

Utredare

Göran Atterfors

2021-09-07

Genomlysning av prismodell högspecialiserad vård med särskilt fokus på rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö

Uppdragsbeskrivning i sin helhet återfinns i bilaga 1 men sammanfattas enligt nedanstående punkter som också bildar ram för rapporten.

Uppdrag

1. Beskrivning av principer och syften med olika ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvård med särskild inriktning på högspecialiserad vård
2. Beskrivning av nuvarande prismodell för högspecialiserad vård i Södra sjukvårdsregionen inklusive konsekvenser vid förändringar av olika parametrar t.ex. beläggningsgrad
3. Sammanställning av motsvarande prismodeller i andra sjukvårdsregioner
4. Bedömning av för- och nackdelar med nuvarande prismodell med särskild utgångspunkt i synpunkter från rättspsykiatriska regionkliniken
5. Konklusion med åtgärdsförslag

Ersättningsmodeller för sjukvårdsregioner – bakgrund och utvecklingstendenser

Bakgrund

I början av 1960-talet indelades Sverige i 7 olika sjukvårdsregioner bestående av ingående landsting (nuvarande regioner). En ytterligare utredning resulterade i en minskning till 6 sjukvårdsregioner i början av 1980-talet. I praktiken innebar detta att Örebroregionen gick ihop med Uppsala-regionen. Denna sjukvårdsregionala indelning har gällt sedan dess.

Regionala samverkansnämnder etablerades och hade som uppgift att samplanera sådan vård (högspecialiserad vård) som inte lämpade sig för alla sjukvårdsområden – läs landsting - samt samarbeta kring områden med lösligare anknytning till själva vården som medicinsk service, rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram med mera. Samverkansskyldighet är reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen.

Målet för den högspecialiserade vården var hög medicinsk säkerhet och kvalitet, vård på lika villkor för alla i hela landet, rationell drift och god ekonomi. Olika ansatser gjordes i samverkan mellan dåvarande Landstingsförbundet och Socialstyrelsen för att definiera den vård som skulle kunna ses vara av rikskaraktär och inte tillhandhållas inom varje sjukvårdsregion. Systemet övergavs så

småningom och ledde till ett köp- och säljsystem i syfte att "marknaden" skulle lösa frågan om kvalitet och kostnad.

Även denna "marknadslösning" övergavs då en utredning i början av 2000-talet föreslog en starkare och mer distinkt samordning på nationell nivå där Socialstyrelsen gavs en roll som tillståndsgivare för "Rikssjukvård" efter initierings-, ansöknings- och bedömningsprocess.

Det nationella intresset var i huvudsak orienterat mot arbetet mellan sjukvårdsregionerna i form av regelverk för vårduppdrag, remissflöden och prislister som grund för dessa patientflöden medan arbetet inom de olika sjukvårdsregionerna varierade.

Ramverk för remisser och prissättning mellan sjukvårdsregioner regleras i nuvarande "Riksavtal för utomlänsvård" medan arbetet inom en sjukvårdsregion har sin grund i olika typer av samverkansavtal.

Högspecialiserad vård – resonemang

Initialt omfattade samarbetet inom sjukvårdsregionerna den högspecialiserade vården där en vedertagen nationell definition saknats och begreppet (sjukvårds)regionalt ofta uppfattats som den vård som man kommit överens om att remittera till sjukvårdsregionens universitetssjukhus eller till annan överenskommen enhet.

I samband med Socialstyrelsens arbete med tillståndsgivning av *nationell högspecialiserad vård* (NHV) ges begreppet numer en formell innebörd. Av detta följer att en samverkan om avancerad vård inom en sjukvårdsregion då kan definieras som *regionalt högspecialiserad vård*.

Samtidigt innebär en ökad samverkan inom fler delar inom en sjukvårdsregion att en ersättnings-/avtalsmodell får en vidare innebörd än att samverka om enbart den "högspecialiserade vården" även om den ekonomiska omfattningen av denna vård även fortsättningsvis kommer att vara den dominerande.

Utveckling av Ersättningsmodeller

Som nämnts ovan ägnades stor del av arbetet med olika ersättningsformer till att ta fram priser för de olika verksamheterna vid universitetssjukhusen inom respektive sjukvårdsregion. Arbetet innefattade också metoder och priser för att hantera övriga patientflöden för övrig verksamhet, dock oftast av mindre omfattning. Den dominerade ersättningsformen var någon form av rörlig debitering baserad på patientvolym.

Under årens lopp har remittenter och utförare insett att en rörlig debitering utifrån en vårdepisod inte gynnar en ökad samverkan. Helt rörliga priser, "knäckta kurvor", marginalpriser, rabatter etc har varit förekommande begrepp med mer eller mindre komplicerade beräkningar. Fokus har i stor utsträckning legat på de ekonomiska villkoren och inte på samverkansfrågor kopplat till den sjukvårdande verksamheten.

Detta har lett till att sjukvårdsregionerna under årens lopp provat på olika typer av ersättningsmodeller som dels ska hantera utförarens möjlighet till skälig ersättning samt remittentens krav på skälig kostnad och förutsägbarhet.

En genomgående utvecklingstrend för sjukvårdsregionalt samarbete sträcker sig alltmer utanför den initiala samverkan om den högspecialiserade vården med en samsyn om långsiktig finansiering av det sjukvårdssystem som samarbetet avser.

Detta innebär att stabila finansieringslösningar eftersträvas och som medfört införandet av olika typer av abonnemangslösningar som grund (för långsiktighet) med olika grader av rörliga ersättningar (för att hantera fluktuationer i patientflödena kortsiktigt). Enkelt uttryckt kan detta sägas vara en utveckling av en ersättningsmodell med fast och rörlig del. Samverkansdelen ges här ett ökat fokus än en traditionell finansiell ersättningsdel.

Tydligast framträder denna utveckling inom Södra sjukvårdsregionen, Sydöstra sjukvårdsregionen, Sjukvårdsregion Mellansverige och Norra sjukvårdsregionen vilka kommer att beskrivas nedan i rapporten.

Övriga sjukvårdsregioner, Västra sjukvårdsregionen (inklusive norra Halland) och Stockholms sjukvårdsregion (inklusive Gotland) studeras inte närmare då dessa sjukvårdsregioner är närmast att likna vid en egen region genom sin dominerade storlek och styrformer.

Prismodell, ersättningsmodell, avtalsmodell – begrepp

”Orden leder tanken”. I utredningen och studerade årliga överenskommelser används ovanstående begrepp möjligen lite inkonsekvent varför utredarens syn på detta nog kan sägas följa utvecklingen där prismodell är det grundläggande och tidigast förekommande då det gällde att räkna fram ett pris och ersätta en vårdepisod. En ersättningsmodell grundas på en prisberäkning men kan innehålla fler dimensioner utöver själva ”priset” för att ersätta en vårdepisod. Oftast innehåller denna modell någon form av abonnemangsdelen. En avtalsmodell blir här ett koncept för en långsiktig och integrerad finansieringsmodell för ersättning inom en sjukvårdsregion.

Prismodell – grundmodell som baseras på en prispförhandling mellan utförare och remittent med utgångspunkt i Riksavtalet för utomlänsvård. Bygger på att reglera ersättningen vid remittering till sjukvårdsregionens universitetssjukhus. En renodlad prismodell har i praktiken blivit inaktuell för dagens samverkansformer inom en sjukvårdsregion.

Ersättningsmodell – grundmodell som baseras på ett antal värderingar som slår fast ett större ansvarstagande för finansieringen av sjukvårdsregionens universitetssjukhus ur ett långsiktigt perspektiv där kortsiktiga årliga fluktuationer inte ska påverka ersättningsbeloppen. Den bygger på en fast abonnemangsdelen och en rörlig del baserat på patientflöden. Priseffekten av förändringar dämpas genom att abonnemangen kan variera mellan 40-65%. Grundtanken är att förändringar i verksamheten hanteras med rörlig del löpande under kommande år. Beroende på styrkan i ambitionen om samverkan kan modellen innehålla fler eller färre undantag. Fler undantag urholkar den grundläggande ambitionen om långsiktig och förutsägbar finansiering samtidigt som undantag är förståeliga då det gäller att hitta en balans i risk för utförare och remittent.

Avtalsmodell – grundmodell som baseras på ett antal värderingar som slår fast ett större ansvarstagande för finansieringen av sjukvårdsregionens universitetssjukhus ur ett långsiktigt perspektiv där kortsiktiga årliga fluktuationer inte ska påverka ersättningsbeloppen. Den bygger på en fast abonnemangsdelen och en rörlig del baserat på patientflöden. Priseffekten av förändringar dämpas genom att abonnemangen kan variera mellan 40-65%. Grundtanken är att förändringar i verksamheten hanteras med rörlig del löpande under kommande år. Den stora skillnaden mot en ”ersättningsmodell” är att avtalsmodellens principer för ersättningar i grunden ligger i själva samverkansöverenskommelsen och i praktiken inte utgör någon ”förhandling”. Genomförda beräkningar enligt grundprincip utgör kommande avtalsbelopp och pris. En avtalsmodell kan också innebära att de gemensamma värderingarna om finansiering omfattar patientströmmarna inom hela

sjukvårdsregionen. Intentionerna i samverkansavtalet bildar då bas för modell för ersättning mellan parterna = "avtalsmodell".

Grundprincipen för en pris-/ersättnings-/avtalsmodell utgörs av begreppet "skälig" ersättning som vanligtvis tolkas som "självkostnad". Beräkningarna har sin utgångspunkt i nationella KPP-principer som underhålls av SKR med årliga sammanställningar. KPP bygger på en strukturerad redovisning av patientens eller processens kostnad snarare än den organisatoriska dimensionen.

Syften med olika modeller för ersättning inom sjukvårdsregioner

Basen för val av pris-/ersättnings-/avtalsmodell grundar sig på vilken typ av samarbete som eftersträvas.

- Grad av samverkan styr val av ersättningsmodell – ord leder tanken – från "pris" till "avtal".
- Långsiktighet – gungor och karuseller. Ersättningsmodellen ska inte lösa enskilda klinikers resursobalanser som bör vara ett uppdrag för den enskilde huvudmannen.
- Vilka verksamheter ska vara med? Olika verksamheter har olika styrförutsättningar men med stark integration och samverkan blir helhetslösning "enklast" – samma villkor för alla. Undvik "sär lösningar" och undantag. Utveckla modell för samverkan där det nu finns "bilaterala" lösningar.
- Dokumentation av ersättningsmodell för att undvika tolkningsproblem – hur hanteras t ex en omfattande ombyggnation eller etablerandet en nystartad verksamhet. För närvarande beskrivs modellerna i vissa delar i "samverkansanda".
- Nationell högspecialiserad vård – ska dessa verksamheter hanteras utanför de sjukvårdsregionala ersättnings-/avtalsmodellerna?

Ingen modell är perfekt utan kan förenklat liknas vid principer för läkemedelsbehandling:

- *Ingen princip är bra mot allt*
- *Negativa biverkningar*
- *Valet beror på vad man vill åstadkomma*
- *Genom att minska dosen och blanda kan biverkningarna minskas*
- *Användandet bör hållas under kontroll för resultatet är aldrig säkert*

Målet för samarbetet är alltså utgångspunkten för val av modell.

Pris-/ersättnings-/avtalsmodell i fyra sjukvårdsregioner

Inledning generellt

För alla fyra sjukvårdsregionerna (Södra, Sydöstra, Mellansverige och Norra) finns ett samverkansavtal som lägger grunden för synsätt på ersättningsmodell. Modellerna ligger dock inte i själva samverkansavtalen utan återfinns i form av kortare eller längre beskrivningar i särskilda underavtal eller årliga överenskommelser. Samverkansavtalen slår fast att syftet är långsiktigt och avser att ge förutsättningar för en långsiktighet och stabil finansiering av ett antal samverkansområden som bland annat innefattar sjukvårdsregionens högspecialiserade sjukhus.

Nedanstående bakgrundsdata har samlats in från de olika sjukvårdsregionerna via skriven dokumentation i form av underavtal/årliga överenskommelser och Teamsintervjuer med representanter från Södra sjukvårdsregionens avtalsgrupp och företrädare för övriga sjukvårdsregioner. Intervjuade personer framgår av bilaga 5.

Södra sjukvårdsregionen

Grundmodell

Södra sjukvårdsregionen har sedan 2016 (beslut hösten 2015) tillämpat ersättningar med fast och rörlig ersättningsmodell vid remittering till Skånes Universitetssjukhus (SUS), Thoraxcentrum vid Blekingesjukhuset, Onkologiska kliniken vid Centralsjukhuset i Växjö (gäller enbart Blekinge) och Rättpsykiatri i Växjö (Rättpsykiatri i Växjö och i Skåne beskrivs i separat avsnitt nedan). Fast del utgör 50% av kommande års avtalsbelopp och resterande rörlig del 50% baseras på patientvolym. Modellen benämns i den årliga överenskommelsen som "ersättningsmodell".

Inom Södra sjukvårdsregionen används begreppet "högspecialiserad vård" centralt avseende ersättningsmodellen men omfattar i praktiken även övrig sjukhusvård mellan parterna.

Den **rörliga delen** för Skånes Universitetssjukhus 2021 baseras på två års indexering av kostnad per DRG-poäng för 2019 enligt gällande principer för nationella KPP-beräkningar (självkostnad). Hänsyn tas för viktlisteförändringar vid prisberäkning. Vid fakturering gäller 50% av överenskommet DRG-pris.

Undantag från DRG-fakturering vid Skånes Universitetssjukhus är "ofullständiga vårdtillfällen" (vårdtillfällen där patient skrivits ut för fortsatt vård vid annat sjukhus med undantag för ortopedi och reumatologi), barnhjärtkirurgi, barnonkologi, kärlkirurgi/-medicin och reproduktionsmedicin. Rörlig del baseras på särskilda "patientspecifika priser" framtagna enligt modell för DRG-beräkningen. Vid fakturering gäller 50% av överenskommet pris.

Observeras bör att den rena DRG-faktureringen utgör ca 30% av total fakturering från SUS.

Rörlig del vid övriga sjukhus/verksamheter (tryckkammarverksamhet i Karlskrona och Helsingborg, Thoraxcentrum vid Blekingesjukhuset, onkologi i Växjö och trafikmedicinsk utredning i Växjö) baseras på särskilda "patientspecifika priser" framtagna enligt modell för självkostnadsberäkning. Vid fakturering gäller 50% av överenskommet pris.

Den **fasta delen** baseras på respektive utförarens simulerade självkostnad för de tre föregående åren uppräknad till avtalsårets nivå med LPIK-index.

För 2021 utgörs detta av tidigare simulerade belopp för 2017 och 2018 samt volym 2019 multiplicerat med de priser som beräknats för den rörliga delen beskriven i avsnittet ovan. Fast del utgörs av 50% av denna kostnad.

Förändring av **beläggningsgrader** ligger inte som ett specificerat beräkningsunderlag i modellen utan är upp till respektive huvudman att hantera i sin inre styrning av verksamheten.

Överenskommet sjukvårdsregionalt **index** utgörs av LPIK oktoberindex (exklusive läkemedel)

Beräkningar av kommande års fasta del, DRG-pris och index tas fram under vår/höst och beslutas formellt av Samverkansnämnden (Regionvårdsnämnden) i november/december.

Ersättningsmodellen förvaltas av särskild avtalsgrupp inom sjukvårdsregionen.

Kostnad för så kallade **”ytterfall”** faktureras separat.

Ersättningsmodellen tillämpas till största delen av den patientvårdande verksamheten där **särlösningar** försökt att undvikas.

Vissa möjligheter finns att särdebitera vissa kostnadskrävande läkemedel efter dialog mellan regionerna.

Likt övriga sjukvårdsregioner finns ett antal verksamheter utan direkt patientkontakt eller av andra orsaker där **andra finansieringsmodeller** används. Inom Södra sjukvårdsregionen hanteras dessa utanför ersättningsmodellen som ”solidariskt finansierade verksamheter” och kan till exempel utgöras av sjukvårdsregionalt cancercentrum, yrkes- och miljödermatologi, HTA-organisation, högisoleringsenhet, Centrum för sällsynta diagnoser inklusive genetisk rådgivning, arbets- och miljömedicin, biobankscentrum, dövpsykiatrisk mottagning, sjukvårdsregional donatorsorganisation samt sjukvårdsregional kanslifunktion. Ersättningen är helt fast och är befolkningsfördelad.

Grundprincipen (som antagits i beslutet 2015) är att **verksamhetsförändringars påverkan** på avtalets fasta del inför kommande år hanteras inom ersättningsmodellen där rörlig del avser att ge rimlig kompensation under avtalsåret och övriga konsekvenser för fast del hanteras genom ersättningsmodellens abonnemangsberäkning. Formuleringar om möjlighet till eventuella undantag från denna grundprincip saknas i de årliga besluten om priser och ersättningar.

Ersättningsmodellen innehåller inga **efterregleringar** vid eventuella avvikelser.

Ersättningsmodellen innehåller inga skrivningar om **jämförelser med andra universitetssjukhus**.

Ersättningsmodellen omfattar även verksamhetsgaranti för **tillgänglighet** inom gränsen för vårdgarantin, förnärvarande 90 dagar avseende den högspecialiserade vården vid kapacitetsbrist. Om vård inte kan ges inom denna tidsgräns kan remittering ske till vårdenhet utanför sjukvårdsregionen.

Vid eventuell vidareremittering till annan sjukvårdsregion står utföraren för hela kostnaden från den vårdgivare som anlitas och vidarefakturerar 50% av fakturan från anlita utförare som rörlig del till hemregion. Gäller inte nationell högspecialiserad vård och tidigare rikssjukvård.

Fakturering av utomregional vård (utanför egen sjukvårdsregion) utgår från det överenskomna sjukvårdsregionala DRG-priset eller överenskommet patientspecifikt pris, men med 100% rörlighet samt ett påslag på 3,85% (SUS), övriga verksamheter tillämpar ett påslag med 2,85%.

Rättpsykiatri

Den rättpsykiatriska vården bedrivs vid särskilda enheter i Växjö och i Skåne. Ersättningsmodell för Rättpsykiatri i Växjö som används är lika som för den somatiska vården.

Rättsspsykiatri i Skåne omfattas inte av den sjukvårdsregionala ersättningsmodellen (huvudsakligen regionintern enhet) med fast och rörlig del vilket innebär att beskrivningen nedan enbart avser enheten i Växjö.

Den **rörliga delen** baseras på särskilda priser framtagna enligt principer för självkostnadsberäkning. Vid fakturering gäller 50% av överenskommet pris.

Den **fasta delen** baseras på respektive utförarens simulerade självkostnad för de tre föregående åren uppräknad till avtalsårets nivå med LPIK-index.

För 2021 utgörs detta av tidigare simulerade belopp för 2017 och 2018 samt volym 2019 multiplicerat med de priser som beräknats för den rörliga delen beskriven i avsnittet ovan. Fast del utgörs av 50% av denna kostnad

Överenskommet sjukvårdsregionalt **index** utgörs av LPIK oktoberindex (exklusive läkemedel)

Beräkningar av kommande års fasta del, "produktpris" och index tas fram under vår/höst och beslutas formellt av Samverkansnämnden i november/december.

Grundprincipen (som antagits i beslutet 2015) är att **verksamhetsförändringars påverkan** på avtalets fasta del inför kommande år hanteras inom ersättningsmodellen där rörlig del avser att ge rimlig kompensation under avtalsåret och övriga konsekvenser för fast del hanteras genom ersättningsmodellens abonnemangsberäkning. Formuleringar om möjlighet till eventuella undantag från denna grundprincip saknas i de årliga besluten om priser och ersättningar.

Ersättningsmodellen innehåller inga **efterregleringar** vid eventuella avvikelser.

Fakturering av utomregional vård (utanför egen sjukvårdsregion) utgår från överenskomna vård dagspriser, men med 100% rörlighet samt ett påslag på 2,85%.

Sydöstra sjukvårdsregionen

Grundmodell

Sydöstra sjukvårdsregionen har under lång tid (>20 år) tillämpat ersättningar med fast och rörlig ersättningsmodell vid remittering till Universitetssjukhuset i Linköping (US). Fast del utgör 65% av kommande års avtalsbelopp och resterande rörlig del 35% baseras på patientvolym. Modellen benämns i den årliga överenskommelsen som "avtalsmodell".

Den **fasta delen** baseras på respektive regions (Jönköping och Kalmar) medelkostnad via KPP-avräkning under de tre senaste åren indexerat till kommande års avtal. Beräkningen genomförs varje år vilket innebär att den fasta delen justeras årligen. Den fasta delen relateras till respektive regions kostnad.

Den **rörliga delen** baseras på medelvärdet för kostnad per DRG-poäng under de tre senaste åren indexerat till kommande års avtal. Förändringar av DRG-viktlistan påverkar inte priset. Vid fakturering gäller 35% av överenskommet DRG-pris.

Förändring av **beläggningsgrader** ligger inte som ett specificerat beräkningsunderlag i modellen utan är upp till respektive huvudman att hantera i sin inre styrning av verksamheten.

Överenskommet sjukvårdsregionalt **index** utgörs av LPIK maj-index exklusive läkemedel.

Beräkningar av kommande års fasta del, DRG-pris och index tas fram innan sommaren men beslutas formellt av Samverkansnämnden i november/december.

Kostnad för så kallade ”ytterfall” ingår i modellens fasta och rörliga del och faktureras inte separat men följs regelbundet.

Avtalsmodellen tillämpas i stort sett för all patientvårdande verksamhet där **särlösningar** försökt att undvikas. Undantag är nationell högriskenheter vid infektionskliniken, enskilda prover och undersökningar som inte ingår i klinikens prissättning, asylsjukvård samt primärvård.

Likt övriga sjukvårdsregioner finns ett antal verksamheter utan direkt patientkontakt eller av andra orsaker där **andra finansieringsmodeller** används. Inom Sydöstra sjukvårdsregionen hanteras dessa inom avtalsmodellen som ”helt fast ersatta verksamheter” och kan till exempel utgöras av arbets- och miljömedicin, regionalt cancercentrum, kompetensstöd genetik och centrum för sällsynta diagnoser. Ett särfall inom sjukvårdsregionen är att brännskadevården ersätts med helt fast ersättning.

Grundprincipen är att **verksamhetsförändringars påverkan** på avtalets fasta del inför kommande år hanteras inom avtalsmodellen där rörlig del avser att ge rimlig kompensation under avtalsåret och övriga konsekvenser för fast del hanteras genom årliga KPP-avräkningar. Möjligheter finns dock att påverka kommande års avtalsram.

”Vid större och/eller strategiska förändringar tas separata kalkyler fram som ett underlag för förändringen”. Beredningsgrupp är sjukvårdsregional ekonomigrupp inför beslut i ledningsgrupp och slutligen Samverkansnämnd.

Hittills har förändringar inte skett.

Avtalsmodellen innehåller inga **efterregleringar** vid eventuella avvikelser.

Avtalsmodellen innehåller inga skrivningar om **jämförelser med andra universitetssjukhus**. Däremot kan regelbunden delårsrapportering ske i samband med period 04, 08 och bokslut. Bokslut ska även innehålla totalkostnadsredovisning inklusive verksamhetsredovisning enligt DRG på kliniknivå.

Avtalsmodellen omfattar även verksamhetsgaranti för **tillgänglighet** inom gränsen för vårdgarantin, förnärvarande 90 dagar. Grundprincipen är att hantera volymförändringar med den rörliga delen av ersättningen. Stadigvarande ökade flöden hanteras enligt ”verksamhetsförändringars påverkan” ovan. Någon tydligt utsatt gräns för denna volympåverkan finns inte.

Vid eventuell vidareremittering står US för hela kostnaden från den vårdgivare som anlitas och vidarefakturerar 35% av fakturan som rörlig del till hemregion.

Sedan 2019 gäller ovanstående avtalsmodell (fast och rörlig del och med de KPP/DRG-beräkningar beskrivna ovan) **för samtlig vård inom hela Sydöstra sjukvårdsregionen** och inte enbart remittering till US. Detta innebär att ersättningen är densamma oavsett i vilken riktning en patient remitteras över en länsgräns. Följande undantag finns:

- Den egna regionens köp hos egen vårdgivare hanteras enligt respektive regions styrprinciper
- Primärvård omfattas inte
- Psykiatri i Jönköping och Kalmar
- Rättspsykiatri (se nedan)

Patientströmmarna utanför remittering till Universitetssjukhuset i Linköping är dock av begränsad art.

Fakturering av utomregional vård (utanför egen sjukvårdsregion) utgår från priser som tas fram av den egna enheten utifrån självkostnadsprinciper. Ingen koppling till sjukvårdsregional avtalsmodell.

Rättspsykiatri

Den rättspsykiatriska vården bedrivs vid särskild enhet i Vadstena och hanteras för närvarande inte inom sjukvårdsregionens avtalsmodell. För östgotapatienter tillämpas ramersättning via Hälso- och sjukvårdsnämnden. Inom Sydöstra sjukvårdsregionen har Region Jönköpings län ett "bilateralt" avtal med en 50% fast del och 50% rörlig del med vårddagspris. Beräkningar sker separat. Vid utnyttjande från Region Kalmar län tillämpas överenskommet vårddagspris som för regioner utanför Sydöstra sjukvårdsregionen. För regioner utanför Sydöstra sjukvårdsregionen tillämpas överenskommet vårddagspris.

Inför 2022 är ambitionen att inordna den rättspsykiatriska verksamheten i Vadstena till gällande avtalsmodell och beräkningsprinciper som för den övriga sjukvården. Möjligen behålls nuvarande 50%/50%-lösning i stället för den generella 65%/35%-lösningen för avtalsmodellen i övrigt.

Sjukvårdsregion Mellansverige

Grundmodell

Sjukvårdsregion Mellansverige har infört en ersättningsmodell med fast och rörlig del vid remittering till Akademiska sjukhuset i Uppsala (UAS) och Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ). Fast del utgör 40% av kommande års avtalsbelopp och resterande rörlig del 60% baseras på patientvolym. Modellen benämns i den årliga överenskommelsen som "pris- och ersättningsmodell".

Den **fasta delen** baseras på respektive regions (Västmanland, Dalarna, Sörmland, Värmland och Gävleborg) fakturerade vårdvolym under de två senaste åren indexerat till kommande års avtal. Vid modellens införande baserades prissättning på aktuella kostnadsdata. Beräkningen genomförs varje år vilket innebär att den fasta delen justeras årligen. Den fasta delen relateras till respektive regions fakturerade vårdvolym.

Den **rörliga delen** baseras på medelvärdet för kostnad per DRG-poäng under de två senaste åren indexerat till kommande års avtal. Förändringar av DRG-viktlistan påverkar inte priset. Vid fakturering gäller 60% av överenskommet DRG-pris. Vissa justeringar har genomförts som baseras på pensionskostnadsberäkningar och fastighetsinvesteringar.

Anmärkning: Då sjukvårdsregionen har två universitetssjukhus med olika kostnadsbild tillämpas separata fasta delar och DRG-pris (rörlig del) för respektive sjukhus. Beräkningsprinciperna är dock samma

Förändring av **beläggningsgrader** ligger inte som ett specificerat beräkningsunderlag i modellen utan är upp till respektive huvudman att hantera i sin inre styrning av verksamheten.

Överenskommet sjukvårdsregionalt **index** utgörs av sammanvägning av kostnadsutveckling för Sjukvårdsregion Mellansverige och LPIK oktober-index exklusive läkemedel.

Ersättningsmodellen förvaltas under avtalsperioden av sjukvårdsregionens ekonomidirektörsgrupp. Ekonomidirektörsgruppen fastställer DRG-pris och index i oktober/november för kommande år och den fasta delen beslutas i februari varje år.

Kostnad för så kallade ”ytterfall” faktureras separat.

Pris- och ersättningsmodellen innehåller ett antal definierade **särlösningar** som debiteras separat. Bakgrund till detta är att vårdtjänsterna inte ingår i DRG-systemet, inte beskriver en vårdtjänsts resursåtgång på ett acceptabelt sätt eller av annan anledning överenskommit hanteras ekonomiskt via separat debitering. Exempel på detta är psykiatri, habilitering i öppen vård, rikssjukvård/nationell högspecialiserad vård (exempel brännskadevård) samt viss öppenvårdsverksamhet vid UAS.

Likt övriga sjukvårdsregioner finns ett antal verksamheter utan direkt patientkontakt eller av andra orsaker där **andra finansieringsmodeller** används. Inom Sjukvårdsregion Mellansverige hanteras dessa utanför pris- och ersättningsmodellen och benämns som ”samfinansierad verksamhet” och kan till exempel utgöras av arbets- och miljömedicin, regionalt cancercentrum, centrum för sällsynta diagnoser och registercentrum.

Grundprincipen är att **verksamhetsförändringars påverkan** på avtalets fasta del inför kommande år hanteras inom pris- och ersättningsmodellen där rörlig del avser att ge rimlig kompensation under avtalsåret och övriga konsekvenser för fast del hanteras genom årliga avstämningar av den fakturerade vårdvolymen. Möjligheter finns dock att påverka kommande års avtalsram.

”Eventuella större förutsägbara verksamhetsförändringar och dess effekter kan föranleda justeringar, upp eller ner, av abonnemangsbeloppet. I de fall sådan förändring är identifierad ska 40% av förändringens värde justera abonnemangsbeloppet”. Ekonomidirektörsgruppen utgör primär förhandlingsinstans.

Hittills har förändringar inte skett.

Pris- och ersättningsmodellen innehåller inga **efterregleringar** vid eventuella avvikelser.

Pris- och ersättningsmodellen innehåller **jämförelser med andra universitetssjukhus** med data från SKR:s nationella databas. Jämförelse ska också ske med universitetssjukhusens kostnader i förhållande till fakturering. Eventuella konsekvenser som ett resultat av jämförelserna redovisas inte i modellen.

Ersättningsmodellen omfattar även verksamhetsgaranti för **tillgänglighet** inom gränsen för vårdgarantin, förnärvarande 90 dagar. Grundprincipen är att hantera volymförändringar med den rörliga delen av ersättningen inom en gräns på 5% utifrån en gemensam produktionsplan inom sjukvårdsregionen alternativt om den saknas, på de två senaste årens verksamhetsvolym.

Vid eventuell vidareremittering står UAS alternativt USÖ för hela kostnaden från den vårdgivare som anlitas och patientens hemregion betalar UAS och USÖ som om patienten vårdats där, vilket innebär 60% vad vården skulle ha kostat (överenskommet sjukvårdsregionalt DRG-pris) om det definierats som ett innerfall och 100% om det definierats som ett ytterfall.

Pris- och ersättningsmodellen omfattar enbart vård vid UAS och USÖ. (Upplands och Örebros ersättning till UAS och USÖ hanteras enligt regionernas egna styrprinciper). Patientströmmar mellan **övriga sjukhus** i regionen debiteras enligt särskild prislista.

Fakturering av utomregional vård (utanför egen sjukvårdsregion) avseende Akademiska sjukhuset utgår från priser som tas fram av den egna enheten utifrån självkostnadsprinciper. Ingen koppling till sjukvårdsregional ersättningsmodell.

Universitetssjukhuset i Örebro utgår från det överenskomna sjukvårdsregionala DRG-priset för Örebro men med 100% rörlighet. Beräkning av pris sker enligt sjukvårdsregional ersättningsmodell.

Rättspsykiatri

Rättspsykiatrisk verksamhet omfattas inte av pris- och ersättningsmodellen utan faktureras separat enligt särskild prislista.

Norra sjukvårdsregionen

Grundmodell

Norra sjukvårdsregionen är inne på sin tredje treårsperiod med ersättningsmodell med fast och rörlig del vid remittering till Norrlands Universitetssjukhus i Umeå (NUS). Fast del utgör 50% av kommande års avtalsbelopp och resterande rörlig del 50% baseras på patientvolym. Modellen benämns i den årliga överenskommelsen som "Ersättningsmodell".

Den **fasta delen** baseras på 50% av NUS sammanlagda "intäkter" (se anmärkning nedan) för DRG-prissatt vård (innerfall) enligt KPP som respektive region (Norrbottnen, Västernorrland och Jämtland/Härjedalen) köper av NUS. Avtalsperioden 2021 -2023 baseras på KPP-utfall för 2019 avseende kostnader och DRG-poäng. Den fasta avtalsramen gäller under tre-års-perioden men indexeras årligen. Den fasta delen fördelas efter befolkning. Syftet är att NUS ska ha förutsägbara intäkter under hela avtalsperioden.

Den **rörliga delen** baseras på 50% av NUS sammanlagda "intäkter" (se anmärkning nedan) för DRG-prissatt vård (innerfall) enligt DRG som respektive region (Norrbottnen, Västernorrland och Jämtland/Härjedalen) köper av NUS. Avtalsperioden 2021 -2023 baseras på KPP-utfall för 2019 avseende kostnader och DRG-poäng. Vid fakturering gäller 50% av överenskommet DRG-pris. DRG-priset indexeras årligen. Dessutom kan förändringar av DRG-viktlistan förändra priset.

Anmärkning: i texten för den årliga överenskommelsen används begreppet "intäkter" för att ta fram fast och rörlig del. Formuleringen är otydlig och kommer att omformuleras till kommande avtal och benämnas "kostnader" som är den faktiska förutsättningen.

Förändring av **beläggningsgrader** ligger inte som ett specificerat beräkningsunderlag i modellen utan är upp till respektive huvudman att hantera i sin inre styrning av verksamheten.

Överenskommet sjukvårdsregionalt **index** utgörs av prognosticerat LPIK oktober-index, för kommande år, exklusive läkemedel.

Beräkningar av kommande års fasta del, DRG-pris och index tas fram under oktober/november och beslutas formellt av Förbundsdirektionen i november/december.

Kostnad för så kallade "**ytterfall**" faktureras separat och ingår inte i ersättningsmodellen.

Pris- och ersättningsmodellen innehåller ett antal definierade **särlösningar** som debiteras separat. Bakgrund till detta är att vårdtjänsterna inte ingår i DRG-systemet, inte beskriver en vårdtjänsts resursåtgång på ett acceptabelt sätt eller av annan anledning överenskommit hanteras ekonomiskt via separat debitering. Exempel på detta är psykiatri, vissa definierade läkemedel och implantat, viss strålbehandling, vissa specialistläkarkonsulter på plats samt vissa genetiska utredningar.

Norra sjukvårdsregionen har dessutom valt att ha vissa verksamheter som särdebiterade men med fast abonnemang. Detta gäller specialistkonsultationer via videokonferens/teleradiologi samt arbets- och miljömedicin.

Likt övriga sjukvårdsregioner finns ett antal verksamheter utan direkt patientkontakt eller av andra orsaker där **andra finansieringsmodeller** används. Inom Norra sjukvårdsregionen hanteras dessa utanför pris- och ersättningsmodellen och benämns som "samfinansierad verksamhet" och kan till exempel utgöras av sjukvårdsregional donationssamordnare, sjukvårdsregionalt cancercentrum, koordinatorfunktioner och gemensamma processledare inom kunskapsstyrning.

Grundprincipen är att **verksamhetsförändringars påverkan** på avtalets fasta del inför kommande år hanteras inom ersättningsmodellen där rörlig del avser att ge rimlig kompensation under avtalsåret och övriga konsekvenser för fast del hanteras genom den efterreglering som beskrivs nedan. Möjligheter finns dock att påverka kommande års avtalsram.

"Grundregeln är att det utöver uppräknig enligt §7 inte sker någon förändring av den fasta ramen under treårsperioden. Större och/eller strategiska förändringar kan påverka den fasta ersättningen om det accepteras av alla fyra regionerna i sjukvårdsregionen".

Hittills har förändringar inte skett.

Då ersättningsmodellens fasta del låses (med undantag för indexering) under treårsperioden finns en överenskommelse om möjlighet till **efterreglering** vid eventuella avvikelser för respektive region. Verkningsgraden av regleringen är 40% och kan gå i "bägge riktningarna".

Ersättningsmodellen innehåller **jämförelser med andra universitetssjukhus** som påverkar effekten av efterregleringen. NUS åtagande är att kostnadsnivå inte ska överstiga genomsnittet för övriga universitetssjukhus (exklusive KS). I annat fall reduceras en eventuell efterreglering.

Avtalet om regionvård i Norra sjukvårdsregionen omfattar även verksamhetsgaranti för **tillgänglighet** inom gränsen för vårdgarantin, förnärvarande 90 dagar. Vid eventuell vidareremittering står NUS för hela kostnaden från den vårdgivare som anlitas och vidarefakturerar 50% av fakturan som rörlig del till hemregion (innerfall) med undantag för neonatal intensivvård.

Ersättningsmodellen omfattar enbart vård vid NUS. (Västerbottens ersättning till NUS hanteras enligt regionens egna styrprinciper). Patientströmmar mellan **övriga sjukhus** i regionen debiteras enligt särskild prislista.

Fakturering av utomregional vård (utanför egen sjukvårdsregion) utgår från det överenskomna sjukvårdsregionala DRG-priset men med 100% rörlighet.

Rättsspsykiatri

Rättsspsykiatri ingår i ersättningsmodellen men hanteras som särlösning med egen debiteringsmodell.

"Normalpriset avser pris per vårddag. I särskilda fall kan en tilläggsavgift tillkomma, den avtalas med inremitterande klinik innan vården påbörjas. Avtal om tilläggsavgift kan t.ex bli aktuell vid intensiva utredningsuppdrag med hög komplexitet eller förutsedd extra övervakning med lång varaktighet".

Sammanfattning av pris-/ersättnings-/avtalsmodeller i fyra sjukvårdsregioner

De sjukvårdsregioner som beskrivs ovan använder sig av ekonomiska modeller som gemensam nämnare kännetecknas av

- Fast del (läs abonnemang) och rörlig del baserat på patientvolym. *Metodik för beräkning av fast del och fördelning kan variera men **grundtanken** är densamma. Södra sjukvårdsregionen har en mer avancerad beräkning som i korthet innebär att prisberäkningen först tas fram för simulering av abonnemang (pris * volym) medan de tre övriga utgår från historiska kostnader.*
- För rörlig del väljs DRG huvudsakligen som metodik för att fånga data för priskalkylering och debitering. *DRG är inte optimalt för alla verksamheter men då det är ett nationellt underhållet klassificeringssystem (NORD-DRG) som medger jämförelser kan det anses vara relevant. Den ekonomiska effekten vid eventuella imperfektioner dämpas dessutom av en rörlig effekt på 35%-60%. DRG förutsätter dock att vårdverksamheter klassificeras enligt denna metodik. I nuläget finns de bästa resultaten inom den somatiska vården. Södra sjukvårdsregionen har mer avancerade prisberäkningar och mer undantag från DRG i den rörliga delen.*
- Särdebiteringar bör undvikas.
- Verksamhetsförändringar ska så långt som möjligt hanteras av ersättningsmodellen (rörlig del kompenserar under löpande år och fast del som förändras enligt beräkningsvillkor i modellen). *I praktiken har detta medfört att ekonomiska konsekvenser av eventuella verksamhetsförändringar inte fått genomslag i de fasta avtalsbeloppen inför kommande år.*
- Förändringar i beläggningsgrad för enskilda verksamheter påverkar inte avtalsberäkningarna då dessa ses ur ett helhetsperspektiv.
- Ersättningsmodellerna är en form av "buffertmodeller". *Vid ökad belastning/utökad verksamhet ger modellen viss eftersläpning i ökad ersättning för utföraren och vid minskad belastning/reducerad verksamhet ger modellen viss eftersläpning i minskad ersättning för utföraren.*
- Se även en sammanställning i bilaga 2.

För- och nackdelar med nuvarande ersättningsmodell(-er)

Generellt

I rubriken används begreppet ersättningsmodell både i singularis och pluralis då de fyra sjukvårdsregionernas modeller i stort sett fungerar på samma sätt och har då liknande för- och nackdelar varför dessa inte enbart kan hänföras till Södra sjukvårdsregionen. Vad gäller rättspsykiatri är resonemanget enbart för Södra sjukvårdsregionen då modellen fast abonnemang och rörlig del enbart återfinns i denna sjukvårdsregion.

Fördelar:

- Modellerna ger en stabil och långsiktig finansiering för de verksamheter som sjukvårdsregionerna avser att samverka kring
- För remittenten innebär detta en förutsägbarhet för vilka kostnader regionen kommer att ha vid given remitteringsvolym
- Riskspridning

- Fokus flyttas från detaljerade ekonomiska diskussioner till utrymme för fördjupade diskussioner om samverkan

Nackdelar:

- Lokala företrädare kan känna sig klämda mellan ersättningsmodellens övergripande "systemsyn" och de egna regionala styrvillkoren
- Upplevd tröghet i de ekonomiska ersättningarna vid förändringar
- Modellen kan upplevas komplex och svårbegriplig
- Verksamheter med stor verksamhet utanför sjukvårdsregionen kan uppleva begränsning i möjligheter till prissättning beroende på den egna sjukvårdsregionens regler

Södra sjukvårdsregionens ersättningsmodell specifikt för rättspsykiatri Växjö

Hösten 2020 kom förslag från Region Kronoberg om en översyn av ersättningsmodellen för rättspsykiatriska kliniken i Växjö som återfinns i bilaga 3. Bakgrunden anges vara att nuvarande ersättningsmodell inte ansetts ge rimlig kostnadskompensation. Sjukvårdsregionens avtalsgrupp har berett frågan men inte kunnat enas varför särskilt utredningsuppdrag initierats, se bilaga 1.

Utredaren har genomfört ovanstående redovisad genomlysning av modeller inom fyra sjukvårdsregioner samt genomfört ett besök vid Rättspsykiatriska kliniken den 25 augusti där klinikchef och ekonom gav en bra bakgrund till problembilden. Parallellt har intervjuer genomförts med företrädare för sjukvårdsregionens avtalsgrupp.

Utredaren har analyserat hur den ekonomiska hanteringen av Rättspsykiatriska kliniken i Växjö står i överensstämmelse med den pris- och ersättningsmodell som tillämpas inom Södra sjukvårdsregionen. Utredaren har därefter valt att lämna några synpunkter på hur den aktuella ekonomiska situationen kan hanteras.

Beläggningsgrad

- Kommande års ersättningar baseras på retrospektiva självkostnadsberäkningar som indexeras, inte bedömningar om framtida förändringar.
- Abonnemangsmodell ska dämpa svängningar kortsiktigt och ge stabilitet långsiktigt där konsekvensen kan bli att utförare och remittent gynnas/missgynnas kortsiktigt olika. Vid en minskad verksamhet gynnas *utföraren* kortsiktigt då den fasta delen baseras på en högre verksamhetsnivå och vid en ökad verksamhet gynnas *remittenten* kortsiktigt då den fasta delen baseras på en lägre verksamhetsnivå. Sett över tid kommer nya jämviktslägen att etableras.
- Verksamhetsförändringar hanteras i normalfall av huvudmannen. I praktiken torde detta innebära "sjukhusnivån" med möjlighet att balansera beläggningsförändringar, ur ekonomisk synvinkel, mellan klinikerna. En begränsande situation för rättspsykiatriska kliniken är att

den motsvarande "sjukhusnivån" för att kunna balansera beläggingsförändringarna inte finns. Motsvarande situation finns vid thoraxkirurgin i Blekinge och onkologin i Växjö.

Ny-och ombyggnation

- Strategiska förändringar (nystartad verksamhet, större investeringar i utrustning eller byggnation) skulle kunna påverka den ekonomiska ersättningen som ett undantag från modellens retrospektiva kostnadsberäkning – det finns dock inget skrivet i den årliga överenskommelsen. De tre övriga sjukvårdsregionerna har denna skrivning men som hittills inte utnyttjats (undantag ny- och ombyggnation vid Universitetssjukhuset i Örebro)

Avkastningskrav

- Avkastningskrav ingår inte i en självkostnadsberäkning utan ses mer som ett finansiellt mål på "systemnivå" – läs region. För att uppnå detta mål används vanligtvis termer som "besparingar" eller "effektiviseringar" på operativ nivå.

Konklusion och slutförslag

Utredaren finner att det pris- och ersättningsförslag som initialt har tagits fram från avtalsgruppen är rätt hanterat utifrån nuvarande beräkningsprinciper **MEN** utredaren vill ändå peka på möjligheten att beakta finansieringssituationen vid Rättspsykiatriska kliniken genom att föreslå en lösning inom ramen för Södra sjukvårdsregionens ersättningsmodell med vissa anpassningar.

SLUTFÖRSLAG

En sjukvårdsregions ersättningsmodell bygger på en gemensam uppfattning om samverkansfördelar genom att minska friktionsytorna vad gäller ekonomiska spelregler. Detta leder till en större likformighet på "systemnivå" men kan uppfattas begränsande på den lokala nivån. Av detta följer ett ansvar för respektive ingående region att beakta dessa förutsättningar i sin interna styrning av de enheter som omfattas av den sjukvårdsregionala ersättningsmodellen. Att lyfta ut verksamheter ur modellen där en uppfattning/upplevelse finns om missgynnande är en olycklig väg att gå då ett flertal verksamheter antagligen skulle driva motsvarande resonemang och det faktum att dessa verksamheter ändå skulle bli föremål för en separat förhandling vilket dels antagligen inte blir lättare dels går emot tanken om en sjukvårdsintegrerad ersättningsmodell.

Däremot bör man kunna ta hänsyn till verksameters olika styrförutsättningar inom ramen för den sjukvårdsregionala ersättningsmodellen särskilt då verksamheter har en stor verksamhet utanför den egna sjukvårdsregionen vilket leder till följande förslag.

- Avseende Rättspsykiatri i Växjö tillämpas nuvarande ersättningsmodell för patienter som remitterats från andra regioner (undantag Region Kronoberg) inom Södra sjukvårdsregionen. Intäktsbas ca 35%.
- Kliniken ges möjlighet till prospektiv självkostnadsprissättning för patienter som remitterats från regioner utanför Södra sjukvårdsregionen inom ramen för det avtalsarbete som sker. Intäktsbas ca 50%.
- Utredaren pekar på möjligheten för Region Kronoberg att se över interna styrprinciper för kliniken på grund av den stora påverkan av externa intäkter som föreligger samt "trögheten" genom den sjukvårdsregionala abonnemangsmodellen. Intäktsbas ca 15%.
- Kliniken bör samverka med motsvarande rättspsykiatriska kliniker i andra delar av landet (Karsudden, Vadstena, Säter, Sundsvall och Stockholm) om prisberäkningsprinciper och benchmarking för säkerställande av rättvisande prisnivå avseende det nationella uppdraget.

Utöver dessa förslag avseende Rättspsykiatriska kliniken i Växjö vill utredaren också föreslå att:

- Södra sjukvårdsregionen bör förtydliga ersättningsmodellen och dess villkor i den årliga överenskommelsen. Utredaren kan här peka på exempel från Norra sjukvårdsregionen och Sjukvårdsregion Mellansverige.
- Södra sjukvårdsregionen bör ta fram informations/utbildningsmaterial på "systemnivå" om bakgrund och konsekvenser av ersättningsmodellen.

Bilaga 1**Uppdrag****Genomlysning av prismodell högspecialiserad vård med särskilt fokus på rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö****Mottagare av uppdrag**

Göran Atterfors, fristående konsult (*tidigare verksam som controller i Region Östergötland och ledamot av Regionsjukvårdsledningen inom Sydöstra sjukvårdsregionen*)

Uppdragsgivare

Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp genom Sven Oredsson, direktör, Södra sjukvårdsregionen

Bakgrund

För Skånes universitetssjukhus, thoraxcentrum vid Blekingesjukhuset, onkologiska kliniken vid Centrallasarettet i Växjö och rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö tillämpas i Södra sjukvårdsregionen sedan 2016 en gemensam prismodell. Denna inkluderar en abonnemangslösning som innebär att ersättningen till 50 % utgår via abonnemang och resterande ersättning utgår med 50 % av priserna enligt prislista som årligen fastställs. Abonnemanget 2021 beräknas som 50 % av genomsnittet för simulerad självkostnad 2019-2021 allt uppräknat med LPIK till 2021 års kostnadsnivå.

Region Kronoberg har i en skrivelse till Södra Regionvårdsnämnden föreslagit en översyn av Södra sjukvårdsregionens nuvarande prismodell avseende högspecialiserad vård gällande rättspsykiatriska delen. Förslaget baseras på synpunkter från rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö som bland annat framför att nuvarande prismodell som bygger på en historik med överbeläggningar bland annat medför att överbeläggningar blir en förutsättning för att få täckning för fasta kostnader.

Efter förankring med Södra regionvårdsnämndens presidium har Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp den 30/3 tagit beslut om att genomföra en genomlysning av nuvarande prismodell och att anlita extern utredare för detta.

Uppdrag

1. Beskrivning av principer och syften med olika ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvård med särskild inriktning på högspecialiserad vård
2. Beskrivning av nuvarande prismodell för högspecialiserad vård i Södra sjukvårdsregionen inklusive konsekvenser vid förändringar av olika parametrar t.ex. beläggningsgrad
3. Sammanställning av motsvarande prismodeller i andra sjukvårdsregioner
4. Bedömning av för- och nackdelar med nuvarande prismodell med särskild utgångspunkt i synpunkter från rättspsykiatriska regionkliniken
5. Konklusion med åtgärdsförslag

Tidplan

Skriftlig och muntlig rapportering till ledningsgruppen den 7 oktober samt Södra regionvårdsnämndens presidium den 22 oktober 2021.

Bilaga 2

	<u>Södra</u>	<u>Sydöstra</u>	<u>Mellansv</u>	<u>Norra</u>
Fast del %	50%	65%	40%	50%
Fast del beräkningsgrund	simulering köparregion	köparregions kostnad	köparregions kostnad	totalkostnad köparregioner
Fast del beräkningstid	historiskt 3 år rullande omräkn	historiskt 3 år rullande omräkn	historiskt 2 år rullande omräkn	historiskt 1 år fast i 3 år
Fast del fördelning i avtal	faktisk/köpar-region	faktisk/köpar-region	faktisk/köpar-region	befolknings-fördelning
Rörlig del %	50%	35%	60%	50%
Rörlig del beräkningsgrund	KPP/DRG-poäng KPP/pat spec	KPP/DRG-poäng	KPP/DRG-poäng KPP/patspec	Total KPP/DRG-poäng
DRG-pris 1,0 i avtal 2021	SUS 66.453 kr övr 62.855 kr	66.584 kr	UAS 69.927 kr USÖ 66.156 kr	62.526 kr
DRG-pris 1,0 med effekt på rörlig del	SUS 33.226 kr övr 31.427 kr	23.304 kr	UAS 41.956 kr USÖ 39.694 kr	31.263 kr
Viktförändring påverkar	Ja	Nej	Nej	Ja
Index	LPIK-okt	LPIK-maj	LPIK-okt	LPIK-okt
Särdebiteringar	Ja	Nej	Delvis	Delvis
Förändringsklausul i avtalstext	Nej	Ja	Ja	Ja
Effekt av förändringar	-	Nej	Ombygg USÖ	Nej
Jämförelser	Nej	Nej	Nej	Ja
Efterreglering	Nej	Nej	Nej	Ja
Tillgänglighetsansvar	Ja	Ja	Ja	Ja
Vidarefakturering tillgänglighetsproblem	50% av extern faktura	35% enligt avtalsmodell	60% enligt ersättn-modell (innerfall) extern faktura (ytterfall)	50% enligt ersättn- modell (innerfall) extern faktura (ytterfall)
Extern prissättning	enligt modell +3,85 % (SUS) övr +2,85%	egna KPP-beräkn	UAS – egna KPP-beräkn USÖ – enligt modell	enligt modell

Bilaga 3

2020-11-19

Rättspsykiatriska Regionkliniken

Johny Duhr

Hälso- och sjukvården
Roger O Nilsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Förslag – översyn av prissättningsmodell, rättspsykiatriska regionkliniken

Förslag: Södra Regionvårdsnämnden beslutar

Att uppdra till avtalsgruppen inför utarbetande av vårddygnspriser för 2022 göra en översyn av prissättningsmodellen för rättspsykiatrin beaktat:

- Pris utifrån innevarande år baserat på 97% beläggning.
- Utökad behov av fastställda vårdplatser

Mål för god ekonomisk hushållning:

- Redovisa ett positivt resultat motsvarande 2%
- Finansiering av nettoinvesteringar

Nuvarande prismodell baseras på en historik med överbeläggningar, vilket medför att överbeläggningarna blir en förutsättning för att få täckning för fasta kostnader vilket inte är rimligt.

Målen för en god ekonomisk hushållning är bland annat att de löpande intäkterna täcker de löpande kostnaderna och att resultatet ger ett överskott för framtida behov och investeringar.

Bakgrund

Rättspsykiatriska regionkliniken (RPK) bedriver som en del av ett regeringsgodkännande högspecialiserad rättspsykiatrisk vård för patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård eller patienter frihetsberövade med annat lagstöd. RPK tar, utöver regionuppdraget, emot patienter från hela landet. Produktionen 2019 visar att 30% av patienterna kommer från Skåne, Blekinge och Halland, 20 % från Kronoberg och 50 % från övriga landet. Kliniken är därmed till stor del en riksklinik.

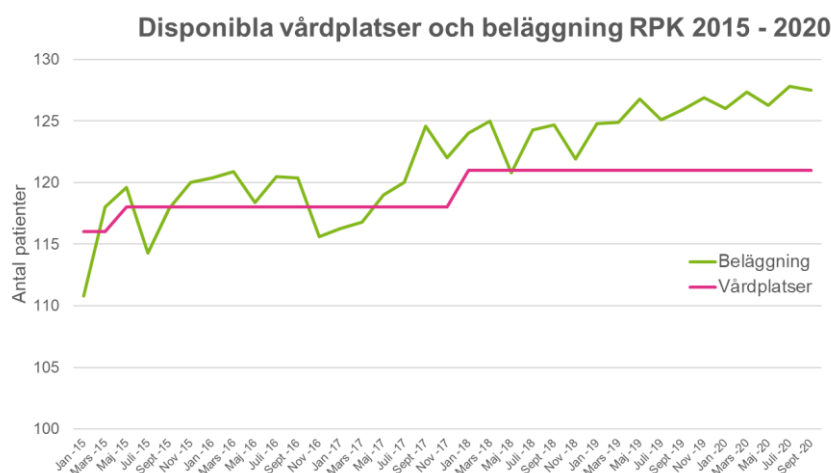
Rättspsykiatriska regionkliniken är helt intäktsfinansierad och baseras på Södra Sjukvårdsregionens prissättningsmodell.

Södra sjukvårdsregionen har en avtalsgrupp där företrädare från respektive region finns med och förhandlar årligen om avtal för priser och tar fram den utomlansprislista som gäller för södra sjukvårdsregionen. Södra regionvårdsnämnden och respektive region fastställer därefter priserna.

Nuvarande prissättningsmodell för rättspsykiatriska regionkliniken infördes 2015 och förslag föreligger om uppdrag för översyn inför prissättning 2022.

Produktion

Verksamheten har landets mest högkomplexa patienter. Kliniken har vid extremt behov 130 disponibla vårdplatser inom slutenvårdsbyggnaderna. Antalet fastställda vårdplatser riktat mot budget är 121. Beläggningsgraden under året uppgår till drygt 105 %. Denna beläggningsgrad är inte långsiktigt hållbar i förhållande till befintlig kapacitet och motsvarar inte heller målet som ställts från Södra sjukvårdsregionen.



Det finns alltjämt ett högt tryck på förfrågan om att få köpa vårdplatser vid kliniken. Den svenska sydregionen är utifrån rättspsykiatriska slutenvårdsplatser fortsatt underdimensionerad. Sedan flera år tillbaka handlar det om att rättspsykiatriska kliniken fått neka långt över 400 patienter att få tillgång till högspecialiserad rättspsykiatrisk vård.

Rättspsykiatriska regionkliniken har lagt fram investeringsbehov bl. a. i expansionsplan 2025. Ärende gällande nybyggnation av fastighet M58 vid Sigfridsområdet är föreslagen för fullmäktige.

Klinikens ökade vårdplatsbehov baserat på omvärldsanalys kommer att kräva ytterligare cirka 40 platser. Befintliga lokaler behöver samtidigt en genomgripande och skyndsamt upprustning, renovering och modernisering.

Nuvarande prismodell

För patienter från Södra sjukvårdsregionen tillämpas en abonnemangsmodell. Denna innebär att ersättningen till 50 % utgår via abonnemang och resterande ersättning utgår med 50 % av priserna enligt nedanstående prislista (självkostnad).

Självkostnad 2020 beräknas utifrån kostnad och produktion 2018 som räknas upp med LPIK för år 2019 och 2020.



2020

Region Kronoberg

Vårdtjänst	Riks- pris	Region- pris
Rättspsykiatriska regionkliniken Växjö		
Sluten vård		
Vård dygnspris, intagning dag 1-14	11 556	11 236
Vård dygnspris, vårdmiljö 1	9 269	9 012
Vård dygnspris, vårdmiljö 2	7 653	7 441
Vård dygnspris, vårdmiljö 3	4 860	4 726
Extra vak, pris per timme	402	391
Tilläggspris för intagning på ob-tid	5 318	5 171
Utskrivningsklara, vdgr	11 556	
Förhöjd vårdavgift, vårdbehovsprövat	Enligt överenskommelse	
Öppen vård		
Stöddag	1 219	
Kronoberg öppen vård		790
Blekinge öppen vård		1 093

Vid uppräknings till 2021 av dessa priser eller annat av Avtalsgruppen fastställt värde/pris/krontal används som huvudprincip: Regionsprisindex med kvalitetsjusterade löner (LPIK) exkl. läkemedel enligt SKR på 1,0 % för 2020 och 2,9 % för 2021.

Rättspsykiatriska kliniken utfall gällande vård dagar inom respektive vårdmiljö har förändrats över tid. Under perioden 2017 till 2019 har vård dygnen inom vårdmiljö 1 ökat med 94% enligt tabell nedan.

	2019	2018	2017	2019 jmf 2018	2019 jmf med 2017
Intag dag 1-14, vdgr	1 413	986	990	43,3%	42,7%
Vårdmiljö 1, vdgr	17 250	11 155	8 899	54,6%	93,8%
Vårdmiljö 2, vdgr	27 111	32 870	32 673	-17,5%	-17,0%
Vårdmiljö 3, vdgr	0	0	1216	0%	-100,0%
Stöddagar öv	5 526	5 768	7 385	-4,2%	-25,2%
Extravak, tim	3 539	8 216	22 810	-56,9%	-84,5%

Utfall prismodell 2021

Simulering utifrån nuvarande prismodell medför en uppräkningsgrad om 1,3 % jämfört med 2020 års priser. Detta trots att preliminärt LPIK uppgår till 2,9 %. Detta medför att RPK fortsatt behöver ligga på en högre beläggningsgrad än fastställda 97 %. Lönerrevisionen beräknas uppgå till drygt 2 %. Vidare uppräkningsgrad av regiongemensamma kostnader och resultatkrav. Nuvarande prismodell hanterar inte den snabba förändringen av fler patienter i vårdmiljö 1 än tidigare vårdmiljö 2. Detta med bakgrund av att kostnad och produktion utgår från bokslut 2019.

Taxeförslag 2021 i pris 2021 - Rättspsykiatri Växjö

Prisuppräkningsgrad % 2021				
	Rikspris 2021, pris 2021	Regionpris 2021, pris 2021	Diff Södra kr	Diff Södra %
Taxa 2020 Södra reg				
Sluten vård				
Intag dag 1-14, vdgr	11 713	11 388	152	1,3%
Vårdmiljö 1, vdgr	9 394	9 134	122	1,3%
Vårdmiljö 2, vdgr	7 757	7 542	101	1,3%
Vårdmiljö 3, vdgr	4 926	4 790	64	1,3%
Extravak, tim	408	396	5	1,3%
Tillsynsgrad 1, tim	38	36		
Mottag på OB-tid, tillägg	5 390	5 241	70	1,3%
Utskrivningsklara, vdgr	11 713			
Förhöjd vårdavgift, vårdbehovsprövat	Enligt överenskommelse			
Öppen vård				
Stöddagar öv	1 157		15	
Kronoberg öppen vård		750	10	1,3%
Blekinge öppen vård		1 038	14	1,3%
Eftervård annan vårdgivare	Självkostnad			

God ekonomisk hushållning

För att upprätthålla en god ekonomisk hushållning måste rättspsykiatriska regionkliniken ekonomi vara i balans och långsiktigt hållbar. För att uppnå fastställt ekonomiskt resultat är det av största betydelse att RPK klarar sitt uppdrag och samtidigt har sin ekonomi i balans genom en god budgetföljsamhet.

Det långsiktiga finansiella målet för rättspsykiatriska regionkliniken är att årets resultat ska uppgå till minst 2 procent av ersättningen för såld vård och patientavgifterna över en rullande femårsperiod.

Det ekonomiska resultatet är också beroende av att investeringsvolymen hålls på en rimlig nivå. RPK:s nettoinvesteringar ska finansieras med egna medel, enligt ett finansiellt mål.

Utifrån rådande prismodell, ger våra ansträngningar omöjliga förutsättningar över tid. Med detta som bakgrund efterfrågas översyn av prissättningsmodellen.

Rättspsykiatriska kliniken

.....
Tina Fogelklou
Rättspsykiatrichef

Bilaga 4**Jämförelse utomregionala priser (utanför egen sjukvårdsregion) mellan jämförbara rättspsykiatriska enheter.**

Nedan redovisas priser för rättspsykiatrisk vård vid några jämförbara enheter för perioden 2019-2021. Av tabellen framgår att den Rättspsykiatriska kliniken i Växjö ligger lägst i landet 2021.

Förhållandet bör beaktas enligt fjärde pinnsatsen i utredarens slutförslag.

	2019	2020	2021
Stockholm, Helix	7 999	8 277	8 430
Östergötland, Vadstena	7 950	9 100	7 950
Sörmland, Karsudden	7 370	7 804	8 175
Dalarna, Säter	7 820	8 280	8 673
Västernorrland, Sundsvall	6 396	6 600	6 772
Västerbotten, Umeå	9 354	9 904	10 191
Skåne, generellt vid kliniken	7 748	7 973	7 973
Växjö, vårdmiljö 2, regionpris	6 974	7 441	7 542

Bilaga 5

Intervjuade personer vid Södra sjukvårdsregionens avtalsgrupp, Rättspsykiatriska regionkliniken samt företrädare för Norra sjukvårdsregionen, Sjukvårdsregion Mellansverige samt Sydöstra sjukvårdsregionen.

Södra sjukvårdsregionens avtalsgrupp

Per Wendel, ordförande

Jan Steen, Region Skåne

Marie Håkansson, Region Blekinge

Simon Lindroos, Region Halland

Per Bilén, Region Halland

Jonny Duhr, Region Kronoberg

Rättspsykiatriska regionkliniken

Tina Fogelklou, klinikchef

Jonny Duhr, klinikekonom (även representant i sjukvårdsregionens avtalsgrupp)

Övriga sjukvårdsregioner

Annika Renström, Norra sjukvårdsregionen

Eva-Lena Aspetorp, Sjukvårdsregion Mellansverige

Göran Atterfors, Sydöstra sjukvårdsregionen (tillika utredare)