

RAKEL

Regional Arbetsgrupp för Klassifikationer
och Ersättningsmodeller

den 19 juni 2017

Agenda den 19 juni 2017

1. Anteckningar från föregående möte
2. Information från (inter)nationella grupper
3. Aktuellt om Registreringsregler
4. Aktuellt om Ersättning och resursfördelning
5. Aktuellt om Prestationsredovisning
6. Aktuella Terminologifrågor
7. Övriga frågor

Övriga frågor ?

1. Sveus-projektet
2. KPP
3. Status RAKEL
4.

Synpunkter på minnesanteckningar från föregående möte?

Information från nationella grupper

- ✓ Leif rapporterar
- ✓ Anneth rapporterar
- ✓ Övrigt?

Controllernätverk 1 juni 2017

10.00-10.50	Laget runt
10.50-11.30	Ersättning för digitala vårdtjänster, Agneta Rönn SKL
11.30-12.10	Översyn av ekonomiska nyckeltal, Anders Norrlid RKA
12.10-13.00	Lunch
13.00-13.40	BI i Region Västmanland, Anne Kronander
13.40-14.15	Analys av hälso- och sjukvårdens utveckling, Jonas Eriksson, Jenny Sandgren, Åke Karlsson, Fredrik Westander SKL
14.15-14.40	Kostnader för vårdskador, Einar Sjölund SKL
14.40-15.00	Kaffe
15.00-15.15	Produktivitetsnyckeltal, Jan Sölch, Kristina Bertov
15.15-15.30	KPP-insamling o Casemixkonferens, Leif Lundstedt SKL

Socialstyrelsens analyskonferens 7 juni

10:00 – 10:15 Introduktion till dagen.

10:15 – 11:05 Björn Wettermark från SLL berättar om deras strategi kring förflyttning från specialistvård till primärvård och hur de planerar att följa utvecklingen.

11:05 – 11:30 Gruppdiskussion

11:30 – 12:20 Lunch

12:20 – 12:40 Redovisning av gruppdiskussionen.

12:40 – 13:25 Jonas Eriksson från SKL presenterar ett projekt där de följer olika vårdområden utifrån olika ekonomiska aspekter, exempelvis ”kostnad per patient”

13:25 – 14:00 Gruppdiskussion och presentation av denna

14:00 – 14:30 Eftermiddagsfika

14:30 – 15:05 Johan Assarsson och Dennis Nordvall från Region Jönköpings län, samt Anna Willeus Löfgren från Socialstyrelsen, presenterar arbete kring process-ID som ett sätt att följa patienter inom hälso- och sjukvården.

15:05 – 15:40 Gruppdiskussion och presentation av denna

15:40 – 16:00 Uppsummering och avrundning av dagen

ACG Nordic User Forum 2017, Stockholm June 13

- 
- 10.00 - 10.10 Opening by Andreas Johansson, Ensolution AB
- 10.10 - 10.30 Current status ACG® System for the rest of world
Karen Kinder, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University
and Johns Hopkins HealthCare Solutions
- 10.30 - 12.00 Improving patient coordination through effective primary care management
Lizelle Steenkamp, Discovery Health, South Africa
- 12.00 - 13.00 Lunch
- 13.00 - 13.45 New versions and other existing news. Details on theory, background and
ideas for further development
Steve Sutch, Johns Hopkins HealthCare Solutions
- 13.45 - 14.30 Uppföljning av diagnossättning och kvalitetssäkring av ACG® i Region
Jönköping – så arbetar vi med vår uppföljningsmodell
Jonatan Vincent, Region Jönköping
- 14.30 - 15.00 Coffee break
- 15.00 - 15.45 Population health analytics and usage of the ACG® System in the UK
Alan Thompson, Director of User Support, UK Team Leader, Johns Hopkins
HealthCare Solutions
- 15.45 - 16.30 Open panel discussion held by Karen Kinder and other participants.

ACG Nordic User Forum 2017, Stockholm June 13

Uthopp till några bilder från dagen



Aktuellt om registreringsregler

Registreringsregler

- ✓ Ordförandebeslut sedan föregående möte
- ✓ Uppföljning beslut digital kontakt med ljud och bild i realtid

Aktuellt om ersättning och resursfördelning

Vårdval VG Primärvård

Ersättningsmodellen ...

- Primärvårdspengen följer individens val av vårdcentral
- Primärvårdspengen utgör nästan 85 % av ersättningen
- Primärvårdspengens storlek varierar utifrån individens ålder och kön samt vårdtyngd (ACG)
- Särskild ersättning för socioekonomi, geografi och tolk
- Målrelaterad ersättning för täckningsgrad och kvalitet
- Ersättning för ett växande antal särskilda uppdrag

Väsentliga förändringar från 2018

- Omräkning viktlista ålder och kön
- Förtydligande i text om särskild ersättning kvälls- och helgöppen mottagning
- Besök som genomförs på psykiatrisk öppenvårdsmottagning jämföras med hembesök i beräkning av täckningsgrad
- Prestationsersättning extern mellanliggande provtagning
- Två nivåer i ersättning för familjecentral
- Särskild ersättning för PTP in i KoK-boken
- Text om vikten att vårdcentralen godkänner utbetalning
- Ersättning vid utökat öppethållande
- Särskild ersättning för mobil hemsjukvårdsläkare
- Översyn ersättningsnivå i samtliga delar

Vårdval Rehab

Ersättningsmodellen ...

- Ersättning per poäng, baserad på vårdkontakter och viktning utifrån olika parametrar
- Komplettering med takkonstruktion
- Särskild ersättning för geografi
- Särskild ersättning för socioekonomi
- Målrelaterad ersättning för kvalitet
- Ersättning för särskilda uppdrag (tjänster via 1177.se, delar inom utbildningsuppdraget samt deltagande i vissa regionövergripande grupper)
- Ersättning för tilläggsuppdrag neuroteam

Strategi för Ersättningssystem i Västra Götalandsregionen

Omställning i vården – med piloter inom varje område



Vård som skapar värde = styrprincip

Personcentrerat arbetssätt

Andra metoder/arbetssätt (LEAN, processtyrning etc.)



1

Nära vården

2

Koncentration för kvalitet och tillgänglighet

3

Digitalisering

Förslag på "fyrhorn" / piloter

A SVEUS – Ryggkirurgi

B Ökad andel dagkirurgi

**Rekommenderas att tas
inom befintlig verksamhet**

**Behöver vidare detaljering
innan rekommendation**

C Njursvikt (Hem-dialys / Självdialys)

D Mobil hemsjukvård (Skaraborg)

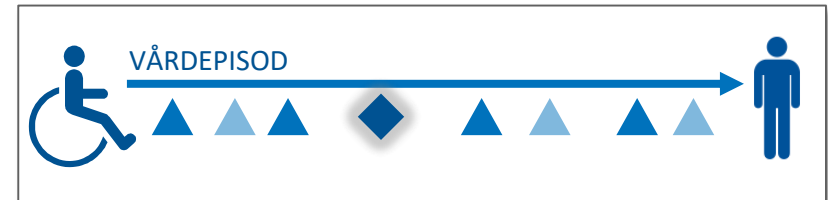
E SVEUS –Höft- och knäartroplastik, obesitaskirurgi

F Virtuell sjukvård, e-hälsobesök för en grupp av patienter

Ersättningspiloter inom höft & knäproteskirurgi, obesitaskirurgi och ryggkirurgi

Under hösten 2016 har expertgrupper inom Västra Götalandsregionen utvecklat modeller för vårdepisodersättning för tre patientgrupper

- Vårdgivaren får ett paketpris för en hel vårdkedja och ges ansvar för patientens hela vårdbehov (inklusive komplikationer)
- Paketpriset justeras efter patienternas förutsättningar
 - *Svårare patienter = högre ersättning*
- Paketpriset justeras utifrån uppnådda hälsoreultat
 - *Bättre resultat = högre ersättning*



Vårdepisodersättningen täcker rutinkontakter i vårdkedjan, potentiella komplikationer och justeras baserat på patientens hälsoreultat vid uppföljning

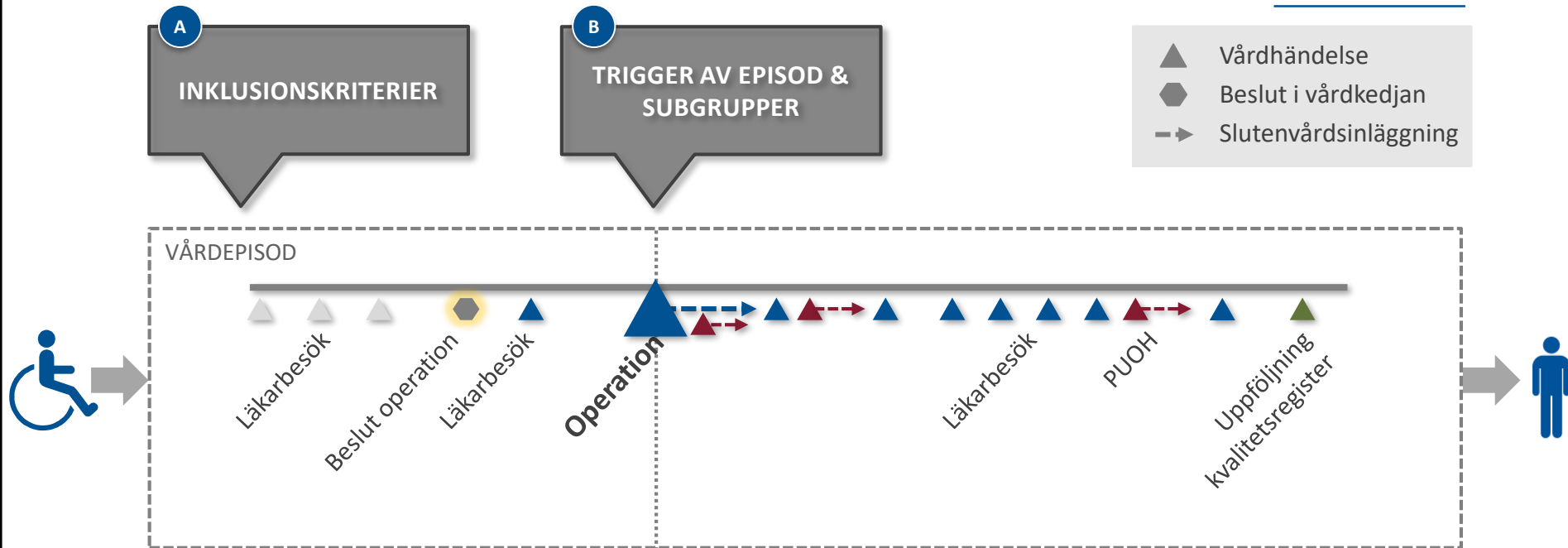
Vårdgivaren ges frihet och stimuleras att ta ett helhetsansvar för patienten med fokus på goda hälsoreultat och resurseffektivitet!

Tre piloter:

1. Höft och knäproteskirurgi
2. Obesitaskirurgi
3. Ryggkirurgi

5 huvudsakliga element definierar ersättningssystemet (generellt)

ILLUSTRATIVT



- C. Vårdkontakter som identifierats som rutinkontakter i vårdkedjan i inkluderas i vårdepisodersättningen.
- D. En genomsnittlig kostnad för komplikationer inkluderas (baserad på historisk frekvens).
- E. Ersättningen justeras baserat på patientens hälsoutfall (i förhållande till förväntat utfall, givet case mix).



*PUOH=potentiellt undvikbara oönskade händelser (i slutenvård)

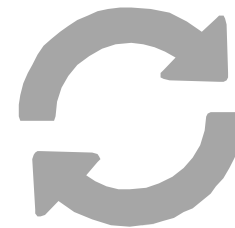
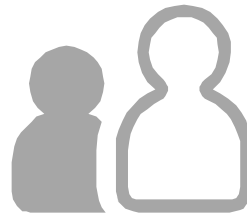
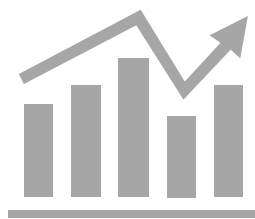
Ersättningsmodellerna har designats utifrån analys av historisk data och kalibrerats mot nuvarande ersättningssystem

Steg

- Analys av historisk data för att identifiera vilka rutinkontakter och PUOHs som bör inkluderas i episod.
- Framtagande av case mix-algoritmer som
- Simulering av ersättning enligt nytt ersättningssystem i förhållande till det nuvarande ersättningssystemet

Syfte

- Design av vårdepisoder och kostnadssättning av episoderna
- Möjliggöra justering av ersättningskomponenter utifrån patientens förutsättningar.
- Kalibrera nivån på vårdepisodersättning för att behålla kostnadsneutralitet för regionen



Ersättningspiloter 2017

	Antal episoder	Ojusterad basersättning/ episod	Ojusterad garantiersättning/ episod	Individjustering/ episod	Utfallsjustering***** *
Höft (H1)	☑	☑	☑	*	-
Höft (H2)	☑	☑	☑	*	-
Knä (K1)	☑	☑	☑	☑**	-
Knä (K2)	☑	☑	☑	_****	-
Obesitas	Inga episoder triggade då trigger kräver match med kvalitetsregister-data****				
Rygg (3 moduler)	Systemet uppdateras med definitioner av PUOH enligt definition som utarbetats i SLI *****				

*case mix-justering av ersättning i höft-systemet kräver uppdaterad data från kvalitetsregister (SHPR). Arbeta med uppdatering av denna data på Sveusplattformen pågår

**case mix-justering i knäsystemet kan utföras då algoritmer ej kräver någon data utöver VEGA-data.

***mycket få episoder hittills

****uppdatering av data från SOReg till Sveusplattformen pågår, därefter kan ersättningar beräknas

*****när implementering av definition för puoh slutförts kan ersättningar beräknas

*****utfallsjustering görs tidigast 1 år efter operation

Höftkirurgi (modul H1)

		Om sjukhusspecifikt viktpris (enligt nuvarande relativa skillnad i DRG-viktpris för slutenvård)			Om gemensamt (samma) viktpris på samtliga sjukhus		
Sjukhus	Antal episoder	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)
Alingsås Lasarett	28	68 712	4 470	-	77 223	5 024	-
Kungälv Sjukhus	24	81 499	5 302	-	77 223	5 024	-
NU-sjukvården	61	76 394	4 970	-	77 223	5 024	-
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	59	84 090	5 471	-	77 223	5 024	-
Skaraborgs Sjukhus	61	79 521	5 173	-	77 223	5 024	-
Södra Älvsborgs Sjukhus	29	70 265	4 571	-	77 223	5 024	-

Data visar episoder triggade mellan 2017-01-01 och 2017-02-28 (datatillgång på Sveusplattformen i dagsläget)

Ingen justering har kunnat utföras då kvalitetsregisterdata används i samtliga case mix-algoritmer och i nuläget är dessa data inte tillgängliga på Sveusplattformen. Arbetet pågår med att uppdatera data från höftprotesregistret på plattformen.

Höftkirurgi (modul H2)

		Om sjukhusspecifikt viktpris (enligt nuvarande relativa skillnad i DRG-viktpris för slutenvård)			Om gemensamt (samma) viktpris på samtliga sjukhus		
Sjukhus	Antal episoder	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)
Alingsås Lasarett	0			-			-
Kungälv Sjukhus	4	79 352	5 693	-	74 584	5 945	-
NU-sjukvården	5	74 381	5 337	-	74 584	5 945	-
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	3	81 874	5 874	-	74 584	5 945	-
Skaraborgs Sjukhus	3	77 425	5 555	-	74 584	5 945	-
Södra Älvsborgs Sjukhus	9	68 413	4 908	-	74 584	5 945	-

Data visar episoder triggade mellan 2017-01-01 och 2017-02-28 (datatillgång på Sveusplattformen i dagsläget)

Ingen justering har kunnat utföras då kvalitetsregisterdata används i samtliga case mix-algoritmer och i nuläget är dessa data inte tillgängliga på Sveusplattformen. Arbetet pågår med att uppdatera data från höftprotesregistret på plattformen.

Knäkirurgi (modul K1)

		Om sjukhusspecifikt viktpris (enligt nuvarande relativa skillnad i DRG-viktpris för slutenvård)			Om gemensamt (samma) viktpris på samtliga sjukhus		
Sjukhus	Antal episoder	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)
Alingsås Lasarett	37	71 000	5 259	-275.07	79 436	5 884	-307.76
Kungälv Sjukhus	28	84 213	6 238	-923.61	79 436	5 884	-871.21
NU-sjukvården	34	78 938	5 847	286.57	79 436	5 884	288.38
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	67	86 890	6 436	-185.25	79 436	5 884	-169.36
Skaraborgs Sjukhus	52	82 169	6 087	497.23	79 436	5 884	480.69
Södra Älvsborgs Sjukhus	40	72 605	5 378	-1653.6	79 436	5 884	-1809.18

Data visar episoder triggade mellan 2017-01-01 och 2017-02-28 (datatillgång på Sveusplattformen i dagsläget)

Knäkirurgi (modul K1)

		Om sjukhusspecifikt viktpris (enligt nuvarande relativa skillnad i DRG-viktpris för slutenvård)			Om gemensamt (samma) viktpris på samtliga sjukhus		
Sjukhus	Antal episoder	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad basersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/episod (SEK)
Alingsås Lasarett	37	71 000	5 259	-275.07	79 436	5 884	-307.76
Kungälv Sjukhus	28	84 213	6 238	-923.61	79 436	5 884	-871.21
NU-sjukvården	34	78 938	5 847	286.57	79 436	5 884	288.38
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	67	86 890	6 436	-185.25	79 436	5 884	-169.36
Skaraborgs Sjukhus	52	82 169	6 087	497.23	79 436	5 884	480.69
Södra Älvsborgs Sjukhus	40	72 605	5 378	-1653.6	79 436	5 884	-1809.18

Data visar episoder triggade mellan 2017-01-01 och 2017-02-28 (datatillgång på Sveusplattformen i dagsläget)

Knäkirurgi (modul K2)

Sjukhus	Antal episod er	Om sjukhusspecifikt viktpris (enligt nuvarande relativa skillnad i DRG-viktpris för slutenvård)			Om gemensamt (samma) viktpris på samtliga sjukhus		
		Genomsnittlig ojusterad basersättning/ episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/ episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/ episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad basersättning/ episod (SEK)	Genomsnittlig ojusterad garantiersättning/ episod (SEK)	Genomsnittlig individjustering/ episod (SEK)
Alingsås Lasarett	1	49 498	5 814	-	56 109	6 591	-
Kungälv Sjukhus	1	58 710	6 896	-	56 109	6 591	-
NU-sjukvården	1	55 032	6 464	-	56 109	6 591	-
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	2	60 576	7 116	-	56 109	6 591	-
Skaraborgs Sjukhus	1	57 284	6 729	-	56 109	6 591	-
Södra Älvsborgs Sjukhus	0			-			-

Data visar episoder triggade mellan 2017-01-01 och 2017-02-28 (datatillgång på Sveusplattformen i dagsläget)

Lika Poängpris / Kostnadsanalys

Februari 2017

Nuvarande ersättningsmodell upplevs som otydlig och i viss mån orättvis

Citat från intervjuer med ekonomichefer, controllers osv ute på sjukhusen



Jag har i många år försökt visa på orimligheten i modellen

”



Jag kan inte förklara varför vi får den ersättningen eller hur den räknas ut, den har bara alltid funnits där

”



Vi får ersättning för akutmottagningen men den motsvarar ej de kostnader vi har

”



Vid upplevd underfinansiering är det oklart om detta beror på volym eller pris

”



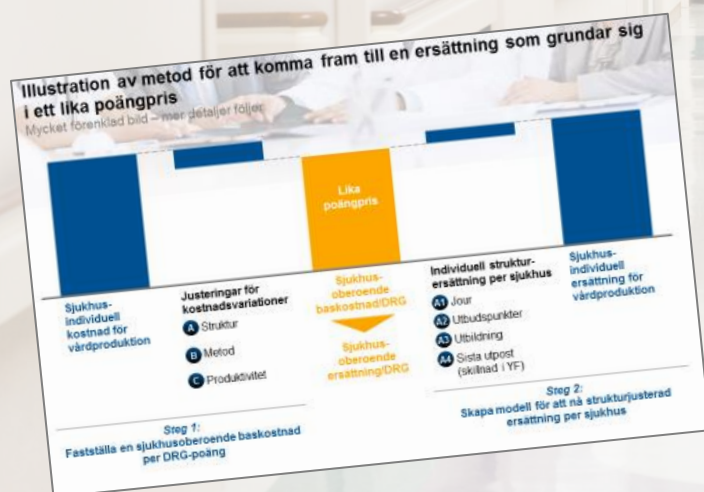
Systemet känns inte rättvist

”

Syftet med detta arbete är att ta fram ett gemensamt poängpris med kompletterande strukturersättning och lägga grunden för en komponentbaserad ersättningsdiskussion

i

Skapa metod för framtagande av gemensamt poängpris med kompletterande strukturersättning



ii

Lägga grunden för en komponentbaserad ersättningsdiskussion och därmed större transparens och förutsägbarhet

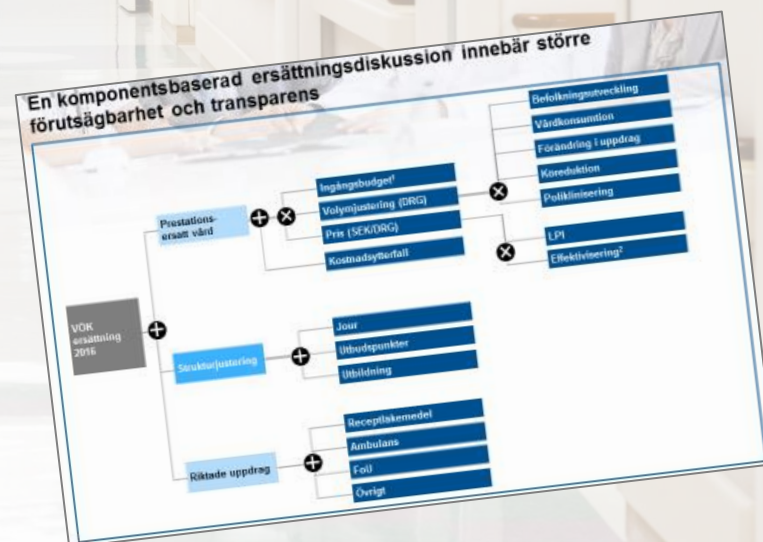


Illustration av metod för att komma fram till en ersättning som grundar sig i ett lika poängpris

Mycket förenklad bild – mer detaljer följer

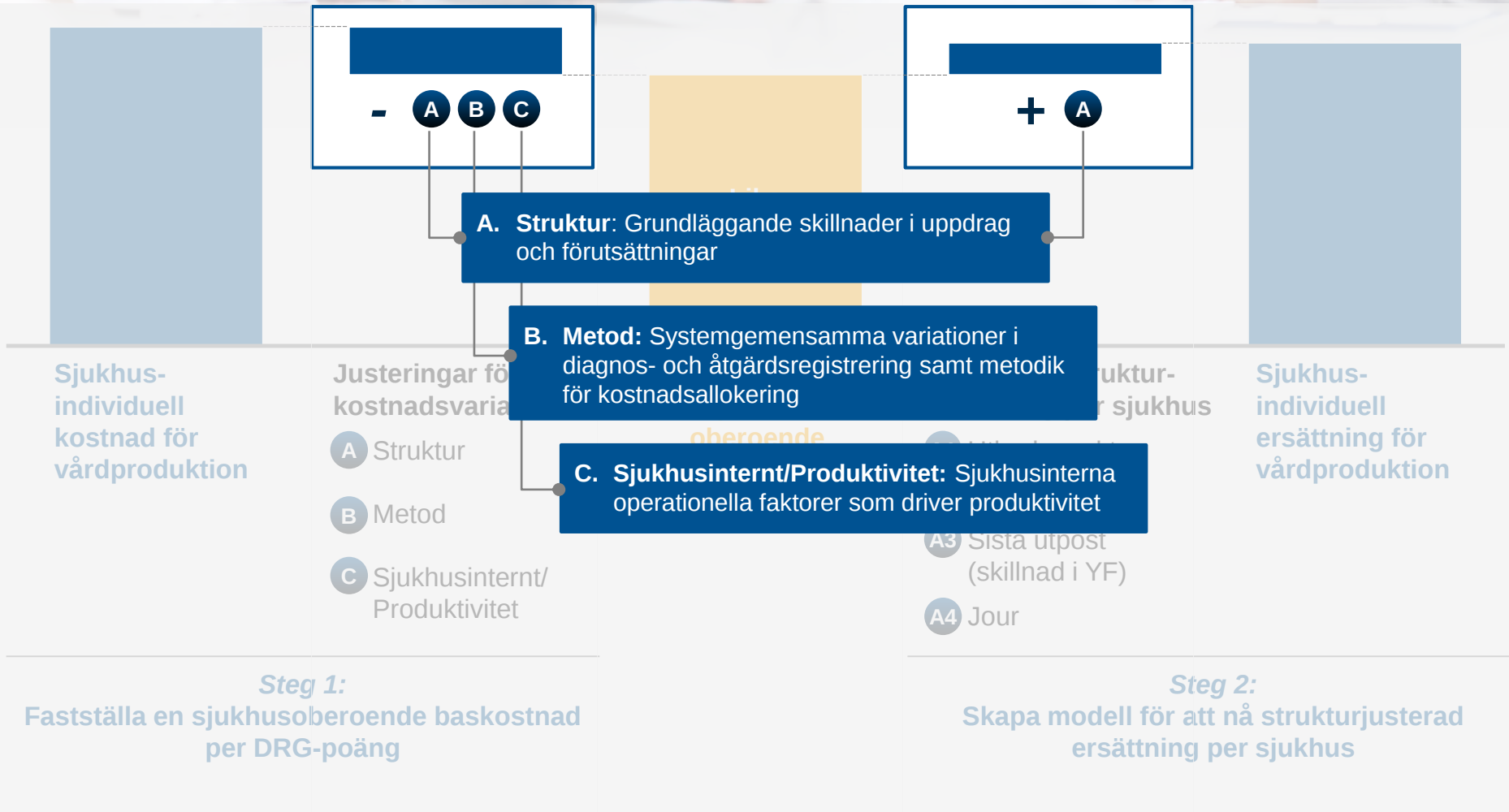


Steg 1:
Fastställa en sjukhusoberoende baskostnad per DRG-poäng

Steg 2:
Skapa modell för att nå strukturjusterad ersättning per sjukhus

Illustration av metod för att komma fram till en ersättning som grundar sig i ett lika poängpris

Mycket förenklad bild



Fullständig lista på förklaringsfaktorer till kostnadsvariationer som utretts i arbetet

Potentiella förklaringsfaktorer

A

Struktur

A1	Krav på utbudspunkter	✓
A2	Utbildning (randning)	✓
A3	Skillnad i andel ytterfall till följd av sista utposten/hänvisning	✓
A4	Jour – skillnad i behov	✓
A5a	Variation i personalkostnad/löner pga. geografiskt läge	✗
A5b	Variation i personalkostnad pga. varierande akutinflöde (dag/kväll/natt)	✗
A6	Skalfördelar vid många liknande fall/variation i exponering	✗
A7	Ökad kostnad pga tidigt införande av nya (ofta dyra) läkemedel ²	✗
A8a	Diagnosrelaterad skillnad i behov VI HAR MYCKET TYNGRE PATIENTER	✗
A8b	Ej diagnosrelaterad skillnad i behov MYCKET TOLKAR	✗
A9	Åldersmix av lokaler-PÅTVINGADE LOKALER KOSTAR OSS	✗
A10a	Utrustningsmix pga. investeringscykel	✗
A10b	Utrustningsmix pga. specifika uppdrag	✗

B

Metod

B1	Skillnader i diagnosregistrering	✓
B2	Olik utsalokering av kostnader i KPP	✗
B3	Underviktning av "tunga" DRG	✗

C

Sjukhusinternt: Produktivitet/residual¹

C1	Personalmix
C2	Nyttjande av vårdplatser
C3	Övriga produktivitetsskillnader (exv. skillnader i läkartid per patient)

1 C räknas ut som restkomponent – dvs återstående kostnadsskillnad mellan sjukhusen när justeringar gjorts för A och B.

Denna analyseras ej i detalj

2 Under utredning

B Översikt av metodrelaterade faktorer och förslag till hur hänsyn tas till detta vid framräknande av gemensamt baspoängpris

Initial hypotes och analys

Hur bör det ta hänsyn till

B1 Registrering

- Skillnader i **registrering** av diagnoser och åtgärder leder till olika antal DRG-poäng för likvärdig vård
- Analys visar att **NU och KS registrerar mest noggrant**

- I framtagande av ett lika poängpris förutsätts att **alla sjukhus bör kunna åstadkomma samma noggrannhet som det sjukhus som registrerar bäst**
- **Viktigast** i övergången till en ny ersättningsmodell är att **säkerställa att alla sjukhus gör på samma sätt**
- **Ingen justering** – men viktigt att säkerställa att sjukhusen redovisar så likvärdigt som möjligt

B2 Utallokering av KPP-kostnader

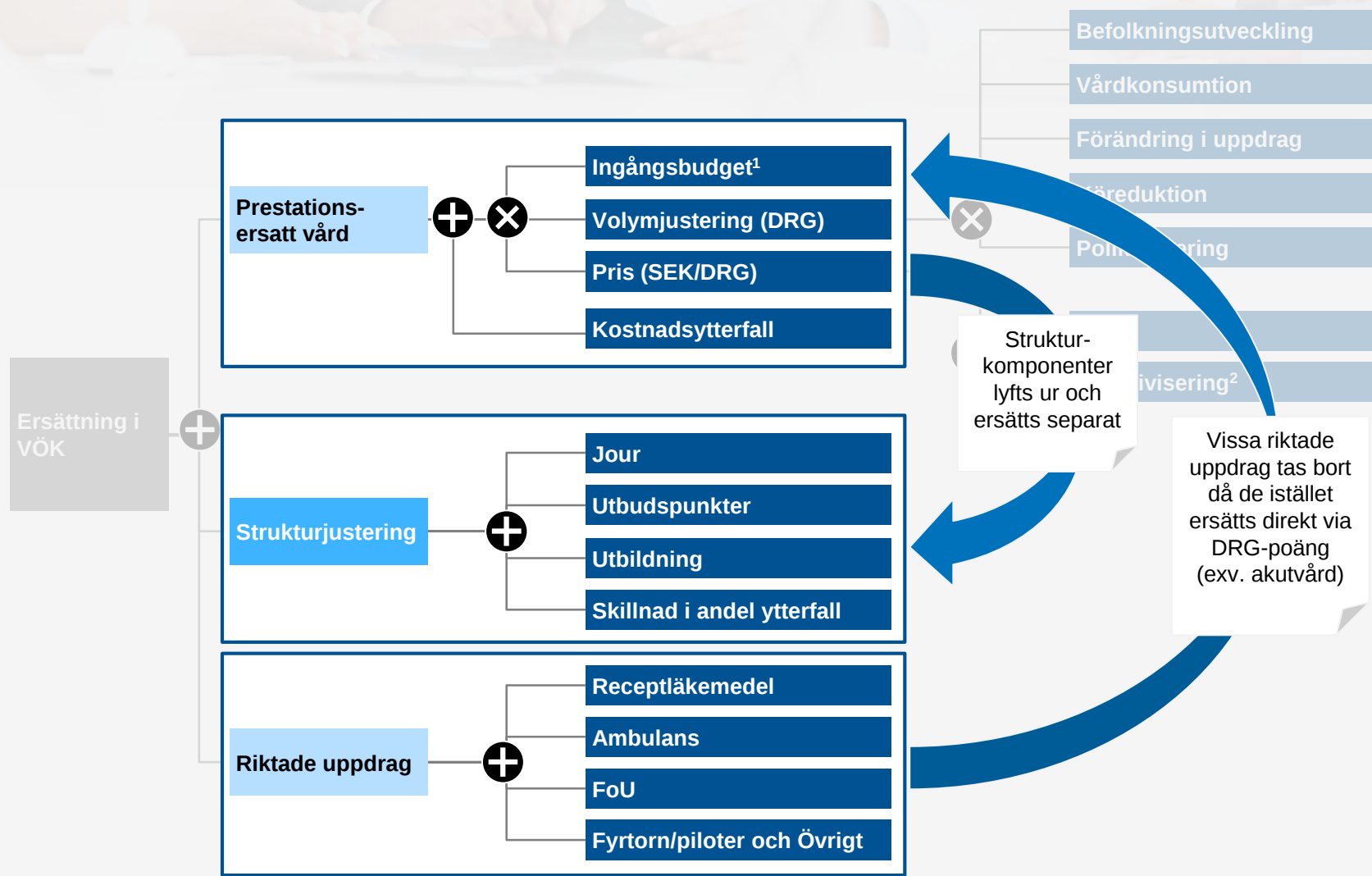
- **Skev utallokering av gemensamma kostnader i KPP kan skapa anomalier**
- Analys visar **oförklarade skillnader i**, vilket kan tyda på skillnader i tillämpning av KPP-principer

B3 Underviktning av tunga DRG

- Hypotes om **underviktning av "tunga DRG"** som endast behandlas på SU - som därmed "ensam" sätter vikten
- Analys visar **ingen sådan effekt**

- **Ingen justering**

Ersättningar baseras på nuvarande modell med vissa justeringar

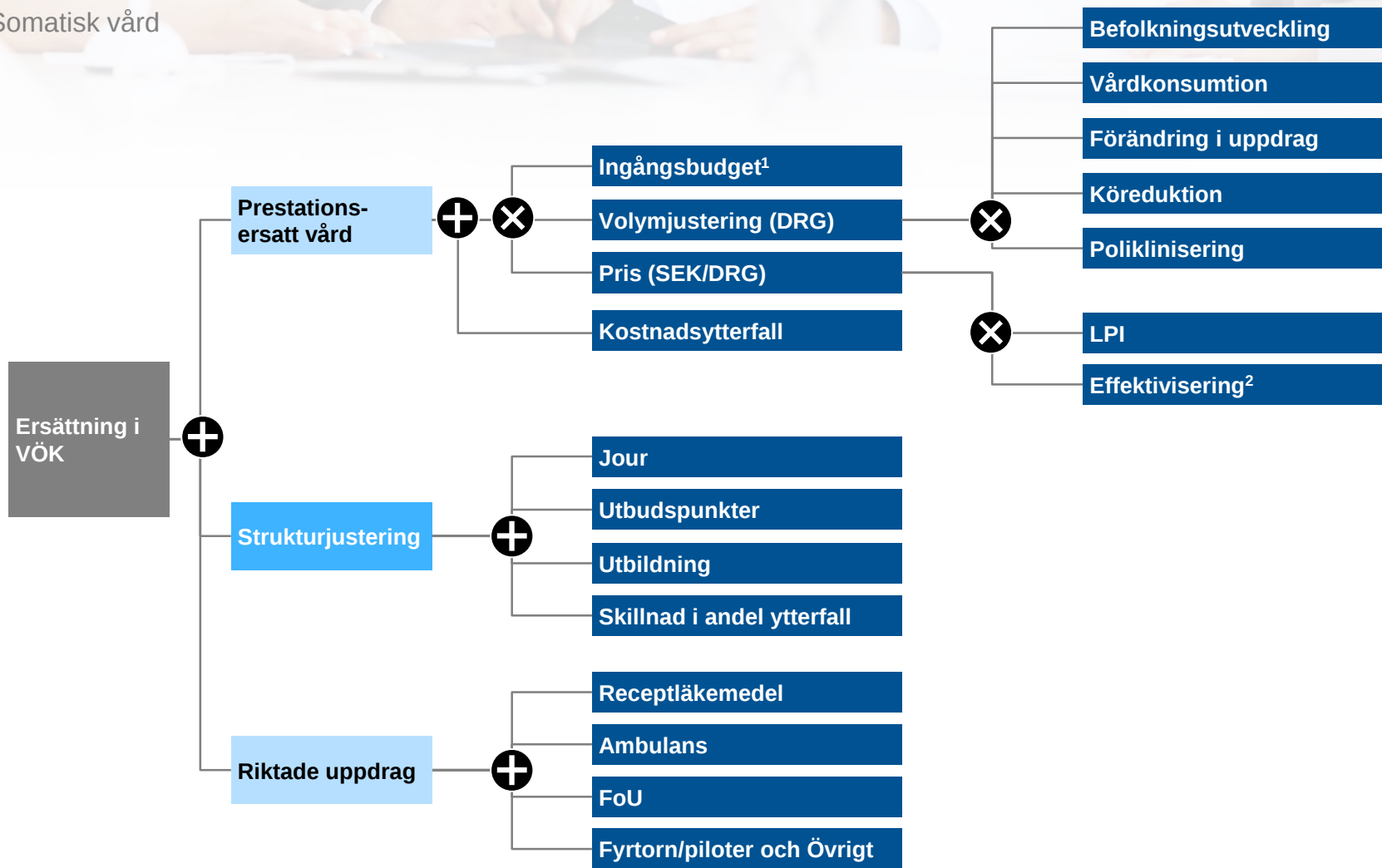


1 Under första året som modellen används utgår man från framräknad ersättning för prestationsersatt vård enligt metodik beskriven tidigare i materialet. Ovanstående bild förklarar hur ersättningen justeras år 2 och framåt.

2 Under en implementeringsperiod bör eventuellt hänsyn tas till olikheter i registrering och produktivitet (komponenter B och C)

En komponentsbaserad ersättningsdiskussion innebär större förutsägbarhet och transparens

Somatisk vård



1 Under första året som modellen används utgår man från framräknad ersättning för prestationsersatt vård enligt metodik beskriven tidigare i materialet. Ovanstående bild förklarar hur ersättningen justeras år 2 och framåt.

2 Under en implementeringsperiod bör eventuellt hänsyn tas till olikheter i registrering och produktivitet (komponenter B och C)

Sammanfattning – vad vinner vi på detta förslag?

Ansvar/uppdrag per part

Fördelar med detta förslag?

- Effekten blir att ansvaret/risken tydliggörs samt placeras på den part som är bäst lämpad att bära det
- Tydliggjorda ansvarsområden leder till ökad styrbarhet
- Större rättvisa och jämförbarhet mellan sjukhusen
- I en övergångsperiod kan det administrativa arbetet öka men när modellen är implementerad tros den leda till en lägre administrativa börda för såväl sjukhus som region

Vem ansvarar för vad?

Centralt (regionen)

- Besluta om **årlig prisuppräknning**
- Besluta om **princip, metod och belopp för strukturersättning** på övergripande nivå

Nämnder

- Besluta om **volym och uppdrag per sjukhus**
- Styra innehåll och fördelning av **riktade uppdrag**

Sjukhusen

- Klara tilldelat **effektiviseringsuppdrag**
- **Hålla budget** enligt satta volymförutsättningar
- **Kontrollera kostnader** i linje med förväntad kostnadsuppräknning per vårdenhet

Tankar kring implementering: Hur skulle det kunna se ut om vi går över till ett lika poängpris?

Stegvis modell för att implementera gemensamt baspoängpris



Kompenseras för



Kompenseras ej för

Förslag	Tidpunkt		
	År 1	År 2	År 3
Sjukhusindividuell kompensation för strukturella skillnader	✓	✓	✓
Sjukhusindividuell kompensation för registreringskillnader i en övergångsperiod	✓	50%	✗
Sjukhusindividuell kompensation för övriga produktivitetsskillnader i en övergångsperiod	✓	50%	✗

Ger utrymme att förbättra registreringsrutiner

Ger utrymme för sjukhus med "lägre produktivitet" att effektivisera

Arbete pågår med att vidare detaljera hur en implementering skulle kunna gå till

Aktuellt om prestationsredovisning

Produktivitetsindikatorer

2017-05-23

Förutsättningar

- Antalet strategiska indikatorer begränsas till 10 stycken.
- Jämförelse över tid per förvaltning är målet, ej jämförelse mellan förvaltningar.
- Indikatorerna ska vara enkla, representativa och möjliga att bryta ned till operativ verksamhet.
- Indikatorerna ska vara uppföljningsbara per månad.
- Fokus på produktivitet i termer av aktivitet per resurs, mindre fokus på kostnad.
- Sammansatta nyckeltal som exempelvis sammanvägda prestationer ska undvikas då de är svåra att tolka.
- Utfall kan behöva justeras i efterhand



Produktivitetsindikatorer Delår 1

Nr	Område	Vårdform	Indikator	Täljare	Nämnare	Vad visar indikatorn?	
1	Somatik	Slutenvård	Nyttjandegrad operationssalar	Operationstid	24 timmar per dygn	Hur väl nyttjas våra operationssalar?	↑
2	Somatik	Slutenvård + öppenvård	Operationer per dag	Operationer	Dagar i månaden	Hur många operationer görs per dag?	↑
3	Somatik	Slutenvård	Arbetsinsats per vård dygn, somatik	Utförda timmar	Vård dygn	Hur mycket arbetstid lägger personalen per vård dygn?	↓
4	Psykiatri	Slutenvård	Arbetsinsats per vård dygn, psykiatri	Utförda timmar	Vård dygn	Hur mycket arbetstid lägger personalen per vård dygn?	↓
5	Somatik	Öppenvård	Vårdkontakter per dag, somatik	Vårdkontakter	Utförda timmar per dag omräknat till nettoårsarbeten	Hur många vårdkontakter gör vårdpersonalen per dag?	↑
6	Psykiatri	Öppenvård	Vårdkontakter per dag, psykiatri	Vårdkontakter	Utförda timmar per dag omräknat till nettoårsarbeten	Hur många vårdkontakter gör vårdpersonalen per dag?	↑
7	Somatik	Öppenvård	Behandlingar per månad, läkare	Behandlingar och utredningar	Utförda timmar av läkare per dag omräknat till nettoårsarbeten	Hur många behandlingar gör en läkare per månad?	↑
8	Somatik	Öppenvård	Vårdkontakter per månad, läkare	Vårdkontakter	Utförda timmar av läkare per dag omräknat till nettoårsarbeten	Hur många vårdkontakter har en läkare per månad?	↑
9	Akuten	Akutvård	Arbetsinsats per akutbesök, exkl. läkare	Utförda timmar (exkl. läkare)	Akutbesök	Hur mycket tid läggs i genomsnitt per akutbesök (exkl. läkare)?	↓
10	Akuten	Akutvård	Arbetsinsats per akutbesök, läkare	Akutbesök	Utförda timmar av läkare per dag omräknat till nettoårsarbeten	Hur många akutbesök gör läkarna per dag?	↑

Stor spridning mellan förvaltningar (mars)

Nr	Område	Vårdform	Indikator	Lägsta	Högsta
1	Somatik	Slutenvård	Operationstid/tillgänglig tid	9,51%	21,98%
2	Somatik	Slutenvård + öppenvård	Totalt antal operationer/dag	18	181
3	Somatik	Slutenvård	Utförd tid/vårddygn	9,7	22,3
4	Psykiatri	Slutenvård	Utförd tid/vårddygn	14,1	26,5
5	Somatik	Öppenvård	Antal vårdkontakter /nettoårsarbetare /dag	0,6	4,4
6	Psykiatri	Öppenvård	Antal vårdkontakter /nettoårsarbetare/dag	0,6	1,4
7	Somatik	Öppenvård	Antal behandlingar/utredningar/ läkare nettoårsarbetare	2,1	33,9
8	Somatik	Öppenvård	Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare	47,6	105,4
9	Akuten	Akutvård	Utförd tid (alla utom läkarna) /antal akutbesök	2,2	3,4
10	Akuten	Akutvård	Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag	2,9	16,3

Definition Produktivitetsindikator 1

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Somatik	Operationstid/tillgänglig tid	Sjukhusen behöver ta fram underlag.	Sjukhusen behöver ta fram underlag.	Format för inrapportering behöver fastställas. Är operationssalarna konstanta?

Definition Produktivitetsindikator 2

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Somatik	Totalt antal operationer/dag	Totalt antal operationer, ej knutet till operationssal. Åtgärds-koder. (Befintlig data (Elvis)/ Snabbfakta)	Kalenderdag	Är operationssalarna konstanta?

Definition Produktivitetsindikator 3

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Somatik	Utförd tid/vårddygn	Vårdnära personal inom somatisk slutenvård. Utförd tid personalkuben, filtrerad på A-H1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år.	Antal vårddygn 06.00, data ur Beläggningskuben	Fördelning (%talet) behöver tas fram av sjukhusen.



Definition Produktivitetsindikator 4

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Psykiatri	Utförd tid/vårddyg	Vårdnära personal inom psykiatrisk slutenvård. Utförd tid personalkuben, filterad på A-H1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år.	Antal vårddyg 06.00, data ur Beläggningskubent	Fördelning (%talet) behöver tas fram av sjukhusen.

Definition Produktivitetsindikator 5

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Somatik	Antal vårdkontakter /nettoårsarbetare /dag	Kontakttyper F, E, EF, I, J, D, G, H, M, P, TB, (Vega) exklusive alla besök på de somatiska akutmottagningarna. (Akutendatabasen)	Vårdnära personal inom somatisk öppenvård exklusive stora akutmottagningar, Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på A-H1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år. Delas med 165 (snitt årsarbetsdagar) Utfallet delas med antalet kalenderdagar.	Flagga akutpersonal i nyckel och ska inte tas med i Nämnaren.



Definition Produktivitetsindikator 6

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Psykiatri	Antal vårdkontakter /nettoårsarbetare/dag	Kontakttyper F, E, EF, I, J, D, G, H, M, P, TB, (Vega)	Vårdnära personal inom psykiatrisk öppenvård. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på A-H1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år. Delas med 165 (snitt årsarbetsdagar) Utfallet delas med antalet kalenderdagar.	OBS! psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel



Definition Produktivitetsindikator 7

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Somatik	Antal behandlingar/utredningar/ läkare nettoårsarbetare	Läkarbesök KVÅkoder, behöver definiera/besluta vilka koder som ska ingå. (Vega) Öppenvård inklusive Akuten.	Läkartid inom somatisk öppenvård. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på C1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år. Delas med 165 (snitt årsarbetsdagar) Utfallet delas med antalet kalenderdagar.	SU har tagit fram lista med KVÅkoder



Definition Produktivitetsindikator 8

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Somatik	Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare	Läkarbesök för Kontakttyper F, E, EF, I, J, D, G, H, M, P, TB, (Vega) inklusive Akuten.	Läkartid inom somatisk öppenvård. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på C1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år. Delas med 165 (snitt årsarbetsdagar) Utfallet delas med antalet kalenderdagar.	



Definition Produktivitetsindikator 9

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Akuten	Utförd tid (alla utom läkarna) /antal akutbesök	Vårdnära personal inom somatisk öppenvård på stora akutmottagningar. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på A-H1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, (exkluderas C1) nyckel tas fram 1gg/år.	Alla akutvårdsbesök för akutmottagningarna. Hämtas från Akutendatabasen.	



Definition Produktivitetsindikator 10

Område	Förslag indikator	Definition Täljare	Definition Nämnare	Kommentar
Akuten	Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag	Alla akutvårdsbesök läkare för akutmottagningarna. Hämtas från Akutendatabasen	Läkartid på akutmottagning. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på C1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år. Delas med 165 (snitt årsarbetsdagar) Utfallet delas med antalet kalenderdagar.	



Aktuella terminologifrågor

Övriga frågor ?

1. Sveus-projektet
2. KPP
3. Status RAKEL
4.



SVEUS

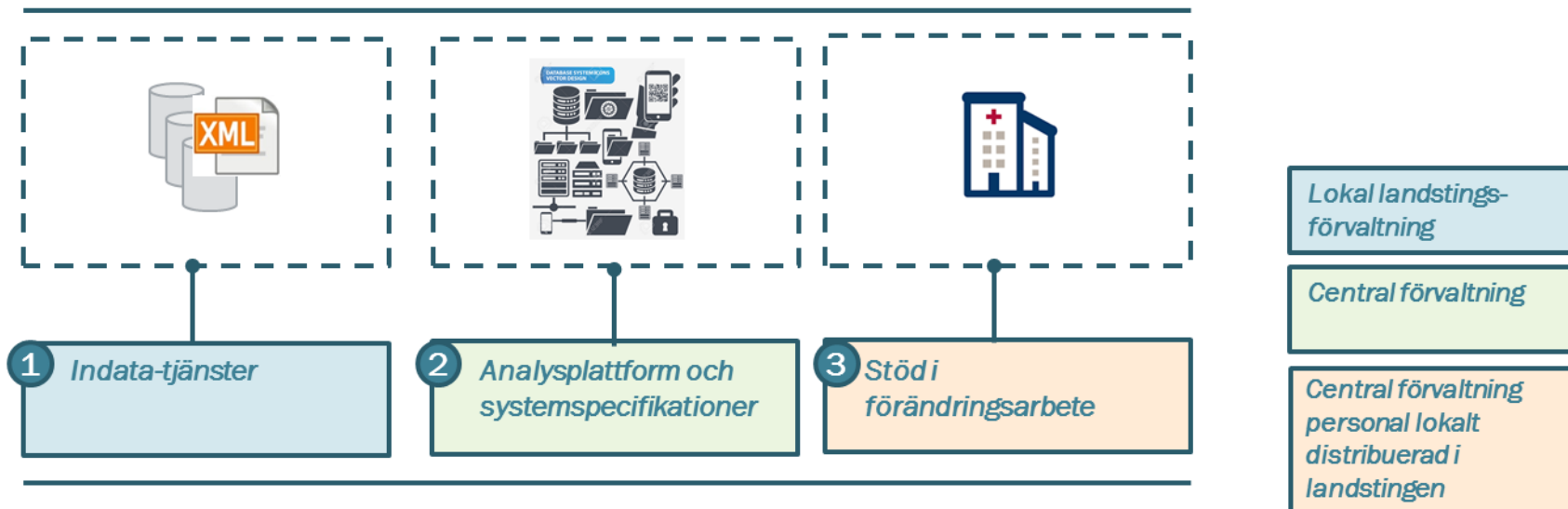
När hälsan välnas



Sveus i förvaltning efter 2017

- Sveus övergår i förvaltningsorganisation senast 1 januari 2018
- En förfrågan har överlämnats till SKL
- Förslag till förvaltning innefattar:

Förvaltningsobjekt



KPP – Kostnad Per Patient

KPP två ggr/år - Förutsättningar

- Dagens uppsättningar medger ett temporärt KPP (jan-jun) och sedan ett definitivt (jan-dec) där eftersläpning i bokföring och produktionsredovisning hantera
- Resurser måste avsättas på sjukhusen och de små sjukhusen kan behöva mer stöd från KK/andra sjukhus.
- Automatisering av OH-fördelning införd, se förslag nedan. Kan kräva uppdatering till nyare version
- Att regionservice levererar filer för alla sina tjänster så sjukhusen har det på rätt nivå redan i bokföringen. Kräver beslut från ekonomi centralt.
- Månatlig kontroll av vårdtjänsterna
- Att automatimporter fungerar perfekt (uttag källsystem VGR-IT samt behörigheter, uppgradering costperform etc)
- Högre automatiseringsgrad vad gäller särkostnadsfiler behövs.
- Att fler lär sig använda KPP då experterna blir mer upptagna med att utföra kalkylering (mindre analys)
- Att årsvisa inläsningar av särkostnader blir månadsvisa

KPP
Period
jan-dec
för 2017

**Förberedelser klart
15/1.**

- Jobbat igenom produktionen etc
- Skapa kalkylperiod

Ekonomi inläst 25/1.

- Uppdatera KS/HK/SK
- Arbeta med allokeringar från KS (via HK) till SK

Personal inläst 14/2.

- Justeringar av kända fel

**Produktion inläst
19/2.**

- Tidsätta öppenvård, KVÅ etc

Flaggning klar 23/2

- Flagga 1-4
- Vårdgivande personal

Uppräk
ning
FK2018
27/2

Avstämning 10/3.

- Justera fasta belopp
- Parkera det som matchas
- Allokeringar ner till VT ok

**Omräkning
särkostnader 22/3.**

- Parkerat jmf matchade värden
- Justeringar db

**Export kostnadslista
30/3.**

- Uppdatera Insight
- Uttag för kontroll

Kontroller 13/4.

- Avstämning mot TKB
- Rimlighets bedömningar
- Ev jämförelser andra sjukhus

KPP klart sjukhusen
20/4.

KPP
2017
klart
VGR
20/4

Ursprungligt
förslag

Temp
KPP
Period
jan-jun
2018

**Förberedelser klart
15/6.**

- Jobbat igenom produktionen etc
- Skapa kalkylperiod

Ekonomi inläst 13/8.

- Uppdatera KS/HK/SK
- Arbeta med allokeringar från KS (via HK) till SK

Personal inläst 13/8.

- Justeringar av kända fel

**Produktion inläst
10/8.**

- Tidsätta öppenvård, KVÅ etc

Flaggning klar 24/8

- Flagga 1-4
- Vårdgivande personal

6
MÅ
N

Avstämning 31/8.

- Justera fasta belopp
- Parkera det som matchas
- Allokeringar ner till VT ok

**Omräkning
särkostnader 7/9.**

- Parkerat jmf matchade värden
- Justeringar db

**Export kostnadslista
14/9.**

- Uppdatera Insight
- Uttag för kontroll

Kontroller 28/9.

- Avstämning mot TKB
- Rimlighets bedömningar
- Ev jämförelser andra sjukhus

Temp KPP klart
sjukhusen 12/10
2018.

KPP
Jan-jun
2018
klart
20/10

Kalkylering Diagnostik

Status kalkyler

I detta uppdrag
Ofullständig
I pilot

2014, 2015 och 2016 anger det år som använts för ekonomi och produktion i kalkylerna

	Klinisk Kemi (2014)	Transfusions- medicin (2015)	Patologi (2016)	Mikrobiologi (2015)	Klinisk fysiologi och Nuklearmedicin (2016)	Radiologi och Nuklearmedicin (2016)
SU	★	★	★	★	★	★
SU barn					★	★
NU		★	★	★	★	★
SkaS					★	★
SÄS		★	★	★		★
KS		★				★
AS						★
ANS						★
FSS						★

Status RAKEL

Planerade möten:

Torsdagen den 28 september, klockan 13 - 16

Torsdagen den 30 november, klockan 13 - 16

Nytt namn på gruppen

Ny uppdragshandling

Ny ordförande