

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: 8.30-12.00 Hörsalen Ösd sjukhus, 13.00-17.00 Styrelserummet, Reg

Ordförande

Ann-Marie Johansson (S)

Ledamöter

Bengt Bergqvist (S), 3:e vice ordförande
Robert Uitto (S)
Anders Frimert (S)
Jenny Sellsve (S)
Christer Siwertsson (M), Vice ordförande
Susanné Wallner (M)
Jan-Olof Andersson (M)
Thomas Andersson (C)
Elin Lemon (C), 2:e vice ordförande
Anton Nordqvist (MP)
Jörgen Blom (V)
Bengt-Åke Arendolf (SD)

Ersättare

Carina Fröberg (S)
Björn Sahlin (S)
Linn Berglin (S)
Niklas Rhodin (S)
Kristina Holm (S)
Lise Hjemgaard-Svensson (M)
Elise Ryder Wikén (M)
Thomas Gutke (M)
Eva Hellstrand (C)
Lennart Ledin (L)
Lars-Erik Olofsson (KD)
Elin Hoffner (V)
Thomas Johansson Nordqvist (SD)

Övriga

1. Program för regionstyrelsen 7 december 2016

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 7 december 2016

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslistan

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för regionstyrelsen har preliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade vid sammanträdet utsänts till ledamöter och ersättare.

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

4. Regiondirektörens rapport 2016 (RS/7/2016)

Ärendebeskrivning

- Hälso- och sjukvårdsdirektörens verksamhetsplan 2017
- Bemanningsprojektet
- Förberedelsearbetet inför regionbildning i Norrland
- Redovisning av kompletteringar i regionstyrelsens verksamhetsplan
- Information om hantering av förslag i rapporten Genomlysning av kirurgen, ögon och öron

5. Månadsrapport oktober 2016 (RS/8/2016)

Ärendebeskrivning

Resultatet per oktober 2016 var -70,1 mkr (2015 -106,2 mkr). Nettokostnadsökningen till och med oktober var 2,3 procent (okorrigerat 3,4 procent). Efter mindre förändringar av prognoserna från verksamheten, samt en förnyad bedömning av bl a hur mycket av regionens specialdestinerade statsbidrag som kommer att förbrukas i år, förbättras prognostiserat resultat för 2016 till -215 miljoner kronor (-225 miljoner kronor i september-rapporten).

Minskningen i utförd tid jan-sept 2016 jämfört med jan-sept 2015 motsvarade 15 heltidstjänster. Omräknat till helårseffekt minskade arbetade timmar motsvarande 20 årstjänster. Verksamhetens intäkter ökade med 11,9 procent till och med oktober

2016 jämfört med samma period 2015. Det beror bl a på höjningen av patientavgifterna, ökad försäljning av sjukvård samt större bidrag från Migrationsverket. Bruttokostnaderna ökade med 4,1 procent, varav personalkostnader exkl pensioner 1,4 procent, pensionskostnader 10,0 procent, bemanningsföretag 38,0 procent, riks- och regionvård 7,9 procent och läkemedel 10,0 procent.

Likviditeten uppgick till 250 miljoner kronor per den sista oktober. Det innebär att den minskat med ca 100 miljoner kronor sedan årsskiftet.

Variationen mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården, när det gäller att nå målen för tillgänglighet är stor, men som helhet uppnår hälso- och sjukvården inte målen. Andelen patienter som väntat mindre än fyra timmar på akuten har de senaste månaderna legat ungefär tio procentenheter högre än i början av året. Andelen var per oktober 66 procent (mål 70 procent).

Förslag till beslut

Månadsrapport oktober 2016 godkänns.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Månadsrapport oktober 2016
- Månadsrapport oktober 2016

6. Regionstyrelsens uppföljning 2016 om LUP sjukskrivningar (RS/1982/2016)

Ärendebeskrivning

Den långsiktiga utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal som Regionfullmäktige fastställde under år 2015 innehåller ett trettioital mål och aktiviteter. En lägesrapport per november bifogas i bilaga till ärendet.

Målen i planen har till viss del redan uppnåtts och huvuddelen av aktiviteterna pågår eller är klara. Delar som bör få särskilt fokus i det fortsatta arbetet är:

- Ökad andel deltidssjukskrivningar.
- Mindre skillnader mellan könen
- Fler kontakter med arbetsgivare för att hitta möjligheter till anpassningar på arbetet.

Region Jämtland Härjedalen har under året fått nya redskap för att analysera konsupplad statistik, framförallt Statistiktjänsten och Rehabstöd men även rapporter kopplat till nytt vårdsystem.

Sammantaget ser bilden i regionen i stort ut som för övriga landet. Kvinnor står för majoriteten av vårdbesök och sjukskrivningar medan männen har färre men ofta längre sjukskrivningsepisoder. Männen är i högre grad heltidssjukskrivna medan deltidssjukskrivningar är vanligare för kvinnor. Sjukskrivningar orsakat av psykiska sjukdomar har under senare år ökat för båda könen men ser nu ut att vara på väg ner i antal. Detta gäller både kvinnor och män. Bland kommunerna så ligger Härjedalens

och Åres sjuktal lägre än riksgenomsnittet medan övriga kommuner ligger över riksgenomsnittet. Högst sjuktal, mätt i sjukpenningdagar, har Ragunda och Bräcke kommuner.

Störst antal sjukskrivna finns i diagnosgrupperna F30-39 (förstämningssyndrom) samt M50-54 (andra ryggsjukdomar). Dessa grupper står för en betydande del av länets sjukskrivna. Under året ses en svagt sjunkande trend för dessa stora sjukdomsgrupper i Jämtlands län. Antalet män minskar i båda diagnosgrupperna medan en svag ökning fortsatt kan ses för kvinnor med förstämningssyndrom.

Utvecklingen av sjuktalet är mycket positiv för både Regionen som arbetsgivare och för länet som helhet. Sänkningen är för närvarande snabbast i landet.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal godkänns.

Expedieras till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Processledare sjukskrivningsprocessen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning LUP sjukskrivningar
- Rapport Uppföljning LUP sjukskrivningar

7. Regionstyrelsens uppföljning 2016 av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd (RS/1988/2016)

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden svarat på remiss angående det regionala trafikförsörjningsprogrammet och lämnat synpunkter på översyn av reglemente för pensionärsrådet samt gjort studiebesök och tagit del av informationer från verksamheter.

Rådet har under perioden 2015-08--2016-12 haft nio protokollförda sammanträden.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd godkänns.

Expedieras till

Pensionärsrådet

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse rapport uppföljning pensionärsråd
- Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd 2016.

8. Regionstyrelsens uppföljning 2016 av Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen (RS/1631/2016)

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för funktionshinderorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på remisser, tagit del av informationer från verksamheter, haft studiebesök, samt arrangerat Tillgänglighetskonferensen 2016.

Rådet har under perioden haft fyra protokollförda sammanträden, samt fyra sammanträden med rådets arbetsutskott.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd godkänns.

Expedieras till

Tillgänglighetsrådet

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning tillgänglighetsråd 2016
- Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd 2016

9. Svar på remiss DS 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus (RS/1491/2016)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Socialdepartementet getts möjlighet att lämna synpunkter på departementspromemorian Driftformer för universitetssjukhus.

Promemorian innehåller förslag som innebär att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Vissa övergångsbestämmelser föreslås och Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Vid utarbetande av remissvar har samarbete skett med Västerbottens läns landsting som är ansvariga för Norrlands Universitetssjukhus. Svaret ska vara Socialdepartementet tillhanda senast 25 november. Ett preliminärt remissvar har därför skickats in och slutlig version lämnas efter regionstyrelsens beslut. Beslut ska därför tas med omedelbar justering.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på remiss Driftsformer för universitetssjukhus per 2016-11-20 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Planeringsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss DS 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus
- Remissvar DS 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus
- Remissmissiv gällande Ds 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus
- Remiss Ds 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus

10. Svar på remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (RS/1492/2016)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har beretts möjlighet att yttra sig över Socialdepartementets promemoria om Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Promemorian innehåller förslag som syftar till att förtydliga att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. När ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska avtalet innehålla villkor om detta. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen. Svaret ska vara Socialdepartementet tillhanda senast 25 november. Ett preliminärt remissvar har därför skickats in och slutlig version lämnas efter regionstyrelsens beslut. Beslut ska därför tas med omedelbar justering.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård, antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård
- Svar på remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård
- Missiv till remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (2/3)
- Remiss Promemorians huvudsakliga innehåll: Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

11. Svar på Granskning av flyktingmottagandet (RS/1628/2016)

Ärendebeskrivning

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av flyktingmottagandet inom primärvården. Granskningens övergripande syfte har framförallt varit att svara på om regionstyrelsen och vårdvalsnämnden har en tillfredsställande styrning och kontroll av v om hälso- och sjukvården för flyktingar är ändamålsenligt och om det finns tillfredsställande rutiner för att återsöka medel från Migrationsverket. Granskningen har också syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av om behovs- och solidaritetsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inom primärvården vid behov av prioriteringar.

Granskningen har utgått från följande frågeställningar;

- Finns en tillfredsställande styrning i form av mål, uppdrag, rutiner, riktlinjer etc
- Finns en tillfredsställande organisation och ansvarsfördelning?
- Finns förutsättningar i form av kompetenser och IT-stöd?
- Finns en tillfredsställande information för flyktingar i hälso- och sjukvård?
- Finns en tillfredsställande egenkontroll i form av avvikelshantering och klagomålshantering?
- Sker ett aktivt tillvaratagande av resultat av egenkontrollen?
- Finns en tillfredsställande uppföljning av mål och uppdrag?
- Finns en tillfredsställande återrapportering av mål och uppdrag till Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden?

Granskningen har avgränsats till flyktingmottagandet inom primärvården.

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, djupintervjuer och genom två enkätundersökningar.

Regionstyrelsen har fått i uppdrag att svara på vilka åtgärder styrelsen avser att vidta med anledning av resultatet i rapporten. Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Även vårdvalsnämnden har fått svara på några reflektioner från revisionen (VVN/21/2016).

Förslag till beslut

Upprättat förslag till svar på granskning av flyktingmottagandet per 2016-11-17 antas.

Expedieras till

Regionens revisorer
Utvecklingsstrateg
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på Granskning av flyktingmottagandet
- Svar på granskning av flyktingmottagandet
- Svar från VVN till revision granskning flyktingmottagandet
- Granskning av flyktingmottagandet
- Revisionsrapport granskning av Flyktingmottagandet

12. Utredning om förutsättningarna för att säkerställa reservvattenförsörjningen till sjukhuset (RS/1124/2016)

Ärendebeskrivning

Vid regionstyrelsens sammanträde 27-28 april 2016 fick regiondirektören i uppdrag att skyndsamt utreda förutsättningarna för ett säkerställande av reservvattenförsörjningen till sjukhuset. Bakgrunden var Östersunds kommuns vattenskada den 20 april och dess stora påverkan på sjukhuset. Frågan om vattenförsörjningen är mycket viktig för driften av sjukhuset och har diskuterats med Östersunds kommun under lång tid.

En utredning har nu gjorts som bland annat redovisar olika alternativ för sjukhusets vattenförsörjning och föreslår att regionen bör gå vidare med en anslutning till Krokoms kommuns vattensystem vid Ås vattenverk och ha Östersunds kommuns leveranskapacitet av vatten som reservlösning.

Östersunds kommun arbetar med en VA-plan som beräknas vara klar i december 2017.

Innan beslut i frågan om reservvattenförsörjning tas bör frågan diskuteras med Östersunds kommun i ZÖ-gruppen.

Förslag till beslut

Frågan om säkerställande av reservvattenförsörjningen till Östersunds sjukhus tas upp i ZÖ-gruppen.

Expedieras till

Fastighetschef
Sammanställande ZÖ-gruppen
Östersunds kommun

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Utredning om förutsättningarna för att säkerställa reservvattenförsörjningen till sjukhuset
- Utredning reservvattenförsörjningen

13. Uppföljning av fördelning av medel för stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (professionsmiljarden) (RS/176/2016)

Ärendebeskrivning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har gjort en överenskommelse med staten om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Den övergripande målsättningen med överenskommelsen är att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård genom att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka tid för patientnära arbete och stärka Regionens planering av kompetensbehov.

Definierad utvecklingsområden (syfte) är

- IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- Smartare användning av medarbetarnas kompetens
- Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning

25 miljoner kronor är beviljade till Region Jämtland Härjedalen för år 2016.

Regionstyrelsen godkände 2016-05-24—25, § 131 förslaget till fördelning av tilldelade medel 2016 och beslutade att regiondirektören får delegera till hälso- och sjukvårdsdirektören att fatta detaljbesluten och omdisponera mellan kostnadsposterna. En uppföljningsrapport om medlens användning ska lämnas till styrelsen under hösten 2016.

Process

Verksamheterna fick lämna in förslag på aktiviteter som passar mot syftet. Det kom in ca 100 förslag. Prioritering av aktiviteterna skedde genom en workshop med aktuella chefer. Därefter fick experter inom aktivitetsområdet lämna synpunkter. Det togs också hänsyn till att bevilja medel brett i verksamheten. Cirka hälften av aktiviteterna är beviljade och uppdrag har gått ut. Ansökan och uppföljning sker enligt särskild instruktion.

Exempel på aktiviteter är: Mobilt närvårdsteam, resursperson till utveckling av sjuksköterskans första år, NOVA – digitalt ”arbetsplattform” kopplat till COSMIC. Kundtjänst. Projektledare för nya arbetssätt kopplat till nya betalningsansvarslagen. Utrustning till virtuella jourrum.

Nuläge

Verksamheterna arbetar intensivt med uppdragen. Viss omfördelning av pengar har skett då några aktiviteter har blivit billigare och några dyrare än beräknat. Eftersom beviljade medel måste förbrukas i år, pågår nu en noggrann ekonomisk uppföljning bland annat genom månadsrapporten i oktober. Vid eventuellt läge av ”överblivna”

pengar finns en plan för omfördelning till andra aktiviteter som uppfyller syftet.

Region Jämtland Härjedalen är inbjuden av Socialstyrelsen att delta i en fallstudie som handlar om hantering av professionsmiljarden. Studien kommer att äga rum 13-14 december.

Förslag till beslut

Uppföljning av fördelning av medel för stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (professionsmiljarden) enligt ovan noteras till protokollet.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning av fördelning av medel för stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (professionsmiljarden)

14. Verksamhetsplan och anslag för Norrlandstingens Regionförbund (RS/1911/2016)

Ärendebeskrivning

Vid Norrlandstingens Regionförbunds direktionmöte 2016-09-21 § 75 beslutades om förbundets verksamhet 2017 och ekonomiska ramar. I verksamhetsplan 2017-2019 har Förbundsdirektionens beslut om viktiga temaområden för mandatperioden inarbetats liksom samverkansprojekt inom flera områden. Förbundets arbete påverkas under perioden särskilt av det regionala förberedelsearbetet för en eventuell ny länsindelning enligt vad som angivits i verksamhetsplanens avsnitt om inriktning. För tillfälliga kostnader kan ackumulerat eget kapital användas enligt särskilda beslut.

I föreliggande förslag uppräknas förbundets budgetramar med LPIK enligt prognos från SKL per 2016-10-31. Det innebär att förbundet totalt har en budet på 5 092 tkr, vara från Region Jämtland Härjedalen 726,1 tkr. Budgeten för forskningsanslaget Visare Norr är 2 400 tkr varav från Region Jämtland Härjedalen 331,2 tkr. Totalt 1 057,3 tkr. Detta finansieras inom ramen för det centrala anslaget för riks och regionsjukvård.

Förslag till beslut

Anslaget till Norrlandstingens Regionförbund 1 057,3 tkr finansieras inom ramen för det centrala anslaget för riks- och regionsjukvård.

Expedieras till

Norrlandstingens regionförbund

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående verksamhetsplan och anslag 2017 för Norrlandstingens Regionförbund
- Protokollutdrag Förbundsdirektionen 2016-09-21 § 75 Verksamhetsplan och budgetramar 2017 för NRF
- Bifogad fil: Verksamhetsplan för år 2017-2019 och budgetramar för år 2017

15. Asylhälsans uppdrag och finansiering (RS/2175/2016)

Ärendebeskrivning

Asylhälsan startades upp som flyktingteamet, inledningsvis placerat vid Grytans flyktingförläggning. Asylhälsan flyttades sedan till Torvalla HC och därefter till för verksamheten anpassade lokaler centralt i Östersund.

Det finns ett uttalat behov i hela organisationen av ett förtydligat ansvar och en bibehållen och utökad kunskap och utarbetade metoder för att på ett bra sätt hantera och utveckla hälso- och sjukvården för asylsökande och nyanlända i länet. Därför har en utredning gjorts som lämnar förslag på

- ett förtydligat uppdrag till Enhet för asyl- och flyktinghälsa
- beskrivning av en förtydligad ansvarsfördelning och samverkansområden mellan Asylhälsan och övriga verksamheter i primärvård och specialistvård
- finansiering för verksamheten
- fortsatt positiv utveckling av sammanhållen kompetens och kompetensspridning gällande hälsovård för asylsökande, flyktingar och nyanlända
- utveckling av samverkan med elevhälsa, socialtjänst

Verksamheten föreslås organiseras i Område Primärvård/anslagsfinansierad verksamhet.

Föreslagen grundbemanning: 4 sjuksköterskor, 1 undersköterska (inkl reception), 1,25 läkare, 0,5 medicinsk sekreterare, 0,5 Verksamhetschef/Enhetschef. Kostnad för detta blir personalkostnader 5 miljoner kronor och omkostnader 2,050 miljoner kronor. Totalt 7,050 miljoner kronor.

Finansiering: Intäkter från Migrationsverket för hälsoundersökningarna 3,050 miljoner kronor och särskilda projektmedel.

Därutöver föreslås att verksamheten får ett öronmärkt anslag ur regionens statsbidrag för flyktingsituationen 4,0 miljoner kronor.

Förslag till beslut

Utskottet för hälso- och sjukvård föreslår regionstyrelsen

1. Enhet för asyl- och flyktinghälsa organiseras inom område primärvård – anslagsfinansierad verksamhet.
2. Utredningens förslag till uppdrag godkänns.
3. Verksamheten finansieras med intäkter från Migrationsverket för hälsoundersökningarna 3,050 miljoner kronor inkl särskilda projektmedel.
4. Därutöver får verksamheten ett öronmärkt anslag ur regionens statsbidrag för flyktingsituationen 4,0 miljoner kronor, ur finansförvaltningen.
5. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Protokollsanteckning:

Utskottet ser möjligheter med att man dimensionerar verksamheten i asylhälsan utefter behov, och att vissa kompetenser eventuellt måste ingå alternativt upphandlas beroende på behov. Vi anser också att asylhälsan är ett extra stöd och att det är viktigt att det blir tydligt att integrationen är en naturlig del i befintlig hälso – och sjukvård.

Expedieras till

Flyktingstrateg
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Primärvårdschef
Enheten för asyl och flyktinghälsa

Beslutsunderlag

- §43 Utskottet för hälso- och sjukvård Asylhälsans uppdrag och finansiering
- Uppdrag Enhet för asyl- och flyktinghälsa

16. Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2016 (RS/2/2016)

Ärendebeskrivning

Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

- Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2016 (område kvinna, område diagnostik, teknik och service, område kirurgi ögon öron) (RS/1246/2016)

- Svar på remiss angående förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2016:34) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (RS/1875/2016)

- Svar på remiss avseende förslag till nya föreskrifter om avstängning från blodgivning p.g.a. zikavirus samt ändring av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:28) om blodverksamhet (RS/1910/2016)

- Pandemiplan för specialistvården (RS/430/2016)

Beslut fattade av regionstyrelsens ordförande eller vice ordförande

Elin Lemon (C) är beviljad att delta på SKL Samråd samt SKL Centerpartigrupp den 16 november 2016.

Beslut fattade av chefer

Anställningsbeslut för perioden 2016-10-21 – 2016-11-24

Förslag till beslut

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Anmälan av delegationsbeslut RS 2016-12-07

**17. Anmälan av inkomna handlingar till regionstyrelsen
2016 (RS/3/2016)**

Ärendebeskrivning

1. Protokoll Styrelsen i Landstingsbostäder i Jämtlands län AB 2016-09-06
2. Protokoll Strömsunds Tillgänglighetsråd 2016-09-26
3. Protokoll Utskottet för hälso- och sjukvård 2016-10-05
4. Protokoll Vårdvalsnämnden 2016-10-13
5. Protokoll Region Jämtland Härjedalen Pensionärsråd 2016-10-25
6. Regeringsbeslut - Ansökan om medel för att förbättra sexuell och reproduktiv hälsa och sprida kunskap om sexuella och reproduktiva rättigheter (RS/2190/2016)
7. Rapport från Vårdföretagarna Vårdval med förhinder
Säkra ett långsiktigt hållbart vårdval i Jämtland Härjedalen
8. Delårsrapport per 31 augusti 2016 för Norrlandstingens regionförbund
Revisorerna i NRFs bedömning av delårsrapport per augusti
9. Protokollsutdrag VVN § 56 Rapport Vårdvalsnämndens internkontrollplan 2016 (VVN/25/2016)
Rapport Vårdvalsnämndens internkontrollplan 2016
10. Protokollsutdrag RUN § 160 Uppföljning av verksamhet som bedrivs i företag (RUN/587/2016)
Rapport Uppföljning av verksamhet som bedrivs i företag
Rapport Uppföljning av verksamhet som bedrivs i företag - infrastruktur

Förslag till beslut

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Anmälan av inkomna handlingar till RS 2016-12-07

18. TILL FULLMÄKTIGE

**19. Överlåtelse av aktier i Inera AB till SKL Företag AB
m m (RS/1905/2016)**

Ärendebeskrivning

Sveriges landsting har sedan många år samverkat kring gemensamma lösningar, gemensam mjuk infrastruktur och stöd för digitalisering, genom det landstingsgemensamma aktiebolaget Inera. Bolaget bildades redan 1999, då under namnet Infomedica, med syfte att utveckla e-hälsotjänster för invånarna. År 2000 grundade Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Vårdföretagarna och Apoteket bolaget Carelink med ändamålet att utveckla och samordna infrastrukturtjänster. År 2007 förvärvades Carelink av dåvarande Sjukvårdsrådgivningen SVR AB (tidigare Infomedica). År 2010 bytte bolaget namn till Inera AB. Region Jämtland Härjedalen äger 150 aktier i Inera AB.

Idag ansvarar Inera AB för ett 40-tal landstingsgemensamma tjänster och projekt, bland annat 1177 Vårdguiden, UMO (Ungdomsmottagningen på nätet) och Journal via nätet. Bolaget har en omsättning på drygt 600 miljoner kronor. Verksamheten riktar sig till både invånare och medarbetare i vård och omsorg.

Frågan ändrad verksamhetsinriktning för Inera AB har diskuterats under många år. Inte minst har företrädare för landsting och regioner uttalat sitt stöd för en förändring som innebär en närmare anknytning till Sveriges Kommuner och Landstings arbete med verksamhetsutveckling och att bredda verksamheten till att även omfatta kommunerna. Detta ligger också i linje med SKL:s uppdrag att främja och stödja samverkan mellan medlemmarna i verksamhetsutveckling genom digitala lösningar.

Efter en omfattande förankrings- och beslutsprocess har styrelsen för SKL den 7 oktober beslutat att godkänna att SKL Företag AB förvärvar merparten av aktierna i Inera AB. En förutsättning för detta förvärv är att samtliga landsting och regioner säljer merparten av sina aktier i Inera AB till SKL Företag AB. Den ändrade inriktningen för bolaget kommer till uttryck i de förslag till ändrat aktieägaravtal samt ändrad bolagsordning och ändrat ägardirektiv som utarbetats. Det förutsätts att landsting och regioner ställer sig positiva till ändringarna.

Styrningen över bolaget sker genom ägarråd och bolagsstämma. Bolaget får en styrelse med 15 ledamöter, där ledamöter från både kommun- och landstingssektorn ingår.

Hittills har Inera ABs verksamhet varit inriktad på hälso- och sjukvårdsområdet, men genom affären ska bolaget kunna verka inom betydligt fler verksamhetsområden. Genom att samtliga kommuner, landsting och regioner blir delägare i företaget, kan medlemmarna köpa från Inera AB, utan upphandling (genom det så kallade Teckal-undantaget i upphandlingslagstiftningen).

Den affärsmodell som i dag tillämpas av Inera AB, och som avses tillämpas även i fortsättningen, innebär att projekten i huvudsak ska vara självfinansierade. Om ett projekt inte kan bära sina kostnader kommer konsekvensen ytterst att bli att projektet får läggas ned. I överlåtelseavtalet föreslås dock att landstingen/regionerna övergångsvis ställer ut vissa ekonomiska garantier att köpa tjänster för minst den summa som man köpt för i genomsnitt de tre senaste åren (år 2013-2015). Detta ligger i linje med det åtagande landsting och regioner har i nuvarande aktieägaravtal för Inera AB och är ett sätt att säkerställa att bolaget inte omgående ska hamna i ekonomiska svårigheter. SKL Företag AB tar därefter genom den föreslagna ägar-

och styrmodellen den ekonomiska risken för bolaget samtidigt som man genom aktieägaravtalet inte har ett dominerande inflytande över bolaget.

SKL har nu begärt att regioner och landsting ska godkänna det föreslagna upplägget, att överlåta merparten av aktierna i bolaget till SKL Företag AB enligt föreslaget överlåtelseavtal och att godkänna föreslaget aktieägaravtal och föreslagen bolagsordning och ägardirektiv. SKL föreslår också att ombud vid ägarråd utses och att ombudet ska instrueras att på kommande bolagsstämma rösta för att föreslagen bolagsordning och ägardirektiv för Inera AB antas.

Det är av intresse för Region Jämtland Härjedalen att Sveriges Kommuner och Landsting på detta sätt ger stöd till den gemensamma verksamhetsutvecklingen. För Region Jämtland Härjedalen är behovet av stöd i verksamhetsutvecklingen stort och förslaget bör därför antas.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen överlåter 145 av sina 150 aktier i Inera AB till SKL Företag AB för en köpeskilling om 1 232 500 kronor enligt föreslaget överlåtelseavtal.
2. Region Jämtland Härjedalen ingår aktieägaravtal enligt SKLs förslag.
3. Region Jämtland Härjedalen godkänner förslag till ändrad bolagsordningen och ändrat ägardirektiv för Inera AB.
4. Regionfullmäktige utser xxx till ombud vid ägarråd och bolagsstämma i Inera AB.
5. Regionfullmäktige uppdrar till ombudet att på ägarråd och bolagsstämma rösta för beslut om att anta förslaget till ändrad bolagsordning och ägardirektiv för Inera AB.
6. Beslutet gäller under förutsättning att samtliga övriga landsting och regioner som äger aktier i Inera AB fattar motsvarande beslut.

Expedieras till

Samtliga regioner och landsting

Sveriges Kommuner och Landsting

SKL Företag AB

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Överlåtelse av aktier i Inera AB
- Beslut missiv Överlåtelse av aktieinnehav i Inera AB till SKL Företag AB
- Beslutsunderlag till landstingen
- Bilaga 1 - Överlåtelseavtal
- Bilaga 1.1 till Överlåtelseavtal, aktieägare

- Bilaga 1.2 till Överlåtelseavtal, Årsredovisning för Inera AB
- Bilaga 1.3 till Överlåtelseavtal, belopp med vilka resp landsting/regioner förbinder sig att köpa tjänster under viss tid
- Bilaga 2 - Aktieägaravtal avseende Inera AB
- Bilaga 3 - Bolagsordning Inera AB
- Bilaga 4 - Ägardirektiv för Inera AB

20. Revidering av stadgar för Årets folkhälsoinsats (RS/2231/2016)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets folkhälsoinsats" är avsett att tilldelas personer, organisationer, sammanslutningar eller offentlig verksamhet som på ett föredömligt och aktivt sätt tagit initiativ till åtgärder som positivt påverkar folkhälsan inom Jämtlands län.

I samband med att ärendet Årets folkhälsoinsats 2016 återremitterades av regionstyrelsen 2016-04-28 fick folkhälsönätverket, Folkhälso Z, i uppdrag att se över processen och revidera "Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris" så att regionens värdegrund tas i beaktande när pristagare utses.

Folkhälsönätverket har nu lämnat förslag på reviderade stadgar. Stadgarna antogs senast av landstingsfullmäktige den 2014-10-14, § 171 och ska därför även denna gång revideras av regionfullmäktige. Hädanefter bör regionstyrelsen få delegation på att revidera stadgarna för Årets folkhälsoinsats.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Reviderade Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets Folkhälsoinsats" antas.
2. Revidering av stadgarna för Årets folkhälsoinsats delegeras hädanefter till regionstyrelsen.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Årets folkhälsoinsats revidering stadgar
- Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris

21. Utvärdering av den politiska organisationen (RS/566/2016)

Ärendebeskrivning

Landstingsfullmäktige beslutade 2014-11-25, § 219 om fullmäktiges arbetsordning och styrelsens, regionala utvecklingsnämndens och vårdvalsnämndens reglementen inför den nya mandatperioden. Samtidigt beslutade fullmäktige att den politiska organisationen skulle utvärderas hösten 2016.

Hösten 2015 blev det en ny majoritet i regionfullmäktige och med anledning av det

beslutade regionfullmäktige om ändringar i den politiska organisationen. Den politiska organisation som skulle utvärderas har därmed i viss mån ett annat utseende än vad den som finns nu. Med hänsyn till detta ansåg fullmäktiges presidium att det kunde ifrågasättas om det var meningsfullt att utvärdera den politiska organisationen efter så kort tid och föreslog 2016-03-29, § 22 att den utvärdering av den politiska organisationen som beslutades av landstingsfullmäktige 2014-11-25, § 219 punkten 10 ska inte genomföras.

Regionfullmäktige beslöt 2016-06-14 - -15, § 91 med anledning av förslaget att Fullmäktiges presidium fick i uppdrag att återkomma med tidpunkt för utvärdering av den politiska organisationen.

Det har nu snart gått ett år sedan den politiska organisationen senast ändrades. Det bör gå lite längre tid innan en utvärdering görs. Samtidigt bör utvärderingen göras i sådan tid att resultatet kan användas inför översyn av den politiska organisationen inför nästa mandatperiod. Lämplig tidpunkt för utvärderingen är med hänsyn till detta hösten 2017.

Fullmäktiges presidium föreslår därför regionfullmäktige att utvärderingen av den politiska organisationen ska genomföras under hösten 2017.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker fullmäktiges presidiums förslag.

Beslutsunderlag

- §72 Fullmäktiges presidium Utvärdering av den politiska organisationen
- Protokollsutdrag regionfullmäktige 2016-06-14--15, § 91 Utvärdering av den politiska organisationen

22. Godkännande av ställföreträdande ansvarig utgivare för fullmäktiges webbsändningar (RS/102/2015)

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige beslutade 2015-02-10—11, § 4, att utse ordförande Margareta Winberg (S) som utgivare för fullmäktiges webbsändningar och att godkänna förste vice ordförande, Anton Hammar (S) som ställföreträdande utgivare för webbsändningar.

Det är ansvarige utgivaren som utser ställföreträdande utgivare. Anton Hammar är inte längre vice ordförande i fullmäktige. Ansvarige utgivaren kommer därför att entlediga honom och i stället utse nuvarande vice ordförande Elisabeth Svensson (M) till ställföreträdande utgivare. Enligt reglerna ska den som utsett den ansvarige utgivaren också godkänna den ställföreträdande utgivaren. Regionfullmäktige bör därför godkänna Elisabeth Svensson som ställföreträdande utgivare.

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige Förste vice ordförande, Elisabeth Svensson (M) godkänns som ställföreträdande utgivare för fullmäktiges webbsändningar.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker fullmäktiges presidiums förslag.

Expedieras till

Regionfullmäktiges ordförande

Regionfullmäktiges förste vice ordförande

Beslutsunderlag

- §73 Fullmäktiges presidium Godkännande av ställföreträdande ansvarig utgivare för fullmäktiges webbsändningar

23. Svar på medborgarförslag från Anna Olofsson Frestadius om att fullmäktiges webbsändning ska göras tillgänglig för alla medborgare (RS/1185/2016)

Ärendebeskrivning

Anna Olofsson Frestadius har lämnat in ett medborgarförslag om att göra regionfullmäktige tillgängligt för alla medborgare genom att transkribera det som sägs och publicera detta på Region Jämtland Härjedalens webbplats.

Redan idag uppfyller Region Jämtland Härjedalen kommunallagens krav på offentliga sammanträden för regionfullmäktige.

I Region Jämtland Härjedalens värdegrund framgår också att regionen ska utveckla insatser som ger alla ökad möjlighet till insyn och delaktighet i organisationens verksamhet. Som en konsekvens av detta går det att följa regionfullmäktiges sammanträden antingen via Region Jämtland Härjedalen webbsändning eller på plats i möteslokalen. Utöver detta publiceras samtliga möteshandlingar på Region Jämtland Härjedalens hemsida en vecka före sammanträdet så att allmänheten har möjlighet att läsa in sig på de aktuella ärendena som ska föredras och beslutas. Samtliga protokoll publiceras också hemsidan efter justering.

Vid omvärldsorientering konstateras att Region Jämtland Härjedalen har en likvärdig tillgänglighet som övriga landsting/regioner vid offentliga sammanträden. Slutsatsen blir därför att Region Jämtland Härjedalen redan idag har en god tillgänglighet och transparens när det gäller medborgerlig insyn i och möjlighet till närvaro vid regionfullmäktiges sammanträden.

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige att medborgarförslaget avslås.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker fullmäktiges presidiums förslag.

Expedieras till

Anna Olofsson Frestadius

Beslutsunderlag

- §71 Fullmäktiges presidium Svar på medborgarförslag från Anna Olofsson Frestadius om att fullmäktiges webbsändning ska göras tillgänglig för alla medborgare
- PM Svar på medborgarförslag från Anna Olofsson Frestadius om att fullmäktiges webbsändning ska göras tillgänglig för alla medborgare
- Medborgarförslag från Anna Olofsson Frestadius om att fullmäktiges webbsändning skall göras tillgänglig för alla medborgare

24. Informationer

Ärendebeskrivning

Redovisning från konferenser, utskott mm

- Utskottet för ekonomi
- Studieresa Kanada
- Norrlandstingens regionförbund



1

Program för regionstyrelsen 7 december 2016

Samordningskansliet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

2016-11-24

Program för styrelsen 7 december 2016

Tid: Onsdag 7 december 08.30 – 12.00 Hörsalen - öppet sammanträde
13.00–17.00 Styrelserummet

Onsdag den 7 december

- | | | |
|-------|---|--|
| 08.30 | Regiondirektörens rapport | Björn Eriksson |
| - | Hälso- och sjukvårdsdirektörens verksamhetsplan 2017 | Lisbet Gibson |
| - | Bemanningsprojektet | Annika Jonsson |
| - | Förberedelsearbetet inför regionbildning i Norrland | Ann-Marie Johansson/
Ingela Jönsson |
| - | . | |
| 09.30 | Paus | |
| 10.00 | Månadsrapport oktober | Bo Carlbark |
| 10.20 | Uppföljning LUP sjukskrivningar | Camilla Simonsson |
| 10.40 | Uppföljning professionsmiljarden | Anna-Karin Andersson |
| 11.00 | Uppdrag för Enheten för asyl- och flyktinghälsa | Mikael |
| | Ferm | |
| 11.20 | Svar på granskning av flyktingmottagandet | Carsten Dencker |
| 11.40 | Redovisning från utskott, konferenser mm | |
| - | Utskottet för ekonomi | |
| - | Studiebesök Kanada | |
| - | Norrlandstingens regionförbund | |
| 12.00 | Lunch | |
| 13.00 | Regiondirektörens rapport forts. | |
| - | Redovisning av kompletteringar i regionstyrelsens verksamhetsplan | Ingela Jönsson |
| - | Bemanningsprojektet forts. hantering | Ann-Marie Johansson |
| - | Information om hantering av förslag i rapporten | Lisbet Gibson |
| | <i>Genomlysning av kirurgen, ögon och öron</i> | |

- 13.40 Utredning om reservvattenförsörjningen Jan-Åke Lindroth
- 14.00 Partigrupper inkl. paus
- 15.00 Beslutsärenden

Offentligt sammanträde

Förmiddagens information till regionstyrelsen den 7 december kl.08.30-12.00 är offentlig. Allmänheten, media, fullmäktigeledamöter och medarbetare är välkomna att lyssna på föredragningar i frågor där regionstyrelsens fattar beslut eller där beslut går vidare till regionfullmäktige. Föredragningarna sker i Hörsalen på Östersunds sjukhus.

Medias frågor till politiker eller tjänstemän hänvisas till pauser eller efter mötets slut.



5

Månadsrapport oktober 2016

RS/8/2016

2016-11-16

Samordningskansliet
Annika Jonsson
Tfn:
E-post:

RS/8/2016

Månadsrapport oktober 2016

Ärendebeskrivning

Resultatet per oktober 2016 var -70,1 mkr (2015 -106,2 mkr). Nettokostnadsökningen till och med oktober var 2,3 procent (okorrigerat 3,4 procent). Efter mindre förändringar av prognoserna från verksamheten, samt en förnyad bedömning av bl a hur mycket av regionens specialdestinerade statsbidrag som kommer att förbrukas i år, förbättras prognostiserat resultat för 2016 till -215 miljoner kronor (-225 miljoner kronor i september-rapporten).

Minskningen i utförd tid jan-sept 2016 jämfört med jan-sept 2015 motsvarade 15 heltidstjänster. Omräknat till helårseffekt minskade arbetade timmar motsvarande 20 årstjänster. Verksamhetens intäkter ökade med 11,9 procent till och med oktober 2016 jämfört med samma period 2015. Det beror bl a på höjningen av patientavgifterna, ökad försäljning av sjukvård samt större bidrag från Migrationsverket. Bruttokostnaderna ökade med 4,1 procent, varav personalkostnader exkl pensioner 1,4 procent, pensionskostnader 10,0 procent, bemanningsföretag 38,0 procent, riks- och regionvård 7,9 procent och läkemedel 10,0 procent.

Likviditeten uppgick till 250 miljoner kronor per den sista oktober. Det innebär att den minskat med ca 100 miljoner kronor sedan årsskiftet.

Variationen mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården, när det gäller att nå målen för tillgänglighet är stor, men som helhet uppnår hälso- och sjukvården inte målen. Andelen patienter som väntat mindre än fyra timmar på akuten har de senaste månaderna legat ungefär tio procentenheter högre än i början av året. Andelen var per oktober 66 procent (mål 70 procent).

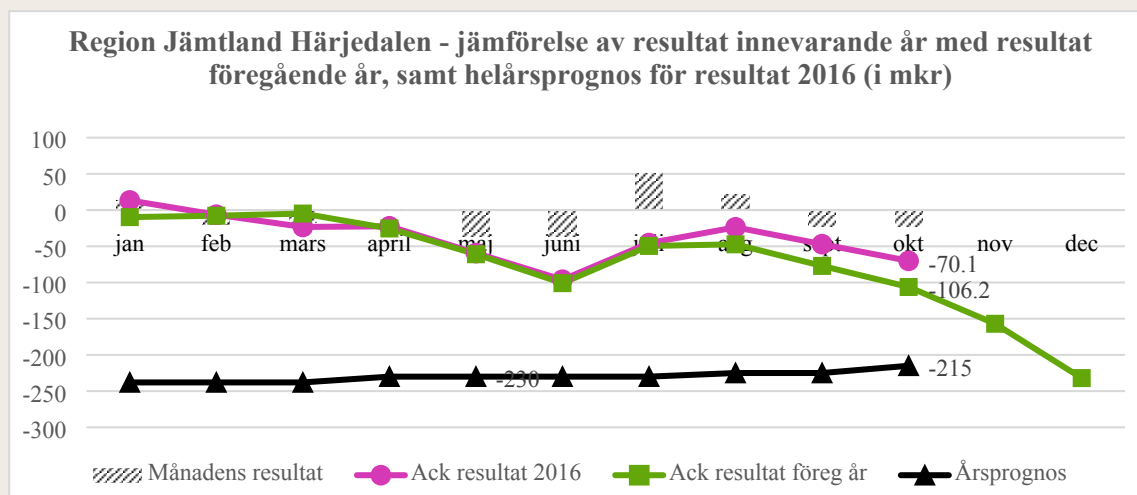
Regiondirektörens förslag

Månadsrapport oktober 2016 godkänns.

Utdrag till

Ekonomidirektör

Månadsrapport oktober 2016 Region Jämtland



Aktuell nettokostnadsutveckling: 2,3 % Utveckling ökningstakt jämfört med december 2015

Sammanfattning

Verksamhet

En regiongemensam utbildning i produktions- och kapacitetsplanering har i höst genomförts i hela sjukvården. Den utgör en grund för de förbättringsarbeten som påbörjas på många områden. Syftet är bl a att förbättra tillgängligheten till besök och behandling. Många verksamheter når inte tillgänglighetsmålen. En ny jour- och beredskapsorganisation har införts i primärvården. Fast anställda läkare har rekryterats till hälsocentraler som tidigare varit beroende av stafettläkare, t ex i Sveg. På folktandvården råder stopp i tidböckerna för nya patienter pga av många väntande patienter och viss personalbrist. Inom regional utveckling har arbetet påbörjats med att implementera den nya Integrationsstrategin för ökad invandring till regionen och förbättrad integration. Fokus ligger på arbete, språk och bostäder.

Personal

Flera områden beskriver att man har fortsatta problem att bemanna verksamheten och nyttjandet av bemanningsföretag är markant högre än samma period 2015. Även specialistsjuksköterskor blir nu allt svårare att rekrytera och kostnaderna för att hyra dem stiger.

Antalet arbetade timmar perioden jan- okt 2016 var mindre än under samma period 2015. Orsaker är färre timmar nedlagda på arbete med Cosmic, vakanser, neddragning av tjänster centralt, samt att en del av den tid som 2015 utfördes av anställda, nu utförs av inhyrd personal.

Ekonomi

Regionens resultat -70,1 mkr var ca 35 mkr bättre än samma period 2015 (-106,1 mkr). Nettokostnadsökningstakten uppgick till 2,3 procent, korrigerat för jämförelsestörande poster 2015 (okorrigerat 3,3 procent). En måttlig, men stigande ökning av personalkostnader exkl pensioner (+1,4 procent), samt en stor ökning av verksamhetens intäkter (+11,9 procent) förklarar nettokostnadsökningstakten. Ökningstakten vad gäller kostnader för inhyrd personal (+38 procent), läkemedel (+10 procent) och riks- och regionvård (+7,9 procent) var dock fortsatt hög. För att nå ett nollresultat krävs en negativ nettokostnadsökningstakt, d v s minskade kostnader.

Helårsprognosen för hälso- och sjukvården har försämrats med 3,4 mkr. Område kirurgi har försämrat sin prognos med 11,5 mkr, samtidigt som flera andra områden, t ex kvinna och BUV har förbättrat sina prognoser. Regional utveckling har förbättrat sin prognos med 1,5 mkr. Förvaltnings- och nämndernas prognoser tillsammans med ökade statsbidrag resulterar i en förbättring av prognosen från -225 till -215 miljoner kronor.

Områdena fortsätter att genomföra kostnadsminskande åtgärder, vilket kan leda till ett bättre resultat om de hinner få effekt under 2016.

Tillgänglighet - specialistvården

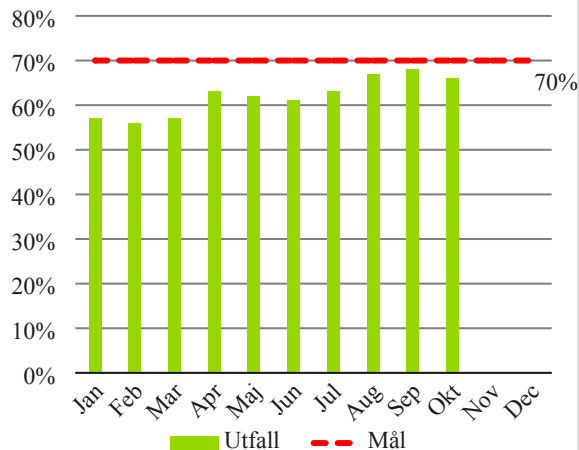
Väntetider inom specialistvårdens akutmottagning

Lokalt är målet att 70 procent av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

För oktober månad var 66 % klara inom 4 tim. Kvinnor 66 % och män 68 %.

Medicinkliniken höjde från mitten av maj läkarkompetensen i triage för att korta ledtider på akuten och minska inläggningar. Medicin uppnådde i oktober målet om 75 % klara inom 4 timmar under 5 dagar, samt ytterligare 7 dagar då > 80 % varit klara inom 4 timmar. Ett arbete pågår också på akuten för att minska väntan till triage för de patienter som kommer via receptionen.

Andel patienter som väntat mindre än 4 timmar på akutmottagningen



Tillgänglighet besök och behandling specialiserad vård

Första besök:

Hälso- och sjukvården har fortsatt svårt att uppnå målet för nybesök.

Andel väntande till första besök i oktober - 47 %: Kvinnor 48 % och män 45 %

Andel genomförda första besök, 62 %: Kvinnor 62 % och män 61 %

Behandling:

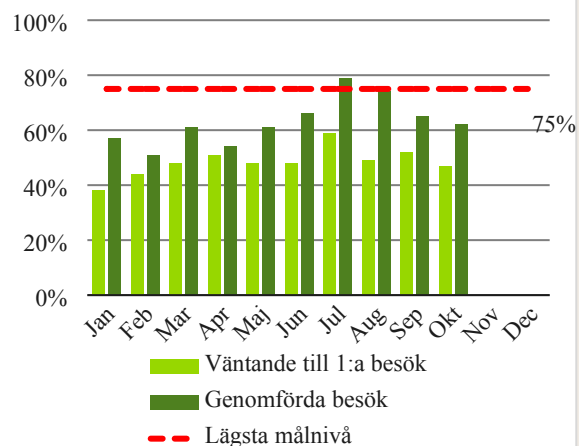
Andel väntande till behandling i oktober - 45 %: Kvinnor 42 % och män 49 %

Andel genomförda behandlingar - 52 %: Kvinnor 52 % och män 52 %

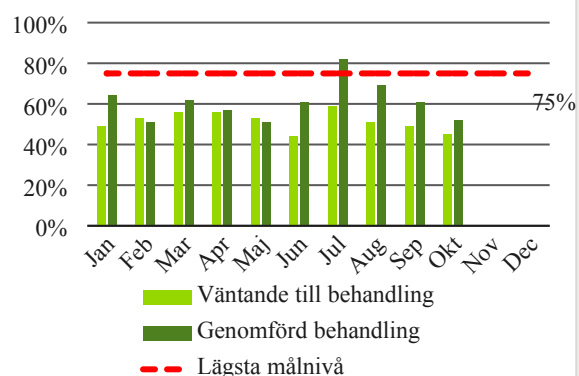
Det råder dock stor variation i tillgängligheten. De flesta enheter inom område psykiatri klarar målen, så även t ex barnkliniken. Område ortopedi har en ökning av patientinflödet, vilket har mötts med åtgärder som extrarum på ryggmottagningen 1½ dag vissa veckor och stormottagning på fredagar. Nybesöken har medfört att fler patienter satts upp för operation, samtidigt har man brist på flera specialister. Detta håller nere tillgängligheten.

Personal från samtliga områden inom hälso- och sjukvården har i höst genomgått utbildning i produktions- och kapacitetsplanering, vilket bl a syftar till att nå bättre tillgänglighet.

Andel väntande till 1:a besök samt genomförda 1:a besök inom 60 dagar



Andel väntande till behandling samt genomförd behandling inom 60 dagar



Tillgänglighet - primärvården

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an. Mål 100 %.

Tillgänglighetmålet nåddes inte för oktober månad.

Måluppfyllelsen för hela primärvården oktober månad var 82 procent.

Tillgängligheteten i den regiondrivna primärvården för besök inom 7 dagar varierade mellan 63 – 97 procent.

I den privata primärvården varierade besöks-tillgängligheten mellan 62 -100 procent.

Många återbesök planeras in under höstmånaderna speciellt för turistområdena men också som en effekt av den reducering i bemanning som sker under semestermånaderna.

Arbetet med förändrade arbetssätt fortsätter på flera hälsocentraler, bl a utveckling av triage, öppen mottagning för distriktssköterskebesök, samt översyn av vem som gör vad i vården, där man tittar på vad andra yrkeskategorier kan göra för att omprioritera och underlätta för läkarna.

Förändrad jour- och beredskapsorganisation med sammanslagning av 5 närvårdsområden (Berg/Bräcke/Krokom/Ragunda/Östersund) och Strömsunds närvårdsområde genomfördes i september bl a i syfte att bättre kunna förlägga läkarnas arbetstid på dagtid och genom det förbättra tillgängligheten.

Vårdenhet	Andel läkarbesök inom 7 kalenderdagar
Myrvikens HC	80
Svenstavik HC	87
Bräcke HC	78
Kälarne HC	79
Funäsdalens HC	93
Sveg HC	89
Föllinge HC	75
Krokoms HC	76
Hammarstrands HC	74
Backe HC	95
Strömsunds HC	92
Hallens HC	74
Järpens HC	93
Åre HC	97
Brunflo HC	77
Frösö HC	73
Lits HC	63
Lugnviks HC	78
Odensala HC	87
Z-gränds HC	80
Fjällhälsan	82
Offerdals HC	62
Nya Närvården	82
Närvård Frostviken	100

Medarbetare

Utförd tid t o m föregående månad

(Utförd tid i oktoberrapporten visar tiden augusti 2015 – september 2016. Eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras.)

Den utförda tiden på regionnivå har minskat. Mellan områdena varierar utfallet på utförd tid utifrån om den har minskat eller ökat. Rekryteringssvårigheter är en orsak som nämns av flera områden som orsak till minskningen. Färre vårdplatser inom rehabilitering och på medicin plan 8 ger färre timmar inom HNR och HIM.

Om det lägre antalet arbetade timmar håller i sig, kommer minskningen att på helårsbasis motsvara 20 tjänster. Minskningen fördelar sig väldigt olika på olika personalgrupper. Minskningen av utförd tid av överläkare/specialister visar på svårigheten att rekrytera utbildade specialister och varför kostnaden för inhyrda läkare ökar.

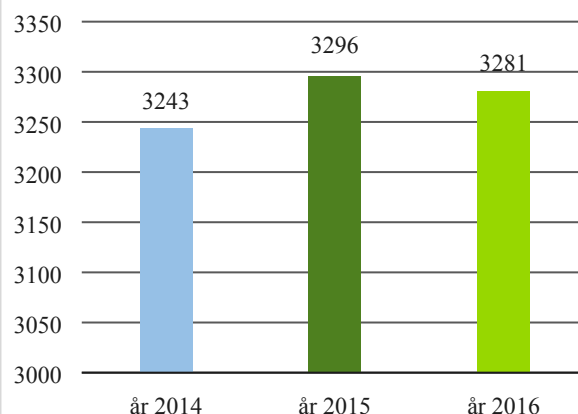
Åtgärder som vidtas för att minska den utförda tiden

Inom hälso- och sjukvården pågår arbeten med att minska den utförda tiden/kostnaderna.

Här kan nämnas t ex justering av bemanningsmål, minskade inskolningskostnader, minskat vikariebehov, vakanshållning, produktions- och kapacitetsplanering, nya arbetssätt mm.

Områdena deltar i övergripande arbeten för att minska flödet av personal som slutar och därmed kunna minska inskolningar. Detta är dock ett långsiktigt arbete och ingen effekt kan ses i år.

Utförd tid i antal årsarbetare. Jan-dec för 2014 och 2015. Rullande 12 mån för 2016



Flera områden pekar dock på stora svårigheter med att minska den utförda tiden, inte minst eftersom de har ett ökat inflöde av patienter. Det finns även en målkonflikt mellan behovet av att minska köpen från bemanningsföretagen och att minska arbetade timmar. För de områden som nyttjar bemanningsföretag är det viktigast att i första hand ersätta inhyrd med fast anställd personal, då så är möjligt - både från ett ekonomiskt och patientsäkerhetsperspektiv.

Utförd tid i tjänster	Differens mellan jan-sept 2015 och jan-sept 2016	Omräknat till helår
Total utförd tid	-15	-20
<i>Fördelat på</i>		
Ledning	2	2
ÖvL/SpecL	-8	-11
ST-läkare	2	2
Underläkare	6	8
Sjuksköterskor	5	7
Undersköterskor	-8	-10
Med.sekreterare	1	1
Psykolog Psykoterap	-1	-1
Paramed	-2	-2
Admin personal	-6	-8
Övrigt	-7	-9

Bemanningskostnader

Nyttjande av bemanningsföretag

I tabellen över kostnader för köp från bemanningsföretag har en ny kolumn infogats längst till höger. Den visar hur stor andel av kostnaderna som utgör en merkostnad jämfört med om regionen istället hade haft anställd personal som utfört samma antal arbetade timmar.

Kommentar till köpt bemanning läkare:

Köpen från bemanningsföretag innebär att det i genomsnitt under året befunnit sig ca 45 inhyrda läkare i verksamheten vid varje tidpunkt. Den största andelen finns inom primärvården. Per den 1:a september var endast 53 % av tjänsterna besatta av fast anställda specialister. Resterande vakanser täcks delvis av utbildnings- och bemanningsläkare.

Vakanser är den största anledningen till köp av läkare via bemanningsföretag. Införandet av PCI, brist på subspecialister och vikariebehov vid ST-randningar är andra orsaker som nämns.

Kommentar till köpt bemanning sjuksköterskor:

Köpen från bemanningsföretag innebär att det i genomsnitt under året befunnit sig ca 31 inhyrda sjuksköterskor i verksamheten vid varje tidpunkt. Den största andelen finns på Östersunds sjukhus.

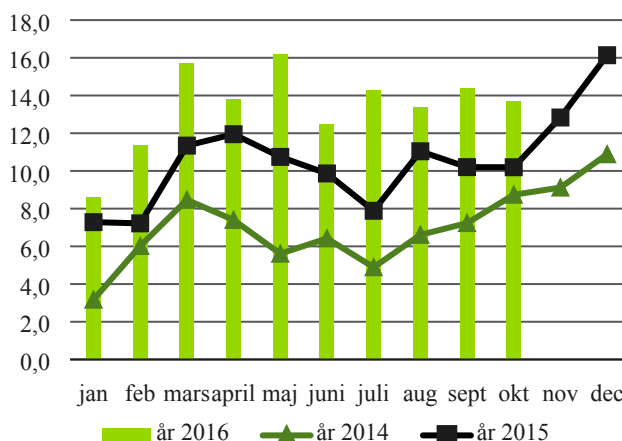
Vakanssituationen som inte går att lösa via rekryteringsinsatser är orsak till köpt bemanning av sjuksköterskor.

Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag:

Område primärvård har utarbetat en ny organisation för jour- och beredskap.

Område psykiatri och BUV har en handlings-

Kostnad bemanningsföretag per mån (mkr)



Kostnad bemannings-företag (mkr)	jan-okt 2015	* jan-okt 2016	Förändring (mkr)	Förändring (%)	*Varav andel merkostnad 2016
Övrig personal	3,3	4,8	+ 1,5	+46 %	2,1
Läkare	83,3	109,2	+ 25,9	+31 %	46,8
Sjuksköterskor	10,2	19,7	+ 9,4	+92 %	9,8
Totalt	96,8	133,7	+ 36,9	38 %	58,7

plan för att halvera köp to m 2017 06 och med målet att vara oberoende fr o m 2018 06.

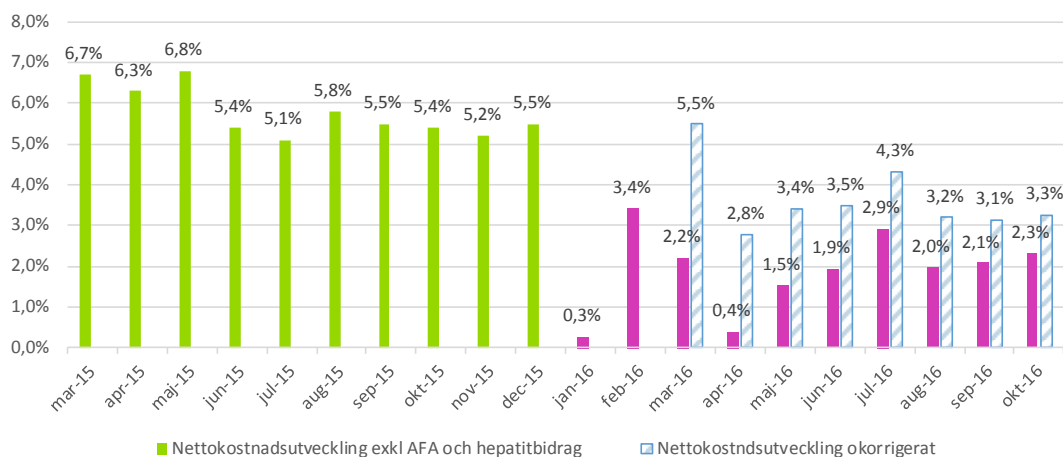
”Vem gör vad”, sammanslagning av två avdelningar inom område HIM, anställning av ST-läkare och utlandsrekrytering är andra åtgärder som områdena redovisar.

Nationellt i SKLs regi pågår ett omfattande arbete med att vidta åtgärder som medför minskade kostnader. Regionen deltar i detta arbete och håller nu på att ta fram ytterligare förslag på åtgärder vid sidan om de aktiviteter som redan pågår.

Utvecklingen av Regionens ekonomi januari- oktober 2016

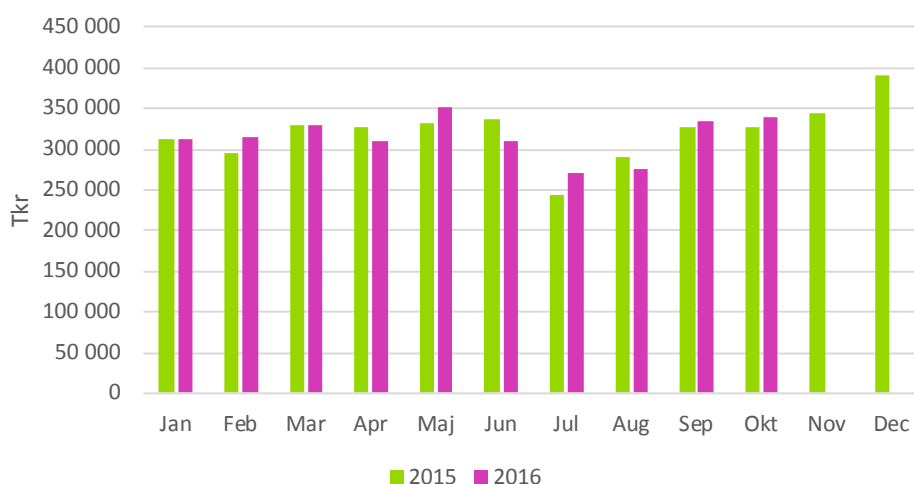
Regionens ackumulerade resultat per oktober 2016 var - 70,1 miljoner kronor, vilket var ca 36 miljoner kronor bättre än det ackumulerade resultatet per oktober 2015 som var -106,2 miljoner kronor.

Procentuell nettokostnadsutveckling innevarande år t o m period
jämfört med samma period föregående år



Efter korrigering av nettokostnaderna jan-oktober 2015 för effekten av engångsåterbetalning av AFA-medel och ett statsbidrag för Hepatit-C som avsåg 2014, hamnade nettokostnadsökningen januari-oktober 2016 på 2,3 procent. Nettokostnadsökningstakten har under hela 2016 legat på en lägre nivå än under 2015, men har de senaste månaderna stigit något. Ökningstakten när det gäller personalkostnader exkl pensioner är nu högre, men det som framför allt bidragit till den lägre nettokostnadsökningstakten är ökningen av verksamhetens intäkter.

Verksamhetens nettokostnad per månad i tkr



Kommentar om nettokostnadsutvecklingen januari - oktober 2016

Nettokostnadsökningstakten för hälso- och sjukvården har sjunkit avsevärt jämfört med 2015, men det råder stora variationer mellan olika områden, från - 17 procent till + 17 procent. Nettokostnaderna för hälso- och sjukvården totalt ökade under perioden jan-okt med 49,9 miljoner kronor (+2,4 procent).

Det område som har ökat med 17 procent är *Hälso- och sjukvårdsövergripande kostnader*. Detta område består av kostnader för akut specialiserad utomlänsvård, d v s vård av länsbor utan remiss vid sjukhus i andra län, öppenvård vid hälsocentraler i andra län, utlandsvård, sjuktransporter utförda i andra län, samt kostnader för hälso- och sjukvårdsledningen. Den största enskilda kostnadsökningen inom området står kostnaderna för akut utomlänsvård för. De steg från 35,9 miljoner kronor till 42,7 miljoner kronor, d v s +6,8 miljoner kronor (+18,9 procent) vid en jämförelse av perioden jan-okt mellan 2015 och 2016.

De områden som hade störst minskningar av nettokostnaderna var folktandvården (-17 procent) och primärvården (-10 procent). Detta beror framför allt på en stor ökning av verksamhetens intäkter, i form av statsbidrag från Migrationsverket för hälso- och sjukvård till asylsökande.

Verksamhetens bruttokostnader

Bruttokostnaderna fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-okt	2015	2016	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt	3 652,9	3 803,0	150,1	4,1%
Varav personalkostn exkl pensioner	1 672,8	1696,0	23,3	1,4%
Varav pensionskostnader	227,7	250,4	22,7	10,0%
Varav riks- och regionvård	270,7	292,0	21,3	7,9%
Varav läkemedel	305,2	335,8	30,5	10,0%
Varav sjukresor taxi	29,4	30,6	1,2	4,0%
Varav stafett/hyrpersonal	96,8	133,7	36,9	38,0%

Det kostnadsslag som ökade mest av alla var, liksom tidigare under året, kostnader för inhyrd personal. Andra kostnadsslag som ökade mer än den totala bruttokostnadsökningen på + 4,1 procent, var kostnaderna för pensioner +22,7 miljoner kronor (+10,0 procent), riks- och regionvård +21,3 miljoner kronor (+7,9 procent) och läkemedel + 30,5 miljoner kronor (+10 procent).

Enligt det beslut om åtgärder för att förbättra följsamheten till sjukresoreglerna, som styrelsen fattat, skulle resultatet enligt beräkningar bli minskade kostnader på 5 miljoner kronor för sjukresor med taxi 2016. Utfallet t o m okt 2016 visar att kostnaderna för sjukresor med taxi tvärtom har ökat med 1,2 miljoner kronor (+ 4 procent). Det är något lägre ökningstakt än tidigare under året, vilket kan visa på att genomförda åtgärder för att minska kostnaderna för sjukresor med taxi nu börjar få effekt.

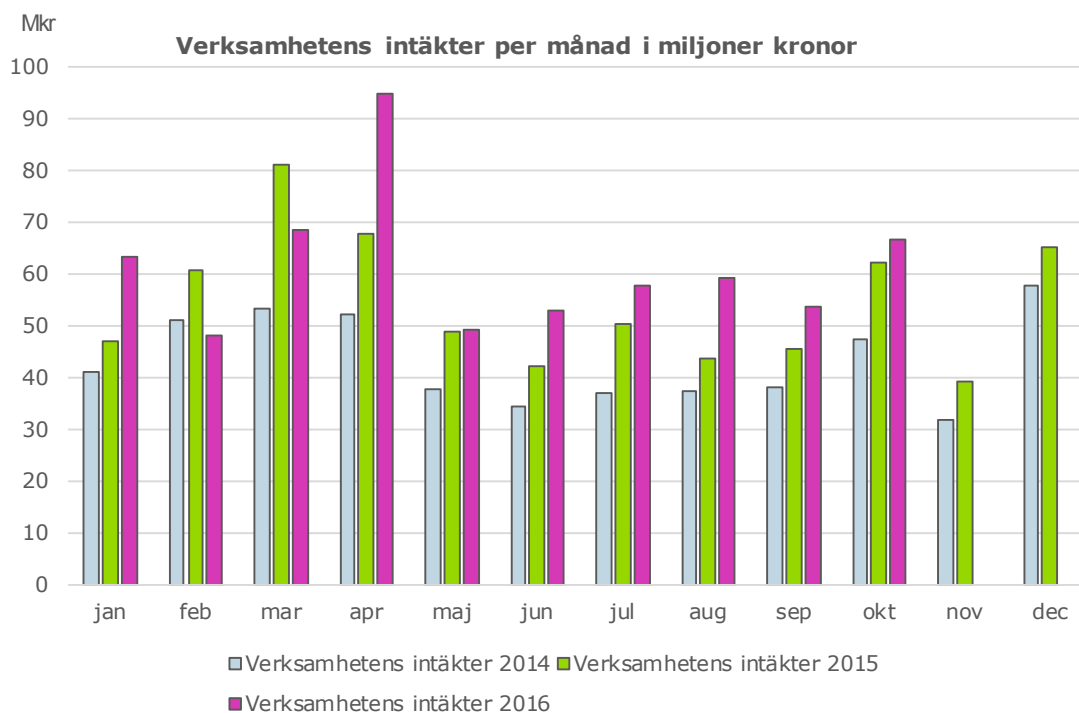
Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

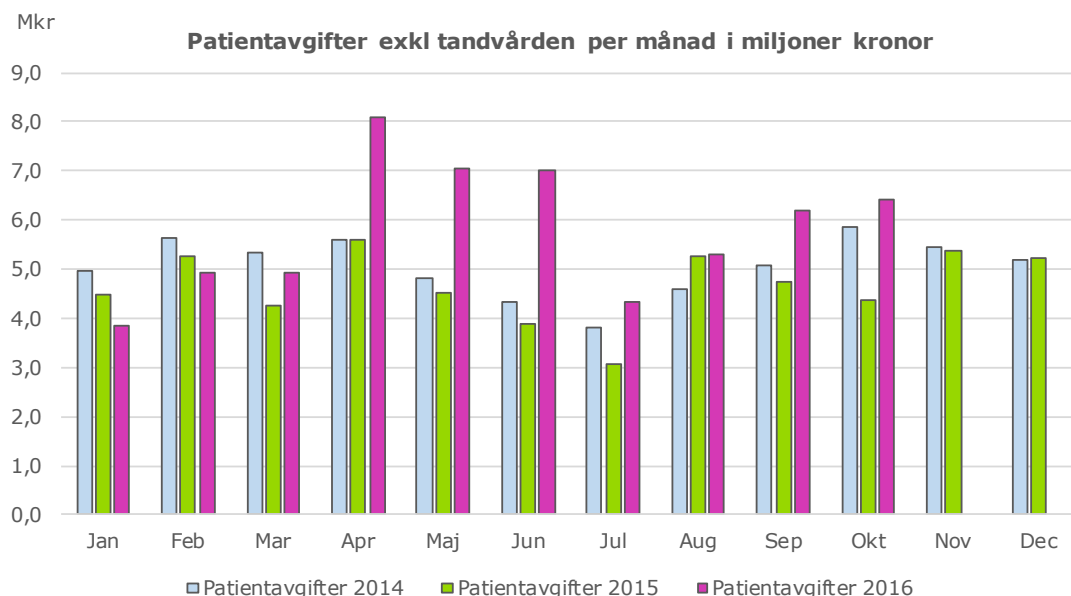
Jämförelse perioden jan-okt	2015	2016	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt	548,2	613,4	65,2	11,9%
Verksamhetens Intäkter totalt exkl AFA o hepatitbidrag (2015)	519,2	613,4	94,2	18,1%
Varav patientavgifter exkl tandvård	45,5	58,0	12,6	27,6%
Varav specialdestinerade statsbidrag	161,5	227,5	66,0	40,9%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	144,9	158,3	13,5	9,3%

Verksamhetens intäkter ökade med 65,2 miljoner kronor (+11,9 procent).

Om man korregerar jämförelsesiffrorna för 2015 genom att från dem ta bort engångsåterbetalningen av AFA-medel och hepatit C-statsbidraget som avsåg 2014, blir intäktsökningen ännu större, +18,1 procent. Regionen har under 2016 fått betydligt högre specialdestinerade statsbidrag +66 miljoner kronor (+40,9 procent). I oktober kom en extra stor utbetalning från Migrationsverket för hälsoundersökningar av asylsökande. Beloppet avsåg hälsoundersökningar ända från januari till oktober 2016.



Effekten av beslutet att höja patientavgifterna syns tydligt i en högre nivå varje månad utom augusti. Den sammanlagda ökningen av patientavgifterna perioden jan t o m okt 2016 jämfört med samma period 2015 var 12,6 miljoner kronor (+27,6 procent).



Jämförelse av resultat mot budget och mot utfall föregående år, samt årsprognos 2016

Verksamhet i miljoner kronor, per förvaltning/område	Avvikelse ack utfall mot ack budget okt	Årsprognos	Förändring jämfört med föreg prognos,
Akutvård	-26,0	-32,0	0,0
Barn- och ungdomsmedicin	4,0	2,0	2,0
Kirurgi, ögon och öron	-67,0	-79,0	-11,5
Hud, infektion och medicin	-42,8	-52,0	0,0
Psykiatri	-6,2	-7,4	0,5
Hjärta, neurologi och rehabilitering	-38,6	-50,0	0,0
Kvinna	7,6	6,0	4,0
Barn och unga vuxna	4,6	0,5	3,6
Ortopedi	-13,7	-19,2	0,0
Folktandvård	5,8	0,0	0,0
Primärvård	-41,1	-49,0	0,0
Hälso- och sjukvårdsövergripande kostnader	-21,4	0,0	0,0
Patientsäkerhet	0,5	0,0	0,0
Diagnostik, teknik och service	7,8	8,0	-2,0
Summa Hälso- och sjukvården	-226,5	-272,1	-3,4
Regionala utvecklingsförvaltningen	11,3	2,0	1,5
Regionstaben	31,5	8,0	0,0
Patientnämnden	-0,1	0,0	0,0
Förtroendevalda politiker	2,1	0,0	0,0
Landstingsrevisionen	0,7	0,0	0,0
Vårdsnämnden	10,2	0,0	0,0
Motsedda mm	67,8	17,1	6,1
SUMMA VERKSAMHETEN	-103,0	-245,0	4,2
Finansförvaltningen	12,7	30,0	6,0
TOTAL	-90,3	-215,0	10,2

För helåret 2016 lämnar områdena inom hälso- och sjukvården en prognos på sammanlagt minus 272 miljoner kronor. Medräknat i prognosen är åtgärder som områdena tagit fram för att förbättra hälso- och sjukvårdens resultat med 29,5 miljoner kronor, varav 14,7 miljoner kronor redan uppnått. Exempel på sådana åtgärder, med *avsedd* och (uppnådd) effekt är:

- Färre övertidstimmar i ambulansverksamheten 3,0 mkr (1,7 mkr)
- Förändring av medicinhantering (KÖÖ) 0,5 mkr (0,4 mkr)
- Ny jour- och beredskapsorganisation (PV) 0,5 mkr (0,2 mkr)

Område kirurgi ögon öron har försämrats sin prognos sedan tertialrapporten med 11 miljoner kronor pga stora ökningar i kostnader för riks- och regionvård, läkemedel och bemanningsföretag. Samtidigt har flera områden förbättrat sina prognoser med hänvisning till bl a lägre personalkostnader pga neddragna tjänster och vakanser, genomförda åtgärder enligt handlingsplaner, högre statsbidrag mm. Sammantaget innebär det en mindre försämring av hälso- och sjukvårdens resultat med 3,4 miljoner kronor.

Regional utveckling förbättrar sin prognos med 1,5 miljoner. Detta beror på att förvaltningen vidtagit åtgärder för att hantera det underskott som Länstrafiken prognostiserade vid delårsboks slutet i augusti. Senare prognoser från bolaget har förbättrats betydligt, vilket får positiva effekter på förvaltningens prognos. Medfinansiering av nya projekt har också fått en förskjutning framåt i tiden.

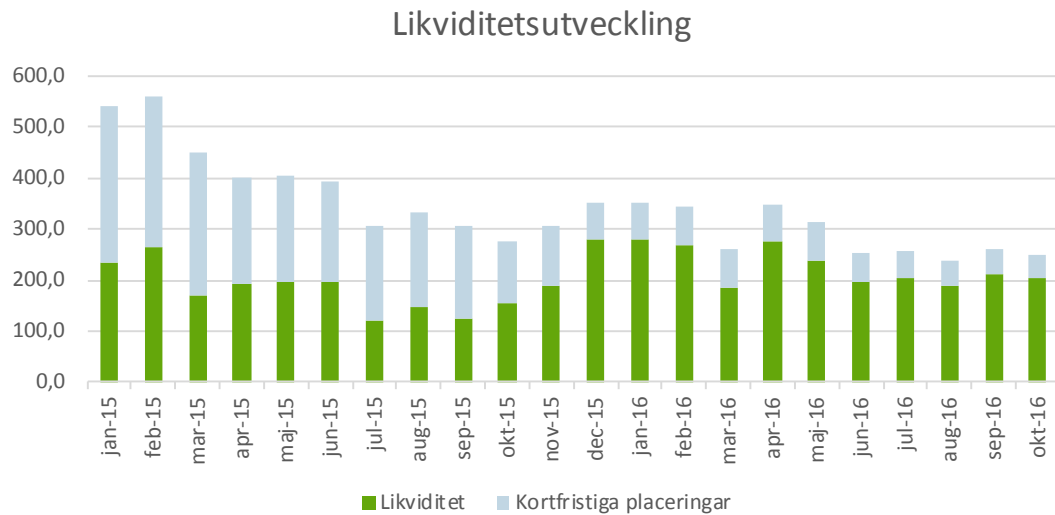
En genomgång av område finansförvaltnings intäkter resulterar i en höjning av intäkterna med 6 miljoner kronor. Efter en bedömning av hur mycket av mottagna statsbidrag som kommer att förbrukas under 2016 förbättras prognosen med 6,1 miljoner kronor för de centralt kontrollerade medlen under området "motsedda".

Sammantaget innebär dessa enskilda prognosförändringar att prognosen för Region Jämtland Härjedalens helårsresultat 2016 förbättras med 10 miljoner kronor till minus 215 miljoner kronor.

Verksamheterna fortsätter att arbeta med åtgärder för att minska underskottet. I den mån fler åtgärder hinner få effekt under 2016, kan de leda till ett bättre resultat än minus 215 miljoner kronor.

Likviditetsutvecklingen

Likviditeten var per den sista oktober 2016 ca 100 miljoner kronor lägre än vid årsskiftet.



Regionens väntade lånebehov har skjutits fram något i tiden, då nettokostnadsutvecklingen har varit lägre än prognostiserat.



6

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om LUP
sjukskrivningar
RS/1982/2016

2016-11-16

Sekretariatet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/1982/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om LUP sjukskrivningar

Ärendebeskrivning

Den långsiktiga utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal som Regionfullmäktige fastställde under år 2015 innehåller ett trettiotal mål och aktiviteter. En lägesrapport per november bifogas i bilaga till ärendet.

Målen i planen har till viss del redan uppnåtts och huvuddelen av aktiviteterna pågår eller är klara. Delar som bör få särskilt fokus i det fortsatta arbetet är:

- Ökad andel deltidssjukskrivningar.
- Mindre skillnader mellan könen
- Fler kontakter med arbetsgivare för att hitta möjligheter till anpassningar på arbetet.

Region Jämtland Härjedalen har under året fått nya redskap för att analysera konsuppladad statistik, framförallt Statistiktjänsten och Rehabstöd men även rapporter kopplat till nytt vårdssystem.

Sammantaget ser bilden i regionen i stort ut som för övriga landet. Kvinnor står för majoriteten av vårdbesök och sjukskrivningar medan männen har färre men ofta längre sjukskrivningsepisoder. Männen är i högre grad heltidssjukskrivna medan deltidssjukskrivningar är vanligare för kvinnor. Sjukskrivningar orsakat av psykiska sjukdomar har under senare år ökat för båda könen men ser nu ut att vara på väg ner i antal. Detta gäller både kvinnor och män. Bland kommunerna så ligger Härjedalens och Åres sjuktalet lägre än riksgenomsnittet medan övriga kommuner ligger över riksgenomsnittet. Högst sjuktalet, mätt i sjukpenningdagar, har Ragunda och Bräcke kommuner.

Störst antal sjukskrivna finns i diagnosgrupperna F30-39 (förstämningssyndrom) samt M50-54 (andra ryggsjukdomar). Dessa grupper står för en betydande del av länets sjukskrivna. Under året ses en svagt sjunkande trend för dessa stora sjukdomsgrupper i Jämtlands län. Antalet män minskar i båda diagnosgrupperna medan en svag ökning fortsatt kan ses för kvinnor med förstämningssyndrom.

Utvecklingen av sjuktalet är mycket positiv för både Regionen som arbetsgivare och för länet som helhet. Sänkningen är för närvarande snabbast i landet.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

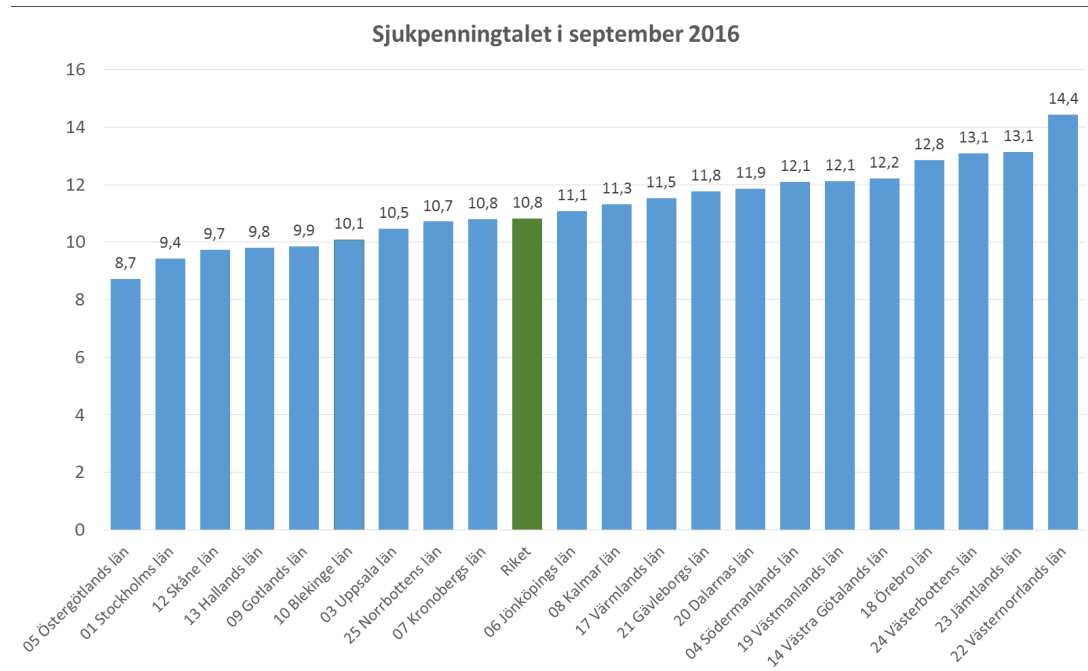
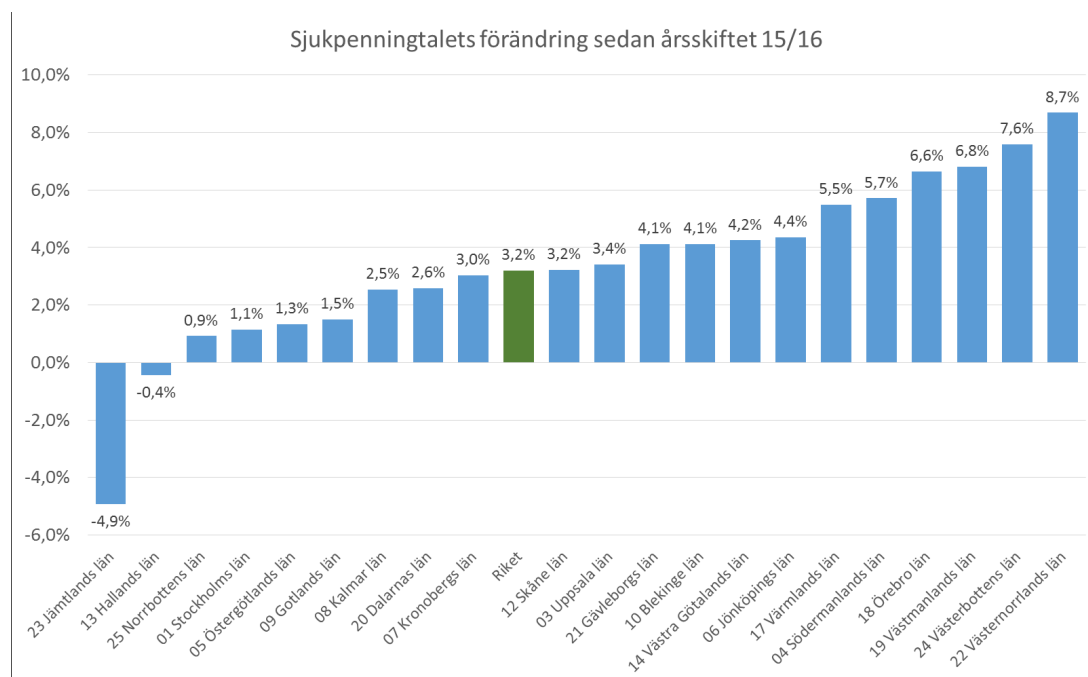
Carsten Dencker
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

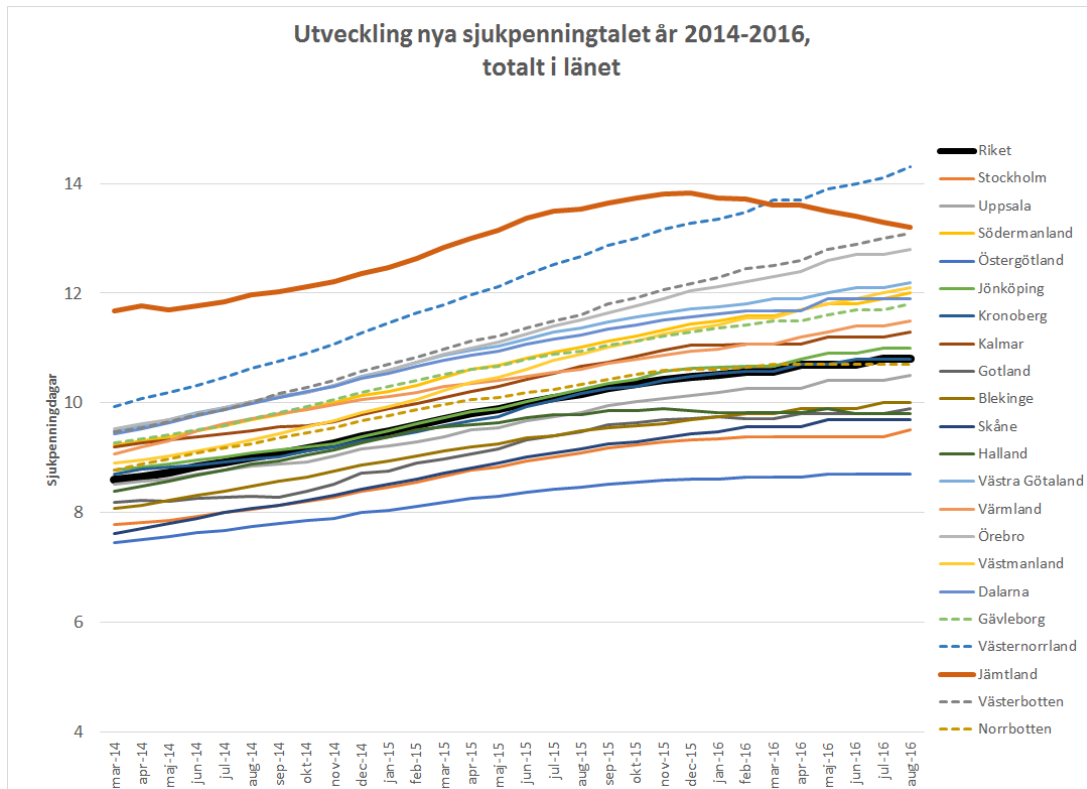
Utdrag till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Processledare sjukskrivningsprocessen

Regionstyrelsen uppföljning 2016 av långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal

Utvecklingen av sjuktalen är mycket positiv för både Regionen som arbetsgivare och för länet som helhet. Sänkningen är för närvarande snabbast i landet.





Uppföljning LUP för minskad sjukskrivning och ökade frisktal – per 2016-11-15

Uppföljningen anger aktuellt läge för mål och aktiviteter i planen.

1. Mål – på 4 års skikt (2018).

Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	Lägesavstämning per 2016-11-15
Stabila och väl fungerande rutiner och arbetssätt för samordnad tidig rehabilitering i länet.	Under året har rutiner och arbetssätt kring sjukskrivningsprocessen utvecklats och samlats i ny struktur i regionens ledningssystem. En modell för Samordnad tidig rehabilitering har utvecklats vid Krokoms hälsocentral i samverkan med Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänst. Avsikten är att arbetssättet successivt ska implementeras i hela länet. Modellen innehåller tydlig struktur för uppföljning och regelbundna möten med berörda myndigheter för samordning av tidiga

	insatser för patienter som är sjukskrivna eller riskerar sjukskrivning. Mötena leds av hälsocentralens rehabkoordinator. En modul för patienternas Rehabplaner har under året anskaffats från Jönköping och införts i vårdsystemet Cosmic. Primärvården har under året infört ett nytt arbetssätt där distriktssköterskor och sjukgymnaster sjukskriver vissa definierade sjukdomstillstånd under de första 14 dagarna. Arbetssättet frigör tid från läkarna med fortsatt god kvalitet på sjukintygen.
Hög kompetens inom försäkringsmedicin bland medarbetarna.	Färdigt utbildningskoncept i Försäkringsmedicin finns för AT-/ ST-läkare samt Rehabkoordinatorer. Utbildningen är en del i ordinarie utbildningsplan för dessa yrkesgrupper. För övriga läkare och berörd vårdpersonal planeras riktade utbildningsinsatser, främst i form av web-utbildning men även i form av dialogtillfällen vid hälsocentralerna. I december startar ett pilotförsök med sjuktalsdialog med sjukskrivande läkare vid tre av länets hälsocentraler. Handläggare från Försäkringskassan kommer från oktober att en gång i veckan finnas tillgängliga på hälsocentralerna i Brunflo, Järpen Krokom, Odensala och Z-gränd. Försäkringskassan blir därigenom mer tillgänglig för patienter, vården och arbetsgivare för frågor och synpunkter. Försäkringskassan kommer om någon månad att börja besöka länets hälsocentraler för samtal och utbildning i Försäkringsmedicin.
Förbättrat för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.	Gruppen med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa är stor och bristen på resurser för vård och behandling är påtaglig. Det är svårt att rekrytera personal med rätt utbildning för att kunna genomföra behandlingar.

	Statistiken är bristfällig och det är svårt att få överblick över behov, väntande och behandlingar. Antalet sjukskrivna i länet med dessa diagnoser har inte ökat nämnvärt under året men det är oklart om läget för de personer som drabbats av ohälsa har förbättrats. Det är många aktörer och många statliga överenskommelser som arbetar för denna grupp. En ökad tydlighet i roller och ansvar inom regionen och mellan myndigheter skulle underlätta arbetet. Primärvården är central i arbetet och diskussioner förs både inom ramen för ordinarie verksamhet och några statliga överenskommelser som erbjuder stimulansmedel, däribland ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”. En handlingsplan är under utarbetande i Primärvården för att tydliggöra arbetet. År 2016 riktas statliga stimulansmedel till primärvården som ersättning för utförda, individuella behandlingar. Diskussioner förs om att år 2107 istället rikta de statliga stimulansmedlen till gruppbehandlingar i KBT, sömnskolor och utbildningar i effektivare arbetssätt. Detta för att stimulera ökad produktion och förbättrad tillgänglighet. Gruppbehandlingar har god evidens. Förberedelser för web-baserade behandlingar pågår inom primärvården och inom psykiatri. Med denna nya behandlingsform kommer vården att nå ut till fler individer och utjämna tillgången till vård i länet.
Förbättrat för personer med muskuloskeletala besvär.	Samlad statistik för patientgruppen saknas och det är svårt att bedöma om målet är uppfyllt. Formerna för vilka behandlingar som ska finansieras med pengar ur de statliga överenskommelserna har tydliggjorts under året. Främst handlar det om Multimodala bedömningar där flera kompetenser samverkar, vissa definierade sjukgymnastbehandlingar och

	Multimodal rehabilitering, som framförallt utförts av Rygginstitutet i Sundsvall. Inom regionen har smärtenheten fått i uppdrag att utöka utbudet av KBT-behandlingar för att möta behovet hos patienter med långvarig smärta. Enheten kommer därigenom att kunna utöka antalet gruppbehandlingar år 2017.
Minskat differensen till riksgenomsnittet för sjukpenningdagar med en dag jämfört med år 2014.	Differensen till riksgenomsnittet har minskat med 0,7 sjukpenningdagar till september 2016. 2014-12-31: Riket 9,4, Jämtland 12,4 (+3,0) 2016-09-30: Riket 10,8, Jämtland 13,1 (+2,3)
Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,0 procentenhet jämfört med år 2014.	Differensen till riksgenomsnittet minskade med 0,6 procentenheter till december 2015. Under år 2016 har sjuktalen ökat i Region Jämtland Härjedalen jämfört med tidigare år. Hur övriga landsting/regioner utvecklats vet vi inte, de siffrorna presenteras endast helår. 2014-12-31: Riket 5,6 %, Jämtland 6,8 % 2015-12-31: Riket 6,0 %, Jämtland 6,6 %

2. Uppföljning av LUPens beslutade aktiviteter

Samma sjuktal som övriga landet

Aktivitet	Lägesrapport 2016-11-15
Utveckla statistik som enkelt och regelbundet visar; - Sjukskrivningslängd i förhållande till nationella riktlinjer och riket i övrigt. - Andel förlängning av sjukskrivningar utan läkarundersökning/läkarkontakt. - Rehabiliteringsinsatser för män respektive kvinnor. - Sjuktalens förändring över tid. - Sjukskrivnas sysselsättningsgrad.	Detta är ett omfattande arbete som måste ske i dialog med Försäkringskassan. Regionen har inte tillgång till sjukskrivningsstatistiken och siffror måste därför löpande hämtas från Försäkringskassans hemsidor eller beställas från deras analysavdelning. Regionen har statistik över läkarnas utfärdade sjukintyg, dock vet vi inte om de blir godkända. Under året har Regionen anslutit sig till SKLs nationella statistikdatabas, som löpande ger uppgifter om utfärdade sjukintyg. För de tre första punkterna i aktiviteten saknas fortfarande lösning på hur uppgifterna löpande

	ska kunna erhållas. När det gäller sjuktalens förändring över tid och sysselsättningsgrad kan regionen löpande följa utvecklingen.
Kartlägg aktörer i länet som arbetar för sänkta sjuktal och ökad återgång i arbete.	Kartläggning pågår inom ramen för Samordningsförbundet Jämtlands län.
Utarbeta förslag till utvecklad samverkansmodell inom länet för ökad genomförandekraft.	Samverkan mellan berörda myndigheter har utvecklats positivt under året. Ett bra exempel på det är Samordnad tidig rehabilitering som utvecklats i Krokom och nu ska spridas till övriga länet. Fler områden för samverkan har identifierats. Det finns många aktörer och arenor i länet som arbetar för sänkta sjuktal och en ökad andel av befolkningen i arbete eller studier. Samordningsförbundet i Jämtlands län har flera arenor för samverkan, exempelvis Loksam, KUR och Zynk. I KUR-gruppen förs strategiska diskussioner på tjänstemannanivå med representanter för Samordningsförbundet, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Region Jämtland Härjedalen (Primärvård, Regional utveckling och Sjukskrivningsprocessen). Zynk-mötena är av mer operativ art där pågående utvecklingsinsatser inom samordningsförbundet, Försäkringskassan och Regionen diskuteras och, vid behov, samordnas. Arbetsgivarna är centrala i arbetet med att sänka sjuktalen. Tydligare former för dialog bör utvecklas, som både inkluderar offentliga och privata arbetsgivare.
Utarbeta förslag till modell för ökad rörlighet i hela regionen.	Aktiviteten handlar om att försöka öka rörligheten i länet och förbättra möjligheterna att kunna prova andra arbetsuppgifter i samband med sjukskrivning och arbetsåtergång.

Brett politiskt samförstånd

Aktivitet	Notering
Utveckla modell för att samhällsekonomiskt beskriva nyttan av investeringar för sänkta sjuktal samt omfördelning av resurser.	Inledande kontakt tagen med företag i länet som arbetat med frågan under många år. Inget konkret förslag finns ännu framme.

En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess

Aktivitet	Notering
Genomför ESF-projektet Process för sänkta sjuktal. När processbeskrivningen är klar ska ett web-baserat utbildningsmaterial utarbetas för att kunna användas på arbetsplatserna.	ESF-projektet har avvecklats men arbetet fortsätter enligt projektets intentioner, finansierat med medel från den statliga överenskommelsen ”En effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”. Processbeskrivning har börjat utarbetas. Inom kort inleds dialog med referensgrupp bestående av berörda aktörer från vården, andra myndigheter, arbetsgivare och brukare för att skapa en bred samsyn på processen och dess värdeskapande aktiviteter. Web-baserat utbildningsmaterial i Försäkringsmedicin har inhämtats från SKL/Karolinska för att användas vid utbildning av Regionens läkare. Diskussion förs om att ställa motsvarande utbildningskrav på stafettläkare. Ett web-baserat utbildningsmaterial håller även på att framställas för regionens rutiner och arbetssätt för att hantera Våld i nära relationer.
Ange mål för utbildning och användande av genushanden hos de enheter som arbetar i multimodala team. Målen ska följas upp och analyseras i relation till lokal sjukskrivningsstatistik	Inget mål har beslutats för utbildning och användande av genushanden. Rehabkoordinatorerna fick utbildning i augusti, då även en kort informationsfilm presenterades. Filmen ger en tydlig beskrivning av tankarna med genushanden och kan användas vid information på hälsocentralerna.
Ange mål för implementering av rutindokumentet ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret”. Patienter inom sjukskrivnings-processen ska bli tillfrågade om våldsutsatthet och erbjudas stöd när det är påkallat.	Styrgruppen för Jämställd och jämlik verksamhet beslutade juni 2016 att inom Region JH ska frågan om våldsutsatthet ställas på rutin i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer (mödrahälsovården, vuxenpsykiatri samt samtliga ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri) samt till patienter som står inför eventuell sjukskrivning. Arbetet ska utvärderas. Rutinbeskrivning och systemstöd finns utarbetat och utbildningsinsatser pågår.

Samordnad tidig rehabilitering

Aktivitet	Notering
Tydliggör formerna för samarbete med övriga aktörer i länet.	Kartläggning av aktörer pågår i Samordningsförbundets regi. Arbete har startats upp för att inom länet ensa

	namn och innehåll på aktuella samverkansmöten, efter önskemål från bl.a. Försäkringskassan. Ett mer likformat arbetssätt för samverkan i länet underlättar för de personer som arbetar i flera av länets kommuner. Överenskommelsen med Försäkringskassan om att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar kommer att bli lag 2018. Då Regionen inte har egna resurser för att kunna utföra alla dessa utredningar pågår en upphandling av externa leverantörer. Samverkan med länets arbetsgivare måste förbättras. Här har vården en viktig roll. För varje arbetsgivarkontakt vården tar, kopplat till rehabilitering eller arbetsanpassning, erhåller hälsocentralen tre tusen kronor i statligt stimulansbidrag. Hittills under året har endast ett tjugotal kontakter redovisats.
Tydliggör och stärk rehabkoordinatorernas roll på alla hälsocentraler och inom psykiatri.	I Regionen finns nu en etablerad funktion för Rehabkoordinatorer inom primärvård och vuxenpsykiatri. Under året har uppdraget till koordinatorerna tydliggjorts och en omfattande utbildningsinsats inletts. Koordineringsfunktionen omfattar hela befolkningen och är geografiskt spridd över samtliga hälsocentraler i länet, även de privata. Alla tjänster är tillsatta med undantag för tillfällig frånvaro. Som en följd av få invånare på stor yta har Regionen relativt många och små hälsocentraler. Detta är en stor utmaning i koordineringsfunktionen då tjänsteutrymmet per hälsocentral blir väldigt litet. Resursfördelningen till primärvården för år 2016 är 1,0 rehabkoordinator per 17 000 listade länsinnevärdare i åldrarna 16-67 år.
Utred former för och synliggör nyttan med att sjukskrivande läkare regelbundet analyserar sina sjukskrivningslistor.	En modell för att sjuktalsdialog för sjukskrivande läkare har utarbetats. Modellen kommer att testas vid tre hälsocentraler med start i december. Efter utvärdering under 2017 tas beslut om arbetssättet ska permanentas.
Utveckla rutiner som säkerställer att multimodala teammöten genomförs varje vecka vid berörda enheter.	Rutiner är under utveckling. Kravet på möten varje vecka kommer att ersättas av krav på möten efter behov, minst en gång per månad. Hälsocentralernas olika storlek påverkar behovet av mötesfrekvens.

Hög kompetens inom försäkringsmedicin

Aktivitet	Notering
Genomför löpande och strukturerat fortbildning och handledning i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper	Utbildningsupplägg framgår under måluppföljning, sid 2. Web-baserade utbildningspaket kommer snart att kunna erbjudas inom både försäkringsmedicin och hälsofrämjande ledarskap.

Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.

Aktivitet	Notering
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med lindriga och måttliga psykiska diagnoser.	Arbete återstår innan detta kan ske. Idag saknas systemstöd för att månadsvis följa upp sjukskrivningslängd kopplad till diagnos och jämförelser med beslutsstödet.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av KBT/IPT-behandlingar. Detta för att säkra en jämn fördelning i befolkningen.	Klart. Uppgifter sammanställs och skickas till Försäkringskassan kvartalsvis.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.	Processledningen har fått i uppdrag att leda arbetet med värdeflödesanalyser, med stöd av rehabkoordinatorer. Arbetet kommer att påbörjas under år 2017.
Utveckla bedömningsstöd som särskilt uppmärksammar risken för medikalisering av vardagslivets problem vid diagnossättning	Ett arbete kring detta har startats upp inom ramen för SKL. Regionen inväntar resultatet. Vid Regionens försäkringsmedicinska utbildningar för läkare diskuteras frågan ingående.
Utveckla modell för samverkan som syftar till att underlätta för yngre personer med psykisk ohälsa att komma in på arbetsmarknaden.	Diskussion i KUR-gruppen. Regionens roll och ansvar bör tydliggöras.
Utveckla bedömningsstöd för patienter med psykisk ohälsa med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Inte påbörjat.
Utveckla och genomför utbildningsinsatser avseende HBTQ, främst riktad till hälsocentralernas psykosociala enheter.	Inte påbörjat.

Förbättra för personer med muskuloskeletala besvär

Aktivitet	Notering
Tydliggör former och syfte med fördjupade utredningar/bedömningar av patienter med diffusa smärtor i axlar nacke och rygg.	Avser Multimodal utredning och Multimodal behandling där flera specialistfunktioner samverkar kring bedömning och behandling. Formerna för detta har tydliggjorts under året, liksom vilka behandlingar som finansieras med

	medel från den statliga överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliterings-process”. Sedan maj 2016 har rätten att remittera patienter till Rygginstitutet för överenskommelsens pengar begränsats till Hälsovalets aktörer. Tidigare fick även privat företagshälsovård nyttja denna möjlighet.
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med muskuloskeletala diagnoser.	Inte klart. Då ett stort antal sjukskrivna finns inom dessa grupper är detta en angelägen åtgärd.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av MMR 1 och 2.	Klart. Uppgifter sammanställs och skickas till Försäkringskassan kvartalsvis.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med muskuloskeletala besvär väg in i i vården.	Syftet är att spåra kvalitetsbrister som grund för förbättringsarbete. Processledningen har fått i uppdrag att leda arbetet med stöd av rehabkoordinatorer. Arbetet kommer att påbörjas under år 2017.
Utveckla bedömningsstöd för patienter med muskuloskeletala besvär med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Inte klart. Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen och bör ske i samverkan med företagshälsovården.

Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare

Aktivitet	Notering
Tydliggör organisation och ansvarsfördelning för rehabiliteringsprocessen med avseende på Region Jämtland Härjedalens medarbetare.	Förtydligande har skett, bl.a. med ny folder våren 2016. Cheferna har ansvaret och personalavdelningen tillhandahåller stöd i processen.
Utveckla system som möjliggör att löpande ta fram statistik som visar resultatet av rehabiliteringsprocessen, bland annat med avseende på rehabiliteringsinsatser och omplaceringar/avslut.	Inte påbörjat
Utred eventuella samband mellan enheters sjukfrånvaro och olika arbetsmiljöfaktorer såsom bemanningstal, modell för schemaläggning, dygnet-runt-verksamhet, rutiner vid vakanser, chefsspann etc.	Chefers arbetssituation är av väsentlig betydelse för chefers förmåga att skapa en god arbetsmiljö för arbetsgruppen. Ingen kartläggning som tydliggör sambanden mellan sjukfrånvaro och beskrivna arbetsmiljöfaktorer har ännu gjorts.
Arbeta för en positiv inställning och en ökad förståelse hos chefer om betydelsen av att främja återgång i arbetet.	Arbetet är påbörjat och utbildningsinsatser genomförs. Svårigheten att balansera kravet på en fungerande verksamhet med kravet att ge arbetstagarna bra förutsättningar i en anpassad arbetsåtergång behöver diskuteras vidare. En modell för detta kan behöva utformas.
Genomför ESF-projektet Hälsofrämjande	ESF-projektet har avvecklats men arbetet

ledarskap	fortsätter enligt projektets intentioner, finansierat med medel från den statliga överenskommelsen ”En effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”. 23 chefer från Regionen och fem av länets kommuner genomför en 1,5-årig utbildningsinsats med stöd av Mittuniversitetet. Till utbildningsinsatsen och chefsgruppen har Mittuniversitetet kopplat tre separata forskningsprojekt.
-----------	--

/Karin Jonsson, processledare sjukskrivningsprocessen



7

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av
Region Jämtland Härjedalens
pensionärsråd
RS/1988/2016

2016-11-09

Samordningskansliet

Monica Byvald

Tfn: 063-147637

E-post: monica.byvald@regionjh.se

RS/1988/2016

Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd 2016

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden svarat på remiss angående det regionala trafikförsörjningsprogrammet och lämnat synpunkter på översyn av reglemente för pensionärsrådet samt gjort studiebesök och tagit del av informationer från verksamheter.

Rådet har under perioden 2015-08--2016-12 haft nio protokollförda sammanträden.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson

Regiondirektör

Mikael Ferm

Regionstabschef



**Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens
pensionärsråd 2016. (RS/1988/2016)**

Version: 1

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2016-12-07	Nyutgåva	Regionstyrelsen 2016-12-07

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 UPPFÖLJNING REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONÄRSRÅD 2016	4
1.1 Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd.....	4
1.2 Rådets uppgifter	4
1.3 Genomförd verksamhet 2015-08--2016-12	4
1.4 Måluppfyllelse	5
1.5 Ekonomiskt utfall 2015-12-31	6

1 UPPFÖLJNING REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONÄRSRÅD 2016

1.1 Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter. Pensionärsrådet är ett referensorgan med rätt att väcka frågor direkt i regionstyrelsen. Regionen ska (enligt § 8 HSL) i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med i detta fall länets pensionärsorganisationer.

Rådet har under perioden 2015-08--2016-12 haft nio protokollförda sammanträden.

1.2 Rådets uppgifter

- verka för att organisationen i sina verksamheter tillförsäkrar pensionärer delaktighet och jämlikhet
- framföra önskemål och vara rådgivande i frågor som rör organisationens verksamheter för pensionärer
- lämna synpunkter eller underlag till aktuella remisser eller delar av remisser som rör pensionärer
- vara ett forum för opinionsbildning och kunskapsspridning i frågor som rör pensionärer

Pensionärsorganisationerna bereds genom sina representanter i rådet möjlighet att framföra synpunkter på Region Jämtland Härjedalens verksamheters utformning samt möjlighet att föreslå förändringar och förbättringar i frågor som har aktualitet för gruppen. Rådets inhämtande av synpunkter ska ske i så tidigt skede att synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell nämnd eller styrelse. Rådet ska vara ett referensorgan med överläggningsrätt i frågor som rör äldre. Överläggningsrätt innebär här att rådet ska informeras och att samråd ska ske.

1.3 Genomförd verksamhet 2015-08--2016-12

➤ Budgetuppföljning

Pensionärsrådet har under perioden följt upp rådets ekonomiska resultat utifrån fastställd budget.

➤ Årsbokslut 2015

Rådet har gått igenom och godkänt årsbokslut för verksamhetsår 2015.

➤ **Ärenden**

- Svar på remiss: Regionalt trafikförsörjningsprogram för Region Jämtland Härjedalen 2016-2020 (RS/1240/2015).
- Svar på remiss: Översyn av reglemente för pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen (RS/311/2015).
- Val av ordförande för perioden fram till och med 2018-12-31.

➤ **Informationer**

- Uppdragsbeskrivning inklusive tidsplan för utredning om mer enhetliga patientavgifter.
- Bemanningssituationen inom primärvården.
- Verksamhet vid räddningstjänst, ambulansverksamhet med IVPA i vätan på ambulans, polis, socialjour och sjukvårdsrådgivning.
- Information från Torvalla hälsomottagning om hur regionen och länets kommuner jobbar med geriatriskt stöd utifrån samverkansmodellen; ”Trygg och säker hemma” med identifiering, bedömning, planering-genomförande och uppföljning.
- Information och dialog med representant från hälso- och sjukvårdsstaben om tillgänglighet i vården samt om samverkan mellan olika vårdnivåer inom hälso- och sjukvården i länet.
- Jämtlands läns cancer – och omvårdnadsfonds verksamhet.
- Ärendet Nytt sjukhus.
- Jämlik och jämställd verksamhet.
- Smittskyddsenhetens uppdrag och organisation.
- Nationella vaccinationsprogrammet.
- Vårdvalsnämndens uppdrag med valfrihetssystem, Hälsoval primärvård, medicinsk fotvård och barn – och ungdomstandvård, beställarenhetens uppdrag samt ansvar och lagar.
- Nationella taxan - ersättningsetablering.
- SKL projektet ”Bättre vård för sjuka äldre”.
- Osteoporos och fallprevention. Information från osteoporosföreningen i Jämtlands län.
- Folkhälsopolicy och folkhälsoarbete.
- Regionbildningsinformation.

➤ **Studiebesök**

- Studiebesök trygghetens hus Fyrvallavägen 4.
- Studiebesök akutmottagningen.

1.4 Måluppfyllelse

Regionens pensionärsråd ska verka för att rådets åsikter uppmärksammas i regionfullmäktige, styrelse och regionens olika verksamheter. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på det regionala trafikförsörjningsprogram och översyn av reglemente för pensionärsrådet. Rådet har bland annat fått information om förarbetet inför eventuell regionbildning och utredning av mer enhetliga patientavgifter och getts möjlighet att lämna synpunkter.

Pensionärsrådet är ett forum för kunskap och informationsutbyte mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har kontinuerligt följt upp de ärenden som hanterats samt genomfört gemensam verksamhetsplanering för kommande möten. Rådet har fått många föredragningar om pågående verksamheter och material har bifogats protokollen för att underlätta spridning i pensionärsorganisationerna. Föredragshållare uppger att de gärna kommer till organisationerna och informerar vid förfrågan.

1.5 Ekonomiskt utfall 2015-12-31

	Årsbudget 2015	Utfall per 2015-12-31
Regionbidrag	90 000	
Summa intäkter	90 000	90 000
Personalkostnader (lön, arvode, sociala avgifter, andra ersättningar)		56 460
Omkostnader (personalbefrämjande åtg. Externa representanter, resor o.s.v.)		2 184
Summa kostnader		58 644
Resultat		31 356 kr



8

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av
Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland
Härjedalen

RS/1631/2016

2016-11-28

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/1631/2016

Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd 2016

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för funktionshinderorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på remisser, tagit del av informationer från verksamheter, haft studiebesök, samt arrangerat Tillgänglighetskonferensen 2016.

Rådet har under perioden haft fyra protokollförda sammanträden, samt fyra sammanträden med rådets arbetsutskott.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

Samordningskansliet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 766
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

2016-11-28

RS/1631/2016

Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd 2016

Allmänt om länets handikappråd

Tillgänglighetsrådet är en samrådsgrupp för frågor som rör funktionshinder och personer med funktionsnedsättning i Jämtlands län. För närvarande består rådet av sju ledamöter från handikapporganisationer, en tjänsteman från regionala utvecklingsnämndens förvaltning, en tjänsteman från Försäkringskassan, en tjänsteman från Arbetsförmedlingen och en politiskt tillsatt ordförande.

Rådet har under perioden 2016-01-01 till 2016-11-28 haft fyra protokollförda sammanträden, samt fyra sammanträden med arbetsutskottet.

Rådets uppgifter

- Verka för att organisationen i sina verksamheter tillförsäkrar människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet.
- Framföra önskemål och vara rådgivare i frågor som rör organisationens verksamheter för personer med funktionsnedsättning.
- Lämna synpunkter eller underlag till aktuella remisser eller delar av remisser som rör personer med funktionsnedsättning.
- Bevaka hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet.
- Sprida information om funktionshinder – och hjälpmedelsfrågor till berörda i Jämtland Härjedalen
- Följa forskning och utveckling inom funktionshinder- och hjälpmedelsområdet

Funktionshinderrörelsen bereds genom sina representanter i rådet möjlighet att framföra synpunkter på Region Jämtland Härjedalens verksamheters utformning samt möjlighet att föreslå förändringar och förbättringar i frågor som har aktualitet för grupperna.

Behandlande ärenden 2016

- **Revidering av reglementet.** Tillgänglighetsrådets reglemente har reviderats och rådet bytte namn från Länets handikappråd till tillgänglighetsrådet.
- **Årsbokslut 2015.** Rådet har gått igenom och godkänt årsbokslut för verksamhetsår 2015.
- **Remissinstans Ny hälso- och sjukvårdspolitik.**
- **Remissinstans Regionalt trafikförsörjningsprogram.** Ett remissvar utformades av arbetsutskottet och skickades till Regionala utvecklingsnämnden.
- **Tillgänglighet i hälso- och sjukvård.** Tillgänglighetsrådet fick möjlighet att samla in synpunkter och skicka till samtliga enheter på sjukhuset och länets hälsocentraler.
- **Tillgänglighetsstrateg i Region Jämtland Härjedalen.** Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsstrateg har adjungerats till rådet.
- **Utredning om nya patientavgifter.**
Anneli Svensson, ekonomistrateg, informerade om utredningen och införandet av mer enhetliga patientavgifter och planerade införanden av bl.a. e-frikort och självbetjäning.
- **Skrivelse till Jamtli om projekt funktionshinderhistoria.** Projektet ligger just nu hos föreningsarkivet.
- **Budgetuppföljning**
Budgetuppföljningar görs löpande under året där tillgänglighetsrådets ledamöter får rapporter om hur det ekonomiska läget för rådet ser ut.
- **Planering av tillgänglighetskonferens 2017.**
Under 2016 har rådet diskuterat och planerat kommande tillgänglighetskonferens där temat är kommunikation. Konferensens stora namn 2017 är Louise Hoffsten som kommer att föreläsa utifrån sin bok "En näve grus". Konferensen kommer att genomföras på OSD, Östersund den 16 februari 2017.
- **Information från Försäkringskassan om en enklare vardag och aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.**
Barbro Norbeck och Elisabeth Dahlqvist från Försäkringskassan informerade om ett utvecklingsarbete för att det ska bli enklare, tryggare och mer förutsägbart för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga i kontakten med Försäkringskassan. Målet är bl.a. att öka deltagandet i arbetslivet och i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning.

- **Information om utredningsuppdrag gällande stöd inom kommunikations- och kognitionsområdet.**
Elsa Garli, legitimerad arbetsterapeut, område psykiatri, informerade om det kommande utredningsuppdraget inom kommunikations- och kognitionsområdet.
- **Hjälpmedelspolicy.** En ny hjälpmedelspolicy har varit ute på remiss under våren. Då fick tillgänglighetsrådet information om vad policyn innebär och hur tidsplanen för den såg ut. Under senare delen av hösten fick rådet besök av Sara Häggström, enhetschef på Hjälpmedelscentralen, som informerade om det fortsatta arbetet med revidering av styrande dokument kopplade till den nya policyn, samt vilka förändringar som planeras.
- **Parasportförbundet.** Tillgänglighetsrådet har haft besök av Fredrik Andersson från Parasportförbundet. Fredrik beskrev förbundets verksamhet och de projekt de har arbetat med.

Tillgänglighetskonferens 2016

Under konferensen 2016 var temat "Rätten till mitt liv". Det stora dragplåstret var Aron Andersson, känd för att vara den förste som bestigit Kebnekaise med rullstol. Konferensen lockade ca 110 besökare. Några av handikapporganisationerna hade utställningsbord utanför lokalen där de hade information om respektive organisation.

Måluppfyllelse

Nedan beskrivs måluppfyllelse utifrån rådets specifika uppgifter.

Bevaka frågorna i enlighet med gällande lagar, regler och förordningar för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet i länet

Tillgänglighetsrådet har under 2016 fått information från bl.a. Försäkringskassan om hur de utvecklar sin process för handläggning av aktivitetsstöd, samt att de getts möjlighet att lämna synpunkter på det Regionala Trafikförsörjningsprogrammet ur ett tillgänglighetsperspektiv.

Följa forskning och utveckling inom området

Rådet har under 2016 inte berört området forskning och utveckling.

Framföra önskemål och motivera behovet av förändring hos berörd huvudman

Rådet har under 2016 inte lämnat något önskemål av förändring till huvudmannen.

Följa hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet

Rådet har under våren 2016 fått information om den nya hjälpmedelspolicyn som varit ute på remiss och ska under slutet av året få information om de tillämpningsanvisningar som tagits fram kopplat till den nya hjälpmedelspolicyn.

Vara ett forum där handikappprörelsen kan samordna synpunkter vid yttrande eller remissvar

Rådet har under 2016 beretts möjlighet att lämna yttrande på olika remisser. Bl.a. gällande Regionalt trafikförsörjningsprogram och nya patientavgifter.

Informera och samverka kring frågorna i länet

Rådet har delvis, genom sin årliga tillgänglighetskonferens, kunnat sprida kunskap om tillgänglighets- och funktionshinderfrågor. Genom publicering av sina protokoll på regionens webbsida kan allmänheten ta del av rådets verksamhet. Rådet hade under hösten 2016 ett besök från Strömsunds kommuns Tillgänglighetsråd, som var intresserade av vad Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd hade för arbetsformer. Eventuell samverkan diskuterades men inget beslut fattades under mötet.

Ekonomiskt utfall 2016-10-31

	Årsbudget 2016	Utfall per 2016-10-31
Landstingsbidrag	150 000	
Summa intäkter	150 000	
Personalkostnader (lön, arvode, sociala avgifter, andra ersättningar)		31 770
Omkostnader (Personalbefrämjande åtg, externa representanter, resor o.s.v.)		45 277
Summa kostnader	150 000	77 047
Resultat		72 953

Tillgänglighetsrådet hade per oktober 2016 ett överskott på 72 953 kronor. En förklaring till överskottet är lågt deltagande på några av rådets möten.

Sammanfattning

Tillgänglighetsrådet har under 2016 haft fyra protokollförda sammanträden och därtill fyra möten med rådets arbetsutskott som har till uppgift att förbereda och planera rådets sammanträden. Rådet har också under året genomfört en tillgänglighetskonferens i syfte att uppmärksamma funktionshinderfrågor. Som framgår av ovan beskrivna måluppfyllelse uppfyller rådet idag inte fullt sitt syfte. Tillgänglighetsrådet har ett reglemente som reviderades 2015 där syftet var att konkretisera rådets arbete. Man har inte riktigt lyckats inkludera rådet i den ordinarie beslutsprocessen under året.

Tillgänglighetskonferensen 2016 var mycket uppskattad och huvudtalaren Aron Andersson drog ca 110 besökare.

Tillgänglighetsrådets utgifter består till de största delarna av kostnaderna för tillgänglighetskonferensen samt för arvoden.



9

Svar på remiss DS 2016:28 Driftsformer för
universitetssjukhus

RS/1491/2016

2016-11-24

Samordningskansliet
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/1491/2016

Svar på remiss DS 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Socialdepartementet getts möjlighet att lämna synpunkter på departementspromemorian Driftformer för universitetssjukhus.

Promemorian innehåller förslag som innebär att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Vissa övergångsbestämmelser föreslås och Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Vid utarbetande av remissvar har samarbete skett med Västerbottens läns landsting som är ansvariga för Norrlands Universitetssjukhus. Svaret ska vara Socialdepartementet tillhanda senast 25 november. Ett preliminärt remissvar har därför skickats in och slutlig version lämnas efter regionstyrelsens beslut. Beslut ska därför tas med omedelbar justering.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss Driftsformer för universitetssjukhus per 2016-11-20 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringsdirektör

Utdrag till

Planeringsdirektör

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Svar på remiss DS 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus, S2016/05390/FS

Promemorian innehåller förslag som innebär att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Vissa övergångsbestämmelser föreslås och lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Socialdepartementet har gett Region Jämtland Härjedalen möjlighet att inkomma med ett remissvar till senast 25 november 2016.

Vid utarbetande av detta remissvar har samarbete skett med Västerbottens läns landsting som är ansvariga för Norrlands Universitetssjukhus.

Bakgrund

”Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget” men ”Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för”. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård efter behov och på lika villkor för hela befolkningen”. Det sista d.v.s. ”för hela befolkningen” utgör en speciell utmaning för de delar av landet som är glest befolkat, har stora transportavstånd och ett åldrande befolkningsunderlag, vilket är de förhållande som råder i Norra sjukvårdsregionen.

I begreppet ”god hälso- och sjukvård” inbegrips även den regionala och nationella högspecialiserade vården. Denna vård genomförs bäst om den organiseras inom rimliga avstånd från patienten, vilket förutsätter att både kompetens och resurser håller en hög nivå, vilket ställer speciella krav inom norra sjukvårdsregionen.

Remissförslag

I utredningens inledning sägs ”Vårdinrättningar har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling, vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård. Det är viktigt att det säkerställs att universitetssjukhusen bibehålls och hålls samman. Utvecklingen av dessa enheter måste styras av vad som på lång sikt främjar det allmännas bästa, d.v.s. patienter, samtliga landsting och riket som

2016-11-20
RS/1491/2016
HANDLÄGGARE
Ingela Jönsson
Samordningskansliet

BESÖKSADRESS
Kyrkgatan 12
Östersund

POSTADRESS
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

TELEFON
063-15 30 00

E-POST
region@regionjh.se

WEBBPLATS
www.regionjh.se

helhet och inte vad som i ett kortare perspektiv framstår som mest fördelaktigt för ett enskilt landsting eller annan vårdgivare. I regeringsförklaringen 2014 aviserade regeringen att lagstiftningen ska ändras så att möjligheterna att sälja eller privatisera universitetssjukhus förhindras.”

Synpunkter från Region Jämtland Härjedalen

Med de speciella förhållanden som råder inom norra sjukvårdsregionen är det av yttersta vikt att det universitetssjukhus som ska verka för regionens hälso- och sjukvård, tillsammans med övriga sjukvårdsenheter inom regionen, har en driftsform som gynnar sammanhållen vård och insyn och påverkan på beslut även över huvudmannagränserna. Den samverkan inom regionen som är helt nödvändig sker idag genom Norrlandstingens Regionförbund, d.v.s. Norrlands sätt att hantera samverkansnämndsuppdraget.

När norra sjukvårdsregionen har mycket speciella förhållanden med gles och åldrande befolkning och stora avstånd bedömer För Region Jämtland Härjedalen att det är mycket viktigt att kunna försäkra sig om att Norrlands universitetssjukhus har möjlighet att bibehålla en god kvalitet av högspecialiserad sjukvård och via samverkan ge stöd för utveckling också av vården på Östersunds sjukhus. Det är också mycket viktigt att den forskning och undervisning som idag framgångsrikt bedrivs vid universitetssjukhuset och övriga regionen kan fortsätta genom god samverkan mellan stat (universiteten inom regionen) och landstingen i norra sjukvårdsregionen. För Region Jämtland Härjedalen har detta bland annat tydliggjorts genom den regionaliserade läkarutbildningen i Norrland, som är mycket viktig för kompetensförsörjningen.

Region Jämtland Härjedalen stödjer med anledning av detta förslag från Socialdepartementet att lagstifta så att landsting inte ska kunna sälja eller privatisera universitetssjukhus.

Det enda alternativ till dagens organisering som Region Jämtland Härjedalen kan se är ett statligt sammanhållet ansvar för den högspecialiserade vården i hela landet.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



Socialdepartementet

Ds 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Justitiekanslern (JK)
4. Kommerskollegium
5. Upphandlingsmyndigheten
6. Statskontoret
7. Socialstyrelsen
8. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
9. Folkhälsomyndigheten
10. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
11. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
12. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
13. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
14. Konkurrensverket
15. Universitetskanslersämbetet
16. Uppsala universitet
17. Lunds universitet
18. Göteborgs universitet
19. Umeå universitet
20. Linköpings universitet
21. Karolinska institutet
22. Örebro universitet
23. Regelrådet
24. Stockholms läns landsting
25. Uppsala läns landsting
26. Södermanlands läns landsting
27. Östergötlands läns landsting
28. Jönköpings läns landsting
29. Kronobergs läns landsting
30. Kalmar läns landsting
31. Blekinge läns landsting

32. Skåne läns landsting
33. Hallands läns landsting
34. Västra Götalands läns landsting
35. Värmlands läns landsting
36. Örebro läns landsting
37. Västmanlands läns landsting
38. Dalarnas läns landsting
39. Gävleborgs läns landsting
40. Västernorrlands läns landsting
41. Jämtlands läns landsting
42. Västerbottens läns landsting
43. Norrbottens läns landsting
44. Gotlands kommun
45. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
46. Sveriges läkarförbund
47. Svenska Läkaresällskapet
48. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
49. Vårdförbundet
50. VISION
51. Svenska Kommunalarbetsförbundet (Kommunal)
52. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
53. Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF)
54. Handikappförbunden
55. Nätverket mot cancer
56. Neuroförbundet
57. Njurförbundet
58. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
59. Reumatikerförbundet
60. Riksförbundet HjärtLung
61. FAMNA
62. Svenskt Näringsliv
63. Almega
64. Vårdföretagarna
65. Företagarna
66. Capio AB
67. Praktikertjänst AB
68. Svenska Vård

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 25 november 2016**. Vi vill att ni enbart skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2016/05390/FS anges.

Remissen innebär att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Sara S Johansson, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, telefon 08-405 14 63, eller sara.s.johansson@regeringskansliet.se



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwer, 106 47 Stockholm

Driftsformer för universitetssjukhus

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24487-6

ISSN 0284-6012

Promemorians huvudsakliga innehåll

Promemorian innehåller förslag som innebär att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Vissa övergångsbestämmelser föreslås.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Innehåll

Promemorians huvudsakliga innehåll	1
1 Författningsförslag.....	5
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	5
1.2 Förslag till förordning om universitetssjukhus.....	7
2 Inledning.....	9
2.1 Tidigare lagstiftning.....	10
3 Gällande ordning	13
3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården	13
3.2 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården.....	13
3.2.1 Uppdelning i regioner	14
3.3 ALF-avtalet – samarbete mellan stat och landsting	15
3.4 Olika former av hälso- och sjukvård.....	16
3.4.1 Högspecialiserad vård, regionsjukvård och rikssjukvård.....	16
3.4.2 Definition av universitetssjukvård i ALF-avtalet	17
3.5 Olika typer av sjukhus.....	18
3.5.1 Definition av universitetssjukhus.....	19
3.6 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering)	19

3.6.1	Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.....	20
3.6.2	Tillsyn över hälso- och sjukvården	21
4	Överväganden och förslag	23
4.1	Möjligheten att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus	23
4.2	Förslagens förenlighet med EU-rätten	29
4.3	Frågor om näringsfrihet	31
5	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	33
6	Konsekvenser	35
6.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	35
6.2	Ekonomiska konsekvenser.....	36
6.3	Konsekvenser för företag.....	37
7	Författningskommentar	39

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §²

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *därvid* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *då* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2014:572.

innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ. *Landstinget får inte till någon annan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen får meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.*

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2017.

2. Äldre bestämmelser gäller för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

3. Äldre bestämmelser gäller för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet och som förlängs efter ikraftträdandet, om förlängningen avser en period om högst fyra år.

1.2 Förslag till förordning om universitetssjukhus

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Med universitetssjukhus enligt 3 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avses

1. Karolinska universitetssjukhuset i Solna och Huddinge,
2. Akademiska sjukhuset i Uppsala,
3. Linköpings universitetssjukhus,
4. Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund,
5. Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg,
6. Universitetssjukhuset Örebro, och
7. Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2017.

2 Inledning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård efter behov och på lika villkor för hela befolkningen. Ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård faller primärt på landstinget. Även om det ankommer på landstingen att besluta i frågor som rör detta ansvar är allas tillgång till en god och jämlik hälso- och sjukvård av sådan väsentlig betydelse för välfärden i landet som helhet att statliga åtgärder i form av utökad reglering av vårdens organisering och finansiering måste kunna komma i fråga i vissa fall. En central del av hälso- och sjukvården är verksamheten vid universitetssjukhus. Dessa vårdinrättningar har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Det är viktigt att det säkerställs att universitetssjukhusen bibehålls och hålls samman. Utvecklingen av dessa enheter måste styras av vad som på lång sikt främjar det allmännas bästa, dvs. patienterna, samtliga landsting och riket som helhet och inte vad som i ett kortare perspektiv framstår som mest fördelaktigt för ett enskilt landsting eller annan vårdgivare. I regeringsförklaringen 2014 aviserade regeringen att lagstiftningen ska ändras så att möjligheterna att sälja eller privatisera universitetssjukhus förhindras.

Regeringen har tagit flera initiativ som syftar till att reglera att de aktörer som verkar i välfärden har verksamheten i fokus och inget annat. Den 5 mars 2015 beslutade till exempel regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (dir. 2015:22). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel

ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhälls-ekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Allmänheten bör ha insyn i vård, omsorg och skola som är offentligt finansierad. Möjligheten till insyn ska således inte vara beroende av på vilket sätt den offentligt finansierade verksamheten organiseras. Utredningen Ökad insyn i välfärden (S2015:04) fick därför i september 2015 i uppdrag att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd offentlig finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen (2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare.

Det pågår dessutom ett arbete inom Regeringskansliet med att ta fram en lagrådsremiss med förslag om att ett stärkt meddelarskydd ska införas i skola, vård och omsorg som är enskilt bedrivna men offentligt finansierad.

Ovanstående initiativ och förslagen i denna promemoria bygger på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om vinster i välfärden.

Den 22 juni 2016 beslutade regeringen att överlämna lagrådsremissen En ny hälso- och sjukvårdslag till Lagrådet. I remissen föreslås att en ny hälso- och sjukvårdslag den 1 april 2017 ska ersätta den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. I denna promemoria har förslagen i lagrådsremissen inte beaktats. Ändringar föreslås i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen.

2.1 Tidigare lagstiftning

Sedan början av 2000-talet har staten periodvis reglerat vilka villkor som ska gälla för driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar.

Under åren 2001 och 2002 gällde den särskilda lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan (prop. 2000/01:36 Sjukhus med

vinstsyfte). Lagen innebar att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Lagen gällde inte akutsjukhus som vid ikraftträdandet drevs enligt avtal med landstinget. Lagen var tidsbegränsad till två år eftersom regeringen ville följa effekterna av den. År 2000 tillsattes en utredning med uppdrag att bl.a. utreda förutsättningarna för att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården samt lämna förslag till sådana regler. Utredningen lämnade sitt slutbetänkande, *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23), i mars 2003.

Den 1 januari 2006 trädde nya bestämmelser i kraft som åter inskränkte landstingens möjligheter att överlämna åt någon annan att utföra hälso- och sjukvård (prop. 2004/05:145 *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*). I HSL infördes bestämmelser om att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan. Om landstinget överlämnade driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att verksamheten skulle drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare skulle varje landsting driva minst ett sjukhus i egen regi. Syftet med lagstiftningen var att skydda de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård. Dessa bestämmelser, den s.k. stopplagen, upphävdes av den föregående regeringen den 1 juli 2007 (prop. 2006/07:52 *Driftsformer för sjukhus*).

3 Gällande ordning

3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården

Med hälso- och sjukvård avses, enligt HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna (1 § HSL). Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och personalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Liknande bestämmelser finns även i patientlagen.

3.2 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på landstingen. Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt dem som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget (3 § HSL). Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordningen (EG) nr

883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (3 c § HSL). Landstingen ansvarar vidare för vård till asylsökande och personer som vistas i landet utan tillstånd. Dessa personer ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och smittskydd. Barn under 18 år ska erbjudas samma vård som bosatta barn. Detta framgår av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Enligt patientlagen har en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård både inom och utom sitt landsting (9 kap. 1 §). Av 4 § andra stycket HSL följer att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för. Kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer eller som deltar i dagverksamhet. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, s.k. hemsjukvård. I kommunernas ansvar ingår emellertid inte hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (3 § andra stycket och 18 § HSL). Landstingen ansvarar därför för att tillhandahålla läkare i den kommunala hälso- och sjukvården (26 d § HSL).

Enligt 15 § HSL ska det i landstingen finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare. I landstingen ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

3.2.1 Uppdelning i regioner

Regeringen får, enligt 9 § HSL, föreskriva att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting.

Landstingen ska dessutom samverka i sådana frågor. Av förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner framgår att en indelning i sex regioner skett. Dessa är Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen och Umeåregionen. I varje sjukvårdsregion finns en samverkansnämnd vars uppgift bl.a. är att inom regionen samordna den högspecialiserade vården.

Sjukvårdsregionerna är administrativa enheter som syftar till att möjliggöra samverkan kring regionsjukvård och övergripande kunskapsstyrningsfrågor mellan de landsting som ingår i respektive sjukvårdsregion. Överenskommelser har träffats mellan landstingen om ersättningar samt formerna för och innehållet i samarbetet inom regionen.

Särskilda avtal reglerar ansvar och uppgifter för samverkans- och regionsjukvårdsnämnder samt regionförbund. De huvudsakliga delarna är regionsjukvård eller utomlänsvård som det också kallas, forskning, utveckling och utbildning, regionala medicinska råd eller motsvarande, solidariskt finansierade verksamheter t.ex. regionala cancercentrum, likartade villkor för medborgarna bl.a. avseende remisser till specialiserad vård samt övrigt som innebär att landstingen i sjukvårdsregionen kan uppnå gemensamma fördelar. I avtalen anges även att universitetssjukhusen ska ses som en gemensam regional angelägenhet och att en grundläggande uppgift för sjukvårdsregionen är att komma överens om prislistan för regionsjukvården.¹

3.3 ALF-avtalet – samarbete mellan stat och landsting

Staten är huvudman för universiteten och därmed ansvarig för den utbildning som leder fram till läkarexamen, för utbildning på forskarnivå samt för den forskning som bedrivs vid berörda universitet.

¹ U-J Olson. Utvecklingspartner i Stockholm AB. Prismodeller och samverkan kring den högspecialiserade regionvården. PM framtaget för Utredningen om högspecialiserad vård, Dnr S2014:11/2014/5.

Det s.k. ALF-avtalet reglerar samarbetet mellan den svenska staten och vissa landsting om utbildningen av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Vidare reglerar avtalet statens ersättning för landstingens åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning, den s.k. ALF-ersättningen.

Det senaste avtalet undertecknades i september 2014. Då ingicks avtalet mellan staten, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Östergötlands läns landsting, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting.

Genom avtalet är staten och landstingen överens om att gemensamt främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling. I detta ingår det att sträva mot en ökad samordning och koncentration av de resurser som görs tillgängliga i samarbetet.

För att skapa goda förutsättningar för forskning och utbildning ska berörda universitet delta i organisering och ledning av verksamheten i den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Denna verksamhet betecknas i ALF-avtalet som universitetssjukvård och är en gemensam angelägenhet för berörda landsting och universitet (se vidare avsnitt 3.4.2).

3.4 Olika former av hälso- och sjukvård

3.4.1 Högspecialiserad vård, regionsjukvård och rikssjukvård

Den högspecialiserade vården utgör en central del av hälso- och sjukvården. Den har en nära koppling till forskning och utveckling vilket gör den till en av de verksamheter som stödjer och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Begreppet högspecialiserad vård är inte definierat i lag. Det används ofta som en beteckning på nyskapande, forskningsintensiv, modern eller investeringstung sjukvård. Högspecialiserad vård kan definieras som vård av det fåtal patienter som har speciellt svår- bemästrade problem vilka kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning som är dyrbar eller kräver särskild kompetens för att sköta.

Den högspecialiserade vården kan bedrivas både som region-sjukvård och rikssjukvård. Regionsjukvård är sådan sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde. Regionsjukvården bedrivs vanligtvis på universitets- och region-sjukhus men det finns enstaka exempel på verksamheter som för en sjukvårdsregions räkning bedrivs vid ett länssjukhus. Med rikssjukvård avses, enligt 9 a § HSL, hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.

Den högspecialiserade vården i sjukvårdsregionerna kännetecknas av att verksamheterna är beroende av olika specialiserade kompetenser som samverkar kring patienten. Samordning till specifika enheter är när det gäller den högspecialiserade vården ofta nödvändig för att en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet ska kunna säkerställas.

I syfte att få förbättrade vårdresultat och därigenom en mer jämlik vård samt för att uppnå ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser tillsattes Utredningen om högspecialiserad vård (S2014:11). Utredningen hade i uppdrag att se över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration (dir. 2014:56). I november 2015 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande, Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98), till regeringen. I betänkandet föreslås en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Med nivåstrukturering menar utredningen en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter. Betänkandet har skickats ut på remiss.

3.4.2 Definition av universitetssjukvård i ALF-avtalet

Enligt ALF-avtalet ska universitetssjukvårdens kärnverksamheter, jämte hälso- och sjukvård, vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Universitetssjukvården ska enligt avtalet:

- fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,
- bedriva utbildning av hög kvalitet,
- följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,
- bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,
- förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården, och
- samverka med näringslivet och patientorganisationer.

Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och en incitamentsstruktur för kunskapsutveckling. Universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering.

För ett optimalt utnyttjande av resurserna för forskning, utbildning och utveckling kan endast begränsade delar av hälso- och sjukvården utgöra universitetssjukvård. Landsting och universitet ska, med högt ställda krav på kvalitet, komma överens om vilka organisatoriska enheter som ska ingå i universitetssjukvården.

Enligt ALF-avtalet ska det vart fjärde år genomföras en utvärdering av universitetssjukvården avseende struktur, process och resultat i fråga om forskning, utbildning och utveckling. Universitetssjukhusens roll för universitetssjukvården bör särskilt uppmärksammas. Syftet med utvärderingarna är att stödja universitetssjukvårdens utveckling.

3.5 Olika typer av sjukhus

Det finns tre nivåer i den svenska sjukhusvården; det mindre länsdelssjukhuset som har ett begränsat uppdrag och därför inte kan utföra all specialiserad vård, länsjukhuset som har kompetens och medicinsk utrustning som täcker i princip alla sjukdomsområden och regionsjukhuset som ska kunna behandla även det mer säll-

synta och komplicerade. Det finns inga exakta och gemensamma uppdragsbeskrivningar över vad ett länsdels-, läns eller regionsjukhus uppdrag är. I stället avgör respektive landsting själva hur de ska styra och organisera vården.

3.5.1 Definition av universitetssjukhus

Begreppet universitetssjukhus är inte närmare definierat i någon lag eller förordning. I dag räknar sig samtliga sju regionsjukhus i Sverige som universitetssjukhus, nämligen Akademiska sjukhuset i Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund, Universitetssjukhuset i Linköping och Universitetssjukhuset Örebro.

3.6 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering)

Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har landstingen en relativt stor frihet att själva organisera sin verksamhet. Som ett led i rätten att organisera verksamheten kan landstinget välja att antingen bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, främst privata, vårdgivare för viss verksamhet.

Av 12 kap. 4 § regeringsformen (förkortad RF) framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till andra juridiska personer än kommuner samt till enskilda individer. Att landsting har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ framgår av 3 kap. 16 § kommunalagen (1991:900). I HSL anges dessutom att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket HSL). Det kan t.ex. handla om att bedriva verksamhet vid ett sjukhus, en vårdcentral eller en klinik. Landstinget ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ med stöd av 3 § HSL. Inom hälso- och sjukvården

förekommer myndighetsutövning framförallt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

Även om ett landsting överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat utförare har kommunen eller landstinget kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Landstinget har bl.a. en skyldighet att se till att den anlitade privata vårdgivaren följer de bestämmelser som gäller för verksamheten.

Privata aktörer kan bedriva verksamhet på uppdrag av ett landsting inom ett av följande områden:

- Primärvård eller öppen specialistvård inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem (förkortad LOV)
- Verksamheter som bedrivs på entreprenad, upphandlade enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (förkortad LOU)
- Verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeut enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

När ett landsting köper enstaka platser eller tjänster av en privat utförare är landstinget inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning.

Hälso- och sjukvård kan också bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. Inte heller i dessa fall ansvarar landstinget för verksamheten.

3.6.1 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård

Under 2014 uppgick nettokostnaden för hälso- och sjukvården till 208 miljarder kronor. Landstingen producerade själv 78 procent av verksamheten och köpte verksamhet² för 22 procent eller cirka 47 miljarder kronor.

Andelen köpt verksamhet inom hälso- och sjukvården har ökat från cirka 18 procent av nettokostnaden år 2006 till drygt 22 procent år 2014 eller med nästan 5 procentenheter. Landstingens köp från privata företag ökade från 10 procent 2006 till 13 procent av

² Med köp av verksamhet avses landstingen och regionernas kostnader för hela verksamheter som bedrivs av privata utförare eller andra landsting eller regioner.

nettokostnaden 2014 och köpen från offentliga utförare från 7 procent till cirka 9 procent av nettokostnaden under samma period.

Inom gruppen offentliga utförare dominerar andra landsting och landstingsägda bolag. Bland annat bedrivs en stor del av den specialiserade vården i Stockholm liksom tandvården i flera landsting av landstingsägda bolag.

På motsvarande vis står privata företag för merparten av den verksamhet som landstingen köper från privata vårdgivare, cirka 96 procent. År 2014 bedrevs mer än hälften, 58 procent, av den köpta verksamheten inom hälso- och sjukvården av privata företag; motsvarande uppgift år 2006 var 55 procent. Kostnaden för köp av hälso- och sjukvård från staten uppgick 2014 till drygt 1,7 miljarder kronor.³

Det är inte möjligt att ange det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i vårdgivarregistret som innehåller uppgifter om verksamheter som utför hälso- och sjukvård. Registret innehåller uppgifter om verksamhet som bedrivs av såväl offentliga som privata vårdgivare. Registret är inte heltäckande vilket försvårar uppskattningen av hur många privata vårdgivare det finns. Registret täcker ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet.⁴

3.6.2 Tillsyn över hälso- och sjukvården

IVO ansvarar för tillsyn över främst hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (förkortad LSS) samt viss tillståndsprövning. I tillsynsuppdraget ingår handläggningen av anmälningar, t.ex. enligt lex Sarah och lex Maria.

Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får god vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVO har inte möjlighet att granska all verksamhet. Ansvaret för att bedriva god och säker vård och omsorg ligger hos huvudmännen och deras verksamhet. IVO

³ Köp av verksamhet 2014 Kommuner, landsting och regioner 2006-2014, SKL 2015

⁴ SOU 2015:7, s. 127

kan däremot genom en väl fungerande analysverksamhet och inspektioner som fokuserar på egenkontroll kombinerat med stickprovskontroller bidra till en positiv utveckling av vården och omsorgen.

4 Överväganden och förslag

4.1 Möjligheten att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus

Förslag: Landstingen ska inte till någon annan få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

Bedömning: I en ny förordning bör det slås fast vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

Skälen för förslaget och bedömningen

En växande och åldrande befolkning och en ökad efterfrågan på vård samt en intensiv kunskaps- och teknikutveckling innebär stora utmaningar för den svenska hälso- och sjukvården. Utmaningarna består inte enbart av problem utan även av nya möjligheter t.ex. när det gäller teknisk utveckling och innovation. Vården i Sverige uppvisar i ett internationellt perspektiv goda medicinska resultat, men i och med de utmaningar som vården står inför är det viktigt att fortsätta att förbättra vårdens kvalitet och effektivitet.

Det är därför av gemensamt intresse för stat och landsting att hälso- och sjukvården utvecklas och att resurser avsätts för utveckling och forskning. Det ger en effektivare sjukvård, med en långsiktigt högre kvalitet och därmed ökad hälsa och större nytta för patienterna.

En av hälso- och sjukvårdens mest centrala delar är den verksamhet som bedrivs på universitetssjukhusen. Dessa sjukhus har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Eftersom universitetssjukhusen har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman.

Universitetssjukhusens ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling

Universitetssjukhusen har en central roll inom den medicinska utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Stora delar av universitetssjukhusen utgörs av universitetssjukvård (se avsnitt 3.4.2). Denna del av hälso- och sjukvården syftar bl.a. till att göra vården mer evidensbaserad genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder. Vården vid universitetssjukhusen kan bidra till att utveckla nya metoder för diagnostik, omvårdnad och behandling men också att tidigt fånga upp och utvärdera metoder som utvecklats internationellt samt att kritiskt granska gamla metoder och leda utmönstringen av de metoder som visar sig vara förlegade.

Universitetssjukhusen har också en viktig roll i hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning, bl.a. genom deltagande i arbetet med systematiska kunskapssammanställningar, nationella och internationella riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram.

Stor del av den högspecialiserade vården

En stor del av den vård som utförs på universitetssjukhusen är att karaktärisera som högspecialiserad vård. Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens

resurser uppnås. Det handlar även om att hålla en hög beredskap för små patientgrupper, t.ex. patienter som lider av sällsynta kroniska sjukdomar, vilket kräver resurser som sällan utnyttjas. Universitetssjukhusen tar därför emot patienter från andra landsting och även från andra länder.

Den högspecialiserade vården utgör en central del av universitetssjukhusen med nära koppling till forskning och utveckling, vilket innebär att den stödjer och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården.

Universitetssjukhusen har en central roll för klinisk forskning och utbildning

Hälso- och sjukvården ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. För att den vetenskapliga grunden ska säkras måste det finnas ett nära samband mellan hälso- och sjukvård, klinisk forskning och utbildning av läkare.

Universiteten och landstingen har ett gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare. Landstingen är huvudmän för den offentliga hälso- och sjukvården och staten är huvudman för den högskoleutbildning som leder fram till läkarexamen, för utbildning på forskarnivå och för den forskning som bedrivs vid berörda universitet. Landstingen har enligt HSL ett ansvar för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. I ALF-avtalet är det reglerat att utbildning av läkare och klinisk forskning får bedrivas i landstingsfinansierad hälso- och sjukvård. Landstinget medverkar genom att bl.a. ställa lokaler, personal och andra resurser till förfogande. En stor del av utbildningen av läkare utförs vid universitetssjukhusen.

För att säkra att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver är det av stor vikt att läkarstudenterna får ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning, och handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som den studerande förutsätts nå under utbildningen.

Forskningen central för den svenska hälso- och sjukvården

Ansvar för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården är delat mellan staten och landstingen. Enligt 26 b § HSL ska landstingen medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, bl.a. samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Staten är huvudman för universiteten och därmed ansvarig för den forskning som bedrivs där. Forskningen vid universiteten finansieras med statliga anslag eller med offentliga eller privata externa medel. Landstingen har ett betydande ansvar för den kliniska delen av den medicinska forskningen. Landstingen finansierar den kliniska forskningen dels via de av staten erhållna ALF-medlen (se avsnitt 3.3), dels med egna medel. En stor del av den kliniska forskningen bedrivs vid universitetssjukhusen, vilket har betydelse för förutsättningarna att bedriva högkvalitativ sjukvårdsverksamhet vid samma sjukhus och vice versa.

Ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen

Som framgår av redovisningen ovan ställer universitetssjukhusen särskilda krav på beaktande av ett allmänt intresse som sträcker sig långt utanför det aktuella landstinget. Det allmännas bästa, dvs. vad som är bäst för patienterna, övriga landsting och riket som helhet, måste därför styra utvecklingen av dessa verksamheter, inte vad som framstår som mest fördelaktigt för ett enskilt landsting eller annan vårdgivare.

Eftersom universitetssjukhusen innehar en central och ledande roll för övrig hälso- och sjukvård är det angeläget att det säkerställs att dessa sjukhus inte fragmenteras utan hålls samman inom landstingen. Att universitetssjukhusen hålls samman ger förutsättningar för nödvändiga investeringar i utrustning, infrastruktur och kompetens som i sin tur leder till en effektivare sjukvård, med en långsiktigt högre kvalitet, bättre patientsäkerhet och större nytta för patienterna. En sammanhållen universitetssjukvård ger även de bästa förutsättningarna för att uppnå den kritiska massa av forskare

och kompetens som krävs för att högkvalitativ forskning ska kunna bedrivas.

Det kan därför ifrågasättas om den lokalt valda majoriteten i ett enskilt landsting ska kunna fatta beslut om överlåtelse av uppgifter att bedriva verksamhet som är av strategisk betydelse för andra landsting och för hälso- och sjukvårdsutvecklingen i landet som helhet. Viss verksamhet inom universitetssjukhusen finansieras dessutom av statliga och externa medel, t.ex. landstingens medverkan i klinisk forskning och utbildning.

Sammantaget finns det starka skäl att begränsa möjligheten för landstingen att överlämna driften av universitetssjukhusen till andra utförare. I denna promemoria föreslås därför en ändring i 3 § tredje stycket HSL med innebörd att det inte ska vara tillåtet för landstingen att till någon annan lämna över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus. Vilka sjukhus som ska anses som universitetssjukhus bör regeringen, med stöd av ett förslaget bemyndigande, ange i en ny förordning. För närvarande bör följande sjukhus betraktas som universitetssjukhus: Karolinska universitetssjukhuset, Akademiska sjukhuset, Linköpings universitetssjukhus, Skånes universitetssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset Örebro och Norrlands universitetssjukhus.

Även hälso- och sjukvårdsenheter som tidigare har tillhört ett universitetssjukhus bör omfattas av förbudet att överlämna verksamheten till någon annan. I syfte att begränsa ingreppen i den kommunala självstyrelsen och i näringsfriheten bör bestämmelsen dock enbart omfatta hälso- och sjukvårdsenheter som vid något tillfälle under en viss period bakåt i tiden organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Denna tid bör bestämmas till perioden efter den 1 juli 2007 då den förra s.k. stopplagen upphörde att gälla (se avsnitt 2.1). Förslaget i denna del förhindrar även att ett landsting i framtiden flyttar verksamhet vid ett universitetssjukhus till ett annat sjukhus eller till någon annan hälso- och sjukvårdsenhet och därefter överlämnar verksamheten till t.ex. en privat aktör. Till universitetssjukhusen kan organisatoriskt höra såväl enheter inom själva sjukhusbyggnaderna som verksamhet som ett universitetssjukhus ansvarar för men som bedrivs vid exempelvis ett annat sjukhus eller i form av en lokal enhet inom primärvården, t.ex. ett laboratorium.

Det är vanligt att ett landsting låter privata företag utföra serviceverksamhet som exempelvis städning, matleveranser och vakthållning. Sådan verksamhet är inte att betrakta som hälso- och sjukvård och berörs således inte av detta förslag.

Närmare om avgränsningen av förslaget

I regeringsförklaringen 2014 aviserade regeringen att lagstiftningen ska ändras så att möjligheterna att sälja eller privatisera universitets- eller regionsjukhus förhindras.

Skälet till att förslagen i denna promemoria enbart rör begreppet universitetssjukhus är på grund av andra närliggande processer som kan få konsekvenser för organiseringen av regionsjukvården och således även vilka sjukhus som kan betecknas som regionsjukhus i framtiden. Det handlar bl.a. om att inte föregå hanteringen av de förslag som Utredningen om den högspecialiserade vården lämnade i sitt slutbetänkande (se avsnitt 3.4.1). Detsamma gäller de förslag som den s.k. Indelningskommittén (Fi 2015:09) kommer att lämna de kommande åren. I juli 2015 tillsatte regeringen Indelningskommittén som ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning med väsentligt färre län och landsting än dagens (dir. 2015:77). Syftet är att skapa en ändamålsenlig indelning och effektiva organisationer och verksamheter som är anpassade till dagens demografiska och näringsgeografiska förhållanden och medborgarnas behov av hälso- och sjukvård, utbildning och transporter. I uppdraget omnämns hälso- och sjukvården som en sektor som är i behov av färre och större huvudmän. Enligt direktivet saknar flera landsting i dag tillräckligt befolkningsunderlag och resurser för att kunna göra effektiva investeringar och för att kunna bära, utveckla och rekrytera spetskompetens och kunna ta emot och omsätta ny kunskap. Regeringen menar att detta försvårar möjligheten att tillgodose hela befolkningen tillgång till likvärdig vård av god kvalitet.

Indelningskommitténs förslag ska vara utformat så att det kan träda i kraft senast den 1 januari 2023. Om en eller flera indelningsändringar kan träda i kraft den 1 januari 2019, ska kommittén lämna ett delbetänkande senast den 30 juni 2016. Utredningen överlämnades sitt delbetänkande till regeringen den 30 juni 2016

med förslag på nya län och landsting, bland annat föreslås att tre nya län och landsting bildas.

Det bör dock tilläggas att begreppet regionsjukhus i dag betraktas som synonymt med begreppet universitetssjukhus. Detta då dagens sju regionsjukhus räknar sig som universitetssjukhus. Samtliga av dessa sjukhus anges i den föreslagna förordningen.

4.2 Förslagens förenlighet med EU-rätten

Bedömning: Förslagen bedöms förenliga med unionsrätten.

Skälen för bedömningen: En av hälso- och sjukvårdens mest centrala delar är den verksamhet som bedrivs på universitetssjukhusen. Dessa vårdinrättningar har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Eftersom dessa verksamheter har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman.

Av art. 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) följer å ena sidan att när unionen vidtar åtgärder ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård. Å andra sidan måste nationella åtgärder vilka kan påverka ekonomisk verksamhet inom ramen för EUF-fördragets regler om fri rörlighet och statsstöd iakttas de ramar som sätts upp i fördraget.

Alla välfärdstjänster såsom hälso- och sjukvård faller dock inte under EUF-fördragets tillämpningsområde. Detta eftersom välfärdstjänster inom EU-rätten vilka betecknas som tjänster av allmänt intresse (Services of general interest, SGI) kan delas upp i två kategorier:

- icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse (non economic services of general interest, NESGI), ibland även kallat allmänna tjänster av icke-ekonomiskt intresse, och
- tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (services of general economic interest, SGEI).

Konsekvensen av att en tjänst klassas som icke-ekonomisk, NESGI, är att vissa fördragsbestämmelser som icke-diskriminering alltså gäller, medan andra viktiga fördragsbestämmelser som rör statligt stöd (art. 107), fri rörlighet för tjänster (art. 56) och rätten till etablering (art. 49) inte gäller.

Fördragsbestämmelserna som rör statligt stöd är tillämpliga endast på "företag" som bedriver "ekonomisk verksamhet". Att det ska röra sig om en "ekonomisk verksamhet" är även avgörande för om reglerna rörande den fria rörligheten för tjänster och etableringsrätten ska aktualiseras. Kommissionen har i meddelandet "Meddelande från kommissionen om tillämpningen av Europeiska unionens regler om statligt stöd på ersättning för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse" klargjort de viktigaste begreppen som ligger till grund för tillämpningen av reglerna för statligt stöd på ersättning för allmännyttiga tjänster. I meddelandet från 2012 klargör kommissionen hur fördragen läst ihop med rättspraxis ska uppfattas i fråga om tjänster av allmänt intresse. Exempel på tjänster av allmänt intresse som, beroende på hur de är strukturerade, inte är av ekonomisk art och därmed inte omfattas av fördragsbestämmelserna om statligt stöd är sociala trygghetssystem, hälso- och sjukvård samt offentliga utbildningssystem. Icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse omfattas inte heller av fördragets bestämmelser om fri rörlighet för tjänster eller etableringsrätten.

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Systemet bygger på solidaritetsprincipen och finansieras i huvudsak med offentliga medel. Det gäller även för privat utförd offentligt finansierad vård inom ramen för HSL. Vård- och patientavgifter förekommer men de bidrar endast till en marginell del av finansieringen av systemet. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som sådant får mot denna bakgrund huvudsakligen anses utgöra tjänster av allmänt intresse som inte är ekonomiska i varken statsstödsrätlig mening eller i förhållande till den fria rörligheten för tjänster och etableringar. Det utesluter inte i sig att vissa aspekter inom hälso- och sjukvården i andra sammanhang kan ses som ekonomisk verksamhet.

Mot denna bakgrund bedöms förslagen i promemorian sammanfattningsvis vara förenliga med fördragsbestämmelserna som rör statligt stöd och fri rörlighet för tjänster och etableringsrätten.

4.3 Frågor om näringsfrihet

Bedömning: Förslagen får anses innebära en viss begränsning i näringsfriheten. Begränsningen bedöms dock som förenlig med 2 kap. 17 § regeringsformen.

Skäl för bedömningen: Enligt 2 kap. 17 § regeringsformen, förkortad RF, får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Förslaget begränsar inte enskildas rätt i sig att bedriva hälso- och sjukvård. Däremot innebär förslagen ett hinder för andra aktörer än landsting att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Förbudet för landstingen att överlämna uppgiften att bedriva sådan verksamhet kan därför anses innebära en viss begränsning av näringsfriheten, även om regleringen formellt riktar sig till landstingen och inte till enskilda.

En sådan begränsning kan dock införas under förutsättning att syftet är att skydda angelägna allmänna intressen. Vad som är ett angeläget allmänt intresse har inte närmare preciserats i RF. I förarbetena till regleringen om näringsfrihet anges att ställningstagandet till vad som är ett angeläget allmänt intresse får göras från fall till fall i enlighet med vad som kan anses vara acceptabelt i ett demokratiskt samhälle (prop. 1993/94:117 s. 51).

De grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård bygger på att vården ska vara tillgänglig för alla och solidariskt finansierad. Den ska ges efter behov, inte efter köpkraft. Hälso- och sjukvården ska också vara demokratiskt styrd och garantera medborgarnas insyn i verksamheten. Dessa grundläggande principer får anses utgöra ett sådant angeläget allmänt intresse som avses

i 2 kap. 17 § RF (jfr. prop. 2000/01:36 s. 16 f. och prop. 2004/05:145 s. 47 f.).

För att förverkliga dessa principer finns bl.a. bestämmelsen i 3 § HSL om att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstinget. I detta ligger att varje landsting är skyldigt att tillhandahålla sådana resurser för hälso- och sjukvården att den kan erbjudas alla som omfattas av landstingets ansvar. Det innebär att varje landsting måste organisera sin verksamhet så att bl.a. de som är bosatta i landstinget kan ges möjlighet till t.ex. högspecialiserad vård. Landstingen har också ett ansvar att medverka i finansiering, planering och genomförande av bl.a. det kliniska forskningsarbetet inom hälso- och sjukvården och tillsammans med universiteten har de ett gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade läkarutbildningen. Såsom utvecklas i avsnitt 4.1 har de landstingsdrivna universitetssjukhusen en central och ledande roll för den övriga hälso- och sjukvården i landet. Det är också där som en stor del av den högspecialiserade vården ges, till patienter från hela landet. Universitetssjukhusen har vidare en unik ställning genom sin nära koppling till klinisk forskning och utveckling och genom att en stor del av läkarutbildningen äger rum vid dessa sjukhus.

Ett beslut i ett landsting om att lämna över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan kan medföra stora konsekvenser även för andra landsting och för utvecklingen inom hälso- och sjukvården i landet i stort. Den för hela samhället angelägna verksamheten vid universitetssjukhusen bör inte vara beroende av hur exempelvis en privat aktör väljer att organisera och prioritera sin verksamhet utan bör vara offentligt styrd. Syftet med förslagen i promemorian är att värna den verksamhet som bedrivs vid universitetssjukhus och vid enheter som tidigare har tillhört ett universitetssjukhus genom att förhindra att landstingen överlämnar driften av sådan verksamhet till någon annan. Att denna verksamhet kan bibehållas, stärkas och hållas samman inom landstingen får anses som ett sådant angeläget allmänt intresse som motiverar en begränsning av näringsfriheten.

5 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna träder i kraft den 1 juli 2017. Äldre bestämmelser ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Äldre bestämmelser ska också gälla om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet, om förlängningen avser en period om högst fyra år.

Skälen för förslaget: Det är angeläget att förslagen börjar gälla så snart som möjligt. Författningsändringarna bör därför träda i kraft den 1 juli 2017.

Huvudprincipen i svensk lagstiftning är att ny lag bara tillämpas på avtal som ingåtts efter lagens ikraftträdande. I enlighet med den principen bör redan ingångna avtal där ett landsting till någon annan överlämnat uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård inte påverkas av de nya bestämmelserna. För båda parter finns ett berättigat intresse av att verksamheten under avtalstiden kan bedrivas på de villkor som förelåg då avtalet slöts. Det kan också finnas parter som inrättat sin verksamhet och anpassat sin långsiktiga planering med utgångspunkt i att avtalet ska förlängas när det löper ut, enligt villkor i avtalet. Det bör i detta sammanhang beaktas att förslagen ska träda i kraft inom en relativt kort tid. För såväl landstingen som för enskilda entreprenörer kan det medföra stora problem om driften av en verksamhet måste återlämnas till landstinget med kort varsel. Även om det finns begränsningar för hur många gånger och för hur lång tid ett avtal kan förlängas utan att en ny upphandling måste komma till stånd, finns det därför skäl att ge parterna en möjlighet att förlänga ett avtal som har ingåtts före ikraftträdandet, dock endast en gång och under en period om högst

fyra år. I promemorian föreslås övergångsbestämmelser med denna innebörd.

6 Konsekvenser

6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av dessa analyseras. Av 14 kap. 3 § RF framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Staten har ett intresse av att alla ska ges vård efter behov och på lika villkor. HSL ger landstingen stor frihet att utforma organisationen av hälso- och sjukvården förutsatt att målen med vården uppfylls. Uppfylls inte målen har staten inte några särskilda möjligheter att ingripa förutom genom lagstiftning eller genom att med bidrag ge bättre ekonomiska förutsättningar för vården. Den nu föreslagna regleringen inskränker landstingens möjligheter att överlämna driften av hälso- och sjukvården vid universitetssjukhusen. Det gäller även de hälso- och sjukvårdsenheter som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. I dag drivs samtliga universitetssjukhus av landstingen och regleringen innebär därför enbart en begränsad inskränkning av landstingens möjlighet att organisera denna del av vården.

Universitetssjukhusen har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Skulle driften av dessa sjukhus överlämnas till någon annan finns det en överhängande risk att detta äventyras eftersom landstingen i en sådan situation är beroende av hur den privata utföraren väljer att organisera verksamheten och prioritera dessa uppgifter.

Eftersom en stor del av den vård som utförs på universitetssjukhusen är att karaktärisera som högspecialiserad vård tar dessa

sjukhus även emot patienter från andra delar av landet. Ett landstings beslut om organisation av universitetssjukhusen kan därför medföra stora konsekvenser för andra landsting och riket i stort. Universitetssjukhusens verksamhet är således central för att målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen ska kunna uppnås. Eftersom dessa verksamheter har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman inom landstingen. Landstingens rätt att organisera dessa sjukhus måste således ställas mot det nationella intresset av att dessa verksamheter hålls samman. Det anses därför både nödvändigt och godtagbart att göra den föreslagna inskränkningen i den kommunala självstyrelsen.

6.2 Ekonomiska konsekvenser

Förslaget i promemorian kan innebära vissa ekonomiska effekter för landstingen avseende förfarande, administration och liknande kostnader.

De offentligfinansiella effekterna av att överlåta offentligt finansierad hälso- och sjukvård till privata vårdgivare är svårbedömda. Uppföljningar och jämförelser är svåra att göra eftersom både villkor och uppdrag ofta skiljer sig åt. Skillnaden mellan att låta en privat vårdgivare utföra vården och att landstinget driver verksamheten är att landstinget i det förra fallet betalar någon annan för att utföra tjänster som man annars själv hade utfört. Att bedriva verksamhet sammanhållet renderar dock vanligtvis kostnadsminskningar.

Förslaget innebär att universitetssjukhusen hålls samman inom det offentliga och det kan innebära kvalitets- och effektivitetsvinster i flera avseenden jämfört med den splittring och fragmentisering som skulle kunna bli resultatet om sjukhusens verksamheter läggs ut på många olika utförare. Personalen på universitetssjukhusen har både bred och djup kompetens som kommer stora patientgrupper och verksamheter till del. Ett stort patient- och befolkningsunderlag motiverar investeringar i t.ex. specialistkunskaper och infrastruktur i deltagande i forskning och utvecklingsarbete, i tester och utvärderingar av metoder och produkter för diagnostik och behandling. Det har stor betydelse för

kvalitet och effektivitet inom många områden, t.ex. när det gäller högspecialiserad vård samt behandling av sällsynta diagnoser och ovanliga kroniska sjukdomar. Vidare underlättas önskvärd och nödvändig samverkan med andra verksamheter inom landstinget, med kommuner och patientorganisationer.

6.3 Konsekvenser för företag

De föreslagna bestämmelserna får effekter för bl.a. privata vårdföretag eftersom de inskränker företagens möjligheter att verka på marknaden. Det kan innebära negativa konsekvenser för företagens arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga samt minskade intäkter. Förslaget gäller dock enbart en begränsad del av hälso- och sjukvården och privata vårdgivare har även fortsättningsvis rätt att etablera sig och verka inom övriga delar av vården. Förslaget kommer särskilt påverka de företag som redan i dag har avtal med landstingen om att bedriva sådan hälso- och sjukvård som omfattas av förslaget och som har inrättat sin verksamhet och anpassat sin långsiktiga planering med utgångspunkt i att avtalen kan förlängas när de löper ut. I avsnitt 5 lämnas dock förslag till särskilda övergångsbestämmelser för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

Bedömningen är att den nu föreslagna regleringen inte anses gå utöver vad som är nödvändigt för att skydda denna verksamhet som är av strategisk betydelse för hälso- och sjukvårdsutvecklingen i landet som helhet. Eventuella effekter av förslaget för vårdföretagen kan därför inte anses stå i missförhållande till nyttan med förslaget.

7 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.1.

I *tredje stycket* görs, förutom en språklig justering, en ändring som innebär att landstingen är förhindrade att till någon annan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. I samma stycke införs ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

Hälso- och sjukvård som bedrivs vid universitetssjukhusen omfattar såväl sluten som öppen vård. Förbudet för landstingen att överlämna verksamhet vid hälso- och sjukvårdsenheter som tidigare organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus kan exempelvis omfatta hälso- och sjukvårdsverksamhet som har flyttats från ett universitetssjukhus till ett annat sjukhus eller till en lokal enhet inom primärvården.

Verksamhet som inte är att betrakta som hälso- och sjukvård omfattas inte av förslaget. Landstingen kan således även i fortsättningen låta entreprenörer utföra servicetjänster som t.ex. städning, vakthållning, matleveranser och matservering.

Bestämmelsen omfattar även överlämnande till av landstinget ägda juridiska personer.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 5.

Enligt *punkt 1* träder lagändringarna i kraft den 1 juli 2017.

Av *punkt 2* framgår att avtal som ingåtts före ikraftträdandet inte påverkas av de nya bestämmelserna. Av *punkt 3* följer att äldre bestämmelser även gäller om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet, under förutsättning att förlängningen avser en period om högst fyra år.

Departementsserien 2016

Kronologisk förteckning

1. Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. Fi.
2. Några frågor om offentlighet och sekretess. Ju.
3. Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. Ju.
4. Effektivare hyres- och arrendenämnder. Ju.
5. Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. S.
6. Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. A.
7. Tolktjänst för vardagstolkning. S.
8. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. S.
9. Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. N.
10. Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. Ju.
11. Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. S.
12. Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. U.
13. Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. Ju.
14. Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. A.
15. Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. Ju.
16. Ersättning vid expropriation av bostäder. Ju.
17. Otillåtna bosättningar. Ju.
18. Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. S.
19. Jämställda pensioner? S.
20. Strada. Transportstyrelsens olycksdatabas. N.
21. Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. A.
22. Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. Ju.
23. Vissa frågor om kommersiell radio. Ku.
24. Validering med mervärde. U.
25. Miljöbedömningar. M.
26. Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. Ku.
27. Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. N.
28. Driftsformer för universitetssjukhus. S.

Departementsserien 2016

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. [6]

Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. [14]

Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. [21]

Finansdepartementet

Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. [1]

Justitiedepartementet

Några frågor om offentlighet och sekretess. [2]

Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. [3]

Effektivare hyres- och arrendenämnder. [4]

Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. [10]

Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. [13]

Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. [15]

Ersättning vid expropriation av bostäder. [16]

Otillåtna bosättningar. [17]

Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. [22]

Kulturdepartementet

Vissa frågor om kommersiell radio. [23]

Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. [26]

Miljö- och energidepartementet

Miljöbedömningar. [25]

Näringsdepartementet

Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. [9]

Strada.

Transportstyrelsens olycksdatabas. [20]

Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. [27]

Socialdepartementet

Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. [5]

Tolktjänst för vardagstolkning. [7]

Hälsövaxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. [8]

Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. [11]

Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. [18]

Jämförbara pensioner? [19]

Driftsformer för universitetssjukhus. [28]

Utbildningsdepartementet

Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. [12]

Validering med mervärde. [24]



10

Svar på remiss Ds 2016:29 Privata
sjukvårdsförsäkringar inom offentligt
finansierad hälso-och sjukvård

RS/1492/2016

2016-11-24

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Carsten Dencker
Tfn: 0703591808
E-post: carsten.dencker@regionjh.se

RS/1492/2016

Svar på remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso-och sjukvård

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har beretts möjlighet att yttra sig över Socialdepartementets promemoria om Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Promemorian innehåller förslag som syftar till att förtydliga att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. När ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska avtalet innehålla villkor om detta. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen. Svaret ska vara Socialdepartementet tillhanda senast 25 november. Ett preliminärt remissvar har därför skickats in och slutlig version lämnas efter regionstyrelsens beslut. Beslut ska därför tas med omedelbar justering.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård, antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Carsten Dencker
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Utdrag till

Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

MOTTAGARE
Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård, S2016/05391/FS

Region Jämtland Härjedalen har beretts möjlighet att lämna remissvar på Socialdepartementets förslag om Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på socialdepartementets förslag.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

2016-11-24
RS/1492/2016
HANDLÄGGARE
Carsten Dencker
Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

BESÖKSADRESS
Kyrkgatan 12
Östersund

POSTADRESS
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

TELEFON
063-15 30 00

E-POST
region@regionjh.se

WEBBPLATS
www.regionjh.se



Socialdepartementet

Ds 2016:29 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Justitiekanslern (JK)
4. Statskontoret
5. Upphandlingsmyndigheten
6. Socialstyrelsen
7. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
8. Folkhälsomyndigheten
9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
10. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
11. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
12. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
13. Diskrimineringsombudsmannen
14. Konkurrensverket
15. Uppsala universitet
16. Lunds universitet
17. Göteborgs universitet
18. Umeå universitet
19. Linköpings universitet
20. Karolinska institutet
21. Örebro universitet
22. Regelrådet
23. Stockholms läns landsting
24. Uppsala läns landsting
25. Södermanlands läns landsting
26. Östergötlands läns landsting
27. Jönköpings läns landsting
28. Kronobergs läns landsting
29. Kalmar läns landsting
30. Blekinge läns landsting

31. Skåne läns landsting
32. Hallands läns landsting
33. Västra Götalands läns landsting
34. Värmlands läns landsting
35. Örebro läns landsting
36. Västmanlands läns landsting
37. Dalarnas läns landsting
38. Gävleborgs läns landsting
39. Västernorrlands läns landsting
40. Jämtlands läns landsting
41. Västerbottens läns landsting
42. Norrbottens läns landsting
43. Gotlands kommun
44. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
45. Sveriges läkarförbund
46. Svenska Läkaresällskapet
47. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
48. Fysioterapeuterna
49. Vårdförbundet
50. VISION
51. Svenska Kommunalarbetsförbundet (Kommunal)
52. Landsorganisationen i Sverige (LO)
53. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
54. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
55. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
56. Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF)
57. Handikappförbunden
58. Reumatikerförbundet
59. Astma- och Allergiförbundet
60. FAMNA
61. Svenskt Näringsliv
62. Almega
63. Vårdföretagarna
64. Företagarna
65. Praktikertjänst AB
66. Caphio AB
67. Svenska Vård
68. Svensk Försäkring

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 25 november 2016**. Vi vill att ni enbart skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2016/05391/FS anges.

Remissen innebär att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Sara S Johansson, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, telefon 08-405 14 63, eller sara.s.johansson@regeringskansliet.se



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwer, 106 47 Stockholm

Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24488-3

ISSN 0284-6012

Promemorians huvudsakliga innehåll

Promemorian innehåller förslag som syftar till att förtydliga att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. När ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska avtalet innehålla villkor om detta.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp efterlevnaden och konsekvenserna av förslagen.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Innehåll

Promemorians huvudsakliga innehåll	1
1 Författningsförslag.....	5
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	5
2 Inledning.....	7
3 Gällande ordning.....	11
3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården	11
3.1.1 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården	11
3.1.2 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering)	12
3.1.3 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård	13
3.1.4 Kontroll av privata vårdgivare.....	14
3.1.5 Tillsyn över hälso- och sjukvården	15
4 En god hälsa och en vård på lika villkor	17
4.1 Den etiska plattformen.....	17
4.2 Socialstyrelsens riktlinjer om god vård.....	18
4.2.1 Jämlig vård	19
4.2.2 Åtgärder för att åstadkomma en jämlig vård	20
5 Hälso- och sjukvårdens finansiering.....	21

5.1	Allmänt om sjukvårdens finansiering.....	21
5.1.1	Avgifter inom hälso- och sjukvården.....	22
5.1.2	Privata sjukvårdsförsäkringar	23
5.1.3	Övrig finansiering	24
5.1.4	Tidigare reglering och pågående utredning om offentlig finansiering av privat utförd hälso- och sjukvård.....	25
5.1.5	Allmänhetens betalningsvilja för velfärdstjänster	26
5.2	Utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar.....	26
5.2.1	De privata försäkringarnas påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet	27
6	Överväganden och förslag	31
6.1	Vård efter behov och på lika villkor	31
6.2	Förslagets förenlighet med unionsrätten	36
6.3	Behov av uppföljning.....	37
7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	39
8	Konsekvenser	41
8.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	41
8.2	Ekonomiska konsekvenser.....	42
8.3	Konsekvenser för företag.....	42
8.4	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män	43
9	Författningskommentar	45

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹

dels att 3 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 2 j §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 j §

Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts.

3 §²

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2014:572.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *därvid* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *då* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. *Avtalet ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt 2 j §.* En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2017.

2. Bestämmelsen i 2 j § tillämpas även för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.

3. För avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet gäller 3 § tredje stycket i den äldre lydelsen. Om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet gäller 3 § tredje stycket i den nya lydelsen.

2 Inledning

En grundläggande utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården är att vården ska ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Resurserna ska i första hand fördelas till de områden där behoven är störst.

Uppföljningar av hälso- och sjukvården visar dock att det, i flera avseenden, finns brister i jämlikheten. Ett problem är t.ex. att tillgången till vårdinsatser påverkas av socioekonomiska förhållanden såsom skillnader mellan utbildnings- och inkomstnivåer samt av patientens kön. Detta avspeglar sig bland annat i den återstående medellivslängden i olika grupper. Medellivslängden är fem år längre för eftergymnasialt utbildade, jämfört med de som enbart har förgymnasial utbildning.¹ Hälsskillnader innebär i sin tur olika behov av både vård och preventiva åtgärder.

Att komma till rätta med ojämlika villkor för hälsa och sjukvård är en prioriterad fråga för regeringen. Alla ska ha tillgång till vård på lika villkor oavsett t.ex. kön, social och ekonomisk status samt bostadsort. Det är en förutsättning för att skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället ska minska.

Ansvar för att alla som är bosatta inom ett landsting erbjuds en god hälso- och sjukvård faller primärt på landstinget. Även om det ankommer på landstingen att besluta i frågor som rör detta ansvar är bedömningen att allas tillgång till en god och jämlik hälso- och sjukvård är av sådan väsentlig betydelse för välfärden i landet som helhet att statliga åtgärder när det gäller utökad reglering av vårdens organisering och finansiering i vissa fall måste kunna komma i fråga.

Vårdsystemets resurser och insatser ska som tidigare nämnts fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers eller

¹ Öppna jämförelser – jämlik vård 2013, Socialstyrelsen

gruppers betalningsförmåga. Utvecklingen i vården går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar, vilket riskerar leda till att principen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en rangordning som tar hänsyn till patientens försäkringsöverenskommelse. I regeringsförklaringen 2014 aviserades därför att principen att vård ska fördelas efter behov ska hävdas. Privata försäkringspatienter ska inte gå förbi den offentligfinansierade vårdkö.

Regeringen har tagit flera initiativ som syftar till att reglera att de aktörer som verkar i välfärden har verksamheten som främsta drivkraft och inte vinstintresset. Den 5 mars 2015 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (dir. 2015:22). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Allmänheten bör ha insyn i vård, omsorg och skola som är offentligt finansierad. Möjligheten till insyn ska således inte vara beroende av på vilket sätt den offentligt finansierade verksamheten organiseras. Utredningen Ökad insyn i välfärden (S2015:04) fick därför i september 2015 i uppdrag att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen (2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 oktober 2016.

Det pågår dessutom ett arbete inom Regeringskansliet med att ta fram en lagrådsremiss med förslag om att ett stärkt meddelarskydd ska införas i skola, vård och omsorg som är enskilt bedriven men offentligt finansierad.

Ovanstående initiativ och förslagen i denna promemoria bygger på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om vinster i välfärden.

Den 22 juni 2016 beslutade regeringen att överlämna lagrådsremissen En ny hälso- och sjukvårdslag till Lagrådet. I remissen föreslås att en ny hälso- och sjukvårdslag den 1 april 2017 ska ersätta den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. I denna promemoria har förslagen i lagrådsremissen inte beaktats. Ändringar föreslås i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen.

3 Gällande ordning

3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården

Med hälso- och sjukvård avses, enligt HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna (1 § HSL). Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och personalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Liknande bestämmelser finns även i patientlagen.

3.1.1 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på landstingen. Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt dem som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget (3 § HSL). Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till

vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (3 c § HSL). Landstingen ansvarar vidare för vård till asylsökande och personer som vistas i landet utan tillstånd. Dessa personer ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och smittskydd. Barn under 18 år ska erbjudas samma vård som bosatta barn. Detta framgår av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Enligt patientlagen har en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård både inom och utom sitt landsting (9 kap. 1 §). Av 4 § andra stycket HSL följer att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för. Kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer eller som deltar i dagverksamhet. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, s.k. hemsjukvård. I kommunernas ansvar ingår emellertid inte hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (3 § andra stycket och 18 § HSL). Landstingen ansvarar därför för att tillhandahålla läkare i den kommunala hälso- och sjukvården (26 d § HSL).

3.1.2 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering)

Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har landstingen en relativt stor frihet att själva organisera sin verksamhet. Som ett led i rätten att organisera verksamheten kan landstinget välja att antingen bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, främst privata och ideella, vårdgivare för viss verksamhet.

Av 12 kap. 4 § regeringsformen (förkortad RF) framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till andra juridiska personer än kommuner samt till enskilda individer. Att landsting har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en

juridisk person eller en enskild individ framgår av 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900). I HSL anges dessutom att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket HSL). Det kan t.ex. handla om att bedriva verksamhet vid ett sjukhus, en vårdcentral eller en klinik. Landstinget ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ med stöd av 3 § HSL. Inom hälso- och sjukvården förekommer myndighetsutövning framförallt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

Även om ett landsting överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat eller ideell vårdgivare har landstinget kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Landstinget har bl.a. en skyldighet att se till att den anlitade privata vårdgivaren följer de bestämmelser som gäller för verksamheten.

När ett landsting köper enstaka platser eller tjänster av en privat vårdgivare är däremot landstinget inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning.

Hälso- och sjukvård kan också bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. Inte heller i dessa fall ansvarar landstinget för verksamheten.

3.1.3 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård

Under 2014 uppgick landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvården till 208 miljarder kronor. Landstingen producerade själv 78 procent av verksamheten och köpte verksamhet¹ för 22 procent eller cirka 47 miljarder kronor. Detta är en ökning med nästan 5 procentenheter då landstingen köpte verksamhet för 18 procent av nettokostnaderna 2006.

Landstingens köp från privata företag ökade från 10 procent 2006 till 13 procent av nettokostnaden 2014 och köpen från

¹ Med köp av verksamhet avses landstingen och regionernas kostnader för hela verksamheter som bedrivs av privata utförare eller andra landsting eller regioner.

offentliga utförare från 7 procent till cirka 9 procent av nettokostnaden under samma period.

Inom gruppen offentliga utförare dominerar andra landsting och landstingsägda bolag. Bland annat bedrivs en stor del av den specialiserade vården i Stockholm liksom tandvården i flera landsting av landstingsägda bolag.

På motsvarande vis står privata företag för merparten av den verksamhet som landstingen köper från privata vårdgivare, cirka 96 procent. År 2014 bedrevs mer än hälften, 58 procent, av den köpta verksamheten inom hälso- och sjukvården av privata företag; motsvarande uppgift 2006 var 55 procent. Kostnaden för köp av hälso- och sjukvård från staten uppgick 2014 till drygt 1,7 miljarder kronor.²

Såväl offentliga som privata vårdgivare är enligt patient-säkerhetslagen (2010:659) skyldiga att anmäla ny hälso- och sjukvårdsverksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I dag är det dock inte möjligt att ange det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Registret är nämligen inte heltäckande vilket försvårar uppskattningen av hur många privata vårdgivare det finns. Registret täcker ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i registret.³

3.1.4 Kontroll av privata vårdgivare

För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata vårdgivare följer de föreskrifter som finns på området samt de andra krav som följer av det avtal som slutits med den privata vårdgivaren. Detta regleras i 3 kap. 19 § kommunallagen. Landstinget ska genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över (19 a § samma kapitel).

Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs

² Köp av verksamhet 2014 Kommuner, landsting och regioner 2006-2014, SKL 2015

³ SOU 2015:7, s. 127

av privata vårdgivare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses (19 b § samma kapitel).

3.1.5 Tillsyn över hälso- och sjukvården

Även staten har visst ansvar för kontroll av hälso- och sjukvården. IVO ansvarar för tillsyn över främst hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (förkortad LSS) samt viss tillståndsprövning. I tillsynsuppdraget ingår handläggningen av anmälningar, t.ex. enligt lex Sarah och lex Maria.

Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får god vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVO har inte möjlighet att granska all verksamhet. Ansvaret för att bedriva god och säker vård och omsorg ligger hos huvudmännen och deras verksamhet. IVO kan däremot genom en väl fungerande analysverksamhet och inspektioner som fokuserar på egenkontroll kombinerat med stickprovskontroller bidra till en positiv utveckling av vården och omsorgen.

4 En god hälsa och en vård på lika villkor

Målen för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa.

4.1 Den etiska plattformen

I HSL lagfästs huvudprinciper för hur resurserna i svensk sjukvård ska fördelas mellan medborgarna liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Grunden för prioriteringarna vilar på riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården.¹ Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa HSL:s grundtema och mål, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Riktlinjerna och plattformen ska vara vägledande för beslutsfattare både på politisk och administrativ nivå samt i den kliniska vardagen inom vården. Prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:

- Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen: Resurserna bör fördelas efter behov.

¹ Prop. 1996/97:60; bet. 1996/97:SoU14; rskr. 1996/97:186

- Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna ligger till grund för bestämmelserna i 2 § andra stycket HSL om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Kostnadseffektivitetsprincipen, som har lagfästs i 28 § HSL, är underordnad de båda andra principerna.² Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till, eller försämrar kvaliteten av vården av de mest behövande.

I förarbetena ges exempel på vilka prioriteringar som bör göras mellan olika sjukdomstillstånd. I dessa exempel anges bl.a. att akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högsta prioritet.

Den etiska plattformen ligger till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilka utgör ett stöd vid prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vården bör satsa resurser på.

För några år sedan pågick det en diskussion om behovet av en eventuell översyn av den etiska plattformen. Socialstyrelsen, Prioriteringscentrum och Statens medicinsk-etiska råd (SMER) uttalade sig bl.a. i frågan. Efter att dessa tre instanser redogjort för sina synpunkter meddelade den föregående regeringen att riksdagens etiska plattform ligger fast. Den dåvarande regeringen föreslog således inga förändringar.

4.2 Socialstyrelsens riktlinjer om god vård

God vård är ett samlingsbegrepp som lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem

² Prop. 1996/97:60 s. 21.

för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Begreppet redogör för vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Sex områden lyfts fram som viktiga förutsättningar för God vård. Dessa områden är:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Socialstyrelsen har tagit fram en samlad uppsättning nationella indikatorer för God vård som används för återkommande öppna jämförelser, uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården.³

4.2.1 Jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett bl.a. bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Av HSL följer att en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor ska prioritera de som har störst behov av vård.

Jämlik vård har direkt koppling till den etiska plattformen och de tre principer som slagits fast av riksdagen i syfte att vara vägledande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Trots goda förutsättningar i ett internationellt perspektiv har utvärderingar av hälso- och sjukvården i Sverige visat på relativt betydande regionala såväl som olika typer av sociala skillnader i både hälsa och vård.

³ Socialstyrelsens rapport Nationella indikatorer för God vård, 2009

4.2.2 Åtgärder för att åstadkomma en jämlik vård

I vilken utsträckning hälso- och sjukvården uppnår målet om en jämlik vård följs på nationell nivå genom olika rapporteringar. Varje år publiceras s.k. öppna jämförelser av resultat och kvalitet mellan landstingen och mellan olika grupper i samhället. Därutöver publicerar flera myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, rapporter med koppling till jämlik vård. Dessa rapporteringar har visat på skillnader, t.ex. regionala variationer och socioekonomiska skillnader, i vården.

Att det finns vissa typer av skillnader i vården är naturligt för att åstadkomma en utveckling av effektivitet, kvalitet och resultat i vården. Det är när skillnaderna är omotiverade eller funnits över omotiverat lång tid som det är angeläget att vidta åtgärder för att vården ska bli mer jämlik.

Världshälsoorganisationen, WHO, lyfter fram följande övergripande faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemen som viktiga för att åstadkomma en jämlik vård:

- Solidariskt finansierad vård med hög tillgänglighet för alla medborgare
- Uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
- Ökad betoning på en sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Tillgänglighet och uppmärksammande av behov hos utsatta grupper förutsätter att vården organiseras och planeras på ett ändamålsenligt sätt.

Att komma till rätta med ojämna villkor för hälsa och sjukvård är en prioriterad fråga för regeringen. Alla ska ha tillgång till vård på lika villkor oavsett bostadsort och social och ekonomisk status. Ett antal initiativ har tagits när det gäller att uppnå en mer jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. Som exempel kan arbetet som utförs på områdena cancer, psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar nämnas, liksom insatser för att utveckla kunskapsstöd och styrning med kunskap.

5 Hälsö- och sjukvårdens finansiering

5.1 Allmänt om sjukvårdens finansiering

Den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter. Som offentligt finansierad vård avses även sådan vård som finansieras av stat eller kommun men som landsting är skyldiga att erbjuda enligt HSL eller annan reglering, t.ex. lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Hälso- och sjukvården finansieras främst genom landstingsskatten (cirka 70 procent), men också via generella och specialdestinerade statsbidrag till landstingen (cirka 20 procent). Taxor och avgifter står för cirka fyra procent av landstingens intäkter. Landstingen har stor frihet i hur de ska finansiera vården inom respektive landsting.

En liten del av vårdtjänsterna finansieras genom sjukvårdsförsäkringar, vilket beräknas utgöra knappt en procent av de totala vårdkostnaderna.¹

Privata vårdgivare i Sverige får, med några få undantag, sina huvudsakliga inkomster från offentliga medel. Det rör sig om verksamheter som bedrivs på uppdrag av landsting inom ett av följande områden:

- Primärvård eller öppen specialistvård inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem (förkortad LOV)
- Verksamheter som bedrivs på entreprenad, upphandlade enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (förkortad LOU)

¹ Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick, Svensk försäkring 2013

- Verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeut enligt lagen (1993:1651) om läkarvård ersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Vid en upphandling följer ersättningen av avtalet och när det gäller läkarvård ersättning och ersättning för fysioterapi följer ersättningen av nationella taxor. Inom ett vårdvalssystem följer ersättningen patientens val av utförare.

5.1.1 Avgifter inom hälso- och sjukvården

Landstingen får ta ut avgifter för de tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster eller nyttigheter som landstingen är skyldiga att tillhandahålla, får de ta ut avgifter bara om det är särskilt föreskrivet. Landstingen får inte ta ut högre avgifter än motsvarande kostnaderna för tjänsterna eller nyttigheterna (8 kap. 3 b och 3 c §§ kommunallagen). Landstingen ska behandla sina medborgare lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat (2 kap. 2 § kommunallagen).

Den rättsliga grunden för att ta ut vårdavgifter finns i 26 § HSL. Huvudregeln är att verksamhetens kostnader ska täckas av landstingsskatten. Vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök får tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Vidare anges i bestämmelsen att patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika.

För vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård och vissa andra avgifter gäller enligt 26 a § HSL ett högkostnadsskydd. Detta innebär att en patient under en tolv månadersperiod betalar högst ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (1 100 kronor 2016).

Patientavgifter förekommer inom en rad områden i hälso- och sjukvården och varierar mellan olika delar av sjukvården, t.ex. tandvård, läkemedel och öppenvård.

Man brukar urskilja följande syften med avgifter i hälso- och sjukvården:

- att inom den öppna hälso- och sjukvården styra patienterna till rätt vårdnivå,
- att öka kostnadsmedvetandet hos befolkningen,
- att begränsa vårdefterfrågan och därmed kostnaderna, och
- att bidra till finansieringen av vårdkostnaderna.

I Sverige, liksom i andra jämförbara länder, spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla.

5.1.2 Privata sjukvårdsförsäkringar

En privat sjukvårdsförsäkring är en försäkring som den enskilde eller dennes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser.

Sjukvårdsförsäkringen ger tillgång till privat sjukvård vid sidan av den offentligt finansierade sjukvården. Därutöver kan försäkringen även ersätta kostnader uppkomna i samband med vård inom den offentligt finansierade vården, t.ex. patientavgifter.

Motivet för dessa försäkringar är framför allt att få snabb tillgång till vård. De fungerar i första hand som ett komplement till den offentliga hälso- och sjukvården.² Den gemensamma affärsidén är att erbjuda de försäkrade en snabb tillgång till planerad vård för att dels undvika långa väntetider, dels minska risken för långa sjukskrivningar.³

Variationerna i försäkringarnas utformning är stor. Samtliga försäkringar har dock en gemensam grundstruktur som består av tre grundläggande serviceåtaganden:

- Tillgång till sjuksköterskebemannad telefonrådgivning och vårdplanering (dygnet runt eller med vissa begränsningar av öppethållandet)
- Planerade besök för utredning och behandling samt vissa planerade operationer hos privata vårdgivare

² SOU 2012:2, s. 99

³ www.svenskforsakring.se

- Rehabilitering, t.ex. genom behandling av fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat.

Flera sjukdomar, skador och tillstånd samt viss vård och behandling undantas vanligtvis i försäkringarna, t.ex. akutvård, dialysbehandling, graviditet och förlossning samt smärttillstånd i rygg, leder och muskler som saknar objektiva fynd.⁴

Vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna utförs av privata vårdgivare. Försäkringsgivarna förfogar över ett nätverk av privata vårdgivare som kan utföra den vård som ingår i försäkringen och tecknar samarbetsavtal med privat drivna kliniker, utifrån expertis, kapacitet, pris och kvalitet.

5.1.3 Övrig finansiering

Landstingen vidtar i dag olika åtgärder som syftar till att avgränsa den skattefinansierade hälso- och sjukvården. Hit hör utbudsbegränsningar och begränsningar i fråga om vilka behandlingar som ska anses medicinskt motiverade. Genom utbudsbegränsningar av olika slag får patienterna bära en större del av kostnaderna. Det är t.ex. vanligt inom området assisterad befruktning där antalet försök som landstinget finansierar begränsas. Andra exempel är hjälpmedel av olika slag.

Åtgärder som inte anses vara medicinskt motiverade och således inte anses som en del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården får patienterna bekosta själva. Det handlar t.ex. om kosmetiska ingrepp, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Det bör emellertid påpekas att det inte finns några enhetliga principer för landstingens utbudsbegränsningar av vissa åtgärder och åtgärder som inte anses vara medicinskt motiverade.

Stockholms läns landsting (SLL) beslutade 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. En sådan verksamhet får dock inte inskränka uppdraget som vårdgivaren har från SLL eller försvåra uppfyllandet av vårdgarantin. Verksamheten får även bara utgöra en mindre del i

⁴ Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling, SKL 2012

förhållande till huvuduppdraget från SLL i enlighet med kommunallagen.

Flera landsting erbjuder svensk sjukvårdsexpertis och medicinska tjänster till internationella patienter, t.ex. Stockholm Care och Skåne Care. Sådan tjänsteexport bedrivs med stöd av 5 kap. 1 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Verksamheterna omfattar planerad vård till patienter, utbildning för vårdpersonal och konsulttjänster för att utveckla kliniker, sjukhus och sjukvård. Syftet med verksamheten är att bidra till en bättre hälso- och sjukvård för både svenska och utländska patienter, ge ett ekonomiskt tillskott till landstinget samt bidra till regional utveckling.

5.1.4 Tidigare reglering och pågående utredning om offentlig finansiering av privat utförd hälso- och sjukvård

Den 1 januari 2006 infördes bestämmelser i HSL som bl.a. innebar att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte fick överlämnas till någon annan. Överlämnade landstinget driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att verksamheten skulle drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter (prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus). Bestämmelserna innebar således bl.a. att en entreprenör som drev ett sjukhus för landstingets räkning förhindrades att erbjuda vård åt patienter vars hälso- och sjukvård finansierades av en privat sjukvårdsförsäkring. Bestämmelserna upphävdes av den föregående regeringen den 1 juli 2007 (prop. 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus).

Som nämndes i inledningen beslutade den nuvarande regeringen i mars 2015 att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (Välfärdsutredningen). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda

välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

5.1.5 Allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster

I februari 2008 genomförde marknadsundersökningsföretaget Synovate på SKL:s uppdrag en opinionsundersökning om allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster. En klar majoritet kan tänka sig att dels betala extra i avgift för att själv få bättre service eller kvalitet inom kärnverksamheterna, dels betala mer i skatt för att alla ska få en bättre service och kvalitet för dessa tjänster. Betalningsviljan är hög oavsett om betalningen sker via högre skatt eller högre avgift. Detta gäller särskilt för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och skolan. Nästan hälften av de tillfrågade motsätter sig möjligheten att kunna få vård snabbare genom en försäkring. Den uppfattningen gäller oavsett ålder, kön, yrke etc. Undersökningen ger en indikation på att välfärdstjänsterna värderas högt av befolkningen.

5.2 Utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar

I dag har cirka sex procent av alla personer i Sverige en privat hälso- och sjukvårdsförsäkring. År 2000 fanns det cirka 100 000 privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige. År 2015 hade 648 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den genomsnittliga årliga ökningen sedan 2000 är cirka 16 procent. De senaste fem åren har antalet sjukvårdsförsäkringar ökat med 33 procent. Cirka 72 procent av sjukvårdsförsäkringarna betalas av arbetsgivarna. Av antalet sysselsatta personer i åldern 15–74 år har i dag var tionde person en sjukvårdsförsäkring som betalas av arbetsgivaren.⁵ De privata försäkringarna antas ändå inte svara för mer än knappt en procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Omfattande och dyra vårdinsatser finansieras även fortsättningsvis av det offentliga.

⁵ www.svenskforsakring.se

5.2.1 De privata försäkringarnas påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet

De privata sjukvårdsförsäkringarnas påverkan på och konsekvenser för det gemensamma sjukvårdssystemet är en fråga som diskuteras i många länder. I en rapport från OECD, som granskat privata sjukvårdsförsäkringar i olika länder, konstateras att privata sjukvårdsförsäkringar är förenade med såväl för- som nackdelar. I länder där försäkringarna har en mer framträdande roll har de bidragit till att tillföra hälso- och sjukvården mer resurser och medfört större valfrihet för konsumenterna. Emellertid har de också medfört utmaningar för principen om vård på lika villkor och också inneburit ökade sjukvårdskostnader i flertalet av dessa länder.⁶

Enligt OECD:s rapport tenderar privata sjukvårdsförsäkringar att generera en ökad total vårdefterfrågan snarare än en avlastning av den offentliga vården. Effekten kan bli fler besök hos specialistläkare eller att läkemedelskonsumtionen ökar. OECD:s slutsats är att privata sjukvårdsförsäkringar ger vården mer resurser och förbättrar tillgängligheten för dem som är försäkrade, men de medför inte kortare köer för dem som är utan försäkring. Det innebär att vården inte blir jämlik.

En invändning mot att ökad försäkringsfinansiering skulle ge mer vård är att sådana kompletterande system mer eller mindre alltid konkurrerar om samma knappa resurser. Om det finns brist på t.ex. läkare försvåras läget om en försäkringsfinansierad aktör bygger upp en vårdkapacitet. Även om det inte råder akut brist blir i vart fall kostnaden för den offentliga vården högre om lönerna drivs upp. Avgörande är vad det är som sätter gränsen för vårdens expansion – den offentliga budgeten eller tillgången på vårdresurser. Om vårdgivarna har kapacitet att producera mer vård än vad det offentliga har råd att köpa ger försäkringar ett finansiellt tillskott och mer vård. Men om det i stället är brist på personal som sätter gränser för hur mycket vård som kan produceras kan kompletterande försäkringsfinansiering inte ge något bidrag.⁷

När det offentliga systemet och försäkringsbolagen använder samma vårdgivare uppfattas detta lätt som ett dubbelt system där

⁶ Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems; OECD 2004

⁷ Kommer vi att ha råd med sjukvården?, SKL 2005

försäkringspatienter får en ”gräddfil” till den offentligt finansierade vården. Det finns således en risk för att resursfördelningar och prioriteringar påverkas, t.ex. om ett sjukhus får högre ersättning för en försäkringspatient än för en vanlig patient kan detta eventuellt leda till längre väntetider för de senare.⁸

London School of Economics and Political Science (LSE) har på uppdrag av EU-kommissionen kartlagt de privata sjukvårdsförsäkringarnas omfattning och den roll de spelar i förhållande till de offentligt finansierade eller reglerade sjukvårdssystemen inom EU. I en rapport från LSE från 2009⁹ framhålls att de privata sjukvårdsförsäkringarnas betydelse i förhållande till de gemensamma hälso- och sjukvårdssystemen i mycket begränsad utsträckning varit föremål för djupare analys eller forskning. Följande bedömningar och slutsatser redovisas dock i rapporten.

- När gränsen mellan offentlig och privat vård inte är klart definierad finns det viss evidens för att offentliga resurser kan användas för att subventionera snabbare tillgång till vård för personer med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka enligt rapporten tenderar att tillhöra högre inkomstgrupper.
- Sammantaget saknas evidens för argumentet att privata sjukvårdsförsäkringar skulle bidra till finansiell uthållighet genom att lindra trycket på den offentliga finansieringen.
- Vissa analytiker hävdar att det offentliga systemets funktionsförmåga – särskilt patientnöjdheten – är av avgörande betydelse för efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar. Ofta åberopas hur efterfrågan på försäkringarna påverkas av beslut om att begränsa det offentliga åtagandet liksom den tidsmässiga tillgången på vård. I Storbritannien, där sambandet mellan väntetider och efterfrågan på sjukvårdsförsäkringar har varit föremål för omfattande studier, har det dock varit svårt att hitta något tydligt sådant samband.
- Att exempelvis tillåta vårdgivare att debitera högre avgifter för privatfinansierade patienter skapar starka incitament att prio-

⁸ Ibid

⁹ Private health insurance in the European Union, London School of Economics and Political Science 2009

ritera dessa på bekostnad av patienter som betalas av det offentliga.

6 Överväganden och förslag

6.1 Vård efter behov och på lika villkor

Förslag: I hälso- och sjukvårdslagen förtydligas att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. När ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL, ska avtalet innehålla villkor om dessa krav.

Skälen för promemorians förslag

Grundprincipen i svensk hälso- och sjukvård är att vården ska ges efter behov och på lika villkor för hela befolkningen. Det är den enskildes hälsotillstånd som ska avgöra vårdinsatsen, aldrig den enskildes betalningsförmåga. Efter principerna om vård efter behov och solidarisk finansiering har hälso- och sjukvården byggts upp under generationer. Svensk vård framhålls som ett föredöme i världen och många länder försöker tillämpa den svenska vårdmodellen.

Utvecklingen går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar vilket riskerar leda till att principen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en rangordning som tar hänsyn till patientens försäkringsöverenskommelse. Totalt har knappt 650 000 svenskar i dag en privat sjukvårdsförsäkring. Cirka 72 procent av sjukvårdsförsäkringarna betalas av arbetsgivarna.

Patienter vars vård finansieras av det offentliga ska inte missgynnas

En sjukvårdsförsäkring tecknas i regel för att försäkringstagaren snabbare ska få vård. Den vård som ges inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna utförs av privata vårdgivare. Flera av dessa privata vårdgivare utför även offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det sistnämnda sker genom avtal med landstinget som är huvudman för vården.

I den proposition om prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen ställt sig bakom anges att det finns en risk att en patients vilja och förmåga att själv direkt bekosta sin vård kan hamna i konflikt med människovärdesprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen. I princip bör en patients betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen för den helt eller delvis offentligt finansierade vården. Att ta hänsyn till en persons sociala funktion vid prioritering inom vården skulle vara helt oförenligt med principen om allas lika värde. Ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden, ställning i samhället etc. ska därför inte utgöra grund för prioritering.¹

Att privata vårdgivare utför både offentligt finansierad vård och vård inom ramen för en sjukvårdsförsäkring innebär att det finns en risk för att resursfördelningar och prioriteringar påverkas. Om en vårdgivare får högre ersättning från försäkringsgivare för att vårda försäkringspatienter än från landstinget för att vårda övriga patienter kan detta eventuellt leda till längre väntetider för de senare. Det är ett stort problem om innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar får företräde framför de patienter som förlitar sig på den offentligt finansierade vården.

En reglering är därför nödvändig för att minimera risken att det utvecklas ett parallellt sjukvårdssystem som innebär att patienter vars vård är offentlig finansierad missgynnas i förhållande till patienter med en sjukvårdsförsäkring.

¹ Prop. 1996/97:60 s. 26

Patientens behov ska styra

Att genom en sjukvårdsförsäkring köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet (t.ex. att gå före kön och snabbare få vård) inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte förenligt med principen om vård efter behov och på lika villkor. Internationella studier och jämförelser visar sammantaget att en ökad privatfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser ökar skillnaderna i hälsa i befolkningen. En sådan utveckling på hälso- och sjukvårdsområdet är inte acceptabel.

Patientens behov av sjukvård, inte dennes betalningsförmåga, ska avgöra vilken insats (den offentligt finansierade) vården ska erbjuda och när patienten ska få denna vård. På ett individuellt plan innebär det att en person som har ett större vårdbehov alltid ska prioriteras före en person med mindre vårdbehov. Annars finns det en risk för att tanken om en tillgänglig vård av hög kvalitet till alla överges.

Inom dagens i huvudsak offentligt finansierade sjukvård beaktas i relativt hög grad behovs- och solidaritetsprincipen i den etiska plattformen. Det ökade antalet sjukvårdsförsäkringar som till stor del tecknas för att försäkringstagaren ska få snabbare vård hotar dock att bryta den prioriteringsordning efter behov som i övrigt gäller för hälso- och sjukvården.

Tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet

Avvikelser från målet om en god vård efter behov och på lika villkor är inte bara allvarliga för de patienter som känner en oro för att de ska bli förfördelade. Långvariga och systematiska avsteg från detta mål undergräver även tilliten till och förtroendet för välfärdssystemet. Detta kan ta sig uttryck i en sjunkande tilltro till principen om den gemensamma finansieringen som en bas för hela systemet. Grundprincipen i svensk välfärd har länge varit – och är fortfarande – att den ska vara solidariskt finansierad via skatt. Det innebär t.ex. att medborgarna bidrar till sjukvårdens finansiering utifrån sin betalningsförmåga och att det inte finns någon koppling mellan hur mycket man betalar och vilken vård man får. Detta har generellt accepterats av medborgarna eftersom det har inneburit att de har fått tillgång till en mycket väl utbyggd hälso- och sjukvård.

Allmänhetens generella förtroende för offentliga institutioner och leveransen av välfärdstjänster kan sägas ha betydelse för samhällets funktion som helhet.² Att regleringen av välfärdssektorn utformas så att förtroendet för sektorn upprätthålls kan påverka viljan att betala skatt men det kan också påverka samhället i stort. En reglering behövs således även för att bevara tilliten till och förtroendet för välfärdssystemet och hälso- och sjukvården.

Nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

I HSL bör det införas en ny bestämmelse om att hälso- och sjukvård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring får ges inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts. Av den nämnda bestämmelsen framgår att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I dag är det dock enbart privata vårdgivare som utför vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna. Därför föreslås även en bestämmelse om att de avtal om överlämnande av uppgifter som landstinget sluter med andra vårdgivare ska innehålla villkor om att hälso- och sjukvård inom ramen för en sjukvårdsförsäkring får ges enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts. På så sätt tillförsäkras landstingen möjligheter att agera även gentemot privata vårdgivare som inte iakttar människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna.

Vid sidan av förslagen i denna promemoria har den s.k. Välfärdsutredningen (se även avsnitt 5.1.4) i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras. Syftet med utredningen är bl.a. att säkerställa att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och att de används på ett sådant sätt att de kommer patienterna och brukarna till godo. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet,

² Rothstein, Vad bör staten göra?, 2006

samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Behovet av uppföljning och kontroll

Patienterna ska kunna förutsätta att de tjänster som landstingen ansvarar för att erbjuda håller en likvärdig kvalitet oavsett om de utförs i egen regi eller av en privat utförare.

Om landstinget har överlämnat en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat utförare har landstinget kvar huvudmannaskapet och det övergripande ansvaret för verksamheten. Att huvudmannaskapet ligger kvar hos landstinget är en viktig princip för att garantera demokratisk kontroll, god kvalitet och regelbundenhet i den kommunala verksamheten.

Huvudmannaskapet innebär en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på så sätt att verksamheten hos de privata vårdgivarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av landstinget önskade nivån. Landstingen har således ett ansvar för att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata vårdgivarna. Det är alltså inte möjligt att friskriva sig från ansvar genom att hänvisa till ofullständigt eller bristfälligt utformade avtal.

För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste landstingen, enligt kommunallagen, även kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de föreskrifter och bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren. Landstinget ska genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Landstinget ansvarar således för att kontrollera och följa upp att de vårdgivare som tar emot försäkringspatienter inte åsidosätter principerna i 2 § andra stycket HSL, i enlighet med den föreslagna bestämmelsen. Det innebär att landstinget, genom sina avtal, behöver säkerställa att de får tillgång till den information de behöver från de privata utförarna för att kunna göra denna uppföljning.

6.2 Förslagets förenlighet med unionsrätten

Bedömning: Förslagen bedöms förenliga med unionsrätten.

Skälen för promemorians bedömning: Av art. 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) följer att när unionen vidtar åtgärder ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård. En grundläggande utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården är att vården ska ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Resurserna ska i första hand fördelas till de områden där behoven är störst. De aktuella bestämmelserna i denna promemoria tydliggör att principerna om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna gäller även i förhållande till försäkringspatienter. Hälso- och sjukvårdstjänster kan under vissa omständigheter omfattas av EUF-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster och etableringar vilket innebär att de aktuella principerna om människovärde, behov och solidaritet skulle kunna utgöra en omotiverad inskränkning av dessa friheter. Det bör i detta sammanhang därför framhållas att dessa principer måste användas på ett sådant sätt att omotiverade inskränkningar inte uppstår.

När ett landsting ska överlämna vården av en kommunal angelägenhet till en privat aktör är normalt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förkortad LOU, tillämplig. Genom lagen genomförs Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtreprenader, varor och tjänster.

Hälsovårdstjänster är i stor utsträckning undantagna från det nämnda upphandlingsdirektivet eftersom de utgör s.k. B-tjänster. För B-tjänster gäller LOU endast i begränsad omfattning. Enligt EU-domstolens praxis ska dock de grundläggande unionsrättsliga principerna som kommer till uttryck i EUF-fördraget (principerna om icke-diskriminering, likabehandling, transparens och öppenhet, proportionalitet samt ömsesidigt erkännande) tillämpas även vid upphandling som inte omfattas av direktiven, om de har ett samband med den gemensamma inre marknaden, dvs. när det finns ett gränsöverskridande intresse.

Regeringen beslutade den 22 juni 2016 propositionen Nytt regelverk om upphandling (prop. 2015/16:195). I propositionen presenteras bl.a. förslag till en ny lag om offentlig upphandling. Förslagen syftar till att genomföra tre nya direktiv på upphandlingsområdet. En nyhet är att uppdelningen i A- och B-tjänster ersätts av ett enklare upphandlingssystem för sociala tjänster och andra särskilda tjänster. I propositionen föreslås att motsvarande ordning som i dag gäller för upphandling av B-tjänster ska gälla även för upphandling av sociala tjänster och andra särskilda tjänster enligt den nya lagen om offentlig upphandling.

Utöver regler om upphandling i LOU finns bestämmelser om valfrihetssystem i lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Enligt 5 § HSL är det obligatoriskt för landstingen att ha vårdvalssystem inom primärvården. När ett landsting beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas. Landstingen kan även vid konkurrensutsättning av annan vård än primärvården välja att tillämpa LOV. De grundläggande EU-rättsliga principerna gäller även i ett valfrihetssystem.

Enligt 6 kap. 13 § LOU får en upphandlande myndighet ställa särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras. Villkoren ska anges i annonsen om upphandling eller i förfrågningsunderlaget. Motsvarande bestämmelser gäller för valfrihetssystem (1 kap. 2 § LOV). En annan förutsättning för att få ställa sådana villkor är att kraven på hur kontraktet ska fullgöras är förenliga med unionsrätten.

Förslagen i denna promemoria bedöms vara förenliga med de allmänna rättsprinciperna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

6.3 Behov av uppföljning

Bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp efterlevnaden och konsekvenserna av förslagen.

Skälen för bedömningen: Förutom den uppföljning och kontroll som landstingen ansvarar för i enlighet med kommunallagen finns det även behov av att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp efterlevnaden och konsekvenserna av förslagen. Detta är vid sidan

av det tillsynsansvar som vilar på IVO när det gäller att granska att befolkningen får god vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Uppföljningen bör syfta till att säkerställa att de föreslagna ändringarna i lagstiftningen följs och får den effekt som önskas dvs. att människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts.

Socialstyrelsen bör samverka med bl.a. IVO, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och landstingen.

7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2017.

Bestämmelsen om att det inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får ges vård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- respektive behovs och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts ska även tillämpas för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.

Bestämmelsen om att avtal om överlämnande av uppgifter ska innehålla villkor om att inte åsidosätta de nämnda principerna ska inte gälla avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet ska bestämmelsen däremot gälla.

Skälen för förslaget: Det är angeläget att förslagen börjar gälla så snart som möjligt. Lagändringarna bör därför träda i kraft den 1 juli 2017.

Den föreslagna nya 2 j § HSL gäller exempelvis när hälso- och sjukvård ges enligt avtal med ett landsting. En huvudprincip i svensk lagstiftning är att ny lag bara bör tillämpas på avtal som ingåtts efter lagens ikraftträdande. Den föreslagna nya bestämmelsen bör emellertid gälla även för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Detta avsteg från den nämnda huvudprincipen får anses godtagbart med hänsyn till att bestämmelsen enbart utgör ett förtydligande av vad som gäller redan i dag, dvs. att människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna i 2 § andra stycket HSL även gäller i förhållande till patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. En övergångsbestämmelse med innebörd att den nya 2 j § får retroaktiv verkan föreslås i promemorian.

I enlighet med principen om att ny lag enbart tillämpas på avtal ingångna efter lagens ikraftträdande bör den föreslagna bestämmelsen i 3 § tredje stycket HSL inte gälla för avtal om överlämnande av uppgifter som landstingen ingått före ikraftträdandet. Det saknas däremot skäl att undanta den nya bestämmelsen från att gälla när ett sådant tidigare ingånget avtal ska förlängas efter ikraftträdandet, oavsett om förlängningen innebär att ett nytt avtal ingås eller ej. En förlängning bör således inte få ske utan att den nya bestämmelsen beaktas. Övergångsbestämmelser med denna innebörd föreslås i promemorian.

8 Konsekvenser

8.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av dessa analyseras. Av 14 kap. 3 § RF framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Förslaget till ny 2 j § innebär enbart ett förtydligande av vad som redan gäller i dag och det får således inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Det föreslagna tillägget i 3 §, dvs. att det ska finnas vissa villkor i avtalen med privata vårdgivare, innebär däremot ett utvidgat åtagande för landstingen och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Samtidigt är landstinget huvudman för vården och har det övergripande ansvaret för verksamheten. Det innebär att det är angeläget för landstinget att säkerställa att de som söker hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds en god vård efter behov och på lika villkor i enlighet med gällande lagstiftning.

Eftersom landstingen redan idag tecknar avtal med privata vårdgivare får förslaget endast anses medföra en ytterst liten inskränkning av självstyrelsen. Förslaget innebär främst en förändring i hur landstingen utformar avtalen och inverkar inte i övrigt på landstingens möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet. Mot denna bakgrund är det med hänsyn till syftet med förslaget nödvändigt och godtagbart att göra ett begränsat ingrepp i landstingens självstyrelse.

8.2 Ekonomiska konsekvenser

Eftersom ett av förslagen, tillägget i 3 §, innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen kan den kommunala finansieringsprincipen vara tillämplig. Om så är fallet ska landstingen kompenseras för eventuella ökade kostnader till följd av förslagen.

Landstingen tecknar dock redan idag avtal med privata vårdgivare och därför bedöms förslaget inte ha några direkta ekonomiska effekter för landstingen avseende förfarande, administration och liknande kostnader. Enligt kommunallagen ska landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de föreskrifter och bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren och det gäller således även principerna i den nya 2 j §. Förslaget innebär däremot inte någon uttrycklig skyldighet för landstingen att följa upp och kontrollera i större utsträckning än vad de gör i dag. Landstingen behöver däremot säkerställa att de i sina avtal med privata utförare tydliggör att landstingen ska få tillgång till sådan information som är nödvändig för att den nya bestämmelsen ska kunna följas upp. Detta blir sedan en del av landstingens kontinuerliga uppföljning av de privata vårdgivarnas verksamhet. Förslagen bör inte innebära några ökade kostnader för landstingen.

8.3 Konsekvenser för företag

De privata vårdföretagen kommer även fortsättningsvis kunna ta emot patienter vars vård finansieras med sjukvårdsförsäkringar. I detta avseende medför de föreslagna bestämmelserna ingen skillnad för dessa vårdgivare. I och med den föreslagna kompletteringen i 3 § får dock landstingen större möjligheter att vidta åtgärder mot de vårdgivare som åsidosätter principerna i den nya 2 j §. Landstinget kan t.ex. säga upp ett avtal om vårdgivaren inte följer villkoren i avtalet. Förslagen kan således till viss del få konsekvenser för de privata företagen men det är enbart under förutsättning att de inte lever upp till gällande lagstiftning.

8.4 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Förslaget syftar till att förtydliga att det är vård efter behov och på lika villkor som ska gälla i hälso- och sjukvården. Varken kvinnor eller män kommer att specifikt gynnas eller missgynnas av förslagen. Däremot kan förslaget indirekt bidra till en ökad jämställdhet genom att det så tydligt betonar vikten av en jämlik vård.

9 Författningskommentar

2 j §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.1.

Bestämmelsen innebär att hälso- och sjukvård får ges till en patient inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts. I den nämnda paragrafen anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Den nya paragrafen gäller enbart inom verksamhet som helt eller delvis är offentligt finansierad. Verksamhet som är helt privat finansierad, exempelvis genom patientavgifter och via försäkringsbolag, omfattas inte av den nya bestämmelsen. Att t.ex. vårdavtal som landstingen ingår med privata vårdgivare ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt denna paragraf framgår av en ny bestämmelse i 3 § tredje stycket (se kommentaren nedan).

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1.

I *tredje stycket* görs ett tillägg med innebörd att när ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL, ska avtalet innehålla villkor om att hälso- och sjukvård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart får ges om människovärdes- respektive behovs- och solidaritetsprinciperna i 2 § inte åsidosätts. Tillägget syftar till att underlätta för landstingen att vidta åtgärder mot t.ex. privata vårdgivare som bedriver verksamhet i strid mot de nämnda principerna. I paragrafen görs även en språklig justering.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 7.

I *punkt 1* anges att lagen träder i kraft den 1 juli 2017.

Enligt *punkt 2* tillämpas den nya 2 j § om att hälso- och sjukvård får ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- respektive behovs och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts även för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.

Av *punkt 3* framgår att den nya bestämmelsen i 3 § tredje stycket om krav på vissa avtalsvillkor inte gäller avtal som ingåtts före den 1 juli 2017. Efter ikraftträdandet får ett tidigare ingått avtal däremot inte förlängas utan att den nya bestämmelsen beaktas. Detta gäller även om förlängningen inte innebär att något nytt avtal ingås.

Departementsserien 2016

Kronologisk förteckning

1. Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. Fi.
2. Några frågor om offentlighet och sekretess. Ju.
3. Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. Ju.
4. Effektivare hyres- och arrendenämnder. Ju.
5. Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. S.
6. Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. A.
7. Tolktjänst för vardagstolkning. S.
8. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. S.
9. Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. N.
10. Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. Ju.
11. Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. S.
12. Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. U.
13. Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. Ju.
14. Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. A.
15. Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. Ju.
16. Ersättning vid expropriation av bostäder. Ju.
17. Otillåtna bosättningar. Ju.
18. Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. S.
19. Jämställda pensioner? S.
20. Strada. Transportstyrelsens olycksdatabas. N.
21. Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. A.
22. Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. Ju.
23. Vissa frågor om kommersiell radio. Ku.
24. Validering med mervärde. U.
25. Miljöbedömningar. M.
26. Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. Ku.
27. Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. N.
28. Driftsformer för universitetssjukhus. S.
29. Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. S.

Departementsserien 2016

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. [6]

Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. [14]

Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. [21]

Finansdepartementet

Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. [1]

Justitiedepartementet

Några frågor om offentlighet och sekretess. [2]

Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. [3]

Effektivare hyres- och arrendenämnder. [4]

Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. [10]

Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. [13]

Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. [15]

Ersättning vid expropriation av bostäder. [16]

Otillåtna bosättningar. [17]

Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. [22]

Kulturdepartementet

Vissa frågor om kommersiell radio. [23]

Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. [26]

Miljö- och energidepartementet

Miljöbedömningar. [25]

Näringsdepartementet

Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. [9]

Strada.

Transportstyrelsens olycksdatabas. [20]

Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. [27]

Socialdepartementet

Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. [5]

Tolktjänst för vardagstolkning. [7]

Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. [8]

Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. [11]

Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. [18]

Jämställda pensioner? [19]

Driftsformer för universitetssjukhus. [28]

Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. [29]

Utbildningsdepartementet

Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. [12]

Validering med mervärde. [24]



11

Svar på Granskning av
flyktingmottagandet

RS/1628/2016

2016-11-17

Utvecklingsstrateg Asyl- och flyktingfrågor
Anna Frisk
Tfn: 063-142414
E-post: anna.frisk@regionjh.se

RS/1628/2016

Svar på Granskning av flyktingmottagandet

Ärendebeskrivning

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av flyktingmottagandet inom primärvården. Granskningens övergripande syfte har framförallt varit att svara på om regionstyrelsen och vårdvalsnämnden har en tillfredsställande styrning och kontroll av v om hälso- och sjukvården för flyktingar är ändamålsenligt och om det finns tillfredsställande rutiner för att återsöka medel från Migrationsverket. Granskningen har också syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av om behovs- och solidaritetsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inom primärvården vid behov av prioriteringar.

Granskningen har utgått från följande frågeställningar;

- Finns en tillfredsställande styrning i form av mål, uppdrag, rutiner, riktlinjer etc
- Finns en tillfredsställande organisation och ansvarsfördelning?
- Finns förutsättningar i form av kompetenser och IT-stöd?
- Finns en tillfredsställande information för flyktingar i hälso- och sjukvård?
- Finns en tillfredsställande egenkontroll i form av avvikelshantering och klagomålshantering?
- Sker ett aktivt tillvaratagande av resultat av egenkontrollen?
- Finns en tillfredsställande uppföljning av mål och uppdrag?
- Finns en tillfredsställande återrapportering av mål och uppdrag till Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden?

Granskningen har avgränsats till flyktingmottagandet inom primärvården. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, djupintervjuer och genom två enkätundersökningar.

Regionstyrelsen har fått i uppdrag att svara på vilka åtgärder styrelsen avser i att vidta med anledning av resultatet i rapporten. Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Även vårdvalsnämnden har fått svara på några reflektioner från revisionen (VVN/21/2016). Upprättat förslag till svar på granskning av flyktingmottagandet per 2016-11-17 antas.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Carsten Dencker
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Utdrag till

Regionens revisorer
Utvecklingsstrateg
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Hälsö- och sjukvårdsstaben
Anna Frisk
Tfn: 063-14 24 14
E-post: anna.frisk@regionjh.se

2016-11-17

RS/1628/2016

Svar på granskning av flyktingmottagandet

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av flyktingmottagandet inom primärvården. Revisorerna vill utifrån granskningen ha en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

Reflektioner från revision:

Flera hälsocentraler upplever att uppdraget blivit för omfattande vilket kan medföra brister för arbetsmiljö och patientsäkerhet. En anledning som nämnt är att flyktingmottagandet tillkommit samtidigt som alla tidigare uppgifter kvarstår och att finansieringen inte motsvarar merkostnaden.

Regionstyrelsens svar

Under hösten 2015 anlände ett stort antal asylsökande till länet med kort varsel, precis som det gjorde i andra delar av landet. Landsting/regioner fick mycket snabbt ställa om för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård, och då främst hälsoundersökningar, hos de asylsökande. Vilket också genomfördes på ett förtjänstfullt sätt.

Senare under hösten 2015 beslutade regeringen att tillföra ett extra statsbidrag för den ökade flyktingströmmen och Region Jämtland Härjedalen tilldelades 29,3 mkr. Summan fördelades för 2015-2016 enligt rekommendation från RKR (Rådet för kommunal redovisning) och 27 mkr fanns att fördela under 2016. Vårdvalsnämnden skickade i november 2016 i en hemställan till regionstyrelsen att vid fördelning av bidraget ta i beaktande de kostnadsökningar som tillkommit primärvården. Verkställandet av beslutet om fördelning har därefter genomförts successivt. Av de 27 mkr har 49 % fördelats till primärvårdens verksamheter.

Finansiering av asyl-hälso-sjuk och tandvård

Ersättningen är lika över hela landet och ersättningens storlek i förhållande till faktisk kostnad är ett nationellt problem. Kommer inga nya extra statsbidrag kvarstå problemet från 2017.

Regionens ersättning från Migrationsverket:

Ersättningen består av ett visst fastställt schablonbelopp som betalas ut till landsting och regioner per kvartal. Schablonbeloppet varierar beroende på personens ålder.

3 550 kr för personer 0-18 år

4205 kr för personer 19-60år

5340 kr för personer fyllda 61år

Schablonbeloppet ska täcka kostnader för hälso- och sjukvård samt tandvård. Det innebär:

- all sjukvård för barn
- omedelbar vård och vård som inte kan anstå
- mödrahälsovård och förlossningsvård
- preventivmedelsrådgivning
- vård vid abort
- vård och åtgärder enligt smittskyddslagen
- omedelbar tandvård och tandvård som inte kan anstå.

Beloppet ska även täcka regionernas/landstingens kostnader för till exempel tolk, hjälpmedel, sjuktransport eller sjukresa i samband med vården. Migrationsverket betalar ut ersättningen till Asyl- och flyktingsamordning sista bankdagen i månaden efter varje kvartalsskifte. Ersättningen betalas ut för de personer som bor inom regionen/landstinget och som är registrerade i Migrationsverkets mottagningssystem den sista dagen per kvartal.

För kostnadskrävande vård återsöker regionens Asyl-och flyktingsamordning extra medel från Migrationsverket som förstärker det övergripande kontot och möjliggör fortsatt utbetalning av ersättning till enheterna enligt ovanstående.

När den asylsökande fått sitt uppehållstillstånd och kommunplacerats ersätter inte längre Migrationsverket för hälso-sjuk och tandvårdenligt ovanstående. Detta gäller även för övriga nyanlända flyktingar, som inte är asylsökande utan har uppehållstillstånd såsom kvotflyktingar och anhörig till person med uppehållstillstånd. Undantaget är kostnader ersättning för hälsoundersökning och för vård till nyanländ person med sjukdom/ funktionshinder som fanns vid ankomsten och där vårdbehovet bedöms vara i minst tre år, där Asyl-flyktingsamordningen återsöker medel enligt begreppet ”Varaktig vård”, en ersättning som i dessa fall tillfaller utförande enhet.

Ersättning till primärvården

Enheterna ersätts med 2060 kr/ hälsoundersökning som utbetalas till utförande enhet när ersättning från Migrationsverket beviljats och erhållits. För 2016 har denna ersättning utökats till 4000 kr/första hälsoundersökning, medel som tillförts via de extra statliga flyktingmedlen.

Ersättningen per hälsoundersökning ska enligt Migrationsverkets direktiv täcka kostnader för hälsoundersökning med hälsosamtal. Den ska också täcka eventuella tolkkostnader i samband med undersökningen.

Fördröjning i utbetalning till utförande enhet, då ansökan som sänds in från Regionens Asyl-flyktingsamordning först ska godkännas av Migrationsverket då ersättning bara betalas ut en gång per asylsökande oavsett var i Sverige hälsoundersökningen gjorts. Utbetalning sker därför kvartalet efter utförd undersökning.

Övrig sjukvårdande behandling och läkarbesök:

För övrig sjukvårdande behandling och läkarbesök kostnadsersätts enheten för all utförd vård enligt regional prislista för norra sjukvårdsregionen. För primärvården är ersättningsnivån 2016;

Läkarbesök 1844 kr per besök

Sjukvårdande behandling 752 kr per besök

Utifrån att frikort/LMA lagts in i journalsystem registreras alla besök direkt i kassan som asyl-sjukvård och genererar en fil i ekonomisystemet till Asyl-flyktinghandläggare.

För regiondriven verksamhet återbetalas detta utan begäran till respektive behandlande enhet i slutet på varje månad. Privata utförare fakturerar asyl-flyktingsamordning.

Tolkkostnader, kostnad för utomlänsvård och ”skickeprover” för asylsökande ersätts utöver ovanstående ersättning när kopia på betald faktura inkommit till asyl-flyktinghandläggare.

Sjukresor för asylsökande betalas direkt från asyl-flyktingsamordning.

Reflektioner från revision:

Vi har tagit del av två risk- och konsekvensanalyser med anledning av flyktingmottagandet. Det är dock oklart hur resultatet av riskanalyserna tillvaratagits och vilka åtgärder som vidtagits då registrering eller diarieföring av dessa saknas. Flera åtgärdsförslag kräver dock att beslut fattas av primärvårds- och/eller regionledning.

Regionstyrelsens svar

Utifrån förutsättningarna som funnits har detta inte blivit gjort på något strukturerat sätt. Risk och konsekvensanalyserna har dock använts som grund för utformandet av förslag till asylhälsans fortsatta uppdrag samt i den plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar som beräknas klar under våren 2017.

Reflektioner från revision:

Information om flyktingarnas ankomst, bakgrund och ev. flytt är viktiga förutsättningar för att kunna planera verksamheten. Uppfattningen bland vårdpersonalen är att denna information brister.

Regionstyrelsens svar

Information angående asylsökandes ankomst, bakgrund och ev flytt får regionen tillgång till via Migrationsverkets e-tjänst MELKER. I normalläge hinner handläggare lägga upp personen med reservnummer och LMA-nummer i journalsystem i närtid för att underlätta för vårdpersonal att utföra sitt arbete.

I det akuta läget hann inga verksamheter med, vare sig från Migrationsverket som låg efter med sin rapportering eller regionens handläggare. Riktlinjer finns för hur registrering av nyanlända ska ske i journalsystem, hur reservnummer upprättas och hur information till utförare av hälsoundersökningar ska ske.

Ett arbete pågår där utvecklingsstrateg i samarbete med primärvårdens asyl-flyktinghälsa gör en översyn för att uppdatera och förbättra befintliga rutiner och stödmaterial och omarbete den för medarbetarna tillgängliga informationen på Region Jämtland Härjedalens insida.

Gällande information från kommuner till hälso-sjukvården gällande nyanlända finns identifierade brister som beräknas genomlysas under 2017 av utvecklingsstrateg i samarbete med länets kommuner. (se nedan för begreppsförklaring asylsökande kontra nyanlända)

Reflektioner från revision:

Vi anser det otillfredsställande att primärvårdens telefonsystem saknar alternativt språkval och att det saknas översättning på regionens hemsida (start sida) om hur man kan komma i kontakt med sjukvården.

Regionstyrelsens svar

Språkval via telefon är på gång att via callguide uppdatera systemet med engelska som menyval. Inläsning av för respektive hälsocentral aktuella fraser pågår.

En ny ordinarie hemsida för Region Jämtland Härjedalen planeras vara igång senast vid årsskiftet. Där kommer man att kunna välja språk på startsidan, språkvalen utgår från alla befintliga språk i google translate.

Via www.1177.se kan information nås om svensk hälso-och sjukvård på för närvarande 16 olika språk.

Reflektioner från revision:

Vårdpersonal anser sig sakna kompetens i samma utsträckning som vid tidigare granskningar. Åtgärder bör vidtas för att komma tillrätta med kompetensbristen.

Regionstyrelsens svar

Stor satsning är startad med kompetenslyftet via SKL Hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande. Satsningen i länet planerar att genomföras via asylhälsans sjuksköterskor som via sin egen erfarenhet samt genom att själv få vidareutbildningar ska kunna sprida information och kompetens ut till övrig personal.

Reflektioner från revision:

Vi anser det som otillfredsställande att det inte har skett någon uppföljning av den regionala överenskommelsen, avseende barn som ska erbjudas hälsoundersökning inom 5 dagar. Vi anser att denna brist bör rättas till.

Regionstyrelsens svar

Överenskommelserna med kommunerna är skrivna utifrån förutsättningen att barnet kommer som ensamkommande, anhöriginvandrad eller kvotflykting med uppehållstillstånd, även om den uppges gälla även för asylsökande barn och unga som kommer med sin familj.

Överenskommelsen bygger enligt ovan på ett planerat mottagande där ankomst aviseras i förväg till respektive kommun, så är inte fallet gällande asylsökande familjer varför det finns anledning att göra en övergripande uppföljning och revidering av överenskommelsen.

Att erbjuda hälsoundersökning inom 5 dagar från ankomst vid en stor inströmning av asylsökande bedöms inte vara möjligt utan andra mätetal/uppföljningsmål bör upprättas i dessa fall.

Översyn av överenskommelserna skall göras under 2017 när asylhälsans fortsatta uppdrag är beslutat, då beslutet är av vikt för hur riktlinjer ska utformas. Utvecklingsstrateg för asyl-flyktingfrågor ansvarar för att samordna utvärdering, översyn och upprättande av nya avtal.

Reflektioner från revisionen:

Det är inget som framkommit i granskningen som tyder på att prioriteringsordningen inte följts. Däremot har flyktingmottagandet fått konsekvenser även för prioriterade grupper.

Regionstyrelsens svar

Vissa undanträngningseffekter har rapporterats.

Extra asylmedel som har tillförts verksamheterna kan i viss mån kompensera detta.

Det går via tidigare rapporter att utläsa att verksamheten kring asylsökande och nyanländas hälsa även bakåt i tiden varit påverkat av de mycket varierande svängningarna i inflödet av asylsökande.

Omvärldsläget samt internationella och nationella beslut påverkar och gör osäkerheten så pass stor kring framtiden och gör det omöjligt att fastslå planer och prognoser. Dessa icke påverkansbara faktorer är det som i grunden försvårar planering och fast dimensionering i primärvården då ekonomi och resurser inte är i balans utifrån den ersättningsform som är grunden för regionens återsök av medel. (Se ovan under rubrik: Finansiering av asyl-hälso-sjuk och tandvård). Ersättningsmodellen bygger på utbetalning i efterskott samt utifrån utförda insatser.

Begreppsförklaring

Nedanstående utdrag från Migrationsverkets hemsida:

Asylsökande

En person som har tagit sig till Sverige och sökt skydd. Han eller hon har inte fått ett slutligt svar på sin ansökan om asyl.

Nyanländ

En person som är mottagen i en kommun, omfattas av etableringsreformen och: har överförs till Sverige inom ramen för flyktingkvoten eller har fått uppehållstillstånd som flykting, skyddsbehövande eller på grund av synnerligen eller särskilt ömmande omständigheter eller har fått uppehållstillstånd för tre år eller mer på grund av tillfälligt skydd (massflykting) och som har blivit folkbokförd eller har fått uppehållstillstånd som tribunalvittne eller är anhörig till ovanstående personer och har fått uppehållstillstånd på grund av anknytning.

I begreppet nyanlända räknas alltså in

Flykting Utlänning som har ansökt om asyl och fått uppehållstillstånd i Sverige av flyktingskäl

Kvotflykting Utländsk medborgare som före resan till Sverige fått uppehållstillstånd inom den flyktingkvot som regeringen fastställt. Resan hit organiseras och betalas av Migrationsverket. Jämför med Flykting och Asylsökande

Familjeanknytning. Familjeband som en sökande hänvisar till när han eller hon söker uppehållstillstånd

Skyddsbehövande Enligt svensk lag kan även andra personer än de som är flyktingar enligt FN:s flyktingkonvention behöva skydd och de kan därför få uppehållstillstånd i Sverige. Skyddsbehövande delas in i två grupper - alternativt skyddsbehövande och övriga skyddsbehövande.

Alternativt skyddsbehövande En person som riskerar att straffas med döden eller att utsättas för kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Eller som civilperson löper stor risk att skadas på grund av väpnad konflikt.

Övrigt skyddsbehövande En person som behöver skydd på grund av yttre eller inre väpnad konflikt eller känner välgrundad fruktan att utsättas för allvarliga övergrepp på grund av svåra motsättningar i hemlandet eller inte kan återvända till sitt hemland på grund av miljökatastrof.

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Lena Sved
Tfn: 063/142474
E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.se

2016-09-28

VVN/21/2016

Svar Granskning av flyktingmottagandet

Under 2016 har regionens revisionskontor genomfört en granskning av flyktingmottagandet inom primärvården. Syftet har varit att se om regionstyrelsen och vårdvalsnämnden har en tillfredsställande styrning och kontroll av om sjukvården för flyktingar är ändamålsenlig och om det finns tillfredsställande rutiner för att återsöka medel från Migrationsverket. Granskningen har utgått från följande frågeställningar;

- Finns en tillfredsställande styrning i form av mål, uppdrag, rutiner, riktlinjer etc
- Finns en tillfredsställande organisation och ansvarsfördelning?
- Finns förutsättningar i form av kompetenser och IT-stöd?
- Finns en tillfredsställande information för flyktingar i hälso- och sjukvård?
- Finns en tillfredsställande egenkontroll i form av avvikelshantering och klagomålshantering?
- Sker ett aktivt tillvaratagande av resultat av egenkontrollen?
- Finns en tillfredsställande uppföljning av mål och uppdrag?
- Finns en tillfredsställande återrapporering av mål och uppdrag till Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden?

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, djupintervjuer och genom två enkätundersökningar.

Vårdvalsnämnden har fått i uppdrag att svara på vilka åtgärder nämnden avser i att vidta med anledning av resultatet i rapporten. Se svar nedan.

Reflektioner från revision:

Flera hälsocentraler upplever att uppdraget blivit för omfattande vilket kan medföra brister för arbetsmiljö och patientsäkerhet. En anledning som nämnt är att flyktingmottagandet tillkommit samtidigt som alla tidigare uppgifter kvarstår och att finansieringen inte motsvarar merkostnaden.

Vårdvalsnämndens svar

Under hösten 2015 anlände ett stort antal asylsökande till länet med kort varsel, precis som det gjorde i andra delar av landet. Landsting/regioner fick mycket snabbt ställa om för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård, och då främst hälsoundersökningar, hos de asylsökande. Vilket också genomfördes på ett förtjänstfullt sätt.

Senare under hösten 2015 beslutade regeringen att tillföra ett extra statsbidrag för den ökade flyktingströmmen och Region Jämtland Härjedalen tilldelades 29,3 mkr. Hur dessa skulle fördelas inom regionen fattades inget beslut om under 2015.

Vårdvalsnämnden skickade i november 2016 i en hemställan till regionstyrelsen att vid fördelning av bidraget ta i beaktande de kostnadsökningar som tillkommit primärvården.

Regionstyrelsen beslutade vid mötet i februari 2016 (RS 1960/2015) bl a om en ökad ersättning för hälsoundersökningar, kompensera utökade tolkkostnader, viss vaccinationskostnad samt gratis AD-droppar. Verkställandet av beslutet har därefter genomförts succesivt. Av kvarvarande medel finns fortfarande möjlighet att hos utvecklingsstrategen för asyl- och flyktingfrågor äska ersättning för merkostnader.

Finansiering av asyl-hälso-sjuk och tandvård

Ersättningen är lika över hela landet och ersättningens storlek i förhållande till faktisk kostnad är ett nationellt problem. Kommer inga nya extra statsbidrag kvarstår problemet från 2017.

Regionens ersättning från Migrationsverket:

Ersättningen består av ett visst fastställt schablonbelopp som betalas ut till landsting och regioner per kvartal. Schablonbeloppet varierar beroende på personens ålder.

3 550 kr för personer 0-18 år

4205 kr för personer 19-60år

5340 kr för personer fyllda 61år

Schablonbeloppet ska täcka kostnader för hälso- och sjukvård samt tandvård. Det innebär:

- all sjukvård för barn
- omedelbar vård och vård som inte kan anstå
- mödrahälsovård och förlossningsvård
- preventivmedelsrådgivning
- vård vid abort
- vård och åtgärder enligt smittskyddslagen
- omedelbar tandvård och tandvård som inte kan anstå.

Beloppet ska även täcka regionernas/landstingens kostnader för till exempel tolk, hjälpmedel, sjuktransport eller sjukresa i samband med vården. Migrationsverket betalar ut ersättningen till Asyl- och flyktingsamordning sista bankdagen i månaden efter varje kvartalsskifte. Ersättningen betalas ut för de personer som bor inom regionen/landstinget och som är registrerade i Migrationsverkets mottagningssystem den sista dagen per kvartal.

För kostnadskrävande vård återsöker Regionens Asyl-och flyktingsamordning extra medel från Migrationsverket som förstärker det övergripande kontot och möjliggör fortsatt utbetalning av ersättning till enheterna enligt ovanstående.

När den asylsökande fått sitt uppehållstillstånd och kommunplacerats ersätter inte längre Migrationsverket för hälso-sjuk och tandvårdenligt ovanstående. Detta gäller även för övriga nyanlända flyktingar, som inte är asylsökande utan har uppehållstillstånd såsom kvotflyktingar och anhörig till person med uppehållstillstånd. Undantaget är kostnader ersättning för hälsoundersökning och för vård till nyanländ person med sjukdom/funktionshinder som fanns vid ankomsten och där vårdbehovet bedöms vara i minst tre år, där Asyl-flyktingsamordningen återsöker medel enligt begreppet "Varaktig vård", en ersättning som i dessa fall tillfaller utförande enhet.

Ersättning till primärvården

Enheterna ersätts med 2060 kr/ hälsoundersökning som utbetalas till utförande enhet när ersättning från Migrationsverket beviljats och erhållits. För 2016 har denna ersättning utökats till 4000 kr/första hälsoundersökning, medel som tillförts via de extra statliga flyktingmedlen.

Ersättningen per hälsoundersökning ska enligt Migrationsverkets direktiv täcka kostnader för hälsoundersökning med hälsosamtal. Den ska också täcka eventuella tolkkostnader i samband med undersökningen.

Fördröjning i utbetalning till utförande enhet, då ansökan som sänds in från Regionens Asyl-flyktingsamordning först ska godkännas av Migrationsverket då ersättning bara betalas ut en gång per asylsökande oavsett var i Sverige hälsoundersökningen gjorts. Utbetalning sker därför kvartalet efter utförd undersökning.

Övrig sjukvårdande behandling och läkarbesök:

För övrig sjukvårdande behandling och läkarbesök kostnadsersätts enheten för all utförd vård enligt regional prislista för norra sjukvårdsregionen. För primärvården är ersättningsnivån 2016;

Läkarbesök 1844 kr per besök

Sjukvårdande behandling 752 kr per besök

Utifrån att frikort/LMA lagts in i journalsystem registreras alla besök direkt i kassan som asyl-sjukvård och genererar en fil i ekonomisystemet till Asyl-flyktinghandläggare. För regiondriven verksamhet återbetalas detta utan begäran till respektive behandlande enhet i slutet på varje månad. Privata utförare fakturerar asyl-flyktingsamordning. Tolkkostnader, kostnad för utomlänsvård och ”skickeprover” för asylsökande ersätts utöver ovanstående ersättning när kopia på betald faktura inkommit till asyl-flyktinghandläggare.

Sjukresor för asylsökande betalas direkt från asyl-flyktingsamordning.

Reflektioner från revision:

Vi rekommenderar att uppföljningen av flyktingmottagandet kompletteras med mätetal för att uppföljningen skall kunna utgöra underlag för egenkontroll och systematiska kvalitetsutveckling.

Vårdvalsnämndens svar

Region Jämtland Härjedalen har anmält sitt intresse och förstudie pågår för anslutning till den av SKL framtagna Asylsjukvårdsplattformen som syftar till att ge översikt över behov och produktion av hälsoundersökningar, insatser för psykisk ohälsa och inom övrig vård för asylsökande. Den webbaserade tekniska plattformen för produktionsplanering av asylsjukvården kombinerar statistik över asylärenden från Migrationsverket och vårddata över asylsjukvården. Den är integrerad i plattformen Väntetider i Vården, till vilken samtliga landsting idag är anslutna. Vi bedömer att denna plattform bör kunna utgöra grunden som behövs för framtagande av mätetal som underlag för egenkontroll och systematisk kvalitetsutveckling. Plattformen planeras att införas innan årsskiftet.

Reflektioner från revision:

Vårdvalsnämndens interna kontroll av barnhälsovården som prioriterat område borde kunna förbättras om årsrapporten blev klar tidigare och blev en del av i hälsovalets årsbokslut.

Vårdvalsnämndens svar

Beslut om hälsovalets årsbokslut tas vid nämndens möte i maj efterföljande år. Barnhälsovårdens årsbokslut har hittills inte varit klart förrän i juni efterföljande år och har således inte tagits med i det totala årsbokslutet för hälsovalet. Förhoppningsvis blir det bättre då barnhälsovården från 2016 registrerar sina besök i Cosmic, som tidigare hanterats i pappersjournal. Från 2017 kommer Vårdvalsnämnden i sin sammanträdesplan inklusive uppföljningsplan lägga in en särskild punkt för uppföljning av mödra-barnhälsovårdens uppdrag.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS VÅRDVALSNÄMND



Vårdvalsnämndens ordförande



Regiondirektör

Regionstyrelsen

Granskning av flyktingmottagandet

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av flyktingmottagandet inom primärvården.

Granskningens övergripande syfte har framförallt varit att svara på om regionstyrelsen och vårdvalsnämnden har en tillfredsställande styrning och kontroll av om hälso- och sjukvården för flyktingar är ändamålsenlig och om det finns tillfredsställande rutiner för att återsöka medel från Migrationsverket.

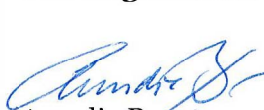
Granskningen har också syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av om behovs- och solidaritetsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inom primärvården vid behov av prioriteringar.

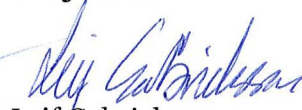
Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

- Flera hälsocentraler upplever att uppdraget blivit för omfattande, vilket kan medföra brister för arbetsmiljö och patientsäkerhet. En anledning som nämnts är att flyktingmottagandet tillkommit samtidigt som alla tidigare uppgifter kvarstår och att finansieringen inte motsvarar merkostnaden.
- Vi har tagit del av två risk- och konsekvensanalyser med anledning av flyktingmottagandet. Det är dock oklart hur resultatet av riskanalyserna tillvaratagits och vilka åtgärder som vidtagits då registrering eller diarieföring av dessa saknas. Flera åtgärdsförslag kräver dock att beslut fattas av primärvårds- och/eller regionledning.
- Information om flyktingarnas ankomst, bakgrund och ev. flytt är viktiga förutsättningar för att kunna planera verksamheten. Uppfattningen bland vårdpersonalen är att denna information brister.
- Vi anser det otillfredsställande att primärvårdens telefonsystem saknar alternativt språkval och att det saknas översättning på regionens hemsida (start sida) om hur man kan komma i kontakt med sjukvården.
- Vårdpersonal anser sig sakna kompetens i samma utsträckning som vid tidigare granskningar. Åtgärder bör vidtas för att komma tillrätta med kompetensbristen.
- Vi anser det som otillfredsställande att det inte har skett någon uppföljning av den regionala överenskommelsen, avseende barn som ska erbjudas hälsoundersökning inom 5 dagar. Vi anser att denna brist bör rättas till.
- Det är inget som framkommit i granskningen som tyder på att prioriteringsordningen inte följts. Däremot har flyktingmottagandet fått konsekvenser även för prioriterade grupper.

Vi emotser senast den 2016-12-07 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtlands-Härjedalens revisorer


Annelie Bengtsson
Ordförande


Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga

Revisionsrapport "Granskning av flyktingmottagandet" Rev/12/2016.

Kopia till

Regiondirektören
Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Områdeschef för område primärvård
Medicinsk samordnare för primärvården
Regionöverläkare
Flyktingsamordnare
Verksamhetschef för Asylhälsan
Barnhälsovårdsöverläkare
Patientsäkerhetsenheten



REVISIONSRAPPORT
GRANSKNING AV
Flyktingmottagandet

Ansvarig: Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND	4
2.1	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	4
2.2	REVISIONSKRITERIER.....	5
2.3	METOD	5
3	RESULTAT.....	6
3.1	MÅL, UPPDRAG, RUTINER, RIKTLINJER	6
3.2	ORGANISATION OCH ANSVARSFÖRDELNING	8
3.3	FÖRUTSÄTTNINGAR I FORM AV KOMPETENSER OCH IT- STÖD.....	12
3.4	INFORMATION TILL FLYKTINGAR OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	15
3.5	EGENKONTROLL AV FLYKTINGMOTTAGANDET	16
3.6	UPPFÖLJNING AV MÅL OCH UPPDRAG.....	16
3.7	ÅTERRAPPORTERING AV MÅL OCH UPPDRAG TILL REGIONSTYRELSEN OCH VÅRDVALSNÄMNDEN.....	17
3.8	ÅTERSÖKNING AV MEDEL	17
3.9	PRIORITERINGAR	18
3.10	SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA.....	20
4	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	21

1 SAMMANFATTNING

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av flyktingmottagandet inom primärvården.

Granskningens övergripande syfte har framförallt varit att svara på om regionstyrelsen och vårdvalsnämnden har en tillfredsställande styrning och kontroll av om hälso- och sjukvården för flyktingar är ändamålsenlig och om det finns tillfredsställande rutiner för att återsöka medel från Migrationsverket.

Granskningen har också syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av om behovs- och solidaritetsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inom primärvården vid behov av prioriteringar.

- Flera hälsocentraler upplever att uppdraget blivit för omfattande, vilket kan medföra brister för arbetsmiljö och patientsäkerhet. En anledning som nämnts är att flyktingmottagandet tillkommit samtidigt som alla tidigare uppgifter kvarstår och att finansieringen inte motsvarar merkostnaden.
- Vi har tagit del av två risk- och konsekvensanalyser med anledning av flyktingmottagandet. Det är dock oklart hur resultatet av riskanalyserna tillvaratagits och vilka åtgärder som vidtagits då registrering eller diarieföring av dessa saknas. Flera åtgärdsförslag kräver dock att beslut fattas av primärvårds- och/eller regionledning.
- Information om flyktingarnas ankomst, bakgrund och ev. flytt är viktiga förutsättningar för att kunna planera verksamheten. Uppfattningen bland vårdpersonalen är att denna information brister.
- Vi anser det otillfredsställande att primärvårdens telefonsystem saknar alternativt språkval och att det saknas översättning på regionens hemsida (start sida) om hur man kan komma i kontakt med sjukvården.
- Vårdpersonal anser sig sakna kompetens i samma utsträckning som vid tidigare granskningar. Åtgärder bör vidtas för att komma tillrätta med kompetensbristen.
- Vi rekommenderar att uppföljningen av flyktingmottagandet kompletteras med mätetal för att uppföljningen skall kunna utgöra underlag för egenkontroll och systematisk kvalitetsutveckling. Vi anser det som otillfredsställande att det inte har skett någon uppföljning av den regionala överenskommelsen, avseende barn som ska erbjudas hälsoundersökning inom 5 dagar. Vi anser att denna brist bör rättas till.
- Det är inget som framkommit i granskningen som tyder på att prioriteringsordningen inte följts. Däremot har flyktingmottagandet fått konsekvenser även för prioriterade grupper. Vårdvalsnämndens interna kontroll av barnhälsovården som prioriterat område borde kunna förbättras om årsrapporten blev klar tidigare och blev en del i hälsovalets årsbokslut.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys genomfört en uppföljande granskning av flyktingmottagandet inom primärvården.

Tidigare granskningar¹ har visat på bristande förutsättningar för primärvården att hantera flyktingmottagandet, avseende bl.a. resurser, ledningsfunktion och kunskapsbrist om flyktingmedicin hos personalen.

Revisorerna har också i tidigare granskningar noterat brister när det gäller att återsöka medel från Migrationsverket, det saknades bl.a. ett IT-stöd för detta.

Under 2015 har antalet asylsökande till länet ökat kraftigt vilket medfört påfrestningar för primärvården. Regionen har under en period haft stabsläge för att hantera flyktingsituationen.

Samtidigt som flyktingstillströmningen ökat har situationen avseende läkarbemannning försämrats under de senaste åren, vilket försvårar möjligheten att bl.a. tillgodose en god läkarkontinuitet. Vissa patientgrupper är mer beroende av god kontinuitet som t.ex. äldre och patienter med kroniska sjukdomar. Den ansträngda situationen riskerar också att medföra att återbesöken flyttas fram.

När resurser inom hälso- och sjukvården inte räcker till för att täcka hela behovet av vård och behandling måste prioriteringar ske så att de mest behövande skall ges företrädd.

2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens övergripande syfte har varit att svara på om regionstyrelsen och vårdvalsnämnden har en tillfredsställande styrning och kontroll av om hälso- och sjukvården för flyktingar är ändamålsenlig och att det finns tillfredsställande rutiner för att återsöka medel från Migrationsverket.

Granskningen har också syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av om behovs- och solidaritetsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inom primärvården vid behov av prioriteringar.

Revisionsfrågor

- Finns en tillfredsställande styrning i form av mål, uppdrag, rutiner, riktlinjer etc?
- Finns en tillfredsställande organisation och ansvarsfördelning?
- Finns förutsättningar i form av kompetenser och IT-stöd?
- Finns en tillfredsställande information för flyktingar om hälso- och sjukvård?
- Finns en tillfredsställande egenkontroll i form avvikelsehantering och klagomålshantering?
- Sker ett aktivt tillvaratagande av resultatet av egenkontrollen?
- Finns en tillfredsställande uppföljning av mål och uppdrag?
- Finns en tillfredsställande återrapportering av mål och uppdrag till Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden?

¹ "Hälso- och sjukvård till flyktingar" (Rev/13/2009), "Granskning av hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl." (Rev/6/2013) och "Granskning av primärvården 2014" (Rev/7/2014).

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till flyktingmottagandet inom primärvården.

2.2 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven på:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Lag (2008:763) om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl.
- Förordning (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl.
- Förordning (2010:1122) om statlig ersättning för instanser för vissa utlänningar
- MIGRFS 08/2011 Migrationsverkets allmänna råd för att tillämpa förordningen (2010:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar
- MIGRFS 2003:3 Migrationsverkets föreskrifter om statlig ersättning för mottagande av asylsökande m.fl.
- SOSFS 2011:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2.3 METOD

Granskningen har utförts genom dokumentstudier, djupintervjuer och genom två enkätundersökningar.

De som intervjuats har varit två verksamhetschefer och personal på hälsocentraler, chef och personal på Asylhälsan, regionöverläkare, personal på enheten för flyktingsamordning, chefen för beställarenheten, medicinsk samordnare inom primärvården och barnhälsovårdsöverläkare. Totalt har 12 personer intervjuats. Utkast till granskningsrapport har faktagranskats av de intervjuade.

En enkät har skickats till ett urval av 75 slumpvis utvalda läkare, distriktsköterskor och barnmorskor. Svarsfrekvensen blev 70 %.

Den andra enkäten skickades till alla verksamhetschefer inom hälsocentralerna. Svarsfrekvensen blev 100 %.

Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

3 RESULTAT

3.1 MÅL, UPPDRAG, RUTINER, RIKTLINJER

Enligt förfrågningsunderlaget i Hälsovalet², som till stora delar reglerar primärvårdens uppdrag, ska hälsoundersökningar erbjudas de asylsökande snarast. Enligt de intervjuade framkommer dock olika uppfattning om vad snarast innebär, allt från 2 veckor till tre månader.

Utöver hälsoundersökningar skall primärvården identifiera och erbjuda vård som inte kan anstå för vuxna. Barn skall erbjudas samma vård som ges till övriga barn lika så mödravård. Primärvården skall vidare erbjuda preventivmedelsrådgivning och remittera flyktingar i de fall specialiserad vård behövs.

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården innebär vård som inte kan anstå i princip samma vård som ges till övriga patienter. Denna tolkning är numera allmänt känd inom primärvården, enligt honom.

Mål för flyktingmottagandet

Det saknas mätbara mål för flyktingmottagandet i förfrågningsunderlaget. När det medicinska samordnaren för primärvården uppmärksammas på detta, svarar han att ett mål för flyktingmottagande skulle kunna handla om andelen flyktingar som genomgått en hälsoundersökning.

Asylhälsan- utökat uppdrag

Inom primärvården är Asylhälsan en speciell enhet för flyktingmottagande. Asylhälsan kallades tidigare Flyktingteamet och var inledningsvis stationerat på Grytan flyktingförläggning. Asylhälsan flyttades till Torvalla HC och därefter nyligen till Rådhusgatan 46 i Östersund.

Asylhälsans uppdrag är att genomföra provtagning (smittspåra), hälsosamtal och hälsoundersökningar, identifiera vårdbehov som inte kan anstå och informera asylsökande om hälso- och sjukvård. Vidare ska man kartlägga vaccinationsbehov och föreslå vaccinationsprogram. Ingen vård och behandling ingår emellertid i uppdraget. En stor del av arbetstiden går till för- och efterarbete i samband med hälsoundersökningar. Asylhälsans uppdrag finns emellertid inte dokumenterat.

Ett nyligen formulerat uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören till primärvården handlar om att skapa en åtgärdsplan i syfte att förbättra den psykiska hälsan hos asylsökande och nyanlända³. Uppdraget förmodas beröra Asylhälsans verksamhet, enligt chefen för Asylhälsan.

Enligt uppgift räcker inte den psykosociala enheterna på hälsocentralerna till för att tillgodose behovet av psykosociala insatser för flyktingar.

² Hälsoval Jämtlands län är regionens vårdvalsmodell för primärvården enligt Lag om vårdval.

³ Region Jämtland Härjedalen. Uppdrag: Åtgärdsplan för vård och stödinsatser till asylsökanden med psykisk ohälsa, den 08 06 2016.

Överenskommelse med kommunerna

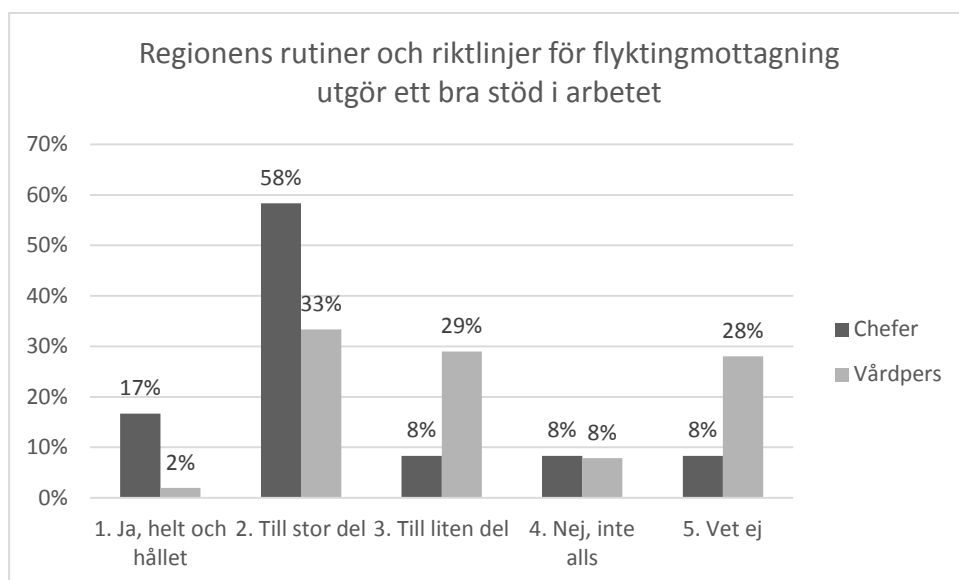
Det finns en överenskommelse mellan regionen och kommunerna om att hälsoundersökning av nyanlända t.o.m. 17 år skall vara gjorda inom 5 dagar efter att det kommunens mottagningsenhet informerat hälsocentralen⁴.

Rutiner och riktlinjer

Vid den föregående granskningen av flyktingmottagandet från 2013 fanns inte rutiner och riktlinjerna som hör ihop med flyktingmottagande inlagda i Centuri. Numera finns flera av dessa i Centuri, dock saknas några rutiner och riktlinjer för primärvården i systemet⁵.

Vissa rutiner och riktlinjer har inte uppdaterats sedan införandet av Cosmic⁶. Enligt uppgift pågår dock en uppdatering av dessa rutiner och riktlinjer.

Den enkätundersökning som vi genomfört visar att chefer är mer nöjda med rutiner och riktlinjer än vårdpersonalen. En stor del av vårdpersonalen har dock svarat vet ej på frågan om regionens rutiner och riktlinjer utgör ett bra stöd i arbetet.



Från intervjuer har kritik framkommit om att det är svårt att söka dokument i Centuri.

Enligt några av de intervjuade är riktlinjerna för omfattande för att hinna efterföljas och efterfrågar en nedbantning av dessa. Enligt den medicinska samordnaren har det nyligen skett en omarbetning av rutinerna för att dessa ska bli mindre omfattande.

Bedömning

- Vi rekommenderar att mätbara mål tas fram för flyktingmottagandet i förfrågningsunderlaget. Vi anser att mätbara mål tydliggör styrningen och underlättar uppföljningen och egenkontrollen av flyktingmottagandet.

⁴ Region Jämtland Härjedalen län . Överenskommelse kring vissa nyanlända invandrare 0- t.o.m. 17 år. 2015.

⁵ Asylsökande i Primärvården, Kvotflyktingar.

⁶ Asylsökande i Primärvård, Kvotflyktingar, Landstingets riktlinjer för nyanlända "reg. Nr. i Centuri 15492-2

- Enligt Regionens styrmodell skall skriftliga uppdrag i form av verksamhetsplaner finnas för enheterna. Ett skriftligt uppdrag bör tas fram även för Asylhälsan.
- Rutiner och riktlinjer bör enligt regionens styrmodell finnas i Centuri. Åtgärder bör vidtas för att förbättra sökbarheten i systemet.

3.2 ORGANISATION OCH ANSVARFÖRDELNING

Styrgrupp för flyktingfrågor

Under hösten 2015 intog regionledningen stabsläge m.a.a. det stora antalet nyanlända. Efter höstens stabsläge bildades en styrgrupp för flyktingfrågor.

Enligt minnesanteckningar från styrgruppsmöten är syftet med styrgruppen att samordna regionens åtgärder inom flyktingfrågor. Styrgruppen leds av regiondirektören och i förekommande fall av hälso- och sjukvårdsdirektören för att kunna fatta nödvändiga beslut för regionen.

Enheten för flyktingsamordning

Enheten för flyktingsamordning har funnits sedan 2011. Fram t.o.m. 2013 drevs enheten som ett projekt, men har nu permanentats till en organisatorisk enhet och ingår i den hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Enheten har för 2016 ett speciellt uppdrag från regionstyrelsen som handlar om att utveckla det strategiska arbetet. Flyktingmottagande inom Region Örebro län uppges vara förlaga till detta arbete⁷.

Enheten för flyktingsamordning har under en längre tid bemannats med två personer, en flyktingsamordnare och en assistent. Vid den tidigare granskningen var samordnaren långtidssjukskriven och revisorerna framhöll att enheten var mycket sårbar och åtgärder med anledning av detta borde vidtas.

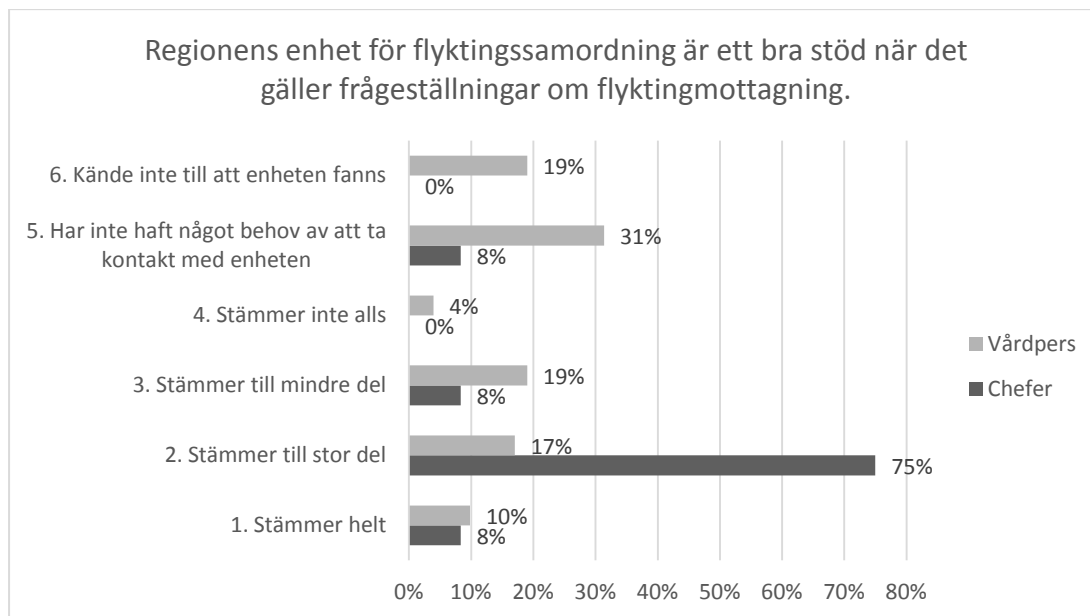
Enheten består fortfarande av två personer. Den tidigare samordnaren har slutat och en strategtjänst har nyligen tillsatts. I strategtjänsten ingår bl.a. att samordna och bygga upp tillräcklig medicinsk-, kulturell och psykologisk kompetens. Assistenttjänsten har omvandlats till en handläggartjänst.

Enhetens verksamhet var vid intervjutillfället inriktad på att registrera asylsökande och återsöka medel från Migrationsverket. Det strategiska arbetet hade fått stå tillbaka pga. den stora tillströmningen av flyktingar.

Enheten för flyktingsamordning har tidigare varit relativt okänd bland vårdpersonalen och revisorerna rekommenderade vid den tidigare granskningen från 2013 att enheten skulle bli bättre på att informera om sin verksamhet.

Enkätresultatet visar att flera av vårdpersonalen fortfarande inte känner till enheten, eller inte har haft behov av att kontakta den.

⁷ Region Örebro län. Plan för hur Region Örebro län ska hantera flyktingsituationen. 2016.



Samtliga chefer uppgav dock att de känner till enheten. Bland cheferna var det också en övervägande andel som uppgav sig vara nöjda med enheten, vilket också framkom vid intervjuer.

Asylhälsans uppdrag ändras

Asylhälsans uppdrag ändrades under hösten 2015 till att omfatta alla asylsökande inom länet med anledning av det stora inflödet av flyktingar. Hälsoundersökningar av asylsökande under 18 år blev dock kvar hos hälsocentralerna. Fr.o.m. 1:a september 2016 tar Asylhälsan dock över hälsoundersökningar av ensamkommande asylsökande under 18 år, enligt verksamhetschefen för Asylhälsan.

Uppdraget för hälsocentralerna är att hälsoundersöka kvotflyktingar och anhöriginvandrare. Skälet att hälsoundersökningar av dessa grupper kvarstår hos hälsocentralerna är, enligt uppgift, att dessa flyktingar inte anländer så många gånger och därmed blir mer hanterbara för en enskild hälsocentral.

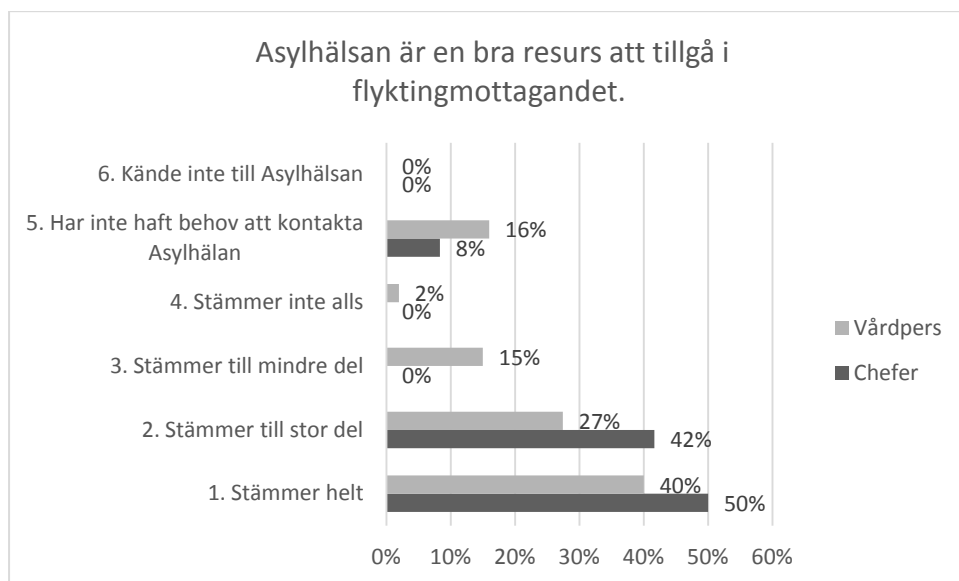
Enligt verksamhetschefen för Asylhälsan är enheten ingen hälsocentral och skall följaktligen inte hålla på med vård och behandling. Deras uppgift begränsas i nuläget till hälsoundersökningar, information och smittspårning. Enligt en läkare på Asylhälsan upplevs dock detta som ett dilemma, då läkaren möts av förfrågningar från patienter som vill fortsätta ha kontakt med Asylhälsan.

Läkaren skulle vilja att enheten skulle få större flexibilitet att kunna tillhandahålla viss vård och behandling. Enligt honom passar inte asylsökande alltid in i det "normala" vårdförloppet inom primärvården, speciellt inte där stafettläkarberoendet är stort. En stor anledning till vårdkontakter från Asylsökande beror på oro och social problematik och då handlar det om att tillgodose psykosociala behov och förmedla kontakter mot kommunen och andra samhällsaktörer, enligt honom. En sådan uppgift skulle kunna ingå i Asylhälsans uppdrag enligt läkaren.

Som vi inledningsvis nämnde finns ett nytt formulerat uppdrag som handlar om att ta fram en handlingsplan för psykosocial hälsa. Det framgår dock inte av uppdraget i vilket omfattning och på vilket sätt som Asylhälsan blir involverad.

Enligt verksamhetschefen för Asylhälsan har det minskade inflödet av asylsökande medfört att trycket på Asylhälsan minskat, vilket medför att enheten i högre grad kan ägna sig åt utvecklingsfrågorna.

Enligt enkätresultatet uppger flertalet av både vårdpersonal och chefer att de är nöjda med Asylhälsan.



Viss kritik har dock framkommit mot Asylhälsan. Under hösten 2015 var hälsocentralen i Åre under stor press då inflödet av nyanlända var stort. Verksamhetschefen uppgav att man då inte fick den hjälp med hälsoundersökningar från Asylhälsan som hälsocentralen var i behov av. Enligt Asylhälsan var enheten under uppbyggnad under denna period och kunde därför inte bistå Åre hälsocentral. Numera genomför Asylhälsan hälsoundersökningar i Åre.

Hälsocentralerna

Arbetsituationen upplevs fortfarande som mycket ansträngd inom flera hälsocentraler. Enligt de intervjuade framkommer att uppdraget att tillhandahålla hälso- och sjukvård utöver hälsoundersökningarna är det som tar mest resurser i anspråk. Dessa besök uppges ofta ske oplanerat, vilket medför extraarbete som att beställa tolk och ändringar i planeringen.

Enligt några av de intervjuade har hälsocentralerna fått ett för stort uppdrag totalt sett då flyktingmottagandet har tillkommit medan inget annat har prioriterats bort. Arbetsmiljöproblem och risk för patientsäkerheten nämns som konsekvenser av detta.

Risk- och konsekvensanalys

Vi har tagit del av två risk- och konsekvensanalyser med anledning av flyktingmottagandet som hälsocentraler genomfört. I riskanalyserna framkommer en mängd risker för både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Flera åtgärdsförslag kräver dock att beslut fattas av primärvårds- eller regionledning.

Det är dock oklart hur resultatet av riskanalyserna tillvaratagits och vilka åtgärder som vidtagits då en registrering eller diarieföring av dessa saknas.

Enligt regionens regelverk för riskanalyser skall en slutrapport tas fram. Slutrapporten skall efter att den färdigställts diarieföras⁸.

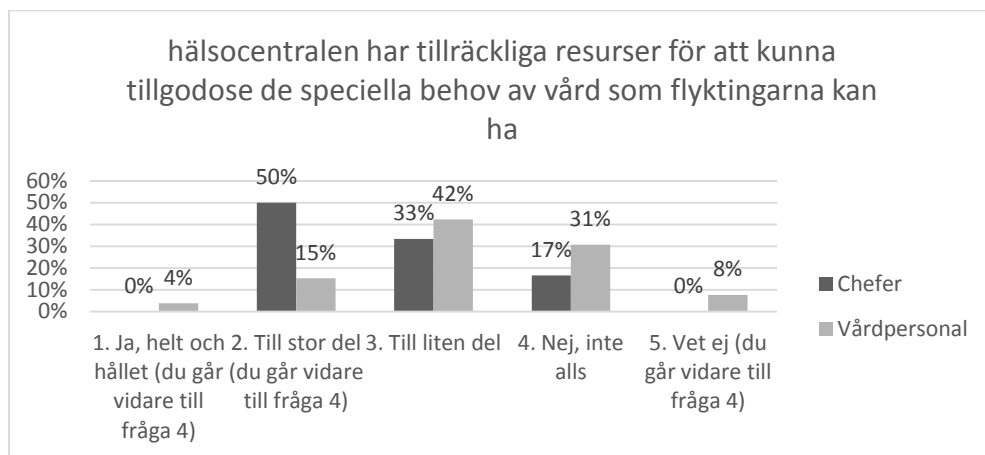
⁸ Region Jämtland Härjedalen. *Instruktion för riskanalys arbetsmiljö*. 2015. Reg. nr. Centuri: 21794-3.

Verksamhetsutvecklaren inom primärvården känner inte till om det genomförts några åtgärder med anledning av riskanalyserna. Verksamhetsutvecklaren hänvisar tillbaka till verksamhetscheferna på hälsocentralerna som ansvariga för åtgärdsförslagen.

Resurser för flyktingmottagandet

Enkätresultatet visar att uppfattningen är delad bland cheferna på frågan om hälsocentralerna har tillräckligt med resurser för att klara sitt uppdrag avseende flyktingmottagande.

Chefen för beställarenheten påpekar att skillnaden i uppfattning kan bero på att antalet flyktingar inom hälsocentralernas upptagningsområden varierat.



Bland vårdpersonalen är det emellertid en klar övervikt för dem som anser att det saknas tillräckliga resurser.

Prioriteringar

Det framkommer önskemål bland några av de intervjuade att regionen borde föra en diskussion om att i högre grad prioritera i verksamheten när situationen är så pass ansträngd. Enligt den medicinska samordnaren är det då viktigt att det finns en tydlig "signal" från regionledningen om att denna diskussion förs, samt att föreslagna prioriteringar beslutas av regionstyrelsen.

Finansiering

Åre hälsocentral har anställt vårdpersonal utöver budgeten för att klara verksamheten. Överanställning motsvarade vid intervjutillfället en merkostnad på 3,2 mkr samtidigt som ersättningen uppgår till 800 tkr, enligt verksamhetschefen. Att göra ett ekonomiskt underskott samtidigt som verksamheten har ett påbud om att minska sina kostnader är ingen "trevlig situation", enligt honom.

Enligt flera intervjuade finns en obalans mellan uppdrag och finansiering. Ersättning uppges inte täcka kostnaderna. Ett läkarbesök med tolk upptar den dubbla tiden jämfört med läkarbesök i övrigt. Ersättningen motsvarar emellertid samma ersättning som hälsocentralen får för besök av utomlänspatient, med avdrag för patientavgiften. Ersättningen för hälsoundersökningar täcker inte heller kostnaderna, enligt de intervjuade.

Oplanerade besök uppges uppta resurser från hälsocentralerna, en del av dessa besök är inte hälso- och sjukvård och det är oklart, enligt beställarchefen, hur hälsocentralerna skall ersättas för detta. Planer finns dock på att hälsocentralerna ska kompenseras för detta med hjälp av det tillfälliga statsbidrag som tillförts länet, enligt beställarchefen. En

verksamhetschef uppgav att hälften av besöken gjorda av flyktingar inte handlar om hälso- och sjukvård.

Extra medel för flyktingmottagande

Regionen fick hösten 2015 27 mkr i extra ersättning för flyktingmottagandet. De intervjuade verksamhetscheferna hade, vid intervjutillfället, inte klart för sig hur de 27 mkr skall användas, vilket leder till osäkerhet om man har möjlighet att rekrytera extra personal för att möta behovet. En verksamhetschef efterlyser en dialog från regionledningen om hur de extra medlen ska användas.

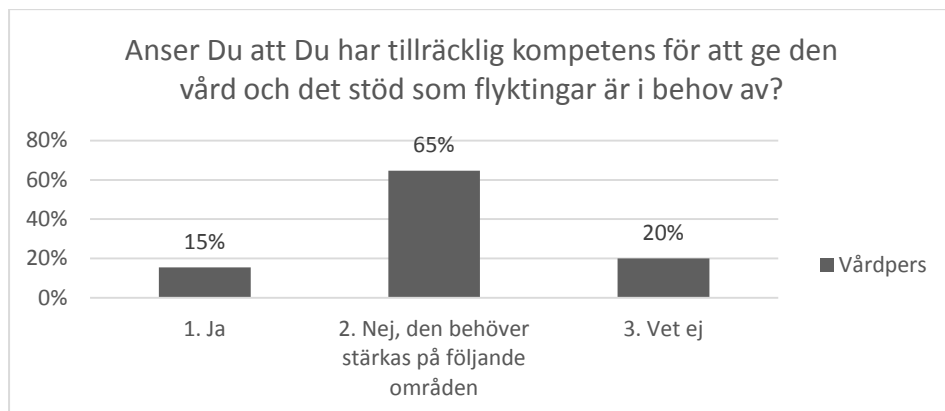
Enligt uppgifter från flyktingsamordnaren skall ersättningen bl.a. användas till att dubbel-ersättning för hälsoundersökningar. Det kommer dessutom att vara möjligt att åska medel för övriga kostnader som uppkommit m.a.a. flyktingsituationen. Extra medel är dock inte permanenta utan skall förbrukas senast 2016.

Bedömning

- Flera hälsocentraler upplever att uppdraget blivit för omfattande vilket kan medföra brister för arbetsmiljö och patientsäkerhet. En anledning som nämns är att flyktingmottagandet tillkommit samtidigt som alla tidigare uppgifter kvarstår och att finansieringen inte motsvarar merkostnaden. Vi bedömer situationen som otillfredsställande och rekommenderar att åtgärder vidtas för att säkerställa arbetsmiljö och patientsäkerheten.
- Då antalet hälsoundersökningar minskat till följd av det minskade antalet nyanlända till länet bör det övervägas om Asylhälsan även kan utföra andra uppgifter.
- Enligt Patientsäkerhetslagen ligger det i vårdgivarens ansvar att säkerställa att risker i verksamheten identifieras och att riskförebyggande åtgärder vidtas. Med vårdgivare avses den nämnd som ansvarar för hälso- och sjukvården d.v.s. Regionstyrelsen. Ansvaret för att det sker en fortsatt handläggning efter riskanalyser kan därför inte enbart ligga på verksamhetschefen i de fall riskerna ligger utanför hälsocentralens möjlighet till påverkan. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och primärvårdsledningen bör ha rutiner för att säkerställa att identifierade risker som är av övergripande karaktär, och som inte den enskilda enheten själva kan åtgärda, får en vidare handläggning och att riskförebyggande åtgärder vidtas.

3.3 FÖRUTSÄTTNINGAR I FORM AV KOMPETENSER OCH IT- STÖD

Tidigare granskningar har visat på kompetensbrist hos personalen när det gäller flyktingmottagande. Följande diagram visar att denna brist kvarstår. Den kompetensbrist som återkommer i kommentarerna till enkäten handlar om kulturkompetenser, infektionsmedicin, sjukdomspanorama i andra länder och behandling av trauma och psykosociala besvär.



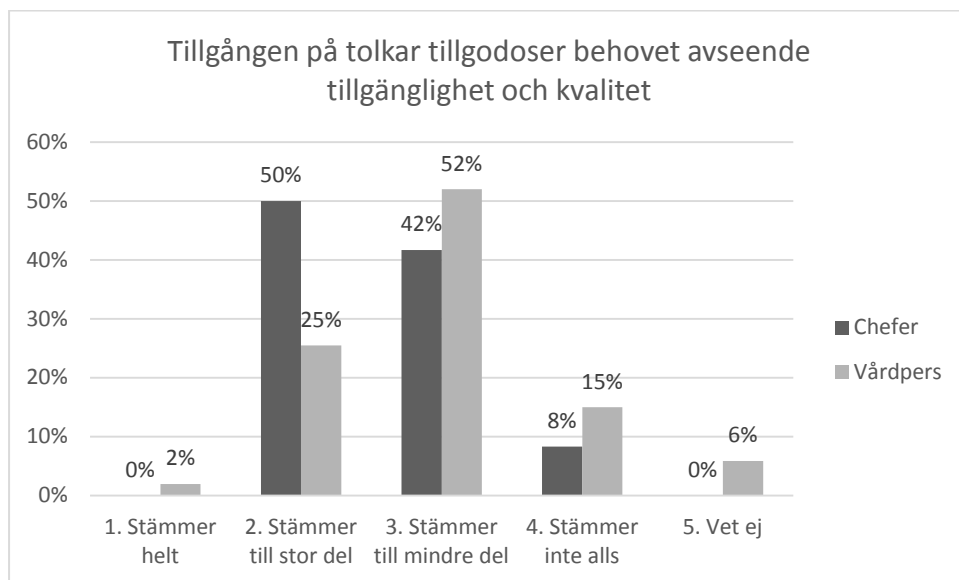
Verksamhetschefen vid Åre hälsocentral poängterade att det har saknats tid att delta i de utbildningar som tillhandahållits. Personalen har varit fullt upptagen med att klara av den dagliga verksamheten.

Inom varje hälsocentral uppges det finnas en utsedd person att handha flyktingfrågor som ingår i ett länsövergripande nätverk.

Asylhälsan upplever dock att man för närvarande har de kompetenser man behöver. Blir Asylhälsan någon form av kompetenscenter för psykosocial problematik hamnar dock enheten i ett annat läge, uppger chefen för Asylhälsan.

Tolktjänst

Enkätresultatet visar på att det finns kritik mot den tolktjänst som upphandlats.



Enligt enkäten handlar kritiken om brister i både kvalitet och tillgänglighet. När det gäller tillgänglighet är det framförallt vid oplanerade besök som tolktjänsten brister.

Det framkommer också att vård och behandling med tolk kräver speciell kompetens och några efterlyser därför utbildning inom detta område.

Brister i information om flyktingarna ankomst, bakgrund etc.

En viktig förutsättning för att ge hälsocentralen möjligheter att planera och genomföra sitt uppdrag avseende flyktingmottagandet är, enligt de intervjuade, att man får information i god tid om flyktingarnas ankomst och bakgrund. Migrationsverket brister i detta avseende enligt några intervjuade. En orsak till detta uppges höra ihop med sekretess för kvotflyktingar och att upphandling av asylboenden varit skyndsam.

Verksamhetschefen vid Åre hälsocentral uppger att informationen om 350 flyktingar var på väg till Åre gavs först dagen innan ankomstdagen.

Ett annat problem som nämnts är att inte hälsocentralerna har tillgång till asylsökandens aktuella adress. Fördröjning av adressuppgifter har ibland medfört att flyktingar som redan flyttat kallas till besök, vilket leder till ineffektivt nyttjande av vårdresurser.

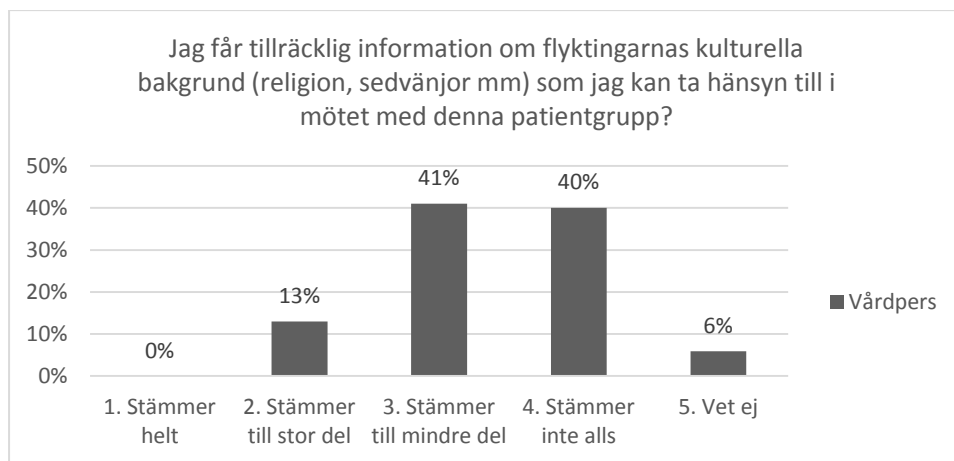
Databasen "Melker"

Regionen har nyligen fått tillgång till Migrationsverkets databas "Melker" där flyktingarnas bakgrund och aktuella adress framgår. Hälsocentralerna har inte fått tillgång till databasen. Det är enbart enheten för flyktingsamordningen och Asylhälsan som har tillgång till databasen. Folkvandvården har fått tillgång som testpilot.

Skälet till att inte hälsocentralerna har tillgång till databasen hör ihop med att "Melker-administrationen" uppmanat regionen att vara restriktiv med behörigheterna.

Flyktingsamordnaren skriver ut listor från databasen "Melker" och skickar till hälsocentralerna varannan vecka. Enligt flyktingsamordnaren har hälsocentralerna också möjlighet att ringa och fråga om aktuell adress.

Enligt den medicinska samordnaren har det stor betydelse för sjukvården att veta vilket område flyktingarna kommer ifrån då detta påverkar bl.a. vaccinationsbehovet. Tidigare gavs, enligt flyktingsamordnaren, enbart information om det språk som talades. Numera får hälsocentralerna upplysning om från vilket land flyktingen kommer från.



En stor andel av vårdpersonalen anser sig inte få tillräcklig information om flyktingarnas bakgrund, enligt enkäten.

Problem att skriva ut e- recept

Ett annat IT- problem som nämns är att det inte går att skriva ut e-recept till asylsökande, pga. att en modul uppges saknas i Cosmic. Läkaren får i stället skriva ut pappersrecept vilket medför extraarbete.

Bedömning

- Vårdpersonal anser sig sakna kompetens i samma utsträckning som vid tidigare granskningar. Åtgärder bör vidtas för att komma tillrätta med kompetensbristen. Då det framkommit att viss vårdpersonal inte haft tid att gå de utbildningar som tillhandahållits bör utbildningar utformas så att det går att ta del av dessa när tid finns, t.ex. genom att dessa filmas och sparas och finns tillgängliga vid behov.
- Information om flyktingarnas ankomst, bakgrund och ev. flytt är viktiga förutsättningar för att kunna planera verksamheten. Uppfattningen bland vårdpersonalen är att denna information brister. Vi rekommenderar därför att ytterligare undersöka om de hälsocentraler med många flyktingar kan få tillgång till databasen "Melker", utan att detta hamna i konflikt med de restriktioner som regionen blivit ålagda avseende behörigheter.
- Enligt enkätresultatet finns brister i de tolktjänster som upphandlats. Det finns därför anledning att utvärdera upphandlade aktörer.
- Primärvårdsledningen bör undersöka möjligheterna att i högre utsträckning utbyta erfarenheter och sprida kunskap genom det kontaktnätverk som finns.

3.4 INFORMATION TILL FLYKTINGAR OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Den föregående granskningen från 2013⁹ visade att det saknades informationsmaterial på andra språk om hur och när flyktingar kan kontakta vården. Enligt uppgift finns sådant informationsmaterial nu översatt till de åtta vanligaste förekommande språken som Migrationsverket har fått att överlämna till de asylsökande.

Det finns en skriftlig kallelse om hälsoundersökning att tillgå på olika språk. I kallelsen framgår bl.a. syftet med undersökningen och att den är frivillig.

Enligt de intervjuade får de asylsökande mycket information, dock framkommer att det finns behov av att bättre samordna den information som olika aktörer ger.

Den medicinska samordnaren anser att det finns vissa brister i den information som kommunerna ska ge om hälso- och sjukvården.

Det saknas språkval i telefonsystemets knappval

I primärvårdens telefonsystem saknas alternativt språkval. Enligt chefen för Asylhälsan är dock en framtagning av språkval på gång.

Verksamhetschefen för Asylhälsan är kritisk till att det saknas en enhetlig policy för hur skyltning på andra språk skall se ut på hälsocentralerna. Chefen för Asylhälsan anser också att informationsenheten borde vara lite mer aktiv och efterfråga vilket informationsbehov som hälsocentralerna behöver.

Det saknas översättning på Regionens hemsida (start sida)

Det pågår enligt uppgift ett informationsprojekt inom 1177. På sjukvårdsrådgivningens hemsida (start sida) 1177 finns information översatt på olika språk. På regionens hemsida (start sida) saknas däremot information som är översatt till andra språk.

⁹ Granskning av Hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl. Rev/6/2013

Bedömning

- Kallelsen till hälsoundersökning är numera utformad i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift.
- En broschyr om och när man kan kontakta vård på olika språk har tagits fram sedan föregående granskning.
- Vi anser det otillfredsställande att primärvårdens telefonsystem saknar alternativt språkval och att det saknas översättning på regionens hemsida (startside) om hur man kan komma i kontakt med sjukvården. Åtgärder bör genomföras för att komma tillrätta med dessa brister. Bättre information medför sannolikt mindre oplanerade besök på hälsocentralerna.
- Kontakt bör tas med kommunerna för att diskutera ev. brister i deras information om hälso- och sjukvård.

3.5 EGENKONTROLL AV FLYKTINGMOTTAGANDET

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande skall varje vårdgivare ansvara för att hälsoundersökningar av flyktingar omfattas av det systematiska kvalitetsarbetet och därmed av en egenkontroll.

Vi kan konstatera att det fortfarande saknas rutiner för egenkontroll avseende flyktingmottagandet, något som också påpekades vid den tidigare granskningen från 2013¹⁰. Enligt dåvarande landstingsstyrelsens svar på granskningen skulle en plan för detta tas fram.

Enligt den medicinska samordnaren skulle en egenkontroll kunna bestå i att systematiskt följa upp hur stor andel av asylsökande som blir hälsoundersökta inom en viss tid.

Bedömning

- Åtgärder för att förbättra egenkontrollen har inte genomförts i enlighet med dåvarande landstingsstyrelsens svar. Åtgärder för att förbättra egenkontroll bör vidtas.

3.6 UPPFÖLJNING AV MÅL OCH UPPDRAG

Uppföljning av flyktingmottagandet sker i huvudsak via hälsovalets uppföljningar och via primärvårdens verksamhetsberättelse. Som vi nämnt tidigare saknas mål för asylmottagandet och uppföljningar blir i form av beskrivningar.

Enligt chefen för beställarenheten har verksamheten för 2015 dominerats av två saker, införandet av Cosmic och flyktingmottagandet, vilket framgått vid uppföljningen av hälsovalet.

Asylhälsan saknar verksamhetsberättelse. Enligt verksamhetschefen för Asylhälsan kommer detta att åtgärdas. Verksamhetschefen påpekar dock i sammanhanget att Asylhälsan saknar ett tydligt uppdrag.

Det saknas uppföljning av den regionala överenskommelsen

Vi har inte tagit del av någon uppföljning av överenskommelsen mellan regionen och kommunerna avseende att nyanlända t.o.m. 17 år skall hälsoundersökas¹¹. Förfrågan om

¹⁰ Svar på granskning av hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl. Dnr LS/1436/2013

¹¹ Region Jämtland Härjedalen län . Överenskommelse kring vissa nyanlända invandrare 0- t.o.m. 17 år. 2015.

att ta del av uppföljningen har ställts till smittskyddsenheten, flyktingsamordnaren, primärvårdsledningen och regionala utvecklingsnämnden.

Enligt överenskommelsen skall det föras kontinuerlig statistisk över antal provtagna respektive inte provtagna barn inom 5 arbetsdagar, samt antalet som avböjt.

Smittskyddsenheten har dock genomfört en uppföljning 2013 samt 2015 av antalet fall av smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen. Uppföljningen har gjorts innan respektive efter att barn börjat skola/förskola, enligt smittskyddsläkaren.

Bedömning

- Det sker en uppföljning av flyktingmottagande. Vi har dock noterat att uppfattningen bland de intervjuade kraftigt varierar om hur lång tid snarast är avseende erbjudandet om hälsoundersökning. Vi rekommenderar därför att uppföljningen kompletteras med mätetal för att uppföljningen skall kunna utgöra underlag för egenkontroll och systematisk kvalitetsutveckling.
- Vi anser det är otillfredsställande att det inte verkar ha skett någon uppföljning av den regionala överenskommelsen, avseende barn som ska erbjudas hälsoundersökning inom 5 dagar. Denna brist bör rättas till.

3.7 ÅTERRAPPORTERING AV MÅL OCH UPPDRAG TILL REGIONSTYRELSEN OCH VÅRDVALSNÄMNDEN

I årsredovisningen 2015 framgår att det under hösten införts stabsläge med anledning av flyktingsituationen. Det framgår också av årsredovisningen att det varit ett ansträngt läge pga. det stora antalet asylsökanden. Flyktingsituationen redovisas även i tertialrapporten per april 2016.

Enligt mötesprotokollen från regionstyrelsens sammanträden har regiondirektören haft en stående punkt om flyktingmottagandet.

Enligt Vårdvalsnämndens protokoll från mars 2016 informeras nämnden om flyktingsituationen. I samband med redovisning av hälsovalens bokslut återrapporteras flyktingsituationen inom primärvården. I redovisningen framkommer att det varit ett ansträngt läge och att återbesök för kroniskt sjuka har fått skjutas fram etc.

Bedömning

- Vi anser att det funnits en återredovisning till Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden.

3.8 ÅTERSÖKNING AV MEDEL

Migrationsverket betalar ut schablonbelopp när det gäller hälso- och sjukvård för flyktingar. Utöver detta schablonbelopp har Regionen rätt att återsöka medel för vård som överstiger 100 tkr (kostnadskrävande vård) och vård som pågått i minst tre år (varaktig vård). Ersättning för hälsoundersökningar ligger också utanför schablonbeloppet.

Flyktingsamordnarens huvuduppgift har varit återsökning av medel från Migrationsverket. För kostnadskrävande och varaktig vård sker detta centralt genom flyktingsamordningen. När det gäller återsökning av medel för hälsoundersökningar gör flyktingsamordnaren en sammanställning av uppgifter från hälsocentralerna att skicka vidare till Migrationsverket.

Vid den föregående granskningen framkom att det saknades ett IT-stöd för återsökningen av medel från Migrationsverket. Diskussioner pågick då om att införskaffa datastödet

”Vera Asyl”. Något inköp har emellertid inte skett, men en upphandling är påbörjad, enligt flyktingsamordnaren. Datastödet ”Vera Asyl” kommer, enligt uppgift, att underlätta återsökning av medel.

Det finns en fördröjning på 4 månader innan ersättningen för flyktningmottagandet betalas ut till hälsocentralerna vilket innebär en likviditetsmässig påfrestning för privata hälsocentraler.

Om flyktingar redan har hälsoundersökts utgår ingen ersättning för ännu en hälsoundersökning. Ibland inträffar det att flyktingar hälsoundersöks flera gånger. I databasen ”Melker” framgår det om flyktingarna tidigare blivit hälsoundersökta. Som vi tidigare nämnt har hälsocentralerna emellertid inte tillgång till databasen.

Brist på information från kommunerna om kvotflyktingar

Problemet när det gäller återsökning av medel för kvotflyktingar kvarstår när det gäller varaktig och kostnadskrävande vård. För kvotflyktingar kommer inga listor från Migrationsverket och de går inte att identifiera i journalsystemet på samma sätt som asylsökande. Regionen är beroende av att kommunerna lämnar information om kvotflyktingar för att kunna återsöka medel. Enligt flyktingsamordnaren finns en osäkerhet om kommunerna alltid lämnar dessa uppgifter.

Enligt svaret på vår tidigare granskning från 2013 skulle åtgärder vidtas för att få till en bättre information om kvotflyktingar från kommunerna. Någon förbättring avseende detta har enligt flyktingsamordnaren inte skett.

Bedömning

- Problemet när det gäller återsökning av medel för kvotflyktingar kvarstår. Enligt svaret på tidigare granskning från 2013 skulle detta redas ut. Vi rekommenderar att nya kontakter tas med kommunerna för att få till en bättre information om anländande kvotflyktingar. Regionen riskerar annars gå miste om välbehövliga medel från Migrationsverket.

3.9 PRIORITERINGAR

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall behovs- och solidaritetsprincipen tillämpas vid prioriteringar. Detta innebär att grupper med de största behoven skall prioriteras först. Inom regionen har beslut fattats om följande grupper som ska ses som prioriterade: barn, äldre och de med särskilda behov.

Läkarbesök vid särskilt boenden uppges ha fungerat utan större påverkan, enligt den medicinska samordnaren, dock kan andra läkarbesök inom hemsjukvården fått senareläggas. Enligt den medicinska samordnaren har prioriteringar fått göras inom alla prio- grupper, även inom grupper som varit högst prioriterade. Vissa återbesök har fått genomföras via telefon, visa andra återbesök har fått skjutas fram.

Vid hälsoundersökningar av flyktingar har hälsocentralerna prioriterat provtagningar (smittspårning), enligt den medicinska samordnaren. Asylhälsan uppger att man har prioriterat barn vid hälsoundersökningarna.

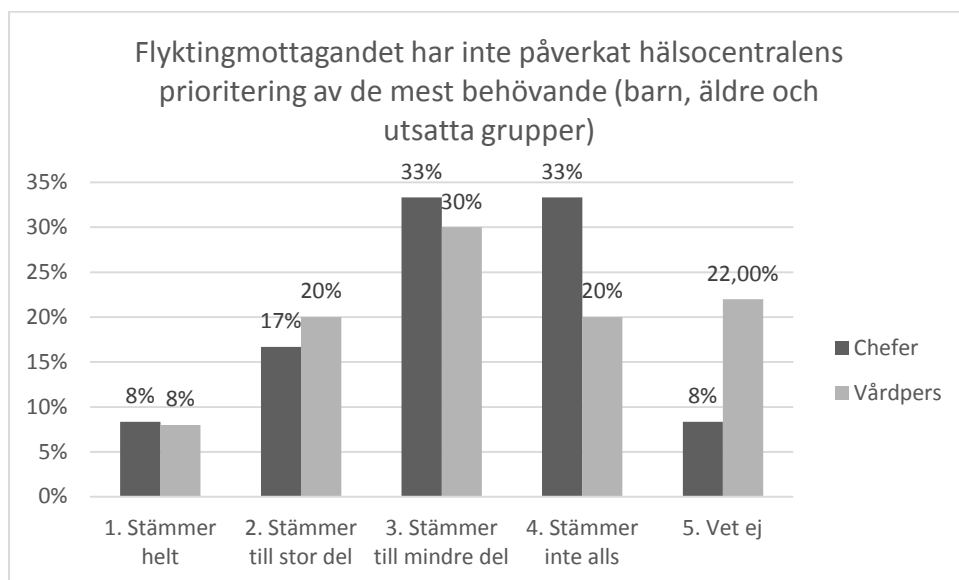
Flyktingsituationen har haft påverkan på barnhälsovård (BVC)

Enligt den medicinska samordnaren har flyktingsituationen haft påverkan på BVC för de hälsocentraler som haft många flyktingar och svårigheter att rekrytera personal för att möta det ökade behovet.

Enligt barnhälsovårdsöverläkaren är det den grundläggande barnhälsovården som påverkas inom vissa hälsocentraler i regionen, framförallt erbjudande om hembesök och föräldragrupper. Situationen är ansträngd och under mycket hög tidspress. Man har därför på enstaka enheter inte sett det som möjligt att kunna erbjuda barnhälsovårdsprogrammet i sin helhet, utan varit nödgade att göra generella bortprioriteringar för enskilda hälsofrämjande rutinåtgärder, framför allt gällande erbjudande om föräldragrupp, hembesök och samverkan med/besök på förskolor. Bortprioriteringarna resulterar, enligt Barnhälsovårdsöverläkaren, i en oacceptabel regional och nationell ojämlikhet i primära hälsofrämjande insatser.

Barnhälsovårdsöverläkaren har också noterat en förskjutning i tid, dvs försening, när det gäller rutinbesöken för de lite äldre barnen som t.ex. vid tre, fyra och fem års ålder.

Barnhälsovårdsöverläkaren anser att det finns en brist i återkopplingen av uppföljningen och resultatredovisningen av BVC till Vårdvalsnämnden och Regionstyrelsen. Barnhälsovårdens årsrapport blev klar först i juni. Uppföljning av BVC ingår i dagsläget inte i hälsovalets årsbokslut.



Enligt enkäten har prioriteringarna inte kunnat hållas. 50 % av vårdpersonalen och 66 % av cheferna uppger att prioriteringar inte kunna hållas.

Enligt chefen för beställarenheten och den medicinska samordnaren har det inte skett någon ökning av Lex Maria anmälningar eller anmälningar till Patientnämnden för 2015. Dock är en minskning av andelen registreringar i diabetesregistret och framskjutning av återbesök en konsekvens av flyktingmottagandet, enligt chefen för beställarenheten.

Bedömning

- Vår bedömning är att verksamheten har försökt tillämpa prioriteringsordningen i möjligaste mån utifrån de förutsättningar man haft. Situationen är dock så pass pressad inom delar av primärvården att prioriteringar även fått ske inom de prioriterade grupperna. Det finns inom länet stora regionala skillnader avseende detta. Vi bedömer situationen som otillfredsställande och att den innebär en risk för att inte kunna tillhandahålla en vård på lika villkor.

- Vi anser att det finns vissa brister i styrelsens och vårdvalsnämndens kontroll av barnhälsovården som prioriterat område. Detta då uppföljningen av barnhälsovården särskilts från hälsovalets årsbokslut. Vi föreslår därför att tidigarelägga uppföljningen av barnhälsovården så den blir en del av hälsovalets bokslut.

3.10 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

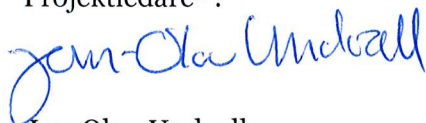
Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
Finns en tillfredsställande styrning i form av mål, upp-	Delvis	Det saknas mätbara mål. Asylhälsan saknar dokumenterat uppdrag.

3.10 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Be- döm- ning	Kommentar
Finns en tillfredsställande styrning i form av mål, uppdrag, rutiner, riktlinjer etc?	Delvis	Det saknas mätbara mål. Asylhälsan saknar dokumenterat uppdrag.
Finns en tillfredsställande organisation och ansvarsfördelning?	Delvis	Ansträngt läge för flera hälsocentraler. Obalans mellan uppdrag och resurser. Flertalet är nöjda med Asylhälsan och den centrala enheten för flyktingsamordning.
Finns förutsättningar i form av kompetenser och IT- stöd?	Delvis	Stor andel av sjukvårdspersonal saknar fortfarande utbildning inom flyktingmedicin, kulturkompetens etc. Saknar IT- stöd för återsökning av medel. Asylhälsan utgör kompetenscentrum
Finns en tillfredsställande information för flyktingar om hälso- och sjukvård?	Delvis	Informationsmaterial finns framtaget. Det saknas språkval i primärvårdens telefonsystem. Ingen enhetlig skyltning på hälsocentralerna.
Finns en tillfredsställande egenkontroll i form avvikelsehantering och klagomålshantering?	Nej	Inget har hänt sedan föregående granskning.
Sker ett aktivt tillvaratagande av resultatet av egenkontrollen?	Nej	Saknar rutiner för egenkontroll. Bris-ter i tillvaratagandet av riskanalyser.
Finns en tillfredsställande uppföljning av mål och uppdrag?	Nej	Mätetal saknas vid uppföljning. Saknar uppföljning av den regionala överenskommelsen avseende hälsoundersökning av ensamkommande under 18 år.
Finns en tillfredsställande återrapportering av mål och uppdrag till Regionstyrelsen och Vårdsnämnden?	Delvis	Flyktingsituationen har återredovisats till styrelse och vårdsnämnd. Flyktingsituationen varit en stående punkt på styrelsesammanträden. Att BVC och MVC årsrapport ligger utanför hälsovalets årsbokslut innebär en brist i återredovisningen av ett prioriterat område till styrelse och vårdsnämnd

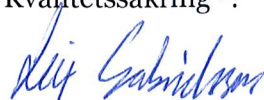
4 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare¹²:



Jan-Olov Undvall
Certifierad revisor

Kvalitetssäkring¹³:



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

¹² Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

¹³ Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.



12

Utredning om förutsättningarna för att
säkerställa reservvattenförsörjningen till
sjukhuset

RS/1124/2016

2016-11-24

Sekretariatet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/1124/2016

Utredning om förutsättningarna för att säkerställa reservvattenförsörjningen till sjukhuset

Ärendebeskrivning

Vid regionstyrelsens sammanträde 27-28 april 2016 fick regiondirektören i uppdrag att skyndsamt utreda förutsättningarna för ett säkerställande av reservvattenförsörjningen till sjukhuset. Bakgrunden var Östersunds kommuns vattenskada den 20 april och dess stora påverkan på sjukhuset. Frågan om vattenförsörjningen är mycket viktig för driften av sjukhuset och har diskuterats med Östersunds kommun under lång tid.

En utredning har nu gjorts som bland annat redovisar olika alternativ för sjukhusets vattenförsörjning och föreslår att regionen bör gå vidare med en anslutning till Krokoms kommuns vattensystem vid Ås vattenverk och ha Östersunds kommuns leveranskapacitet av vatten som reservlösning.

Östersunds kommun arbetar med en VA-plan som beräknas vara klar i december 2017.

Innan beslut i frågan om reservvattenförsörjning tas bör frågan diskuteras med Östersunds kommun i ZÖ-gruppen.

Regiondirektörens förslag

Frågan om säkerställande av reservvattenförsörjningen till Östersunds sjukhus tas upp i ZÖ-gruppen.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Fastighetschef

Sammanställande ZÖ-gruppen
Östersunds kommun

Regiondirektörens ledningsstab
Fastighetschef Jan-Åke Lindroth
Tfn: 063-14 72 20, 070-595 80 97
E-post: jan-ake.lindroth@regionjh.se

2016-11-15

Dnr

Reservvattenförsörjning Östersunds sjukhus



Bilden symboliserar mörka moln över Storsjöns vatten som regionen kan behöva hantera om reservvattenfrågan inte löses

Reservvattenförsörjning

Nuläge

Östersunds sjukhus har idag en tveksam reservvattenförsörjning om vattendistributionen från Östersunds kommun skulle upphöra.

När allt fungerar normalt är det en ickefråga om att ha vattenförsörjning eller inte det är så självklart att det finns vatten i kranen.

Två händelser på senare tid med cryptosporidiumhändelsen och ett större ledningshaveri har belyst sårbarheten och behovet av rent vatten på ett mycket påtagligt sätt.

Om vattnet från kommunen blir otjänligt men kan distribueras i normal omfattning har regionen en mycket väl fungerande reservplan för dricksvattenförsörjning till samtliga av regionens verksamheter inom kommunen. Ett system med vattendunkar i olika storlekar som fylls från annan källa med rent vatten och distribueras ut intern via godshantering. Systemet byggdes upp i samband med cryptosporidiumutbrottet och har testats i skarpt läge efter detta med gott resultat.

Om leveransen från kommunen upphör totalt kan sjukhuset försörjas med orenat Storsjövatten direkt in i sjukhuset för att klara toaletter, tvätt mm. Systemet är inte provat skarpt och skulle innebära omfattande konsekvenser att återställa vattenledningsnätet till dricksvattenstandard efter att ledningar och utrustning som är anslutna till nätet fyllts med orenat storsjövatten. Det kommer också att krävas en omfattande renspolning av hela vattennätet och förmodligen utbyte av ett flertal medicinska och tekniska utrustningar som har förstörts av det orenade vattnet innan man kan återgå till ett normalläge.

I kvarteret Kronofogden finns en djupborrad brunn som med begränsad kapacitet utan rening vars syfte, i första hand, är att förse en eventuell beredskapsoperationssal med vatten i händelse av ofred i en övrigt helt utslagen vattenförsörjning.

Bakgrund och syfte

Vattenförsörjningen för en stad i Östersunds storlek, med 55 000 personer och övriga verksamheter med ett behov på ca 15 - 20 000 m³ vatten per dygn, är oerhört viktig och ett stopp i produktion och distribution av vatten skulle få oerhört stora konsekvenser. Det är dock lätt att fokusera på dricksvattenförsörjningen och hur det ska lösas men den största utmaningen är att klara vatten till tvätt och toaletter och därmed avloppssystemets infrastruktur. Det är inte svårt att föreställa sig hur besvärligt det skulle bli för stadens innevånare och verksamheter att hantera när toaletterna bara går att spola en gång efter ett vattenstopp samt att det inte går att tvätta sig i rinnande vatten.

Syftet med utredningen är att belysa frågan och att föreslå en trygg reservvattenlösning för Östersunds sjukhus.

Beskrivning av Östersunds kommuns vattenförsörjning

Reservvatten för kommunen

Östersund kommun har en ytvattentäkt i Storsjön som via en intagsledning förser vattenverket i Minnesgården med råvatten. Detta är den enda försörjningspunkten och kommunen har ingen reservlösning om den av någon anledning skulle slås ut. Utredningar och undersökningar har gjorts under många år utan att man har föreslagit någon lösning. Tillsammans med SGU (Statens geologiska institut) har kommunen undersökt grundvattentäkter med erforderlig kapacitet inom 5 mils radie utan att hitta något bra alternativ och det är inte aktuellt att utreda det vidare. Alternativet med ytvattentäkt från andra sjöar har kostnadsuppskattats till ca 100-220 miljoner och har i detta läge heller inte utretts vidare.

”Plan för Vatten- och avloppsförsörjning”

Kommunen har i sin ”Plan för Vatten- och avloppsförsörjning” från 2013-03-14 skrivit att det är **nödvändigt** att utarbeta en fungerande nödvattenplan. Man har också skrivit att det är **nödvändigt** att utreda möjligheten att bygga ihop vattensystemet med Krokoms vattenverk enligt tre olika alternativ.

Vidare skriver man att det är **angeläget** att genomföra en förstudie för att söka ytterligare ett råvattenintag i Storsjön till Minnesgårdens vattenverk och att det är **önskvärt** att överväga ytterligare ett vattenverk som kan ersätta Minnesgårdens vattenverk om det skulle uppstå ett produktionsbortfall.

Utredningen är mycket fokuserad på att kunna distribuera dricksvatten ut till medborgarna. Den beskriver inte på något sätt konsekvensen av att vattnet i avloppssystemet upphör och t.ex. att samtliga toaletter skulle sluta att fungera. Det kan vara svårt för en ovan läsare som inte har förståelsen för helheten att inse vikten av detta scenario. I bakgrundsmaterialet till utredningen finns en analys om att ett brott på råvattenledningen skulle kunna stoppa vattenproduktionen upp till en vecka. Det tydliggörs heller inget om konsekvensen av en storbrand, sabotage, översvämning eller flera händelser samtidigt som skulle slå ut vattenverket på lång tid.

Vattenverket

Vattenverket har en god reningsförmåga och kapacitet och uppdateras kontinuerligt. Vattendomen medger ett uttag på tre gånger dagens behov under förutsättning att vattnet återförs till Storsjön. En större investering med ombyggnad och förbättring av reningssystemet har utförts efter det stora cryptosporidiumutbrottet som skedde i november 2010.

Ledningsnätet

Vattnet distribueras via ett omfattande ledningsnät ut till stadens abonnenter. För att utjämna dygnsvariationer så finns ett antal vattenreservoarer fördelade inom verksamhetsområdet. Ledningsnätet är uppbyggt i ringformationer med parallella

ledningarna vilket innebär att om en skada skulle uppstå på någon ledning i nätet så kan den aktuella ledningen stängas med ventiler och vattnet oftast levereras en annan väg till de drabbade abonnenterna. Ledningsnätets robusthet utreds för närvarande och en förstärkning av ringledningsmatningen föreslås. Huvudvattenledningen längs Storsjöns strand är utsatt för stora skaderisker i och med omfattande byggnationer som utförs i närhet av ledningen.

Hur länge räcker vattnet

Beroende på när ett stopp i vattenförsörjningen sker på dygnet så kommer vattnet i ledningsnätet och reservoarer att ta slut inom några timmar. Vid senaste stora skadan som skedde en vardagsmorgon klockan 0700 i april 2016 så bedömdes att vattnet till sjukhuset skulle räcka fram till ca klockan 1300. Genom vädjande till allmänheten via radio om att hushålla med vattnet samt möjligheten att via ventiler prioritera vatten från ovanliggande reservoarer till sjukhuset skulle det vara möjligt att klara vattenförsörjningen till sjukhuset ytterligare några timmar. Östersunds kommun har en beredskapsplan från 1998-08-15 hur detta ska ske vilka ventiler som skall stängas och vilka tryckstegringar som skall slås av.

Vad gör kommunen idag

Kommunen arbetar vidare med en VA-plan där samtliga frågor rörande VA-frågorna inom kommunen ska belysas. Denna beräknas vara klar i december 2017 och skall förmodligen bearbetas politiskt under 2018 vilket innebär att det troligen inte finns något beslutat förslag avseende reservvattenlösning före 2019 med en fungerande lösning tidigast 2020. Efter kontakt med kommunens representant och konsulter som arbetat med kommunens vattenförsörjning i många år så står det klart att en fungerande reservvattenlösning för hela kommunen är en mycket omfattande investering.

Vattenbehov och vattenresurser

Östersunds stad (verksamhetsområdet) har idag ett behov på ca 15 000 m³ vatten per dygn. Aktuell vattendom medger ett uttag från Storsjön på 60 000 m³ vatten per dygn vilket avloppsreningsverket i Göviken också är dimensionerat för.

Sjukhuset har ett behov på ca 220 m³ vatten per dygn så det är en mycket liten del av stadens behov även om det är en av de större enskilda abonnenterna i staden. Under Cryptosporidiumtiden så distribuerades dricksvatten ut till personal och patienter med dunk. Dygnsvolymen låg då på ca 2-3 m³ och om man förutsätter att en del av dricksvattnet kokades och att många medarbetare tog med sig eget dricksvatten från grannkommuner eller köpte flaskvatten så ligger behovet av dricksvatten förmodligen på max 5 m³ per dygn.

Krokoms vattentäkt har enligt utredningen ett överskott på ca 1 000 m³ vatten per dygn och skulle därmed med god marginal försörja sjukhuset och lite till med dess behov.

Vattenförsörjning till Östersunds sjukhus

Sjukhusets huvudbyggnader är anslutna till kommunens ledningsnät på sex olika ställen och det interna nätet är uppbyggt med ringmatning vilket innebär att vatten till alla tappställen kan försörjas från samtliga inkommande ledningar.

Vattenförsörjning övriga objekt

Psykiatribyggnaden i kvarteret Kronofogden och Remonthagen uppe vid Solliden som bägge har inneliggande patienter har bara en anslutning var till kommunens nät vilket är sårbart. Skulle en skada på ledningsnätet ske i närheten av byggnaden så finns ingen alternativ försörjning utan skadan måste lagas innan fastigheterna kan ha vatten igen.

En sådan skada bör inte ta allt för många timmar att åtgärda och konsekvensen för vården bör kunna hanteras.

Reservvatten om Östersunds kommun inte löser försörjningen

Om Östersunds kommun inte tar ansvar och iordningställer en reservvattenlösning som Region Jämtland Härjedalen kan känna trygghet i för att säkerställa patientsäker vård måste regionen lösa det själv.

Om Östersunds kommun skulle koppla ihop sin vattenförsörjning för Östersund med omnejd med Krokoms kommuns anläggning i Dvårsätt som försörjer bland annat Ås och Krokoms mm. så skulle en trygg redundans skapas för bägge försörjningsområdena. Detta borde vara en intressant lösning för bägge kommunerna men kräver en omfattande investering med en grov ledning mellan Dvårsätt och Minnesgårdet samt förmodligen en förstärkning av vattenverket i Dvårsätt.

Alternativa lösningar för regionen

Dra en ledning mellan sjukhuset och Ås vattenverk

Regionen tar initiativ att koppla ihop Krokoms vattensystem med en sjöledning som kan förse Östersunds sjukhus med "Krokomsvatten". Ledningen skulle då fungera som huvudmatning till sjukhuset och Östersunds vattendistribution skulle bli reservlösningen. Det är viktigt att en så lång ledning alltid är i drift annars skulle vattnet inte var tillräckligt rent och ledningen fungera då den verkligen behövs.

Ledningen blir ca 9 kilometer lång och anslutas i Ås vattenverk med tryckökningspumpar installerade i vattenverket. Vattenverket i Ås ligger nära Storsjön och det blir därmed en relativt kort markförlagd ledning för att därefter dras som en sjöledning till stranden nedanför sjukhuset. Upp till sjukhuset kan ledningen förläggas i ett befintligt rör och på så sätt korsa järnväg och gata på ett smidigt sätt. Lösningen innebär att regionen får två leverantörer av VA. Vatten från Krokoms och avloppet till Östersund.

Fördelar: Det blir en ledning som alltid är i drift

Vi kan vara kund hos Krokoms kommun som skulle sköta pumpstation och ledningar till anslutningspunkt.

Låg driftkostnad. Pumpenergibehovet beräknas till ca 10 000 kWh/år.

Nackdelar: Vi måste fysiskt koppla bort alla anslutningar till Östersunds kommun.

Det innebär att vattenmätaren kopplas bort och kommunens ventiler stängs ute i gatorna. Om vattenförsörjningen åter skall anslutas från kommunen så ska ledningen spolas innan den kopplas in.

Kostnaden bedöms till ca 20 miljoner.



Exempel på ledningsdragning mellan sjukhuset och vattenverket i Ås

Regionen bygger ett eget vattenverk för ytvatten

Regionen bygger ett eget vattenverk med ytvattenintag i närheten av sjukhuset. Att hitta en bra punkt i sjön utanför sjukhuset med bra råvatten är mycket osäkert. Storsjön är relativt grund i sjukhusets närområde vilket betyder att vattnet kan bli väldigt varmt sommartid och är inte lämpligt. Det finns också en viss risk att intagsledningen kommer i kontakt med avloppsvattnet från Gövikens avloppsreningsanläggning. Det är väldigt osäkert med vattenströmmarna i sundet och hur avloppsvattnet från Göviken sprids och fördelas i sjön. Strömmarna i sjön kan ändras över året beroende vattentemperaturer, vindar mm vilket innebär att vatten kan även spridas motströms.

Fördel: Regionen är oberoende av andra aktörer för att tillhandahålla vatten till sjukhusets behov.

Nackdel: Stor osäkerhet att hitta tjänligt vatten samt att det är en anläggning som måste vara i drift kontinuerligt och skötas av utbildad personal. Driftkostnad för pumpenergi, kemikalier mm tillkommer.

Regionen bygger ett eget vattenverk för grundvatten

Regionen bygger ett eget vattenverk med grundvattenintag. Att hitta en bra vattentäkt med tillräcklig tillrinning och kvalitet är mycket osäkert och kan kräva långa ledningar för att koppla ihop brunnarna med sjukhuset. Skall det vara en markledning så blir det många fastighetsregleringar som skall genomföras om regionen inte hittar vatten med tillfredställande kapacitet och kvalitet inom egna fastigheten.

Fördel: Regionen är oberoende av andra aktörer för att tillhandahålla vatten till sjukhusets behov.

Nackdel: Stor osäkerhet att hitta bra grundvatten samt att det är en anläggning som måste vara i drift kontinuerligt och skötas av utbildad personal. Driftkostnad för pumpenergi, kemikalier mm tillkommer.

Regionen bygger en vattenreservoar

Om regionen satsar på en egen vattenreservoar för att hantera ett tillfälligt stopp i vattenleveranser så är det en bedömning hur lång tid man skall säkerställa sig för. En sådan lösning skall ligga kopplad till sjukhusets vattensystem och omsättas kontinuerligt. Anläggningen blir ganska omfattande beroende på hur många dygn försörjningen skall säkras för. Beräknar man klara tre dygns vattenstopp behöver magasinet rymma

ca 650 m³ vatten vilket innebär en reservoar på 10 x 10 x 7 meter. Skall regionen klara sju dygn som ofta rekommenderas i olika sammanhang så ökar storleken på reservoaren till ca 1500 m³ och blir därmed 22 x 10 meter med samma höjd på 7 meter. Skall regionen klara kravet i Krisberedskapsmyndighetens (numer MSB) skrift från 2008 det "Robusta sjukhuset" skall man klara två veckors vattenstopp vilket innebär dubbelt så stor reservoarkapacitet dvs 44 x 10 x 7 meter.

Fördel: -

Nackdel: Tar mycket stor plats
Är en anläggning som skall rengöras och underhållas regelbundet och kräver pumpar för tryckökning.

Är inget skydd mot förorenat kommunvatten eller mot ett långvarigt stopp om vattenverket slås ut på lång tid.

Regionen installerar ett permanent råvattenintag

Regionen installerar en permanent pumplösning som förser sjukhuset med orenat vatten direkt från Storsjön. Idag är det en mobil lösning med slangar som skall läggas ut och passera både järnvägen och bilväg som därmed inte är lika tillförlitlig.

Fördel: Billigaste lösningen

Nackdel: Det är en lösning som är mycket sårbar och kommer att förse ledningsnätet med orenat vatten som det är näst intill omöjligt att se konsekvensen av med kontaminerat ledningsnät och förstörd medicinsk utrustning.

Sammanfattning

- En fungerande vattendistribution är en oerhört viktig samhällsfunktion och staden skulle ha mycket svårt att fungera om vattenproduktionen skulle upphöra. Den viktigaste funktionen vattnet har är att fungera för tvätt och förse avloppssystemet med vatten så att alla toaletter kan fungera. Dricksvatten kan på ett relativt enkelt sätt distribueras ut med tankbil eller dunkar mm.
- Östersunds kommun har idag ingen reservvattenlösning för staden inklusive sjukhuset.
- Vid ett produktionsbortfall genom att vattenverket slås ut eller ett större ledningsbrott sker så räcker vatten i reservoarerna och ledningsnät några timmar och max ett halvt dygn.
- Om vattnet skulle ta slut så kan man inte använda toaletter eller tvätta i hela staden det vill säga mycket stora olägenheter och omfattande smittorisk.
- Östersunds sjukhus har en väl fungerande plan för att distribuera dricksvatten till hela verksamheten och kan även förse sjukhuset med orenat Storsjövatten för att hålla grundfunktionerna med tvätt och toaletter i drift.
- Om viss känslig medicinsk utrustning skulle kunna fungera med orenat Storsjövatten är oklart men helt klart är att verksamheten på sjukhuset skulle ha mycket svårt att fungera på ett patientsäkert sätt.

Slutsats och förslag till lösning för reservvatten till Östersunds sjukhus

Att vänta in kommunens eventuella lösning bedöms som mycket osäker med tanke på att mycket lite har hänt i frågan de sista 10 åren.

Säkraste, tillförlitligaste och förmodligen den mest ekonomiska lösningen är att gå vidare med en anslutning till Krokoms kommuns vattensystem vid Ås vattenverk och ha Östersunds kommuns leveranskapacitet av vatten som reservlösning.



13

Uppföljning av fördelning av medel för
stöd till bättre resursutnyttjande i hälso-
och sjukvården (professionsmiljarden)

RS/176/2016

2016-11-28

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Anna-Karin Andersson
Tfn: 063-15 39 09
E-post: anna-karin.andersson@regionjh.se

RS/176/2016

Uppföljning av fördelning av medel för stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (professionsmiljarden)

Ärendebeskrivning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har gjort en överenskommelse med staten om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Den övergripande målsättningen med överenskommelsen är att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård genom att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka tid för patientnära arbete och stärka Regionens planering av kompetensbehov.

Definierad utvecklingsområden (syfte) är

- IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- Smartare användning av medarbetarnas kompetens
- Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning

25 miljoner kronor är beviljade till Region Jämtland Härjedalen för år 2016.

Regionstyrelsen godkände 2016-05-24—25, § 131 förslaget till fördelning av tilldelade medel 2016 och beslutade att regiondirektören får delegera till hälso- och sjukvårdsdirektören att fatta detaljbesluten och omdisponera mellan kostnadsposterna. En uppföljningsrapport om medlens användning ska lämnas till styrelsen under hösten 2016.

Process

Verksamheterna fick lämna in förslag på aktiviteter som passar mot syftet. Det kom in ca 100 förslag. Prioritering av aktiviteterna skedde genom en workshop med aktuella chefer. Därefter fick experter inom aktivitetsområdet lämna synpunkter. Det togs också hänsyn till att bevilja medel brett i verksamheten. Cirka hälften av aktiviteterna är beviljade och uppdrag har gått ut. Ansökan och uppföljning sker enligt särskild instruktion.

Exempel på aktiviteter är: Mobilt närvårdsteam, resursperson till utveckling av sjuksköterskans första år, NOVA – digitalt ”arbetsplattform” kopplat till COSMIC. Kundtjänst. Projektledare för nya arbetssätt kopplat till nya betalningsansvarslagen. Utrustning till virtuella jourrum.

Nuläge

Verksamheterna arbetar intensivt med uppdragen. Viss omfördelning av pengar har skett då några aktiviteter har blivit billigare och några dyrare än beräknat. Eftersom beviljade medel måste förbrukas i år, pågår nu en noggrann ekonomisk uppföljning bland annat genom månadsrapporten i oktober. Vid eventuellt läge av ”överblivna” pengar finns en plan för omfördelning till andra aktiviteter som uppfyller syftet.

Region Jämtland Härjedalen är inbjuden av Socialstyrelsen att delta i en fallstudie som handlar om hantering av professionsmiljarden. Studien kommer att äga rum 13-14 december.

Regiondirektörens förslag

Uppföljning av fördelning av medel för stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (professionsmiljarden) enligt ovan noteras till protokollet.

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör



14

Verksamhetsplan och anslag för
Norrlandstingens Regionförbund

RS/1911/2016

2016-11-20

Samordningskansliet
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/1911/2016

Verksamhetsplan och anslag för Norrlandstingens Regionförbund

Ärendebeskrivning

Vid Norrlandstingens Regionförbunds direktionmöte 2016-09-21 § 75 beslutades om förbundets verksamhet 2017 och ekonomiska ramar. I verksamhetsplan 2017-2019 har Förbundsdirektionens beslut om viktiga temaområden för mandatperioden inarbetats liksom samverkansprojekt inom flera områden. Förbundets arbete påverkas under perioden särskilt av det regionala förberedelsearbetet för en eventuell ny länsindelning enligt vad som angivits i verksamhetsplanens avsnitt om inriktning. För tillfälliga kostnader kan ackumulerat eget kapital användas enligt särskilda beslut.

I föreliggande förslag uppräknas förbundets budgetramar med LPIK enligt prognos från SKL per 2016-10-31. Det innebär att förbundet totalt har en budet på 5 092 tkr, vara från Region Jämtland Härjedalen 726,1 tkr. Budgeten för forskningsanslaget Visare Norr är 2 400 tkr varav från Region Jämtland Härjedalen 331,2 tkr. Totalt 1 057,3 tkr. Detta finansieras inom ramen för det centrala anslaget för riks och regionsjukvård.

Regiondirektörens förslag

1. Anslaget till Norrlandstingens Regionförbund 1 057,3 tkr finansieras inom ramen för det centrala anslaget för riks- och regionsjukvård.

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

§ 75 Verksamhetsplan och budgetramar 2017 för NRF (Dnr 131/16)

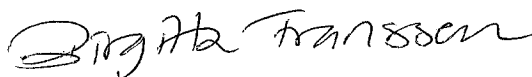
Förslag till verksamhetsplan 2017-2019 och budget för 2017 framgår av bilaga 75 med ändringsmarkeringar i förhållande till föregående plan. Budgetförslaget är avsett att bygga på en uppräknings med LPIK enligt SKLs prognos per den sista oktober 2016.

Verksamhetsplan för RCC Norr presenteras inför beslut i Förbundsdirektionen 2016-11-30.

Förbundsdirektionen beslutade

att godkänna förslaget till verksamhetsplan och budget och översända den till landstingen och Region Jämtland-Härjedalen.

Rätt utdraget intygar:



Birgitta Fransson, Förbundssekreterare

Exp 2016-10-17 till registrator vid Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen

VERKSAMHETSPLAN FÖR ÅR 2017-2019 OCH BUDGETRAMAR för år 2017

Utgångspunkter och inriktning

Efterfrågan på regionen som en arena för utveckling och för att lösa gemensamma frågor är fortfarande stor. Initiativen kommer såväl från regionlandstingen som från nationell nivå. Exempel på det senare är bildandet av regionala cancercentra som är en stor uppgift för regionlandstingen och förbundsorganisationen. Nationella organ adresserar också alltmer den regionala nivån med sina frågeställningar, som medför behov av regional samverkan. Exempel på detta är bl.a. nationell samverkan vad gäller nya läkemedelsbehandlingar och inom kunskapsstyrningsområdet. Från landstingen kommer initiativ till samarbete på olika sätt för att förbättra kompetensförsörjningsläget. Samverkan till stöd för klinisk forskning har också utvecklats kraftigt.

Det delbetänkande som indelningskommittén redovisade 2016-06-30 (SOU 2016:48), har stor betydelse för förbundets fortsatta verksamhet. I betänkandet föreslås att de fyra nordligaste länen slås samman till ett nytt län fr.o.m. 2019. Om betänkandet leder fram till ett ställningstagande om ny länsindelning kommer beslut om detta att fattas under 2017 och innebära att regionförbundet efter 2019 inte behövs för avtal om regionvård eller som arena för samverkan. Verksamhetsplanen för åren 2017 – 2019 påverkas av denna process. Ett flertal områden där regionförbundet är aktivt i samverkan mellan landstingen/regionen är desamma som engageras i ett förberedelsearbete för en eventuell ny länsindelning. Förbundets insatser skall ta hänsyn till förberedelsearbetet eftersom det berör de frågor som är förbundets uppdrag. Regionförbundets arbete med avtal om högspecialiserad vård, med regionsjukhuset (NUS) och övriga universitetssjukhus påverkas först efter en eventuell ny länsindelning.

Inriktning av verksamhetsplanen 2017-2019

Förbundsdirektionen arbetar enligt förbundsordningens huvudområden vilket beskrivs i det följande, men har vid sina sammanträden 101201 och 110525, också pekat ut ett antal huvudsakliga tematiska områden för mandatperioden. Det gäller Folkhälsa, Kompetensförsörjning, Forskning, Jämlik/jämställd vård och cancervården särskilt m.a.a. Regionalt Cancercentrum. Förbundsdirektionen har under 2016 beslutat att fortsätta med särskilda politiska referensgrupper för Folkhälsa och Forskning.

Under de tre år som verksamhetsplanen omfattar kan helt skilda scenarios inträffa, beroende på om ny länsindelning beslutas under 2017. Verksamhetsplanen utformas utifrån dessa förutsättningar på så sätt att planens första år inte innehåller nya eller särskilda prioriteringar i förhållande till föregående planer. Förbundets verksamhet skall utgå från huvuduppgifter såsom avtal och avtalsuppföljning.

Fastställd Förbundsdirektionen 2016-09-21 § 75

Under 2017 skall synergier mellan pågående samverkansprojekt inom NRF arbetet enligt den projektplan som ligger till grund för förberedelsearbetet, tillvaratas.

Om beslut om ny länsindelning fattas skall förbundets arbete för 2018 koncentreras på avtalsfrågor och på stöd till förberedelsearbetet för den nya länsindelningen. Åtgärder för avveckling av förbundet skall då också initieras.

Om beslut om ny länsindelning inte fattas kan det bli en uppgift för förbundet att i form av samverkansprojekt, tillvarata det arbete som skett under förberedelserna. Förbundets huvudmän har identifierat många områden där samverkan mellan de fyra landstingen behövs för en effektivare verksamhet.

Det blir då också aktuellt för Förbundsdirektionen att återuppta frågan om förbundets framtida uppdrag och verksamhetsplanen för 2018-2020 kan få en annorlunda utformning.

Regionsjukvård

Syftet med regionförbundets verksamhet 2017-2019 med avtal, utveckling och uppföljning av region- och rikssjukvård är att:

- Årligen avtala om regionsjukvård vid NUS och övrig riks-/och regionsjukvård.
- Årligen i maj följa upp ingångna avtal med samtliga universitetssjukhus, med särskilt fokus på gemensamma rutiner för effektiva vårdprocesser.
- I samarbete med universitetssjukhusen fortsatt utveckla metoder och rutiner för kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete med anpassning till det nationella utvecklingsarbetet för god vård. Kvalitetsuppföljningen redovisas årligen till Förbundsdirektionen.
- Utveckla regionalt cancercentrum, RCC enligt angivna kriterier.
- Utveckla stöd och uppföljning i förhållande till chefssamråden i enlighet med framtagna riktlinjer.
- Under hela planperioden följa upp region- och rikssjukvård enligt träffade avtal, inkluderande remitteringsströmmar och trender.
- Genom regionens företrädare i rikssjukvårdsnämnden tillvarata regionens intressen vad gäller rikssjukvård.

Kompetensförsörjning/Utbildning och forskning

Syftet med regionförbundets arbete som gäller utbildning och forskning är att:

- Utifrån inriktningsbeslut i Förbundsdirektionen 2016-05-, via FUI-rådet stödja utvecklingen av klinisk forskning, utbildning och Innovation.

Fastställd Förbundsdirektionen 2016-09-21 § 75

- Årligen tillsammans med universiteten i regionen, Umeå universitet, Luleå tekniska universitet och Mittuniversitetet, följa upp träffat avtal om verksamhetsförlagd utbildning/praktik och underlag om behov av grund- och specialistutbildningar inom vården för regionens universitetsutbildningar.

Folkhälsa

Syftet med regionförbundets samverkan kring folkhälsoarbetet i regionen är att:

- Genom det regionala folkhälsopolitiska programmet skall Förbundsdirektionen ges en tydligare roll som gemensam samarbetsplattform i syfte att ge folkhälsoarbetet mer samordning i regionen och tydligare gemensamt innehåll. Samordningen med landstingens planarbete skall bli tydligt. En uppföljning av utvecklingen ska ske till 2018 och redovisas till Förbundsdirektionen.

Regionalt Cancercentrum Norr, RCC Norr

Verksamhetsplan för RCC Norr framgår av bilaga

Övrigt

Syftet med regionförbundets samverkan i övriga frågor är att möjliggöra en kvalitativ och kostnadseffektiv verksamhet genom att:

- Utifrån chefsamrådets behov stödja utvecklingen av vård på distans.
- I enlighet med den av regionen antagna policyn, stödja arbetet med utveckling av glesbygdsmedicin.
- Under planeringsperioden arbeta med effektiviserad regional läkemedelssamordning.
- Under planeringsperioden medverka i regional samverkan kring kunskapsstyrning, bl.a. kring nya nationella riktlinjer från Socialstyrelsen och initiativ från nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK).
- Under planeringsperioden i samarbete mellan landstingen beskriva utvecklingen av och arbetet med Jämlik/Jämställd vård i regionen.
- Genom regionens representanter tillvarata regionens intresse vad gäller utvecklingen inom Inera.
- Utgöra en plattform för regional ledningssamverkan.
- Ytterligare samordningsprojekt kan bli aktuella under perioden.

Budgetramar 2017

I förslag till verksamhetsplan 2017-2019 har inarbetats Förbundsdirektionens beslut om viktiga temaområden för mandatperioden och samverkansprojekt inom flera områden. Förbundets arbete

Fastställd Förbundsdirektionen 2016-09-21 § 75

påverkas under perioden särskilt av det regionala förberedelsearbetet för en eventuell ny länsindelning enligt vad som angivits i verksamhetsplanens avsnitt om inriktning. För tillfälliga kostnader kan ackumulerat eget kapital användas enligt särskilda beslut.

I föreliggande förslag uppräknas förbundets budgetramar med LPIK enligt prognos från SKL per 2016-10-31.

Finansiell planering för god ekonomisk hushållning

G:\NRF\Regionförbundet\Verksamhetsplaner\Verksamhetsplan o Budget 2017-19 v 0.5.doc

Ekonomiska ramar, förslag 2017

Landstingsbidraget 2017 är uppräknat med prognosen för LPIK exkl läkemedel för 2016. Prognosen är hämtad från Ekonominytt i april månad (prelvärde revideras i oktober). Prognos LPIK 2017: 3,1%						
BUDGET 2017 FÖR NORRLANDSTINGENS REGIONFÖRBUND						
	Förbunds- verksamheten	Visare Norr	Totalt Region- förbundet	Fördelningsgrund		Jfr 2016
				Antal inv	Andel %	
Finansiering						
Landstingsbidrag	5 042 561		5 042 561			4 890 942
- Västernorrland	1 390 738	634 340	2 025 078	243 061	27,58	1 347 455
- Jämtland	726 129	331 200	1 057 329	126 765	14,40	702 828
- Västerbotten	1 501 675	684 940	2 186 615	262 362	29,78	1 454 566
- Norrbotten	1 424 019	649 520	2 073 539	249 987	28,24	1 386 093
Räntor m m, diabetesfond	10 000		10 000			50 000
Folke Littners fond		100 000	100 000			
Forskningsanslag VN o FL		2 400 000	2 400 000			
Summa	5 052 561	2 400 000	7 452 561	882 175	100,0	4 940 942
Kostnader						
Personal o övrigt	4 200 082		4 200 082			4 074 522
Revision	336 382		336 382			326 268
Regional utbildning	556 097		556 097			539 952
Forskningsanslag, VN o FL		2 400 000	2 400 000			
Summa	5 092 561	2 400 000	7 492 561			4 940 742



15

Asylhälsans uppdrag och finansiering

RS/2175/2016

Asylhälsans uppdrag och finansiering (RS/2175/2016)

Sammanfattning

Asylhälsan startades upp som flyktingteamet, inledningsvis placerat vid Grytans flyktingförläggning. Asylhälsan flyttades sedan till Torvalla HC och därefter till för verksamheten anpassade lokaler centralt i Östersund.

Det finns ett uttalat behov i hela organisationen av ett förtydligat ansvar och en bibehållen och utökad kunskap och utarbetade metoder för att på ett bra sätt hantera och utveckla hälso- och sjukvården för asylsökande och nyanlända i länet. Därför har en utredning gjorts som lämnar förslag på

- ett förtydligat uppdrag till **Enhet för asyl- och flyktinghälsa**.
- beskrivning av en förtydligad ansvarsfördelning och samverkansområden mellan Asylhälsan och övriga verksamheter i primärvård och specialistvård.
- finansiering för verksamheten.
- fortsatt positiv utveckling av sammanhållen kompetens och kompetensspridning gällande hälsovård för asylsökande, flyktingar och nyanlända.
- utveckling av samverkan med elevhälsa, socialtjänst.

Verksamheten föreslås organiseras i Område Primärvård/anslagsfinansierad verksamhet.

Föreslagen grundbemanning: 4 sjuksköterskor, 1 undersköterska (inkl reception), 1,25 läkare,

0,5 medicinsk sekreterare, 0,5 Verksamhetschef/Enhetschef.

Kostnad för detta blir personalkostnader 5 miljoner kronor och omkostnader 2,050 miljoner kronor, Totalt 7,050 miljoner kronor.

Finansiering: Intäkter från Migrationsverket för hälsoundersökningarna 3,050 miljoner kronor och särskilda projektmedel.

Därutöver föreslås att verksamheten får ett öronmärkt anslag ur regionens statsbidrag för flyktingsituationen 4,0 miljoner kronor.

Förslag till beslut

1. Enhet för asyl- och flyktinghälsa organiseras inom område primärvård – anslagsfinansierad verksamhet
2. Utredningens förslag till uppdrag godkänns
3. Verksamheten finansieras med intäkter från Migrationsverket för hälsoundersökningarna 3,050 miljoner kronor inkl särskilda projektmedel.
4. Därutöver får verksamheten ett öronmärkt anslag ur regionens statsbidrag för flyktingsituationen 4,0 miljoner kronor, ur finansförvaltningen

Beslut

Utskottet för hälso- och sjukvård föreslår regionstyrelsen

1. Enhet för asyl- och flyktinghälsa organiseras inom område primärvård – anslagsfinansierad verksamhet
2. Utredningens förslag till uppdrag godkänns
3. Verksamheten finansieras med intäkter från Migrationsverket för hälsoundersökningarna 3,050 miljoner kronor inkl särskilda projektmedel.
4. Därutöver får verksamheten ett öronmärkt anslag ur regionens statsbidrag för flyktingsituationen 4,0 miljoner kronor, ur finansförvaltningen
5. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Protokollsanteckning:

Utskottet ser möjligheter med att man dimensionerar verksamheten i asylhälsan utefter behov, och att vissa kompetenser eventuellt måste ingå alternativt upphandlas beroende på behov. Vi anser också att asylhälsan är ett extra stöd och att det är viktigt att det blir tydligt att integrationen är en naturlig del i befintlig hälso – och sjukvård.

Beslutsunderlag

Utredning och förslag till beslut Asylhälsans uppdrag och organisatoriska placering (RS/2175/2016).

Expedieras till

Flyktingstrateg
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Primärvårdschef
Enheten för asyl och flyktinghälsa

Utredning och förslag till beslut
Asyl-hälsans uppdrag och organisatoriska placering

RS/2175/2016

2016-11-17

Utvecklingsstrateg Asyl-flyktingfrågor Anna Frisk

BAKGRUND OCH FRAMTID	3
UPPDRAG	3
ÖVERGRIPANDE MÅL	4
OMVÄRLDSBEVAKNING	4
DISKUSSION	5
ENHETENS BENÄMNING	5
ORGANISATORISK PLACERING OCH FINANSIERING	6
ASYL-HÄLSOCENTRAL ELLER UPPDRAG SOM FLYKTINGMEDICINSK MOTTAGNING	7
LOTSANSVAR	8
FÖRSLAG TILL UPPDRAG	8
BENÄMNING	8
HUVUDUPPDRAG	8
ORGANISATION FINANSIERING OCH BEMANNING:	9
UPPDRAGETS INNEHÅLL	9
ORD- OCH BEGREPPSFÖRKLARINGAR	11

BAKGRUND OCH FRAMTID

Asylhälsan startades upp som flyktingteamet, inledningsvis placerat vid Grytans flyktingförläggning. Asylhälsan flyttades sedan till Torvalla HC och därefter till för verksamheten anpassade lokaler centralt i Östersund.

Det finns ett uttalat behov i hela organisationen av ett förtydligat ansvar och en bibehållen och utökad kunskap och utarbetade metoder för att på ett bra sätt hantera och utveckla hälso- och sjukvården för asylsökande och nyanlända i länet.

Det går via revisionsrapporter att utläsa att verksamheten kring asylsökande och nyanländas hälsa varit påverkat av de mycket varierande svängningarna i inflödet av asylsökande. Detta har omöjliggjort planering och fast dimensionering. Uppdraget har varit flytande och inte funnits definierat i skrift. Frågetecken har även funnits kring finansiering.

Omvärldsläget de senaste åren har inneburit en ökande inströmning av flyktingar vilket i sin tur medfört påfrestningar på hälso- och sjukvården. Region Jämtland Härjedalens Hälso- och sjukvård har inte varit dimensionerad för att möta detta vare sig utifrån utökad arbetsbelastning, planerings- eller kompetensmässigt. Primärvården som helhet har under perioder haft en betydande påverkan på tillgänglighet och arbetsmiljö då resurser och ekonomi inte varit i balans med det utökade uppdraget. Asylhälsan har utökats i det akuta läget för att avlasta framförallt primärvårdens krav på att erbjuda hälsoundersökningar.

Osäkerheten är så pass stor kring framtiden så det är inte i dagsläget meningsfullt eller möjligt att göra några prognoser för de kommande åren. Istället blir slutsatsen att framtiden kräver en enhet med ett uppdrag som är så pass flexibelt att den kan anpassa sig till olika volymer av asylsökande och nyanlända likväl som till Region Jämtland Härjedalens nuvarande och kommande behov gällande utveckling, utbildning och information gällande asylsökande och nyanländas behov av hälso- och sjukvård.

UPPDRAG

- ge ett förtydligat uppdrag till Asylhälsan.
- beskriva en förtydligad ansvarsfördelning och samverkansområden mellan Asylhälsan och övriga verksamheter i primärvård och specialistvård.
- föreslå finansieringsform för verksamheten.
- möjliggöra fortsatt positiv utveckling av sammanhållen kompetens och kompetensspridning gällande hälsovård för asylsökande, flyktingar och nyanlända.
- Utveckla samverkan med elevhälsa, socialtjänst.
- Se över benämningen av verksamheten så att den stämmer med uppdraget.

ÖVERGRIPANDE MÅL

Förstärka positiv hälsoutveckling efter ankomst till Sverige och därigenom öka förutsättningarna för en snabb återhämtning och god etablering i Sverige.

OMVÄRLDSBEVAKNING

SKL

SKLs förstudie för att förstärka positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända satte upp fyra mål vilka bör ligga till grund för målbild och planering av insatser på regional nivå.

För asylsökande och nyanlända med behov av insatser vid psykisk ohälsa:

- Öka tillgängligheten till förstalinje-insatser och kulturanpassad psykiatrisk vård- och traumabehandling

För alla asylsökande och nyanlända:

- Öka genomförandegraden av och inkludera psykisk hälsa i hälsoundersökningar för att identifiera de som behöver somatisk och psykiatrisk vård.
- Öka omfattningen av och förstärk kvalitén i samhälls- och hälsoinformation samt hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Förbättrad spridning och uppföljning av insatser:

- Ge tillgång till system för att sprida insatser och följa upp vilka insatser som ges.

Liknande verksamheter i landet

Av de verksamheter som kontaktats uppger alla ett uppdrag att utföra hälsoundersökningarna för asylsökande. Vissa som har nära geografiska avstånd har ett upplägg som listningsbar hälsocentral i max 3 år från ankomst, övriga arbetar med mobila vårdteam där hälsoundersökningen är huvuduppdrag.

Hälsokommunikatörer kommer på flera håll i landet. Det är personer med bakgrund inom vården, med annan kulturell bakgrund, behärskar ett annat språk och som utgör en länk mellan den nyanlända och olika delar av svenska samhället, exempelvis sjukvården.

Några verksamheter har ett utökat uppdrag att förutom hälsoundersökningarna vara kunskapsbank och mottagning gällande specifika hälsoproblem inom gruppen asyl-flykting, nyanlända. Ett exempel är flyktingmedicinskt centrum i Norrköping där målgruppen är flyktingar, andra invandrare och asylsökande vars psykiska och eller psykosomatiska problem har samband med trauma och migration. De tar emot såväl vuxna som barn och familjer.

Intern informationsinsamling

- Risk och konsekvensbeskrivning primärvården Svenstavik och Åre.
- Revisionsrapport.
- Patientsäkerhetsberättelse.
- Socialstyrelsens djupintervjuer med verksamhetsföreträdare 16-17 juni, samt rapport som kommit utifrån detta.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-10-13>
- Samtal med personal på Asylhälsan utifrån nuvarande uppdrag, upplevda behov och möjligheter/utmaningar.

DISKUSSION

ENHETENS BENÄMNING

Benämning bör om möjligt visa på uppdraget ge en rättvisande bild och förväntningar. Då Asylhälsan syftar mot att enheten enbart riktar sina insatser mot personer under asylprocessen är benämningen inte optimal. Följande förslag har väckts:

EMNA - Enheten för mottagande av nyanlända och asylsökande. Relevant men en lång benämning, att använda förkortningar kan var komplicerat när verksamheten riktar sig till andra språkgrupper. Migrationsverkets enheter benämns även mottagningsenheter, vilket kan leda till missförstånd.

Flyktingmedicinskt centrum – ger en felaktig bild av huvudsaklig verksamhet.

Enhet för asyl- och flyktinghälsa - För att undvika missförstånd det som är mest likt nuvarande benämning men ändå involverar flyktingbegreppet.

Utredaren förordar:

Enhet för asyl- och flyktinghälsa.

ORGANISATORISK PLACERING OCH FINANSIERING

Det finns inget som i nuläget talar för att asylhälsan med sitt grunduppdrag i den primära/initiala vården skulle ha en annan organisatorisk placering än inom primärvården. Förslagsvis knuten till en befintlig hälsocentral, men med ett avvikande/utökat uppdrag. Jämförelse kan göras med Ungdomsmottagningens uppdrag, organisatoriska placering och finansiering.

Asylhälsan är en verksamhet som direkt och med snabba vändningar påverkas av nationella och internationella beslut. Hälsoundersökningar för asylsökande och nyanlända kan inte finansieras fullt ut med den ersättning som äskas och erhålls från migrationsverket. Med ett utökat uppdrag kan en Asylhälsa därför inte drivas enbart genom ersättning för utförda hälsoundersökningar och asyl-hälso-sjukvård utan föreslås anslagsfinansieras och föreslås liksom Ungdomsmottagningen organiseras i Område Primärvård / anslagsfinansierad verksamhet. Förutom anslag ska verksamheten delfinansieras via ersättning från asyl-flyktingsamordning för utförda hälsoundersökningar samt asyl-hälso-sjukvård och ev medel från pågående projekt och utvecklingsarbeten.

Finansieringen bör utgå från en grundbemanning där tilläggsäskande vid behov av utökning kan ske vid stor tillströmning av asylsökande.

Regeringen presenterade den 13 april 2016, vid sidan av vårpropositionen, en preliminär fördelning mellan kommuner respektive landsting av de tidigare aviserade 10 miljarderna utifrån flyktingsituationen. Senaste information från SKL är att pengarna kommer att fördelas dels efter invånarantal och dels efter en fördelningsnyckel som tar hänsyn till asylsökande och nyanlända. 70 procent av bidraget kommer att fördelas utifrån antalet asylsökande och nyanlända, och 30 procent utifrån antal invånare. Dessa 30 procent finns i det generella statsbidraget 2017. För Region Jämtland Härjedalen innebär detta 41 362 875 kr, vilket är näst högsta tilldelning i Sverige. För kommande år:

Utfall givet samma underlag åren 2018-2021	2018	2019	2020	2021
Enligt flyktingvariabler	29 725 661	21 230 000	12 740 000	0
Enligt befolkningsfördelning	11 637 215	19 400 000	27 150 000	38 790 000
Totalt	41 362 875	40 630 000	39 890 000	38 790 000

Föreslagen grundbemanning: utifrån nulägesbehov hösten 2016

4 sjuksköterskor, 1 undersköterska (inkl reception), 1,25 läkare, 0,5 medicinsk sekreterare, 0,5 Verksamhetschef/Enhetschef

Kostnad för detta blir personalkostnader 5 miljoner kronor och omkostnader 2,050 miljoner kronor, Totalt 7,050 miljoner kronor.

Intäkter från Migrationsverket för hälsoundersökningarna 3,050 miljoner kronor inklusive särskilda projektmedel. Därutöver föreslås att verksamheten får ett öronmärkt anslag ur regionens statsbidrag för flyktingsituationen 4,0 miljoner kronor.

ASYL-HÄLSOCENTRAL ELLER UPPDRAG SOM FLYKTINGMEDICINSK MOTTAGNING

Överlag finns en samsyn att Asylhälsan ska verka som en första instans som skannar fortsatta behov och guidar vidare till vård på rätt nivå. De ska vara den initiala vägen in, men inte ha ett kvarstående patientansvar för alla hälsoundersökta.

En separat listningsbar Asylhälsocentral bedöms ge patienten en felaktig bild av det svenska hälso-och sjukvårdssystemet, samt ställa grupper i prioritering mot varandra. Asylhälsan kan dock med fördel vara knuten till en listningsbar hälsocentral som genom specialisering i transkulturell, kulturanpassad vård kan erbjuda nyanlända att lista sig där. En sådan specialisering bedöms ge patienten en ökad valfrihet samt trygga bibehållen kompetens bland medarbetare som därigenom bättre kan ge stöd till övrig vård.

Den speciella kompetens som Asylhälsans personal har gällande transkulturell, kulturanpassad vård kan bara de få som arbetar med dessa patienter dagligen och bör tas tillvara och utvecklas. Det ses som svårt, i alla fall i nuläget, att all primär hälso-sjukvård ska ha kunskap om de initiala hälsoproblem som följer med asyl-flyktning och nyanländas situation utifrån miljömässiga såväl som religiösa och kulturella aspekter i kombination med individuella vårdbehov.

Det är av stor vikt att kompetens bibehålls i egen regi som möjliggör att ge varje hälsocentral konsultativt stöd och kompetensutveckling inom transkulturell och kulturanpassad vård, då Region Jämtland Härjedalens övergripande mål är att fler nyanlända stannar kvar och etablerar sitt liv och sin framtid i länet och då kommer att söka sin vård vid närmsta hälsocentral.

Asylhälsan har samma rätt att remittera till specialistsjukvård som övriga hälsocentraler, samt att följa upp de problem som remissen gällde, fram till dess patienten är överförd till listad HC med pågående/påbörjade insatser.

Behov har påvisats att utöka uppdraget mot att i liten skala verka som flyktingmedicinskt mottagning som stöd för övrig primärvård regiondriven likväl som privata utförare. En mottagning för transkulturell kulturanpassad vård för psykiska, psykosomatiska och/eller somatiska hälsoproblem som följer med asyl-flyktning och nyanländas situation och bakgrund. Psykisk ohälsa bör ägnas särskild uppmärksamhet utifrån SKL:s satsning "uppdrag psykisk hälsa" med fokus på alla åldersgrupper.

Den flyktingmedicinska mottagningen skulle i detta fall inte ha kvarstående ansvar för alla patienter utan fram till dess nödvändiga utredningar/behandling/uppföljning är genomförd och fortsatt behandling/uppföljning lika väl kan ske vid listad hälsocentral.

Detta kräver ett initialt arbete att sätta ramen för remisskriterier från annan vårdenhet.

LOTSANSVAR

Ett problem som framkommit är att insatser som görs inom hälso-och sjukvården ibland har upplevts som bortkastade då patienten inte går vidare till nästa instans, inte infinner sig på utredning, inte genomför behandling enligt plan. I detta skulle ett förtydligat lotsansvar för asyhläsa kunna vara en lösning. Lotsansvaret skulle innebära att initialt förklara och koordinera vården för den asylsökande-nyanlände där många vårdinstanser är inkopplade.

FÖRSLAG TILL UPPDRAG

BENÄMNING

Enhet för asyl- och flyktinghälsa Region Jämtland Härjedalen

HUVUDUPPDRAG

Enhet för asyl- och flyktinghälsa har som grund ett uppdrag att förstärka en positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända efter ankomst till Sverige och därigenom öka förutsättningarna för en snabb återhämtning och god etablering i Sverige.

Enhet för asyl- och flyktinghälsa ska inte ersätta eller skapa prioriterande specialspår för asylsökande, flyktingar och nyanlända och därigenom bygga ojämlika system utan endast sträva mot att ge möjlighet till vård på lika villkor.

Enhet för asyl- och flyktinghälsa uppdrag är att sträva efter att riva de hinder som exkluderar asylsökande flyktingar och nyanlända och därigenom ge alla länsinnevärdare samma förutsättningar till hälso-sjukvård och positiv hälsoutveckling.

Enhetens uppdrag är begränsat till asylsökande och nyanlända, papperslösa och gömda.

Enhetens insatser ska avlasta regiondriven primärvård samt erbjudas privata utförare.

Se ordförklaring sist i dokumentet.

ORGANISATION FINANSIERING OCH BEMANNING:

Verksamheten organiseras i Område Primärvård / anslagsfinansierad verksamhet. Finansieringen utgår från en grundbemanning där tilläggsäskande vid behov av utökning kan ske vid stor tillströmning av asylsökande.

Föreslagen grundbemanning: 4 sjuksköterskor, 1 undersköterska (inkl reception), 1,25 läkare, 0,5 medicinsk sekreterare, 0,5 Verksamhetschef/Enhetschef

Kostnad för detta blir personalkostnader 5 miljoner kronor och omkostnader 2,050 miljoner kronor, Totalt 7,050 miljoner kronor.

Finansiering: Intäkter från Migrationsverket för hälsoundersökningarna 3,050 miljoner kronor och särskilda projektmedel.

Därutöver föreslås att verksamheten får ett öronmärkt anslag ur regionens statsbidrag för flyktingsituationen 4,0 miljoner kronor.

UPPDRAGETS INNEHÅLL

Hälsosamtal Hälsoundersökningar

Hälsoundersökningar för asylsökande, ensamkommande barn/ungdomar, nyanlända (kvotflyktning och anhöriginvandring) som avlastning för regiondriven primärvård och som erbjudande till privata utförare.

Via hälsosamtal skanna/uppmärksamma eventuella fortsatta hälso-sjukvårdsbehov.

Öka genomförandegraden av och inkludera psykisk hälsa i hälsoundersökningar för att identifiera de som behöver somatisk och psykiatrisk vård.

Öka tillgängligheten till förstalinje-insatser och kulturanpassad psykiatrisk vård- och traumabehandling

Utveckla det sjuksköterskebaserade hälsosamtalet för att läkarresurser ska användas där de bäst behövs.

Hälso- och Sjukvård för nyanlända och asylsökande

Som avlastning för regiondriven primärvård och som erbjudande till privata utförare.

Vara konsulter gällande initiala hälsoproblem samt transkulturell- kulturanpassad vård.

Bedriva hälso- och sjukvård vid behov av specifik transkulturell- kulturanpassad vård.

Utveckla och förtydliga kriterier för enhetens mottagande av patienter samt sprida dessa i organisationen samt gentemot övriga aktörer.

Verka som mottagning på primärvårdsnivå för transkulturell kulturanpassad vård för de psykiska, psykosomatiska och/eller somatiska hälsoproblem som följer med asyl-flykting och nyanländas situation och bakgrund.

Psykisk ohälsa bör ägnas särskild uppmärksamhet utifrån SKL:s utbildningssatsning och med fokus på alla åldersgrupper.

Enheten skall inte ha kvarstående ansvar utan fram till dess nödvändiga utredningar/behandling/uppföljning är genomförd och fortsatt behandling/uppföljning lika väl kan ske vid listad hälsocentral.

Lotsansvar

Vid uppmärksammade/bedömda behov remittera till fortsatt vård samt följa upp initierad insats och lotsa till dess nästa sjukvårdsnivå tagit vid.

Kunskapsbank samt informations- utbildningsansvar

Inneha uppdrag att vara specialiserad på initiala hälsoproblem som följer med asyl-flykting och nyanländas situation utifrån miljömässiga såväl som religiösa och kulturella aspekter i kombination med individuella behov.

Uppdrag att vara "utbildare av utbildare" gällande hälsa för asylsökande och nyanlända.

Utgöra nav och utbildnings-informationskälla för ev utveckling av hälsokommunikatörer /informatörer i regionens verksamhet men även gentemot övrig personal som möter de nyanlända och asylsökande i första ledet i övrig hälso-sjuk och tandvård, på boenden, i utbildningar, etablering mm

Utbildning och informationsinsatser gällande det svenska sjukvårdssystemet och regionens hälso-sjukvårdsorganisation.

I samråd med alla Region Jämtland Härjedalens verksamheter uppmärksamma behov av översättning av informationsmaterial. Utarbetande och spridning i samverkan med kommunikationsavdelning samt e-hälsa. Tex:

- Sprida SKLs Kulturanpassade hälsoinformation
- Utbilda i SKLs Basutbildning i transkulturell kompetens
- Söka goda exempel nationellt, eller själv utveckla nya sätt att nå ut med information.

Utvecklingsansvar

Sammanhållande ansvar för i Region Jämtland Härjedalen pågående projekt och utvecklingsarbeten som berör hälso- och sjukvård för asylsökande och nyanlända.

Utveckla och beskriva arbetsmetoder där patientens behov prioriteras och medarbetarnas kunskaper tas tillvara på ett optimalt sätt.

Utveckla samarbete med exempelvis elevhälsa, socialtjänst, godemän, psykiatri, psykosociala enheter samt övrig hälso-och sjukvård.

Utveckla samverkan med civilsamhället i pågående hälsoinformationsprojekt.

Utveckla och sprida kunskap om distansoberoende teknik/rutiner för treparts, tolkade hälsokontakter.

I nuläget pågående och planerade insatser

AMIR Assessment of Mental health and early Interventions for Refugees. Samarbete med Mittuniversitetet. Syftet med projektet är att öka livskvalitet och möjlighet till en lyckad integration genom att tidigt fånga upp psykisk ohälsa i målgruppen.

Regional spridning av utbildning och stödande verktyg utifrån SKLs program Hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande – spridning av arbetssätt och material för positiv hälsoutveckling hos nyanlända och asylsökande. I detta arbete samverka med i länet pågående hälsoinformationsprojekt samt organisationer och civilsamhälle

Verksamhetschef ges särskilt uppdrag för att tillsammans med asyl-flyktingstrateg arbeta för framtagande av mål och mätetal i ett jämförande nationellt perspektiv.

Implementera arbetssätt utifrån SKL:program och utifrån regionalt Uppdrag "åtgärdsplan för vård och stödinsatser för asylsökande med psykisk ohälsa."

ORD- OCH BEGREPPSFÖRKLARINGAR

Transkulturell och kulturanpassad vård

För att utöva en professionell vård behövs en inlärd kunskap om andra kulturers levnadsstilar och om sin egen.

Denna vård kan uppnås om patientens kulturellerade värderingar, uttryck eller mönster är kända och tillämpas på ett lämpligt och meningsfullt sätt av vårdaren i kontakten med patienten och dennes närstående. Dessa värderingar ligger inbyggda i den specifika kulturens världsbild, språk, religion (eller andlighet), släktförhållanden, politik (eller rättsväsende), utbildning, ekonomi, teknologi, etnohistoria och miljömässiga sammanhang.

Utgångspunkten för allt hälso- och sjukvårdsarbete är Hälso- och sjukvårdslagen som anger att vården ska vara individualiserad, genomföras i samråd med den enskilde, bygga på respekt för individens självbestämmande och integritet och meddelas på lika villkor oavsett ras, religion eller politisk åsikt.

Med transkulturell och kulturanpassad vård menar vi ett bemötande och kunskap om individens förutsättningar för hälsa, reaktioner på och upplevelser av sjukdom eller ohälsa samt effekter av vård och behandling hos individer med olika kulturell bakgrund. Avsikten är att kunna vårda människan som döljs bakom kulturen med vetskap om att både individens och vårdarens kultur påverkar vårdandet.

Nedanstående utdrag från Migrationsverkets hemsida:

Asylsökande

En person som har tagit sig till Sverige och sökt skydd. Han eller hon har inte fått ett slutligt svar på sin ansökan om asyl.

Nyanländ

En person som är mottagen i en kommun, omfattas av etableringsreformen och har överförts till Sverige inom ramen för flyktingkvoten eller har fått uppehållstillstånd som flykting, skyddsbehövande eller på grund av synnerligen eller särskilt ömmande omständigheter eller har fått uppehållstillstånd för tre år eller mer på grund av tillfälligt skydd (massflykting) och som har blivit folkbokförd eller har fått uppehållstillstånd som tribunalvittne eller är anhörig till ovanstående personer och har fått uppehållstillstånd på grund av anknytning.

I begreppet nyanlända räknas alltså in

Flykting Utlänning som har ansökt om asyl och fått uppehållstillstånd i Sverige av flyktingskäl

Kvotflykting Utländsk medborgare som före resan till Sverige fått uppehållstillstånd inom den flyktingkvot som regeringen fastställt. Resan hit organiseras och betalas av Migrationsverket.

Jämför med Flykting och Asylsökande

Familjeanknytning. Familjeband som en sökande hänvisar till när han eller hon söker uppehållstillstånd

Skyddsbehövande Enligt svensk lag kan även andra personer än de som är flyktingar enligt FN:s flyktingkonvention behöva skydd och de kan därför få uppehållstillstånd i Sverige.

Skyddsbehövande delas in i två grupper - alternativt skyddsbehövande och övriga skyddsbehövande.

Alternativt skyddsbehövande En person som riskerar att straffas med döden eller att utsättas för kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Eller som civilperson löper stor risk att skadas på grund av väpnad konflikt.

Övrigt skyddsbehövande En person som behöver skydd på grund av yttre eller inre väpnad konflikt eller känner välgrundad fruktan att utsättas för allvarliga övergrepp på grund av svåra motsättningar i hemlandet eller inte kan återvända till sitt hemland på grund av miljökatastrof.



16

Anmälan av delegationsbeslut till
regionstyrelsen 2016

RS/2/2016

2016-11-28

Sekretariatet
Jessica Hådell
063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/2/2016

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2016

Ärendebeskrivning

1. Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2016 (område kvinna, område diagnostik, teknik och service, område kirurgi ögon öron) (RS/1246/2016)

Svar på remiss angående förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2016:34) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (RS/1875/2016)

Svar på remiss avseende förslag till nya föreskrifter om avstängning från blodgivning p.g.a. zikavirus samt ändring av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:28) om blodverksamhet (RS/1910/2016)

Pandemiplan för specialistvården (RS/430/2016)

2. Beslut fattade av regionstyrelsens ordförande eller vice ordförande

Elin Lemon (C) är beviljad att delta på SKL Samråd samt SKL Centerpartigrupp den 16 november 2016.

3. Beslut fattade av chefer

Anställningsbeslut för perioden 2016-10-21 – 2016-11-24

Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.



17

Anmälan av inkomna handlingar till
regionstyrelsen 2016

RS/3/2016

2016-11-25

Sekretariatet

Helena Wiktorsson

Tfn:

E-post: helena.wiktorsson@regionjh.se

RS/3/2016

Anmälan av inkomna handlingar till RS 2016-12-07

Ärendebeskrivning

1. Protokoll Styrelsen i Landstingsbostäder i Jämtlands län AB 2016-09-06
2. Protokoll Strömsunds Tillgänglighetsråd 2016-09-26
3. Protokoll Utskottet för hälso- och sjukvård 2016-10-05
4. Protokoll Vårdvalsnämnden 2016-10-13
5. Protokoll Region Jämtland Härjedalen Pensionärsråd 2016-10-25
6. Regeringsbeslut - Ansökan om medel för att förbättra sexuell och reproduktiv hälsa och sprida kunskap om sexuella och reproduktiva rättigheter (RS/2190/2016)
7. Rapport från Vårdföretagarna Vårdval med förhinder
8. Säkra ett långsiktigt hållbart vårdval i Jämtland Härjedalen
9. Delårsrapport per 31 augusti 2016 för Norrlandstingens regionförbund
10. Revisorerna i NRFs bedömning av delårsrapport per augusti
11. Protokollsutdrag VVN § 56 Rapport Vårdvalsnämndens internkontrollplan 2016 (VVN/25/2016)
Rapport Vårdvalsnämndens internkontrollplan 2016
12. Protokollsutdrag RUN § 160 Uppföljning av verksamhet som bedrivs i företag (RUN/587/2016)
Rapport Uppföljning av verksamhet som bedrivs i företag
Rapport Uppföljning av verksamhet som bedrivs i företag - infrastruktur

Regiondirektörens förslag

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Utdrag till

.



19

Överlåtelse av aktier i Inera AB till SKL
Företag AB m m
RS/1905/2016

2016-11-10

Samordningskansliet
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

RS/1905/2016

Överlåtelse av aktier i Inera AB till SKL Företag AB m m

Ärendebeskrivning

Sveriges landsting har sedan många år samverkat kring gemensamma lösningar, gemensam mjuk infrastruktur och stöd för digitalisering, genom det landstingsgemensamma aktiebolaget Inera. Bolaget bildades redan 1999, då under namnet Infomedica, med syfte att utveckla e-hälsotjänster för invånarna. År 2000 grundade Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Vårdföretagarna och Apoteket bolaget Carelink med ändamålet att utveckla och samordna infrastrukturtjänster. År 2007 förvärvades Carelink av dåvarande Sjukvårdsrådgivningen SVR AB (tidigare Infomedica). År 2010 bytte bolaget namn till Inera AB. Region Jämtland Härjedalen äger 150 aktier i Inera AB.

Idag ansvarar Inera AB för ett 40-tal landstingsgemensamma tjänster och projekt, bland annat 1177 Vårdguiden, UMO (Ungdomsmottagningen på nätet) och Journal via nätet. Bolaget har en omsättning på drygt 600 miljoner kronor. Verksamheten riktar sig till både invånare och medarbetare i vård och omsorg.

Frågan ändrad verksamhetsinriktning för Inera AB har diskuterats under många år. Inte minst har företrädare för landsting och regioner uttalat sitt stöd för en förändring som innebär en närmare anknytning till Sveriges Kommuner och Landstings arbete med verksamhetsutveckling och att bredda verksamheten till att även omfatta kommunerna. Detta ligger också i linje med SKL:s uppdrag att främja och stödja samverkan mellan medlemmarna i verksamhetsutveckling genom digitala lösningar.

Efter en omfattande förankrings- och beslutsprocess har styrelsen för SKL den 7 oktober beslutat att godkänna att SKL Företag AB förvärvar merparten av aktierna i Inera AB. En förutsättning för detta förvärv är att samtliga landsting och regioner säljer merparten av sina aktier i Inera AB till SKL Företag AB. Den ändrade inriktningen för bolaget kommer till uttryck i de förslag till ändrat aktieägaravtal samt ändrad bolagsordning och ändrat ägardirektiv som utarbetats. Det förutsätts att landsting och regioner ställer sig positiva till ändringarna.

Styrningen över bolaget sker genom ägarråd och bolagsstämma. Bolaget får en styrelse med 15 ledamöter, där ledamöter från både kommun- och landstingssektorn ingår.

Hittills har Inera ABs verksamhet varit inriktad på hälso- och sjukvårdsområdet, men genom affären ska bolaget kunna verka inom betydligt fler verksamhetsområden. Genom att samtliga kommuner, landsting och regioner blir delägare i företaget, kan medlemmarna köpa från Inera AB, utan upphandling (genom det så kallade Teckal-undantaget i upphandlingslagstiftningen).

Den affärsmodell som i dag tillämpas av Inera AB, och som avses tillämpas även i fortsättningen, innebär att projekten i huvudsak ska vara självfinansierade. Om ett projekt inte kan bära sina kostnader kommer konsekvensen ytterst att bli att projektet får läggas ned. I överlåtelseavtalet föreslås dock att landstingen/regionerna övergångsvis ställer ut vissa ekonomiska garantier att köpa tjänster för minst den summa som man köpt för i genomsnitt de tre senaste åren (år 2013-2015). Detta ligger i linje med det åtagande landsting och regioner har i nuvarande aktieägaravtal för Inera AB och är ett sätt att säkerställa att bolaget inte omgående ska hamna i ekonomiska svårigheter. SKL Företag AB tar därefter genom den föreslagna ägar- och styrmodellen den ekonomiska risken för bolaget samtidigt som man genom aktieägaravtalet inte har ett dominerande inflytande över bolaget.

SKL har nu begärt att regioner och landsting ska godkänna det föreslagna upplägget, att överlåta merparten av aktierna i bolaget till SKL Företag AB enligt föreslaget överlåtelseavtal och att godkänna föreslaget aktieägaravtal och föreslagen bolagsordning och ägardirektiv. SKL föreslår också att ombud vid ägarråd utses och att ombudet ska instrueras att på kommande bolagsstämma rösta för att föreslagen bolagsordning och ägardirektiv för Inera AB antas.

Det är av intresse för Region Jämtland Härjedalen att Sveriges Kommuner och Landsting på detta sätt ger stöd till den gemensamma verksamhetsutvecklingen. För Region Jämtland Härjedalen är behovet av stöd i verksamhetsutvecklingen stort och förslaget bör därför antas.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen överlåter 145 av sina 150 aktier i Inera AB till SKL Företag AB för en köpeskilling om 1 232 500 kronor enligt föreslaget överlåtelseavtal
2. Region Jämtland Härjedalen ingår aktieägaravtal enligt SKLs förslag
3. Region Jämtland Härjedalen godkänner förslag till ändrad bolagsordningen och ändrat ägardirektiv för Inera AB
4. Regionfullmäktige utser xxx till ombud vid ägarråd och bolagsstämma i Inera AB

5. Regionfullmäktige uppdrar till ombudet att på ägarråd och bolagsstämma rösta för beslut om att anta förslaget till ändrad bolagsordning och ägardirektiv för Inera AB.
6. Beslutet gäller under förutsättning att samtliga övriga landsting och regioner som äger aktier i Inera AB fattar motsvarande beslut

Utdrag till

Samtliga regioner och landsting
Sveriges Kommuner och Landsting
SKL Företag AB
Ekonomidirektör

Verkställande direktören

Till landstingsdirektörer och
regiondirektörer

Överlåtelse av aktieinnehav i Inera AB till SKL Företag AB

Styrelsen för SKL har den 7 oktober beslutat att godkänna beslutet i SKL Företag AB att förvärva Inera AB. Förvärvet sker genom att samtliga landsting och regioner säljer merparten av sina aktier i Inera AB. Beslut om detta bör fattas i respektive fullmäktige så att förvärvet kan träda i kraft den 1 mars 2017. En förutsättning för att affären ska kunna fullföljas, är att samtliga landsting och regioner fattar beslut om försäljning.

Bifogat finner ni underlag för landstingets/regionens fullmäktigebeslut om försäljning av aktierna i Inera AB. I samband med beslutet ska även representanter för ägarråd och bolagsstämman utses. Beslutssatserna är tänkta som ett underlag och kan självklart ändras utifrån era egna rutiner.

Bifogade dokument:

- Beslutsunderlag för fullmäktiges beslut, samt bilagorna till detta:
 - Överlåtelseavtal
 - Aktieägaravtal
 - Bolagsordning
 - Ägardirektiv

Tidsplan för förvärvsprocessen

15/9 2016	SKL Företag beslutar om förvärv under förutsättning av beslut i SKL
7/10 2016	SKL:s styrelse ställer sig bakom beslutet i SKL Företag AB
Okt – mars	Beslut om aktieförsäljning i landsting och regioner
1/3 2017	Överlåtelsedatum – därefter möjligt för kommunerna att ta beslut om aktieköp
April 2017	Ägarråd Inera AB
Maj 2017	Årsstämma Inera AB



Lena Dahl
Tf VD

Överlåtelse av aktieinnehav i Inera AB till SKL Företag AB

Sammanfattning

Frågan om ändrat ägande och ändrad verksamhetsinriktning för Inera AB har diskuterats under många år. Inte minst har företrädare för landsting och regioner uttalat sitt stöd för en förändring som innebär en närmare anknytning till SKL:s arbete med verksamhetsutveckling och att bredda verksamheten till att även omfatta kommunerna. Efter en omfattande förankrings- och beslutsprocess har styrelsen för SKL den 7 oktober beslutat att godkänna att SKL Företag AB förvärvar merparten av aktierna i Inera AB. En förutsättning för detta förvärv är att samtliga landsting och regioner säljer merparten av sina aktier i Inera AB till SKL Företag AB. Den ändrade inriktningen för bolaget kommer till uttryck i de förslag till ändrat aktieägaravtal samt ändrad bolagsordning och ändrat ägardirektiv som utarbetats och som redovisas i ärendet. Det förutsätts att landsting och regioner ställer sig positiva till ändringarna, som senare ska beslutas av ägarråd och bolagsstämma.

Styrningen över bolaget sker genom ägarråd och bolagsstämma. Bolaget får en styrelse med 15 ledamöter, där ledamöter från både kommun- och landstingssektorn ingår.

Hittills har Ineras verksamhet varit inriktad på hälso- och sjukvårdsområdet, men genom affären ska bolaget kunna verka inom betydligt fler verksamhetsområden. Genom att samtliga kommuner, landsting och regioner är delägare i företaget, kan medlemmarna kan köpa från Inera AB, utan upphandling (genom det så kallade Teckal-undantaget i upphandlingslagstiftningen). Detta ligger också i linje med SKL:s uppdrag är att främja och stödja samverkan mellan medlemmarna i verksamhetsutveckling genom digitala lösningar.

Förslag till beslut

Styrelsen föreslår fullmäktige besluta att

1. Till SKL Företag AB överlåta 145 av xxx:s 150 aktier i Inera AB för en köpeskilling om 1 232 500 kronor samt därmed godkänna i ärendet redovisat överlåtelseavtal
2. Godkänna i ärendet redovisat aktieägaravtal
3. Ställa sig positivt till i ärendet redovisat förslag till ändrad bolagsordningen för Inera AB, avsett att beslutas på kommande ägarråd och bolagsstämma
4. Ställa sig positivt till i ärendet redovisat förslag till ändrat ägardirektiv för Inera AB, avsett att beslutas på kommande ägarråd och bolagsstämma
5. Till xxx:s ombud vid ägarråd och bolagsstämma utse.....och att uppdraga åt ombudet att på ägarråd och bolagsstämma rösta för beslut om ändring av bolagsordning och ägardirektiv för Inera AB.

Bilagor:

Överlåtelseavtal, bilaga 1 (med tre bilagor; 1.1 Förteckning över säljarna/nuvarande ägare, 1.2 Årsredovisning Inera AB 2015 samt 1.3 Garanterat tjänsteköp per landsting/region)

Aktieägaravtal, bilaga 2

Bolagsordning, bilaga 3

Ägardirektiv, bilaga 4

Inera AB

Sveriges landsting har sedan många år samverkat kring gemensamma lösningar, gemensam mjuk infrastruktur och stöd för digitalisering, genom det landstingsgemensamma aktiebolaget Inera. Bolaget bildades redan 1999, då under namnet Infomedica, med syfte att utveckla e-hälsotjänster för invånarna. År 2000 grundade Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Vårdföretagarna och Apoteket bolaget Carelink med ändamålet att utveckla och samordna infrastrukturtjänster. År 2007 förvärvades Carelink av dåvarande Sjukvårdsrådgivningen SVR AB (tidigare Infomedica). År 2010 bytte bolaget namn till Inera AB.

Idag ansvarar Inera för ett 40-tal landstingsgemensamma tjänster och projekt, bland annat 1177 Vårdguiden, UMO (Ungdomsmottagningen på nätet) och Journal via nätet. Bolaget har en omsättning på drygt 600 miljoner kronor. Verksamheten riktar sig till både invånare och medarbetare i vård och omsorg.

Beredning på nationell nivå

Frågan om en överlåtelse av Inera AB till SKL-koncernen har diskuterats under ett antal år. Inom ramen för SKL:s arbete med gemensamma digitala lösningar för kommuner, landsting och regioner lyftes denna fråga fram som ett sätt för SKL att på bästa möjliga sätt stödja och hantera samspelet mellan kommuner, landsting och regioner, och möjliggöra att även kommuner kan arbeta med och erbjuda gemensamma tjänster.

Flera utredningar har gjorts för att säkra beslutsunderlaget. Hösten 2014 utfördes en förstudie (McKinsey) ”DELA: Samverkan för digitalisering i kommuner och landsting/regioner – Beslutsunderlag för ett eventuellt förvärv av Inera”.

Hösten 2015 gjordes en juridisk utredning (Delphi) samt en revisionsutredning (Deloitte) kring Inera med syfte att finna en juridiskt och finansiellt hållbar förvärvslösning.

Våren 2015 inrättades en styrgrupp för förändringsarbetet. Nätverken för landstingsdirektörer och kommundirektörer har fortlöpande informerats. Underhand har också avstämningar skett med representanter för Inera AB och SKL Kommentus AB samt vid landstingsledningsseminarium (2016-05-03).

Under våren och sommaren 2016 har förslag till bolagsordning, aktieägaravtal, ägardirektiv och aktieöverlåtelseavtal successivt utarbetats av kansliet med stöd av Cederquists advokatbyrå. Till kansliet har knutits en referensgrupp bestående av jurister från de tre största landstingen/regionerna (Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen samt Region Skåne) och de fyra största kommunerna (Stockholms stad, Göteborgs stad, Malmö stad samt Uppsala kommun).

Kommunaljuridiska, upphandlingsjuridiska och konkurrensrättsliga frågor har särskilt belysts, och en second-opinion på de upphandlingsrättsliga övervägandena har inhämtats.

Gemensamt digitaliseringsarbete i offentlig sektor

Digitaliseringen anses vara den enskilt starkaste förändringsfaktorn i samhället fram till år 2025. Digitaliseringen är också en av de främsta möjliggörarna för att höja kvaliteten, förbättra effektiviteten och möta invånarnas förväntningar på välfärden.

SKL har under våren 2016 låtit göra en SIFO-undersökning om hur invånarna ser på digitalisering i välfärden. Undersökningen visar att tre av fyra tillfrågade är positiva till att kommuner, landsting och regioner kommunicerar och erbjuder service digitalt. Nästan lika många, sju av tio, ställer sig positiva till att digitala pedagogiska verktyg används i skolundervisningen. Sju av tio är också positiva till vård, konsultation och behandling med digital teknik. Betyddligt färre, bara två av tio, anser att kommuner, landsting och regioner lever upp till deras förväntningar. Det är hög tid att förbättra den digitala servicen, anser två av tre.

Ur ett internationellt perspektiv tappar digitaliseringen i det offentliga Sverige fart. Denna trend går hand i hand med avsaknad av nationella initiativ, samordning och grundläggande förutsättningar såsom standarder för informationsutbyte. Med syfte att öka den digitala förnyelsen av det offentliga Sverige antog regeringen och SKL hösten 2015 en avsiktsförklaring – Digitalt först. Digitalt först innebär att digitala tjänster ska, när det är möjligt och relevant, vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med dem som bor i Sverige, med organisationer och med företag. Digitalt först innebär också att myndigheter, kommuner, landsting och regioner ska sätta invånaren och företagaren i centrum när nya tjänster tas fram. En gemensam färdplan för arbetet har nu tagits fram.

Kommuner, landsting och regioner uttrycker en önskan om och ser behov av och möjligheter med ökad samverkan och kraftsamling inom digitaliseringen, för en smartare välfärd.

Att göra Inera AB till ett SKL-företag syftar samlat till att skynda på, stödja och möjliggöra en effektiv digitalisering i kommuner, landsting och regioner, som bidrar till att möta människors och verksamheters behov och förväntningar samt klara kvaliteten och effektiviteten i välfärden. Rätt använd kan digitaliseringen leda till bättre hälsa och lärande, högre tillväxt, fler jobb och en hållbar utveckling, det vill säga en smartare välfärd.

SKL:s digitaliseringsarbete

Centrala områden för kraftsamling och samverkan, som bidrar till att öka hastigheten, kvaliteten och effektiviteten i kommuners, landstings och regioners digitalisering är:

- Medlemsgemensamma digitala lösningar
- Stärka medlemmarnas förmåga vid upphandling och gemensam kravställning
- Stöd till förändringsledning och nya arbetssätt i medlemmarnas verksamheter

Medlemsgemensamma digitala lösningar

I takt med tiden har det blivit tydligt att SKL:s och Ineras arbete i större utsträckning behöver hanteras i mer samordnat för att undvika suboptimerade insatser och öka nyttan för landsting och regioner.

Sveriges kommuner saknar idag förmåga och plattform för att utveckla och förvalta gemensamma digitala lösningar, på liknande sätt som landsting och regioner. SKL har fått tydliga indikationer från kommunerna om att SKL bör agera för att ge liknande möjligheter för kommunerna, som för regioner och landsting. I grunden finns likartade behov av digitala tjänster för att stödja verksamheter, invånare och företag. Med samordnade och gemensamma digitala lösningar undviks också en alltför spretig flora av digitala tjänster som inte hänger ihop och som blir svåra för invånare och företag att överblicka och nyttja. Dessutom kan samarbete innebära sänkta utvecklings- och förvaltningskostnader, och utvecklingstakten kan höjas.

Ett förvärv av Inera ger förutsättningar för SKL att ta en större koordinerande roll och långsiktigt ansvar för gemensamma digitala lösningar inom alla verksamhetsområden, utan att själv behöva bygga upp all kompetens och de förmågor som detta kräver. Ineras infrastruktur och kompetens kan återanvändas till andra verksamhetsområden som medlemmarna ansvarar för och utgör därmed en viktig och unik strategisk resurs.

Stärkt förmåga vid upphandling och gemensam kravställning

Kommuner, landsting och regioner uttrycker en önskan om bättre samordning och ökad kompetens inom digitalisering för att bli starkare i beställarrollen. Här efterlyses tydliga och genomarbetade standarder, gemensamma kravspecifikationer och gemensamma upphandlingar att ansluta sig till.

SKL Kommentus stödjer idag SKL:s medlemmar med upphandlingskompetens och genom att samordna upphandlingar. Upphandlingar av it-stöd och digitala lösningar har till viss del skett genom åren, men bedömningen är att det finns ökade behov här. SKL Kommentus, SKL och Inera behöver därmed samverka närmare för att stärka medlemmarnas roll som beställare genom att arbeta gemensamt kring standarder, krav och upphandlingar. SKL Kommentus utbud av upphandlingskompetens kan bidra till gemensamma insatser där SKL eller Inera är ansvariga.

Stöd till förändringsledning och nya arbetssätt

Regeringens Digitaliseringskommission beskriver i sitt senaste betänkande ”Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden, SOU 2015:91” att digitaliseringen innebär en omvälvande transformering av samhället. För offentlig sektor kan vi idag se exempel på i form av läkarbesök på nätet, flippade klassrum och digital deklARATION.

Att ställa om och transformera verksamheter utifrån principen om digitalt först kräver sin ledning och sitt stöd. Kommuner, landsting och regioner har visat stort intresse av att få stöd i sin förändringsresa och i arbetet med verksamhetsutveckling med stöd av digitalisering. De söker vägledning och stöd kring de nya arbetssätt som kan leda till större nytta både för den enskilde invånaren och företaget, men också för den egna förvaltningen och medarbetare. SKL behöver driva på och bidra till sektorns digitala transformation och nya arbetssätt, genom att stödja medlemmarna på denna förändringsresa.

Genomförande

Genomförandet av affären sker i flera steg. I ett första steg förvärvar SKL – genom SKL Företag AB – majoriteten av aktierna i Inera. Detta sker genom att samtliga landsting och regioner säljer merparten av sina aktier i Inera AB. Eftersom upplägget bygger på att samtliga landsting/regioner överlåter huvuddelen av sitt aktieinnehav, kommer de enskilda överlåtelseavtalen att vara villkorade av att samtliga överlåtelser har genomförts.

En förutsättning för att affären ska kunna fullföljas, är alltså att samtliga landsting och regioner beslutar att sälja aktier till SKL Företag AB.

I ett andra steg erbjuds Sveriges kommuner att köpa aktier från SKL för att bli delägare i bolaget. Parallellt pågår ett tydligare utvecklingsarbete där SKL, Inera och

SKL Kommentus samverkar inbördes och med kommuner, landsting och regioner för att kravställa, upphandla, utveckla och tillhandahålla gemensamma lösningar och tjänster, inklusive stöd i den förändringsresa som kommuner, landsting och regioner behöver.

Ett led i detta stöd är Dela Digitalt, en tjänst som just nu utvecklas av SKL och som ska fungera som en samlande funktion för att samla initiativ och kravställningar från samtliga medlemmar.

Finansiering

Inera AB är idag helägt av landsting och regioner, som vardera äger 150 aktier i bolaget (totalt 3 150 aktier). Enligt överlåtelseavtalet förvärvar SKL Företag AB 145 aktier från respektive landsting/region (totalt 3 045 aktier). Förvärvet sker till bokfört värde, vilket per den 31 december 2015 var 8 500 kronor per aktie (totalt 25,9 mnkr). Då Inera för 2016 förväntas göra ett nollresultat, kommer detta värde att kvarstå oförändrat fram till överlåtelsedagen 1 mars 2017. Därefter äger SKL Företag AB 97 procent av aktierna, och landsting och regioner resterande 3 procent.

I nästa steg överlåter SKL Företag AB 5 aktier till respektive kommun, till bokfört värde 8 500 kronor per aktie (42 500 kronor). Om samtliga 290 kommuner investerar i bolaget, kommer SKL Företag AB därmed att få en återbetalning på 12,3 mnkr. Nettoinvesteringen för SKL Företag AB blir därmed 13,6 mnkr, motsvarande drygt 50 procent av det totala aktiekapitalet. Som ett led i överlåtelsen åtar sig dock SKL Företag att ge en förlustgaranti om 35 mnkr.

I övrigt föreslås parterna inte göra några särskilda ekonomiska åtaganden i samband med affären. När det gäller bolagets finansiering, är projekten redan i dag i huvudsak självfinansierade. Det är innebörden av den affärsmodell som tillämpas och som avses tillämpas även i fortsättningen. Om ett projekt inte kan bära sina kostnader kommer konsekvensen ytterst att bli att projektet får läggas ned.

I överlåtelseavtalet föreslås dock att landstingen/regionerna övergångsvis ställer ut vissa ekonomiska garantier att köpa tjänster för minst den summa som man köpt för i genomsnitt de tre senaste åren (år 2013-2015). Detta ligger i linje med det åtagande landsting och regioner har i nuvarande aktieägaravtal för Inera AB, och är ett sätt att säkerställa att bolaget inte omgående ska hamna i ekonomiska svårigheter. Ett annat skäl är att Ineras modell för finansiering går från anslagsfinansiering till en ny finansieringsmodell (tjänstebaserad affärsmodell) som är under införande och har ännu inte införts fullt ut.

SKL Företag AB tar genom den föreslagna ägar- och styrmodellen den ekonomiska risken för bolaget samtidigt som man genom aktieägaravtalet inte har ett dominerande inflytande över bolaget.

Affären inkluderar också förändringar i övrigt när det gäller bolagets verksamhet och ägarstyrning. I ärendet har därför upprättats förslag till ändrad bolagsordning, nytt aktieägaravtal och nytt ägardirektiv.

AKTIEÖVERLÅTELSEAVTAL

mellan

SÄLJARNA
(såsom definierat nedan),

och

SKL Företag AB

rörande

INERA AB

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	1
2. DEFINITIONER OCH TOLKNING	1
3. Överlåtelse och Tillträde	2
4. Köpeskilling OCH TILLÄGGSKÖPESKILLING	3
5. Perioden mellan Avtalsdagen och Tillträdesdagen	3
6. VILLKOR FÖR TILLTRÄDET AV AKTIERNA	3
7. TILLTRÄDE.....	4
8. Köparens garantier	4
9. Säljarnas garantier.....	5
10. BEGRÄNSNING AV SÄLJARNAS ANSVAR	5
11. särskilt åtagande av säljarna	5
12. ÖVRIGT	6
13. GILTIGHET.....	7

BILAGOR till detta dokument

Bilaga 1.1 (se p A, Säljarna – ägande av Aktierna
samt p 1)

Bilaga 1.2 (se p 11) Årsredovisning Inera AB 2015

Bilaga 1.3 (se p 13) Belopp med vilka respektive landsting/region förbinder sig att köpa tjänster
under viss tid

Detta aktieöverlåtelseavtal (med samtliga Bilagor härtill, detta "**Avtal**") har denna dag ("**Avtalsdagen**") ingåtts av och mellan:

A) de Landsting och Regioner som upptas i Bilaga 1.1 (envar en "**Säljare**" och gemensamt "**Säljarna**");

B) SKL Företag AB, organisationsnummer 556117-7535 ("**Köparen**").

Envar av Säljarna och Köparen benämns i det följande var för sig som "**Part**" och gemensamt som "**Parterna**".

1. BAKGRUND

1.1 Säljarna äger samtliga [●] utstående aktier ("**Aktierna**") i Inera AB, organisationsnummer 556559-4320 ("**Bolaget**").

1.2 Säljarna äger Aktierna med den fördelning dem emellan som anges i Bilaga 1.1.

1.3 Köparen önskar förvärva Aktierna från Säljarna och Säljarna önskar överlåta Aktierna till Köparen.

1.4 Mot ovanstående bakgrund har Parterna nu ingått detta Avtal.

2. DEFINITIONER OCH TOLKNING

Nedanstående termer som används i detta Avtal ska ha följande innebörd:

"**Aktierna**" ska ha den innebörd som anges i Punkten 1.1;

"**Avtal**" ska ha den innebörd som anges i inledningen;

"**Avtalsdagen**" ska ha den innebörd som anges i inledningen;

"**Belastning**" ska avse varje form av pantsättning, inteckning, registrering, deposition, förköps-, hembuds- eller återtagandeförbehåll, annan säkerhetsrätt eller annan inskränkning av dispositionsrätten;

"**Bokslutsdagen**" ska avse den [●][●] 201[●];

"**Bolaget**" ska ha den innebörd som anges i Punkten 1.1;

"**Garantier**" ska ha den innebörd som anges i Punkten 9.2;

"**Garanterat Köpbelopp**" Ska ha den innebörd som anges i Punkten 11.1;

"**Krav**" ska avse ett krav från Köparen mot någon eller samtliga Säljare under detta Avtal;

"**Köparen**" ska ha den innebörd som anges i inledningen;

"Köpeskillingen"	ska ha den innebörd som anges i Punkten 4.1.1;
"Mellanskillnads- ersättning"	ska ha den innebörd som anges i Punkten 11.1;
"Säljarna"	ska ha den innebörd som anges i inledningen;
"Part" / "Parterna"	ska ha den innebörd som anges i inledningen;
"Skada"	ska avse varje form av direkt skada, kostnad eller förlust men inte omfatta någon form av indirekt skada;
"Säljarnas Garantier"	ska avse de i Punkten 9 angivna garantierna;
"Tillträdesdagen"	ska ha den innebörd som anges i Punkten 3.1;
"Tillträdet"	ska ha den innebörd som anges i Punkten 3.1;
"Transaktionen"	ska avse överlåtelsen av Aktierna enligt detta Avtal;
"Värdeöverföring"	ska betyda värdeöverföringar enligt 17 kap 1 aktiebolagslagen (2005:551), såsom t.ex. vinstutdelning och utdelning av tillgångar, förvärv av egna aktier, minskning av aktiekapitalet med återbetalning till aktieägarna samt annan affärshändelse mellan å ena sidan Bolaget och å andra sidan annat bolag eller person som medför att Bolagets förmögenhet minskar (innefattande att Bolaget avstår från tillgång eller rättighet eller ger andra ekonomiska fördelar av något slag till tredje part annat än inom ramen för Rörelsens normala drift) och som inte har rent affärsmässig karaktär för Bolaget samt avtal eller åtagande att göra något av det föregående; samt
"Årsredovisningen"	ska avse Bolagets årsredovisning för räkenskapsåret 201[●], Bilaga 1.2.

3. ÖVERLÅTELSE OCH TILLTRÄDE

- 3.1 Tillträdet av Aktierna enligt detta Avtal ("Tillträdet") ska ske den [●] [●]201[●] ("Tillträdesdagen").
- 3.2 På Tillträdesdagen ska Säljarna överlåta Aktierna till Köparen och Köparen förvärva från respektive Säljare det antal Aktier som anges i Bilaga 1.1 mot att Köparen erlägger Köpeskillingen. Parterna ska därutöver vidta de i Punkten 5 upptagna åtgärderna.
- 3.3 Aktierna överlåts med alla därtill hörande rättigheter och fria från alla Belastningar, med undantag för Belastningar som framgår av Bolagets bolagsordning. Säljarna frångår ovillkorat och oåterkalleligt rätten att kräva återbetalning av något aktieägartillskott eller annat

kapitaltillskott som Säljarna gjort till Bolaget före Tillträdesdagen. Säljarnas åtagande enligt denna Punkt 3.3 ska inte vara föremål för någon av de ansvarsbegränsningar som följer av Punkten 10 eller annars av detta Avtal.

4. KÖPESKILLING OCH TILLÄGGSKÖPESKILLING

4.1 Köpeskillning

4.1 Köpeskillingen för Aktierna ska uppgå till [●] kronor ("Köpeskillingen").

5. PERIODEN MELLAN AVTALSDAGEN OCH TILLTRÄDESDAGEN

5.1 Säljarna förbinder sig att tillse, såvitt avser perioden mellan Avtalsdagen och Tillträdesdagen, att, där Köparen inte i förväg lämnat sitt skriftliga godkännande, följande iakttages:

- (a) att Bolaget inte beslutar om eller genomför några Värdeöverföringar;
- (b) att Bolaget inte ändrar bolagsordningen eller redovisningsprinciper samt inte beslutar om att emittera aktier, konvertibla skuldebrev, utställa teckningsoptioner med rätt till nyteckning av aktier eller vinstandelsbevis, inlösa eller återköpa aktier eller vidta andra dispositioner som direkt eller indirekt påverkar eller kan komma att påverka Bolagets aktiekapital;
- (c) att Bolaget – med undantag för sedvanliga leverantörskrediter och utnyttjande av per Avtalsdagen befintliga checkkrediter – inte upptar lån eller annan kredit eller ställer säkerhet för egen eller annans förbindelse; samt
- (d) att Bolaget i övrigt fortsätter att bedriva sin verksamhet i enlighet med de principer som tidigare tillämpats.

5.2 Om Säljarna efter Avtalsdagen får kännedom om att något åtagande enligt Avtalet eller någon av Säljarnas Garantier var fel då den gjordes eller lämnades, eller att en händelse inträffar som gör att sådant åtagande eller garanti inte längre är korrekt, ska Säljarna omedelbart underrätta Köparen härom. Ett meddelande enligt denna Punkt 5.2 befriar inte Säljarna från ansvar för Säljarnas Garantier eller andra åtaganden enligt Avtalet utan tjänar endast som information till Köparen.

6. VILLKOR FÖR TILLTRÄDET AV AKTIERNA

6.1 Köparens skyldighet att tillträda Aktierna enligt Avtalet är beroende av att följande förutsättningar är uppfyllda senast vid Tillträdet:

- (a) att det inte föreligger någon väsentlig avvikelse från Säljarnas Garantier;
- (b) att det inte föreligger någon väsentlig avvikelse från Säljarnas åtaganden i Punkten 5.1; och

- (c) att det mellan Avtalsdagen och Tillträdet inte inträffat någon händelse, hänförlig till Bolaget, som i väsentlig mån negativt påverkat, eller enligt Köparens skäligen bedömning kan komma att i väsentlig mån negativt påverka Bolagets verksamhet, eller Bolagets förutsättningar för att bedriva sin rörelse.

6.2 Om Avtalet frånträds enligt denna Punkt 6 ska ingen Part äga rätt till kompensation eller ersättning från annan Part, med undantag för att Part med de begränsningar som anges i Avtalet alltid ska äga rätt till full ersättning för sin skada om Avtalet frånträts på grund av annan Parts avtalsbrott. Om Avtalet frånträds enligt denna Punkt 6 ska hela Avtalet anses vara förfallet förutom denna Punkt 6.2 samt Punkten 10.

7. TILLTRÄDE

7.1 Tillträdet ska äga rum på Köparens kontor på Hornsgatan 20 i Stockholm med start kl 10.00 på Tillträdesdagen. Respektive Part ska vid Tillträdet vidta följande handlingar:

- (a) Säljarna ska överlämna kopia av aktieboken för Bolaget utvisande att Säljarna per Tillträdesdagen äger Aktierna och Aktierna nu registrerats i Köparens namn;
- (b) Köparen ska erlagga Köpeskillingen till av respektive av Säljare anvisat konto;
- (c) Säljarna ska tillse att nuvarande styrelseledamöter, styrelsesuppleanter och revisor i Bolaget utan anspråk på arvoden frånträder sina uppdrag samt att avgående revisor avger redogörelse och yttrande enligt 9 kap. 23 och 23 a §§ aktiebolagslagen;
- (d) tillse att Bolagets nuvarande firmatecknare utställer och överlämnar fullmakt för av Köparen angivna personer att företräda Bolaget intill dess nya firmatecknare blivit registrerade;
- (e) extra bolagsstämma ska hållas i Bolaget, vid vilken Köparen ska utse ny styrelse och revisor och Köparen ska anmäla de nya funktionärerna till Bolagsverket för registrering;

7.2 Köparen förbinder sig att vid kommande årsstämma i Bolaget tillse att de nuvarande styrelseledamöterna i Bolaget beviljas ansvarsfrihet för sin förvaltning av Bolagets angelägenheter till och med Tillträdesdagen, allt under förutsättning att Bolagets revisor tillstyrker sådan ansvarsfrihet.

8. KÖPARENS GARANTIER

Köparen lämnar följande garantier till Säljarna vilka, där inte annat anges, lämnas per Avtalsdagen och per Tillträdesdagen:

- (a) Köparen är ett svenskt aktiebolag som är vederbörligen registrerat i enlighet med gällande svensk lagstiftning;
- (b) Köparen är behörig att ingå och fullfölja sina åtaganden enligt Avtalet.

9. SÄLJARNAS GARANTIER

9.1 Säljarna lämnar gemensamt följande garantier till Köparen ("**Garantierna**") vilka, där inte annat anges, lämnas per Avtalsdagen och per Tillträdesdagen:

- (a) Bolaget är ett svenskt aktiebolag som är vederbörligen registrerat i enlighet med gällande svensk lagstiftning;
- (b) Aktierna är fullt betalda, utgör samtliga i Bolaget utestående Aktier och i Bolaget finns det inte några utestående teckningsoptioner, konvertibler, teckningsrätter eller andra instrument vilka kan berättiga till nyteckning av ytterligare aktier i Bolaget samt att respektive Säljares aktier inte är föremål för någon Belastning;
- (c) såvitt avser tiden mellan Bokslutsdagen och Avtalsdagen har Bolagets verksamhet bedrivits i beaktande av de åtaganden som upptas i Punkten 5.1 och ingen handling har vidtagits som hade utgjort ett brott mot dessa åtaganden om den vidtagits efter Avtalsdagen;
- (d) Bolaget innehar samtliga bolagshandlingar, registreringshandlingar, bolagsstämmo- och styrelseprotokoll och räkenskapshandlingar för Bolagets verksamheter och övriga handlingar som är nödvändiga för att bedriva Bolagets verksamhet, dessa handlingar är uppdaterade, fullständiga, korrekta och förvarade på lämpligt sätt;
- (e) Årsredovisningen har upprättats i enlighet med god redovisningssed och sedan tidigare konsekvent tillämpade principer och ger en rättvisande bild av Bolagets tillgångar och skulder, finansiella ställning och resultat per utgången av det räkenskapsår som Årsredovisningen avser;

10. BEGRÄNSNING AV SÄLJARNAS ANSVAR

10.1 Säljarnas ansvar enligt detta Avtal ska vara individuellt och inte solidariskt.

10.2 Vid brott mot någon av Säljarnas Garantier eller vid annat brott av Säljarna mot detta Avtal har Köparen ersättning med ett belopp som motsvarar den Skada (krona för krona) som Köparen lidit på grund av brottet.

11. SÄRSKILT ÅTAGANDE AV SÄLJARNA

11.1 Envar av Säljarna förbinder att under en tid till och med det [femte] räkenskapsåret efter Tillträdesdagen köpa tjänster av Bolaget intill de belopp som för respektive Säljare anges i Bilaga 1.3 ("**Garanterat Köpbelopp**") Till den del Säljare under ett visst räkenskapsår inte köpt tjänster intill Garanterat Köpbelopp ska sådan Säljare ersätta Bolaget med skillnaden mellan Garanterat Köpbelopp och det belopp som Säljare faktiskt köpt tjänster för under det räkenskapsår som avses ("**Mellanskillnadsersättning**"). Säljare är skyldig att till Bolaget erlagga

Mellanskillnadsersättning 30 dagar efter anfordran.

12. ÖVRIGT

12.1 Överlåtelse

Part får inte överlåta, delegera, vidareavtala eller på annat sätt överföra eller pantsätta eller skapa någon Belastning över några av sina rättigheter eller skyldigheter hänförliga till detta Avtal, utan att dessförinnan ha erhållit de andra Parternas skriftliga medgivande.

12.2 Kostnader

Utöver vad som uttryckligen överenskommits enligt detta Avtal, ska alla kostnader och utgifter som uppkommit i samband med förhandlingen, förberedelsen och ingåendet av detta Avtal betalas av den Part som ådragit sig sådana kostnader och utgifter. Inga kostnader avseende Transaktionen ska bäras av Bolaget.

12.3 Fullständig reglering

Detta Avtal utgör Parternas fullständiga reglering av samtliga de frågor som Avtalet berör och detta Avtal ersätter samtliga tidigare skriftliga eller muntliga förhandlingar, avtal och överenskommelser rörande samtliga de frågor som Avtalet berör.

12.4 Ändringar

Ändringar av och tillägg till detta Avtal ska endast betraktas som giltiga om de gjorts skriftligen och vederbörligen undertecknats av Parterna.

12.5 Meddelanden

12.5.1 Meddelanden som enligt detta avtal ska lämnas skriftligen ska sändas med rekommenderat brev eller e-post till respektive Parts officiella adress.

12.5.2 Meddelandet ska anses vara motpart till handa:

12.5.3 Tre (3) arbetsdagar efter avsändandet, om avsänt med rekommenderat brev,

12.5.4 Den dag mottagaren bevisligen erhållit meddelandet, om detsamma översänts med e-post.

12.6 Hembud

Med avseende på överlåtelsen av Aktier enligt detta Avtal frånfaller varje Säljare härmed oåterkalleligen rätten att påkalla hembud eller förköp av Aktier med stöd av någon bestämmelse i Bolagets bolagsordning eller eljest.

13. GILTIGHET

Detta aktieöverlåtelseavtal förutsätter för sin giltighet att de Landsting och Regioner som upptas i Bilaga 1.2 samtliga beslutat om att överlåta det antal aktier som anges i Bilaga 1.2. till

SKL Företag AB ("Köparen"). Parterna är överens om att i samband med aktieöverlåtelsen teckna aktieägaravtal enligt **bilaga 2, Aktieägaravtal**

Detta Avtal har upprättats och undertecknats i [●] likalydande exemplar av vilka Säljarna och Köparen tagit var sitt ett exemplar.

[●]

SKL Företag AB

Aktieägare Inera AB 556559-4230

<u>Org.nr.</u>	<u>Namn</u>	<u>Antal</u>
232100-0016	Stockholms läns landsting	150 st
232100-0024	Landstinget i Uppsala län	150 st
232100-0032	Landstinget Sörmland	150 st
232100-0040	Landstinget Östergötland	150 st
232100-0057	Region Jönköpings län	150 st
232100-0065	Region Kronoberg	150 st
232100-0073	Landstinget i Kalmar län	150 st
212000-0803	Region Gotland	150 st
232100-0081	Landstinget Blekinge	150 st
232100-0255	Region Skåne	150 st
232100-0115	Region Halland	150 st
232100-0131	Västra Götalandsregionen	150 st
232100-0156	Landstinget i Värmland	150 st
232100-0164	Region Örebro län	150 st
232100-0172	Landstinget Västmanland	150 st
232100-0180	Landstinget Dalarna	150 st
232100-0198	Region Gävleborg	150 st
232100-0206	Landstinget Västernorrland	150 st
232100-0214	Region Jämtland Härjedalen	150 st
232100-0222	Västerbottens läns landsting	150 st
232100-0230	Norrbottnens läns landsting	150 st
		3.150 st

Årsredovisning

för

Inera AB

556559-4230

Räkenskapsåret

2015

Styrelsen och verkställande direktören för Inera AB, med säte i Stockholm, får härmed avge årsredovisning för räkenskapsåret 2015.

Förvaltningsberättelse

Information om verksamheten

Inera ansvarar för ett 40-tal tjänster och projekt, där vi framför allt har rollen som beställare gentemot upphandlade leverantörer eller landsting som utför tjänster. Ineras kärnkompetens utgörs av styrning, ledning och koordinering, samt kravställning och förankring i samverkan med våra ägare och kunder. Viktiga funktioner är även strategisk arkitekturstyrning, kundservice och kommunikationsverksamhet.

Under hela 2015 har Inera arbetat med att öka kundfokus, ett arbete som fortsätter också 2016. Beredningsprocessen av ärenden och nya uppdrag via programråd, beredningsgrupp och styrelse är etablerad och fungerar bra. Kundbesök har genomförts i 20 landsting och regioner, och synpunkter och önskemål har samlats in och strukturerats till en handlingsplan. Alla medarbetare har deltagit i workshops kring ett kundorienterat arbetssätt, och ett internt verksamhetsutvecklingsprojekt har tillsatts kallat Kundfokuserade processer och stödsystem. Syftet är att arbeta bort stuprör och uppnå en mer effektiv och samordnad organisation som arbetar med leveransfokus ur ett kundperspektiv. En viktig insats är också hemtagningen av första linjens kundservice, som startades upp under 2015 och redan har gett positivt resultat i form av snabb hantering och nöjda kunder. Den interna organisationen och förvaltningsmodellen har justerats under hösten, även detta med syfte att arbeta bort stuprör och öka kundfokus. Linjeorganisationen har förstärkts, bland annat genom att både avdelnings- och enhetschefer ingår i vd:s ledningsgrupp. Alla linjechefer har genomgått ett gemensamt ledarskapsutvecklingsprogram.

Under året har även en ny affärsmodell utarbetats, som implementeras 2016. Avsikten är att lämna den anslagsfinansierade budgetramen och uppnå en mer flexibel affärsmässighet. I samband med att Ineras marknader utökats med kommuner och privata vårdgivare och leverantörer, ställer detta nya krav på Inera. Exempelvis krävs nya avtals- och prismodeller samt hantering av en ökande kundgrupp, men det skapas också nya möjligheter i form av intäkter, men framför allt i form av en ökad standardisering av informationsflöden via Ineras infrastruktur och en ökad användning av Ineras tjänster, som i förlängningen förbättrar patientsäkerheten.

Budgetåret har delvis präglats av uteblivna intäkter, då beräknad finansiering av vissa tjänster från kommunerna inte kommit in. Dock valde landstingen i början av året att efter förhandling tilläggsfinansiera en del av verksamheten. Genom en viss åtstramning, och framför allt genom att flera planerade upphandlingar skjutits på framtiden, har Inera en budget i balans. Under hösten har dessutom kommunerna informerats om avgiftsbeläggning av tjänsterna Pascal och NPÖ från 2016, och avtal har tecknats angående detta. Därmed finns förutsättningar för en bättre ekonomi under 2016.

Förväntad framtida utveckling samt väsentliga risker och osäkerhetsfaktorer

Förberedelser pågår för att Inera ska bli ett bolag inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Det kommer att underlätta kommunernas e-hälsoarbete och skapa bättre förutsättningar för förankring och samarbete med staten. Beslut om att Inera ska bli ett SKL-bolag kommer troligtvis att tas under 2016.

Ägarförhållanden

Inera är ett aktiebolag som ägs gemensamt av alla landsting och regioner och varje ägare har lika stor andel i bolaget. Ägarna har gett bolaget i uppdrag att koordinera landstingens och regionernas gemensamma e-hälsoarbete och utveckla tjänster till nytta för invånare, vård- och omsorgspersonal och beslutsfattare.

Flerårsöversikt (Tkr)	2015	2014	2013	2012
Nettoomsättning	628 124	605 622	305 567	429 790
Resultat efter finansiella poster	660	695	211	1 198
Balansomslutning	399 849	399 735	264 525	211 232
Soliditet (%)	6,7	6,6	9,8	12,2
Antal anställda	121	100	92	153

För definitioner av nyckeltal, se Redovisnings- och värderingsprinciper.

Förslag till vinstdisposition

Styrelsen föreslår att till förfogande stående vinstmedel (kronor):

balanserad vinst	21 175 789
årets vinst	257 669
	21 433 458
disponeras så att	
i ny räkning överföres	21 433 458

Företagets resultat och ställning i övrigt framgår av efterföljande resultat- och balansräkning samt kassaflödesanalys med tilläggsupplysningar.

Resultaträkning

	Not	2015-01-01 -2015-12-31	2014-01-01 -2014-12-31
Nettoomsättning		628 123 661	605 621 524
Övriga rörelseintäkter		0	295 916
		628 123 661	605 917 440
Rörelsens kostnader			
Material och inköpta tjänster		-237 477 179	-215 441 097
Övriga externa kostnader	1, 2	-304 256 717	-325 845 194
Personalkostnader	3	-84 597 638	-63 986 767
Avskrivningar och nedskrivningar av materiella och immateriella anläggningstillgångar		-111 199	-812 980
Övriga rörelsekostnader		-1 536 953	0
		-627 979 686	-606 086 038
Rörelseresultat		143 975	-168 598
Resultat från finansiella poster			
Övriga ränteintäkter och liknande resultatposter		550 333	866 478
Räntekostnader och liknande resultatposter		-34 150	-2 679
		516 183	863 799
Resultat efter finansiella poster		660 158	695 201
Bokslutsdispositioner	4	-240 000	0
Resultat före skatt		420 158	695 201
Skatt på årets resultat	5	-162 489	-233 600
Årets resultat		257 669	461 601

Balansräkning	Not	2015-12-31	2014-12-31
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
<i>Immateriella anläggningstillgångar</i>			
Goodwill	6	0	295 000
		0	295 000
<i>Materiella anläggningstillgångar</i>			
Inventarier, verktyg och installationer	7	166 130	237 329
		166 130	237 329
Summa anläggningstillgångar		166 130	532 329
Omsättningstillgångar			
<i>Kortfristiga fordringar</i>			
Kundfordringar		178 893 804	249 905 703
Aktuella skattefordringar		2 417 264	2 346 153
Övriga fordringar		294 901	2 651 668
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	8	36 326 503	32 038 624
		217 932 472	286 942 148
<i>Kortfristiga placeringar</i>			
Övriga kortfristiga placeringar	9	45 259 875	88 273 311
		45 259 875	88 273 311
<i>Kassa och bank</i>	10	136 490 880	23 987 690
Summa omsättningstillgångar		399 683 227	399 203 149
SUMMA TILLGÅNGAR		399 849 357	399 735 478

Balansräkning

Not

2015-12-31

2014-12-31

EGET KAPITAL OCH SKULDER

Eget kapital

11

Bundet eget kapital

Aktiekapital (3 150 aktier)

3 150 000

3 150 000

Reservfond

810 000

810 000

3 960 000

3 960 000

Fritt eget kapital

Balanserad vinst eller förlust

21 175 789

20 714 188

Årets resultat

257 669

461 601

21 433 458

21 175 789

Summa eget kapital

25 393 458

25 135 789

Obeskattade reserver

12

1 790 000

1 550 000

Kortfristiga skulder

Leverantörsskulder

133 391 758

157 916 125

Övriga skulder

7 139 856

14 172 587

Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter

13

232 134 285

200 960 977

Summa kortfristiga skulder

372 665 899

373 049 689

SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER

399 849 357

399 735 478

Ställda säkerheter

Inga

Inga

Ansvarsförbindelser

Inga

Inga

cut

Kassaflödesanalys

Not

2015-01-01
-2015-12-31

2014-01-01
-2014-12-31

Den löpande verksamheten

Resultat efter finansiella poster

660 158

695 201

Justeringar för poster som inte ingår i kassaflödet

366 199

812 980

Betald skatt

-233 600

-155 848

**Kassaflöde från den löpande verksamheten före
förändring av rörelsekapital**

792 757

1 352 333

Kassaflöde från förändring av rörelsekapitalet

Förändring av kundfordringar

71 011 899

-73 350 418

Förändring av kortfristiga fordringar

-1 931 112

-4 712 240

Förändring av leverantörsskulder

-24 524 367

101 365 893

Förändring av kortfristiga skulder

24 140 577

33 382 650

Kassaflöde från den löpande verksamheten

69 489 754

58 038 218

Finansieringsverksamheten

Förändring av kortfristiga placeringar

43 013 436

-62 630 342

Kassaflöde från finansieringsverksamheten

43 013 436

-62 630 342

Årets kassaflöde

112 503 190

-4 592 124

Likvida medel vid årets början

23 987 690

28 579 814

Likvida medel vid årets slut

136 490 880

23 987 690

Tilläggsupplysningar

Redovisnings- och värderingsprinciper

Allmänna upplysningar

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen och BFNAR 2012:1 Årsredovisning och koncernredovisning (K3).

Fordringar har värderats till det lägsta av anskaffningsvärde och det belopp varmed de beräknas bli reglerade. Övriga tillgångar, skulder samt avsättningar har värderats till anskaffningsvärde om annat ej anges.

Fordringar och skulder i utländsk valuta har värderats till balansdagens kurs. Kursvinster och kursförluster på rörelsefordringar och rörelseskulder redovisas i rörelseresultatet medan kursvinster och kursförluster på finansiella fordringar och skulder redovisas som finansiella poster.

Redovisningsprinciperna är oförändrade jämfört med föregående år.

Intäktsredovisning

Intäkter har tagits upp till verkligt värde av vad som erhållits eller kommer att erhållas och redovisas i den omfattning det är sannolikt att de ekonomiska fördelarna kommer att tillgodogöras bolaget och intäkterna kan beräknas på ett tillförlitligt sätt.

Pågående tjänsteuppdrag

Inkomster från uppdrag på löpande räkning redovisas som intäkt i takt med att arbetet utförs och material levereras eller förbrukas, så kallad successiv vinstavräkning.

Anläggningstillgångar

Immateriella och materiella anläggningstillgångar redovisas till anskaffningsvärde minskat med ackumulerade avskrivningar enligt plan och eventuella nedskrivningar.

Avskrivning sker linjärt över den förväntade nyttjandeperioden med hänsyn till väsentligt restvärde. Följande avskrivningsprocent tillämpas:

Immateriella anläggningstillgångar

Goodwill	20%
----------	-----

Materiella anläggningstillgångar

Inventarier, verktyg och installationer	20%
---	-----

Finansiella instrument

Finansiella instrument värderas utifrån anskaffningsvärdet. Instrumentet redovisas i balansräkningen när bolaget blir part i instrumentets avtalsmässiga villkor. Finansiella tillgångar tas bort från balansräkningen när rätten att erhålla kassaflöden från instrumentet har löpt ut eller överförs och bolaget har överfört i stort sett alla risker och förmåner som är förknippade med äganderätten. Finansiella skulder tas bort från balansräkningen när förpliktelserna har reglerats eller på annat sätt upphört.

Kortfristiga placeringar

Värdepapper som är anskaffade med avsikt att innehas kortsiktigt redovisas inledningsvis till anskaffningsvärde och i efterföljande värderingar i enlighet med lägsta värdets princip till det lägsta av anskaffningsvärde och marknadsvärde.

Kundfordringar/kortfristiga fordringar

Kundfordringar och kortfristiga fordringar redovisas som omsättningstillgångar till det belopp som förväntas bli inbetalt efter avdrag för individuellt bedömda osäkra fordringar.

Leasingavtal

Företagets finansiella leasingavtal är endast av mindre omfattning och behandlats som operationella leasingavtal. Operationella leasingavtal redovisas som en kostnad linjärt över leasingperioden.

Inkomstskatter

Aktuell skatt

Aktuell skatt avser inkomstskatt för innevarande räkenskapsår samt den del av tidigare räkenskapsårs inkomstskatt som ännu inte redovisats. Aktuell skatt beräknas utifrån den skattesats som gäller per balansdagen.

Ersättningar till anställda

Ersättningar till anställda avser alla former av ersättningar som företaget lämnar till de anställda. Kortfristiga ersättningar utgörs av bland annat löner, betald semester, betald frånvaro, bonus och ersättning efter avslutad anställning (pension). Kortfristiga ersättningar redovisas som kostnad och en skuld då det finns en legal eller informell förpliktelse att betala ut en ersättning till följd av en tidigare händelse och en tillförlitlig uppskattning av beloppet kan göras.

Ersättningar till anställda efter avslutad anställning

I företaget finns endast avgiftsbestämda pensionsplaner. Som avgiftsbestämda planer klassificeras planer där fastställda avgifter betalas och det inte finns förpliktelser att betala något ytterligare, utöver dessa avgifter.

Utgifter för avgiftsbestämda planer redovisas som en kostnad under den period de anställda utför de tjänster som ligger till grund för förpliktelsen.

Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalysen upprättas enligt indirekt metod. Det redovisade kassaflödet omfattar endast transaktioner som medfört in- eller utbetalningar.

Som likvida medel klassificerar företaget, förutom kassamedel, disponibla tillgodohavanden hos banker och andra kreditinstitut samt kortfristiga likvida placeringar som är noterade på en marknadsplats och har en kortare löptid än tre månader från anskaffningstidpunkten. Förändringar i spärrade medel redovisas i investeringsverksamheten.

Nyckeltalsdefinitioner

Nettoomsättning

Rörelsens huvudintäkter, fakturerade kostnader, sidointäkter samt intäktskorrigeringar.

Resultat efter finansiella poster

Resultat efter finansiella intäkter och kostnader, men före extraordinära intäkter och kostnader.

Balansomslutning

Företagets samlade tillgångar.

Soliditet (%)

Justerat eget kapital (eget kapital och obeskattade reserver med avdrag för uppskjuten skatt) i procent av balansomslutning.

Antal anställda

Medelantal anställda under räkenskapsåret.

Uppskattningar och bedömningar

Upprättandet av bokslut och tillämpning av redovisningsprinciper, baseras ofta på ledningens bedömningar, uppskattningar och antaganden som anses vara rimliga vid den tidpunkt då bedömningen görs. Uppskattningar och bedömningar är baserade på historiska erfarenheter och ett antal andra faktorer, som under rådande omständigheter anses vara rimliga. Resultatet av dessa används för att bedöma de redovisade värdena på tillgångar och skulder, som inte annars framgår tydligt från andra källor. Det verkliga utfallet kan avvika från dessa uppskattningar och bedömningar. Uppskattningar och antaganden ses över regelbundet.

Inga väsentliga källor till osäkerhet i uppskattningar och antaganden på balansdagen bedöms kunna innebära en betydande risk för en väsentlig justering av redovisade värden för tillgångar och skulder under nästa räkenskapsår.

Noter

Not 1 Leasingavtal

Årets leasingkostnader avseende leasingavtal, uppgår till 6 008 294 kronor.

Framtida leasingavgifter, för icke uppsägningsbara leasingavtal, förfaller till betalning enligt följande:

	2015	2014
Inom ett år	6 061 204	6 011 199
Senare än ett år men inom fem år	0	6 061 204
Senare än fem år	0	0
	6 061 204	12 072 403

Not 2 Arvode till revisorer

Med revisionsuppdrag avses granskning av årsredovisningen och bokföringen samt styrelsens och verkställande direktörens förvaltning, övriga arbetsuppgifter som det ankommer på bolagets revisor att utföra samt rådgivning eller annat biträde som föranleds av iakttagelser vid sådan granskning eller genomförandet av sådana övriga arbetsuppgifter.

	2015	2014
Crowe Horwath Osborne AB		
Revisionsuppdrag	255 500	95 200
	255 500	95 200

Not 3 Anställda och personalkostnader

	2015	2014
Medelantalet anställda		
Kvinnor	62	51
Män	59	49
	121	100

Löner och andra ersättningar

Styrelse och verkställande direktör	1 488 314	343 300
Övriga anställda	54 865 248	43 338 199
	56 353 562	43 681 499

Sociala kostnader

Pensionskostnader för styrelse och verkställande direktör	633 551	15 449
Pensionskostnader för övriga anställda	6 904 020	3 650 598
Övriga sociala avgifter enligt lag och avtal	18 989 931	14 967 772
	26 527 502	18 633 819

Totala löner, ersättningar, sociala kostnader och pensionskostnader

82 881 064	62 315 318
-------------------	-------------------

Könsfördelning bland ledande befattningshavare

Andel kvinnor i styrelsen	25 %	42 %
Andel män i styrelsen	75 %	58 %
Andel kvinnor bland övriga ledande befattningshavare	65 %	56 %
Andel män bland övriga ledande befattningshavare	35 %	44 %

Not 4 Bokslutsdispositioner

	2015	2014
Avsättning till periodiseringsfond	-240 000	0
	-240 000	0

Not 5 Aktuell och uppskjuten skatt

	2015	2014
Skatt på årets resultat		
Aktuell skatt	-162 489	-233 600
Totalt redovisad skatt	-162 489	-233 600

Avstämning av effektiv skatt

	2015		2014	
	Procent	Belopp	Procent	Belopp
Redovisat resultat före skatt		420 158		695 201
Skatt enligt gällande skattesats	22,00	-92 435	22,00	-152 944
Ej avdragsgilla kostnader	18,14	-76 236	12,43	-86 436
Ej skattepliktiga intäkter	-1,47	6 182	-0,83	5 780
Redovisad effektiv skatt	38,67	-162 489	33,60	-233 600

Not 6 Goodwill

	2015-12-31	2014-12-31
Ingående anskaffningsvärden	500 000	500 000
Avdrag på köpeskilling	-255 000	0
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	245 000	500 000
Ingående avskrivningar	-205 000	-100 000
Årets avskrivningar	-40 000	-105 000
Utgående ackumulerade avskrivningar	-245 000	-205 000
Utgående redovisat värde	0	295 000

Not 7 Inventarier, verktyg och installationer

	2015-12-31	2014-12-31
Ingående anskaffningsvärden	3 739 507	4 099 507
Försäljningar/utrangeringar	-2 860 492	-360 000
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	879 015	3 739 507
Ingående avskrivningar	-3 502 178	-3 154 198
Försäljningar/utrangeringar	2 860 492	360 000
Årets avskrivningar	-71 199	-707 980
Utgående ackumulerade avskrivningar	-712 885	-3 502 178
Utgående redovisat värde	166 130	237 329

Not 8 Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter

	2015-12-31	2014-12-31
Förutbetalda hyreskostnader	1 513 553	1 522 809
Upplupna intäkter	259 080	2 590 825
Upplupna ränteintäkter	131 384	186 351
Övriga poster	34 422 486	27 738 639
	36 326 503	32 038 624

Not 9 Aktier och andelar

Namn	Bokfört värde	Marknadsvärde
Noterade aktier och andelar, omsättningstillgångar	45 259 875	45 334 560
	45 259 875	45 334 560

Not 10 Checkräkningskredit

	2015-12-31	2014-12-31
Beviljat belopp på checkräkningskredit uppgår till	5 000 000	5 000 000
Utnyttjad kredit uppgår till	0	0

Not 11 Förändring av eget kapital

	Aktie- kapital	Reserv- fond	Balanserat resultat	Årets resultat
Belopp vid årets ingång	3 150 000	810 000	20 714 188	461 601
Disposition enligt beslut av årets årsstämma:			461 601	-461 601
Årets resultat				257 669
Belopp vid årets utgång	3 150 000	810 000	21 175 789	257 669

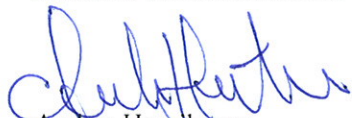
Not 12 Obeskattade reserver

	2015-12-31	2014-12-31
Periodiseringsfond 2011	1 020 000	1 020 000
Periodiseringsfond 2012	530 000	530 000
Periodiseringsfond 2015	240 000	0
	1 790 000	1 550 000

Not 13 Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter

	2015-12-31	2014-12-31
Semesterlöneskuld	3 270 954	2 508 323
Sociala avgifter	4 557 359	3 095 146
Förutbetalda intäkter	207 856 692	178 198 070
Upplupna pensionskostnader	2 427 853	1 970 830
Upplupna löner	376 025	304 140
Övriga poster	13 645 402	14 884 468
	232 134 285	200 960 977

Stockholm den 31 mars 2016



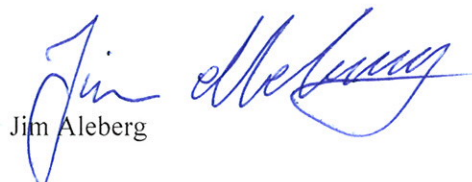
Anders Henriksson
Ordförande



Martin Andréasson



Marie Morell



Jim Aleberg



Anna Fransson

Carl Johan Sonesson



Daniel Forslund

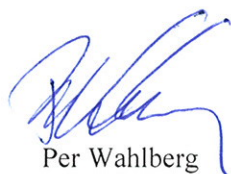


Leif Dahlby

Fredrik Larsson



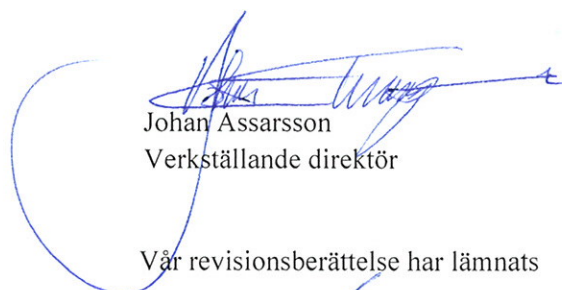
Marie-Louise Forsberg-Fransson



Per Wahlberg



Peter Olofsson



Johan Assarsson
Verkställande direktör

Vår revisionsberättelse har lämnats

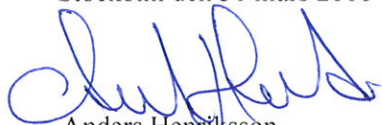


Curt Johansson
Auktoriserad revisor



Roland Gustbee
Lekmannarevisor

Stockolm den 31 mars 2016



Anders Henriksson
Ordförande

Martin Andréasson

Marie Morell

Jim Aleberg

Anna Fransson



Carl Johan Sonesson

Daniel Forslund

Leif Dahlby

Fredrik Larsson

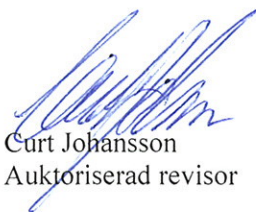
Marie-Louise Forsberg-Fransson

Per Wahlberg

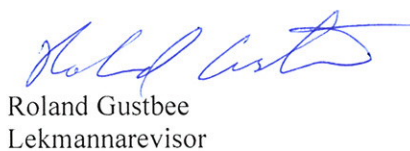
Peter Olofsson

Johan Assarsson
Verkställande direktör

Vår revisionsberättelse har lämnats

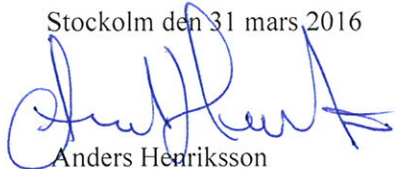


Curt Johansson
Auktoriserad revisor



Roland Gustbee
Lekmannarevisor

Stockolm den 31 mars 2016



Anders Henriksson
Ordförande

Martin Andréasson

Marie Morell

Jim Aleberg

Anna Fransson

Carl Johan Sonesson

Daniel Forslund

Leif Dahlby



Fredrik Larsson

Marie-Louise Forsberg-Fransson

Per Wahlberg

Peter Olofsson

Johan Assarsson
Verkställande direktör

Vår revisionsberättelse har lämnats



Curt Johansson
Auktoriserad revisor



Roland Gustbee
Lekmannarevisor

Revisionsberättelse

Till årsstämman i Inera AB

Org.nr 556559-4230

Rapport om årsredovisningen

Jag har utfört en revision av årsredovisningen för Inera AB för räkenskapsåret 2015.

Styrelsens och verkställande direktörens ansvar för årsredovisningen

Det är styrelsen och verkställande direktören som har ansvaret för att upprätta en årsredovisning som ger en rättvisande bild enligt årsredovisningslagen och för den interna kontroll som styrelsen och verkställande direktören bedömer är nödvändig för att upprätta en årsredovisning som inte innehåller väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller på fel.

Revisorns ansvar

Mitt ansvar är att uttala mig om årsredovisningen på grundval av min revision. Jag har utfört revisionen enligt International Standards on Auditing och god revisionssed i Sverige. Dessa standarder kräver att jag följer yrkesetiska krav samt planerar och utför revisionen för att uppnå rimlig säkerhet att årsredovisningen inte innehåller väsentliga felaktigheter.

En revision innefattar att genom olika åtgärder inhämta revisionsbevis om belopp och annan information i årsredovisningen. Revisorn väljer vilka åtgärder som ska utföras, bland annat genom att bedöma riskerna för väsentliga felaktigheter i årsredovisningen, vare sig dessa beror på oegentligheter eller på fel. Vid denna riskbedömning beaktar revisorn de delar av den interna kontrollen som är relevanta för hur bolaget upprättar årsredovisningen för att ge en rättvisande bild i syfte att utforma granskningsåtgärder som är ändamålsenliga med hänsyn till omständigheterna, men inte i syfte att göra ett uttalande om effektiviteten i bolagets interna kontroll. En revision innefattar också en utvärdering av ändamålsenligheten i de redovisningsprinciper som har använts och av rimligheten i styrelsens och verkställande direktörens uppskattningar i redovisningen, liksom en utvärdering av den övergripande presentationen i årsredovisningen.

Jag anser att de revisionsbevis jag har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för mina uttalanden.

Uttalanden

Enligt min uppfattning har årsredovisningen upprättats i enlighet med årsredovisningslagen och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av Inera ABs finansiella ställning per den 2015-12-31 och av dess finansiella resultat och kassaflöden för året enligt årsredovisningslagen. Förvaltningsberättelsen är förenlig med årsredovisningens övriga delar.

Jag tillstyrker därför att årsstämman fastställer resultaträkningen och balansräkningen.

Rapport om andra krav enligt lagar och andra författningar

Utöver min revision av årsredovisningen har jag även utfört en revision av förslaget till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust samt styrelsens och verkställande direktörens förvaltning för Inera AB för räkenskapsåret 2015.

Styrelsens och verkställande direktörens ansvar

Det är styrelsen som har ansvaret för förslaget till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust, och det är styrelsen och verkställande direktören som har ansvaret för förvaltningen enligt aktiebolagslagen.

Revisorns ansvar

Mitt ansvar är att med rimlig säkerhet uttala mig om förslaget till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust och om förvaltningen på grundval av min revision. Jag har utfört revisionen enligt god revisionssed i Sverige.

Som underlag för mitt uttalande om styrelsens förslag till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust har jag granskat om förslaget är förenligt med aktiebolagslagen.

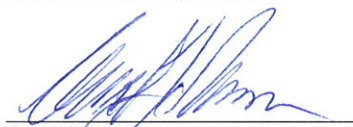
Som underlag för mitt uttalande om ansvarsfrihet har jag utöver min revision av årsredovisningen granskat väsentliga beslut, åtgärder och förhållanden i bolaget för att kunna bedöma om någon styrelseledamot eller verkställande direktören är ersättningsskyldig mot bolaget. Jag har även granskat om någon styrelseledamot eller verkställande direktören på annat sätt har handlat i strid med aktiebolagslagen, årsredovisningslagen eller bolagsordningen.

Jag anser att de revisionsbevis jag har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för mina uttalanden.

Uttalanden

Jag tillstyrker att årsstämman disponerar vinsten enligt förslaget i förvaltningsberättelsen och beviljar styrelsens ledamöter och verkställande direktören ansvarsfrihet för räkenskapsåret.

Stockholm den 12 april 2016


Curt Johansson
Auktoriserad revisor

2016-04-12

Till årsstämman i Inera AB

Organisationsnummer 556559-4230

Granskningsrapport för år 2015

Jag, av årsstämman utsedd lekmannarevisor, har granskat Inera AB:s verksamhet.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning, ägardirektiv och beslut samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Lekmannarevisorn ansvarar för att granska verksamhet och intern kontroll samt pröva om verksamheten bedrivits enligt årsstämmans uppdrag och mål samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen och kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet samt utifrån bolagsordning och av årsstämman fastställda ägardirektiv.

Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och prövning.

Jag bedömer sammantaget att bolagets verksamhet har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Jag bedömer att bolagets interna kontroll har varit tillräcklig.

Växjö 12 april 2016



Roland Gustbée

Bilaga 1.3 Belopp med vilka respektive landsting/regioner förbind

SCB från 31 dec 2015		Landsting	Snitt
2 231 439 st	22,7%	Stockholms läns landsting	90 970 tkr
354 164 st	3,6%	Landstinget i Uppsala län	14 438 tkr
283 712 st	2,9%	Landstinget Sörmland	11 566 tkr
445 661 st	4,5%	Region Östergötland	18 168 tkr
347 837 st	3,5%	Region Jönköpings län	14 180 tkr
191 369 st	1,9%	Region Kronoberg	7 802 tkr
237 679 st	2,4%	Landstinget i Kalmar län	9 690 tkr
57 391 st	0,6%	Region Gotland	2 340 tkr
156 253 st	1,6%	Landstinget Blekinge	6 370 tkr
1 303 627 st	13,2%	Region Skåne	53 145 tkr
314 784 st	3,2%	Region Halland	12 833 tkr
1 648 682 st	16,7%	Västra Götalandsregionen	67 212 tkr
275 904 st	2,8%	Landstinget i Värmland	11 248 tkr
291 012 st	3,0%	Region Örebro län	11 864 tkr
264 276 st	2,7%	Landstinget Västmanland	10 774 tkr
281 028 st	2,9%	Landstinget Dalarna	11 457 tkr
281 815 st	2,9%	Region Gävleborg	11 489 tkr
243 897 st	2,5%	Landstinget Västernorrland	9 943 tkr
127 376 st	1,3%	Region Jämtland Härjedalen	5 193 tkr
263 378 st	2,7%	Västerbottens läns landsting	10 737 tkr
249 733 st	2,5%	Norrbottens läns landsting	10 181 tkr
9 851 017 st	100%	Summa	401 600 tkr

er sig att köpa tjänster under viss tid

AKTIEÄGARAVTAL
avseende
INERA AB

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Avsnitt	Sida
1. PARTER	1
2. BAKGRUND	1
3. PARTERNAS MÅLSÄTTNING med bolaget.....	1
4. FINANSIERING OCH VINSTUTDELNING	2
5. PARTERNAS INFLYTANDE ÖVER BOLAGET	2
6. ÄGARRÅD.....	2
7. BOLAGETS STYRELSE.....	3
8. STYRELSENS ARBETSFORMER	3
9. VERKSTÄLLANDE DIREKTÖR	3
10. REVISOR.....	4
11. VALBEREDNING	4
12. aktiebrev.....	4
13. RÄTT FÖR FÖRVÄRVARE ATT TILLTRÄDA AVTALET	4
14. FÖRKÖP	4
15. MEDDELANDEN	5
16. handlingsoffentlighet	5
17. ÄNDRING av BOLAGSORDNING	5
18. ÖVERLÅTELSE AV AVTALET	5
19. AVTALSTID	6
20. ÖVRIGT	6

1. PARTER

- 1.1 Detta aktieägaravtal ("**Avtalet**") har ingåtts mellan nedan angivna parter och de parter som enligt vad som anges i Avtalet kan komma att tillträda avtalet;
- 1.2 SKL Företag AB (556117-7535), (nedan benämnt "**SKL Företag**")
- 1.3 Samtliga landsting och regioner, enligt Bilaga 1.1 till Aktieöverlåtelseavtal.

Samtliga ovan nämnda parter, samt eventuellt tillkommande parter, benämns nedan gemensamt "Parterna" och var och en för sig "**Part**", "**Parten**" eller, i förekommande fall "**Tillträdande Part**".

2. BAKGRUND

- 2.1 SKL Företag och de Parter som anges i punkt 1.2 och 1.3 äger sammantaget samtliga aktier i Inera AB, org. nr. **556559--4230**, nedan kallat "**Bolaget**". SKL Företag har genom köp från ett antal av Parterna enligt förvärvat de aktier SKL Företag äger i Bolaget.
- 2.2 Genom detta Avtal avser Parterna reglera sina mellanhavanden avseende ägandet av Bolaget och bedrivandet av Bolagets verksamhet. Vid bristande överensstämmelse mellan innehållet i bolagsordning och detta Avtal, ska Avtalets bestämmelser, Parterna emellan, äga företräde. Den bolagsordning som Parterna enats om har den lydelse som framgår av Bolagsordningen.
- 2.3 Detta Avtal omfattar samtliga Parts vid var tid innehavda aktier.

3. PARTERNAS MÅLSÄTTNING MED BOLAGET

- 3.1 Bolaget är efter SKL Företags förvärv av majoriteten av aktierna i Bolaget ett dotterbolag till SKL Företag. Syftet med att övriga Parter givits tillfälle att vara (eller i förekommande fall, bli) aktieägare är att, genom detta Avtal, tillförsäkra deltagande Regioner, Landsting och Kommuner ett avgörande inflytande över Bolagets strategiska mål och viktiga beslut.
- 3.2 I detta Avtal har införts bestämmelser om ett ägarråd ("**Ägarråd**") som ska utgöra det beslutsorgan i vilket samtliga Parter äger delta och som beslutar om ändring av bolagsordning, övergripande strategiska frågor och bolagsstyrning. Bolagets verksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att aktieäggande kommuner och landsting kan utöva kontroll över bolaget motsvarande den som myndigheten utövar över sin egen förvaltning. Bolaget ska i huvudsak utföra verksamhet för ägarnas (eller andra enheter som ägarna utövar kontroll över) räkning.
- 3.3 Bolaget ska bedriva sin verksamhet i enlighet med dess bolagsordning samt i enlighet med från tid till annan antagna ägardirektiv, vilka ska gälla till dess beslut fattats om annat.
- 3.4 Bolaget ska så långt möjligt nyttja marknaden och föreliggande konkurrensförhållanden.
- 3.5 Bolaget ska inom ramen för självkostnadsprincipen enligt 8 kap. 3c § kommunallagen agera affärsmässigt. Bolagets olika delverksamheter ska långsiktigt vara självfinansierade.

4. FINANSIERING OCH VINSTUTDELNING

- 4.1 Bolaget ska finansieras genom i Bolagets verksamhet genererade medel samt, vid behov, genom extern upplåning. Part är inte skyldig att tillskjuta medel till Bolaget, ställa säkerhet eller pant eller på annat sätt bidra till Bolagets finansiering på annat sätt eller i större omfattning än vad som uttryckligen anges i detta Avtal.
- 4.2 Parterna har enats om verksamhetsföremål och att Bolaget inte ska drivas i syfte att bereda vinst åt aktieägarna på sätt som anges i bolagsordningen, Bilaga 3.
- 4.3 SKL Företag avser som ett led i förvärvet av aktierna i bolaget att ställa ut en förlustgaranti gentemot Bolaget på ett belopp om maximalt **35 MSEK**. Till undvikande av tvivelsmål noteras att SKL Företag samma sätt som övriga Parter, och enlighet med punkt 4.1 ovan, inte har något åtagande att därutöver tillskjuta medel eller att annars bidra till Bolagets finansiering.

5. PARTERNAS INFLYTANDE ÖVER BOLAGET

- 5.1 Parterna ska utöva sitt inflytande över Bolaget vid Ägarråd och bolagsstämma på sätt som anges i detta Avtal.
- 5.2 Parterna förbinder sig att vid bolagsstämma i Bolaget rösta i enlighet med de beslut och val som sker vid Ägarråd enligt detta Avtal.
- 5.3 Parterna är överens om att Bolagets verksamhet ska ledas av Bolagets styrelse som har att verkställa vad Parterna från tid till annan fastställer i ägardirektiv och genom beslut vid Ägarråd respektive bolagsstämma.

6. ÄGARRÅD

- 6.1 Parterna ska tidigast åtta och senast fem veckor före årsstämma i Bolaget sammanträffa vid ordinarie Ägarråd. Vid ordinarie Ägarråd ska beslut fattas om
 - 6.1.1 fastställelse av ägardirektiv med strategiska mål för Bolaget avseende nästkommande räkenskapsår;
 - 6.1.2 övriga vid årsstämma i Bolaget förekommande ärenden;
 - 6.1.3 val av ledamöter till valberedningen; samt
 - 6.1.4 annat ärende som Part initierat enligt punkt 6.2.

- 6.2 Envar Part äger att hos SKL Företag hemställa att ärende rörande bolaget ska behandlas vid Ägarråd. Sådan hemställan ska ha inkommit i så god tid att SKL Företag kan inta ärendet i kallelse till Ägarråd.
- 6.3 Annat Ägarråd än inför årsstämma får sammankallas av SKL Företag. SKL Företag är skyldigt att kalla till sådant Ägarråd om minst en tiondel (1/10) av samtliga Parter så begär.
- 6.4 SKL Företag kallar till Ägarråd och ska, om möjligt, tillse att deltagande vid Ägarråd ska kunna ske på distans.
- 6.5 För kallelse till Ägarråd ska följande gälla.
 - 6.5.1 Kallelse till Ägarråd ska ske med brev på posten eller e-post till samtliga Parter ej senare än tre veckor före Ägarråd. Sådan kallelse ska innefatta förslag till dagordning. Förslag till beslut ska ange förslagets huvudsakliga innehåll, även förslag till ägardirektiv enligt 6.1.1.
- 6.6 Vid Ägarråd har Part så många röster som motsvarar antalet av sådan Part ägda aktier i Bolaget, dock att SKL Företag har lika många röster som samtliga övriga Parter tillsammans minskat med ett (1).
- 6.7 För giltigt beslut vid Ägarråd krävs att minst hälften (1/2) av de vid Ägarrådet företrädade rösterna röstar för beslutet samt att beslutet biträds av mer än en tredjedel (1/3) av de Landsting som är företrädade vid Ägarrådet samt mer än en tredjedel (1/3) av de kommuner som är företrädade vid Ägarrådet.

7. BOLAGETS STYRELSE

- 7.1 Bolagets styrelse ska bestå av lägst sex (6) och högst femton (15) ledamöter inklusive ordföranden. Suppleanter ska ej utses.
- 7.2 Minst 2/3 av ledamöterna i styrelsen ska utses bland representanter för aktieäggande regioner, landsting och kommuner. Parterna är överens om att dessa ska representera samtliga deläggande kommuner, landsting och regioner.

8. STYRELSENS ARBETSFORMER

- 8.1 Styrelsens arbetsformer ska fastställas i arbetsordningen för styrelsen vilken ska beslutas av styrelsen.

9. VERKSTÄLLANDE DIREKTÖR

- 9.1 Tillsättande och avsättande av Bolagets verkställande direktör beslutas av Bolagets styrelse.

10. REVISOR

- 10.1 Revisor i Bolaget ska vara samma revisor som i SKL Företag. Därutöver ska två lekmannarevisorer utses. Som lekmannarevisor ska utses revisor som valts för granskning av styrelsens och övriga nämnders verksamhet hos aktieäggande kommuner, landsting eller regioner.

11. VALBEREDNING

- 11.1 Bolaget ska ha en valberedning bestående av högst sju (7) ledamöter valda vid Ägarråd.
- 11.2 Valberedningens uppdrag ska vara att till Ägarråd lägga fram förslag till styrelse, styrelseordförande, revisorer och lekmannarevisorer samt arvoden till dessa. Valberedningen ska eftersträva att styrelsen får en med hänsyn till Bolagets verksamhet, utvecklingsskede och förhållanden i övrigt ändamålsenlig sammansättning, präglad av mångsidighet och bakgrund i övrigt. Valberedningen ska härvid särskilt beakta styrelsens sammansättning med avseende på kön och etnicitet samt representativitet för aktieäggande regioner, landsting och kommuner.

12. AKTIEBREV

- 12.1 Aktiebrev ska ej utfärdas.

13. RÄTT FÖR FÖRVÄRVARE ATT TILLTRÄDA AVTALET

- 13.1 Parterna är överens om att, oaktat vad som i övrigt anges i detta Avtal, samtliga regioner, landsting och kommuner i Sverige som inte redan är aktieägare, ska ges tillfälle att från SKL Företag förvärva aktie i Bolaget samt att sådan Tillträdande Part äger rätt att ansluta sig till detta Avtal utan övriga Parters särskilda medgivande.
- 13.2 Tillträdande Part ska tillträda detta Avtal genom särskilt anslutningsavtal som ska undertecknas av den Tillträdande Parten och av SKL Företag.

14. FÖRKÖP

- 14.1 Part (nedan kallad "**Erbjudande Part**") äger inte, helt eller delvis, överlåta sina aktier i Bolaget till tredje man utan att först skriftligen erbjuda SKL Företag att lösa av Erbjudande Part sålunda erbjudna aktier. Erbjudandet ska innehålla uppgift om antalet aktier som erbjuds till inlösen för en köpeskilling motsvarande akties kvotvärde.
- 14.2 SKL Företag ska inom sextio (60) dagar ("**Acceptfristen**") från erbjudandet meddela Erbjudande Part om förköpserbjudandet accepteras eller inte. Erbjudandet måste accepteras i sin helhet och inte endast delvis.
- 14.3 Har inte SKL Företag accepterat förköpserbjudandet innan utgången av Acceptfristen ska detta i sin helhet anses förkastat.

- 14.4 Accepteras förköpserbudandet på sätt som ovan anges ska SKL Företag erlægga köpeskillingen för de erbjudna aktierna kontant senast trettio (30) dagar efter utgången av Acceptfristen. Äganderätten till förköpta aktier övergår den dag då köpeskillingen erlagts, varvid Erbjudande Part ska överlämna eventuellt utfärdade aktiebrev avseende de förköpta aktierna, vederbörligen endosserade, till SKL Företag.
- 14.5 Om förköpserbudandet inte accepteras, eller om köpeskillning inte erläggs inom den tid som anges i punkten 13.4 ovan, ska Erbjudande Part ha rätt att överlåta förköpserbudna aktier till tredje man under förutsättning att villkoren vid sådan överlåtelse ej är mer förmånliga för köparen än vad som hade gällt vid förköp enligt denna punkt 13. Såsom ytterligare förutsättningar gäller dels att sådan överlåtelse kommer till stånd inom sextio (60) dagar från utgången av Acceptfristen, dels att köparen i samband med sitt förvärv av aktierna skriftligen förklarar sig tillträda detta Avtal som part i Erbjudande Parts ställe. Utträdande Parts ansvar enligt detta avtal upphör ej dessförinnan. Inträde i detta Avtal förutsätter godkännande här till av övriga Parter.

15. MEDDELANDEN

- 15.1 Meddelanden som enligt Avtalet ska lämnas skriftligen ska sändas med rekommenderat brev eller e-post till respektive Parts officiella adress.
- 15.2 Meddelandet ska anses vara motpart till handa:
- 15.2.1 tre (3) arbetsdagar efter avsändandet, om avsänt med rekommenderat brev,
- 15.2.2 den dag mottagaren bevisligen erhållit meddelandet, om detsamma översänts med e-post.

16. HANDLINGSOFFENTLIGHET

- 16.1 Bolaget ska tillämpa den s. k. offentlighetsprincipen i enlighet med vad som föreskrivs i lag och bolagsordning.

17. ÄNDRING AV BOLAGSORDNING

Punkterna 3-4 , 7-9, 12 och 14 i bolagsordningen får inte ändras utan godkännande av fullmäktige i minst 2/3 av de aktieäggande regionerna, landstingen och kommunerna.

18. ÖVERLÅTELSE AV AVTALET

- 18.1 Part äger inte rätt att annat än då så följer av uttrycklig bestämmelse häri, utan skriftligt medgivande från behörig företrädare för övriga Parter, överlåta Avtalet eller sina rättigheter eller skyldigheter enligt Avtalet till annan.

19. AVTALSTID

- 19.1 Detta avtal gäller från och med dagen för Parts undertecknande och intill dess sådan Part inte längre är aktieägare i Bolaget.

20. ÖVRIGT

- 20.1 Detta Avtal reglerar med uteslutande av lag (1980:1102) om handelsbolag och enkla bolag uttömmande alla frågor som Avtalet berör.

Detta Avtal har upprättats i [**] exemplar, varav Parterna erhållit var sitt.

Stockholm den [**]

[**]

[**]

[**]

BOLAGSORDNING

1. BOLAGETS FIRMA

Bolagets firma är Inera AB.

2. SÄTE

Styrelsen ska ha sitt säte i Stockholm.

3. FÖREMÅLET FÖR BOLAGETS VERKSAMHET

Bolaget ska samordna, tillhandahålla och utveckla gemensamma tjänster och lösningar till stöd för digitalisering och verksamhetsutveckling i kommuner, landsting, regioner, samt bolag och organisationer som de utövar ett rättsligt bestämmande inflytande över, inom deras verksamhetsområden och ansvar.

Bolaget ska inom ramen för de kommunalrättsliga principerna i 2 kap. 1-2 och 7-8 §§ kommunallagen och självkostnadsprincipen enligt 8 kap. 3c § kommunallagen agera affärsmässigt.

Bolaget får bara när det är förenligt med den kommunala kompetensen och aldrig till större omfattning än tjugo (20) procent av bolagets omsättning tillhandahålla tjänster till andra än direkta eller indirekta aktieägare.

4. BOLAGETS SYFTE

Bolagets syfte är inte att bereda vinst åt aktieägarna utan att bidra till en effektivisering och utveckling av landstingens, regionernas och kommunernas verksamhet genom samordnade lösningar med optimalt resursutnyttjande och hög kvalitet.

I händelse av bolagets likvidation ska vinst och bolagets behållning, efter det att bolagets förpliktelser fullgjorts, fördelas mellan aktieägarna i förhållande till deras andel i aktiekapitalet.

5. AKTIEKAPITALET

Aktiekapitalet ska utgöra lägst 3.000.000 och högst 12.000.000 kronor.

6. ANTAL AKTIER

Antal aktier ska vara lägst 3.000 och högst 12.000 stycken.

7. STYRELSE

Styrelsen ska bestå av lägst sex och högst femton ledamöter.

8. REVISORER

Bolaget ska ha lägst en och högst två revisor(er) med högst två ersättare.

9. LEKMANNAREVISORER

Bolaget ska ha två lekmannarevisor(er) med högst två ersättare.

10. KALLELSE TILL BOLAGSSTÄMMA

Kallelse till bolagsstämma ska ske genom e-post eller brev med posten till aktieägarna tidigast sex veckor och senast två veckor före stämman.

11. ÄRENDEN PÅ ORDINARIE STÄMMA (ÅRSSTÄMMA)

På årsstämman ska följande ärenden förekomma till behandling:

- 1) val av ordförande vid stämman
- 2) upprättande och godkännande av röstlängd
- 3) val av sekreterare och en eller två justeringsmän
- 4) prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad
- 5) godkännande av förslag till dagordning för stämman
- 6) framläggande av årsredovisningen och revisionsberättelsen
- 7) beslut
 - a. om fastställelse av resultaträkningen och balansräkningen,
 - b. om dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen,
 - c. om ansvarsfrihet åt styrelseledamöterna och verkställande direktör,
- 8) bestämmande av antalet styrelseledamöter samt i förekommande fall antalet revisorer, lekmannarevisorer och ersättare,
- 9) fastställande av arvoden åt styrelsen och i förekommande fall för revisorerna
- 10) val av styrelseledamöter samt i förekommande fall, revisorer, lekmannarevisorer och ersättare
- 11) val av styrelseordförande

- 12) annat ärende, som ankommer på stämman enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen

12. BOLAGSSTÄMMANS KOMPETENS

Beslut i följande frågor ska alltid fattas av bolagsstämman.

- 1) Årligt fastställande av verksamhetsinriktning med strategiska mål för de närmaste tre räkenskapsåren
- 2) Fastställande av rambudget för verksamheten
- 3) Ram för upptagande av krediter
- 4) Köp och försäljning av fast egendom
- 5) Bildande av bolag
- 6) Köp eller försäljning av bolag eller andel i sådant
- 7) Ställande av säkerhet
- 8) Beslut i annat ärende av principiell betydelse eller annars av större vikt för bolaget

13. BOLAGETS RÄKENSKAPSÅR

Bolagets räkenskapsår ska vara kalenderår.

14. OFFENTLIGHET

Allmänheten ska ha rätt att ta del av handlingar hos bolaget enligt de grunder som gäller för allmänna handlingars offentlighet i 2 kap. tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen.

Om bolaget överlämnar verksamhet till privat utförare ska bolaget genom avtalet med utföraren tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Lena Dahl

Ägardirektiv för Inera AB

Ägare

SKL Företag AB äger 97 % av aktierna i bolaget. Övriga aktier ägs av landsting/regioner. Intentionen är att samtliga kommuner ska ges tillfälle att köpa aktier i bolaget. Vid full anslutning från kommuner och landsting/regioner kommer det innebära att SKL Företag AB äger 50,8 % av aktierna.

Sveriges Kommuner och Landsting äger samtliga aktier i SKL Företag AB. SKL Företag AB är moderbolag i SKL:s bolagskoncern.

Bolagets verksamhet

Bolaget ska samordna, tillhandahålla och utveckla tjänster och lösningar till stöd för digitalisering och verksamhetsutveckling i kommuner, landsting, regioner, samt bolag och organisationer som de utövar ett rättsligt bestämmande inflytande över, inom deras verksamhetsområden och ansvar.

Föremålet för verksamheten är angivet i bolagsordningen för bolaget. Bolaget får ej bedriva verksamhet som inte är förenlig med bolagsordningen. Bolaget får ej heller bedriva verksamhet som inte är förenlig med den kommunala kompetensen.

Bolaget ska i första hand ta fram gemensamma tjänster och lösningar till stöd för digitalisering och verksamhetsutveckling inom områden där marknaden inte bedöms kunna tillgodose ägarnas behov och intressen. Bolaget ska så långt möjligt nyttja marknaden och föreliggande konkurrensförhållanden.

Beslut som fattats av ägarrådet återfinns i **bilaga**.

Bolagets styrning

Bolaget är efter SKL Företags förvärv av majoriteten av aktierna i bolaget ett dotterbolag till SKL Företag. Syftet med att övriga parter givits tillfälle att vara (eller i förekommande fall, bli) aktieägare är att tillförsäkra deltagande regioner, landsting och kommuner ett avgörande inflytande över bolagets strategiska mål och viktiga beslut. I aktieägaravtal har införts bestämmelser om ett ägarråd som ska utgöra det beslutsorgan i vilket samtliga parter äger delta och som beslutar om övergripande strategiska frågor och bolagsstyrning.

Bolagets verksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att aktieäggande kommuner och landsting kan utöva kontroll över bolaget motsvarande den som myndigheten utövar över sin egen förvaltning. Bolaget ska i huvudsak utföra verksamhet för ägarnas (eller andra enheter som ägarna utövar kontroll över) räkning.

SKL Företag AB

Postadress: 118 82 Stockholm, Besök: Hornsgatan 20, Tfn: 08-452 70 00, Fax: 08-452 72 25
www.sklab.skl.se, Epost: info@sklforetag.skl.se, Postgiro: 67 33 018, Bankgiro: 251-7381, Org nr: 556117-7535

Verksamhetens finansiering

Bolaget ska inom ramen för de kommunalrättsliga principerna i 2 kap. 1-2 och 7-8 §§ kommunallagen och självkostnadsprincipen enligt 8 kap. 3c § kommunallagen agera affärsmässigt. Bolagets olika delverksamheter ska långsiktigt vara självfinansierade.

Bolaget får bara när det är förenligt med den kommunala kompetensen och aldrig till större omfattning än tjugo (20) procent av bolagets omsättning tillhandahålla tjänster till andra än direkta eller indirekta aktieägare.

Bolagets syfte är inte att bereda vinst åt aktieägarna utan bidra till en effektivisering och utveckling av landstingens, regionernas och kommunernas verksamhet genom samordnade lösningar med optimalt resursutnyttjande och hög kvalitet.

Strategier för koncernen

Bolagen inom SKL-företagskoncernen ska skapa värde för SKL och dess medlemmar genom att stödja SKL:s verksamhetsidé:

En fråga om demokrati.

SKL är en medlemsorganisation för kommuner, landsting och regioner. Som arbetsgivar- och intresseorganisation driver vi deras frågor och erbjuder stöd och service.

Vi väcker frågor, agerar kraftfullt och bildar opinion.

Vårt uppdrag är att ge kommuner, landsting och regioner bättre förutsättningar för lokalt och regionalt självstyre. Målet är att utveckla välfärden.

Det är en fråga om demokrati.

SKL:s verksamhet styrs ytterst av kongressens inriktningsdokument som innehåller ett antal inriktningsmål för respektive kongressperiod. Varje år beslutar styrelsen i SKL om en verksamhetsplan och budget. Koncernens bolag ska bidra till förbundets inriktning och målsättningar.

Koncerngemensamma riktlinjer

Riktlinjer för Sveriges Kommuner och Landsting ska i möjligaste mån tillämpas i dotterbolagen. Följande riktlinjer ska ingå i ägardirektiv till dotterbolag: SKL:s

alkoholpolicy samt SKL:s policy om rökfri arbetstid. Ledande befattningshavare i dotterbolagen ska ha en uppsägningstid om minst 3 månader.

Styrelse- och vd-utvärdering ska genomföras vartannat år och resultatet ska rapporteras till styrelsen i SKL Företag.

Dotterbolagen ska genomföra medarbetarundersökningar vartannat år.

Vid nominering av styrelseledamöter samt ledande befattningshavare i bolagen, bör en jämn könsfördelning eftersträvas så att andelen män respektive kvinnor blir minst 40 %.

Bolagen inom koncernen ska aktivt arbeta med hållbarhetsfrågor. Varje bolag ska ha en hållbarhetsredovisning.

Styrelsen

Styrelsen ska bestå av lägst 6 och högst 15 ledamöter inklusive ordföranden. Styrelseledamöterna föreslås av en valberedning vilken ska bestå av högst 7 ledamöter. Valberedningens uppdrag är att till ägarmöte lägga fram förslag till styrelse, styrelseordförande samt arvoden till dessa.

Styrelsen svarar för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter.

Styrelsen ska fortlöpande bedöma bolagets ekonomiska situation.

Styrelsen ska se till att bolagets organisation är utformad så att bokföringen, medelsförvaltningen och bolagets ekonomiska förhållanden i övrigt kontrolleras på ett tryggande sätt.

Styrelsen ska se till att SKL Företag AB:s tidplaner för ekonomisk- och verksamhetsmässig rapportering kan följas.

Styrelsen ska årligen fastställa en skriftlig arbetsordning för sitt arbete. I arbetsordningen ska det bl.a. anges hur ofta styrelsen ska sammanträda.

Styrelsen ska i skriftlig instruktion ange arbetsfördelningen mellan styrelsen och den verkställande direktören.

Verkställande direktör

Styrelsen utser, i samråd med SKL Företag AB:s vd, en verkställande direktör för bolaget.

Lön och övriga anställningsvillkor fastställs, i samråd med SKL Företag AB:s vd, av styrelsen.

Styrelsen ska i en skriftlig vd-instruktion ange ansvar och befogenheter för vd.

Om vd ska skiljas från sina uppgifter, ska samråd ske med SKL Företag AB:s vd.

Bolagets utveckling

Styrelsen ska uppmärksamma bolagets långsiktiga utveckling och anpassningsförmåga till nya krav och förutsättningar. Detta ska beskrivas i bolagets affärsplan.

Investeringar

Bolagets behov av investeringar ska framgå av investeringsbudgeten. Beslut om större investeringar ska ske i samråd med SKL Företag AB:s vd.

Ekonomiska krav

Verksamheten i bolaget ska bedrivas på affärsmässiga grunder och bidra till medlemsnytta. Som ekonomiska mål gäller följande:

Lönsamhetsmål - nettomarginal

Nettomarginalen beräknas som resultatet efter finansiella poster i procent av rörelsens intäkter.

Nettomarginalen ska under perioden 2017-2019 uppgå till minst 3 %.

Kapitalstruktur mål - soliditet

Soliditet beräknas som eget kapital, inklusive obeskattade reserver exkl. skatt, dividerat med balansomslutningen.

Soliditeten ska långsiktigt uppgå till minst 15 %.

Utdelning

Bolaget ska inte lämna utdelning. Uppkommen vinst ska återinvesteras i bolaget och långsiktigt förbättra bolagets soliditet.



20

Revidering av stadgar för Årets
folkhälsoinsats
RS/2231/2016

2016-11-28

Samordningskansliet

Monica Byvald

Tfn: 063-147637

E-post: monica.byvald@regionjh.se

RS/2231/2016

Revidering av stadgar för Årets folkhälsoinsats

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets folkhälsoinsats" är avsett att tilldelas personer, organisationer, sammanslutningar eller offentlig verksamhet som på ett föredömligt och aktivt sätt tagit initiativ till åtgärder som positivt påverkar folkhälsan inom Jämtlands län.

I samband med att ärendet Årets folkhälsoinsats 2016 återremitterades av regionstyrelsen 2016-04-28 fick folkhälsonätverket, Folkhälso Z, i uppdrag att se över processen och revidera "Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris" så att regionens värdegrund tas i beaktande när pristagare utses.

Folkhälsonätverket har nu lämnat förslag på reviderade stadgar. Stadgarna antogs senast av landstingsfullmäktige den 2014-10-14, § 171 och ska därför även denna gång revideras av regionfullmäktige. Hädanefter bör regionstyrelsen få delegation på att revidera stadgarna för Årets folkhälsoinsats.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Reviderade Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets Folkhälsoinsats" antas.
2. Revidering av stadgarna för Årets folkhälsoinsats delegeras hädanefter till regionstyrelsen.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets Folkhälsoinsats" (RS/2231/2016)

§1

Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets folkhälsoinsats" är avsett att tilldelas personer, organisationer, sammanslutningar, företag eller offentlig verksamhet som på ett föredömligt och aktivt sätt tagit initiativ till åtgärder som positivt påverkar folkhälsan inom Jämtlands län.

Priset delas ut för att uppmärksamma och uppmuntra förtjänstfulla insatser inom området folkhälsa utifrån folkhälsopolicyns utvecklingsområden. Med insatser för en bättre folkhälsa menas insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Insatser ska bidra till ett socialt, fysiskt och psykiskt välbefinnande samt öka den jämlika hälsan mellan olika grupper i samhället.

§2

Pristagaren måste utöva sina insatser i samstämmighet med Region Jämtland Härjedalens värdegrund.

§3

Priset utgör 10 000 kronor och delas ut en gång per år till en eller flera pristagare. Regionstyrelsen beslutar om pristagare efter beredning av folkhälsonätverket Folkhälso Z.

Priset "Årets folkhälsoinsats" delas ut av regionfullmäktiges ordförande vid tillfälle som regionstyrelsen beslutar, vanligtvis vid fullmäktiges junisammanträde.

§4

Priset ska utlysas genom annons i lokala media, på regionens hemsida eller på annat lämpligt sätt, under januari månad.

Förslag, nominering eller ansökan lämnas in före utgången av februari månad.

Var och en som så önskar har rätt att lämna in förslag, nominera eller ansöka, där beskrivning av genomfört arbete, hur det bidragit till länets folkhälsa och motivering ska bifogas.

Förslag eller ansökan ska i första hand avse insatser som utförts under närmast föregående kalenderår.



21

Utvärdering av den politiska
organisationen

RS/566/2016

§72

Utvärdering av den politiska organisationen (RS/566/2016)

Sammanfattning

Landstingsfullmäktige beslutade 2014-11-25, § 219 om fullmäktiges arbetsordning och styrelsens, regionala utvecklingsnämndens och vårdvalsnämndens reglementen inför den nya mandatperioden. Samtidigt beslutade fullmäktige att den politiska organisationen skulle utvärderas hösten 2016.

Hösten 2015 blev det en ny majoritet i regionfullmäktige och med anledning av det beslutade regionfullmäktige om ändringar i den politiska organisationen. Den politiska organisation som skulle utvärderas har därmed i viss mån ett annat utseende än vad den som finns nu. Med hänsyn till detta ansåg fullmäktiges presidium att det kunde ifrågasättas om det var meningsfullt att utvärdera den politiska organisationen efter så kort tid och föreslog 2016-03-29, § 22 att den utvärdering av den politiska organisationen som beslutades av landstingsfullmäktige 2014-11-25, § 219 punkten 10 ska inte genomföras.

Regionfullmäktige beslöt 2016-06-14 - -15, § 91 med anledning av förslaget att Fullmäktiges presidium fick i uppdrag att återkomma med tidpunkt för utvärdering av den politiska organisationen.

Det har nu snart gått ett år sedan den politiska organisationen senast ändrades. Det bör gå lite längre tid innan en utvärdering görs. Samtidigt bör utvärderingen göras i sådan tid att resultatet kan användas inför översyn av den politiska organisationen inför nästa mandatperiod. Lämplig tidpunkt för utvärderingen är med hänsyn till detta hösten 2017.

Förslag till beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

Utvärderingen av den politiska organisationen ska genomföras under hösten 2017.

Beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

Utvärderingen av den politiska organisationen ska genomföras under hösten 2017.

Expedieras till

Regionstyrelsen

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Utvärdering av den politiska organisationen

Regionfullmäktige
2016-06-14--15

§ 91 Utvärdering av den politiska organisationen (RS/566/2016)

Protokollsutdrag regionstyrelsen 2016-05-24—25, § 152

Ärendebeskrivning

Protokollsutdrag fullmäktiges presidium 2016-03-29, § 22

Landstingsfullmäktige beslutade 2014-11-25, § 219 om fullmäktiges arbetsordning och styrelsens, regionala utvecklingsnämndens och vårdvalsnämndens reglementen inför den nya mandatperioden. Samtidigt beslutade fullmäktige att den politiska organisationen skulle utvärderas hösten 2016.

Hösten 2015 blev det en ny majoritet i regionfullmäktige och med anledning av det beslutades det om ändringar i den politiska organisationen. Den politiska organisation som skulle utvärderas har därmed i viss mån ett annat utseende än vad den som finns nu har. Det kan ifrågasättas om det meningsfullt att utvärdera den politiska organisationen nu efter så kort tid. Med hänsyn till detta bör den beslutade översynen inte genomföras. Fullmäktiges beslut om översyn av den politiska organisationen hösten 2016 bör därför ändras.

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag från landstingsfullmäktige 2014-11-25 § 219 Ändring i fullmäktiges arbetsordning och styrelsens, regionala utvecklingsnämndens och vårdvalsnämndens reglementen.

Regiondirektörens förslag

Fullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Den utvärdering av den politiska organisationen som beslutades av landstingsfullmäktige 2014-11-25, § 219 punkten 10 ska inte genomföras.

FULLMÄKTIGES PRESIDUMS BESLUT

Fullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Den utvärdering av den politiska organisationen som beslutades av landstingsfullmäktige 2014-11-25, § 219 punkten 10 ska inte genomföras.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
		317	

Regionfullmäktige
2016-06-14--15

Yrkande

Anton Nordqvist (MP) och Elin Lemon (C) yrkar följande:

”Landstingsfullmäktige beslutade 2014-11-25, § 219 om fullmäktiges arbetsordning och styrelsens, regionala utvecklingsnämndens och vårdvalsnämndens reglementen inför den nya mandatperioden. Samtidigt beslutade fullmäktige att den politiska organisationen skulle utvärderas hösten 2016.

Hösten 2015 beslutade den nya politiska majoriteten om en ny politisk organisation. Mot bakgrund av det kan det vara värdefullt att skjuta på utvärderingen till ett senare tillfälle än det av fullmäktige tidigare beslutat, för att fullt ut kunna utvärdera organisationen även efter omorganiseringen.

Därför yrkar Anton Nordqvist (MP) och Elin Lemon (C) Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige att den utvärdering av den politiska organisationen som beslutades av landstingsfullmäktige 2014-11-25, § 219 punkten 10 ska genomföras under våren 2017.”

Monalisa Norrman (V) yrkar bifall till Anton Nordqvists och Elin Lemons yrkande.

Bengt Bergqvist (S) yrkar bifall till fullmäktiges presidiums förslag.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på fullmäktiges presidiums förslag och Anton Nordqvists och Elin Lemons yrkande och finner fullmäktiges presidiums förslag antaget.

REGIONSTYRELSENS BESLUT

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Den utvärdering av den politiska organisationen som beslutades av landstingsfullmäktige 2014-11-25, § 219 punkten 10 ska inte genomföras.

Reservation

Anton Nordqvist (MP), Elin Lemon (C), Thomas Andersson (C) och Monalisa Norrman (V) reserverar sig till förmån för Anton Nordqvists (MP), Elin Lemons (C) yrkande.

Anton Nordqvist (MP), Elin Lemon (C), Monalisa Norrman (V), Bengt Bergqvist (S), Susanné Wallner (M), Eva Hellstrand (C), Thomas Andersson (C) och Jan-Olof Andersson (M) yttrar sig.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande

Regionfullmäktige
2016-06-14--15

Yrkande

Margareta Winberg (S) yrkar följande:

”Fullmäktiges presidium får i uppdrag att återkomma med tidpunkt för utvärdering av den politiska organisationen.”

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regionstyrelsens förslag och sitt eget yrkande och finner sitt eget yrkande antaget.

REGIONFULLMÄKTIGES BESLUT

Fullmäktiges presidium får i uppdrag att återkomma med tidpunkt för utvärdering av den politiska organisationen.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
		319	



22

Godkännande av ställföreträdande
ansvarig utgivare för fullmäktiges
webbsändningar

RS/102/2015

§73

Godkännande av ställföreträdande ansvarig utgivare för fullmäktiges webbsändningar (RS/102/2015)

Sammanfattning

Regionfullmäktige beslutade 2015-02-10—11, § 4, att utse ordförande Margareta Winberg (S) som utgivare för fullmäktiges webbsändningar och att godkänna förste vice ordförande, Anton Hammar (S) som ställföreträdande utgivare för webbsändningar.

Det är ansvarige utgivaren som utser ställföreträdande utgivare. Anton Hammar är inte längre vice ordförande i fullmäktige. Ansvarige utgivaren kommer därför att entlediga honom och i stället utse nuvarande vice ordförande Elisabeth Svensson (M) till ställföreträdande utgivare. Enligt reglerna ska den som utsett den ansvarige utgivaren också godkänna den ställföreträdande utgivaren. Regionfullmäktige bör därför godkänna Elisabeth Svensson som ställföreträdande utgivare.

Förslag till beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

Förste vice ordförande, Elisabeth Svensson (M) godkänns som ställföreträdande utgivare för fullmäktiges webbsändningar.

Beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

Förste vice ordförande, Elisabeth Svensson (M) godkänns som ställföreträdande utgivare för fullmäktiges webbsändningar.

Expedieras till

Regionfullmäktiges ordförande

Regionfullmäktiges förste vice ordförande

Beslutsunderlag

- Godkännande av ställföreträdande ansvarig utgivare



23

Svar på medborgarförslag från Anna
Olofsson Frestadius om att fullmäktiges
webbsändning ska göras tillgänglig för alla
medborgare

RS/1185/2016

§71

Förslag till beslut Medborgarförslag från Anna Olofsson Frestadius om att fullmäktiges webbsändning ska göras tillgänglig för alla medborgare (RS/1185/2016)

Sammanfattning

Anna Olofsson Frestadius har lämnat in ett medborgarförslag om att göra regionfullmäktige tillgängligt för alla medborgare genom att transkribera det som sägs och publicera detta på Region Jämtland Härjedalens webbplats.

Redan idag uppfyller Region Jämtland Härjedalen kommunallagens krav på offentliga sammanträden för regionfullmäktige.

I Region Jämtland Härjedalens värdegrund framgår också att regionen ska utveckla insatser som ger alla ökad möjlighet till insyn och delaktighet i organisationens verksamhet. Som en konsekvens av detta går det att följa regionfullmäktiges sammanträden antingen via Region Jämtland Härjedalen webbsändning eller på plats i möteslokalen. Utöver detta publiceras samtliga möteshandlingar på Region Jämtland Härjedalens hemsida en vecka före sammanträdet så att allmänheten har möjlighet att läsa in sig på de aktuella ärendena som ska föredras och beslutas. Samtliga protokoll publiceras också hemsidan efter justering.

Vid omvärldsorientering konstateras att Region Jämtland Härjedalen har en likvärdig tillgänglighet som övriga landsting/regioner vid offentliga sammanträden. Slutsatsen blir därför att Region Jämtland Härjedalen redan idag har en god tillgänglighet och transparens när det gäller medborgerlig insyn i och möjlighet till närvaro vid regionfullmäktiges sammanträden.

Förslag till beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget avslås

Beslutsunderlag

- Medborgarförslag från Anna Olofsson Frestadius om att fullmäktiges webbsändning skall göras tillgänglig för alla medborgare

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2016-09-28

RS/1185/2016

Svar på medborgarförslag från Anna Olofsson Frestadius om att fullmäktiges webbsändning ska göras tillgänglig för alla medborgare

Anna Olofsson Frestadius har lämnat in ett medborgarförslag om att göra regionfullmäktige tillgängligt för alla medborgare genom att transkribera det som sägs och publicera detta på Region Jämtland Härjedalens webbplats.

Att transkribera tal från ett sammanträde innebär att överföra det talade språket till skriftlig form. Transkribering används idag främst av forskarvärlden som transkriberar intervjuer och liknande. Andra områden, till exempel rättsväsendet, använder sig av transkribering av förhör, vittnesmål och liknande. Även Sveriges riksdag använder sig av transkribering för framställandet av så kallade snabbprotokoll som kan publiceras bara timmar efter avslutat sammanträde. Idag är det dock inga landsting/regioner som använder sig av transkribering av sina sammanträden då kostnaden ses som alltför stor.

Det finns i huvudsak tre sätt att genomföra transkribering av regionfullmäktiges sammanträden:

1. Direkttranskribering – innebär att transkriberingen sker under pågående sammanträde. Här arbetar flera sekreterare samtidigt med att fånga upp vad som sägs.
2. Transkribering i efterhand – innebär att sekreterare i efterhand har tillgång till ljudfil och utifrån denna transkriberar sammanträdet.
3. Köp av transkriberingstjänst via extern part – innebär att ljudupptagningsutrustning hyrs, sammanträdet spelas in och ljudfilerna sedan skickas till ett företag som är specialiserat på transkribering.

Att transkribera ett sammanträde är en omfattande process som kräver personella resurser. Ett fullmäktigesammanträde vid Region Jämtland Härjedalen har i genomsnitt en effektiv mötestid på 13 timmar, vilket gör att en fullständig transkribering av sammanträdet riskerar att ta lång tid i anspråk. Resultatet skulle även bli ett väldigt omfattande och oöverskådligt textmaterial.

Att transkribera sammanträdet på plats skulle kräva flertalet sekreterare som parallellskriver, dessa personella resurser finns inte idag hos Region Jämtland Härjedalen. Om transkribering istället sker i efterhand går det att kalkylera på en halvtidstjänst som skulle kosta cirka 250 000 kr per år inklusive sociala avgifter.

Ett företag som är specialiserat på transkribering, fakturerar i genomsnitt 2 000 kronor per inspelad timme. Därtill kommer tillägg för flera talare, hyra av ljudupptagningsutrustning med mera. Detta ger en minsta årskostnad på cirka 130 000 kronor medan en mer verklig kostnad torde ligga på cirka 160 000 kronor.

Redan idag uppfyller Region Jämtland Härjedalen kommunallagens krav på offentliga sammanträden för regionfullmäktige.

I Region Jämtland Härjedalens värdegrund framgår också att regionen ska utveckla insatser som ger alla ökad möjlighet till insyn och delaktighet i organisationens verksamhet. Som en konsekvens av detta går det att följa regionfullmäktiges sammanträden antingen via Region Jämtland Härjedalen webbsändning eller på plats i möteslokalen. Utöver detta publiceras samtliga möteshandlingar på Region Jämtland Härjedalens hemsida en vecka före sammanträdet så att allmänheten har möjlighet att läsa in sig på de aktuella ärendena som ska föredras och beslutas. Samtliga protokoll publiceras också på regionens hemsida efter justering.

Att verka för en tillgänglighet för alla medborgare skulle inte bara innebära transkribering av sammanträden. Det skulle också innebära att möten till exempel borde teckentolkas och att transkribering också borde ske på minoritetsspråk, vilket kräver ytterligare ekonomiska och personella resurser. Vid omvärldsorientering konstateras att Region Jämtland Härjedalen har en likvärdig tillgänglighet som övriga landsting/regioner vid offentliga sammanträden. Slutsatsen blir därför att Region Jämtland Härjedalen redan idag ger goda förutsättningar för tillgänglighet och transparens när det gäller medborgerlig insyn och möjlighet att närvara vid/tillgodogöra sig regionfullmäktiges sammanträden

2016 -06- 15

Dnr. *RS* / *1185* / 20 *16*

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 14 juni 2016

Namn: Anna Olofsson Frestadius

Gatuadress

Postnumm

Telefon-/n

E-postadre

Förslaget i korthet:

Gör regionfullmäktige tillgängligt för alla medborgare genom att transkribera det som sägs och publicera detta på Region Jämtland Härjedalens webbplats.

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

Det fungerar alldeles utmärkt att följa webbsändningen såväl live som i efterhand från regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen. Dock förutsätter det att hen som lyssnar själv antecknar vad som sägs om en vill referera till det hela. Webbsändningen är ett format som inte är tillgängligt för alla varpå alla invånare i Jämtland Härjedalen inte kan tillgodogöra sig informationen och diskussionerna. Det är inte ovanligt med långa diskussioner och därför är det ibland svårt som lyssnare att gå tillbaka och finna rätt i webbsändningen. Jag föreslår att regionfullmäktige transkriberas. Det ligger så vitt jag kan förstå också i linje med målsättningar i RUS:en, bland annat avseende det övergripande målet om att alla ska ha lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga.

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats.

Underskrift:

Anna Olofsson Frestadius