

Handläggare:
Rune Ekman, Eva Jensen

Landstingsstyrelsens
allmänna utskott

Förslag till reviderat ersättningssystem för geriatrisk vård

Ärendet

I detta ärende framläggs förslag till ett reviderat ersättningssystem för geriatrisk vård, med införande successivt från den 1 januari 2010.

Ärendet kommer att slutbehandlas i centrala samverkansgruppen den 29 maj 2009.

Förslag till beslut

Allmänna utskottet föreslår landstingsstyrelsen besluta

att godkänna förslaget till ersättningssystem för geriatrisk vård

att ersättningssystemet införs successivt i takt med att nya vårdavtal tecknas och med början den 1 januari 2010

att fortlöpande utvärdera effekterna av ersättningssystemet ur patient-, beställar-, vårdgivare- och arbetsmiljöperspektiv.

Verksamhet som omfattas

Inom länet finns 11 geriatriska kliniker, varav två tillhör sjukhus, 3 tillhör SLSO och 6 är privata vårdproducenter. Den geriatriska vårdens (exkl ASIH och specialiserad palliativ vård) årsomsättning uppgår till ca 1.450 mkr. Verksamheten består till helt övervägande del av sluten vård. Öppen vård finns endast i begränsad omfattning.

Patienterna läggs till ca 55 % in antingen direkt från hemmet eller från ett sjukhus akutmottagning. Resterande 45 % av patienterna kommer från en vårdavdelning på ett sjukhus.

Medelvårdtiden vid klinikerna varierar nu mellan 9,2 vård dagar och 14,5 vård dagar och den genomsnittliga DRG-vikten per vårdtillfälle varierar mellan 1,23 och 1,67. Det är oklart om dessa ganska stora differenser beror på olika innehåll i verksamheten eller på olikheter i registreringen.

Nuvarande ersättningssystem

Nuvarande ersättningssystem består av fyra delar:

- prestationsersättning enligt DRG
- åldersviktad kapitering
- kompletterande uppdragsersättning
- målrelaterad ersättning

Prestationsersättningen och kapiteringen utgör vardera i snitt ca 40 % av den totala ersättningen och uppdragsersättningen i snitt ca 20 %. Prestationsersättning lämnas enligt DRG-systemet, för både öppen och sluten vård. För ungefär hälften av verksamheten används rehabiliterings-DRG:n som är särskilt utvecklade för geriatrisk vård. För den andra hälften används DRG:n för diagnoser som även förekommer inom akutsjukvården. De DRG-vikter som nu används är lokala, dvs framtagna inom SLL. För öppenvården sker s k primärklassificering med diagnos- och KVÅ-registrering innan viktning sker enligt DRG, i likhet med vad som sker inom sjukhusvården.

I varje avtal finns ett absolut tak för den produktionsrelaterade ersättningen.

Kapiteringsersättningen lämnas per invånare över 65 år i ett definierat geografiskt område, varvid viktningen för åldersklass 65-74 år är 1,0, för 75-84 år 4,0 och för 85 år och uppåt 9,0. Viktningen är gjord efter det faktiska utnyttjandet av geriatrisk vård i varje åldersgrupp

Den s k kompletterande uppdragsersättningen lämnas inte som kompensation för att de geriatriska klinikerna har olika uppdrag eller olika komplexitet i verksamhetsinnehållet, utan är mer ett resultat av förhandlingar och historik. Tanken har varit att den successivt skall avvecklas och alla kliniker få ersättning på likartad nivå. Spridningen i ersättningsnivå är dock fortfarande stor mellan klinikerna.

Varje geriatrisk klinik har betalningsansvar för patienter som definierats som tillhöriga geriatrikens ansvarsområde och som vårdas på annan geriatrisk klinik än den klinik som har områdesansvar för patienten ifråga.

Ersättningssystemet avser det basgeriatriska uppdraget. För eventuella uppdrag härutöver lämnas ersättning efter överenskommelser i särskild ordning.

Den målrelaterade ersättningen är utformad som ett avdrag som görs om ett antal definierade mål inte uppnås. Avdraget kan högst uppgå till 4,2 %.

Målsättning med ett reviderat ersättningssystem

Utformningen av ett reviderat ersättningssystem bör ske med målsättningen att:

- produktiviteten ökar
- direktintagen från hemmet eller akutmottagning ökar
- väntetider för övertagande av patienter från sjukhus minskar
- incitamenten för en geriatrisk klinik att köpa vårdplatser vid annan geriatrisk klinik vid platsbrist förstärks
- registreringen av verksamhetsinnehåll förbättras

Skillnaderna i pris mellan geriatriska kliniker varierar nu, utslaget per DRG-poäng, mellan -12 % till + 39 % i förhållande till genomsnittspriset i länet. Det indikerar att produktivitetsförbättringar kan göras vid ett flertal kliniker.

Problem med väntetider för övertagande av patienter från sjukhus har periodvis varit stora.

Målsättningen att öka direktintagen av patienter till geriatriken har länge uttalats i bl a budgetdirektiv, men stöds inte av nuvarande ersättningssystem.

Rörlig ersättning för slutenvård

Den produktionsrelaterade ersättningen utgör nu ca 40 % av den totala ersättningen och föreslås öka till 70 %. För den rörliga ersättningen föreslås liksom hittills DRG-systemet tillämpas. Kapiteringsersättningen föreslås samtidigt slopas, liksom den kompletterande uppdragsersättningen.

Förutsättningarna för kapiteringsersättning är radikalt annorlunda inom geriatriken än inom primärvården. Ca 2/3 av befolkningen besöker varje år en husläkarmottagning, medan endast 6-7 % av de äldre under ett år har kontakt med geriatriken. Kopplingen mellan en viss population och

vårdutnyttjandet är således svag inom den geriatriska vården, vilket talar emot kapiteringsersättning. Kapiteringsersättning medför även automatiska ökning av ersättningen om befolkningen i ett område ökar även om befolkningsökningen i sig inte medfört någon ökning av vårdproduktionen. Det finns därmed ingen koppling mellan ökad ersättning och ökad produktion.

Den kompletterande uppdragsersättningen är inte som i akutsjukvården en kompensation för att en klinik har ett vidare uppdrag än andra kliniker eller en mer vårdtung patientsammansättning. Denna ersättning är endast ett resultat av förhandlingar och där ett högre pris per vårdtillfälle lagts som "kompletterande uppdragsersättning" i stället för att påverka DRG-priset uppåt. Om denna ersättningspost tas bort och motsvarande belopp adderas till DRG-priset så blir faktiska skillnader i priser synliga och omräkningar behöver inte längre göras då jämförelser mellan kliniker skall göras. Ambitionen att minska oförklarliga skillnader i DRG-priser bör kvarstå även efter denna förändring.

De lokalt framtagna DRG-vikterna som nu används föreslås ersättas med de nationellt framtagna vikterna. Krav bör ställas på länets geriatriska kliniker att rapportera kostnadsdata som del av underlaget för de nationella vikterna.

Rörlig ersättning för öppen vård

Den rörliga ersättningen föreslås utgöra 70 % även för öppen vård och utgå efter öppenvårds-DRG.

Fast ersättning för slutet och öppen vård

Den fasta ersättningen föreslås utgöra 30 % av den totala ersättningen. Ersättningen fastställs efter det att vårdvolym överenskommit liksom priset per DRG-poäng. Beloppet erhålls genom att överenskomna vårdvolym multipliceras med DRG-priset, varefter 30 % av det sammanlagda beloppet utgår som fast ersättning. Beloppet utbetalas med en tolfedel per månad i efterskott.

Stimulans för ökat direktintag

En av målsättningarna i den geriatriska verksamheten är att öka andelen patienter som direktinläggs från hemmet, samt att de geriatriska klinikerna skall lägga in patienter som kommit till sjukhusens akutmottagningar utan

att patienten före överföring till geriatriken måste behandlas på en sjukhusklinik. Incitament för detta saknas i nuvarande ersättningsystem.

För patienter som läggs in på geriatrisk klinik från hemmet eller från ett sjukhus akutmottagning föreslås att ett tillägg ges till det överenskomna DRG-priset. Tillägget föreslås vara dubbelt så stort för patienter som läggs in från hemmet som för patienter som läggs in från ett sjukhus akutmottagning. Beslut om nivåerna på tilläggen föreslås fattas av HSN.

Uppdrag utöver basuppdraget

För uppdrag utöver basuppdraget föreslås liksom hittills ersättning lämnas efter särskilda överenskommelser. Exempel på sådana uppdrag är:

- avdelning för andningshandikappade på Danderydsgeriatriken
- avdelning för patienter med MRSA på Stockholmsgeriatriken
- demensutredningar för yngre patienter på Huddinge geriatriken
- trafikmedicinska utredningar på Huddinge geriatriken

Betalningsansvar vid placering på annan klinik än den klinik som har områdesansvar

Om en geriatrisk patient på grund av platsbrist placeras på en annan klinik än den klinik som har områdesansvaret föreslås, liksom hittills, betalningsansvar för kliniken med områdesansvar gälla, med ett pris som överenskomms mellan vårdproducenterna.

Ansvar för och rätten att placera en patient på en annan geriatrisk klinik har nu begränsats till den klinik som har områdesansvaret. Om kliniken misslyckas med detta föreslås att det sjukhus som patienten befinner sig på också får rätt att föra över patienten till en annan geriatrisk klinik, med betalningsansvar för kliniken med områdesansvar.

Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning föreslås utgöra 4 % av den totala årliga ersättningen och utbetalas efter redovisning av uppnådda kvalitetsmål. De kvalitetsmål som är ersättningsgrundande skall väljas ut bland de mål som ingår i avtalens uppföljningsplan. I takt med att bättre resultatmätt utvecklas bör den målrelaterade ersättningens andel av den totala ersättningen öka.

Den målrelaterade ersättningen bör utformas som en bonus för värdenheter som uppnår mycket goda resultat på de i uppföljningsplanen angivna variablerna. Om vårdgivaren når specificerade bonusnivåer utgår bonus med i uppföljningsplanen angivna procentsatser. Om vårdgivaren inte når specificerade vitesnivåer föreslås vårdgivaren få betala ett vite med i uppföljningsplanen angivna procentsatser. Denna modell för målrelaterad ersättning tillämpas nu inom de flesta vårdgrenar.

Kostnadskontroll

En utökad andel prestationsersättning medför risker för en försämrad kostnadskontroll. För den rörliga delen av ersättningen måste därför ett ersättningstak finnas. Ett visst incitament bör finnas för att öka produktionen även efter det att avtalade vårdvolymen överskridits. Priset per DRG-poäng föreslås, för produktion över beställd nivå, begränsas till 10 % av överenskommet pris.

Administrativa konsekvenser

Betydelsen av en korrekt och enhetlig verksamhetsregistrering ökar med en större andel ersättning enligt DRG-systemet. Såsom redan sker i akutsjukvården bör regelbundna revisioner av hur registreringen sker genomföras. Eftersom registrering av verksamheten enligt DRG redan görs vid alla geriatriska kliniker bedöms inte förslaget till reviderat ersättningssystem få några övriga administrativa konsekvenser.

Mona Boström
Landstingsdirektör

Elisabet Wallin
Chef för utvecklingskansliet