

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



ÖVERSYN HÄLSOVAL 2019

DNR: VVN/25/2017

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	3
1.1	Uppdraget	3
2	DISKUSSIONSUNDERLAG	4
2.2	Förutsättningar	4
2.3	Definition och lokalisering av hälsocentral samt filial	4
2.4	Kompetensförsörjning	4
2.5	Krav på kompetens	4
2.6	Ersättningsmodell	4
2.7	Tillgänglighet	5
2.8	Uppföljning	6
2.9	Primärvårdens roll i vårdkedjan	6
2.10	Övriga frågor	7
3	RESULTAT	8
3.1	Kan hälsovalet bidra till att större delen av hälso- och sjukvården utförs i primärvården?	8
3.2	Kan hälsovalet bidra till att primärvården styr patientens resa genom vårdkedjan?	8
3.3	Kan hälsovalet bidra till ett ökat samarbete mellan primärvård och specialistvård?	8
3.4	Kan hälsovalet bidra till ökad tillgänglighet?	8
3.5	Primärvårdens uppdrag utifrån definition och lokalisering av hälsocentral samt filial	10
3.6	Primärvårdens uppdrag utifrån ansvar för kompetensförsörjning	11
3.7	Primärvårdens uppdrag avseende uppföljning av hälsovalet	11
3.8	Ersättningssystemet	11
4	FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR	12

1 Inledning

När förfrågningsunderlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 beslutades av regionfullmäktige i juni 2017 fick vårdvalsnämnden tillsammans med regionstyrelsen i uppdrag att se över förfrågningsunderlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen inför 2019 för att undersöka möjligheterna att ytterligare stimulera primärvårdens utveckling som styrande i regionens sjukvårdssystem(RS/1044/2017).

Översynen ska också hantera regionstyrelsens beslut om resultatförbättrande åtgärder 2018-2020. *”Nuvarande regelverk för primärvårdens hälsoval avseende konkurrensneutral verksamhet är i grunden från 2009. För att se över möjligheterna att ytterligare vässa hälsovalet skall nuvarande regelverk ses över. Översynen ska även omfatta ersättningssystemet”* (RS/582/2017)

Vårdvalsnämnden fattade vid mötet i september 2017 direktiv för ovanstående uppdrag (VVN/25/2017).

1.1 Uppdraget

Översynen ska belysa om hälsovalet kan bidra till:

- att en större del av hälso- och sjukvården utförs i primärvården
- att primärvården styr patientens resa genom vårdkedjan
- ett ökat samarbete mellan primärvård och specialistsjukvård
- ökad tillgänglighet

Översynen ska dessutom belysa primärvårdens uppdrag:

- Utifrån definition och lokalisering av hälsocentral samt filial
- Utifrån ansvar för kompetensförsörjning
- Avseende uppföljning av hälsovalet

Översynen ska även omfatta ersättningssystemet

Arbetsgruppen har under hösten 2017 haft fem sammankomster.

Politiska representanter:

David Adervall (s), vårdvalsnämnden och ordförande för översynen
 Gudrun Olsson (s), vårdvalsnämnden
 Cristine Persson (c), vårdvalsnämnden
 Ann-Marie Johansson (s), regionstyrelsen
 Christer Siwertsson (m), regionstyrelsen
 Elin Lemon (c), regionstyrelsen

Tjänstemän:

Lena Weinstock Svedh, beställarchef hälsovalskansliet
 Lotta Hagberg, beställare/controller hälsovalskansliet
 Roland Ylander, ekonom hälsovalskansliet
 Anni Åsén, personalstrateg hälsovalskansliet
 Anton Sävström, kommunikatör hälsovalskansliet

2 Diskussionsunderlag

Detta avsnitt är en sammanfattning av vad som diskuterats i arbetsgruppen.

2.2 Förutsättningar

Vid första mötet togs en del punkter upp att tänka på när det gäller översyn av hälsoval.

- Förfrågningsunderlaget behöver bygga på långsiktighet för att vårdgivarna ska kunna planera sin verksamhet.
- Vad är målet med en förändring?
- Förfrågningsunderlaget ska beskriva VAD som ska ingå. HUR är upp till verksamheten att bestämma.
- Hälsovalsuppdraget ges ur ett medborgarperspektiv.
- Ska ersättningsmodellen justeras inom nuvarande budgetram?
- Vem ska ansvara för utveckling i primärvården?

2.3 Definition och lokalisering av hälsocentral samt filial

Diskussionen har handlat om e-tjänster uppfyller krav för att få starta en vårdenhet och filial. Gruppen enas om att vårdenhet och filial är en fysisk plats, vilket föranleder förslag på ändring på definition. Digitala tjänster ses som ett komplement för tillgängligheten.

2.4 Kompetensförsörjning

I nuvarande förfrågningsunderlag framkommer att vårdgivaren ska tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), arbetsplatsförlagd utbildning (APU) eller motsvarande samt platser för utlokaliserad klinisk grundutbildning från Umeå universitet. Vidare framkommer att regionen kan uppdras åt vårdgivare att utbilda ST-läkare samt ansvara för AT-läkares tjänstgöringsavsnitt inom allmänmedicin för en eller flera AT-läkare. Genom denna skrivning anses kravet för kompetensförsörjning vara uppfyllt.

2.5 Krav på kompetens

I nuvarande modell ställs krav på verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, övervägande andel av tjänstgörande läkare ska vara specialister i allmänmedicin och övervägande andel tjänstgörande sjuksköterskor ska vara distriktssköterskor. Vidare ställs krav på sjukgymnast/fysioterapeut samt psykosociala resurser i form av psykolog och/eller socionom och/eller psykiatrisjuksköterska. I övrigt ska vårdgivarna ha en bemanning som säkerställer kontinuitet och med erforderlig legitimation och kompetens. Dialogen har mest handlat om kravet på läkare i allmänmedicin, där det råder delade meningar kring omfattningen. Det viktiga är att det är tillåtet med andra specialiteter, vilket också framkommer i förfrågningsunderlaget.

2.6 Ersättningsmodell

I genomgång av ersättningsmodellen har frågorna kretsat kring glesbygdersättning, "otrohetsersättning", OH-kostnad, ersättning särskilt boende och målrelaterad ersättning.

När det gäller glesbygdersättningen har önskemål funnits om att ändra den till att gälla för avstånd från patientens hemadress till Östersunds sjukhus. För att detta ska fungera krävs

ett geografiskt informationssystem (GIS), något som idag inte finns inom regionen. Möte har hållits med regionens bredbandssamordnare och vår IT enhet som undersökt möjligheten till GIS. Systemet är kostsamt och bara att genomföra en test kostar minst 150 000 kronor. Exempel har visats hur det skulle slå om man ändrade gränsen för glesbygdsersättning från tre mil till två. Mot bakgrund av detta framkommer inga synpunkter på att ändra nuvarande modell för glesbygdsersättning.

När det gäller "otrohetsersättningen" är det idag problem med att få till säkra underlag och dessutom kommer nya dataskyddsförordningen att ställa andra krav på hur vi får kommunicera underlagen på ett säkert sätt till privata vårdgivare. I ett underlag framkommer att de största flödena sker inom egenregins närvårdsområde och när det gäller fakturering mellan privata och egenregin är det i stort sett plus minus noll. Mycket administration läggs på att hantera fakturor kring detta. I stort sett alla vårdgivare stödjer ett slopande av dessa transaktioner.

Gotland har en modell för OH ersättning till privata vårdgivare motsvarande ett påslag på 1,5% av ersättningen per listad. Procentsatsen bygger på deras totalkostnadsbokslut från 2013. En motsvarande ändring skulle innebära att OH ersättningen kan komma att räknas upp årligen, till skillnad från nuvarande ersättning som varit 30 kronor per listad sen år 2015

Det har kommit förslag på att höja ersättningen för ansvaret för korttidsplatser, då vårdtyngden där är högre än vid ett särskilt boende. En förändring skulle vara möjlig inom budgetramen då antalet särskilda boendeplatser minskat de senaste åren.

Målrelaterad ersättning i form av kompensation för ökade hembesök och ersättning för specialistvård som görs med hjälp av primärvård har diskuterats.

Idag ersätter hälsovalet vårdgivarna för 75% av medianlönen för en ST- läkare till en taknivå och 25% bekostas av vårdgivarna. Synpunkter har kommit på att primärvården ersätter även under randning på sjukhuset. I en omvärldsanalys framkommer att det ersätts olika i landet. Vid en höjning av ersättning till 100% räcker budgeten till färre ST-läkare vilket gör att ingen förändring kommer att föreslås.

En fråga som lyfts är vem som ska driva utvecklingsarbete i primärvård. Är det egenregin eller är det beställaren? Idag drivs i stort sett allt övergripande utvecklingsarbete av egenregin som har merkostnader för detta.

Förslagen har hanterats inom nuvarande budgetram.

I Tillitsdelegationens betänkande från maj 2017 framkommer att det inte finns en optimal ersättningsmodell.

2.7 Tillgänglighet

Nuvarande krav på öppettider, telefontillgänglighet, e-tjänster och vårdgaranti har diskuterats. Idag är kravet öppet för besök minst 45 timmar per vecka måndag till fredag, bemannad med minst en läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin och vårdgivaren ska vara tillgänglig per telefon minst 30 timmar per vecka och att vårdgarantin ska uppfyllas. Utöver det ställs krav på deltagande i vissa e-tjänster.

Arbetsgruppen har haft mycket fokus på kravet på 30 timmars tillgänglighet per vecka i telefon. Tillgänglighet idag handlar idag om mer än telefon, kan vara exempelvis videomöten, chatt, mail och öppen mottagning. Det viktiga är att tillgodose medborgarnas behov och eventuella lagkrav.

När det gäller uppföljning mäts idag telefonframkomlighet och genom patientenkäten får vi reda på vad medborgarna tycker om tillgängligheten.

Eftersom mätning av telefonframkomlighet inte svarar på om primärvården uppfyller kraven på o:an i vårdgarantin arbetar Sveriges kommuner och landsting (SKL) med att kunna följa upp tillgängligheten på flera andra sätt.

2.8 Uppföljning

SKL har skrivit två rapporter att utgå från vid uppföljning; "Basmodell för uppföljning av primärvård" och "Modell för fördjupad uppföljning", vilka används för hälsoalet i Region Jämtland Härjedalen. I övrigt utgår uppföljningen från krav i förfrågningsunderlaget, regionplan och vårdvalsmyndighetens verksamhetsplan.

Uppföljning sker genom årlig verksamhetsberättelse, månatlig redovisning av ex vårdgarantin, tertialbokslut, delårsbokslut, besök hos vårdgivaren en gång per år samt vid leverantörsträffar.

2.9 Primärvårdens roll i vårdkedjan

Det pågår en nationell utredning kallad "Samordnad utveckling för god och nära vård" (2017:01). Utredningen har i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Arbetet utgör ett viktigt steg i en strukturförändring av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, som innebär att primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Som ett led i detta arbete ska utredningen bl.a. ta fram ett förslag på ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och, i dialog med berörda parter och aktörer, utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. En nationell samordnare är utsedd som ska leverera sitt slutbetänkande senast mars 2019.

Inom region Jämtland Härjedalen pågår alltmer specialistvård i den nära vården med hjälp av primärvård. Det framgångsrika i det arbetet har varit att idéerna kommit från verksamheten själva. Någon ersättning till primärvården för deras insatser har inte tillförts. Diskussioner om pågår om och hur primärvården kan kompenseras.

Det pågår också ett "prehospitalt projekt" lokalt i vår region som kan komma att påverka uppdraget i primärvården.

Vid behov ska större del av specialistvården utföras närmare patienten, inte nödvändigtvis av primärvård utan med hjälp av primärvård.

2.10 Övriga frågor

David Adervall deltog i ett möte med verksamhetscheferna i primärvården som framförde synpunkter i form av ersättning för specialistvård som ersätts med hjälp av primärvård, konsekvenser av det nya hemsjukvårdsavtalet, uppföljning av filialer samt det hälsofrämjande uppdraget.

Uppdrag mödrabarnhälsovård

Dialog med mödrabarnhälsovårdsöverläkarna angående organisering av uppdraget, för- och nackdelar med att det ligger inom hälsovalet. Alla eniga om att närhet och kompetens är viktiga principer för uppdraget.

Uppdrag hemsjukvård/lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Ingela Jönsson och Anette Lindberg deltog vid ett möte och lyfte frågan om och hur hemsjukvårdsavtal och nya lagen vid utskrivning från sjukhuset finns med i beställningen. Det som behöver kompletteras med i förfrågningsunderlaget är att vårdgivarna ska samverka med 1177 vårdguiden om de får rollen som mottagare av inskrivningsmeddelande vid helger.

Primärvården är orolig över eventuellt merarbete som den nya lagen kommer att generera. Vissa landsting/regioner har valt att lägga en målrelaterad ersättning för detta, vilket också diskuteras i vår region.

3 Resultat

3.1 Kan hälsovalet bidra till att större delen av hälso- och sjukvården utförs i primärvården?

Att en större del av hälso- och sjukvården ska utföras i primärvården innebär inte att den ska utföras av primärvården däremot med hjälp av primärvården. En översyn om och hur primärvården kan kompenseras för detta uppdrag bör genomföras.

3.2 Kan hälsovalet bidra till att primärvården styr patientens resa genom vårdkedjan?

I hälsovalsuppdraget ingår att anpassa sig till resultatet av den utredning som pågår om "Samordnad utveckling för god och nära vård" vilket får anses som ett långsiktigt arbete och ett led i att primärvården ska styra patientens resa genom vårdkedjan. Även resultatet av det lokala "prehospitala projektet" kan komma att ändra innehållet i primärvården. Uppdraget får anpassas utifrån vad som framkommer i betänkandet 2019 samt resultatet av det "prehospitala projektet".

3.3 Kan hälsovalet bidra till ett ökat samarbete mellan primärvård och specialistvård?

Krav på samarbete mellan primärvård och specialistvård finns tillgodosett i hälsovalet genom exempelvis primärvårdskonsulter. Det är också tillåtet i hälsovalet att anställa andra specialistläkare än läkare i allmänmedicin. Den mesta framgångsrika faktorn är när vårdgivarna själva kommer med förslag till förändringar och ökat samarbete. I nuvarande förfrågningsunderlag finns inget som hindrar samarbetet. Det som skulle kunna bidra till ett ökat samarbete är om vårdgivarna i primärvården fick en kompensation för det merarbete som tillkommer. Denna punkt föreslås därför ingå i översynen som föreslås i punkt 3.1.

3.4 Kan hälsovalet bidra till ökad tillgänglighet?

I förfrågningsunderlaget föreslås att nuvarande innehåll om tillgänglighet lyfts fram tidigare i dokumentet och paketeras om på annat sätt för att framhålla vikten i frågan.

I nuvarande kapitel om "**Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling**" föreslås text enligt följande:

"Vårdgivarens mottagningsverksamhet ska bedrivas i enlighet med de lagar och förordningar som styr hälso- och sjukvården samt strategier, policys och handlingsplaner som gäller för regionen. Det ska erbjudas grundläggande hälso- och sjukvård inom området allmänmedicin i enlighet med de mål och prioriteringar som fastställts och fortlöpande beslutas av regionfullmäktige.

I åtagandet gäller att vårdgivaren ska medverka i utvecklingen av behandlingsrutiner (riktlinjer och tillämpningar) och vårdprogram samt följa de som är beslutade nationellt och/eller i regionen. Vårdgivaren ska vara väl insatt i de måldokument, riktlinjer och policys som återfinns i Centuri under Hälsoval.

Vårdgivaren ska säkerställa första linjens hälso- och sjukvård med planerad och oplanerad vård i form av utredning, diagnostik, behandling, rådgivning och uppföljning i rimlig tid. De hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds ska riktas mot sjukdomar, skador och upplevda besvär samt hälsofrämjande insatser.

Den hälso- och sjukvård som bedrivs ska vara faktabaserad och utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet samt ha ett genusperspektiv. Vårdgivaren ska dessutom bidra med god omvårdnad och uppmuntra till egenvård.

Tillgänglighet är en av primärvårdens viktigaste uppgifter. Vårdgivaren ansvarar för att det finns information om dess öppettider, hur man kontaktar mottagningen, och hur man bokar tid, via exempelvis 1177.se, hemsida, anslag och telefon. Tillgängligheten innefattar även den fysiska miljön, bemötande, att information är tydlig och lättförståelig samt att man är tillgänglig för alla.

Vårdgivaren ska uppfylla kraven i den nationella vårdgarantin. Det innebär att den vårdsökande ska få kontakt med primärvården samma dag som den kontaktas samt att den vårdsökande ska erbjudas ett läkarbesök inom högst sju dagar efter att en bedömning gjorts att den vårdsökande behöver ett läkarbesök. Gränsen för vårdgarantin kan komma att förändras beroende på förslag som framkommer i den nationella utredning som pågår om "Samordnad utveckling för god och nära vård".

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten har kunskap om tillgänglighetsarbetet i regionen och ansvarar för att personalen har god kunskap om vårdgarantin och övriga patienträttigheter samt ansvara för att patienterna får information om sina rättigheter. Om patienten inte kan få vård inom vårdgarantins gränser ska vårdgivaren hjälpa patienten till annan vårdgivare som möjliggör detta.

Vårdgivaren ansvarar för de som är listade, dygnet runt alla veckans dagar. Vårdenheten ska vara öppen dagtid minst 45 timmar per vecka alla vardagar och vara bemannad med minst en läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin. Under de 45 timmar vårdenheten är öppen ska den vara tillgänglig för tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov samt kunna ta emot akuta besök och bedriva planerad verksamhet utifrån vårdåtagandet. Vid de tider då vårdenheten inte har telefon öppen ska telefonsvarare ge information om andra kontaktvägar, vårdenhetens öppettider, hänvisa till alternativa vårdgivare och/eller 1177 vårdguiden. Akuttelefon ska finnas under hela öppettiden. Tillgängligheten kommer att följas upp genom telefonmätning, via statistik från 1177 Vårdguidens e-tjänster och patientenkät. Arbete pågår inom SKL för andra sätt att mäta tillgänglighet i primärvården.

Under semesterperioder och planeringsdagar har vårdgivaren rätt att stänga. Vid stängning ska hänvisning finnas till andra överenskomna vårdenheter för att klara uppdraget och ha hänvisning övriga tider på dygnet, under förutsättning att kraven i vårdgarantin efterlevs. Övriga tider, se under dygnet runt ansvar.

Vårdgivaren ska kunna erbjuda hembesök i den utsträckning behandlande läkare bedömer att sådana är motiverade av medicinska eller andra skäl och resursåtgången (till exempel på grund av avstånd) bedöms rimligt i förhållande till behovet. Hembesök är en möjlighet som kan erbjudas; inte en av patienten utkrävbar rättighet.

Vid behov ska kontakt med specialistvård enligt gällande nationella och lokala riktlinjer inledas.

Vårdgivaren ska medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök/hänvisning till sjukhusets akutmottagning eller slutenvård.

En medborgare ska oavsett var denne är listad kunna söka och få vård vid alla vårdenheter. Vårdenheten kan inte neka att ta emot medborgare som är listad vid annan enhet.

Särskild hänsyn tas till behov av kontinuitet för patienter med nedsatt autonomi och för patienter med långvarig och/eller kronisk ohälsa. Det är vårdgivarens ansvar att vara patientens lots och koordinator i vårdprocessen. Vid övergångar mellan olika vårdgivare och vårdnivåer ska patienten ha vetskap om vem som är patientens fasta vårdkontakt.”

3.5 Primärvårdens uppdrag utifrån definition och lokalisering av hälsocentral samt filial

Förslag till ändring av definition och lokalisering föreslås enligt nedan:

Vårdenhet: Fysisk plats för vårdgivarens mottagning, dit listning sker

Filial: Underavdelning till en vårdenhet. Filialen ska bedrivas på annan fysisk plats än vårdenheten. Ej valbar för medborgarna.

Till en vårdenhet kan man, inom samma kommun där vårdenheten är belägen, koppla en eller flera filialer. Filialen har ett begränsat utbud av primärvårdstjänster som är tillgängligt under fasta mottagningstider för enhetens listade patienter eller andra besökare som befinner sig i närområdet.

En vårdgivare som uppfyller nedanstående förutsättningar kan ansöka om att få öppna en filial. En bedömning ska göras av varje enskild ansökan och godkännas av Region Jämtland Härjedalen

- En filial ska alltid vara knuten till en vårdenhet och drivas av samma organisation/företag som driver vårdenheten. Verksamhetschefen på vårdenheten ska vara verksamhetschef också för filialen. Man kan inte låta en underentreprenör driva en filial.
- Listning sker till vårdenhet som har huvudansvaret för hela primärvårdsuppdraget.
- Vårdgivaren ansvarar för att det tydligt framgår för patienterna att filialen är en underavdelning till vårdenheten.
- Vårdgivaren ska tillse att vårdenheten under sina öppettider tar emot patienter i behov av den vård som saknas på filialen och under de tider filialen har stängt.
- Samtliga övriga avtalskrav och avtalsvillkor gäller för de delar av vården som avses drivas i en filial, även krav på lokalernas tillgänglighet.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen redovisar i de officiella uppföljningarna inte filialen som en egen enhet utan den ingår i vårdenheten.

Beslut att upphöra med en filial fattas av vårdgivaren och ska skriftligt, senast tre månader före stängningen, lämnas till Hälsovalskansliet.

3.6 Primärvårdens uppdrag utifrån ansvar för kompetensförsörjning

Kravet på ansvar för kompetensförsörjning är väl tillgodosett i uppdraget och kräver ingen förändring.

3.7 Primärvårdens uppdrag avseende uppföljning av hälsovalet

Uppföljningen utgår från krav i förfrågningsunderlaget, regionplan och vårdvalsnämndens verksamhetsplan samt SKL:s rapporter framtagna av vårdvalsnätverket; "Basmodell för uppföljning av primärvård" och "Modell för fördjupad uppföljning".

Årlig verksamhetsberättelse, månatlig redovisning av ex vårdgarantin, tertialbokslut, delårsbokslut, besök hos vårdgivaren en gång per år samt dialog vid leverantörsträffar får anses vara tillgodosedd uppföljning.

3.8 Ersättningsystemet

Den nya dataskyddsförordningen ställer krav på hur vi får kommunicera uppgifter på ett säkert sätt vilket gör att nuvarande modell för kommunikation till privata vårdgivare av den så kallade "otrohetsersättningen" troligen inte längre kommer att godkännas. Dessutom kräver detta mycket administration för att göra kontroller och rättelser. I ett underlag framkommer att de största flödena i otrohetsersättningen sker inom egenregins närvårdsområde. När det gäller fakturering mellan privata och egenregin nyttjas det i stort sett lika mycket åt båda hållen.

För att få till säkerställda underlag för "otrohetsersättning" och kommunikering till privata vårdgivare på ett rättssäkert sätt krävs ett omfattande och kostsamt förändringsarbete. Gruppen föreslår därför att den så kallade "otrohetsersättningen" byts ut till att istället i förekommande fall hanteras genom egna avtal/överenskommelser om tjänsteköp.

Privata vårdgivare har sen 2015 ersatts med 30 kronor per listad som en kompensation för OH kostnad. Ersättningen ska kompensera det som är kostnadsfritt för primärvårdens egenregi för ekonomi- och personalsystem, revision samt vissa IT-kostnader.

Nu föreslås en ändring av beräkningen till ett påslag på 1,5% av den ersättning som ges per listad, vilket också gör att den kommer att få en årlig uppräknings.

Eftersom vårdtyngden är högre vid korttidsplatserna än vid ett särskilt boende samt att antalet särskilda boendeplatser minskat föreslås en höjning av ersättningen per korttidsplats till 12 000 kronor/år och särskilt boende ersätts som tidigare med 5 000 kr/år och plats.

Med anledning av det nya hemsjukvårdsavtalet och den nya lagen för utskrivningsklara patienter förväntas en ökning av hembesök i primärvården. Mätning kommer att ske under 2018 och en översyn föreslås om primärvården kan kompenseras för denna ökning.

Då egenregin upplever att de har ansvar för all övergripande utveckling i primärvården föreslås en översyn av frågan.

4 Förslag till förändringar

De förändringar som föreslås ovan avseende definition för vårdenhet och filial, ändringar i ersättningssystem samt formulering av tillgänglighet hanteras i den årliga processen för förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2019. Vilket innebär att Vårdsnämnden beslutar om förslag till ändringar vid mötet i maj och regionfullmäktige fattar beslut i juni 2018.

Hur primärvården kan kompenseras för den specialistvård som utförs med hjälp av primärvården föreslås regiondirektören få i uppdrag att utreda.

Regiondirektören föreslås också att få uppdrag att se över om hembesöken ökar i primärvården till följd av det nya hemsjukvårdsavtalet och den nya lagen om utskrivningsklara patienter samt hur de i så fall ska kompenseras för detta.

Slutligen föreslås regiondirektören få i uppdrag att utreda beställarenhetens ansvar för övergripande utveckling av primärvård.