

3

Sjukhusavtal för de regionägda akutsjukhusen

HSN 2017-0570

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Avdelningen för somatisk specialistvård
Björn Eriksson
Lena Hanberg

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-09-24

HSN 2017-0570

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Sjukhusavtal för de regionägda akutsjukhusen

Ärendebeskrivning

Avtal ska tecknas för de regionägda akutsjukhusen Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus AB och S:t Eriks Ögonsjukhus AB.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Omvärldsbevakning, bilaga 1
Fördjupad uppföljning av omställningsavtal, bilaga 2
Strategisk inriktning, bilaga 3
Sjukhusavtal för Karolinska Universitetssjukhuset, bilaga 4
Sjukhusavtal för Södersjukhuset AB, bilaga 5
Sjukhusavtal för Danderyds Sjukhus AB, bilaga 6
Sjukhusavtal för Södertälje Sjukhus AB, bilaga 7
Sjukhusavtal för S:t Eriks Ögonsjukhus AB, bilaga 8

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Avtalsmodell för avtal med Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus AB och S:t Eriks Ögonsjukhus AB för perioden 2020-2023 godkänns.
2. Avtalsmodell för avtal för receptförskrivna öppenvårdsläkemedel för de regionägda akutsjukhusen godkänns.
3. Regionstyrelsen föreslås besluta föreslå regionfullmäktige att godkänna vårdavtal för Karolinska Universitetssjukhuset enligt bilaga 4.

4. Regionstyrelsen föreslås besluta föreslå regionfullmäktige att godkänna vårdavtal för Södersjukhuset AB enligt bilaga 5.
5. Regionstyrelsen föreslås besluta föreslå regionfullmäktige att godkänna vårdavtal för Danderyds Sjukhus AB enligt bilaga 6.
6. Regionstyrelsen föreslås besluta föreslå regionfullmäktige att godkänna vårdavtal för Södertälje Sjukhus AB enligt bilaga 7.
7. Regionstyrelsen föreslås besluta föreslå regionfullmäktige att godkänna vårdavtal för S:t Eriks Ögonsjukhus AB enligt bilaga 8.
8. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma med sjukhusspecifika avtal för receptförskrivna öppenvårdsläkemedel för de regionägda akutsjukhusen.
9. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att teckna ansvarsförbindelse med kommunalförbundet Sjukvård och omsorg Norrtälje för den vård invånare i Region Stockholm konsumerar i Norrtälje, exklusive invånare i Norrtälje kommun. Punkten är villkorad av att regionfullmäktige i november 2019 fattar beslut om motsvarande budgetmedel till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsnämnden gav 2017 hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att återkomma med förslag på avtalsmodell för avtal med de regionägda akutsjukhusen från och med 2020, HSN 2017-0507. Befintliga omställningsavtal för akutsjukhusen ska ersättas av nya avtal från och med 1 januari 2020. Utifrån uppdrag och budget 2019 har hälso- och sjukvårdsnämnden i dialog med regionstyrelsen, akutsjukhusens styrelser och berörda nämnder utvecklat den nya avtalsmodellen. De avtal som förhandlats fram mellan hälso- och sjukvårdsnämnden, Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus AB och S:t Eriks Ögonsjukhus AB bedöms vara av sådan principiell beskaffenhet och vikt för Region Stockholm att de föreläggs regionfullmäktige för godkännande.

Hälso- och sjukvårdsnämnden godkände samtidigt hälso- och sjukvårdsförvaltningens förslag på inriktning för de kommande avtalen med de regionägda akutsjukhusen. Inriktningen är att avtalen ska:

- stödja fortsatt genomförande och upprätthållande av strukturförändringarna i hälso- och sjukvården enligt Framtidsplanen
- styra mot regionfullmäktiges långsiktiga mål för hälso- och sjukvården; hög kvalitet, förbättrad tillgänglighet och kostnadseffektivitet
- främja en låg kostnadsutveckling och nyttja genomförda investeringar
- stödja samverkan med andra vårdgivare i en nätverkssjukvård som skapar ett värde för patienten.

Arbete med projektet "Sjukhusavtal 2020" har bedrivits med bred involvering. Patientföreträdare, offentliga och privata vårdgivare, tjänstemanorganisationen samt akademi involverades i ett tidigt skede. De bidrog till att identifiera strategiska och prioriterade områden och deltog i referensgrupper under projektets gång. Förvaltningens arbetsgrupper har arbetat vidare med de strategiska och prioriterade områdena samt utvecklat specifika avtalskomponenter, till exempel uppdragsbeskrivning, ersättningsmodell och avtalsuppföljning. Arbetsgruppernas del- och slutleveranser har kvalitetssäkrats i referensgrupper med representanter från akutsjukhusen, patientföreträdare och tjänstemansorganisation samt godkänts i projektets styrgrupp. Parallellt har resultatet av arbetet presenterats i olika politiska fora och samverkansorgan. Under 2019 har Regiondirektören, Hälso- och sjukvårdsdirektören och de fem berörda sjukhusdirektörerna haft dialog om avtalsmodellen.

Rapporten *Fördjupad uppföljning av omställningsavtalen* (bilaga 2) beskriver nuvarande och tidigare avtal med de regionsägda akutsjukhusen samt redovisar effekterna av nuvarande sjukhusavtal. I rapporten konstateras att omställningsavtalen har bidragit till genomförandet av *Framtidsplanen* samt gett långsiktiga och flexibla planeringsförutsättningar för akutsjukhusen under perioden. Akutsjukhusens kvalitetsarbete har utvecklats liksom beställarens styrning och uppföljning av kvalitet. Tillgängligheten har i huvudsak upprätthållits eller förbättrats samtidigt som planerade vårdstrukturförändringar har kunnat genomföras. Ett undantag är dock det akuta omhändertagandet där vistelsetiden på akutmottagningarna har ökat under omställningsavtalet. Produktiviteteten mätt som producerad vård jämfört med resursåtgång går

ned. Ett annat sätt att beskriva detta är att vården på akutsjukhus blir dyrare för regionen eftersom mindre vård kan göras till samma kostnad. Omställningsavtalets ersättningsmodell med 97% fast ersättning och endast 3% rörlig, har även inneburit att hälso- och sjukhusnämnden haft mycket begränsade möjligheter att förändra beställningarna.

Överväganden

Med utgångspunkt i Framtidsplanen, genomförd omvärldsbevakning (bilaga 1) och den fördjupade uppföljningen (bilaga 2) har en strategisk inriktning för sjukhusavtal 2020 (bilaga 3) utarbetats. Följande strategiskt viktiga områden har särskilt beaktas vid utveckling av avtalsmodell:

1. Säkerställa att patientens vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja.
2. Stimulera till införande av effektiva arbetssätt, digitala tjänster och innovativa lösningar.
3. Säkra att akutsjukhusens uppdrag att bedriva vård, utbildning och forskning går att förena.
4. Främja en låg kostnadsutveckling och nyttja genomförda investeringar

Förslag till avtalsmodell för de regionägda akutsjukhusen

Sjukhusavtalen för de regionägda akutsjukhusen omfattar ett samlat årligt avtalvärde på 21 miljarder kronor. Avtalen ingås mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och de fem akutsjukhusen. För de akutsjukhus som drivs som regionägda aktiebolag tecknas direktavtal medan det tecknas en överenskommelse med Karolinska Universitetssjukhuset som drivs i bolagsliknande form. För att skapa förutsägbarhet och enhetliga spelregler föreslås:

- Att kommande avtal ska gälla för perioden 2020-2023 med årlig överenskommelse om beställningen (volymer/vårdtillfällen och besök) och ersättning (uppräknig av ersättning för utförd vård). Nuvarande omställningsavtal är fyraårigt.
- Att alla fem regionägda akutsjukhusen har samma avtalsmodell, vilket innebär att till exempel ersättningsmodell och uppföljningsprocess blir likartad. Fördelarna är att spelreglerna blir gemensamma och akutsjukhusens uppdrag och incitament blir mer förutsägbara för exempelvis remittenter. En viktig aspekt är att minska risken för motstridiga styrsignaler i hälso- och sjukvårdssystemet.

I sjukhusavtalen regleras följande delar:

1. Krav som gäller alla vårdgivare inom regionen, till exempel allmänna villkor och krav på digitala förmågor.
2. Krav som gäller specifika vårdavtal (uppdragsbeskrivningen).
3. Vilken ersättningsmodell och vilka ersättningsprinciper som ska gälla, till exempel ersättningsprinciper för producerad vård.
4. Hur uppdraget och kraven ska följas upp, till exempel genom kvalitetsindikatorer och avtalsuppföljning.

1. Övervägande kring generella krav i sjukhusavtalen

Syftet med avtalen är att säkerställa vårdutbudet inom regionen och samtidigt ge akutsjukhusen frihet och möjlighet att bedriva individanpassad, patientsäker och effektiv vård av god kvalitet.

Avtalen ger stort handlingsutrymme för de enskilda akutsjukhusen att organisera vården på önskat sätt. I jämförelse med andra vårdavtal, till exempel avtal enligt Lag om valfrihetssystem (LOV), finns det väsentligt mindre detaljreglering i sjukhusavtalen. I LOV-avtal ställs mer specifika krav på personalens kompetens medan sjukhusavtalen ställer mer generella krav om att akutsjukhusen ska ha personal med den kompetens som krävs för att utföra uppdraget.

Inom vissa fokusområden har generella krav gjorts mer tydliga, till exempel avseende sammanhållen vård, patientens delaktighet i vården och digitala förmågor. Dessa områden har stärkts i avtalen för att markera att den vård som akutsjukhusen bedriver ska koordineras med andra aktörer i syfte att realisera potentialen i nätverkssjukvården. Patientens delaktighet i vården rör sig inte enbart om individens möjlighet att påverka sin egen vård utan också om patientinvolvering i utvecklingen av akutsjukhusens verksamhet.

2. Övervägande rörande akutsjukhusens uppdrag

I de sjukhusspecifika avtalen (bilaga 4-8) finns mer detaljerade beskrivningar av akutsjukhusens uppdrag. Majoriteten av uppdragen skiljer sig inte från dagens omställningsavtal men har till viss del omformulerats i syfte att skapa en större transparens i, vilken typ av vård som utförs var och därmed ge andra aktörer bättre möjlighet att hitta rätt i vården, till exempel vid remittering av patienter. Detta är i linje med fullmäktiges fastlagda mål för hälso- och sjukvården genom att säkerställa ett jämlikt vårdutbud till regionens befolkning.

Förutom vårduppdrag har de fem akutsjukhusen i uppdrag att delta i verksamhetsförlagd utbildning för vissa hälsoprofessioner, utbildning av

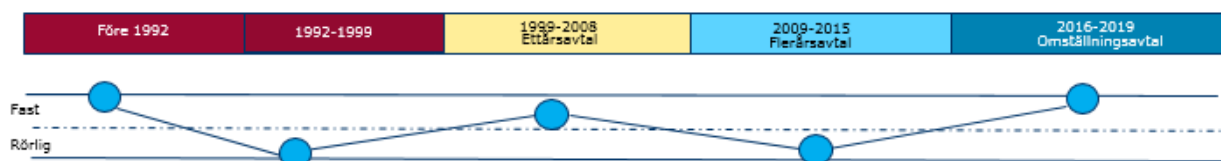
läkare samt att medverka i klinisk forskning. Sjukhusens utbildnings- och forskningsuppdrag regleras i både det nationella och regionala ALF-avtalet mellan regionen och Karolinska Institutet och i Utbildningsdirektiv 2019 (LS2019-0010). I samband med det nationella ALF-avtalet 2014 infördes begreppet universitetssjukvård (USV) för att säkra kopplingen mellan akademien och hälso- och sjukvården. Detta begrepp ersätter det äldre begreppet universitetssjukhus. Alla akutsjukhus förutom Södertälje Sjukhus AB har enheter som har blivit godkända som universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter). Dessa enheter har en central roll i utvecklingen och implementeringen av den nationella och regionala kunskapsstyrningen.

I utformningen av akutsjukhusens uppdrag har hänsyn tagits till behovet att förena vårduppdrag, forskning och utbildning. Dessutom har avtalstexter kring akutsjukhusens roll i klinisk forskning i nätverkssjukvården, samt användning av innovation som strategiskt verktyg i utvecklingen av vården tagits fram. Detta är i linje med fullmäktiges fastlagda mål för hälso- och sjukvården.

3. Övervägande rörande ersättningsmodellens utformning och ersättningsprinciper

Syftet med ersättningsmodellen är att på ett så balanserat sätt som möjligt fördela resurser och skapa incitament för en kvalitativ, tillgänglig och effektiv vård enligt Region Stockholms långsiktiga mål. De senaste 20 åren har ersättningsmodellen i sjukhusens avtal kombinerat olika ersättningsprinciper. Bild 1 nedan illustrerar hur ersättningsmodellen har fluktuerat under olika avtalsperioder.

BILD 1. VARIATION I ERSÄTTNINGSMODELL UNDER OLIKA AVTALSPERIODER



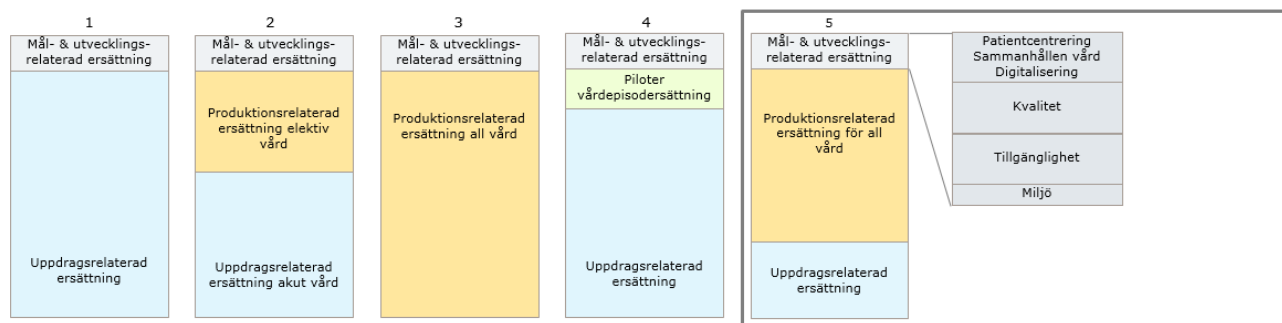
De traditionella ersättningsprinciper som tidigare har använts är:

- *Uppdragsrelaterad ersättning* där en fast ersättning ges för beställt vårduppdrag. Fördelen med denna princip är kostnadskontroll för beställaren, förutsägbarhet för sjukhusen och utrymme för ändring av arbetssätt. Det finns dock risk för minskad tillgänglighet i

- avsaknad av incitament för att omhänderta fler patienter vilket kan leda till risk för kostnadsökning i övriga vårdssystemet
- *Produktionsrelaterad ersättning* där en rörlig ersättning ges för produktion av beställd vård baserat på besök och vårdtillfällen. Största fördelen med denna princip är att den styr mot ökad produktion och därmed ökad tillgänglighet. Risken är att patienter tas om hand på fel vårdnivå vilket kan leda till kostnadsökning.
 - *Målrelaterad ersättning* där ersättning ges baserat på uppnått resultat. Största fördelen är att detta ger incitament för att aktivt fokusera på utveckling inom prioriterade områden, till exempel kvalitet eller tillgänglighet. Risken är att utveckling och förbättringar främst sker inom de områden som mäts.

En litteraturgenomgång av olika ersättningsmodeller stödjer användningen av en modell, som likt tidigare praxis, kombinerar ersättningsprinciper. Anledningen är att riskerna hos de enskilda ersättningsprinciperna då i någon mån kan balansera varandra. Nedan framgår de fem olika alternativa modeller som har analyserats där alternativ 1 är mest lik nuvarande omställningsavtal med 97% uppdragsrelaterad och 3% är målrelaterad ersättning.

BILD 2. ANALYSERADE MODELLER FÖR MÖJLIG ERSÄTTNINGSMODELL



Efter genomförd riskanalys av de fem olika ersättningsmodellerna föreslås att ersättningsmodellen i sjukhusavtalen blir en kombinerad modell bestående av ersättningsprinciperna uppdrags-, produktions-, mål- och utvecklingsrelaterad ersättning, alternativ 5 i bild 2 ovan. I riskanalysen ingick analys av den ekonomiska risken för beställare och respektive akutsjukhus utifrån förväntat utfall både under- eller överproduktion i förhållande till beställd vård.

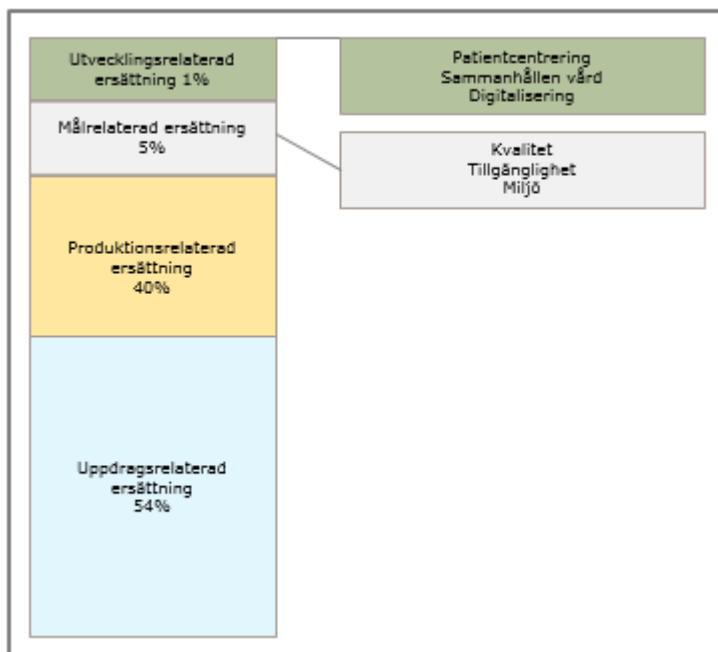
Förslag på ersättningsmodell

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår en kombinerad modell för att ge mer incitament till ökad tillgänglighet och produktivitet, vilket är i linje med fullmäktiges i budget fastlagda mål för hälso- och sjukvården. Dessutom ger modellen Hälso- och sjukvårdsnämnden visst handlingsutrymme att flytta uppdrag mellan akutsjukhus och andra aktörer i systemet vilket ger nämnden möjlighet att säkra befolkningen tillgång till somatisk specialistvård utan att få dubbla kostnader. Förslag på modell är den med lägst ekonomisk risk för båda akutsjukhusen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Kombinationen av en fast och en rörlig del gör att eventuella ändringar i produktionen inte belastar enbart ena parten.

Den utvecklings- och målrelaterade ersättningen stödjer utvecklingen av nätverkssjukvården genom att kräva att akutsjukhusen än mer utvecklar sina verksamhetsprocesser med fokus på patientcentrering, sammanhållen vård och digitalisering. Detta är i linje med de i fullmäktiges fastlagda mål för hälso- och sjukvården.

I bild 3 nedan beskrivs ersättningsmodellens fyra delar.

BILD 3. FÖRSLAG PÅ ERSÄTTNINGSMODELLENS UTFORMNING I SJUKHUSAVTALEN FÖR PERIODEN 2020-2023



Den utvecklingsrelaterade ersättningen syftar till att stimulera den transformation av vårdutbudet som digitalisering såväl som patientcentrering och sammanhållen vård innebär, samtidigt som akutsjukhusen själva tar ansvar för hur de vill driva frågorna. Ersättningen ges för genomfört utvecklingsarbete inom dessa områden. Den utvecklingsrelaterade ersättningen föreslås utgöra 1 procent av totalersättningen. Jämfört med dagens omställningsavtal är detta en ny del i ersättningsmodellen, vilket förväntas stimulera till ett lärande akutsjukhusen, regionledningskontoret och hälso- och sjukvårdsförvaltningen emellan.

I den målrelaterad ersättningen ingår uppfyllelse av sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika indikatorer samt viten kopplat till vårdgarantin och ingår i dagens omställningsavtal. Förslaget är att den målrelaterad ersättningen utgör 5 procent av totalersättningen. Jämfört med dagens omställningsavtal är detta en ökning med två procent. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår en ökning för att bidra till ökad kvalitetsstyrning, jämlik hälsa i länet och hög tillgänglighet vilket är i linje med fullmäktiges i budget fastlagda mål för hälso- och sjukvården.

Produktionsrelaterad ersättning säkerställer avtalad produktion och tillgänglighet samt bidrar till att skapa mer enhetliga incitamentsmodeller i sjukvårdssystemet. Förslaget är att den produktionsrelaterade ersättningen utgör 40 procent av totalersättningen. I tidigare avtalskonstruktioner har den produktionsrelaterade delen varierat stort: I omställningsavtalen fanns ingen andel alls, medan avtalet med Capio för S:t Görans sjukhus hade hela 97 procent produktionsrelaterad ersättning.

För att ge akutsjukhusen en basersättning för fasta kostnader, exempel på dessa kostnader kan vara hyra, akutuppdrag och bemanning av jour föreslås den uppdragsrelaterade ersättningen utgöra 54 procent av totalersättningen. För hälso- och sjukhusvårdsförvaltningen ger detta möjlighet för omprioritering av ersättning om akutsjukhusen inte upprätthåller tillgänglighetskrav. Jämfört med dagens omställningsavtal är detta en stor förändring från nuvarande ersättningsnivå om 97 procent.

Ersättningsmodellen omfattar akutsjukhusens huvuduppdrag. Ersättning för eventuella sidouppdrag vid akutsjukhusen framgår av de sjukhusspecifika avtal (bilaga 4-8).

För att kunna ersätta och följa upp vården som akutsjukhusen utför behöver vården beskrivas. Förvaltningen föreslår därför fortsatt

användning av DRG som beskrivningssystem. Genom DRG beskrivs sjukhusens patientsammansättning (case-mix) på ett övergripande sätt. DRG-systemet baseras både på medicinsk information (klassifikation) och ekonomisk information (kostnad per patient, KPP). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och akutsjukhusen kommer tillsätta en partsgemensam grupp med uppgift att utveckla modeller för ersättning och uppföljning som stödjer hälso- och sjukvårdens effektivisering i Region Stockholms samlade hälso- och sjukvård. Samt att bidra till den nationella utvecklingen av beskrivningssystemet för att kunna beskriva den moderna vården, till exempel digitala vårdmöten och förändrat arbetssätt.

Beställning av målvolymer

Produktionsmålet i modellen är den målvolymer som sjukhusens uppdrag summerar till. Till grund för denna volym ligger hälso- och sjukvårdsförvaltningens beräkningar av vilket vårdbehov Region Stockholms invånare har. Den närmaste föregående perioden låg förvaltningens behovsprognos högt över den producerade volymen. Analysen av utfallet visar dels att förvaltningens prognos var för hög och dels att sjukhusen underproducerade. Förvaltningen har skrivit ned sin prognos av vårdbehovet och justerat beställningen. I förslaget för kommande avtalsperiod har därför målnivån justerats till 96% av den förra avtalsperiodens beställning. Detta innebär dock att akutsjukhusen fortfarande behöver öka sin produktion jämfört med tidigare period. Det är hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömning att god tillgänglighet kan upprätthållas med en beställning på denna nivå.

Uppräkningsprinciper och effektiviseringskrav

Den totala ersättning sjukhusen kan uppnå i denna ersättningsmodell är 1,5 procent högre jämfört med föregående år. Uppräkningen bygger på ett viktade index från Sveriges Kommuner och Landsting som används av regionsektorn för att beräkna löne- och prisutvecklingen. Då regionens strategi är att öka den nära vården utökas inte volymen enligt den demografiska utvecklingen, utan planen är att fler personer kan omhändertas i nära vård och då framförallt vid husläkarmottagningar och i basal och avancerad hemsjukvård samt geriatrik. Uppräkning för den medicinteknisk utveckling fördelas utifrån andelen högspecialiserad vård, där Karolinska har en högre uppräkningsprocent. Därefter läggs ett effektiviseringskrav om 2,5 procent på samtliga sjukhus.

Sammantaget ligger uppräknningen om 1,5% för akutsjukhusen att i linje med hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag att säkra en låg

kostnadsökning vid akutsjukhusen. Av de sjukhusspecifika avtalen framgår vilka beräkningsprinciper som gäller för det enskilda akutsjukhuset (bilaga 4-8). I tabell 1 nedan beskrivs använda uppräkningsprinciper.

TABELL 1. UPPRÄKNINGSPRINCIPER SJUKHUSAVTAL 2020

	Totalt	Karolinska Universitets- sjukhuset	S:t Eriks Ögonsjuk- hus	Övriga akutsjukhus
BAS	100	100	100	100
<i>Viktat index (SKL)</i>	<i>3,01</i>	<i>3,01</i>	<i>3,01</i>	<i>3,01</i>
<i>DT (Demografi)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>MTU (Medicinskt utveckling)</i>	<i>1</i>	<i>1,5</i>	<i>1</i>	<i>0,5</i>
Summa 1	104	104,5	104	103,5
<i>Effektivisering</i>	<i>-2,5</i>	<i>-2,5</i>	<i>-2,5</i>	<i>-2,5</i>
Summa 2	101,5	102,0	101,5	101,0
Uppräkning	1,5%	2,0%	1,5%	1,0%

4. Övervägande rörande uppföljning av vården som bedrivs på akutsjukhusen

Det primära syftet med avtalsuppföljningen är att säkra att akutsjukhusen och beställaren följer sina åtaganden enligt avtalet och att säkerställa ett kontinuerligt förbättringsarbete. Under avtalsperioden kommer avtalsuppföljningen i ökad utsträckning utgå från olika mått kopplat till patientutfall och jämförelser av kvaliteten inom specifika områden, samt jämförelser mellan vårdgivare avseende både utfall och utvecklingsarbete, till exempel genom benchmarking. Följsamhet till vårdprogram, nationella riktlinjer och deltagande i kunskapsstyrning inom alla specialiteter är formaliserade krav i avtalet.

Uppföljningsdialogen ska utvecklas löpande under avtalsperioden i samarbete mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen, akutsjukhusen och regionledningskontoret. För att utveckla uppföljningsprocessen och lärande för både akutsjukhusen och beställaren kommer nya former för dialogmöten tas fram och utvärderas. Ett specifikt utvecklingsområde är involvering av patientföreträdare i uppföljningsarbetet.

Avtalsmodell för avtal för receptförskrivna öppenvårdsläkemedel

Förvaltningen föreslår att alla regionägda akutsjukhus får fullt kostnadsansvar för receptförskrivna öppenvårdsläkemedel, med fortsatt undantag för smittskyddsläkemedel, preventivmedel för ungdomar från 21 till 26 år (inom läkemedelsförmånen), förskrivning till papperslösa, samt psykofarmaka till personer som saknar sjukdomsinsikt. Kostnadsansvaret inkluderar även subvention av receptförskrivna läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånen men som i undantagsfall är nödvändigt för att möta en enskild patients medicinska behov.

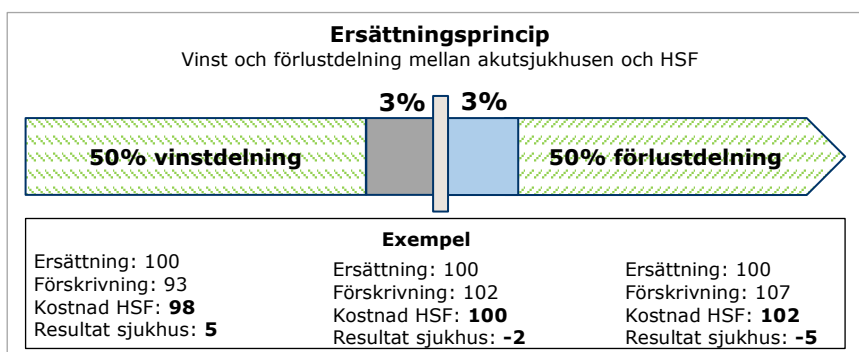
Förslaget är i linje med de tidigare beslutade övergripande principerna för vårdgivares kostnadsansvar för läkemedel, hjälpmedel och medicinsk service (HSN 2017-0887). Det huvudsakliga syftet med ett decentraliserat kostnadsansvar är att möjliggöra för akutsjukhusen att prioritera läkemedelsbehandlingen ur såväl ett patientperspektiv som ett ekonomiskt perspektiv och välja det sammantaget mest fördelaktiga.

Avtalet för öppenvårdsläkemedel föreslås revideras årligen. Anledningen är att förskrivningen av läkemedel kan förändras snabbt och kostnadsförändringar från till exempel vårdflyttar, förändrat förskrivningsmönster eller nya terapier behöver omhändertas.

Sjukhusspecifika läkemedelsavtal tas fram under förutsättning att Regionfullmäktige fattar beslut om regionens läkemedelbudget i november 2019. Förslag till ersättningsprincip för läkemedelsavtalen baseras på en vinst- och förlustdelningsmodell som idag används vid fördelning av läkemedelsbidrag från staten till regionerna. I bild 4 nedan visas en schematisk bild över ersättningsprincipen med exempel.

Om akutsjukhusets kostnader för receptförskrivna läkemedel överstiger det överenskomna beloppet med mer än 3 procent förbinder sig beställaren att finansiera 50 procent av avvikelsen över 3 procent. På motsvarande sätt sker en återbetalning/kvittning i de fall kostnaderna blir lägre än 3 procent av överenskommet belopp.

BILD 4 ERSÄTTNINGSPRINCIP ÖPPENVÅRDSLÄKEMEDEL



Avtal för vården vid TioHundra AB Norrtälje Sjukhus

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) är beställare av den vård som bedrivs vid TioHundra AB Norrtälje Sjukhus. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår att KSON och Hälso- och sjukvårdsnämnden undertecknar en gemensam ansvarsförbindelse för att säkra betalningsansvaret för respektive befolknings konsumtion av vård vid de regionägda akutsjukhusen. Det medför att Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att ersätta KSON för den vård som regionens invånare utanför Norrtälje konsumerar. Vidare innebär ansvarsförbindelsen att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte tecknar avtal med TioHundra AB Norrtälje sjukhus men att KSON gör detta. Samtidig tecknar KSON inte avtal med övriga akutsjukhus i länet utan detta hanteras via HSN.

Sjukhusspecifika avtal för de regionägda akutsjukhusen

I de sjukhusspecifika avtalen för Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus AB och S:t Eriks Ögonsjukhus AB (bilaga 4-8) framgår beställningen till respektive akutsjukhus.

[Uppdrag och volymer för respektive akutsjukhus](#)

Uppdragen och beställningen till respektive akutsjukhus ger akutsjukhusen förutsättningar för att kunna fokusera på sina kärnuppdrag, säkerställa en hög kvalitet-, patientsäkerhet och tillgänglighet samt stödja till samverkan med andra vårdgivare. Detta är i linje med det uppdrag Hälso- och sjukvårdsnämnden har ifrån Regionfullmäktige.

Karolinska Universitetssjukhuset bedriver vård framförallt på sjukhusen i Solna och Huddinge. Vårduppdraget delas upp mellan dessa huvudsiter där Karolinska Universitetssjukhuset i Solna har ett högspecialiserat uppdrag med specialiserade inslag medan Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge har ett specialiserat uppdrag med högspecialiserade inslag. I enlighet med beslut i Regionfullmäktige beskrivs Karolinska Universitetssjukhusets vårduppdrag och vårdvolymer på sjukhusets två huvudsiter separat.

Arbetet fortsätter med att renodla Karolinska Solnas högspecialiserade uppdrag. Ett exempel på ändring i uppdrag kan vara utökningen av det regionövergripande uppdraget med sjukhusansluten avancerad barnsjukvård i hemmet (SABH) där insatser kan ges dygnet runt.

Arbetet med att dela upp den ekonomiska ramen för Solna respektive Huddinge kvarstår och ska genomföras under avtalsperioden.

Vårdvolymerna för Karolinska Universitetssjukhuset är uppdelade i en del för Huddinge och en för Solna. År 2020 omfattar vårduppdraget till Karolinska Universitetssjukhuset 68 680 vårdtillfällen 1 094 273 besök. Dessutom har akutsjukhuset i uppdrag att utföra de vårduppdrag som regleras som sidouppdrag, se bilaga 4.

Södersjukhuset AB är ett akutsjukhus med ett specialiserat uppdrag, med vissa högspecialiserade inslag. Inför avtalsperioden sker en utökning av uppdrag kopplat till barnsjukvård och sjukhuset får nytt uppdrag att bedriva sårcentrum.

År 2020 omfattar vårduppdraget till Södersjukhuset 43 848 vårdtillfällen och 407 515 besök. Dessutom har akutsjukhuset i uppdrag att utföra de vårduppdrag som regleras som sidouppdrag, se bilaga 5. Eventuella förseningar av flytt in i nya lokaler kan komma att påverka volymerna.

Danderyds Sjukhus AB är ett akutsjukhus med ett specialiserat uppdrag, med vissa högspecialiserade inslag. Ett antal förändringar i vårduppdraget görs, till exempel ska Danderyds Sjukhus utföra elektrofysiologiska ablationer i samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset och ta över geriatrisk verksamhet från Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

Vid Danderyds Sjukhus kommer 41 407 vårdtillfällen och 334 256 besök att utföras år 2020. Dessutom har akutsjukhuset i uppdrag att utföra de vårduppdrag som regleras som sidouppdrag, se bilaga 6. Eventuella förseningar av flytt in i nya lokaler kan komma att påverka volymerna.

Södertälje Sjukhus AB ska bedriva specialiserad vård och viss närsjukvård. År 2020 omfattar vårduppdraget till Södertälje sjukhus 12 524 vårdtillfällen och 120 869 besök. Dessutom har akutsjukhuset i uppdrag att utföra de vårduppdrag som regleras som sidouppdrag, se bilaga 7. Eventuella förseningar av flytt in i nya lokaler kan komma att påverka volymerna.

S:t Eriks Ögonsjukhus AB bedriver högspecialiserad och specialiserad ögonsjukvård.

År 2020 omfattar vårduppdraget vid S:t Eriks Ögonsjukhus 1 250 vårdtillfällen och 143 367 besök. Dessutom har akutsjukhuset i uppdrag att utföra de vårduppdrag som regleras som sidouppdrag, se bilaga 8. Hösten 2020 flyttar S:t Eriks Ögonsjukhus från Kungsholmen till Hagastaden. Eventuella förseningar av flytt in i nya lokaler kan komma att påverka volymerna.

I tabell 2 nedan finns översikt över beställningen per akutsjukhus och totalt.

TABELL 2. VOLYMER 2020 PER AKUTSJUKHUS, DELAT PÅ ÖPPENVÅRD (ANTAL BESÖK) OCH SLUTENVÅRD (ANTAL VÅRDTILLFÄLLEN)

	Volymer 2020	
	Öppenvård <i>(besök)</i>	Slutenvård <i>(vårdtillfällen)</i>
Karolinska Universitetssjukhuset	1 094 273	68 680
<i>Solna</i>	<i>605 023</i>	<i>33 615</i>
<i>Huddinge</i>	<i>489 250</i>	<i>35 265</i>
Södersjukhuset AB	407 515	43 848
Danderyds Sjukhus AB	334 256	41 407
Södertälje Sjukhus AB	120 869	12 524
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	143 367	1 250
Total	2 100 280	167 709

Den ersättning sjukhusen kan uppnå givet att de uppfyller målen i alla ersättningsmodellens delar, benämns totalersättning. Storleken på denna framgår av tabell 3 nedan. I tabellen ingår merkostnader till följd av strategiska fastighetsinvesteringar (framförallt hyra) för Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB och Södertälje Sjukhus AB. Dessa merkostnader ingår inte i Karolinska Universitetssjukhuset och S:t Eriks Ögonsjukhus AB totalersättning.

TABELL 3. ERSÄTTNING FÖR HUVUDAVTAL OCH SIDOUPPDRAG EXKLUSIVE MOMSKOMPENSATION 2020 PER AKUTSJUKHUS OCH TOTALT (MILJONER KRONOR)

Akutsjukhus	Huvudavtal <i>(mkr.)</i>	Sidoupdrag <i>(mkr.)</i>	Total <i>(mkr.)</i>
Karolinska Universitetssjukhuset	10 836	447	11 283
Södersjukhuset AB	4 079	170	4 249
Danderyds Sjukhus AB	3 287	312	3 599
Södertälje Sjukhus AB	1 069	159	1 228
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	339	141	480
Total	19 610	1 229	20 839

Ekonomiska konsekvenser

De mekanismer i sjukhusavtalet som är drivande för de ekonomiska effekterna är vårdvolymen, prisuppräknningen och ersättningsmodellen. Avtalet sätter således ekonomiska ramar genom att beskriva hur mycket vård som ska produceras vid våra egenägda akutsjukhus och på vilken prisnivå vården ska ersättas. Därutöver skapas genom ersättningsmodellen incitament som både ska ge önskvärd vårdproduktion och samtidigt säkra kostnadskontroll för regionens totala ekonomi, där sjukhusavtalen utgör en väsentlig del av den totala omsättningen. I avsnitten ovan beskrivs mer utförligt avvägningarna som gjorts i förhållande till de olika mekanismerna, medan de ekonomiska konsekvenserna summeras i detta stycke.

Vårdvolymbeställningen baseras på en analys av vilket vårdutbud som tillgodoser befolkningens vårdbehov. Den föreslagna vårdvolymen om 96 procent av omställningsavtalets vårdvolym är en vårdutbudsnivå som förvaltningen bedömer täcka vårdbehovet, samtidigt som denna vårdutbudssänkning innebär en form av kostnadskontroll för regionen. Alternativet att bibehålla vårdvolymen på 100 procent av omställningsavtalets nivå skulle innebära högre kostnader eller ytterligare fyra procent effektiviseringskrav på akutsjukhusen.

För akutsjukhusen innebär den föreslagna vårdvolymen en ekonomisk utmaning såtillvida att den ligger högre än den vårdvolym de idag producerar.

Den andra mekanismen som avgör det ekonomiska utfallet är uppräknigen av priset på vård. Förenklat är priset ett historiskt värde baserat prisnivån under förra avtalsperioden. När ett nytt avtal ingås sker en uppräknigen. Om uppräknigen är låg innebär det att vårdgivaren måste kontrollera kostnadsökningen och effektivisera givet att inflationen eller andra prisökningar överskrider uppräknigen. I avtalet är uppräknigen 1 procent för Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB och Södertälje Sjukhus AB. För Karolinska Universitetssjukhuset är uppräknigen 2 procent och för S:t Eriks Ögonsjukhus AB är uppräknigen 1,5 procent. Genom en uppräknigen av den totala ersättningen till akutsjukhusen på 1,5 procent bedömer förvaltningen att kostnadsökningstakten för såväl hälso- och sjukvårdsnämnden som regionen begränsas på ett sätt så att en ekonomi i balans är möjlig.

I denna uppräknigen har ett effektiviseringskrav lagts om 2,5 procent. Tillsammans med den produktionsökning som krävs för att akutsjukhusen ska nå produktionskraven, samt föreliggande underskott, innebär det att kraftiga effektiviseringar behöver komma till stånd på akutsjukhusen för att nå en ekonomi i balans.

Ersättningsmodellen är tänkt att balansera olika incitament mot varandra. Ett avtal som endast reglerar pris skulle riskera att styra akutsjukhusen mot att fokusera på kvantitet på bekostnad av kvalitet samt en överproduktion av vård. Konstruktionen där det finns en målvolym och kvalitetsmål skyddar hälso- och sjukvårdsnämnden från denna ekonomiska och kvalitetsmässiga risk och ger samtidigt vårdgivaren vägledning i hur resurser ska användas. Modellen balanserar även utvecklingsmöjligheter och långsiktighet mot risken för underproduktion. Om akutsjukhusen underproducerar betyder det att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver köpa vård något annat stans vilket gör att kostnaden för den samlade vårdbeställningen blir högre. I omställningsavtalet fanns ingen produktionsrelaterad ersättning, vilket innebar att hälso- och sjukvårdsnämnden bär risk och kostnad när akutsjukhusen underproducerade.

I detta föreslagna avtal delas risken. Hälso- och sjukvårdsnämnden har kvar en del av risken eftersom det finns en fast ersättning. Denna ersättning är till för att minska den ekonomiska risken för sjukhusen och möjliggöra arbetssättsförändringar, utveckling och långsiktig planering. Samtidigt bär vårdgivarna en del av risken. Den kommande avtalsperioden kommer kräva kraftiga effektiviseringar, omstruktureringar och även besparingar av akutsjukhusen. De kommer också att ta om- och nybyggnationer i anspråk,

införa en ny vårdinformationsmiljö, hantera kompetensförsörjning och möta den starka utvecklingen inom medicin och teknik. Under en sådan period är det av yttersta vikt att avtalsförhållandet ger incitament för både kostnadskontroll och utveckling. Det är ambitionen med detta avtal där den relativt stora andelen fast ersättning (54%) syftar till att ge detta manöverutrymme.

Sammanfattningsvis är det förvaltningens bedömning att föreliggande avtalsförslag stödjer omställningen till den nära vården samt hanterar regionens utmaningar i form av ökat vårdbehov och begränsat ekonomiskt utrymme. Avtalet förutsätter hög effektiviseringsförmåga och kostnadskontroll. Avvägningar har gjorts för att fördela risker på ett rimligt sätt och till den som är bäst utrustad för att kunna göra rätt avvägningar och finna bra lösningar. Akutsjukhusen behöver effektivisera vårdproduktionen inom sitt område, medan hälso- och sjukvårdsnämnden behöver fördela befintliga resurser mellan alla behov i hela vårdsystemet och garantera det samlade utbudet och kvaliteten.

En sund riskhantering innebär att alla risker ska belysas, även om de är osannolika. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag är att *säkra befolkningens tillgång till vård*. För att säkra detta, ger förslaget till ersättningsmodell möjlighet för nämnden att beställa vård från andra aktörer utifall akutsjukhusen inte når upp till överenskomna volymer. Dock inte fullt ut eftersom den fasta ersättningen fortfarande är bunden hos akutsjukhusen. Förvaltningens bedömning och utgångspunkt är att den beställda vårdvolymen är möjlig för akutsjukhusen att uppnå. Om akutsjukhusen mot förmodan inte kan uppnå målvolymen, innebär detta en ekonomisk risk för regionen. Detta eftersom akutsjukhusens kostnadsmassa till stor del är bunden. Underskott och inkomstbortfall blir ytterst en fråga för ägaren att hantera via till exempel nedskärningar, stöd i prioritering, kapitaltillskott eller avveckling av verksamhet. Avtalet ger incitament för att nå målen, men det faller samtidigt på ledning, styrelse och ägare att uppskatta och minimera risken för underproduktion genom relevanta effektiviseringsprogram och annan utveckling.

Kompensation för ökade kostnader till följd av strategiska investeringar i form av hyror ligger i huvudavtalet för alla sjukhus utom Karolinska Universitetssjukhuset där de regleras separat. Generellt regleras uppräkningsbehov till följd av kostnader såsom pensionskostnader inom ramen för uppräknings av pris.

Förslag på fullt kostnadsansvar för receptförskrivna öppenvårdsläkemedel förväntas stödja kostnadseffektiv förskrivning eftersom ansvaret läggs där kostanden uppstår. Därutöver kommer förvaltningen att kunna justera de sjukhusspecifika läkemedelsavtalen årligen utifrån aktuellt förskrivningsmönster. Även detta bidrar till bättre kostnadskontroll.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget förväntas ha positiva konsekvenser för patientsäkerheten genom ökat fokus på kvalitet, kunskapsstyrning, patientcentrering och sammanhållen vård. Dessa områden ingår båda i förslag på ersättningsmodell samt inriktningen för uppföljning av kommande avtal. Avtalen är konstruerat för att garantera vårdutbudet och därmed bidra till att säkra att patienter får den vård de behöver i rätt tid.

Förslag att införa sjukhusspecifika avtal för öppenvårdsläkemedel ger ökad patientsäkerhet därför incitament ges till mer ändamålsenlig läkemedelsförskrivning.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Beslutet av avtalen förväntas ha positiva konsekvenser för jämlik och jämställd vård utifrån prioriteringen av patientcentrering, sammanhållen vård och digitalisering. Dessutom innebär ökad målrelaterad ersättning kvalitetsförbättringar och standardisering av vården vilket väntas gynna jämlikheten.

Miljökonsekvenser

Beslut av avtalen förväntas inte direkt få några konsekvenser för miljön jämfört med nuvarande omställningsavtal. I förslag på målrelaterad ersättning ingår viten om miljökraven inte uppfylls.

Administrativa konsekvenser

Huvudinriktningen i förslag på avtal är att minimera administration för båda avtalsparter till exempel föreslås en fyraårig avtalsperiod vilket begränsar administration förknippat med att göra nya avtal. Ett annat exempel är i samband med uppföljning av kvalitet och andra mål där det i uppföljningen tas utgångspunkt i redan inrapporterade data för att begränsa ytterligare rapportering. Ett undantag från inriktningen är ett nytt krav om dokumentation kopplat till den utvecklingsrelaterade ersättningen där förslaget är att akutsjukhusen vid projektstart ska ifylla en mall och skicka till beställaren.

Förslag att införa sjukhusspecifika avtal för receptförskrivna öppenvårdsläkemedel kommer att medföra extra administration. Dock anses detta vara värdeskapande för uppföljning av läkemedelsförskrivning och implementering av regionens läkemedelsstrategi.

Björn Eriksson
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Lena Hanberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-09-24