

9

Inriktningsbeslut om ersättningsmodell för vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård HSN 2020-0794

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Allmänmedicin
Jan-Olov Wiklund

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-09-04

HSN 2020-0794

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Inriktningsbeslut om ersättningsmodell för vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård

Ärendebeskrivning

Inriktningsbeslut om ersättningsmodell för vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
PM - För och nackdelar med hög respektive låg andel kapitering

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i valfrihets- och tillgänglighetsberedningen.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Principerna och inriktningen för ersättningsmodellen för vårdval
husläkarverksamhet med basal hemsjukvård godkänns.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund och historik

Vårdvalssystemen inom primärvården inleddes med att landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland på eget initiativ införde modeller för fri etablering och valfrihet. I Stockholms Läns landsting, SLL, startade Vårdvalet husläkarverksamhet med basal hemsjukvård år 2008. Sedan 2010 är vårdvalssystem obligatoriska inom primärvården.

Bakom införandet av vårdval inom primärvården i SLL fanns en tydlig ambition om att öka tillgängligheten till primärvården. Detta har också skett, mellan 2006 och 2011 ökade antalet viktade läkarbesök per invånare inom primärvården med hela 33 procent.

Den ersättningsmodell som SLL till en början valde hade en hög andel besöksersättning och en mindre del listningsersättning för att ge incitament till ökad produktion i syfte att öka tillgängligheten.

Under 2013–14 började förvaltningen märka en del negativa bieffekter med rådande ersättningsmodell. En negativ styreffekt blev att vi fick en alltför stor fokusering hos länet husläkarmottagningar på att maximera ersättningen genom ett stort antal läkarbesök, varav en alltför stor andel av besöken var på en nivå som kunde hanteras genom telefonrådgivning, brevkontakt eller besök hos annan yrkeskategori t.ex. sjuksköterska. Genom ersättningsmodellen fick vi en styrning mot fel vårdnivå.

Detta framhålls också i Rapport 5/2014 från Landstingsrevisorerna: ”Granskningen av vårdavtal för husläkarmottagningar med basal hemsjukvård samt därtill kopplad uppföljning visar att det saknas tydligt uttalade incitament för att styra mot kontinuitet och mest effektiva omhändertagandenivå, vilket också bekräftas vid intervjuer med husläkarmottagningar.

Det framkommer att det finns en risk att verksamheter planerar sitt vårdutbud för att maximera ersättningen snarare än att arbeta utifrån den generella uppdragsbeskrivningen och se den riktade besöksersättningen som en möjlighet till att finansiera en bredare verksamhet.”

”Risken finns att vårdgivare tar till sig den delen av förfrågningsunderlaget som berör ersättningar för insatser men inte de delar som beskriver vad som ingår i det övergripande uppdraget kopplat till listningsersättningen.”

Under 2014 inledde förvaltningen i samarbete med Karolinska Institutet ett arbete med att ta fram förslag till en annorlunda ersättningsmodell. Förvaltningen ansökte om och fick Vinnovamedel för projektet. Projektet tog fram en modell som senare testades på fyra husläkarmottagningar i Hässelby/Vällingby under namnet ”Kroninnovation”. Namnet kom sig av att vi ville stärka omhändertagandet av multisjuka patienter med i huvudsak kroniska sjukdomar samt att vi ville stimulera till mottagningarnas egen innovationskraft att möta patienterna på nya sätt.

Den ersättningsmodell som prövades i projektet innebar en kraftig förskjutning av ersättningen till fast listningsersättning med en indexering utifrån Care Need Index, CNI samt Adjusted Clinical Groups, ACG.

Den fasta ersättningen var cirka 80 procent och den rörliga besöksersättningen 20 procent av totala ersättningen.

Projektet pågick under 2016 och 2017 för att sedan utvärderas. De vårdgivare som var med i projektet var så nöjda med den förändrade ersättningsmodellen så att man efter projektet ville fortsätta med den modell man provat under två år. Förvaltningen godkände detta och dessa fyra vårdgivare har haft samma modell även under 2018–2020.

Den 1 januari 2016 infördes en förändrad ersättningsmodell för samtliga länets husläkarmottagningar. Huvudsyftet med förändringen var att stimulera utvecklingen av nya arbets- och vårdformer som säkerställer en god tillgänglighet och förbättrar vården av kroniskt sjuka och vårdtunga patienter. Den största förändringen i modellen var en omfördelning av besöksersättning till listningsersättning.

En annan större förändring var att ersättningsmodellens vårdtyngdsjustering kompletterades med Care Need Index (CNI) som är ett socioekonomiskt behovsindex. I den förändrade modellen ingick också ekonomiska incitament för att stimulera den fortsatta utvecklingen av husläkarverksamhetens hälsofrämjande och förebyggande arbete. Därtill kommer de förändringar som infördes i ersättningsmodellens målrelaterade ersättning för att stimulera en utveckling av vården av äldre, kroniskt sjuka och e-hälsotjänster.

Från den 1 januari 2017 vidareutvecklades ersättningsmodellens vårdtyngdsjustering genom att Adjusted Clinical Groups (ACG) infördes som del i listningsersättningen. ACG är en väl beprövad metod som beskriver en samlad bild av resursbehovet och innebär att vårdkrävande diagnoser i större utsträckning kommer att påverka den ersättning som utgår till respektive husläkarmottagning. I ACG beräkningen ingår även en köns- och ålderskomponent.

Syftet med den successiva höjningen av andelen kapiteringsersättning som genomförts för husläkarmottagningar i Region Stockholm sedan 2016 har varit att minska detaljstyrningen och genom detta öka vårdgivarens möjlighet att arbeta mer proaktivt samt med innovationer och införande av nya arbetssätt. Önskemål har till exempel funnits om att möjliggöra införande av digitala vårdkontakter som till exempel chattfunktion som alternativ till fysiska besök. Övergången till digitala arbetssätt syftar till att säkerställa en god tillgänglighet och förbättra vården av kroniskt sjuka och vårdtunga patienter genom frigörande av personalresurser.

Ökning av andelen kapiteringsersättning ger vårdgivare möjlighet att omfördela utbetald ersättning efter den egna mottagningens specifika förutsättningar och de behov som patienterna har. Vårdgivaren behöver inte ”jaga pinnar” (besök) för att täcka sina kostnader och kan därmed avsätta tid och resurser för utveckling av arbetsätt, innovationer etc.

En ökning av andelen kapiteringsersättning medför även en harmonisering jämfört med övriga regioners ersättningsmodeller avseende husläkarverksamhet. Något som bland annat efterfrågats i ett antal statliga utredningar, som till exempel SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval - tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. Stockholm ligger lågt jämfört med övriga regioner gällande andelen kapitering av den totala ersättningen för husläkarverksamhet. Cirka femton av Sveriges regioner har 80procent eller högre andel kapiteringsersättning och en stor andel av dessa har mer än 90 procent kapiteringsersättning.

Överväganden

Förvaltningen föreslår att ersättningsmodellen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård även fortsättningsvis ska bestå av i huvudsak tre komponenter; Uppdragsrelaterad ersättning, Produktionsrelaterad ersättning samt Målrelaterad ersättning. Dessa delar kompletterar varandra och balanserar styrningen på ett bra sätt. Den uppdragsrelaterade ersättningen ska vara grunden i ersättningsmodellen.

Uppdragsrelaterad ersättning

Till Uppdragsrelaterad ersättning räknas Listningsersättning och Inskrivningsersättning i basal hemsjukvård samt en ersättning för anordnande av husläkarjour. Det sistnämnda kommer inte beröras i detta tjänsteutlåtande då det på detta sammanträde föreligger ett annat ärende om avveckling av husläkarjourerna.

Listningsersättningen

Listningsersättningen ska i princip ge vårdgivaren ersättning för allt som normalt förekommer på en husläkarmottagning.

Listningsersättningen består av tre olika delar. En del är beroende av mottagningens relativa ACG, en del är beroende på mottagningen CNI och en del är beroende på den listade personens ålder.

I dagens ersättningsmodell är ACG cirka 30 procent, CNI cirka 14 procent och åldersdelen cirka 15 procent av den totala ersättningen.

ACG har under senare tid ifrågasatts då man vid en revision i Västra Götalandsregionen, VGR, sett att flera vårdgivare försökt manipulera sitt ACG värde genom att rapportera en stor mängd diagnoser. Denna manipulation av ACG har möjliggjorts då VGR hämtar diagnoserna på ett annat sätt än vad Region Stockholm gör.

I VGR har man hämtat in diagnoserna enbart från öppenvården och bara 15 månader bakåt. I Region Stockholm hämtas diagnoser från hela sjukvårdssystemet, även slutenvård och specialistvården och 18 månader bakåt. Denna skillnad i hur diagnoser hämtas gör det betydligt svårare att försöka manipulera ACG värdet i Region Stockholm. Enligt den information förvaltningen fått så är det bara i VGR som detta utbredda fusk har förekommit och man har nu även ändrat sitt sätt att inhämta diagnosdata.

En annan kritik mot ACG är att det skulle innebära en ökad administration genom att man tvingas att sätta fler diagnoser. Förvaltningen mening är att vårdgivare skall följa Socialstyrelsen anvisningar för diagnosregistrering och bara sätta de diagnoser som är av betydelse för aktuell vårdkontakt.

Care Need Index har använts inom Regionen sedan 2016 för att fördela ersättning till vårdgivare med en högre andel socioekonomiskt utsatta patienter. Spridningen av CNI indexet i regionen är mellan 0,4615 och 3,0590. En höjning av CNI delen skulle göra att ganska mycket pengar förs över från vårdgivare i socioekonomiskt rika områden till vårdgivare i mer utsatta områden. Nivån på CNI är i nuvarande modell cirka 14 procent och föreslås inte förändras.

Den åldersrelaterade delen av listningsersättningen kan diskuteras då en ålderkomponent även finns med i både ACG och CNI beräkningen samt att viss rörlig ersättning ges för att stimulera omhändertagande av äldre. I ersättningsmodellen 2020 ersätts vårdgivaren med 360 kronor för listad i åldern 0–5 år, för en listad person 6–64 år ges en ersättning med 290 kronor och för listad person över 65 år ges en åldersrelaterad ersättning med 820 kronor.

Det kan ifrågasättas om en åldersrelaterad ersättning överhuvudtaget är bra. Åldern i sig säger väldigt lite om en persons vårdbehov och vilka resurser som vårdgivaren behöver för att ta hand om dessa vårdbehov. Beroende på hur uppdraget förändras över tid kan denna del också komma att förändras så att den åldersrelaterade delen minskas för vissa åldersgrupper men kan höjas för exempelvis gruppen 0-5 år om barnuppdraget utökas.

Inskrivningsersättning i basal hemsjukvård

Inskrivningsersättningen i basal hemsjukvård är idag 5 500 kronor per år för varje person som är inskriven i basal hemsjukvård. Ersättningen utbetalas med en 12 del för varje månad personen är inskriven. Inskrivningsersättningen är cirka 1,5 procent av total ersättning. Denna del kan komma att behöva höjas i framtiden om vårdgivare själva ska kunna ta kostnadsansvar för investeringar i ny teknik och nya arbetsmetoder med exempelvis distansmonitorering i hemmet.

Produktionsrelaterad ersättning

I Produktionsrelaterad ersättning ingår Besöksersättning inklusive patientavgifter, en del tilläggsersättningar såsom hembesökstillägg samt Åtgärdsersättningar för vissa åtgärder som antecknas i patientjournalen s.k. KVÅ åtgärder. I Produktionsrelaterad ersättning räknas även in vissa tillägg för samverkan och ersättning för befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete. Nystartade mottagningar erhåller en högre andel produktionsrelaterad ersättning under en begränsad tid eftersom för att ges tid att bygga upp en kundbas att basera den uppdragsrelaterade ersättningen på. Detta förfarande underlättar nyetableringar. Den Produktionsrelaterade ersättningen är idag cirka 37,3 procent av den totala ersättningen till vårdgivarna.

Besöksersättningen

Besöksersättningen förslås minskas dels genom att alla besöksersättningar sänks till en gemensam nivå för besök hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och till en lägre nivå vid besök hos hälso- och sjukvårdspersonal utan legitimation. Undantaget den gemensamma nivån är besök hos psykolog, psykoterapeut, annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller socionom med lägst basutbildning i psykoterapi då dessa besök många gånger är 2 – 3 gånger längre än ett besök hos annan personalkategori på mottagningen.

Patientavgifter

Patientavgifterna beslutas årligen av Regionfullmäktige. Förvaltningen bör inför kommande beslut utreda möjligheten att införa mer differentierade patientavgifter. Det kan vara rimligt att vi inte har några patientavgifter alls då vården vill arbeta förebyggande och t.ex. göra hembesök hos äldre personer för att se över hemmiljön och riskerna för fallolyckor. Vi borde även utreda konsekvenser av att ha en lägre patientavgift då man vänder sig till den husläkarmottagning där man är listad och högre om man går till en annan husläkarmottagning.

Distansbesök via video

Förvaltningen föreslår ingen förändring utifrån nuvarande ersättningsmodell. Besök/vårdkontakter skall ersättas lika oavsett om besöket/vårdkontakten sker vid fysiskt besök eller via distanskontakt med synkron överföring av ljud och bild. Det innebär att man får en besöksersättning vid fysiskt besök samt vid videokontakt men inte vid brev-, telefon-, mailkontakt eller chatt.

Åtgärdsrelaterad ersättning KVÅ

Den extra ersättning som vårdgivare får om man rapporterar vissa åtgärder bör avvecklas och läggas på listningsersättningen. Det finns en stor risk att vi annars förhindrar metodutveckling och användande ny teknik om vi ger en ersättning för en specifik åtgärd. I de fall vi ska ha kvar en KVÅ ersättning skall den vara mycket väl definierad och inte vara möjlig att manipulera. Exempelvis extra ersättning vid konstaterande av dödsfall i hemmet eller vid utredning för utfärdande av vårdintyg.

Ersättning för nystartad mottagning

Denna ersättning infördes från den 1 maj 2020 och det är därför för tidigt att utvärdera vilka effekter den ger. Det är dock rimligt att anta att då en större del av ersättningen bygger på listning så blir det svårt att få ekonomin att gå ihop innan mottagningen har byggt upp sin lista. En stor andel listningsersättning kan upplevas som ett inträdeshinder för nya mottagningar. Att under en tidsbegränsad period ge en högre andel produktionsrelaterad ersättning kan förväntas underlätta för nya mottagningar att etablera sig. Ersättningen bör omprövas om några år och då bör man utreda om ersättningen ska styras till vissa områden i regionen där förvaltningen bedömer att det behövs fler mottagningar

Ersättning för samverkan

Denna ersättning har funnits i några år och är till för att stimulera vårdgivare att samverka med andra huvudmän i närområdet. Ersättning ger en god stimulans till samverkan och bör vara kvar på nuvarande nivå.

Målrelaterad ersättning

Den målrelaterade ersättningen omfattar såväl kvalitetsrelaterad ersättning (bonus) som viten för ej uppnådda mål. Bonusen är idag maximerad till 45 kronor per listad och viten är maximerat till 5 kronor per listad vilket innebär en maximal kostnad på cirka 100 miljoner per år. Detta är cirka 1,9 procent av total ersättning. Nivån på den målrelaterade ersättningen har sänkts något under de senaste åren. Tidigare låg nivån på cirka 3 procent.

Den målrelaterade ersättning är bra för att tillfälligt lyfta fram behov och åtgärder som förvaltningen anser vara viktiga att prioritera.

I dag finns ett vite för bristande telefontillgänglighet. Om ett bra mått för bristande tillgänglighet till besök/vårdkontakt tas fram så kan detta vite läggas på den målrelaterade delen som då kan höjas.

Kostnadsansvar för egna listade patienters besök hos annan vårdgivare

Ett projekt inom förvaltningen har under 2020 arbetat för att möjliggöra införande av kostnadsansvar för vårdgivarna när deras listade patienter besöker annan vårdgivare på samma vårdnivå. Om listningsersättningen höjs är det rimligt att vårdgivaren tar ekonomiskt ansvar för att ta hand om sina listade patienter då de söker vård. Om patienterna ändå går till annan vårdgivare sker att avdrag hos den vårdgivare där patienten är listad och den vårdgivare som tar emot patienten får att tillägg.

Kostnadsansvaret beräknas starta kunna från 1 februari 2021 och kommer inledningsvis enbart gälla när vårdgivarens listade patienter går till annan husläkarmottagning i regionen.

Besök på akutmottagningar, närakuter, andra specialistmottagningar samt hos vårdgivare utanför regionen räknas under 2021 inte in i kostnadsansvaret. Nivån för 2021 är inte fastställd utan kommer att beslutas på Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde i november.

Kostnadsansvar för läkemedel och medicinsk service

Denna del utreds i andra sammanhang och tas därför inte med i detta tjänsteutlåtande men självfallet ska förändrat kostnadsansvar räknas med vid bedömning av framtida resursbehov till husläkarverksamheten.

Ersättningar för vård av personer ej folkbokförda i Region Stockholm

Ersättningar för vård av asylsökande och personer som saknar tillstånd för att vistas i Sverige hänvisas i avtalet till Turisthandboken på Vårdgivarguiden. Där framgår att HLM ersätts enligt utomlänprislistan för personer från EU/EES eller konventionsland. Detta utgör avtalstext även om det inte framgår explicit av FFU att utomlänprislistan ska användas. Utlandssvenskar nämns inte i nuvarande avtalsmall, vilket är ett problem.

I arbetet med revidering av avtalsmallarna har denna fråga setts över och tanken är att ersättningen ska framgå av FFU och att hänvisning inte längre ska ske till Vårdgivarguiden.

Ersättningar för vård av patienter som inte är folkbokförda i regionen regleras i beslut av Samverkansnämnden Stockholm – Gotland. Denna utomlänstaxa är betydligt högre än för besök av personer folkbokförda i regionen. Detta beror på att man inte får någon listningsersättning för dessa patienter utan enbart besöksersättning. Det finns risk för att den högre besöksersättningen gör att utomlänspatienter prioriteras. Sveriges kommuner och regioner, SKR, har påpekat att ersättningen till vårdgivaren ska vara lika oavsett var patienten bor. En översyn av utomlänsersättningen bör göras tillsammans med övriga regioner och SKR.

Ersättningstak

I dagens modell finns det kvar två tak. Taken är inget absolut tak utan enbart ett kostnadsreduceringstak där besök över en viss nivå reducerar ersättningen med 33 procent. Förvaltningen bedömer att taken spelar ut sin roll vid en övergång till högre andel listningsersättning. Det finns inte längre några incitament för vårdgivare att överproducera vård. Det senaste året har vi dock sett en mycket kraftig ökning av de psykosociala besöken på distans hos framförallt psykologer. Det bör övervägas om det behövs ett tak för de digitala vårdkontaktarna på distans inom det psykosociala uppdraget.

Sammanfattning

Förvaltningen föreslår att ersättningsmodellen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård under de närmaste åren ska ha en Uppdragsrelaterad ersättning som är större än dagens. Listningsersättningen ska vara indexerad utifrån mottagningens ACG, CNI samt de listade personernas ålder.

Kostnadsansvar för de egna listade patienternas besök/vårdkontakter hos annan husläkarmottagning ska införas från 2021 och på sikt skall kostnadsansvaret gälla även besök hos andra vårdgivare.

I den Målrelaterade ersättningen bör ett vite för bristande tillgänglighet till besök/vårdkontakt införas.

För vidare studier om ersättningsmodellen rekommenderas "För och nackdelar med hög respektive låg andel kapitering (listningsersättning)" PM 2020-01-15 skrivet av Maria Weber Persson och Kerstin Malmsjö på dåvarande utvecklingsavdelningen.

Ekonomiska konsekvenser

En högre andel listningsersättning ger en större kontroll över kostnadsutvecklingen. Det är i princip befolkningstillväxten i regionen som påverkar kostnaderna. Andelen listade personer har genom året varit rätt stabilt runt 91,5 procent. Vid en högre andel rörlig besöksersättning kommer kostnaderna att påverkas av hur många besök som vårdgivare utför vare sig detta är medicinskt motiverade besök på rätt vårdnivå eller ej.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslag till ersättningsmodell förväntas få oförändrade konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Förslag till ersättningsmodell förväntas få oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser

Förslag till ersättningsmodell förväntas få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser

En minskad andel produktionsrelaterad ersättning ger en minskad administration för vårdgivaren då man inte behöver rapportera vissa besök och åtgärder i kassasystemet för att få ut samma totala ersättning.

Björn Eriksson
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Christoffer Bernsköld
Tf avdelningschef

Beslutet ska skickas till

Akten

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-09-04

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Utvecklingsavdelningen

PM
2020-01-15

Handläggare Kerstin Malmsjö och Maria Weber Persson
E-post kerstin.malmsjo@sll.se och maria.weber-persson@sll.se

För och nackdelar med hög respektive låg andel kapitering (listningsersättning)

När man talar om ersättning i vården är det viktigt att skilja på om det är ersättningsnivån eller ersättningsmodellen man avser. Ersättningsnivån bestäms ytterst utifrån Region Stockholms budget där finansiering för hälso- och sjukvården fastslås. Tillgänglig finansiering avgör hur mycket Region Stockholm har råd att betala för köp av vård. En ersättningsmodell reglerar hur en ersättning betalas ut, inte det utbetalade beloppets storlek. Både ersättningsnivån och ersättningsmodellen har påverkan på vilka förutsättningar som finns för att till exempel anamma nya innovationer och arbets sätt i vården.

En ersättningsmodell reglerar förutom hur ersättningen betalas ut även vilket kostnadsansvar den avtalade verksamheten omfattas av. Ersättningsmodellen kan även kompletteras med olika typer av lösningar för att förstärka styrningen mot uppsatta mål. Till exempel kan ytterligare incitament ges för att öka kostnadskontrollen för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genom tillägg av olika typer av takkonstruktioner.

En ersättningsmodell innehåller minst en av följande tre ersättningsprinciper för hur utbetalning av ersättning sker:

- Uppdragsrelaterad ersättning; är en fast ersättning som utbetalas till vårdgivare för att bedriva vård. Ersättningen kan baseras på antal listade individer som vårdgivaren ansvarar för (kapiteringsersättning) alternativt en fastställd summa pengar för att bedriva den avtalade verksamheten som helhet (anslag).
- Produktionsrelaterad ersättning; är en rörlig ersättning som utbetalas till vårdgivare utifrån vårdproduktion. Ersättningen kan omfatta enskilda åtgärder, besök eller hela episoder av vård.
- Målrelaterad ersättning; är en rörlig ersättning som utbetalas till vårdgivare och som till exempel kan baseras på indikatorer för effektiva processer, resultat i form av medicinsk kvalitet eller patientupplevd kvalitet. Ersättningen utbetalas som en bonus alternativt som ett återkrav, så kallat vite.

PM
2020-01-15

Eftersom respektive ersättningsprincip har sina för och nackdelar förespråkas generellt att en ersättningsmodell innefattar samtliga tre ersättningsprinciper. Syftet med mixade ersättningsmodeller är att tillvarata de positiva egenskaperna med respektive princip och samtidigt mildra de negativa konsekvenserna som varje enskild ersättningsprincip medför. Används endast en ersättningsprincip i en modell ges ensidiga ekonomiska incitament var risker beskrivs i nedanstående bild.

Ekonomiska incitament utifrån ett ensidigt val av ersättningsprincip, omarbetad bild från en presentation av Anders Anell, professor Lunds Universitet.

Uppdragsrelaterad ersättning	Anslag=Gör så lite som möjligt för så få som möjligt Kapitering=Gör så lite som möjligt för så många som möjligt
Produktionsrelaterad ersättning	Gör så många episoder/besök/åtgärder som möjligt oavsett nyttan
Målrelaterad ersättning	Uppfyll mål som belönas men inte mer och så lite som möjligt i övrigt

Under senare år har Region Stockholm succesivt ökat andelen kapiteringsersättning för husläkare. Syftet har varit minska detaljstyrningen och därigenom ta bort hinder för innovation och införande av nya arbetssätt och preventivt arbete. I denna promemoria presenteras för och nackdelar med hög respektive låg andel kapitering i förhållande till produktionsrelaterad besöksersättning för husläkarmottagningar.

Inledningsvis ges en översikt utifrån förväntade positiva och negativa effekter som kapitering och besöksersättning har i teorin i bilden nedan. Det viktigt att komma ihåg att en ersättningsmodellens incitament bara är en del av den totala styrningen i ett avtal. Uppdragets utformning, uppföljning, öppna jämförelser remisskrav och storleken på patientavgifter är andra exempel på styrning som verkar parallellt med ersättningsmodellens incitament. Det är den sammantagna styrningen som påverkar den vård som erbjuds, och ersättningsmodellen är med stor sannolikhet inte den viktigaste styrningsparametern. Till exempel kan uppföljning och öppna jämförelser ibland ge större effekt än ersättningsmodellens uppbyggnad.

”Det ligger för stort fokus på ersättningsmodellerna. Resursramen är mycket viktigare än vilken modell man har.” – Utförare, primärvård¹

¹¹ Helth Navigator. Ersättningsmodellens styrande effekter. Bilaga 2 SOU2017:56

PM
2020-01-15

Teoretiska effekter av en hög andel kapitering respektive hög andel produktionsrelaterad besöksersättning i en ersättningsmodell:

Incitament	Kapitering	Besöksersättning
Positiva:	God kostnadskontroll för Region Stockholm. Hindrar inte prevention, innovation och nya arbetssätt.	Hög produktion vilket kan leda till en hög tillgänglighet. Ger möjligheter till detaljstyrning om så önskas.
Negativa:	Låg produktion vilket kan leda till minskad tillgänglighet eller underbehandling av patienter. Risk för övervältring av patienter till andra vårdgivare, vårdnivåer och andra landsting för att minimera vårdgivarens kostnader. Risk för att "enkla besök" premieras på bekostnad av kroniskt sjuka och multisjuka äldre som är mer resurskrävande om ersättningen inte motsvarar resursåtgången (prisjustering av kapiteringsersättning utifrån individens förväntade vårdbehov). Möjlighet till detaljstyrning saknas.	Dålig kostnadskontroll för Region Stockholm. Hög produktion som kan stimulera till fler besök än nödvändigt samt risk för överbehandling av patienter. Risk för att "enkla besök" premieras på bekostnad av kroniskt sjuka och multisjuka äldre som är mer resurskrävande om ersättningen inte motsvarar resursåtgången. Kan försvåra preventivt arbete, innovation och införande av nya arbetssätt om dessa inte ersätts. Kan generera oönskad detaljstyrning. Kan generera ökad administration om uppgifter efterfrågas som inte omfattas av nationellt beskrivningssystem (rapportering av vårdkontakter).

PM
2020-01-15

Hög andel kapiteringsersättning (låg andel besöksersättning)

Syftet med den successiva höjningen av andelen kapiteringsersättning som genomförts för Husläkarmottagningar i Region Stockholm har varit att minska detaljstyrningen och genom detta öka vårdgivarens möjlighet att arbeta mer proaktivt samt med innovationer och införande av nya arbetssätt.

En ökad andel kapitering förväntas ge vårdgivaren en större möjlighet att tillsammans med patienten hitta det mest effektiva kontaktsättet och omhändertagandet. För att likställa olika former av vårdkontakter bör även en justering av besöksersättningen genomföras så att alla former av kontakter ersätts. Idag ersätts till exempel inte chatt och då finns låga incitament för att införa samt genomföra dessa. Även andra åtgärder kan behövas för att snabba på breddförandet av digitala vårdkontakter som till exempel möjlighet att ansöka om investeringsbidrag. Övergången till digitala arbetssätt syftar till att säkerställa en god tillgänglighet och förbättra vården av kroniskt sjuka och vårdtunga patienter genom frigörande av personalresurser.

En ökning av andelen kapiteringsersättning ger vårdgivare möjlighet att omfördela utbetald ersättning efter den egna mottagningens specifika förutsättningar och de behov som patienterna har. Vårdgivaren behov av att "jaga pinnar" (besök) för att täcka sina kostnader minskar och därmed ökar möjligheten att avsätta tid och resurser för utveckling av arbetssätt, innovationer etc.

En ökning av andelen kapiteringsersättning medför även en harmonisering jämfört med övriga regioners ersättningsmodeller avseende husläkarverksamhet. Något som bland annat efterfrågats i ett antal statliga utredningar, som till exempel SOU2019:42 Digifysiskt vårdval - tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. Stockholm ligger lågt jämfört med övriga regioner gällande andelen kapitering av den totala ersättningen för husläkarverksamhet. Cirka femton av Sveriges regioner har 80% eller högre andel kapiteringsersättning och en stor andel av dessa har mer än 90% kapiteringsersättning.

Utmaningar som kan följa vid en hög andel kapiteringsersättning och hur dessa kan mildras

En utmaning med en hög andel kapiteringsersättning är att det inte ger incitament till att producera vård vilket riskerar försämra tillgängligheten samt ökar risken för underbehandling. Det är därför lämpligt att kombinera en kapiteringsersättning med en andel produktionsrelaterad ersättning

PM
2020-01-15

(besöksersättning) som ger incitament för vårdproduktion. Även en andel målrelaterad ersättning bör ingå i modellen och kan förslagsvis utformas som ett vite om tillgänglighetskraven inte uppnås. Detta för att motverka risken för köer eller att patienten inte får kontakt med vården inom rimlig tid.

En annan utmaning med hög andel kapiteringsersättning är risken för övervältring (vidareremittering) av patienter till andra vårdgivare, vårdnivåer eller andra landsting i syfte att minska den egna verksamhetens kostnader och inte utifrån patientens bästa.

Desto högre andelen kapiteringsersättning man har desto större är risken för övervältring. För minska risken för övervältring och samtidigt öka Region Stockholms kostnadskontroll bör fortsatta ökning av andelen kapiteringsersättning kombineras med ett kostnadsansvar för de listade patienternas besök hos andra vårdgivare som bedriver vård motsvarande husläkaruppdragets basutbud.

Kapiteringsersättningen bör vidare ur ett kostnadskontrollsperspektiv kompletteras med en målrelaterad ersättning (vite) om andelen listade patienters besök hos övriga vårdgivare, i snitt, utifrån det totala antalet besök överskrider fastställd nivå. Denna form av vite tillämpas redan i ersättningsmodellen för husläkarverksamhet.

För att ytterligare minimera risken för övervältring är det lämpligt att kapiteringsersättningen prisjusteras utifrån individens förväntade vårdbehov, till exempel genom Adjusted Clinical Groups (ACG) och Care Need Index (CNI). Prisjustering tillämpas redan i nuvarande ersättningsmodell för husläkarverksamheten.

Prisjusteringar motverkar även att enkla besök prioriteras framför besök som kräver mer resurser utifrån antagandet om att ersättningsnivån efter prisjustering bättre överensstämmer med patientens förväntade vårdbehov.

Vidare finns inga garantier för hur vårdgivaren nyttjar den utbetalade kapiteringsersättningen i verksamheten samtidigt är det denna valfrihet som regionen eftersträvar när kapiteringsersättning används. Det finns dock en risk att vårdgivaren väljer att prioritera tillgängliga ekonomiska medel på ett sätt som inte följer Region Stockholms intention. Detta ställer högre krav på uppföljning.

PM
2020-01-15

Hög andel kapitering gör det svårare för nystartade mottagningar eftersom det tar tid att bygga upp en lista med patienter och därmed få intäkter till mottagningen. Det finns olika lösningar för att göra det enklare att starta upp nya mottagningar. Till exempel kan man under första etableringsåret enbart betala ut en produktionsrelaterad ersättning i kombination med en högre ersättningsnivå. Detta tills den nya vårdgivaren hunnit bygga upp sin lista.

Finns önskemål om att detaljstyra vårdverksamheten genom ekonomiska incitament måste kapiteringsersättningsersättningen kombineras med annan ersättningsprincip som möjliggör detta. Detaljstyrning kan omfatta ersättning för en viss typ av åtgärd eller användande av en viss typ av läkemedel.

Låg andel kapiteringsersättning (hög andel besöksersättning)

En låg andel kapiteringsersättning i kombination med en hög andel besöksersättning ger incitament för ökad vårdproduktion. Desto högre andel besöksersättning i en ersättningsmodell, desto starkare incitament för hög produktion vilket kan inverka positivt på tillgängligheten.

En högre andel besöksersättning gör det även enklare att etablera nya verksamheter eftersom det tar tid att bygga upp en lista för att få lönsamhet i en verksamhet.

Låg andel del kapitering i förhållande till besöksersättning ger även möjlighet till detaljstyrning. Man kan till exempel ge en högre besöksersättning för chatt och andra digitala kontaktvägar än för fysiska besök. Detta för att påskynda införande av digitala arbetssätt i vården.

Utmaningar som kan följa vid en låg andel kapiteringsersättning och hur dessa kan mildras

En utmaning med en låg andel kapiteringsersättning, ur ett kostnadskontrollperspektiv, är att det ger incitament för hög vårdproduktion. Produktionsdrivande ersättningsmodeller försvårar kostnadskontrollen för Region Stockholm. Vidare ersätts den vård som produceras oavsett om den är medicinskt befogad eller ej. Risken finns att ett besök delas upp i flera för att maximera ersättningen samt att onödiga behandlingar genomförs, patienten övervårdas. Det är därför lämpligt att en ersättningsmodell som innefattar låg andel kapiteringsersättning och hög andel besöksersättning kombineras med kostnadskontrollerande åtgärder.

PM
2020-01-15

Till exempel kan ersättningsmodeller kompletteras med ett tak som innebär att ersättningen sänks om antalet besök per listad patient och år i snitt överskrider en fastställd nivå. Detta för att minska risken för överbehandling. Denna lösning tillämpas i nuvarande avtal med husläkare.

Förbättrad triagering, rådgivning och ökad information om egenvårdsinsatser kan även vara ett alternativ för ökad kostnadskontroll. Detta för att minska inflödet av patienter som inte är i behov av insatser från husläkarverksamheten utan som kan tillgodose sina behov i egenvård. Ersättningsmodellen kan vidare kompletteras med en målrelaterad ersättning (vite) om inte ovanstående insatser erbjuds.

Risken för att enkla besök prioriteras framför besök som kräver mer resurser finns även när andelen besöksersättning är hög. Det finns risk att resurskrävande patienter bortprioriteras av vårdgivare om ersättningen för dessa patienter inte bedöms täcka resursåtgången.

En utmaning med produktionsrelaterad ersättning är att få ersättningen att omfatta alla former av vård och även snabbt justera vilken vård som ersätts när nya innovationer och arbetssätt införs. Om inte alla typer av vårdkontakter, yrkeskategorier eller till exempel preventiva insatser ersätts så finns det risk för att det som inte ersätts heller inte utförs. Det finns en risk att produktionsrelaterad ersättning till viss del cementerar befintliga strukturer, vilket kan försvåra utveckling, om modellerna inte löpande ses över.

Slutligen om man inte bygger den produktionsrelaterade besöksersättningen på den obligatoriska rapportering som krävs enligt nationellt beskrivningssystem (rapportering av vårdkontakter), utan även efterfrågar stockholmsunika koder i rapporteringen som underlag för utbetalning av ersättning, ökar vårdgivarens administration. Detta bör undvikas så långt som möjligt.

Styrning genom ersättningsmodeller ger inte alltid förväntad effekt. En orsak kan vara att man inte i förväg har kunnat överblicka komplexiteten i den kontext som ersättningsmodellerna verkar i. Är man inte uppmärksam kan målkonflikter mellan olika styrinsatser skapas. Till exempel kan målkonflikter uppstå mellan intentioner om god tillgänglighet och kostnadskontroll.

Ett antagande som ofta görs är att olika husläkarmottagningar är lika mottagliga för ekonomiska incitament och därför kommer att agera

PM
2020-01-15

lika på styrinsatser i avtal. I praktiken kan man dock inte förvänta sig att alla vårdgivare i ett vårdval motiveras på samma sätt av ekonomiska incitament bara för att avtalstexten är densamma för alla. Region Stockholm har till exempel en och samma ersättningsmodell för de drygt 200 husläkarmottagningarna som finns i länet. Trots detta finns variationer i hur väl mottagningarna uppfyller avtalets intention för till exempel vårdgarantin. Vårdgivare kan ha olika målsättningar och göra avvikande prioriteringar sinsemellan vilket påverkar resultatet. Nedan ges exempel på hur två olika vårdgivare ser på kapiteringsersättning:

”Vi kan utforma verksamheten som vi önskar och till exempel låta sjuksköterskor genomföra vissa typer av besök” – Utförare med mycket kapitering²

”Ersättningssystemet möjliggör inte för oss att arbeta på bästa sätt – den premierar inte hur vi arbetar med videobesök” - Utförare med mycket kapitering³

Det finns ingen ersättningsmodell som ensamt kan styra och ge de förutsättningar som behövs för måluppfyllelse. Styrningen behöver kompletteras med andra insatser som relevanta uppdragsbeskrivningar, anpassad uppföljning, öppna jämförelser och kunskapsstyrning. Ersättningsmodeller är endast en delkomponent i den totala styrningen och man ska inte ha en övertro till vad den ensamt kan åstadkomma.

² Bilaga 2 i SOU 2017:56, Ersättningsmodellens styrande effekter, Health Navigator

³ Bilaga 2 i SOU 2017:56, Ersättningsmodellens styrande effekter, Health Navigator