

Hälsoval 2021 utredning

Beslutad 2020-05-05 av: Styrgrupp för Hälsoval 2021

Sammanfattning/bakgrund

Regionstyrelsen har beslutat om en styrgrupp för Hälsovalet 2021 (RS 554/2019). Styrgruppen ska genomföra en fördjupad översyn av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och föreslå åtgärder och nytt förfrågningsunderlag från 2021 till regionstyrelsen och regionfullmäktige för beslut. Syftet med översynen är att skapa bättre förutsättningar för primärvårdens framtida utveckling, där utveckling av den nära vården, tillgänglighet och kontinuitet, ekonomisk hållbarhet, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, samt konkurrensneutralitet, samarbete med kommunerna, det breda uppdraget kring patienten samt regionens sistahandsansvar är viktiga faktorer att beakta.

Styrgruppen började med att diskutera ekonomiska styrmodeller bl a genom att bjuda in två erfarna forskare och utredare samt att testa resonemanget kring ny ekonomisk styrmodell i Hälsoval i Region Jämtlands län. Efter analys och sammanvägning av forskarnas erfarenheter flyttades fokus om en helt ny ekonomisk styrning av hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen till diskussioner till vilka förändringar av nuvarande ekonomiska modell som är önskvärda.

Styrgruppen har genomfört hearing med alla leverantörer av primärvård inom Hälsovalet för att få deras syn på förutsättningar att arbeta inom nuvarande hälsoval.

Styrgruppen har analyserat nuvarande ersättningsmodell och uppföljningen av den samt den styrning som finns i förfrågningsunderlagets alla texter.

Styrgruppens majoritetsföreträdare och oppositionsföreträdare har kunnat enas i vissa förändringar men i andra förändringar har enighet inte kunnat uppnås.

Styrgruppen upplever att arbetet har skett med gott samtalsklimat och uppskattar utbytet av åsikter också när enighet inte kunnat nås. Utifrån den gemensamma synen på det värdefulla i att ha möjlighet till fördjupade diskussioner om hälsovalet har styrgruppen också enats om att till Regionstyrelsen framföra förslag på att arbetsgruppen får fortsatt uppdrag att vara politisk styrgrupp för hälsovalet. Regionstyrelsen bör också värdera om också de andra vårdvalen och arbetet med andra privata vårdgivare bör ingå i en sådan styrgrupps uppdrag, t ex fysioterapeuter verksamma inom Lag (1993:1652) om fysioterapiersättning (LOF) och allmänläkare enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL).

Östersund 2020-05-05

För styrgruppen

Anton Nordkvist, ordförande

Robert Hamberg

Mats Gärd

Ann-Marie Johansson

Elin Hoffner

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/BAKGRUND	1
1 STYRGRUPPENS UPPDRAG	3
2 MAJORITETENS OCH OPPOSITIONENS VILJEINRIKTNINGAR	4
2.1 Majoritetens inriktning och fördjupning av punkterna i direktivet	4
2.2 Oppositionens frågor kring majoritets vilja	5
3 FÖRÄNDRAD EKONOMISK STYRMODELL – UTREDARNAS SYNPUNKTER	6
4 SEMINARIUM 21 JANUARI 2020	7
4.1 Anna Krohwinkels föreläsning	7
4.2 Anders Anells föreläsning	10
4.3 Slutsats efter seminariet	13
5 ANALYS AV DE OLIKA PUNKTERNA I STYRGRUPPENS UPPDRAG	14
5.1 Utveckling av nära vård	14
5.2 Tillgänglighet och kontinuitet	15
5.3 Ekonomisk hållbarhet	16
5.4 Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete	17
5.5 Konkurrensneutralitet	18
5.6 Samarbete med kommunerna	19
5.7 Det breda uppdraget kring patienten	21
5.8 Regionens sistahandsansvar	21
6 ERSÄTTNINGSMODELL HÄLSOVAL 2020	22
6.1 Diskussioner om ersättningsmodell 2021	24
7 UPPFÖJNING	25
7.1 Diskussioner om uppföljning	26
8 SAMMANFATTNING FRÅN HEARING MED UTFÖRARNA	27
8.1 Nya närvården, NNV	27
8.2 Hälsorum OFFERDAL	28
8.3 Fjällhälsan	29
8.4 Medinord AB - Ripan	30
8.5 Primärvården egen regin	31

8.6	Närvård Frostviken	34
8.7	Närvård Frostviken – Strömsunds kommun som huvudman	35
9	SLUTSATS AV VAD SOM SKA FÖRÄNDRAS I FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG FÖR HÄLSOVAL 2021	37
9.1	Hantering av majoritetens och oppositionens åsikter	39
10	ARBETSGRUPPENS ARBETE OCH FÖRSLAG TILL FORTSÄTTNING	40

1 Styrgruppens uppdrag

Regionstyrelsen har beslutat om en styrgrupp för Hälsovalet 2021 (RS 554/2019).

Styrgruppen ska genomföra en fördjupad översyn av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och föreslå åtgärder och nytt förfrågningsunderlag från 2021 till regionstyrelsen och regionfullmäktige för beslut.

Syftet med översynen är att skapa bättre förutsättningar för primärvårdens framtida utveckling, där utveckling av den nära vården, tillgänglighet och kontinuitet, ekonomisk hållbarhet, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, samt konkurrensneutralitet är viktiga faktorer att beakta.

Styrgruppens förslag till förfrågningsunderlag för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2021 ska redovisas senast vid Regionstyrelsens sammanträde i maj 2020.

I förslaget till nytt Hälsoval 2021 ska styrgruppen beakta att förfrågningsunderlaget främjar:

- Utveckling av nära vård
- Tillgänglighet och kontinuitet
- Ekonomisk hållbarhet
- Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete
- Konkurrensneutralitet
- Samarbete med kommunerna
- Det breda uppdraget kring patienten
- Regionens sistahandsansvar

Styrgruppen ska i sitt arbete föra en dialog med samtliga utförare inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och använda sig av erfarenheter från primärvården i andra regioner och länder.

Utifrån ovan nämnda behövde styrgruppen ta ställning till om översynen är så pass omfattande att nuvarande avtal/överenskommelser inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen behöver sägas upp under 2019.

Bedömningen blev att avtalen skulle sägas upp och det skedde efter beslut i Regionstyrelsen 2019-12-10 § 218, RS/722/2019.

2 Majoritetens och oppositionens viljeinriktningar

2.1 Majoritetens inriktning och fördjupning av punkterna i direktivet

Inriktning för hälsovalet

Förfrågningsunderlaget för kommande hälsoval ska flytta primärvårdens roll från att vara en del av vårdkedjan till att styra den. En hälsocentral ska ha ägandeskapet för de vid hälsocentralen listade patienterna från det att de listas vid hälsocentralen (antingen genom aktivt val, eller genom placering pga ickevalsalternativ), och beslutar därmed om insatser för patientens hälsa. Med ägandeskapet följer också ett kostnadsansvar.

Hälso- och sjukvårdens finansiering ska styras genom kapitering till primärvården. Kapiteringen betalas ut med lämpliga viktningar till hälsocentraler per listad invånare, varvid hälsocentraler använder kapiteringen för att finansiera de för invånaren lämpliga och nödvändiga insatserna.

För att garantera en god och tillgänglig vård för regionens invånare är uppföljning av givna uppdrag central. Region Jämtland Härjedalen ska kontinuerligt följa upp och granska de i hälsovalet deltagande utförarna, för att identifiera eventuella risker och brister för patienternas hälsa. Utförare som inte lever upp till kraven ska kunna utdömas disciplinära åtgärder såsom till exempel vite.

Frågor att svara på i ett inledande skede:

1. Vilka risker kontra fördelar finns med att ge primärvården ett helhetsansvar för invånarnas hälsa?
2. Vilka undantag behöver göras från primärvårdens helhetsansvar för invånarnas hälsa? (Ytterfall, akutvård, kroniker m.m.)
3. Hur ska ovanstående undantag från primärvårdens kostnadsansvar hanteras ekonomiskt?
4. Hur undviks underdiagnostisering och underbehandling?

Fördjupning av punkterna i direktivet

Utveckling av nära vård

Det finns en bred nationell och regional samsyn att vården behöver utvecklas till att för patienten bli mer nära, av flera anledningar. Det är både en fråga om trygghet och kvalitet för patienten, men det finns också effektiviseringspotentialer genom t.ex. självmonitorering. I Regionens Hälsoval idag är det dock otydligt var ansvaret för utvecklingen av den nära vården ligger, och det saknas incitament att arbeta utvecklande som en del av det löpande arbetet. Det kommande hälsovalet behöver skapa bättre förutsättningar och incitament för utveckling av nära vård.

Tillgänglighet och kontinuitet

Från den 1/1 2019 gäller en förstärkt vårdgaranti inom primärvården. Dessutom finns från 2019 en återinförd kömiljard. Förutom lagkrav och de ekonomiska aspekterna, bidrar en god tillgänglighet till att stärka tryggheten hos invånarna, och kan också bidra till att stärka kvalitén. Därför är det viktigt att det kommande hälsovalet garanterar en god tillgänglighet i primärvården.

Förutom tillgängligheten på hälsocentralerna så kan primärvården även bidra till att förbättra tillgängligheten i den specialiserade vården. Det kan t.ex. ske genom att ta emot mer av återbesök i den egna verksamheten. Idag saknas tydlighet, och i förfrågningsunderlaget bör byggas in en mekanism för att få primärvården att bidra till att förbättra tillgängligheten i stort.

Det finns många studier som visar på att kontinuitet i vården skapar flera olika värden, där högre kvalitet och ökad känsla av trygghet är några. Särskilt i primärvården finns stora vinster både för patient och verksamhet. Därför bör hälsovalet bidra till att öka kontinuiteten, utan att för den sakens skull öka kraven onödigt mycket.

Ekonomisk hållbarhet

Offentlig sektor i Sverige står inför stora utmaningar i framtiden. Många av dem handlar om hur resurserna ska räcka till för att täcka de behoven, framförallt inom hälso- och sjukvården. Region Jämtland Härjedalen har de senaste åren befunnit sig i ett prekärt ekonomiskt läge, en situation som kommer att ta lång tid under gynnsamma förhållanden att ta sig ur. Primärvården är en central del av Regionens verksamhet, och bör därför ha en central del i arbetet med att stärka Regionens ekonomiska ställning, på kort och på lång sikt.

Förfrågningsunderlaget ska också främja en ekonomisk hållbarhet hos de i hälsovalet deltagande utförarna, för att tillse en långsiktig stabilitet i primärvården.

Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

En viktig del i att möta framtidens utmaningar är arbeta för att stoppa eller till och med minska de ökande behoven. Det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet blir här väldigt viktigt, för hela hälso- och sjukvården. Idag finns det specificerat att utförare i hälsovalet ska arbeta med folkhälsa, men ingen bestämmelse om hur och i vilken omfattning. Vidare finns särskilda medel att söka för projekt. Utöver detta finns inga speciella incitament för att arbeta förebyggande i den löpande verksamheten. För att få en större tydlighet och en större effekt av folkhälsoarbetet behöver styrgruppen bedöma om och hur förfrågningsunderlaget ska styra folkhälsoarbetet och hur hälsovalet kan skapa större incitament för förebyggande och främjande arbete.

Konkurrensneutralitet

För att effektiv, rättvis och attraktiv resursfördelning mellan de olika deltagande utförarna behöver förutsättningarna vara så likvärdiga som möjligt. Ingen utförare, egenregi som annan, ska göra något i hälsovalet utan att få ersättning eller utan att möjligheten har funnits för andra utförare att få samma uppdrag. Styrgruppen behöver utreda hur hälsovalet kan göras så konkurrensneutralt som möjligt, vilka undantag som kan behöva göras, och hur de ska hanteras.

Inriktningsbeslut med koppling till punkterna i direktivet

Mot bakgrund av ovan punkter har majoriteten lämnat ett förslag på inriktning av hälsovalets utformning. Hur väl inriktningen stämmer in mot punkterna i direktivet samt vilka risker och eventuella konsekvenser som kan finnas är under utredningen, och svar på utredningen lämnas i början av 2020.

2.2 Oppositionens frågor kring majoritets vilja

Inspel till vad som behöver utredas från Elin Hoffner (V) och Ann-Marie Johansson (S):

1. Förtydligande att det är enbart öppen vård som ska utredas, eller menas verkligen ALL vård?
2. Hur påverkar det regionsjukvården och samarbetet mellan länssjukvård och regionsjukvård?
3. Hur påverkar det NUS?
4. Vänd på frågeställning nr 2; Vilken vård kan var lämplig?
5. Patientsäkerheten och helhetsansvaret för patienten vem har det?
6. Ekonomisk sårbarhet? (En liten HC och kostsam behandling av en eller flera patienter)
7. Vilken beställarkompetens behövs på HC?
8. Driver det utveckling mot färre och större HC och centralisering?
9. Vad händer med sjukhuset, underlag och kompetens, förmåga att vara akutsjukhus?
10. Vad händer med pågående utvecklingsarbete på sjukhuset? Produktions och kapacitetsplanering? RAK?
11. Robusthet i kris eller krigssituation?
12. Helhetsansvaret för att den vård patienterna behöver finns att tillgå vem har det?

13. Hur påverkar det tillgång till personal och beroende av hyrpersonal?
14. Hur påverkas läkarutbildningen, AT och ST?

3 Förändrad ekonomisk styrmodell – utredarnas synpunkter

Vid starten av Styrgruppens arbete diskuterades om det är möjligt att genom en radikalt förändrad ekonomisk styrmodell göra primärvården mer styrande i hälso- och sjukvårdssystemet.

Idén som testades var: Kan hela sjukvårdsbudgeten fördelas per listad och primärvården tar helhetsansvar för sin listade befolkning och "köper" den vård som vårdgivaren själv inte kan utföra tex sjukhusvården?

Utredarnas synpunkter kring detta sammanfattas så här:

- Långsiktighet för verksamheterna är viktig – dvs om möjligt inte radikala förändringar vid majoritetsbyten – alltså krävs helst blocköverskridande överenskommelse
- Tydlighet i syftet med önskad styreffekt
- Enkelt att förstå ekonomimodellen och att överblicka effekterna
- Kostnadsansvar ska vara påverkbart - svårt att skapa det om alla akutkostnader ska fördelas per listad och tas av den enskilda hälsocentralen, enskilda individers höga kostnader kan påverka en mindre vårdgivare mycket.
- Tydlig, enkel och förutsägbar uppföljning
- Nära-vård-utveckling och samverkan med kommunerna är en mer näraliggande utvecklingsfråga för primärvårdens utveckling
- Regionens ekonomistyrmodell för helheten behöver beaktas. Hösten 2019 har nollbasbudgetering införts och en stor del av intern köp/sälj har tagits bort. Denna modell blir ett mycket omfattande köp/sälj-system som då går i motsatt riktning till det som skett under hösten 2019.

Om idén ska genomföras bör den ske genom stegvis utveckling för att hinna utvärdera och ändra i modellen utifrån vunna erfarenheter. Exempel på olika steg:

1. Enbart ändringar i nuvarande förfrågningsunderlags texter
2. Sidoordnad redovisningsform – dvs inte "skarp" modell
3. a) Medicinklinikens mottagningsverksamhet dvs enbart en kliniks öppenvård finansieras genom köp från primärvården
b) Medicinklinikens öppna och slutna verksamhet finansieras genom köp från primärvården, dvs enbart en klinik, men både öppen och slutna vård.
4. Medicinkliniken och Psykiatrins verksamheter finansieras genom köp från primärvård, två klinikers verksamheter ingår i modellen
5. Sjukhusets alla öppenvårdsverksamheter finansieras genom köp från primärvården
6. All planerad verksamhet finansieras genom köp från PV
7. ...och så vidare, det svåraste steget handlar om akutverksamheterna

Idén väcker också följande frågor hos utredarna:

- Vilken frihetsgrad i "köpen" ska vårdgivarna få ha? t ex får Sveg köpa vård i Mora, Bräcke i Sundsvall och Hoting/Backe i Sollefteå? Det skulle påverka underlaget för Östersunds sjukhus om friheten är fullständig, och blir svårbedömt om det ger motsvarande effektiviseringsmöjligheter eller vilka trappstegseffekter som finns.
- Hur ska akutsjukvården hanteras – ansvar för påverkbara kostnader är en viktig aspekt och hur de kostnaderna kan särskiljas när klinikkostnaderna ska ge underlag för olika vårdtjänster blir en stor svårighet.
- Hur ska patienters "egenremisser" hanteras – dvs kan vårdgivarna ta ansvar för kostnader som de inte själva påverkar om patienten väljer att själv få vård på sjukhuset eller utanför länet. Patientlagen tillåter det när det gäller all öppenvård.

- Hur ska åtgärder inom sjukhuset hanteras t ex rehab, diagnostik etc som sjukhusets verksamheter ”beställer” för den listade patienten – dvs hur ska den samverkan ske med primärvården så att de kan ta ansvar för sjukhusets alla åtgärder/kostnader ?
- Om den listade går till annan HC och får remiss till sjukhusvård – vem ska då ta kostnaden ? den remitterande vårdgivaren eller den vårdgivare som patienten är listad hos ? Jfr ansvar för påverkbara kostnader
- Ett verkställande av idén kommer ställa stora krav på uppföljningsverktyg/beslutsstöd för att kunna verkställa och följa upp verksamheterna. Det kommer krävas både varianter för hälsocentralerna, för sjukhusets områden och för beställarenheten.
- Kapitering per listad kan nog skapas när totala kostnadsmassan som ska överföras till primärvårdens ansvar har identifierats. Men att sätta pris för alla vårdåtgärder som ska köpas kommer att kräva mycket stora insatser.

4 Seminarium 21 januari 2020

Regionstyrelsens utsedda politiska styrgrupp har arrangerat ett seminarium kring ersättningsmodeller och dess effekter.



Anna Krohwinkel från Leading Healthcare,
Forskningschef, biträdande generalsekreterare.
OM LEADING HEALTHCARE

<http://leadinghealthcare.se/om/>



Anders Anell, Lunds universitet,
Professor redovisning och finans
Forskningsområde Medicin och hälsovetenskap företagsekonomi

OM HANS FORSKNING

[https://portal.research.lu.se/portal/sv/persons/anders-anell\(b8c935ce-1324-4da6-9395-4c157fa30694\)/projects.html#1](https://portal.research.lu.se/portal/sv/persons/anders-anell(b8c935ce-1324-4da6-9395-4c157fa30694)/projects.html#1)

De två föreläsarna beskriver teori (forskning nationellt och internationellt) och praktik (egen och andras erfarenheter) kring olika ersättningsmodeller i Sverige och utomlands.

- Vilka effekter skapar olika ersättningsmodeller i verksamheternas beteenden? Hur påverkas effektivitet, produktivitet, samarbete, innovation, utveckling, attraktivitet?
 - ur verksamhetens synpunkt,
 - ur patienters synpunkt och
 - ur medborgares synpunkt.

Dessutom ger Anders Anell information om Dalamodellen som fanns på 1990-talet

4.1 Anna Krohwinkels föreläsning

Annas föreläsning handlade om Ekonomistyrningens förutsättningar och sammanhang.

Ekonomisk styrning som en del i ett mångfaldigt styrlandskap.

GÅNGSE SYNSÄTT: Ekonomi handlar om att räkna pengar. Det gäller att fördela medlen i den offentliga budgeten och se till att de används på rätt saker.

ALTERNATIV UTGÅNGSPUNKT: Ekonomi handlar om att hantera och balansera flera,

ibland svårförenliga, värden. Detta är centralt inom produktion och fördelning av välfärdstjänster.

Hon beskrev den mångfald av styrningar som välfärden utsatt för.

Därefter kom hon in på ersättningssystemen

Ett spektrum av ersättningsprinciper med olika grad av styrning/kontroll

- Fast ersättning – förutbestämd oavsett faktisk produktion
- per organisation/uppdrag: anslag, projektmedel
 - per individ: kapitering

- Rörlig ersättning – varierar med produktionen
- per vårdtillfälle/besök: prestationsersättning
 - per behandling: episodersättning

- Målrelaterad ersättning – utifrån uppnådda mål
- per process
 - per resultat

Alla ersättningsprinciper har för- och nackdelar

Fast ersättning: god kostnadskontroll, men produktionen kan minska

Rörlig ersättning: god kontroll över verksamheten, men kan leda till onödig produktion

Målrelaterad ersättning: möjlighet till riktade satsningar...

Kringliggande systemförutsättningar såsom valfrihet, etableringsfrihet, utförarnas driftsform, vårdanställdas kontrakt osv påverkar effekterna

Bieffekter

Risk för snedvridningar i produktionen

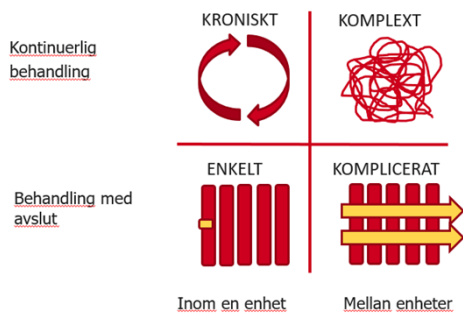
Risk för undanträngning av patientgrupper

Risk för orättvis resursfördelning mellan vårdenheter

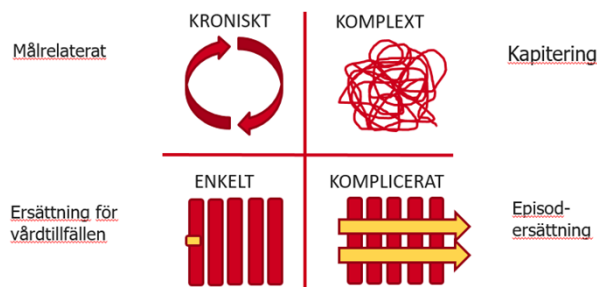
Risk för bristande koppling mellan ersättning och påverkansmöjlighet

Risk för resursoptimering inom den egna enheten

Dagens STYRsystem är utformat efter stuprörslogiken - Medan patientbehoven varierar:



Olika styrningslösningar har olika fokus



Grundläggande ersättningsformer har oklar **effekt på samverkan mellan enheter**.

ERSÄTTNINGSFORM	STIMULERAR					
	HÖG PRODUKTIONS-VOLYM	LÅGA PRODUKTIONS-KOSTNADER/STYCK	HÖG KVALITET	MÖJLIGGÖR KOSTNADSKONTROLL	RISK FÖR RUSSIN-PLOCKNING	SAMVERKAN MELLAN ENHETER
FAST (ANSLAG)	Nej	Nej	Nej	Ja	Ingen risk	?
FAST (PER INDIVID)	Nej	Ja	Nej	Ja	Hög risk	?
RÖRLIG	Ja	Ja	Nej	Nej	Hög risk	?
MÅL-RELATERAD	Ja	Ja	Ja*	Ja	Risk	?

Innovation och utveckling - Ersättning som hinder

- Ersättningen är för detaljerad – ger ingen flexibilitet
- Ersättningen är för produktionsinriktad – ger inga incitament till minskning av onödig vård
- Ersättningen är för snäv – premierar inte värdeskapande mellan mer än en resultatenhet
- Ersättningen är för kortsiktig – premierar inte värdeskapande över längre tid
- Ersättningen är för låg (?)

Avvägningar vid utformning av styrningen

- Hur väl vet vi vad vi vill styra mot – specifika eller generella incitament?
- Vad vill vi uppnå – kontroll eller flexibilitet?
- Vem/vilka vill vi påverka – fokuserade satsningar eller bredare samverkan?
- Vilka patienter ska inbegripas – allmängiltighet eller målgruppsanpassning?
- Prioriteringsfrågor

Ersättningssystem interagerar med annan styrning

- Centrala frågor för utveckling av ersättningssystem lokalt:
- Hur passar nya principer in i det befintliga styrlandskapet?
- Behövs nya uppdrag och förfrågningsunderlag?
- Behövs nya data för att bestämma ersättningen?
- Vad blir konsekvenserna för ansvarsfördelning, mandat, beroenden, relationer mellan aktörer i systemet? - skapas partner, säljare/köpare, konkurrenter?

Sammanfattning

- Ekonomistyrning är ett av många styrverktyg, och ekonomiska värden måste kontinuerligt vägas mot andra värden
- Ekonomistyrning kan ge kraftiga incitament – och kraftiga snedvridningar
- Ekonomi fungerar som fokusriktare och gränsdragare, på gott och ont
- Ersättningssystem som inte förhindrar utveckling och situationsanpassning är en rimlig målbild
- Ekonomisk styrning är en del av kulturen – tänk på hur roller och relationer påverkas

Utveckling av ersättningssystem – några hållpunkter

- Det finns inga universalmodeller som löser “allt” – verksamheter och patienter varierar
- Alltför detaljerade styrsystem begränsar verksamheternas flexibilitet – utveckling genom avveckling?
- Datatillgång, lagutrymme, politisk vilja måste vara på plats – men varning för “man tager vad man haver”
- Utgå från en analys av det problem ni vill lösa!

- Tänk på samspelet mellan ekonomi och andra styrsystem.






4.2 Anders Anells föreläsning

Anders Anell föreläste också utifrån sin forskning och erfarenheter om ersättningsprinciper och effekter.

Många ersättningsprinciper, alla har bristerexempel på brister

Lön/budget	Gör så lite som möjligt för så få som möjligt
Kapitering (per listad)	Gör så lite som möjligt för så många som möjligt
Per besök/case	Gör så många besök/case som möjligt, oavsett nyttan
Målbaserat (P4P)	Uppfyll de mål som belönas, men inte mer och så lite som möjligt i övrigt

Svenska ersättningsprinciper är inte unika, men en stor skillnad är det omfattande kostnadsansvaret

	 Sverige	 Danmark	 Norge	 Nederländerna	 Storbritannien
Beslut om ersättnings-system	Beslut av respektive landsting	Centrala avtal Baserat på förhandling	Centrala avtal Baserat på förhandling	Centrala avtal Baserat på förhandling Vissa möjligheter till lokala förhandlingar	Centrala avtal Baserat på förhandling
Ersättnings-system	Kapitering + mindre andel rörlig besöksersättning	Rörlig besöksersättning + mindre andel kapitering per listad individ	Rörlig besöksersättning + mindre andel kapitering per listad individ	Kapitering + rörlig besöksersättning Möjligheter till integrerad ersättning	Fast ersättning som tar hänsyn till listade och lokalisering + målrelaterad ersättning
Läkare med lön	Marjoritet	Minoritet	Minoritet	15 procent	20 procent
Riskjustera d kapitering	Ja, CNI & ACG	Nej	Nej	Ja, Ålder & socioekonomi	Ja Baserad på formel
Kostnads-ansvar	Ja, Receptläkemedel, utredningar Delvis för annan öppen- & specialiserad vård	Nej	Nej	Nej Utökat kostnadsansvar vid integrerad ersättning för vissa kroniska sjukdomar	Nej Möjlighet att teckna avtal om vidgat uppdrag

Fast risk-justerad ersättning till svensk primärvård

Argument

- Bra kostnadskontroll
- Rimlig administration
- Listning av patienter med stora behov utan finansiell bestraffning
- Professionella frihetsgrader (fokus på vårdbehov, arbetsväxling, nya digitala kontaktformer etc)

I praktiken?

- Tillgänglighet och produktivitet?
- Selektion på individnivå?
- Kvalitet och innehåll, hur används riskjusteringen?
- Innovationer i praktiken (kapitering ger *möjligheter* till nya arbetsformer)?

Erfarenheter från observationer

Effekter av ändrade (valfritt) ersättningsprinciper från FFS (fee for service dvs ersättning per åtgärd) till mixed i Kanada (Dumont et al 2008)

- reducerad volym vård (6,15%), minskad tid med patienter (2,57%),
- längre tid per tjänst (3,81%), ökad tid för lärarinsatser och administration (7,9%)
- Kortare besök (-1,14 min) för patienter som ersätts med kapitering, jämfört med patienter som ersätts enligt FFS i Kanada (Melichar 2009)
- Kanadensiska läkare som ersätts med non-FFS genomför 15-31% färre patientbesök per vecka jämfört med FFS (Sarma m fl 2010)

Erfarenheter från experiment

- Läkare som ersattes med kapitering gav färre insatser jämfört med FFS; ingen skillnad vid livsavgörande insatser (Shen 2004)
- Patienter med större behov får mer insatser vid FFS, patienter med mindre behov får mer insatser vid kapitering (Hennig-Schmidt m fl 2011)

- Blandning mellan FFS och kapitering reducerar tendenser till både under- och övervård (Brosig-K och m fl 2015)

Vårdgivares motivation varierar (experiment av Godager, Wiesen 2013)

- Knappt hälften av läkarna (44%) uppvisar egenskaper som indikerar att man fäster större vikt vid patientnyttan
- 26% satte mottagningens vinst främst
- 29% samma vikt för patientnytta och mottagningens vinst
- Samma ersättningsprincip kan ge olika effekt beroende på motivation
 - olika ersättningsprinciper beroende på motivation?
- Läkare väljer ersättningsprincip som passar deras motivation
 - kan vara svårt att skilja mellan effekt av ersättningsprincip och selektion!

Anders Anell berättade lite om Dalamodellen som fanns på 1990-talet.

Table 1
Examples of purchaser organisations in Swedish county councils

County council	Purchaser organisation
Bohus	14 purchasers; based on former primary-care districts
Dalarna	15 purchasers; based on former primary-care districts
Stockholm	9 purchasers; based on former health-care districts
Sörmland	1 purchaser; based on former central administration

Source: [15].

Källa: Anell, A. The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience, *Health Policy*, 1996; 37: 9-33.

- Geografiskt ansvar (kolliderade med ökade valmöjligheter)
- Olika argument
 - Samverkan med kommuner
 - Komma bort från "bypolitik" och nå mera kraftfulla beställare
- "Val" återspeglade till stor del tidigare struktur
- Interna marknader ger "skeva" incitament oavsett hur beställare organiseras

Anders Anell gav också en internationell utblick.

GP-fundholding i brittiska NHS

- Allmänläkare i grupper med minst 10 000 listade individer kunde bli s.k. "GP-fundholders" med kostnadsansvar för receptläkemedel och viss övrig specialistvård
- Avvecklades 1997 och ersattes med storskaliga lösningar ("community fundholding", "extended fundholding", "total purchasing", "primary care trusts", "GP commissioning consortia")
- Brittiska allmänläkares engagemang varierar, men är generellt sett mindre i de storskaliga lösningarna.
- Erfarenheter visar att de flesta allmänläkare som engagerar sig ändå inte förmår påverka sjukhusens inriktning och resursfördelning.
- Om man lyckas att påverka sjukhusens verksamhet visar erfarenheter att politiker ofta intervenerar om förändringarna blir för stora.

IPA i amerikansk vård

- Fundholding i primärvården likt de nätverk av mottagningar i form av Independent Practice Organizations (IPA) som utvecklats i USA.
- Utvecklingen av IPA visar att det krävs 100 000 listade individer för att hantera den finansiella risk som fundholding innebär.
- Ställs krav på riskjustering av ersättningen, återförsäkring för att hantera dyra patienter och exkludering av kostnadsansvar för sällsynta sjukdomar och extremfall.
- Betydande investeringar i ledarskap, management och administration. 5-10 år för en IPA att utvecklas.
- Sjukhus och specialister måste också ha incitament att samverka med primärvården. Om sjukhusen ersätts för utförda aktiviteter finns inga ekonomiska incitament att överföra verksamhet till primärvården.

Slutligen summerade Anders Anell med att delge några trender som bör beaktas när styrning av hälso- och sjukvården ska utvecklas.

Megatrender

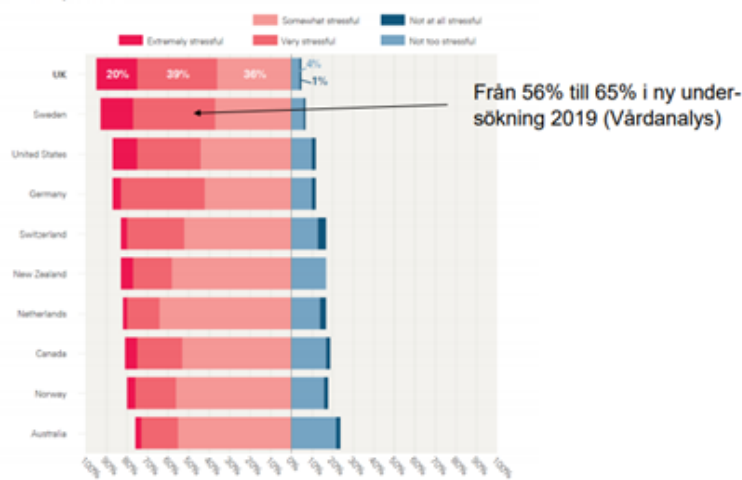
- Demografisk utveckling
- Urbanisering
- Digitalisering
- Globalisering
- Migration
- Klimathot
- Polarisering

Ytterligare trender i hälso- och sjukvården

- En accelererande teknologisk/medicinsk utveckling
- Allt fler individer med (många) kroniska diagnoser
- En specialistvård som blir allt mer differentierad och nivåstrukturerad
- Behov att utveckla och förstärka primärvården inklusive hälsofrämjande insatser
- Behov av bättre och personcentrerad kontinuitet, samverkan mellan olika vårdgivare respektive samverkan mellan vård och omsorg
- Ökad transparens om skillnader i kvalitet och hälsa
- Ökade förväntningar bland patienter och befolkningen

Ökande stress hos primärvårdens läkare

Figure 7: Percentage of GPs who said they find general practice very or extremely stressful



Source: Commonwealth Fund data analysed in the Health Foundation's Under pressure: What the Commonwealth Fund's 2013 international survey of general practitioners means for the UK.

Några faktorer som främjar innovationer och utvecklingsarbeten

- "Slack" (tid)
- Extern kommunikation
 - Vad gör andra?
 - "Perspektivskiften"
- Intern kommunikation
 - Vad gör vi, konsekvenser
 - "Narrativ"
- Ledarskap (attityder till förändring, lärande mm)

4.3 Slutsats efter seminariet

Arbetsgruppen diskuterad forskarnas slutsatser och konstaterade att det inte är en stor radikalt förändrad ersättningsmodell som är huvudsyftet utan att skapa bättre förutsättningar för primärvårdens framtida utveckling, där utveckling av den nära vården, tillgänglighet och kontinuitet, ekonomisk hållbarhet, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, konkurrensneutralitet, samarbete med kommunerna, det breda uppdraget kring patienten samt regionens sistahandsansvar ska beaktas.

Därför flyttades fokus om en helt ny ekonomisk styrning av hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen till diskussioner till vilka förändringar av nuvarande ekonomiska modell som är önskvärda och hur den styrning som sker genom hälsovalets förfrågningsunderlag kan ges men med tillitsbaserad utformning.

5 Analys av de olika punkterna i styrgruppens uppdrag

5.1 Utveckling av nära vård

Majoritetens förtydligande:

Det finns en bred nationell och regional samsyn att vården behöver utvecklas till att för patienten bli mer nära, av flera anledningar. Det är både en fråga om trygghet och kvalitet för patienten, men det finns också effektiviseringspotentialer genom t.ex. självmonitorering. I Regionens Hälsoval idag är det dock otvetydigt var ansvaret för utvecklingen av den nära vården ligger, och det saknas incitament att arbeta utvecklande som en del av det löpande arbetet. Det kommande hälsovalet behöver skapa bättre förutsättningar och incitament för utveckling av nära vård.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tagit fram en definition på Nära vård:
”Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

Närhet kan ha flera dimensioner, det kan exempelvis handla om: geografisk närhet, närhet i relationen mellan patient och professioner, och med aktörer i civilsamhället samt närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning. Närhet är också olika aspekter av tillgänglighet.

Utgångspunkten måste vara individens behov och upplevelse av närhet”.

När man läser definitionen framgår det att utveckling av nära vård är långt mycket mer än nåt som Hälsovalet har ansvar för – det är ett nytt arbetssätt och förhållningssätt. Men Hälsovalets villkor och utformning måste ge hälsovalsaktörerna uppdrag och förutsättningar att bidra med sina delar i denna utveckling.

Framgångsfaktorer för den nära vården

I det utvecklingsarbete som pågår i många kommuner och regioner finns ett antal framgångsfaktorer:

- Samverkan mellan kommuner och regioner.
- Användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten i hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom.
- Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt.
- Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen.
- Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar.

Statliga utredningar som exempelvis ”God och nära vård - primärvårdsreform” SOU 2018:39 samt ”Ordning och reda i vården” Direktiv 2017:128 kan komma att påverka uppdraget framöver.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i november 2019 om en plan för nära vård som är vägledande för regionens egna verksamheter.

Det övergripande syftet med planen är att

- förstärka patientens delaktighet och upplevelse av närhet och trygghet
- skapa gemensam riktning – grund för prioritering av resurser.
- förstärka helhetssyn
- effektivisera vården – resurser ska räcka till flera.
- ge förutsättning för vård på rätt nivå
- stöd för en omstrukturering till en primärvård som är basen i sjukvårdssystemet och som ger goda förutsättningar att uppnå en jämlik hälsa i befolkningen

Det är inte helt logiskt att Hälso- och sjukvårdsnämnden tog beslutet om plan för nära vård eftersom Regionstyrelsen med ansvar för primärvårdens beställning kanske också borde varit delaktiga i beslutet. Anledningen är att planen framförallt är ett resultat av Hälso- och sjukvårdsledningens arbete med utveckling av nära vård med syfte att effektivisera vården så att mer egenvård sker, mer åtgärder görs av patienterna själva på nya sätt och därmed minskar vårdens behov av vårdplatser och arbetskraft.

5.2 Tillgänglighet och kontinuitet

Majoritetens förtydligande:

Från den 1/1 2019 gäller en förstärkt vårdgaranti inom primärvården. Dessutom finns från 2019 en återinförd kömiljard. Förutom lagkrav och de ekonomiska aspekterna, bidrar en god tillgänglighet till att stärka tryggheten hos invånarna, och kan också bidra till att stärka kvalitén. Därför är det viktigt att det kommande hälsovalet garanterar en god tillgänglighet i primärvården.

Förutom tillgängligheten på hälsocentralerna så kan primärvården även bidra till att förbättra tillgängligheten i den specialiserade vården. Det kan t.ex. ske genom att ta emot mer av återbesök i den egna verksamheten. Idag saknas tydlighet, och i förfrågningsunderlaget bör byggas in en mekanism för att få primärvården att bidra till att förbättra tillgängligheten i stort.

Det finns många studier som visar på att kontinuitet i vården skapar flera olika värden, där högre kvalitet och ökad känsla av trygghet är några. Särskilt i primärvården finns stora vinster både för patient och verksamhet. Därför bör hälsovalet bidra till att öka kontinuiteten, utan att för den sakens skull öka kraven onödigt mycket.

I nuvarande förfrågningsunderlag framkommer att tillgänglighet är en av primärvårdens viktigaste uppgifter för att kunna vara basen i hälso- och sjukvården. Tillgängligheten innefattar öppettider, kontaktvägar, fysisk miljö, bemötande, att information är tydlig och lättförståelig samt att man är tillgänglig för alla. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten har kunskap om tillgänglighetsarbetet i regionen och ansvarar för att personalen har god kunskap om vårdgarantin. Vårdgarantin inom primärvården innebär att den vårdsökande ska få kontakt med primärvården samma dag som den kontaktas samt att den vårdsökande ska erbjudas en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar. Om patienten inte kan få vård inom vårdgarantins gränser ska vårdgivaren hjälpa patienten till annan vårdgivare som möjliggör detta. Från 2019 infördes den så kallade kömiljarden, en statlig överenskommelse som för primärvårdens vårdgaranti innebär att om minst 85% uppnås för bedömning inom tre dagar så kommer en ersättning tilldelas ur kömiljarden.

Vidare framkommer i förfrågningsunderlaget att vårdgivaren ansvarar för de som är listade, dygnet runt alla veckans dagar och att vårdenheten ska vara öppen för besök dagtid minst 45 timmar per vecka alla vardagar och vara bemannad med minst en läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. 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 telefonen 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 följs upp genom telefonmätning, via statistik från 1177 Vårdguidens e-tjänster och patientenkät. Tillgång till statistikverktyg för mätning av telefontillgänglighet ska finnas.

Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på tillgänglighet vad gäller öppettider utgår ett vite om 10 000 kronor/vecka så länge kravet inte uppfylls. Maximalt utgår 100 000 kronor för aktuellt tillfälle.

Nationellt, regionalt och lokalt pågår projekt för att ändra arbetssätt mot en nära och jämlik vård. Inte minst handlar det om utveckling av digitalisering, mer personcentrad vård och nationell kunskapsstyrning. Inom region Jämtland Härjedalen startade hösten 2019 ett regionövergripande arbete med kunskapsstyrning med så kallade Zamsynsgrupper med representanter från primärvård och specialiserad vård fått i uppdrag att utifrån det nationella kunskapsstödet, nära vård och personcentrerad vård komma överens om hur det inom ett antal definierade grupper ska se ut inom vår region. I förfrågningsunderlaget för 2020 framkommer att; *Region Jämtland Härjedalen utser primärvårdskonsulter med uppdrag att i samverkan med den specialiserade vården utarbeta rutiner och riktlinjer för att få till fungerande vårdprocesser. Från 2020 övergår primärvårdskonsulternas uppdrag i samverkan med den specialiserade vården till det man kommer att kalla Lokala programområden/zamsynsgrupper. Representanter från primärvården ska utses för varje område som fördelas solidariskt mellan vårdgivarna. Vilka områden som ska finnas beslutas på nationell nivå.*

I uppdraget framhålls kontinuitet som en viktig del där särskild hänsyn ska tas för patienter med nedsatt autonomi och för patienter med långvarig och/eller kronisk fysisk och/eller psykisk ohälsa. Även för patientgrupper i samverkan med kommunerna framhålls kontinuitet som viktig. Kontinuitet mäts men ersätts inte utifrån resultat, vilket förekommer inom någon region. Utmaningen för framtiden ligger i att få till både hög tillgänglighet och kontinuitet.

5.3 Ekonomisk hållbarhet

Majoritetens förtydligande:

Offentlig sektor i Sverige står inför stora utmaningar i framtiden. Många av dem handlar om hur resurserna ska räcka till för att täcka de behoven, framförallt inom hälso- och sjukvården. Region Jämtland Härjedalen har de senaste åren befunnit sig i ett prekärt ekonomiskt läge, en situation som kommer att ta lång tid under gynnsamma förhållanden att ta sig ur. Primärvården är en central del av Regionens verksamhet, och bör därför ha en central del i arbetet med att stärka Regionens ekonomiska ställning, på kort och på lång sikt.

Förfrågningsunderlaget ska också främja en ekonomisk hållbarhet hos de i hälsovalet deltagande utförarna, för att tillse en långsiktig stabilitet i primärvården.

De föreläsningar som styrgruppen genomförde 21 januari handlade om de två forskarnas teoretiska kunskap och erfarenheter kring olika ersättningsmodeller. Slutsatsen som de båda drog var att ekonomistyrning är ett av många styrverktyg, och ekonomiska värden måste kontinuerligt vägas mot andra värden. Deras budskap var att se till att ersättningsmodellerna inte är hindrande för den utveckling och samverkan som regionen vill se i primärvården och sjukvårdssystemet.

Ekonomisk hållbarhet hos hälsovalets utförare och långsiktig stabilitet - betyder flera saker

- Tillräckligt med pengar i hälsovalsbudgeten så att primärvårdsaktörerna får rimliga möjligheter att utföra uppdraget utan att underskott uppstår
 - Betyder det att hälsovalsbudgeten också ska täcka merkostnaderna för rekryteringssvårigheterna dvs stafettläkarkostnaderna?
- Vilka kostnader som hälsovalsaktörerna förväntas täcka inom sin ersättning, t ex läkemedelskostnader, privata sjukgymnaster, etc
- Vilka kostnader som hälsovalsaktörerna inte förväntas täcka inom sin ersättning, t ex de listades kontakter med nätdoktorer, besök utanför länet, etc
- Vilka intäkter som hälsovalsaktörerna får utöver vårdvalsersättningen, t ex patientavgifterna, utomlänsersättningar, etc
- Ekonomisk hållbarhet bör också syfta på regionens hela verksamhet inte enbart ekonomisk hållbarhet hos hälsovalets utförare.
 - Då bör förfrågningsunderlag och ersättningsmodell utformas så att samverkan mellan sjukhuset - primärvården och primärvården – kommunerna underlättas/stimuleras. Det är viktiga delar i utvecklingen mot nära vård.
- Stabilitet leder tanken till låg personalomsättning, fast personal och inga stafetter
 - men det hänger inte ihop med ekonomiska förutsättningar utan beror på kompetensförsörjningsmöjligheter.

5.4 Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

Majoritetens förtydligande:

En viktig del i att möta framtidens utmaningar är arbeta för att stoppa eller till och med minska de ökande behoven. Det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet blir här väldigt viktigt, för hela hälso- och sjukvården. Idag finns det specificerat att utförare i hälsovalet ska arbeta med folkhälsa, men ingen bestämmelse om hur och i vilken omfattning. Vidare finns särskilda medel att söka för projekt. Utöver detta finns inga speciella incitament för att arbeta förebyggande i den löpande verksamheten. För att få en större tydlighet och en större effekt av folkhälsoarbetet behöver styrgruppen bedöma om och hur förfrågningsunderlaget ska styra folkhälsoarbetet och hur hälsovalet kan skapa större incitament för förebyggande och främjande arbete.

Region Jämtland Härjedalen betonar de förebyggande och hälsofrämjande insatserna. Därför är benämningen på vårdvalssystemet: Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. I de sex principer som ska styra Hälsoval Region Jämtland Härjedalen framkommer folkhälsofrämjande som en del. Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt i all vård och behandling för att verka för ett mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Vårdenheten ska vara delaktig i planering och utveckling av närsjukvård i samverkan med regionen, kommuner och andra vårdaktörer och ska aktivt delta i det befolkningsinriktade -, hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbetet i närområdet

I nuvarande förfrågningsunderlag framkommer att primärvården ska svara för befolkningens behov av förebyggande hälsoarbete och bidra till och ge förutsättningar så att listade patienter kan bibehålla och/eller förbättra sina levnadsvanor (tobak, alkohol, fysisk aktivitet och goda matvanor). Därmed undvika att det leder till eller förvärrar sjukdom. Detta är den centrala utgångspunkten för regionens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Vårdgivaren ska ha kompetens att skapa förutsättningar för patienten att påverka sin hälsa i positiv riktning. Det ska ske via samtal, rådgivning och behandling. Levnadsvanor är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Individens val är dock inte alltid fritt, levnadsvanor skiljer sig beroende på social miljö, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. Som ett led i arbetet med den

jämlika hälsan ska Region Jämtland Härjedalen följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt regionens policydokument och rutiner. Fallskador skall förbyggas i länet.

Vidare kan vårdenheterna söka medel för att genomföra utvecklingsuppdrag som bidrar till metodutveckling av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Ett utvecklingsuppdrag definieras som enhet/er som är i behov av en/ett ny metod/tillvägagångssätt, tillföra ytterligare struktur/mätning för att förbättra förutsättningarna för patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Styrning av medel i form av fokusområden sker årligen efter vilka utvecklings- och metodutvecklingsbehov organisationen står inför. Nationella uppsatta mål och behovskartläggningar påverkar valet av årliga fokusområden. Tanken med utvecklingsprojekten var att goda exempel skulle spridas och kunna användas av andra hälsocentraler, vilket har fungerat så och så. Oftast fungerar utveckling bäst från idéer sprungna ur sin egen enhet vardag.

Genom åren har frågan vilket uppdrag primärvården har i det preventiva arbetet. Ingår det primärpreventiva eller är det enbart sekundärpreventivt och tertiärt preventivt? Primärvården själva ser det som ett av sina viktigaste uppdrag men också det som är svårast att prioritera. Inom mödrabarnhälsovården har det hälsofrämjande och förebyggande arbetet alltid varit en självklar uppgift.

Exempel på andra regioners uppdrag 2019:

- Hälsosamtal för olika åldersgrupper i Östergötland, Kronoberg, Västmanland, Gävleborg, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jönköping
- Prestationsersättning förekommer i Örebro, Gotland, Gävleborg, Norrbotten, Västerbotten och Värmland
- Särskild peng per listad i Kronoberg
- Ersättning efter certifiering i Kalmar
- Utvecklingspott i Östergötland
- Ersättning enligt särskilt ansökt uppdrag i Stockholm
- Strukturerat arbete för att främja tidig upptäckt hos 0-19 åringar i Västerbotten utifrån en upprättad rapport ger 10 kr/listad
- Preventionssamordnare på vårdcentral 89 kr/listad från 13 år i Västernorrland

5.5 Konkurrensneutralitet

Majoritetens förtydligande:

För att effektiv, rättvis och attraktiv resursfördelning mellan de olika deltagande utförarna behöver förutsättningarna vara så likvärdiga som möjligt. Ingen utförare, egenregi som annan, ska göra något i hälsovalet utan att få ersättning eller utan att möjligheten har funnits för andra utförare att få samma uppdrag. Styrgruppen behöver utreda hur hälsovalet kan göras så konkurrensneutralt som möjligt, vilka undantag som kan behöva göras, och hur de ska hanteras.

De grundläggande principerna i Lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär att det inte ska finnas några skillnader i villkoren mellan egenregiverksamheten och de externa utförarna som utför liknande tjänster. Total konkurrensneutralitet kan dock vara svår att uppnå då den upphandlande myndigheten alltid måste ta det yttersta ansvaret för att biståndsbehövande får den hjälp de har rätt till. Vidare framgår i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att ”Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.”

Generellt har genom åren konkurrensneutralitet varit föremål för diskussioner där synpunkter kommit från egenregin om att de får uppdrag utöver hälsovalet medan externa utförare anser att de inte har samma ekonomiska villkor som egenregin.

Frågan om konkurrensneutralitet har varit föremål för juridisk prövning bland annat i ett ärende om kompensation till privata utförare för egenregins underskott och ett om olika hantering av IT-kostnader. Både förvaltningsrätten och konkurrensverket skriver i sina beslut att med leverantörer i 1 kap.2§ LOV avses externa leverantörer. Likabehandlingsprincipen och konkurrensneutraliteten tas ur ett juridiskt perspektiv således sikte på att externa utförare behandlas lika.

Ett annat ärende som Konkurrensverket har granskat, utifrån domar i EU domstolen, är det så kallade "ickevalsalternativet", som upphandlade myndigheter är skyldiga att tillhandahålla enligt LOV. Region Jämtland Härjedalen tilldelar alla utförare inom hälsovalet, oavsett driftform, ett geografiskt område byggt på närhetsprincipen. Konkurrensverket har bedömt att ickevalsalternativet endast kan tilldelas egenregi alternativt upphandlas enligt LOU.

Frågor som genom åren diskuterats ur ett konkurrensperspektiv har handlat om kompensation till externa utförare för egenregins underskott och de uppdrag utöver hälsovalet som egenregin får av "koncernen" Region Jämtland Härjedalen. Det kan t ex handla om samverkans- och utvecklingsfrågor. Vidare har den senaste tiden frågan om höjning av moms för hyrpersonal bland privata utförare varit aktuell liksom fördelning av medlen för de statliga överenskommelserna.

Ärenden kopplade till kostnadsansvar i primärvården har av och till lämnats synpunkter på. Det har handlat om kostnadsansvaret för fysioterapeuter verksamma enligt den så kallade nationella taxan, sjukresekostnader, IT, lab och röntgen samt läkemedel.

Tilläggsuppdragen inom hälsovalet fördelas utifrån ett årligt ansökningsförfarande där regionen fattar beslut om vilka vårdgivare som får uppdrag att fullgöra respektive tilläggsuppdrag. Målsättningen är att alla tilläggsuppdrag ska bygga på frivilliga överenskommelser med respektive vårdgivare. Något som genom åren fungerat väl.

5.6 Samarbete med kommunerna

Majoritetens förtydligande:

Det regionala och det kommunala uppdraget har flera kontaktpunkter, där uppdraget att omhänderta en patient går från huvudman till huvudman. Ofta handlar det om individer bland de med absolut störst behov av stöd ifrån samhället. Eftersom det handlar om grupper av individer som för regionen och kommunerna som huvudmän kräver mycket uppmärksamhet och aktivitet, ofta samtidigt, är samordningsvinsterna som kan uppstå mycket höga, både för de enskilda individerna i form av ökad trygghet och högre kvalitet, men också för samhället i stort i form av mer effektivt resursanvändande och bättre resultat. För regionens del är hälsovalets utförare centrala i sammanhanget, eftersom det är i primärvårdsnivån som de kommunala och regionala verksamheterna möts, eller borde mötas. Mot bakgrund av ovanstående är det jätteviktigt att styrgruppen tillser att kommande hälsoval skapar goda förutsättningar och driver på för mer och närmare samverkan med kommunerna.

SKR:s styrelse har beslutat att anta Strategi för hälsa. Strategi för hälsa innebär att Sveriges viktiga välfärdsverksamheter - skola, socialtjänst, vård- och omsorg, hälso- och sjukvård

behöver ledas, styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Detta genom att arbeta mot gemensamma mål.

Att förbättra hälsan i befolkningen är nödvändigt för att klara de demografiska utmaningar vi har framför oss, där fler behöver välfärdstjänster samtidigt som den arbetsföra befolkningen och därmed skatteintäkterna minskar.

Befolkningens hälsa både påverkas av och påverkar välfärdens verksamheter, det vill säga att förbättra hälsan hos alla är av avgörande betydelse för att klara verksamheterna in i framtiden.

Det finns tre målområden för genomförandet av strategin. Genom att ha gemensamma mål och indikationer inom alla verksamheter; skola, socialtjänst, vård- och omsorg, hälso- och sjukvård skapas samsyn kring prioritering.

En god och jämlik hälsa

Det övergripande nationella målet är en god och jämlik hälsa för alla. Samtliga verksamheters arbete och konkreta delmål värderas utifrån detta.

God kvalitet

Alla välfärdstjänster ska ha en god kvalitet. God kvalitet avgörs bland annat av elever, brukare och patienter men också av förmågan att förnya befintlig service utifrån sammanhang och målgrupp.

Hållbart och uthålligt

När vi arbetar rätt för att nå en god och jämlik hälsa och utför välfärdsarbetet med god kvalitet kommer resultatet bli hållbart och uthålligt. Det vill säga att hälsan kommer att förbättras inom alla områden och skillnader mellan olika grupper kommer att minska.

I Jämtland Härjedalen leds samarbete mellan regionen och kommunerna genom tre samverkansnivåer/arenor:

- SVOM (Sociala vård och omsorgsgruppen) – samarbetsarena för politiker från kommunernas vård/omsorg/socialnämnder och regionens hälso- och sjukvårdsnämnd
- Fredagsgruppen – samarbetsarena för kommunernas vård- och omsorgsförvaltningschefer och ledande chefer inom regionen hälso- och sjukvård inkl beställarchef
- Barnarenan - Politisk arena, länets kommuner och Region JH.
- L-IFO – samarbetsarena för kommunernas individ och familjeomsorg och elevhälsa och Regionöverläkare, barnhälsoöverläkare och chef för Barn och ungdomspsykiatri och primärvård.
- Lokala samverkansarenorna – i varje kommun träffas primärvård, ambulans, 1177 och kommunernas lokala chefer för löpande samverkan

Samarbetet bekräftas ofta med samverkansavtal, överenskommelser och handlingsplaner. På regionjh.se/samverkan samlas alla dessa dokument för gemensam tillgång till dem.

SVOM har tagit initiativ till ett seminarium den 3 april 2020. Syftet med dagen är att

- skapa gemensamma bilder kring nuläge i kommunerna och regionen kring vård, omsorg, socialtjänst och hälso- och sjukvård
- ta del av nationella initiativ för en välfärd i förändring
- samtala gemensamt om vad en vård nära medborgarna betyder
- och kanske staka ut vägen framåt tillsammans!

Hälsovalsaktörerna är centrala aktörer i samverkan med kommunerna.

Dagens hemsjukvårdsavtal innebär att primärvården till viss del tjänsteköper resurser av kommunerna i form av distriktssköterskor och rehabilitering.

5.7 Det breda uppdraget kring patienten

I grunduppdraget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen ingår:

- Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling
- Rehabilitering
- Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
- Psykosocial verksamhet
- Sjukvårdsrådgivning
- Dygnet runt ansvar
- Mödrahälsovård
- Barnhälsovård
- Medicinsk service
- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- Samverkan
- Utbildningsansvar

Uppdragen för primärvård i landet varierar något. Främst handlar det om att mödravård kan vara organiserad i specialistvården men också att man har valt att göra egna vårdval för specifika områden t ex medicinsk fotvård, rehabilitering, psykoterapi och barnhälsovård.

5.8 Regionens sistahandsansvar

Majoritetens förtydligande:

Lagen om valfrihetssystem gör klart att regionerna ska erbjuda valfrihetssystem i primärvården. Vid sidan om det görs det i hälso- och sjukvårdslagen klart att regionerna ska erbjuda primärvård till sin befolkning. Det innebär att regionen i den händelse att ingen svarar på erbjudandet inom ramen för valfrihetssystemet att bedriva primärvård har ett ansvar ändå att bedriva verksamheten – ett sistahandsansvar. Vad det ansvaret innebär för regionen som utförare innebär och hur det påverkar planeringen av verksamheten behöver tydliggöras.

Den upphandlande myndigheten har alltid det yttersta ansvaret för att de behövande får den hjälp de har rätt till. Inom Region Jämtland Härjedalen finns ett politiskt beslut om att det ska finnas en regiondriven vårdenhet inom varje närvårdsområde.

En konsekvens som har uppstått är när en privat utförare la ned sin verksamhet fick den regiondrivna verksamheten överta ansvaret för dennes kundstock. En annan är ansvaret för planering av jour och beredskap inom primärvården.

Vid hearingen den 25 februari 2020 redovisade primärvårdschefen i en bilaga till minnesanteckningen de kostnader som egenregin anser sig ha och inte får ersättning för inom hälsovalet.

6 Ersättningsmodell Hälsoval 2020

Ersättning listad	321 864 000	5-års intervaller, besöksmönster
CNI	107 290 000	Socioekonomisk faktor, 7 parametrar
Glesbygdsersättning	68 000 000	avstånd till Ösd sjukhus, 4 nivåer
Läkemedel	166 559 000	5-års intervaller, läkemedelskostnad
Momskompensation	2 092 000	privata vårdgivare (ej Gäddede), 3% av S:a ers listad, CNI och glesbygdsers
Fast ersättning	665 805 000	
Särskilda boenden	9 277 000	5 000 kr per SÄBO-plats, 12 000 kr per korttidsplats
Ers deltagande grp	3 000 000	600 kr/h läkare, 400 kr/h övriga
Familjecentral	1 000 000	100 kr per barn 0-6 år, min 25 tkr max 100 tkr
Fortbildning mm	1 000 000	faktisk ers
Cosmic samordnare 50%	370 000	
Tilläggsers Folkhälsa	1 100 000	max 185 tkr per projekt
Ambulans Gäddede	6 051 000	
AT, obj 6711	5 248 000	70% medianlön
ST, obj 6713	31 196 000	75% medianlön
PTP-psykolog	5 000 000	hela lönen
OH-kompensation	665 000	privata vårdgivare 1,5% av ers listad
Tilläggsers	63 907 000	
Summa Hälsoval	729 712 000	
Obj 6501 Adm Hälsovalskansliet	422 000	
Intäkt 6 % momsersättning	-4 600 000	
TOTALT kst 7037	725 534 000	

Ersättning listad

Viktning i femårsintervaller,(0-4, 5-9 etc), baserad på jämtars besöksfrekvens inom pv.

För 2020 var besöksperioden 1811-1910. Besök exkl telefonrecept.

Läkarbesök viktas *2, sjukvårdande behandling viktas *1.

Viktspann är från 0,33 (10-14 år) till som högst 2,21 (85-89 år)

Vikt 1,0 = 2 453 kr/listad (i febr 2020). Spann 816 kr – 5 429 kr/listad

CNI – Care Need Index

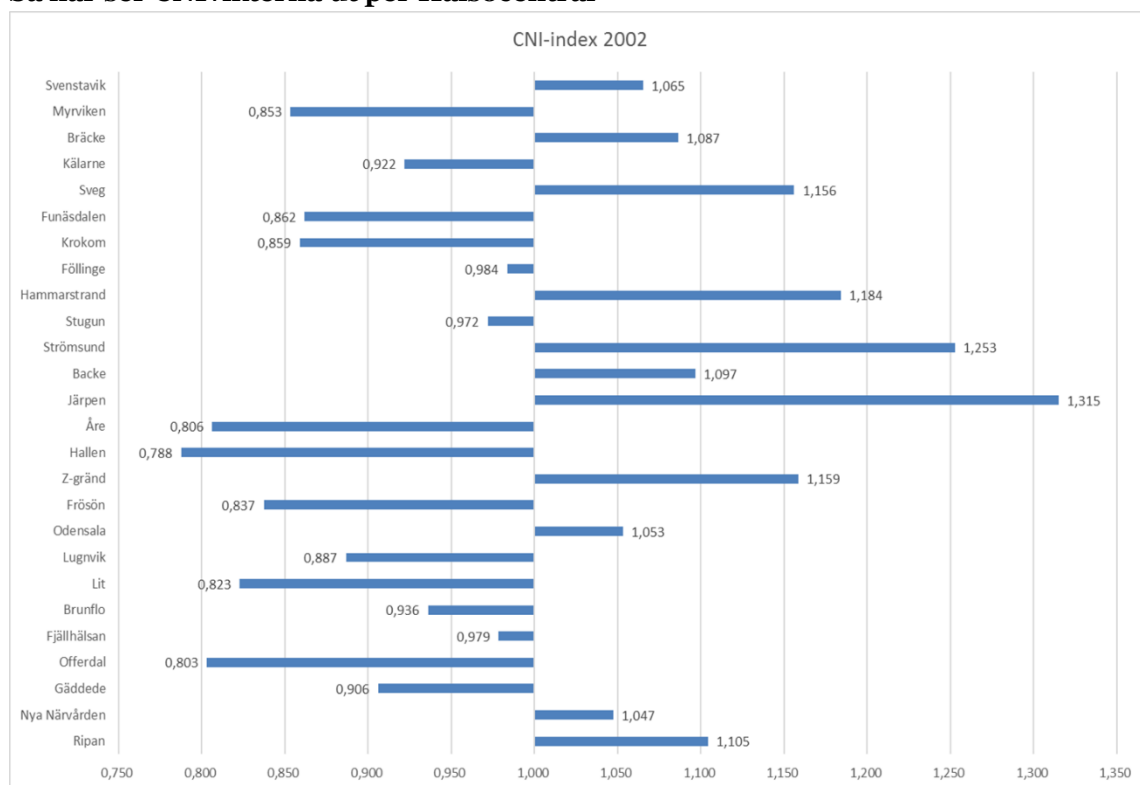
Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. SCB tar fram ett anpassat CNI till regioner med flera och det används bland annat som stöd vid beräkning av vårdersättning.

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

Snittersättningen i februari 2020 är 820 kr/listad.

Spann 0,79(Hallen) – 1,32(Järpen), 646 kr – 1 078 kr/listad

Så här ser CNIVikterna ut per Hälsocentral



Ersättning läkemedel

Viktning i femårsintervaller, (0-4, 5-9 etc), baserad på jämtars uttag av receptläkemedel som primärvården har kostnadsansvar för. Allmänna läkemedel har primärvården kostnadsansvar för oavsett vem som förskrivit dem. På motsvarande sätt har specialistklinikerna på sjukhuset kostnadsansvar för läkemedel inom sin specialitet även om primärvårdsläkare förskriver dem.

För 2020 var besöksperioden 1811-1910. Viktspann 0,23 (25-29 år) – 3,22 (100-104 år).
Vikt 1,0 = 1 272 kr/listad (i februari 2020). Spann 290 kr – 4 098 kr/listad.

Glesbygdersättning

Beräknas från listad invids folkbokföring (Geografisk HC)

Avs intervall	Ers / inv	Rel interv.
0-29 km	0	0
30-69 km	834	1
70-99 km	1 076	1,29
100-149 km	1 402	1,68
> 150 km	1 877	2,25

Glesbygdsersättningens andel av summa ersättning listad, CNI och glesbygdsersättning februari 2020.

Svenstavik	19,2%
Myrviken	18,3%
Bräcke	23,5%
Kålarne	22,9%
Sveg	34,3%
Funäsdalen	36,4%
Föllinge	18,7%
Hammarstrand	22,9%
Stugun	19,7%
Strömsund	28,3%
Backe	32,9%
Järpen	23,1%
Åre	27,2%
Hallen	20,3%
Fjällhälsan	34,8%
Offerdal	17,9%
Gäddede	34,7%
Nya Närvården	29,9%

Kostnadsansvar

Följande kostnader får primärvårdsaktörerna bära kostnader för:

- Läkemedel uttagna av listade individer
- Kostnadsansvar för fysioterapeuter verksamma inom Lag (1993:1652) om fysioterapiersättning (LOF) och allmänläkare enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL)
- Medicinsk fotvård för sina listade individer
- Tjänsteköp kommun för sina listade individer
- Lab- och röntgenkostnader för sina listade individer
- Hyra för lokaler mm för sin verksamhet
- Sjukresor för sina listade individers resa till och från hälsocentralen

6.1 Diskussioner om ersättningsmodell 2021

Under arbetet har fler olika varianter på olika variabler i ersättningsmodellen beräknats och diskuterats. Diskussionerna har handlat om

- hälsovalsaktörernas kostnadsansvar, främst fysioterapeuter och läkare verksamma enligt nationella taxan
- patientavgifter
- viktningen av CNI
- glesbygdsersättningens syfte och utformning

Enighet har nåtts när det gäller att lyfta bort kostnadsansvaret för fysioterapeuter verksamma inom Lag (1993:1652) om fysioterapiersättning (LOF) och allmänläkare enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL). Det innebär också att en central budget för dessa kostnader föreslås skapas genom att extra medel tillförs. 19 miljoner stannar kvar i hälsovalsersättningen för att förstärka primärvårdsuppdraget och 21 miljoner behöver tillföras den centrala budget för att motsvara 2021 års kostnader för fysioterapeuter verksamma inom Lag (1993:1652) om fysioterapiersättning (LOF) och allmänläkare enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL).

7 Uppföljning

Regionen och dess vårdgivare inom primärvården har ett gemensamt ansvar och intresse av att följa upp och utveckla vården. Beställarenheten följer upp vårdgivarna SKRs

- ”Basmodell för uppföljning av primärvård”, enskild uppföljningsdialog, gemensam dialog, särskilda fördjupningar samt årlig analys samt
- ”Modell för fördjupad uppföljning, riktad och systematisk kontroll av utförare **som genomförs utöver** den löpande uppföljningen (basmodellen).

Huvudsyftet är att säkerställa att verksamheter, oavsett driftsform, lever upp till de krav i avtal, överenskommelser, lagar och regler som gäller för respektive verksamhet.

Förutom den standardiserade uppföljningen, indikatorerna ska uppföljning i dialogform ske minst en gång per år efter inlämnandet av verksamhetsberättelse /årsredovisning.

Grundläggande verksamhetsstatistik insamlas med stöd av den information som samtliga vårdenheter registreras i vårdadministrativa systemet. Vårdgivaren, verksamhetschef ska vara representerad på informationsmöten som regionen eller annan på deras uppdrag kallar till.

Indikatorer som följs upp

Hämtas från Regionplanen samt nationella mätetal och mål

Tillgänglighet

- 0:an Telefontillgänglighet - Besvarat telefon, rådgivning/tidsbokning.
- 3:an - Första medicinsk bedömning inom tre dagar. Mål 100%.

Kontinuitet

Kontinuitet beräknas för listade patienter som gjort minst 3 besök de senaste 18 månaderna. Bara besök på den enhet man är listad räknas in.

- Distriktsläkare
- Distriktssköterska

Läkemedel

- Antibiotika
- Läkemedelsenheten gör kvalitetsuppföljningar gällande läkemedelshantering.

Övrig uppföljning

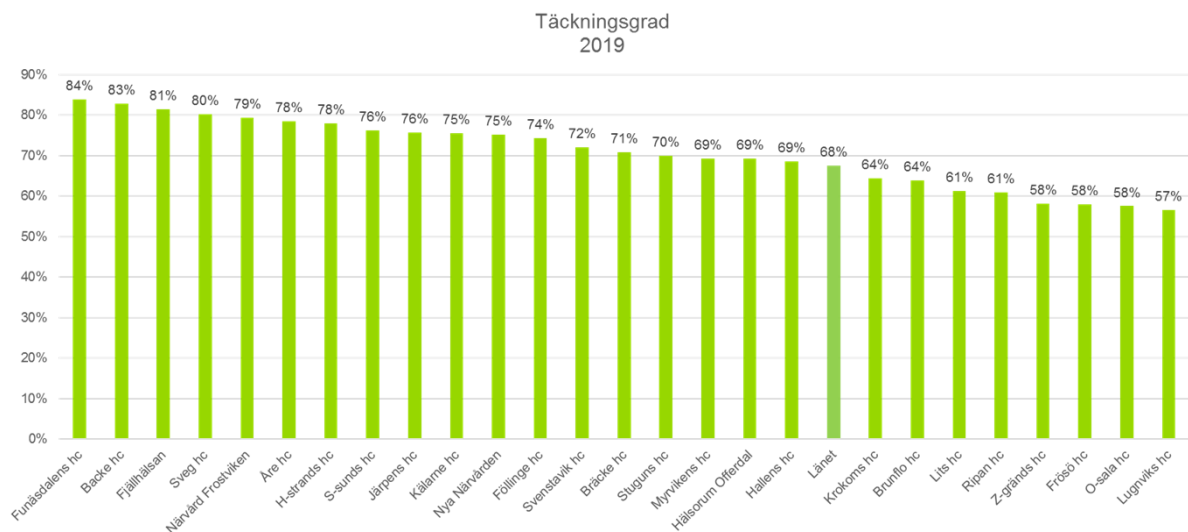
Föräldrabarnhälsovårdens gör egen uppföljning.

Nationella Patientenkäten, NPE,

Möjlighet till fast läkarkontakt

Samverkan, SiP, vårdplaneringar

Täckningsgrad är inget som ingår i ersättningsmodellen men den följs upp



Uppföljning som är under utveckling

- Basmodellen för uppföljning av primärvård 2.0
- Tillitsbaserad uppföljning inom Primärvården
- Primärvårdskvalitet

Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande.

Primärvårdskvalitet omfattar kvalitetsindikatorer samt tekniska lösningar som ska göra det enkelt att få ut kvalitetsdata om patienter, sjukdomsgrupper och verksamheten automatiskt utan dubbelregistrering.

Vårdcentraler som använder Primärvårdskvalitet kan se alla uppgifter om sin egen verksamhet och följa upp vården av enskilda patienter. Som referens visas genomsnittsvärden från hela landet

7.1 Diskussioner om uppföljning

Styrgruppen har varit eniga om att skapa förutsättningar för invånarna i länet att kunna jämföra hälsocentralerna med varandra. Det innebär också krav på utförarna att lämna uppgifter som möjliggör en transparent och tillgänglig publicering av olika uppföljningsvariabler.

8 Sammanfattning från hearing med utförarna

Hearingens upplägg

Kl 8.30-10.00 Hälsorum Offerdal, Nya närvården (NNV) och Fjällhälsan

Kl 10.00-10.45 Hälsocentralen Ripan

Kl 11.00 -12.30 Område Primärvård egenregi

Kl 13.30-14.00 Närvård Frostviken verksamhetschef

Kl 14.00-14.30 Strömsunds kommun som huvudman

Målgrupp: I första hand verksamhetschef/områdeschef och MLA

Frågor inför hearing:

Vad innebär Nära Vård-omställningen för er?

Vilka reflektioner/medskick har ni utifrån styrgruppens direktiv?

Hur upplever ni nuvarande styrning?

Utvecklingstankar tillsammans med regionen?

Utvecklingstankar tillsammans med kommunen?

Vad gör man i glesbygd som inte görs i Östersund?

Övriga frågor?

8.1 Nya närvården, NNV

Deltagare NNV: Hans Boberg

Hans beskrev sin syn på **konkurrensneutralitet** – mellan företag kan det vara konkurrensneutralitet men inte mot regionen utifrån hur Konkurrensverket ser på det.

Hans beskriver att de **ekonomiska villkoren** är viktiga – de ska baseras på faktiska kostnader och konstruerade med följsamhet utifrån ändrade förutsättningar t ex nya nationella rekommendationer om behandlingar t ex läkemedel för diabetes i nytt vårdprogram.

Nära vård för NNV

- Tillgång till närvårdsavdelning för tex äldre och palliativ vård. Det är både god och nära vård.

- Kontinuitet - personalbemanningen är viktigast

- Tillgång till akuten = konkurrensfråga, dvs finns för HC i stan men inte i glesbygd – måste därför jobba på annat sätt

- Jourttillgänglighet efter kl 17

Hans anser att NNV redan bedriver nära vård.

Digital vård är också en form av nära vård men där är det viktigt att den som är bakom skärmen är känd dvs har en relation till patienten redan – det ger trygghet.

NNV vill vara med på utvecklingen kring digitaliseringen.

Skillnad mellan stad och glesbygd – Hans ger exempel på knäproblem - i stan går patienten till specialistmottagning och då tas magnetröntgenkostnad på sjukhuskliniken, men en patient i Hoting får remiss från NNV och då får NNV Hoting bära kostnaden för magnetröntgen

Samarbete med kommunen – NNV gör tjänsteköp vilket underlättar men kommunen är inte följsamt till när patienter borde ha hemsjukvårdsbeslut, ger exempel på palliativ vård i hemmet där NNV får tjänsteköpa hela tiden trots att det rimligen borde vara en kommunal hemsjukvårdspatient.

Utveckling tillsammans med kommunen:

NNV skulle helst dela lokaler med kommunens personal. Det skulle öka flexibilitet och de skulle kunna täcka för varandra och ge goda förutsättningar för kontinuitet i personalstyrkorna, hos båda huvudmän. Men kommunen säger att de redan har bra lokaler.

Det var närmare samarbete i Gäddede när Hans jobbade där.

Utveckling tillsammans med regionen

Hans har haft period när NNV fyllt tidböckerna med patienter för preopbedömningar och sen kom timanställd ortoped och gjorde de bedömningarna. Slutade med det eftersom den aktuella ortopederna inte hade tid längre. Alla specialiteter skulle kunna göra så. Det skulle avlasta både specialistvård och primärvård – och närmare vård och kortare resor. Det är bara att sätta och styra så det blir så.

Läkare med glesbygdsläkarutbildning viktig resurs i hans verksamhet.

Ersättning utifrån **täckningsgrad** skulle gynna glesbygd

På fråga om utveckling av **1177** svarar Hans att han anser att tidböcker inte ska vara i andras händer - bara för de som är på arbetsplatsen dvs egen distriktsköterska kan boka i läkarens. Förklaringen är att öppna tidböcker ger gräddfil för teknikvana personer och inte nödvändigtvis de som har bäst nytta av tiden ur medicinsk prioriteringssynpunkt. Om en verksamhet har dålig kontinuitet kan det underlätta men fel patienter blir prioriterade.

Detta är dock inte detsamma som att Hans är emot annan digitalisering. Han vill verkligen konkurrera med dr Kry – och det skulle vare enkelt eftersom han redan har en relation med sina patienter – det blir bara en annan effektivare väg.

Hans summerar:

- Viktigt med förutsägbarhet och möjlighet till budgetering och planering
- Vill få inskrivet om underskottstäckningen och att den sker varje år.

8.2 Hälsorum OFFERDAL

Deltagare Hälsorum Offerdal: Jessica Amarouch

Nära vård för Offerdal är:

Tryggheten i bygden,

Att var första instans och att kunna göra akuta hembesök

Samma synpunkter som Hans när det gäller nära vård men Offerdal är en enläkarstation, och det handlar om resurser för investering i digital teknik och personella utvecklingsresurser – förutsättningarna är olika.

Önskemål att förfrågningsunderlaget tar hänsyn till det geografiska dvs avstånd 6 mil eller mer för invånarna.

Utveckling tillsammans med regionen:

Offerdal har en daglig akutmottagning, vill kunna ta mer prov och göra mer undersökningar på uppdrag av specialistvården

Det är ett gott samarbete hellre än konkurrens till egenregion i Krokoms kommun.

Samarbetet med kommunen är också gott och okomplicerat. Tjänsteköper, främst arbetsterapeuter, när vi behöver, aldrig några större diskussioner och problem. Offerdal har ingen möjlighet till närvårdsavdelning – men det är önskvärt och det har pratats med Krokoms kommun om det.

Inga synpunkter på ersättning genom glesbygdsersättning kontra täckningsgrad.

8.3 Fjällhälsan

Deltagare Fjällhälsan: Thomas Bolin, Stina Hedengran, Markus Weinemacher

Nära vård för Fjällhälsan är

- en gynmottagning sen ca 2-3 år,
- röntgenläkare som gör bl a gör ultraljudsundersökningar,
- många hembesök – dyrt m tjänsteköp o taxi, lättare och billigare att de egna åker ut.
- Filialen med Markus i Lillhärdal

Dialys i Hede skulle också vara nära vård. Här möts de inte av någon större entusiasm från sjukhuset – de känns som att de kämpar i motvind.

Ersättningsmodellen ger inget ang gyn och röntgen, ändå är det ca 50 gynremisser som inte behövde gå till sjukhuset. Tvärtom får de heller inga remisser från gyn på sjukhuset, dvs patienter som skulle kunna slippa åka dit.

Det är kontinuitet och ekonomi att göra hembesök, men en geografisk utmaning. Fjällhälsan skulle önska en ersättning som tar hänsyn till den bemanning som hembesök kräver, och någon sorts incitament för avlastning av sjukhuset (gyn, röntgen, dialys, mm)

Närvårdsplatser diskuteras med kommunen även i Hede, Närvårdsplatserna i Sveg värdefulla och skulle vara det i Hede också.

Samverkan med kommunen fungerar bra – läkare har kommunronden – fungerar bättre nu än när de hade stafetter

Digitaltekniken under jour är borttagen nu. Onödigt krånglig – men bra när det fungerade.

Ekonomi – flytande om när intäkterna kommer, utomlänstäckning och statsbidragen och otydlig för vilken period. Utomlänstäckning har det varit bekymmer med teknik under 2019 därför ojämna utbetalningar.

Ersättning genom glesbygdsersättning kontra täckningsgrad? De mäter inte täckningsgrad men självklart intressant utifrån deras satsning på gynmottagning och röntgenläkare.

8.4 Medinord AB - Ripan

Deltagare: Olle Christmansson och Helen Christmansson

Vad innebär Nära vård

Fortsatt utveckling av arbetssätt

- TEAM
- Kontaktpersoner
- Hembesök
- Hemmonitorering (gärna med den utvecklingen)

Resurskrävande initialt – främst personal

- Hembesök – främst dsk
- Antal listade/läkare (1000 listade per läkare löfte utifrån Borgholmsmodellen i egenregion)

Stimulansmedel nära vård skall utbetalas i förväg och inte sökförfarande

- 2019 – offentliga vården anställde läkare m 1000 listade from april
- Vi ansökte i oktober och december

Utvecklingsarbete inom Hälsovalet – Alla vårdleverantörer - Tänk patient och inte utförare

Tillgänglighet och kontinuitet

- Minskad läkarfokusering
- Inte alltid bra att ha samma läkare
- Tydlighet gällande patientansvar - Remitteringar
- Återkoppling/återbesök via app/webb
- Måste vara säker på definition – ”göra mer i primärvård”
- Möta patienter i tid
- Stora resurser läggs nu på oroshantering av färdigutredda patienter

40% av alla som ringer kräver ett besök. Hellre drop in istället för lättakut

Självtriagering på webben - dsk och frågedoktor ser det och avgöra åtgärd

Tydlighet gällande patientansvar – vem äger patienten specvård/PV?

Återkoppling/återbesök via app

Ekonomisk hållbarhet

Förbättra strukturen i det ekonomiska arbetet

- planeringsförutsättningar

- Följ lagar – klumpfaktureringar, bokföringslag, felaktiga, konkurrenslag

-Affärsmässighet

- Kostnadskontroll – likviditet

- Undersökningar/lag Ex läkare medicin ordinerar priv i HC namn, kostnaden ska ligga där beställning och analys sker

- Ska PV ”äga” patienten ? = Omdisponering av medel

- Glesbygd kontra stad i ersättning – för stor skillnad

- Stor skillnad ekonomi – sjukgymnaster alla etableringar är i stan, Mer intresserad av täckningsgrad utifrån få betalt för där man gör

Ersättningen i Hälsovalet ska vara rätt dimensionerad – Reglera underskottskompensation

Nuvarande system i Hälsovalet är anpassat för vårdkoncerner – dom har ekonomisk uthållighet

Sjukdomsförebyggande – hälsofrämjande

- Möt patienten i tid – mota inte

- Hur nå människor innan dom blir patienter?
- Nuläge – pengar på lösryckta småskaliga projekt
- Lite utrymme i dagens hälsoval
- Vi måste tänka helt nytt

Konkurrensneutralitet

Bättre struktur stimulansmedel – Förutsättningar/fördelning i förhand

Reglera kostnaderna för privata sjukgymnasterna – ska vara kostnadsneutralt – Ta bort från Hälsovalet

Privata underleverantörer är inte konkurrenter

Nuvarande styrning

Förfrågningsunderlag som system är OK

Mycket bra med dialoger som denna – avsätt mer tid i början

Otydligt – vad är beslutat av vem och när - spårbarhet

Utvecklingstankar Region

Vi är en del av Regionen inte konkurrent, Nyttja oss som ”testbädd”

Vi är gärna med från start i utvecklingsarbeten

Utveckling med Kommun

Bra dialog med kommun

Dåligt avtal gällande tjänsteköp – DYRT

- får inte nyttja Arbetsterapeuterna på Z-gränd

Viktig med planering tillsammans i tid tex nya SÄBO

Olle är gärna med och arbetar med Hälsovalet gällande systemfrågor och ersättning

Helene gärna med i arbetet gällande ”flödet specialiserad – primär- kommunal vård

8.5 Primärvården egen regin

Deltagare : Anna Granevärn Anna Fremner

Nära vård

Primärvården har ett stort uppdrag med mycket samverkan med kommunerna och sjukhuset. Det mappar inte alltid mot bara hälsovalsuppdraget – men hälsovalet är inget hinder.

Egenregin har hittills inte fått till samordningen med alla leverantörerna – störst incitament att avlasta sjukhuset dvs inom samma resultaträkning – men alla har inte samma incitament - borde ingå på nåt sätt i hälsovalet

Anna funderar kring: Hur styr man mot utveckling – föreläsningen som styrgruppen initierade var intressant – att styra mot utveckling är svårt, och rörligt mål.

För nuvarande uppdrag finns inget hinder i förfrågningsunderlag och ersättningsmodell, men heller inget incitament, svårighet att planera personalbudget utifrån det

Utvecklingstankar med regionen – många utvecklingstankar, utmaning att få med oss kommunerna. Kommunerna vill ha tydligare inriktning från regionen – efterfrågar politisk styrning från regionens sida. Många av diskussionerna med kommunerna landar i - ansvarsfördelning och pengar

Utveckling i Krokomb – hembesök där vi har mer utrustning med oss ut, prover på plats
Incitamentet finns i regionens ekonomi och patienternas väl.
Kommunerna flaggar för att det kostar mer tid för dem när vi gör så här trots att vi är överens om att samhällsekonomisk är det bra och för patient är det bra. Det måste vi vara observanta på.

Utveckling i glesbygd – samarbete PV-ambulans-kommun mycket tydligt. Utveckling mot alltmer medicinskt komplicerade ärenden. NÄVA-platser bra men får inte bli ett ställe där ”hemlösa” hamnar, dvs inte bara hälsovalsfrågor. Storsjögläntan tar inte patienten i en by i Härjedalen med vård direkt från NUS.

Inriktningen är att göra klart patienterna mer med resurserna på plats.

I julas förlossning på HC tvillingar- exempel på när bred kompetens krävs särskilt på distriktssköterskorna. Hela primärvården är beroende av breda kompetenser.

NÄVA-platserna i Sveg köps av kommunen – där får patienterna inte vara så sjuka eftersom det inte finns ssk i nattbemanning – det blir mer ett förlängt HC-besök

NÄVA-platser i Strömsund i regionregi – sjuksköterskebemanning nätter - behandlingstiderna blir lätt för långa och behöver värderas vilka patienter som passar där.

Jour och beredskap – betalar mycket tid med få patienter. 4 beredskapsläkare igång varje natt. Andra alternativ – kanske med 2 om vi jobbar annorlunda ? 23-07 händer som minst – myndighetsutövningen intyg (mer förberedelser skulle kanske minska behoven) och plötsliga dödsfall (kan ambulans ta mer och ändra arbetssätt med läkare o andra kompetenser).

I glesbygd färdigbehandlar man mer och skickar så lite som möjligt, turistflöden t ex Åre har nu haft akutmottagning med 180 patienter på en dag att jämföra med sjukhusets akutmottagning som normalt har ca 100 per dag.

Ett annat utvecklingsområde är konsultationer med psykiatri exempel på utveckling Krokomb och Frösön.

Rehabkoordinatorer viktig för återgång i arbete i samarbete med kommunerna.

Kompetenser enligt förfrågningsunderlaget, arbetsterapeuter – inte ett tydligt uppdrag att ha det! Har det i Östersund ändå.

Förfrågningsunderlagets krav – svårigheter att ha alla kompetenser på små orter – risk att urholka kompetenser. Har onkolog, gyn, ortoped på en del platser. Farhågor från allmänspecialister när andra specialister tas in. Barnläkare i Härjedalen. Kräver samverkan med sjukhuset

Utveckling mer i primärvården. T ex

- urolog i Åre,

- Ögonkliniken mer ute i länet kräver mer apparatur och kompetens – distanslösning – **vem styr/beslutar om det ?**

Hud – alla ST-läkare utbildas och förses med dermatoskop istället för randning på hud som inte har kapacitet att låta dem randa sig där – **vem beslutar om hur?** – hud eller PV eller beställarchef?

Regelverk – krävs – men är det förfrågningsunderlag eller koncernen?

Utvecklingen ses inte som konkurrensfördel utan för alla medborgare men svårt med testbädd hos annan utförare utifrån juridik. Akutrummen i Härjedalen – byggdes upp för alla tre HC – under projekttiden var det OK och samarbetet var bra. När driftgodkännande skulle ske började de juridiska frågor. CE märkningen av konceptet (alla utrustningar tillsammans) kan bara ges juridiskt korrekt inom den egna organisationen. Utrustningen har tagits bort från Fjällhälsan och i övrigt fungerar den inte heller nu pga driftstörningar som inte kunnat åtgärdas. Sigma kopplades bort för att vi skulle vara fria från leverantör och klara själva - men svårt ha i egen regi. Erfarenheten är att det är enklare att upphandla och kravställa.

Hälsofrämjande

Förebyggande måste vara med i hälsovalet – vill få tydligare uppdrag kring levnadsvanor, det goda samtalet, stöd för vardagslivet.

Hemmonitoreringar i detta sammanhanget? Det är just det som det handlar om KOL, hjärtsvikt, högt blodtryck, depression idag – patienten själv äger datan – kan lösas med patientkontrakt. Verksamheten är dåliga på statistiken men personalen brinner för det. Duktig på att ställa frågor, men registreras inte. Har utbildat personal nu kring hur det ska registreras men också kapacitetshinder, fördröjning etc som försvårar efterlevnad av hur det ska registreras.

Anton – hur når vi även dem som inte kontaktar HC? för att vara ännu mer förebyggande
Anna – andra gör t ex hälsosamtal olika åldrar, fånga barn i risk tidigt – göra mer tillsammans BVC-socialtjänst-familjecentral-elevhälsa.
Barn med personlig assistent t ex diabetes får nu inte ass – skolor börjar anställa vårdpersonal för att hantera situationen – kanske samarbeta även här
Föräldraskapet – stöd – samverkan med BUP

Vad gör egenregin mer är privata

Utveckling, Beredskap, Utbildning, Sista handsansvaret men svårt att sätta pengar på det

Hur fungerar det med rondning av SÄBO

Patenten väljer var de är listade, varje HC har ansvar för sina SÄBO – tar de patienter som är där, men patienterna kan välja att vilja ha kontakten med sin fasta läkare
Korttids tar mest tid – är de sjukaste patienterna där.

NÄVA – möjlighet att kunna lägga in på ett SÄBO nån gång då och då. Gärna samarbete med kommunerna så – pengafråga men inte nej, kan vara svårt att planera

Nätläkarna – hur förebygga att man ringer dit.

Anna tänker att vi måste tillhandta en minst lika god lösning. Tester med digital triagering i Strömsund, Frösön och Sveg kanske lägga till Odensala och Z-gränd, eftersom det är trögt i glesbygd. Upphandling på gång under våren – det är en medborgartjänst så även privata kan ansluta.

8.6 Närvård Frostviken

Deltagare: Maria Strängby, verksamhetschef sedan september

Nära vård – vi har nära vård, slagit ihop region, kommun och ambulans så vi har redan nära vård, skickar inte in till sjukhus annat än vid behov, inga gränser mellan verksamheterna.

Har läkare 4 dagar varannan vecka.

De vill utveckla konsultverksamheter från andra så de slipper skicka patienter långt bort för 5 minuters konsultationer.

På HC finns undersköterska, distriktssköterska och 60% administratör.

Ambulanspersonalen hjälper till mellan 9-14, hemsjukvårdens distriktssköterska utgår från HC. Alla arbetar gemensamt. Inga bekymmer mot jourverksamheten i Strömsund.

Sviktplatser på Levinsgården just nu fullbelagda, men kan nyttjas vid behov. Går under biståndsenheten, budgeterat under Närvård Frostviken.

När det gäller utvecklingen kring 5 min konsultationerna så har de gjort studiebesök på Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman. GMC vill ha utrustningstest i Gäddede. Virtuellt hälsorum är i startgrupp –önskar en video på HC för 5 min konsultationerna.

Telefonen är öppen hela dagarna – motar ingen om kommer innanför dörrarna. Tryggt för invånarna i Frostviken.

Rehab – 50% fysioterapeut på HC 50% ute i hemsjukvård och Strömsund har AT som tjänstgör i Gäddede vid behov. Inga tjänsteköp, de bara löser frågorna.

Inte svårt att få hit läkare – trygg och stabil verksamhet – smidigt att jobba här.

Ambulansverksamhet – ambulanspersonalen har betald arbetstid kl 06-24 sen jour. De är behjälpliga på HC 9-14, två distriktssköterskor är i beredskap bor i Jorm. Ambulanspersonal tar ärenden ute också – de har inte en körning varje dag. Ambulanspersonalen är lite av en outnyttjad resurs. De kan göra bedömning på boendena, men skulle kunna vara mer där, även mer tid på HC skulle kunna ske.

Förr gjorde de mer t ex servade leasingbilar, städade HC och boenden, men inte nu – personalen tycker inte det är ambulansuppgifter. Formell chef är Maria S. Arbetsglidningen - ja de har varit egenmäktig och chef lite för vek, men det är en balansgång.

Förfrågningsunderlagets tilläggsuppdrag är bra.

Passning i Lidsjöberg är ett arbetsmiljöproblem – de har inte ens toa där.

Borde kunna ändras till motsatsen under påsk men så funkar det inte.

Förfrågningsunderlaget har inget om säsongvariationer.

Personalrekryteringsproblem. Konkurrerar om personal med Norge, både högre lön och kortare arbetstid.

Samarbete mot Norge – kan låna korttidsplatser, men mycket lite i övrigt. Inget läkarsamarbete. Hindret har varit juridiska frågor.

Ambulanssamarbete med Norge fungera mycket bra dito helikopter

Teknik uppkoppling – bra men lite tjorv när man måste gå genom Strömsunds kommuns nät. Länsstyrelsen satt upp bra anläggning på Trygghetens hus där Polis, fjällräddning, ambulans mm finns, ska undersöka om HC också kan nyttja den.

Önskedröm, låna upp personal när det är problem. Inget sånt utbyte med Strömsunds kommun för de har lika svårt. Men lånar från regionen mer.

Önskar också skärm för att koppla upp mot konsulter.

Gör man mer hos er än verksamhet i övrigt ?

- 72 timmars EKG – sälja tjänster till Strömsund – inköp egentligen regionsak men sökte hos kommunen och fick det
- Utrustning hälsorummet
- 24 timmars blodtryck
- Mycket blodprover

Får ni betalt för det ? Täcker glesbygdsersättningen det? Inte lagt ner så mycket kunskap kring det – är ganska ny som chef.

Investeringar: Spoldesinfektor HC – Strömsunds kommun avsatt 150 tkr, köptes under regionens avtal blev mycket billigare = fördel att kunna välja

Röntgen skulle vara bra – fanns förr

Distansutrustningar

Minskat befolkningsunderlag – naturlig avgång och utflyttning – sorglig utveckling

Främsta hotet är personalförsörjningen i hela samhället – t ex även skolan.

Hälsofrämjande – förebyggande

FAR och aktivitet – dålig att journalföra – pärm för att alla läkare ska jobba lika.

Gruppverksamhet svårt få till när det är så få personer, om vi har folk på alla tjänster.

BVC/MVC – har dsk som är barnmorska, Maria är också distriktssköterska, lånar upp barnmorska nu vid föräldraledighet, dvs självförsörjande.

8.7 Närvård Frostviken – Strömsunds kommun som huvudman

Styrgruppen var intresserad av en dialog med Strömsunds kommun som huvudman för Närvård Frostviken och bjöd därför in till ett samtal den 6 april, videoupkopplat.

Frågor inför samtalet:

- Vilka erfarenheter har ni kring verksamhet i formen av denna gemensamma nämnd ?
- Hur upplever ni nuvarande styrning kring primärvårdsdelen i verksamheten ?
dvs via regionens Hälsoval och dess förfrågningsunderlag ?
- Vilka reflektioner/medskick har ni utifrån styrgruppens direktiv?
- Utvecklingstankar tillsammans med regionen?
- Övriga frågor?

Från Strömsunds kommun deltog Karin Näsmark, ordförande för socialnämnden, Gudrun Öjbrandt, Socialchef och Annelie Svensson, kommunchef.

Överlag anser de att konstruktionen med gemensam nämnd för ett område som Gäddede är mycket lyckat. Det är stor nytta både för hälso- och sjukvården i området och för äldreården.

Organisatoriskt finns den gemensamma nämnden Frostviken direkt under Fullmäktige vilket gör den till en nämnd på samma organisatoriska nivå som Socialnämnden. För koppling mellan nämnderna finns lösningen att en person ur socialnämnden också är ledamot i gemensamma nämnden. Det betyder att den är fristående från socialnämnden och verksamhetschefen ligger organisatoriskt direkt under kommunchefen och ingår inte i socialchefens ledningsgrupp. Verksamhetschefen har tidigare ingått i kommunchefens ledningsgrupp men just nu är det inte så.

Stödmässigt har verksamhetschefen och gemensamma nämnden tillgång till allt som socialnämnden och socialchefen tar fram. Alla styrdokument tas formellt i den gemensamma nämnden men arbetas fram under socialnämnden.

Kommunens representanter tycker dock inte att lösningen med gemensam nämnd skulle vara en bra lösning för hela Strömsunds kommuns hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Anledningen är myndighetsutövningen, dvs biståndshandläggning och socialtjänsten som inte ligger i gemensamma nämnden utan ligger i socialnämnden.

Ingen av representanterna har några synpunkter på regionens förfrågningsunderlag eftersom de inte är tillräckligt insatta i det.

Styrgruppens direktiv var utskickat inför samtalet och kommunens representanter kommenterar följande angående det:

- det finns utvecklingsbehov angående digitalisering och krav/förväntningar på egenvård
- skulle önska mer stöd från regionen kring "glesbygdsmedicin"
- läkarmedverkan är viktigt för kvaliteten
- god och nära vård på lika villkor – extra viktigt i ett område som Frostviken

Frostviken har det inte alltid så lätt med två "herrar", men det är mest i praktiska frågor t ex redovisning, uppföljning.

Båda parter reflekterad kring uppföljningen av avtal – kanske skulle det göras mer huvudmannauppföljning.

9 Slutsats av vad som ska förändras i förfrågningsunderlag för Hälsoval 2021

Majoritetens förslag:

Förfrågningsunderlaget

- Tillitsbaserad styrning av tillgänglighet. Vi ska styra mot uppfyllande av vårdgarantin. Hur utföraren ska arbeta för att klara det är en verksamhetsfråga:
 - Införande av krav på att klara 0:an och 3:an i vårdgarantin, samt en annan parameter för återbesök.
 - Borttag av övriga krav kring öppettider och telefon.
- Tillitsbaserad uppdragsbeskrivning:
 - Primärvården som styrande av vårdkedjan inskrivet i förfrågningsunderlaget.
 - Borttag av krav på specialiteter och förstärkt skrivning kring krav att klara vårdgarantin.
- Eventuellt borttag av kostnadsansvar för fysioterapeuter och fotvård.
 - Slår orättvist i länet. Ett förslag är att kostnaden lyfts ur ersättningen och behålls centralt och fakturorna betalas av Region JH istället för hälsocentralerna.
 - Ny modell för att hantera ersättning för verksamheter som bedrivs på hälsocentralerna
- Förstärkt skrivning om folkhälsa och riktade hälsosamtal.

Ersättningsmodell

- CNI står idag för 25% av den fasta kapiteringen och förslag är att öka detta markant för att stärka incitamentet att arbeta proaktivt med riskgrupperna inom CNI vilket kan leda till förbättrad hälsa samt stärkt ekonomi för utföraren.
- Förändring av glesbygdsersättningen så att den utgår från antalet personer i upptagningsområdet för hälsocentralen istället för avståndet för de listade till Östersunds sjukhus.
 - Detta för att tydligare spegla svårigheterna att bära sina fasta kostnader för små hälsocentraler vilket avståndet inte speglar rättvist.
- Hälsocentraler ska inte behålla patientavgiften utan den ska ingå i kapiteringen.
 - Detta för att minimera konsekvenserna av att antalet patienter bland de listade hos respektive hälsocentral som har högkostnadsskydd.

Oppositionens förslag:

Under styrgruppens arbete har vi i oppositionspartierna S och V varit mycket skeptiska till tankarna på att radikalt förändra den ekonomiska styrmodellen i hälsovalet. Idén om att låta primärvården bli styrande genom att tilldelas hela sjukvårdsbudgeten (kapitel 2) tror vi inte skulle

uppnå målet att stärka primärvården i relation till sjukhuset. Det skulle sätta primärvården i en stor ekonomisk risksituation med ett mycket stort kostnadsansvar. Vi delar ambitionen om att stärka primärvården men detta bör ske på annat sätt, främst genom ökade ekonomiska ramar inom primärvården.

Vi anser inte att nuvarande ersättningsmodell bör förändras i så stor utsträckning att en uppsägning av nuvarande hälsoval varit nödvändig. Under styrgruppens arbete har vi blivit stärkta i den uppfattningen. Vi anser att nuvarande system med en fast ersättning per patient (kapitering) är den minst dåliga ersättningsmodellen.

Kapiteringssystemet minimerar risken för överproduktion och bortträngningseffekter inom primärvården i relation till andra system. Vi anser dock att vår kapitering även fortsättningsvis bör viktas med variabler som tar hänsyn till kostnadsdrivande faktorer som inte är påverkansbara. Idag ersätter Care need index (CNI) hälsocentraler som har en relativt högre andel listade som kan antas ha ett högre vårdbehov utifrån socioekonomiska faktorer. Glesbygdsersättningen ersätter hälsocentraler som har långt till sjukhus och därför hanterar fler fall och patienter på egen hand.

S och V föreslår att systemet förändras men i en lägre grad.

Patientavgifterna inom primärvården bör fördelas solidariskt genom kapiteringssystemet. I nuvarande system förfördelas hälsocentraler med många vårdtunga patienter då dessa medför både direkta kostnader men också utebliven patientavgift då dessa ofta omfattas av högkostnadsskydd. Hälsocentralernas ersättning för utomlänspatienter bör dock kvarstå. Detta tillskott motsvarar i hög grad ökade kostnader som dessa hälsocentraler har i samband med turistsäsongen. Vidare bör ersättningen för PTP-psykologer justeras till en nivå motsvarande ST-läkare

I styrgruppens uppdrag ingick att säkerställa att förfrågningsunderlaget främjar ett antal faktorer. Det är vår uppfattning flera av dessa inte i första hand löses genom förändringar av hälsovalssystemet men vi ser förbättringspotential:

- Utvecklingen mot **Nära vård** löses inte genom det hälsovalet men systemet får ej hindra utvecklingen. Samtliga utförare i primärvården bör delta i utvecklingsarbetet. Ett konsultativt arbetssätt bör främjas mellan primärvården (oavsett utförare) och specialistvården på sjukhuset.
- Primärvårdens **tillgänglighet** bör främjas genom att utförarna i större grad ges frihet att själva forma sina öppettider och telefontider. Istället för en allt för stor detaljstyrning i förfrågningsunderlaget förordar S och V att information om varje hälsocentrals tillgänglighet görs publik för alla potentiella listade patienter.
- Primärvårdens **kontinuitet** är av största vikt, särskilt för patienter med ett stort vårdbehov. Möjligheten till fast vårdkontakt för alla patienter bör föras in i förfrågningsunderlaget. Information om varje hälsocentrals kontinuitet bör göras publik för alla potentiella listade patienter.
- **Ekonomisk hållbarhet** inom hälsovalet är en fråga om mängden pengar i systemet snarare än utformningen av förfrågningsunderlaget. En stor nyckel till en ekonomisk hållbarhet i systemet är också personalfrågorna. Samtliga utövare bör sträva efter fast anställd personal. Skulle regionen och de privata utförarna lyckas bättre i sin rekrytering och personalpolitik skulle den ekonomiska hållbarheten vara starkare. I övrigt är samverkan mellan primärkommunal vård, den regionala primärvården och sjukhusvården oerhört viktig men kommer inte i första hand att lösas inom hälsovalet.
- **Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete** återfinns i nuvarande uppdrag till primärvården och bör inte förändras radikalt. Däremot är vår övertygelse att folkhälsoenheten behöver stärkas och att nuvarande system med sökbara medel för hälsocentralerna bör reformeras. Folkhälsoenheten bör arbeta tillsammans med primärvården med gemensamma insatser.

- Faktorerna **Konkurrensneutralitet** och **Regionens sistahandsansvar** hänger tätt ihop. Konkurrensverket har konstaterat att eftersom regionerna har sistahandsansvar för sjukvården går förutsättningarna inte att jämföra med privata utförare., uppdragen är inte detsamma. Utvecklingsprojekt utifrån statliga stimulansmedel bör dock bedrivas och delas av alla utförare. Nuvarande systemet med tilläggsuppdrag är bra och kan utökas med tillfälliga uppdrag för exempelvis pilotprojekt.
- **Samarbetet med kommunerna** är en oerhört viktig framtidsfråga men vi ser inte att detta kommer att lösas genom förfrågningsunderlaget. Den redan genomförda förändringen där regionen nu tillåter utförare att öppna filialer utanför kommunen där man har sin hälsocentral anser vi kan påverka samarbetet med kommunerna negativt.
- Primärvårdens **Breda uppdrag** är viktigt för oss. Vi ser att den redan genomförda förändringen att hälsocentraler i högre grad kan bemannas av andra specialiteter än allmänläkare kan påverka denna faktor negativt. För att hälsocentralen fullt ut skall kunna ansvara för vården till sina listade patienter ser vi allt jämnt att varje hälsocentral måste tillhandahålla såväl allmänläkare som de övriga kompetenser som idag är specificerade i förfrågningsunderlaget.

Slutligen anser S och V att det finns anledning att särskilt beakta den särskilda situation som rör primärvården i Östersunds kommun. I Östersund finns ett stort antal privata fysioterapeuter och besöken på dessa har hälsocentralerna idag kostnadsansvar för. Detta är i stort sett endast ett problem i just Östersund. Vidare är avståndet till sjukhuset inom Östersunds kommun irrelevant medan de socioekonomiska skillnaderna mellan stadsdelar troligen är mer märkbara för utförare. Sammantaget ger det att vi ser att regionen bör överväga ett separat hälsoval i Östersund. I ett sådant separat hälsoval skulle

kostnadsansvaret för fysioterapeuterna kunna tas bort och CNI ges större andel av kapiteringen.

9.1 Hantering av majoritetens och oppositionens åsikter

Majoritetens och oppositionens olika åsikter sammanställdes och jämfördes och arbetsgruppen diskuterade likheter och olikheter.

Resultatet framgår av det bearbetade förfrågningsunderlaget.

10 Arbetsgruppens arbete och förslag till fortsättning

Arbetsgruppen har gemensamt utvärderat hur arbetet har lagts upp och fungerat.

Styrgruppen upplever att arbetet har skett med gott samtalsklimat och uppskattar utbytet av åsikter också när enighet inte kunnat nås. Utifrån den gemensamma synen på det värdefulla i att ha möjlighet till fördjupade diskussioner om hälsovalet har styrgruppen också enats om att till Regionstyrelsen framföra förslag på att det behövs en grupp som får fortsatt uppdrag att vara politisk styrgrupp för hälsovalet.

Regionstyrelsen bör också värdera om också de andra vårdvalen och arbetet med andra privata vårdgivare bör ingå i en sådan styrgrupps uppdrag, t ex fysioterapeuter verksamma inom Lag (1993:1652) om fysioterapiersättning (LOF) och allmänläkare enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL).