att i de vårdval som kan bli aktuella framöver ska det inte vara en separat ersättning för jour utan det ska ingå i den ordinarie ersättningen och enheten bidrar till jouden med sin marknadsandel.

I nuläget anställs inte ST läkare på privat enhet, däremot ska de ta emot randning, dvs. sidoutbildning. De verksamheter som har ST-läkare anställd får särskild ersättning som motsvarar 60 procent av en schablonlön inklusive utbildningspeng.

Exemplet Region Halland - ersättning för jour

En knäckfråga i varje vårdval är hur sjukhusen ska klara sitt jouråtagande. Denna fråga är relevant när den sjukhusanknutna vården minskar i omfattning till förmån för vårdval inom öppen specialiserad vård. Vi i Region Halland anser oss ha löst frågan genom att utkräva ett solidariskt ansvar för alla aktörer i vårdvalet att delta i jour- och akutverksamhet i en omfattning som står i proportion till deras storlek.

Sjukhuset har ett ansvar för att organisera jourorganisationen. Aktörer i vårdvalet bidrar med läkarkompetens. Verksamhetschefen för jouden bedömer om erforderlig kompetens finns hos aktören. I den mån aktören av någon anledning inte deltar i jour och beredskap i den stipulerade omfattningen, är aktören ansvarig att betala den kostnad som en ersättare medför.

Ingen särskild ersättning utgår för arbete under jour och beredskap. I den generella modellen utgår ersättning för deltagande i jour och beredskap som ett påslag på varje vårdepisod.

Exemplet Region Skåne – krav på jourliknande service inom ögonsjukvård

Inom ramen för Vårdval Ögonsjukvård (ej grå starr) framgår att vårdgivaren ansvarar för diagnostik och behandling av komplikationer som faller inom enhetens kompetensområde och som inträffar inom trettio dagar efter behandlingstillfället. Patienten ska under denna tid kunna nå enheten mån-fre kl. 08-20 samt under en timme lördag, söndag och helgdag. Förutsättningarna för vårdgivarna att kunna fullfölja detta krav har varit föremål för diskussion liksom definitionerna kring hur eller var detta ska ske.

[Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Enhet för öppen ögonsjukvård i Skåne](#)

Underlag för uppföljning och kontroll

Vid utformning av vårdval och ersättningssystem behöver man redan från början säkra att det finns förutsättningar för ”ordning och reda” i redovisning och uppföljning av vårdgivarnas ersättningar. Man behöver också säkra att det kommer att finnas beskrivningssystem, data och IT-system som gör det möjligt att följa upp vården i de termer som man har definierat och avgränsat i ersättningssystemet. Det behöver också göras tydligt i förfrågningsunderlag vilka krav man har på dataleveranser och vilka systemfrågor som behöver lösas för att det ska vara möjligt att klara löpande inrapportering m.m.

Exempel på frågeställningar som har samband med uppföljning av ersättningssystemet i vårdval är bl.a.

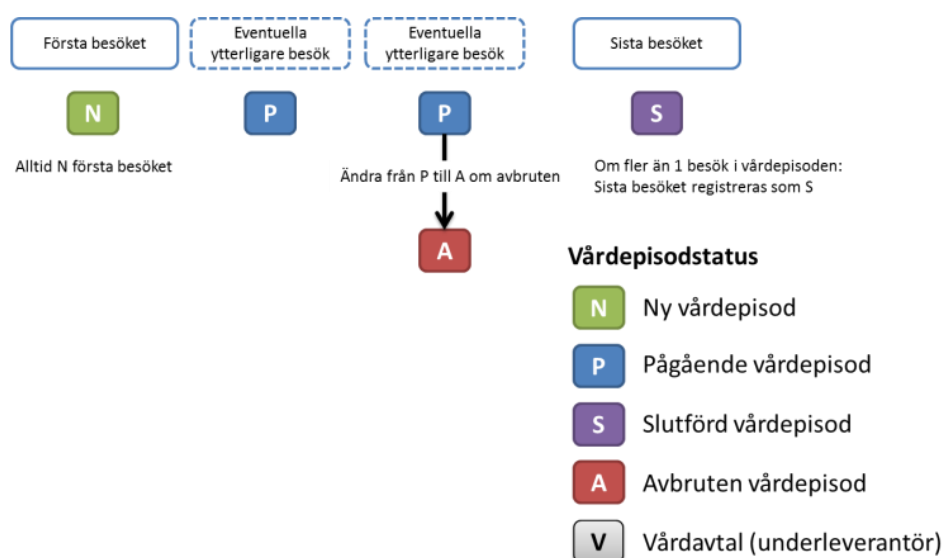
- Vilka data finns, vad ska vårdgivarna rapportera in regelbundet och vilka redovisnings- och beskrivningssystem ska tillämpas?
- Går det att avgränsa olika delar av vården hos en vårdgivare (som har både vårdval och annan vård) och i så fall hur? Går det att följa upp?
- Vilka IT-system krävs och vilka format ska vårdgivaren rapportera i? Tillåts självrapportering och vilka risker kan det innebära för manipulation av data?
- Vilka olika ”kontrollrapporter” ska landstingen ta fram för att kunna följa vårdvalet i önskade dimensioner, t.ex. hur olika typer av besök utvecklas osv?

Nedan finns några exempel som illustrerar dessa frågor. De två första exemplen visar att en utveckling mot att beskriva och ersätta vården i vårdepisoder skapar behov av nya data för att kunna beskriva och identifiera t.ex. var man befinner sig i en episod samt episodens start och slut. En fråga är om det i så fall behövs en nationell modell för att kunna göra jämförelser över landstingsgränser. Det kan bli många vårdepisoder och flödena av patienter över landstingsgränserna kan förväntas öka i och med den nya patientlagen.

Exempel från Region Halland – registrering i IT-systemen för uppföljning av vårdepisoder

Region Halland har valt att inte koppla gruppering av öppenvårdstillfällen till vårdepisoder genom befintlig primär- eller sekundärklassificering genom diagnos, KVÅ eller DRG. Identifikation av vårdepisod sker istället genom två nya begrepp som ska registreras, vilket har inneburit ett icke önskvärt merarbete för verksamheten.

Varje öppenvårdstillfälle ska identifieras med en vårdepisodtyp och en vårdepisodstatus (nybesök, pågående, sista besök respektive avbruten episod).



Om det finns något gott med denna beskrivna metod är det att utförarna rimligen inte manipulerar med medicinska data (primärklassifikationen) i syfte att tillskansa sig högre ersättning. Man kan manipulera vårdepisodregistreringen, men det saknas ekonomiska incitament att manipulera primärklassifikation.

Exemplet landstinget Kronoberg – krav på uppföljning och rapportering

Landstinget har ett datalager som ska vara en gemensam resurs för alla utförare. Landstinget använder datalagret för uppföljning av de uppdrag som ges till olika utförare bl.a. inom vårdvalet.

”Business Objects” ska vara ett gemensamt verktyg för rapporter och styrkort. Vårdgivaren ska medge att information från landstingets vårdinformationssystem (journalinformation) överförs till datalagret och används för vårdvalsuppföljning och kvalitetssäkring samt leverans till nationella register bl.a. hos socialstyrelsen, SKL och registerhållare för kvalitetsregister i samma omfattning och på samma sätt som för landstingets enheter.

Det är obligatoriskt för vårdenheter inom vårdvalet att delta i de kvalitetsregister som ska rapporteras via Cosmic inom ramen för uppdraget.”

Förutom ovanstående har det fastslagits hur kontakterna inom Vårdval hud ska registreras, så att landstinget alltid kan se vilken vårdepisod som avses samt vilken status episoden har, om det gäller start, pågående eller avslut.

När det gäller utnyttjande av vårdadministrativt system så har landstinget ett ”skall-krav” att även privata leverantörer ska använda sig av Cambio Cosmic som är det system som används för all vård i landstinget. Kostnader, tillgång till information osv är därmed desamma för såväl privat som offentlig regi.

Exempel från Stockholms läns landsting – krav på underlag för uppföljning

Utgångspunkten är att en vårdgivare ska följa lagar och regler som är tillämpliga inom avtalsområdet - detta finns i text med hänvisningar till relevant källa.

I förfrågningsunderlagen anges också krav på vilken elektronisk inrapportering som ska lämnas och att programvara ska vara kompatibel med SLL:s system. Beroende på vårdvalsområde förekommer olika krav på vilka uppgifter som ska rapporteras. Normalt krävs att vårdgivarna rapporterar diagnos och åtgärd enligt det nationella klassifikationssystemet. Rapportering till väntetidsregister är obligatoriskt där så är aktuellt.

Kontrollrapporter tas fram exempelvis i form av månadskörningar av ekonomiutfall. Mer systematiska, vetenskapliga uppföljningar och utvärderingar har endast förekommit i ett par fall (husläkarverksamheten respektive höft- och knäledsoperationer). Därtill har Landstingsrevisorerna utrett vissa aktuella frågor.

Befintligt innehåll i beskrivningssystemen tillåter inte alltid att aktiviteter inom ett vårdval särskiljs från det som görs inom något annat uppdrag. Ofta är det upp till vårdgivaren att rapportera på ett korrekt sätt. Beställaren kan endast via revisioner och journalgenomgångar hos slumpmässigt utvalda vårdgivare närmare granska det utförda innehållet i ett uppdrag.

Exempel från Västra Götalandsregionen – krav på underlag för ersättning och kontroll

När registrering av exempelvis besök och åtgärds-koder används som grund för ersättning finns alltid risk för glidning i vad som registreras. Uppföljning och revision är central för att motverka oärligt beteende. Ett signalsystem som varnar vid avvikande registrering behöver byggas upp och den medicinska revisionsenheten kommer att förstärkas för att granska rehabiliteringsenheterna inom Vårdval Rehab.

Exemplet landstinget i Jönköpings län – krav på system och underlag

Alla inom vårdvalet ska ha samma journalsystem, Cosmic. Detta för att få en sammanhållen journalföring och läkemedelslista, gemensam rapportering av tillgänglighetsdata samt underlätta för samma regelverk av kodning och underlag till ersättning samt utomlänsfakturering.

Vårdval ögon sker som en del av verksamheten på ögonklinikerna. För att avgränsa vårdvalsdelen sker uppdelning på ansvar (kostnadsställe). Detta gäller för såväl produktion som kostnader. Avgränsning av produktion sker utifrån DRG/diagnos/KVÅ/ålder mm.

Exemplet Norrbottens läns landsting – krav på underlag för uppföljning i primärvård

Gemensamma systemkrav/IT-krav ställs på leverantörer som ska etablera sig inom vårdval primärvård Norrbotten. Allmänna krav:

För att säkerställa patientsäkerheten och möjligheten att kommunicera med landstinget på ett systemmässigt säkert och enkelt sätt ska alla leverantörer i väsentliga delar använda gemensamma IT-lösningar i form av i bilaga fastställda system/applikationer.

I takt med IT-utvecklingen kan nya system/applikationer komma att användas. Beslut om sådana förändringar ska föregås av information till och överläggningar med leverantörerna.

Arbetsprocess när ersättningssystemet utformas

Ersättningssystemet är en viktig del i utformningen av ett vårdval och ersättningen måste utvecklas parallellt med utformningen av hela vårdvalet. Flera av de landsting som har utvecklat vårdval i specialistvård har också tagit fram en processbeskrivning för hur det ska gå till, dvs. vilka steg ingår, vilka olika parter ska involveras i olika steg osv.

Exempel på frågeställningar:

- Vilken roll har beställaren under processens gång? Hur organiseras arbetet?
- Vilka ska involveras i projektet? T.ex. viktigt att ekonomer är med från start så att det finns en röd tråd mellan uppdrag och ersättning och att det är praktiskt genomförbart samt enkelt att administrera.
- Hur och i vilka steg har landstinget en dialog med olika grupper, t ex professionen och vårdgivarna, för att få ”rätt” styreffekter.
- Hur och i vilken omfattning ska verksamhetsföreträdare involveras i framtagandet av ersättningsmodellen? Deras kunskap behövs men de är även en kommande leverantör, dvs. de har dubbla roller.

Några exempel på erfarenheter:

Exemplet Stockholms läns landsting – lärdomar av ”många vårdval och fort!”

I SLL har uppdraget att leda arbetet med att ta fram ett förfrågningsunderlag för Vårdval legat på den enhet som har ansvar för avtalsområdet. Detta har medfört att i ett flertal fall har uppdraget varit helt nytt för berörd handläggare. På beställarsidan finns stödfunktioner där en viss kompetens och erfarenhet av Vårdval finns upparbetad sedan längre tid. Kompetenser här rör ersättningsmodeller, beskrivningssystemet, kvalitetsfrågor/indikatorer för process och resultatmått, IT-stöd och rapporterings- registreringsanvisningar m.m.

Forts. Exemplet Stockholms läns landsting – lärdomar av ”många vårdval och fort!”

Erfarenheten så här långt pekar på ett uttalat behov av större samordning. Till hjälp för avtalsenheterna har processbeskrivningar tagits fram med mallar för hur avtal ska disponeras och text ska formuleras. Stöd finns för hur uppföljning ska processas och hur IT-frågor ska hanteras. Formellt finns således en beskrivning av tillvägagångssätt vid framtagandet av ett nytt vårdvalsuppdrag. Processbeskrivningen finns redovisad på förvaltningens intranät. Där finns beskrivet process för avtal, process för ersättningsmodell, en handbok för framtagning av ersättningsmodell, manualer för tekniska frågor och rapporteringsanvisningar.

När arbetet med ett vårdval inleds görs behovsbeskrivning och målformulering för uppdraget samt kartläggning av befintligt utbud och bedömning av behov av förändring i utbudet. Man gör en bedömning av budgetutrymme. För att säkra en konstruktiv dialog med vårdgivare/profession inbjuds till hearingar. Vårdgivarrepresentanter väljs till att medverka i referensgrupper för att bistå beställaren i vissa frågor. Främst rör detta frågor kring innehåll i uppdraget. Här är representation från professionen absolut nödvändig. Ibland kan en oberoende medicinsk sakkunnig engageras för att fungera som rådgivare direkt åt beställaren. Frågan kring hur ersättningen ska utformas ingår inte inom detta samarbete. Ersättningsfrågan sköts av beställaren och vårdgivare kan endast lämna synpunkter som eventuellt beaktas.

På förvaltningen organiseras arbetet via en styrgrupp där representanter (chefer) från olika avdelningar finns med. En projektgeneral administrerar detta arbete. Styrgruppen utser en arbetsgrupp för ett Vårdval. Där finns berörda handläggare med, avtalshandläggare och controllers från ansvarig enhet och därutöver kompetenser från stöдавdelningar i förvaltningen (ersättningsmodell & beskrivningssystem, kvalitet/uppföljning, IT och registreringsanvisningar, kommunikation m.m.) På förvaltningen finns även en upphandlingsavdelning med juridisk kompetens som kan involveras vid behov.

Ett avgörande inslag som erfarenhetsmässigt visat sig knepigt är att få innehåll i uppdragsbeskrivning/beskrivningssystem och process för ersättning/fakturering att fungera i rådande system för elektronisk hantering av data.

Programmeringen av de algoritmer som är nödvändiga för att en utförare helt automatiserat ska kunna erhålla korrekt ersättning utgör en reell avgränsning för vårdvalsuppdraget. Inom beställarförvaltningen har tillsatts en särskild grupp som har till uppgift att systematiskt checka av en vårdvalsmodell utifrån fastställda kriterier. Denna grupp (benämns ERSMO-akuten) ska vid start av ett vårdvalsuppdrag och därefter gärna återkommande hållas informerad om pågående arbete/problem etc. Innan ett komplett förfrågningsunderlag läggs fram för beslut hos politiken ska ERSMO-akuten godkänna förslaget. Som stöd för detta finns en framtagen mall med frågeställningar som ska bockas av.

Exemplet landstinget i Uppsala län – processbeskrivning för vårdval

I landstingets processbeskrivning för vårdval specialistvård beskrivs arbetsprocessen för vårdval specialistvård och innefattar momenten förarbete, uppstart av vårdval och driftstart av ny vårdgivare. Beskrivning av arbetet med löpande förvaltning, avtalsuppföljning och fördjupad uppföljning/revision återfinns i andra dokument.

1. Beslutsprocess och organisation

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) är högsta beslutande organ för de olika arbetsmomenten i vårdvalet. HSS arbetsutskott (HSS AU) är beslutande instans för godkännande av enskilda vårdgivare. Som utgångspunkt för arbetet med framtagande av vårdval finns ett av HSS beslutat strategidokument där syfte och kriterier för vårdval är angivet.

En styrgrupp är utsedd som har i uppgift att föreslå områden för analys och i övrigt ta ställning till viktiga frågor som arbetsgruppen identifierar. Det är också här som förankring och allmänt informationsutbyte sker. Ansvarig för hela processen är chefen för enheten för analys och utveckling. Därutöver drivs arbetet av en processledare/samordnare. Medicinsk rådgivning ges av enhetens medicinska rådgivare.

Ersättningssystem och budgetfrågor hanteras av enhetens chefscontroller i samarbete med ekonomiavdelningen. Ett konsultföretag har för närvarande i uppdrag att göra analysen och ta fram förslag till ersättningsmodell. IT-frågor samordnas av MSI/IT-samordnare.

Förarbetet med framtagande av förfrågningsunderlag/regelbok tar cirka 4 månader och inklusive uppstartsarbete osv. får man räkna med att det tar cirka 5-6 månader innan ett vårdval kan starta upp. Därefter beräknas att det tar cirka 2 månader för varje vårdgivare att kunna driftsättas.

Övriga underrubriker i dokumentet:

2. Förarbete

3. Uppstart av vårdval

4. Driftsstart av enskilda vårdgivare

Exemplet Region Skåne – arbetsprocessen

Både inför nya vårdval och inför den årliga översynen av befintliga hälsoval inhämtar de, som är ansvariga för utvecklandet av de olika ackrediteringsvillkoren, bred input från koncernstabens olika avdelningar eller kunskapsområden som IT, FoUU, Ekonomi, Kommunikation, Miljö, Medborgardialoger, Kunskapsstyrning etc.

Inför den senaste utvecklingen av nya vårdval inom specialiserade vård inrättades ett s.k. LOV-kontor, en sorts Advisory Board som sammanfogade tidigare kunskap och erfarenhet kring att utveckla hälsoval i primärvård med de nya kompetenser som behövdes för vårdval i specialiserad vård.

Forts. Exemplet Region Skåne – arbetsprocessen

LOV-kontoret gav också förutsättningar för att hålla ihop arbetet och minimera osakliga skillnader mellan de olika vårdvalens krav på vårdgivare. Nya vårdval har också utvecklats i dialog med befintliga expertgrupper med sakkunnig medicinsk expertis inom området alternativt i för ändamålet nya grupperingar. Befintliga hälsoval utvecklas i årliga dialoger med berörda vårdgivare under maj, juni och augusti.

En större investering har gjorts i förbättrade ekonomiska stödsystem för att så långt möjligt automatisera och kvalitetssäkra samtliga delar i de ibland komplext sammansatta utbetalningarna i de olika ersättningsmodellerna.

Exempel från Västra Götalandsregionen – samverkansprocess

En förutsättning för att lyckas med uppdraget att konstruera en ersättningsmodell för Vårdval Rehab har varit nära samverkan med övriga delprojekt inom ramen för genomförandet av en vårdvalsmodell för sjukgymnastik och arbetsterapi på primärvårdsnivån. Uppdragets genomförande har även varit beroende av tillgång till data från Vega, hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli och primärvårdsförvaltningen.

Arbetet genomfördes i en arbetsgrupp ledd från hälso- och sjukvårdsavdelningen (HSA) inom Regionkansliet. Gruppen har bestått av en pensionerad specialistsjukgymnast med god kunskap om verksamheten, representanter för Primärvårdsförvaltningen och för beställarkansliet samt ytterligare personer från HSA med specialistkunskap om datafångst, ersättningsmodeller och vårdval.

Arbetet stämde löpande av med HSU vid särskilda seminarier. Styrgruppen för Vårdval Rehab, Referensgrupp för vårdgivare, VG Primärvårds Dialogforum, Regional Arbetsgrupp för Klassifikationer och Ersättningsmodeller (RAKEL) samt politiska sekreterare för den politiska ledningen har fortlöpande informerats om arbetet och då haft utrymme att lämna synpunkter.

Konsekvensanalyser

Det är värt att påpeka att ersättningsmodeller i sig inte är målet – de är ett av flera medel med vilket uppdragsgivaren/beställaren/finansiären kan förflytta sig till ett nytt önskvärt tillstånd. Ambitionen kan – utöver att ge patienten en ökad valfrihet – vara att skapa bättre tillgänglighet, högre kvalitet eller något annat. Det är viktigt att styr- och ersättningsmodellen utformas för möjliggöra och stimulera en förflyttning i den önskvärda riktningen. Den tänkta styr-och ersättningsmodellen som bäst når målen måste därefter analyseras utifrån vilka negativa konsekvenser den kan få och vilka risker den innebär för t.ex. suboptimeringar, övervältringar till andra vårdområden etc. Här måste man tänka på riskeliminering så långt möjligt. På vilket sätt kan de identifierade riskerna elimineras – helt eller delvis? Kan det ske genom andra komplement i ersättningsmodellen, kontroll i uppdraget eller dess avgränsningar eller genom tydlig uppföljning och medicinsk revision?

Något som är värt att tänka på vid utvecklingen är också hur ersättningssystemen hänger ihop med annan styrning, t ex kunskapsstyrning. Man kan inte lösa alla problem med ersättningssystem. Dessa ska stödja - inte motverka - annan styrning!

Några exempel på frågor för landstinget att ta upp i en konsekvensanalys:

- Kan man verifiera att det beteende (hos vårdgivare, patienter) som ska premieras verkligen är det som stimuleras av ersättningssystemet.
- Kan ersättningsmodellen förklaras på ett pedagogiskt sätt så att den kan förstås av vårdgivarna?
- Hur kan nackdelarna med ersättningen identifieras? Exempelvis att den kan leda till överregistrering. Finns metoder för att identifiera när det sker (vilket kan kräva baslinjemätningar eller andra metoder)?
- Måste det alltid bli vårdval, eller finns det andra val t.ex. tilläggsuppdrag till primärvården, gemensam klinik eller att köpa vården från annat län? Finns utredningar som svarar på dessa frågor?
- Har patienterna fått förutsättningar att göra val som ligger i linje med intentionerna med vårdvalet?

Ytterligare en fråga att ta med i analysen gäller att förutse alla de frågor som uppkommer när genomförandet väl sker; inte minst från vårdgivarna.

I det följande ges några exempel på röster från gruppens landsting om hur de hade kunnat få ett bättre resultat med en bättre konsekvensanalys.

”Någon riskanalys har tyvärr inte genomförts varför exempel saknas, men avsaknaden av riskanalys har bara styrkt behovet av att faktiskt genomföra en sådan. Riskanalys är speciellt viktigt för mindre landsting i ett läge med önskemål om förbättrad valfrihet och tillgänglighet, speciellt om tillgängligheten i den egna verksamheten är uppbyggd på hyrläkare. Den kunskap som finns i verksamheten är viktig vid utformningen av ett vårdval/ersättningssystem, men saknas kontinuitet eller verksamheten under längre tid bemannats med inhyrd personal brister det i förutsättningarna för att bidra med denna kunskap. Viktigt är då också att se även andra lösningar än bara vårdval.”

”I vilka lägen måste avtal och ersättningssystem göras om och kan man föregripa detta på något sätt? Om man från början kan ha en bra dialog med aktörerna om innehållet t.ex. i olika vårdepisoder, så kan man få en gemensam bild av vad de står för och då minskar behovet av stora förändringar i ett senare skede.”

”Risken för att behöva göra om ökar ju om man som vi fått förlita oss på ”konsulter”. På grund av avsaknad av fasta läkare i den egna verksamheten har vi saknat en fast hudkompetens att ha dialog med.”

”En annan risk är stabiliteten/relevansen i de underlag avseende produktions- och ekonomiutfall som använts. De utfall från vår egen hudverksamhet avseende produktion och kostnader som vi använt vid uppbyggnaden av ersättningssystemet, baseras på ett arbetssätt med hyrläkare som sannolikt inte är representativt.”

”Beroende på tillgång till statistik över berörda verksamheter går det att simulera förväntade utfall, exempelvis där andel kapiteringsersättning och prestationsersättning varierar, liksom olika ersättningsgrundande åtgärder samt olika nivåer på priser och volymer kan prövas. Konsekvenser för kostnadsutfall går då att jämföra med storlek på tidigare budget.”

”Eftersom det i många fall har saknats erfarenheter av hur en ny ersättningsmodell påverkar beteende hos berörda utförare har i stället dialoger förts med berörd vårdpersonal som en del i metodiken för att fastställa modellens innehåll och förväntade konsekvenser. På samma sätt kan det också vara lämpligt att inhämta kunskap från berörda patientorganisationer för att få bättre förståelse för vilka behov som ska prioriteras och hur det uppfattas av olika parter.”

”Ett viktigt inslag då erfarenheter från praktisk tillämpning saknats, har varit att genomföra systematiska utvärderingar av vårdval. Vårdval för husläkarverksamhet och hemsjukvård har följts upp i en vetenskaplig studie under en femårsperiod och även vårdvalet för höft- och knäledsoperationer kommer att utvärderas vetenskapligt lik som vårdval för ryggkirurgi. Erfarenheter från vetenskapliga studier är en god kunskapskälla för att generellt kunna göra riskanalyser i samband med nya eller förändrade ersättningsmodeller.”

”Många landsting/regioner vill att utvecklingen ska ske enligt LEON:s princip¹⁰ men det kan finnas risker med hur ersättningssystemen är utformade. I de flesta vårdval i primärvård är ersättningsmodellen en kapiteringsmodell, men när man utformar vårdval inom specialiserad vård är det i många fall baserat på besök/åtgärder. Detta tenderar istället att leda till att det sker en förflyttning av vård från primärvård till specialiserad vård då det blir en win-win situation för båda parter. Dessutom blir det dyrt för landstingen då de får betala två gånger för samma vård, en gång till primärvården i kapiteringen och en gång i ersättningen i den specialiserade vården.”

”En risk med att införa remisskrav inom vårdvalen är att det inte gör det lättare för patienterna att få vård. Dessutom kan det tyckas motsägelsefullt till valfrihet inom vården.”

”En risk med att införa vårdval är att den långsiktiga personalförsörjningen kan hotas. Det kan vara en idé att tänka på detta vid utformning av ersättningssystemet; att t.ex. ställa krav på tjänstgöring på sjukhuset mot en särskild ersättning till de verksamma inom vårdval.”

”En risk- och konsekvensanalys gjordes på hela införandet i olika aspekter men med fokus på ett verksamhetsperspektiv. Riskanalys på ersättningsmodellen gjorde vi inte.”

”Det finns risk för att underlaget för utbildning av specialistläkare minskar om ett vårdval införs. Möjligheterna att lägga ut delar av utbildning av specialistläkare i ett vårdvalssystem är ofta svåra att utnyttja i praktiken och kräver en hel del infrastruktur hos vårdgivarna som medför kostnader som inte kan inlemmas i ett vårdvalssystem. I syfte att hantera denna risk bör vårdvalet begränsas.”

¹⁰ Lägsta Effektiva Omhändertagandenivå

Utvecklingsmöjligheter

När ett landsting utformar ett vårdval finns det starka skäl att redan från början tänka litet bredare och några steg framåt – vad kan komma att hända med detta vårdval framöver? Vilka kopplingar finns till andra verksamheter? Vad kommer att kunna utvecklas och hända i nästa steg? Vad kan utvecklas och förändras inom ramen för de avtal som tecknas med vårdgivarna i det första läget? I vilka lägen måste avtal och ersättningssystem göras om och kan detta föregripas på något sätt?

En viktig del i utvecklingen är att lära av de erfarenheter man gör för att ta med sig framåt. Så här uttrycker sig några av landstingen i gruppen:

”Vårdval i primärvård var en lyckad reform - och motsvarande framgångar borde rimligen också kunna uppstå inom andra verksamhetsområden. Vi tittar nu vidare på lämpligheten att införa vårdval inom fler specialiteter.”

”Vi följer också upp de vårdval som redan införts med avseende på relevansen på beskrivningen av vårdepisoderna, ersättningsnivåerna, volymer och kostnadstak, riskdelning och hur andra delar av verksamheten utvecklas. Vi följer upp och analyserar vad som händer med produktionen i primärvården (täckningsgradens utveckling för primärvårdskonsumtion), invånarnas öppenvårdskonsumtion i andra landsting, utomlänspatienter i landstinget, köp av vårdgaranti (kökortningsinsatser). Vi vill också säkerställa att de kliniska indikationerna för specialistvård i huvudsak följs och att patienter med lättare symptom hänvisas och handläggs på primärvårdsnivå.”

”Alla regelverk som kan ge påtagliga ekonomiska konsekvenser på rimligt ”låg” nivå i en organisation medför risk för oönskade beteendeförändringar. En modell som i hög grad bygger på ersättning per prestation medför incitament för vårdgivare att öka sin produktion, och då gärna inom fält där kostnaden bedöms vara lägre än intäkten. Frågor under pågående utredning från potentiella vårdgivare har tytt på att de planerar att nischa sig mot områden som ligger nära, eller till och med inom, företags-hälsovårdens ansvar eller patientens egenansvar. Detta har lett till tydligare skrivningar och justering i ersättningsmodellen.”

Det har vidare noterats att användning av åtgärds-koder som grund för ersättning alltid innebär risk för glidning i vad som registreras. Uppföljning och revision är central för att motverka oärligt beteende.

Samtidigt är det viktigt att framhålla att personal inom hälso- och sjukvården överlag gör allt vad de kan för att leva upp till det ansvar som formuleras i Hälso- och sjukvårdslagen och i olika anvisningar. Kalkylerande och ekonomiskt trixande förekommer och det händer att oegentligheter uppstår. Men det hör till undantagen.”

”Om man vid starten av ett vårdval är medveten om behovet av, alternativt har önskemål om ändrad utformning av ersättningssystemet, men inte har underlag för att genomföra detta, kan man påtala det i den ursprungliga ”regelboken”. Vårdgivare som går in i vårdvalet är då medvetna om att förutsättningarna kan komma att ändras.”

Hur kan nya sätt att paketera och leverera vårdtjänster stimuleras, eller i varje fall inte motarbetas, i befintliga eller kommande styr- och ersättningsmodeller? Hur kan en differentiering av vårdtjänsterna utifrån patienters olika behov och förutsättningar stimuleras eller i varje fall inte motverkas av dagens ersättningsmodeller? Vilken blir då den realistiska ersättningen för t. ex en hjärtsviktspatient om vissa sköter sig helt själv genom distansmonitorering via en digital våg i hemmet medan andra väljer att besöka hjärtsviktssjuksköterskan regelbundet på vårdcentralen? Vilka är de nya e-tjänsterna som kommer att påverka kostnadsutvecklingen samt styr- och ersättningsmodellerna? Om vi tror på den utvecklingen som en viktig del för att klara av utvecklingen av morgondagens patienters krav och förväntningar; hur stimulerar och driver vi på utvecklingen genom våra styr- och ersättningsmodeller?

I detta sammanhang kan nämnas det projekt som pågår sedan 2013 kring värdebaserad vård och utveckling av uppföljnings- och ersättningssystem för vårdepisoder inom olika specialiteter; det s.k. SVEUS-projektet. Projektet stöds av Socialdepartementet och sju landsting deltar i det. Tanken är att en fokusering på det som skapar värde för patienten ska bidra till utvecklingen av en patientcentrerad och jämlik vård som utifrån tillgängliga resurser skapar så mycket hälsa som möjligt. Om projektet blir framgångsrikt kan det vara början på ett nytt sätt att följa upp och kanske också ersätta delar av vården. Det kan också innebära krav på fler data och kompletterande IT-stöd (jfr Region Halland). Det är viktigt att konsekvenserna för rapporteringssystem analyseras innan eventuella förändringar genomförs.

Den nya patientlagen som träder i kraft 2015 innebär att patienten ska erbjudas möjlighet att välja öppen vård i andra landsting och att lista sig i andra landsting. Det innebär att landstingen också får ett nationellt ansvar inom den öppna vården. Detta kommer förmodligen att påverka utformningen av ersättningsmodellerna inom olika områden. För att den ökade rörligheten ska kunna genomföras på ett smidigt sätt behövs förmodligen en större samordning i landet kring utformning av ersättningar, betalningsansvar och definitioner m.m. Listening blir möjlig i hela landet - hur kommer det att påverka kapiteringsersättningens roll i ersättningssystemet?

Om landstingen vill göra volymbegränsningar (sätta tak) i en upphandling av öppen vård måste man från och med år 2015 ta höjd även för uppskattad volym utomlänspatienter.

Även Patientrörlighetsdirektiven och den ökade rörligheten inom Europa kan komma att få betydelse för styr- och ersättningsmodellerna inom Sverige på sikt.

Andra områden där det finns utvecklingsmöjligheter kring ersättningsmodellerna är till exempel:

- E-hälsa.
- Mer lika utformade ersättningsmodeller nationellt.
- Arbeta med bra uppföljningsmodeller liknande den basmodell som tagits fram för primärvård.
- Hitta sätt att göra vårdvalen attraktiva för verksamma inom den nationella taxan.
- Jobba mer med processer istället för specialitetsinriktat.

Bilagor

Bilaga 1

Kontaktpersoner i landstingen

Region Halland: Lars Kolmodin lars.kolmodin@regionhalland.se

Landstinget i Uppsala län: Sven-Arne Åsman sven.arne.asman@lul.se

Region Skåne: Carina Nordqvist Falk carina.NordqvistFalk@skane.se

Landstinget i Jönköpings län: Maria Engmalm Wallsten
maria.engmalm.wallsten@lj.se

Västra Götalandsregionen: Anneth Lundahl anneth.lundahl@vgregion.se

Landstinget Kronoberg: Britt-Louise Hansson
britt-louise.hansson@tkronoberg.se

Örebro läns landsting: Ingrid Domberg ingrid.domberg@orebroll.se

Stockholms läns landsting: Michael Högberg michael.hogberg@sll.se

Norrbottnens läns landsting: Johan Ljungberg johan.ljungberg@nll.se

Landstinget Gävleborg: Jan-Olov Strandell jan.olv.strandell@lg.se

Landstinget i Värmland: Lars Gohde Lars.Gohde@liv.se

Bilaga 2

Tabell 9. Teoretiska effekter av olika ersättningsmodeller

	Anslag	Kapitation	Produktgrupp		Åtgärd	Resultat	
			Värdepisod- ersättning	DRG		Mål	Värde
Positiva	God kostnads- kontroll	God kostnads- kontroll	Hög produktion Sammanhållna vårdkedjor Lägre kostnad per episod	Hög produktion Lägre kostnad per tillfälle	Hög produktion	Möjlighet att parera oönskade effekter från grundmodellen	Patientfokus Ekonomiska och professionella mål pekar i sam- ma riktning
Negativa	Låg produkti- vit Övervältring av patienter till andra vårdgivare Kvalitet	Låg produkti- vit Övervältring av patienter till andra vårdgivare Kvalitet	Patientselektion	Kvalitet Patientselektion Manipulation av kodning	Dålig kostnads- kontroll Leverantörsstyrd efterfrågan (supplier in- duced demand) Låg effektivitet	Patientselektion Målkonflikter Effekter utanför systemet Manipulation av kodning	Manipulation av kodning

Källor: Barnum, Kutzin och Saxenian (1995), Gosden, Forland, Kristiansen m.fl. (2001), Calltorp (2009), Jacobsson och Lindvall (2009).

Not, samma som på sid 15: Ersättning i sjukvården – modeller, effekter, rekommendationer, SNS 2014

Ersättningssystem i vårdval

några landstings erfarenheter från specialiserad sjukvård

Denna erfarenhetssamling är tänkt att vara en lättillgänglig samling av praktiska råd och tips för landsting som ska utforma ersättningssystem för vårdval i specialiserad vård. Den bygger till stor del på frågeställningar som identifierats och på konkreta exempel från de landsting som medverkat i arbetet. Vägledningen vänder sig i första hand till de tjänstemän som arbetar med utformning av systemen kring vårdval, men kan också läsas av beslutsfattare m.fl. som en orientering.

Upplysningar om innehållet
Olle, Olsson, olle.olsson@skl.se
Agneta Rönn, Agneta.ronn@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
ISBN 978-91-7585-136-5

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN 978-91-7585-136-5