

Ersättningsmodell för vårdcentraler 2014

Bakgrund

Beslut att införa ett ersättningssystem baserat på ACG (Adjusted Clinical Groups) från och med 2014 fattades av HSN 2012-05-08. Det är utgångspunkten i det fortsatta arbetet med utformningen av ersättningssystem för vårdcentralerna. Dagens ersättningssystem bygger i första hand på en kapitering av den listade befolkningen som grundar sig på ålder. ACG baseras på diagnossättningen av patienterna.

Ersättningen består av flera delar

Ersättningen baserad på ACG omfattar ca 88 % av den totala ersättningen till vårdcentralerna. Den delas i en del som ersätter för den vård som vårdcentralerna utför åt sin listade befolkning och en del som ersätter för läkemedelskostnaderna för den listade befolkningen. ACG baseras på de diagnoser som patienterna har fått, vid besök eller vid en indirekt kontakt som ersätter ett besök, under den period som är underlag för ersättning. Kombinationen av diagnoser ger en vikt som avgör nivån på ersättningen. Ett regelverk finns för hur diagnoserna ska sättas.

Införandet av ACG spelar en stor roll för hur övriga förändringar av ersättningen bör göras. ACG bygger på diagnoser och vårdtyngd men en ersättning byggd på den socioekonomiska tyngden bör ändå finnas. Patienter med en socioekonomisk problematik kan kräva en större insats av vården oavsett diagnos. Som grund för en ersättning som bygger på de socioekonomiska förhållandena i den listade befolkningen används CNI (Care Need Index)

En ersättning riktar sig särskilt till små vårdcentraler som är ensamma på orten. En utredning under 2011 har visat att det är svårare att få ekonomin att gå ihop på en liten vårdcentral. Även en liten verksamhet måste ha en viss basbemanning för att klara sitt uppdrag.

För BVC får vårdcentralen en fast ersättning per barn mellan 0 och 6 år i den listade befolkningen.

Vårdcentralerna står inför stora förändringar under 2014 i och med den förändring av verksamheten som det innebär att hemsjukvården i ordinärt boende förs över till kommunerna. Dessutom går man in i ett nytt

Ledningsstaben
Anne-Marie Zingmark

2013-03-13

LiÖ 2013-364

ersättningssystem där kapiteringen byts mot en ersättning baserad på de listades diagnoser. För en enskild vårdcentral kan det innebära en stor omställning. För att underlätta och ge tid att ändra arbetssätt förslås en omställningstid på tre år.

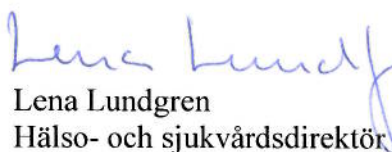
Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår BESLUTA

a t t införa föreslagen ersättningsmodell från och med 2014-01-01


a t t införandet sker etappvis under två år.



Barbro Naroskyin
Landstingsdirektör



Lena Lundgren
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Mikael Borin
Biträdande landstingsdirektör/
ekonomidirektör

Ersättningsmodell för vårdcentraler 2014

Bakgrund

Beslut att införa ett ACG-baserat ersättningssystem från och med 2014 fattades av HSN 2012-05-08. Det är utgångspunkten i det fortsatta arbetet med utformningen av ersättningssystem för vårdcentralerna. Dagens ersättningssystem bygger i första hand på en kapitering av den listade befolkningen som grundar sig på ålder. ACG baseras på diagnossättningen av patienterna.

ACG (Adjusted Clinical Groups)

Ersättningen baserad på ACG omfattar ca 88 % av den totala ersättningen till vårdcentralerna. Den delas i en del som ersätter för den vård som vårdcentralerna utför åt sin listade befolkning och en del som ersätter för läkemedelskostnaderna för den listade befolkningen. Läkemedelsdelen utgör drygt 40 % av ACG-ersättningen. ACG baseras på de diagnoser som patienterna har fått, vid besök eller vid en indirekt kontakt som ersätter ett besök, under den period som är underlag för ersättning. Kombinationen av diagnoser ger en vikt som avgör nivån på ersättningen. Eftersom det är viktigt att inte låsa fast ett visst sätt att arbeta ersätts alla kontakter som är diagnossatta enligt regelverket. Diagnoserna på indirekta kontakter kan sättas vid behov.

Det finns några vägval hur beräkningen ska göras. Ett val är vilken period som ska vara underlag för beräkning. Förslaget är att räkna på de senaste 18 månaderna. Skälet till det är att många patienter går på återkommande kontroller av sin sjukdom inom ett 18-månaders intervall.

Det går också att beräkna ersättningen på endera alla diagnoser som sätts på den listade befolkningen, såväl inom primärvården som inom sjukhusvården eller på endast de diagnoser som primärvården sätter. Alla diagnoser speglar den totala sjukdomsbördan i befolkningen oavsett var de sökt sjukvård. Några landsting har valt att använda sig av alla diagnoser vid beräkning av ACG-ersättningen, men de har delvis andra principer vid utformningen av vårdvalet.

Fördelen med att använda sig av enbart primärvårdsdiagnoser är att då får vårdcentralen ersättning för den vård som de har kostnadsansvar för. Bedömningen är att fördelarna att använda sig av enbart primärvårdsdiagnoser överväger för den del som ersätter för vården av den listade befolkningen. Det upplevs som mer i samklang med vad som faktiskt görs på vårdcentralen.

För den del som ersätter för läkemedelskostnader kommer utsökningen göras på alla diagnoser, eftersom allmänläkemedel i stor utsträckning förskrivs på sjukhusen och även av privatläkare. Kostnadsansvaret för allmänläkemedel ligger på vårdcentralerna, oavsett förskrivare.

Kvalitet på diagnossättning

ACG bygger på diagnoser och olika kombinationer av diagnoser ger olika tyngd och därmed olika ersättning. Ett regelverk finns för hur diagnoserna ska sättas. Regelverken beskrivs i bilaga 1.

Utsökning för ACG: Utsökningen sker på diagnoser på besök och indirekta kontakter under 18 månader bakåt i tiden.

Många förekomster av samma diagnoskonstellation under utsökningstiden ger inte större ekonomiskt utfall.

Täckningsgrad

Eftersom förslaget är att ACG räknas på enbart primärvårdsdiagnoser föreslås inte någon särskild ersättningsparameter för täckningsgrad. När varje vårdcentral får ersättning baserad på sina egna diagnoser får de ersättning för de insatser de gör för sin befolkning medan den vård som befolkningen söker hos andra vårdgivare inte genererar någon ersättning för vårdcentralen.

Om vård delen av ACG skulle baseras på alla diagnoser hade en komplettering med en ersättningsparameter för täckningsgrad behövts, exempelvis hur stor andel av alla besök som sker på vårdcentralen. Skälet är att vårdcentralen då får ersättning även för diagnoser som man inte behandlar.

Den reglering som görs mellan vårdcentraler när en listad patient besöker en annan vårdcentral bör vara kvar.

Socioekonomisk ersättning

Införandet av ACG spelar en stor roll för hur övriga förändringar av ersättningen bör göras. ACG bygger på diagnoser och vårdtyngd men en ersättning byggd på den socioekonomiska tyngden bör ändå finnas. Patienter med en socioekonomisk problematik kan kräva en större insats av vården oavsett diagnos.

Som grund för en ersättning som bygger på de socioekonomiska förhållandena i den listade befolkningen används CNI. (Care Need Index). Ersättningen omfattar ca 7 % av vårdcentralernas ersättning.

CNI är individbaserat och bygger på sju olika variabler med olika tyngd:

- Ålder över 65 år och ensamboende 6,15
- Utlandsfödd (Syd- och Östeuropa men ej EU, Asien, Afrika och Sydamerika) 5,72
- Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år 5,13
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre 4,19
- Person 1 år eller äldre som flyttat in i området 4,19
- Lågutbildad 25–64 år 3,97
- Ålder yngre än 5 år 3,23

Det finns några olika sätt att sedan fördela de medel som ska ersätta för socioekonomisk tyngd. Ett alternativ är att sätta en ersättning per CNI-poäng och ge alla vårdcentraler den ersättning som varje individ i deras listade befolkning genererar. Ett annat alternativ är att ersätta bara för de individer som har en hög CNI-poäng, medan de med färre CNI-variabler inte genererar någon ersättning alls. Det innebär att några vårdcentraler, med en koncentration av socioekonomiska problem, får en hög ersättning medan andra, med en mindre grupp listade med socioekonomiska problem får en låg ersättning.

Dagens ersättning för socioekonomiska faktorer bygger på kommunernas indelning i nyckelkodsområden. Ett nyckelkodsområde har en samlad socioekonomisk tyngd. Om en invånare listar om sig följer boendeområdets tyngd med oavsett individens situation. En viktig skillnad mot den tidigare socioekonomiska ersättningen är att CNI bygger på individdata. Eftersom en patient med socioekonomisk problematik kräver lika mycket oavsett var man är listad ger varje CNI-poäng samma ersättning oavsett vilken vårdcentral som patienten är listad på. I kombination med ACG innebär ersättningssystemet i sin helhet ändå en högre ersättning till de vårdcentraler som har en högre sjuklighet och tyngre diagnoser.

Ca 60% av befolkningen har ingen CNI-variabel. Två eller flera variabler har 7-8% av befolkningen.

Tolk blir en fri nyttighet från och med 2014.

Små vårdcentraler ensam på orten

En utredning under 2011 har visat att det är svårare att få ekonomin att gå ihop på en liten vårdcentral. Även en liten verksamhet måste ha en viss basbemanning för att klara sitt uppdrag. Uppdraget för en liten vårdcentral är detsamma som för en stor. På en liten ort är det också svårt att öka antalet listade.

Det är också svårare för en liten vårdcentral på en liten ort på avstånd från de större städerna att rekrytera läkare, vilket orsakar kostnader för hyrläkare.

Dessa två faktorer talar för att de minsta vårdcentralerna som är ensam på orten behöver en extra ersättning om de ska klara uppdraget med en ekonomi i balans. Gränsen för att få ersättning är högst 8000 listade. De vårdcentraler som berörs är Österbymo, Boxholm, Ödeshög, Skänninge, Kolmården, Vikbolandet, Mantorp, Lingham, Borensberg, Valdemarsvik, Vadstena och Skärblacka. Om någon skulle få fler listade så antalet 8000 överskrids tas ersättningen bort efter en övergångstid på 6 månader. Ersättningen omfattar ca 1 % av ersättningen till vårdcentralerna.

BVC

Förslaget innebär att varje barn mellan 0-6 år i den listade befolkningen ger en fast ersättning per barn och år. Ersättningen omfattar ca 4 % av ersättningen till vårdcentralerna.

Även inom BVC är det skillnad på socioekonomiska förhållanden mellan vårdcentraler. Detta regleras i den socioekonomiska ersättningen. CNI innehåller bland annat en faktor Barn 0-5 år.



Mål och mått

Vissa mål- och måttersättningar ska komplettera ersättningsystemet. De kompletterande ersättningar som är aktuella gäller främst sammanhållen vård och hälsofrämjande verksamhet.

Övergångsbestämmelser

Vårdcentralerna står inför stora förändringar under 2014. Man går in i ett nytt ersättningssystem där kapiteringen byts mot en ersättning baserad på de listades diagnoser. Samtidigt övergår hemsjukvården i ordinärt boende till kommunerna.

Vid beräkningar av de förändringar som kommer att ske på varje enskild vårdcentral finns en stor osäkerhet på grund av en förändrad och förbättrad diagnossättning i framtiden. Flera vårdcentraler har en förbättringspotential i sin diagnossättning och den förändring i ersättning som kan räknas fram med dagens underlag kommer alltså ändras.

För att underlätta och ge tid att ändra arbetssätt föreslås en omställningstid för den delen av ersättningen som baseras på ACG-vikt. År 2014 slår förändringen igenom med 1/3, 2015 slår den igenom med 2/3. Övrig del baseras på ersättning per listad enligt det nuvarande systemet. År 2016 planeras det nya systemet vara helt genomfört. Även avdraget för besök hos annan vårdgivare kommer att fasas ut successivt under de två åren.



Diagnosregistrering i Primärvården.

Alla mottagningsbesök hos läkare och sjukvårdande personal **ska** diagnossättas med undantag för följande kontaktyper:

Mottagningsbesök läkemedelsadministration

Hembesök läkemedelsadministration.

Indirekta vårdkontakter som telefon, brev, daganteckning, recept **kan** diagnossättas om de är ett led i uppföljning av behandling eller utredning eller ersätter ett besök .

Telefonrådgivning i TeleQ **ska inte** diagnossättas eftersom man då inte har tillräckligt underlag för diagnos.

Grundregler för diagnossättning:

KSH97-P = ICD10 prim ska användas för diagnossättning i primärvården

De sjukdomstillstånd som varit aktuella vid konsultationen ska diagnossättas. Vid komplexa sjukdomsbilder bör även komplicerande tillstånd tas med vid diagnostiken för att ge en bättre redovisning av patientens sjukdomsproblem.

Sjukdomar som patienter har men som inte varit aktuella vid konsultationen ska inte diagnosregistreras.

Observera att många förekomster av samma diagnoskonstellation under utsökningstiden inte ger större ekonomiskt utfall.

Diagnossättning som underlag för ACG:

Utsökning för ACG: Utsökningen kommer att ske under 18 månader bakåt i tiden.

För den del som omfattar vårdvalsdelen kommer utsökning att göras på PV-diagnoser och för den del som ersätter för läkemedelskostnader görs utsökning på alla diagnoser, dvs även de som gjorts på andra vårdenheter.