

# Rapport

## Resursfördelningsmodell psykisk hälsaavseende psykisk hälsa och ohälsa

2023-06-27

## Sammanfattning

I arbetet med framtagande av den Långsiktiga utvecklingsplanen för psykisk ohälsa framkom önskemål om översyn av nuvarande ersättningsmodell för psykisk hälsa.

Inom Region Jämtland Härjedalen ersätts den specialiserade vården med ett årligt anslag och primärvården genom en månatlig ersättning per listade invånare, viktad i olika åldersgrupper. Ersättningsmodellerna beslutas av regionfullmäktige.

Innan en förändring av ersättningsmodeller genomförs behöver man först veta vad man vill uppnå med ändringen samt ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad vård. Det sistnämnda är ett arbete som genomförs inom ramen för kunskapsstyrningen och LPO psykisk hälsa.

I det rådande ekonomiska läget för regionen förväntas inga nya medel till området. En förändring av ersättningsmodell skulle således ske med befintliga medel, eventuellt genom omfördelning.

För närvarande finns statliga medel för området psykisk hälsa, dock ovisst hur länge, som skulle kunna användas som en tillfällig stimulans genom att införa någon form av resultatbaserad/målrelaterad ersättning. Detta kräver dock registrering med möjlighet till uthämtning av tillförlitlig data.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING .....	1
1 BAKGRUND .....	3
1.1 Syfte .....	3
1.2 Uppdrag.....	3
1.3 Avgränsning .....	3
2 ERSÄTTNINGSMODELLER .....	3
2.1 Specialiserad vård .....	3
2.1.1 <i>Vårdval specialistvård psykiatri</i> .....	4
2.2 Primärvård.....	5
2.3 Nära vård.....	7
2.4 Listning .....	10
3 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ARBETE MED PSYKISK HÄLSA INOM REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN .....	10
3.1 Ersättningsmodell Region Jämtland Härjedalen .....	12
3.1.1 <i>Specialiserad vård</i> .....	12
3.1.2 <i>Primärvård</i> .....	12
3.2 Listning .....	14
4 INSPEL OCH ANALYS .....	15
5 SLUTSATSER MED FÖRSLAG TILL FORTSATT ARBETE .....	16

# 1 Bakgrund

Under framtagandet av Långsiktig utvecklingsplan (LUP) för arbetet med psykisk ohälsa framkom önskemål om översyn av nuvarande resursfördelningsmodell kopplat till området psykisk hälsa. Nuvarande ersättning enligt listningssystem inom primärvården kan både vara till LUP:ens fördel och nackdel. Nuvarande listningssystem behöver utredas utifrån interaktionen med denna LUP.

Resursfördelningsmodell ska styra mot evidensbaserade effektiva metoder för psykisk hälsa inom hälso- och sjukvården enligt LUP:ens modell för utveckling av insatser för psykisk hälsa.

Verksamheter ska ersättas för insatser utifrån en gemensam grund där kunskapsstyrningen ligger som bas. Insatser som ska utvecklas utifrån fastslagen modell i tre delar innehållande **Vägen in, Organisering av hälso-sjukvårdens stöd och Samverkan och samarbete** – strukturerat samarbete (Grunden hämtad ur *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*, SOU 2021:6)

Utveckling av insatser, översyn av överenskommelse mellan psykiatrisk specialistsjukvård och primärvård samt översyn av hur resurser fördelas mellan vårdnivåer och utförare behöver beaktas parallellt.

Ersättningsmodell bör stimulera arbete efter fastställda nationella och regionala flöden och vårdförlopp, tillgänglighet till rätt kompetenser samt arbete för utvärdering av genomförda behandlingsinsatser.

## 1.1 Syfte

Resurser ska garanteras som möter den enskildes behov, tidiga insatser, likvärdiga evidensbaserade insatser i samverkan.

## 1.2 Uppdrag

I enlighet med beslutad LUP-psykisk ohälsa utreda nuvarande resursfördelningsmodell kopplat till området psykisk hälsa utifrån identifierade behov och nödvändiga aktiviteter.

## 1.3 Avgränsning

Utredningen genomförs som en del i utveckling av hälsovalet och dess förfrågningsunderlag samt utvecklingen av God och Nära vård - Rätt stöd för psykisk hälsa.

# 2 Ersättningsmodeller

## 2.1 Specialiserad vård

I en rapport från SKR om Ersättningsmodeller för specialiserad vård redovisas följande modeller:

- **Anslag/fast ersättning/abonnemang**

Med anslag menas att man får en summa pengar, en ram, som ska täcka kostnaden för verksamheten som bedrivs. Ingen direkt koppling finns till behov eller prestationer.

- **Åtgärdsbaserad ersättning besök**

Ersättningen i de allra flesta vårdvalssystemen baseras på någon form av åtgärdsersättning. Patientens vårdval består i val av utförare, och ersättningen till utföraren baseras på de åtgärder som följer av patientens sökorsak. Ersättningen kan därför vara differentierad och grundad på registrering av diagnoser och vårdåtgärder. Ersättningsformen ger starka drivkrafter för en ökad produktion, ökat patientnyttan.

- **Åtgärdsbaserad ersättning DRG-baserad**

Ersättning kan också ges utifrån vad som kallas produktgrupp. I sjukvården finns diagnosrelaterade grupper (DRG) som är ett system för sekundär patientklassificering. Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp.

- **Vårdepisodersättning**

I försök att komma till rätta med de nackdelar som en helt rörlig ersättning kan ge upphov till, har ansträngningar gjorts att istället finna former för att ersätta hela vårdepisoder, det vill säga alla de vårdkontakter som behövs för att utreda eller behandla det problem som patienten sökt vård för. För hela vårdeperioden utgår ett enhetligt belopp, oavsett innehållet i episoden. Störst användning har vårdepisodersättning fått för patienter med sorterade behov, där vårdförloppet är relativt standardiserat, där vården antingen är tillfällig och begränsad över tid som till exempel förlossning, höftproteskirurgi eller ögonstarroperation, eller för patienter med kroniska sjukdomar som diabetes, KOL eller reumatologi. Ersättningen kan avse såväl utredning som åtgärd och efterkontroll samt vid behov åtgärd av tillstötande komplikationer eller rehabilitering. Vårdepisodersättning kan också passa för patienter med kroniska sjukdomar. Vissa vårdepisoder kan kräva samverkan mellan flera olika vårdgivare. Vårdepisodersättning passar sämre på patienter med osorterade behov.

- **Värdebaserad vård**

Värdebaserade ersättningsmodeller bygger på tanken att det medicinska resultatet och hälsoutfallet ska påverka ersättningens storlek. I praktiken bygger värdebaserad vård på en vårdepisodersättning, vilken kompletteras med en målrelaterad ersättning. Till exempel kan bonus utgå när patienten kan rapportera ökad livskvalitet (hälsoutfall), endast grundersättning vid oförändrad livskvalitet, eller avdrag vid patientrapporterad försämrad livskvalitet. Det finns en förhoppning att värdebaserad ersättning ska kunna användas som verktyg för att stimulera till innovation, effektivitetsutveckling samt ökad kvalitet och patientnytta. Det finns en stark internationell trend att öka tillämpningen av värdebaserad vård. Ett införande av värdebaserad vård innebär ett behov att definiera medicinska resultat (hälsoutfall) för olika diagnoser. För att detta ska vara möjligt krävs att ett direkt samband kan definieras mellan vårdåtgärden och patientens livskvalitet. I Sverige används värdebaserad vård sparsamt, men förekommer inom höft- och knäprotesoperationer samt ryggkirurgi.

- **Målrelaterad ersättning**

Målrelaterad ersättning har som syfte att peka ut speciellt viktiga områden som önskas uppnås till en viss nivå. Det kan vara resultatmått för olika kvalitetsmål

### 2.1.1 Vårdval specialistvård psykiatri

I rapporten framkommer att alla regioner år 2021 ersatte den psykiatriska verksamheten med anslag. Region Stockholm ersatte dock den psykiatriska mottagningsverksamheten med 70% anslag och 30% åtgärdsersättning för besök och Västra Götalandsregionen hade 50 % anslag och 50 % åtgärdsersättning för besök.

Sju regioner hade år 2021 vårdval inom specialiserad psykiatrisk vård med följande metod för ersättning

- Stockholm, 100 % åtgärdsbaserat på antal besök och en fast ersättning för avslutad bedömning och/eller avslutad rehabilitering.
- Uppsala, 100 % åtgärdsbaserad på antal besök
- Östergötland, 87 % åtgärdsbaserat på antal besök, 13 % målrelaterat. Vårdvalet är på väg att avslutas under 2021.
- Kronoberg, 100 % vårdepisodersättning
- Skåne, 100 % åtgärdsbaserat på antal besök.
- Halland, 100 % baserat på vårdepisodersättning. Vårdval Psykiatri, allt är vårdepisoder men 80 % är vårdepisoder med enbart 1 besök
- Örebro, 100 % åtgärdsbaserat på antal besök. Avser Psykoterapi.

## 2.2 Primärvård

I Rapporten om ersättningsmodeller för primärvård från SKR anges att samtliga regioner i Sverige tillämpar för vårdval primärvård en kombination av fast och rörlig ersättning.



Bilden ovan visar på vilka olika delar som kan förekomma i ersättningssystem inom vårdval för primärvården. Vilka komponenter som inorporerats i de regionala ersättningsmodellerna och deras inbördes storlek varierar mellan regionerna.

- **Kapitationsersättning**

Den övervägande delen av ersättningen i primärvården utgår som ersättning baserad på patientens val. Ersättningen är fast för varje listad person (per capita), men varierar med antalet personer som väljer att lista sig på vårdcentralen. Genom att lista sig har personer, oavsett om de är i behov av vård eller ej, i de flesta fall gjort ett aktivt val och ett förstahandsalternativ för framtida kontakter med sjukvården. Med ersättningen följer ett åtagande med ett helhetsansvar för patienten och ansvar, och möjlighet, att organisera verksamheten utifrån patientens behov. Kapitationsersättningen fyller två syften, dels bidragande till en rättvis och likvärdig fördelning av resurser mellan olika mottagningar som – givet patientsammansättningen – speglar förväntad resursåtgång, dels utgörande en del i styrningen.

Kapiteringsersättning utbetalas till vårdcentralen för samtliga listade på vårdcentralen och oavsett om en enskild individ har ett sjukvårdsbehov eller inte. Därför finns det ett behov att justera ersättningen, så att en lägre ersättning betalas för listade patienter med små behov och högre för de med stora behov. Kapitationsersättning riskjusteras för förväntad ohälsa på gruppnivå. Riskjustering baseras på individkaraktäristika som speglar risken att drabbas av

ohälsa. Olika variabler som kön, ålder, socioekonomiska egenskaper samt samsjuklighet (komorbiditet) används ensamt eller tillsammans för att justera nivån på kapitationsersättningen. Se bild nedan.



- **Besöksersättning**

Aktivitetsbaserad ersättning för utförda besök eller vårdkontakter är en vanlig form av ersättnings inom hälso- och sjukvården. Inom primärvården utgör den emellertid en marginell andel av total ersättning för listade personer. Desto större betydelse har besöksersättningen för så kallade otrohetsbesök, det vill säga när patienten söker vård på en annan vårdcentral än där hen är listad. Besöksersättning för otrohetspatienter är ofta förknippad med motsvarande kostnadsansvar för vårdcentralens listade personers primärvårdskonsumtion på andra mottagningar.

- **Patientavgifter**

Innebär att vårdcentralen får behålla patientavgifterna.

- **Resultatbaserad ersättning**

Resultatbaserad ersättning syftar till att skapa incitament för att åtgärder vidtas inom ett visst område, kallas ibland målrelaterad ersättning. Ersättningens nivå kan påverka i vilken omfattning utföraren finner det intressant ur ett ekonomiskt perspektiv att utföra de aktiviteter som krävs för att nå målet. Resultatbaserad ersättning baseras av nödvändighet på något som går att följa upp och mäta på ett objektivt sätt.

- **Täckningsgrad pv konsumtion**

Täckningsgrad på primärvårdskonsumtion används som styrmedel och incitament för vård på primärvårdsnivå i första hand. Täckningsgrad kan därmed räknas in bland de målrelaterade ersättningarna. Att koppla pengar till detta mått syftar till att skapa incitament och en ekonomisk möjlighet att så långt möjligt utreda och behandla patienter på primärvårdsnivå. Vårdcentraler med högt utfall har lyckats tillgodose patienternas vårdbehov i huvudsak på primärvårdsnivå, företrädesvis på den valda vårdcentralen.

- **Geografiersättning**

En särskild tilläggsersättning kan utgå om vårdcentralen har ett geografiskt läge vilket innebär särskilda svårigheter som påverkar de ekonomiska förutsättningarna att bedriva verksamhet på just denna plats. Typiskt sätt handlar det om glesbygd med ett mindre befolkningsunderlag. Ersättning kan också baseras på att vårdcentralen avståndsmässigt ligger långt från sjukhus som påverkar patientens val av vårdinrättning. Vårdcentraler långt från sjukhus får typiskt sett ta hand om många fler och svårare patientärenden än vårdcentraler närmare sjukhus.

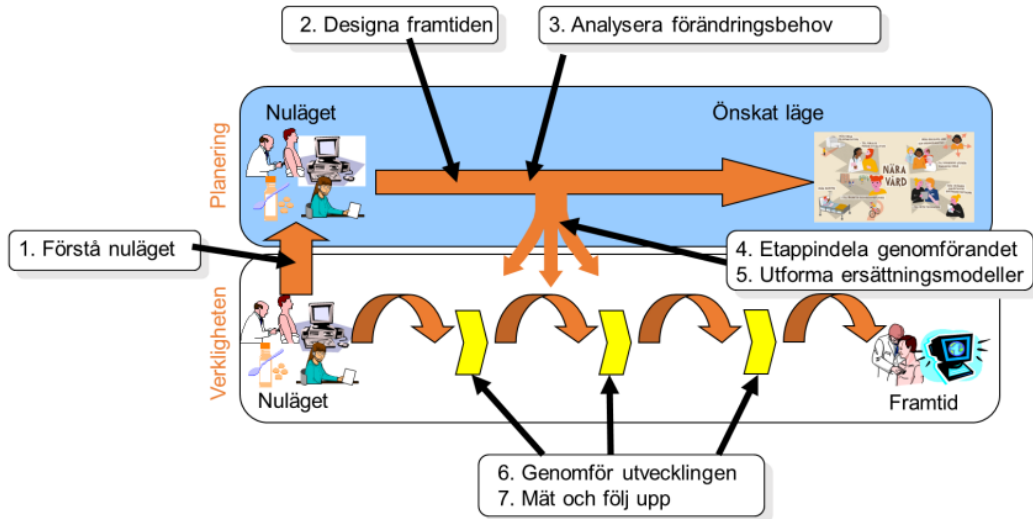
- **Momskompensation**

I regel utgår också en särskild ersättning, en momskompensation, enbart till privata utförare. Syftet med ersättningen är neutralisera skattemässiga skillnader mellan regiformer och göra ersättningen konkurrensneutral.

## 2.3 Nära vård

SKR har tagit fram ett utkast för vägledning om ändamålsenliga ersättningsmodeller för utvecklingen mot en nära vård i vilken finns ett antal exempel och mallar för det fortsatta arbetet.

Utgångspunkten för att utforma ersättningsmodeller är den önskade framtida verksamheten, vilket kan beskrivas enligt bilden nedan



Den finansiella styrningen består av olika delar, se nedan

Styrning riktad till:	Delar	
 <b>System och struktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resurssättning</li> <li>Resursfördelning</li> </ul>	<p>Storlek på avsatta resurser för finansiering av till exempel hälso- och sjukvården</p> <p>Fördelning av resurser till exempel till olika nivåer och former av hälso- och sjukvård</p>
 <b>Utförare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ersättningsmodell</li> <li>Ersättningsnivå</li> <li>Kostnadsansvar</li> </ul>	<p>Modell för kompensation till utförare, till exempel kapitering eller prestationsbaserad ersättning</p> <p>Nivån på ersättning för olika delar i ersättningsmodellen, till exempel för olika sorters vårdkontakter</p> <p>Ansvar hos utföraren för kostnader, till exempel medicinsk service</p>
 <b>Invånare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ekonomiska incitament</li> </ul>	<p>Anpassning av kostnader för invånarna för att verka för önskade beteenden eller sökmönster, till exempel nivå på besöksavgift</p>

Källa: Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård, SOU 2019:42, Digifysiskt vårdval; Lumell Associates-analys

En effektkedja kan användas som hjälpmedel för att nå nära vård genom att ställa sig följande frågor:

Vilka effekter vill vi uppnå utifrån bedömt behov?

Vilka resultat behövs för att nå dessa effekter?

Vilka processer behöver genomföras för att uppnå dessa presattioner?

Vilka resurser behöver vi för att genomföra processerna?

Nedan följer exempel på effektkedja.





För att identifiera lösningar för att nå effekter och hitta ersättningskomponenter kan nedanstående mall användas.



Bilden nedan visar en matris med exempel på lösningar och ersättningskomponenter

**Stödja en jämlik vård**

Exempel på lösning	Påverkan på Effektkedjan	Ersättningsform som stödjer föreslagen lösning	Fördelar +	Nackdelar -	Kompletterande styrning
Allmänt mer resurser så att verksamheterna kan välja vad de vill göra för att möta behovet.	Struktur/ Resurser	Riskjusterad kapiterings-ersättning	Tillitsbaserad styrning. Enkel modell. Tar hänsyn till behov	Ej säkert att ersättningen går till verksamhet som stödjer jämlik vård	Uppföljning.
Främja lokalisering i glesbygd	Struktur/ Resurser	Geografi-ersättning	Tydlig ersättning och signal.	Gränsdragning sproblematisering om vad som är glesbygd	Inget behov
Tillhandahålla e-hälsolösningar	Process/ Aktiviteter	Ersätta för e-hälsobesök	Arbetsinsats och ersättning har tydlig koppling	Kräver specifikation av vad som är besök, Kan driva "onödiga" besök.	Uppföljning
Mäta utfallsmått bemötande och patientnära resultat	Resultat	Mårelaterad ersättning	Ersättning kopplat till prestationer som önskas.	Bättre lösningar kan finnas.	Uppföljning

Målområde	Möjliga ersättningskomponenter											
	Kapitationsersättning ej riskjusterad	Kapitering Riskjustering för ålder och kön	Kapitering Riskjustering för socioekonomi	Kapitering Riskjustering för samsjuklighet	Besöksersättning	Geografiersättning	Mårelaterad ersättning	Täckningsgrad	Värdepisodersättning	Värdebaserad ersättning	Anslagsfinansiering	DRG
Jämlik vård												
Behovsbaserad vård												
Geografisk tillgänglighet												
Särskilda satsningar												
Innovationer												
Personcentrerat förhållningssätt												
Kompetensförsörjning och arbetsmiljö												
Påverkbar slutenvård												
Medicinsk kvalitet												
Kontinuitet												
Samordning												
Tillgänglighet, 3 dgr												
Delaktighet, trygghet och förtroende												
Hälsofrämjande												
E-hälsa												
Tillgänglighet, 90 dgr												

Bilden ovan visar en matris med exempel på lösningar och ersättningskomponenter. Subjektiv värdering grundat på erfarenheter av hur ersättningskomponenter stödjer de olika målområdena. Ju grönare färg desto mer stödjer ersättningskomponenten målet, ju rödare färg desto mer motverkar ersättningskomponenten målet.

Nedan följer en checklista med frågor att beakta vid utformning av ersättningsmodell

Nr	Aktivitet	Status	Kommentar
1	<b>Är nuläget kartlagt?</b>		
	Hur nöjda är invånarna med regionens tjänster?		
	Vilken tillgänglighet finns inom olika medicinska områden?		
	Hur ser ohälsan ut i regionen?		
	Hur ser kvaliteten ut inom de olika medicinska specialiteterna?		
	Levereras en likvärdig vård i hela regionen?		
	Är data för nuläget specificerat så att mätning av utfall kan ske?		
	<b>Finns en målbild för vad vi vill uppnå?</b>		
	Hur ser målbilden ut för nära vård i er region?		
	Finns en primärvårdsplan tillsammans med kommunerna?		
	<b>Är förändringsbehoven identifierade?</b>		
	Är det tydligt vilka förändringsbehoven är?		
	Är förändringsbehoven analyserade?		
	Är förändringsbehoven beskrivna i en effektkedja?		
	Är det tydligt vilka olika delar av styrningen som behöver utvecklas, där den finansiella styrningen är en del?		

De regioner som valt att ersätta för psykisk hälsa inom vårdval primärvård har hittills använt sig av någon form av resultatbaserad ersättning. Region Kalmar har skapat ett eget vårdval för psykisk hälsa inom primärvård. I övrigt har några regioner vårdval för behandlingsmetoder och utredningar. Mer om olika vårdval finns att läsa på [upphandlingsmyndighetens hemsida](#).

## 2.4 Listning

Listning är ett sätt för medborgarna att välja hos vem de vill ha sin vård utförd som sen registreras i ett listningssystem. Samtliga regioner har ett elektroniskt system för val av primärvård vilket beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen 7 kap 3 a § att utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget. Listning får göras endast hos

1. utförare i en regions egen regi, eller
2. utförare som med en region har ett kontrakt enligt 8 kap. 3 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller ett därmed jämförligt kontrakt enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Regionen ska tillhandahålla ett elektroniskt system för listningen (listningstjänst).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. listningstjänstens innehåll,
2. kösystem, och
3. val av utförare på annat sätt än genom listningstjänsten.

Valet av hälsocentral/vårdcentral som registreras i listningssystemet ligger sedan till grund för ersättning till vårdgivarna. Vårdval inom tandvård för barn och unga vuxna registreras i ett separat listningssystem. Vårdval för övrig hälso- och sjukvård ersätts oftast via ersättning per utförd åtgärd vilket registreras i ett särskilt utbetalningssystem och inte i ett listningssystem.

# 3 Förutsättningar för arbete med psykisk hälsa inom Region Jämtland Härjedalen

Den Långsiktiga utvecklingsplanen (LUP) för arbetet med psykisk ohälsa innehåller en rad mål med aktiviteter däribland detta uppdrag. I LUPen framkommer en rad aktiviteter som behöver ligga till grund innan en resursfördelningsmodell förändras. Det som nämnts är kartläggning, analys och förslag på åtgärder som leder till förbättrad hälsa. Vidare ska vägen in, organisering av hälso- och sjukvårdens stöd för psykisk hälsa samt strukturerat samarbete med andra vårdaktörer och civilsamhället utredas. (RS/1437/2018)

Parallellt pågår arbetet med kunskapsstyrningen där LPO psykisk hälsa som bland annat ska leda och fördela utvecklingsinsatserna. Medel för utvecklingen finns avsatta i statliga stimulansmedel (RS/756/2022).

Från 1 juli 2021 ändrades i hälso- och sjukvårdslagen primärvårdens grunduppdrag, som framgår i kap 13a, vilket är gemensamt för kommun och region. Gränsdragningar för uppdraget mellan regionens primärvård och kommunens primärvård ska tas fram tillsammans i en Gemensam plan för primärvårdsnivå. Ett arbete som påbörjats i länet.

Från 2022 är den specialiserade psykiatrin och den regiondrivna primärvården organiserade i Division nära vård. Enligt verksamhetsplanen 2023 för divisionen har de områden som ingår i uppdrag att utföra god och nära vård med ett personcentrerat förhållningssätt gentemot medborgarna. Uppdraget styrs bl a av lagstiftning, nationella riktlinjer och politiska beslut. Nedan följer ett urval av förutsättningar som bedöms ha påverkan på divisionens verksamheter 2023.

Nya och förändrade tillgänglighetskrav, nationella riktlinjer, införande av vårdförlopp, samsjuklighetsutredningen, införande av ambulanschef i beredskap, beslut om ungdomsmottagningar i alla kommuner, uppstart av Torvalla hälsocentral, beroendemottagning för ungdomar (Mini Maria) och ny läkarutbildning.

Den specialiserade psykiatrin beskriver uppdraget i verksamhetsplanen 2023 enligt nedan: Område psykiatri ansvarar för att fullgöra Region Jämtland Härjedalens sjukvårdsuppdrag för specialistpsykiatri avseende vuxna- såväl heldygnsvård samt öppenvård. Område psykiatri har även ett uppdrag att tillhandahålla två vårdplatser för barn och unga under 18 år som är i behov av psykiatrisk specialistvård.

- Akut psykiatri – tillhandahålla akutmottagning och vårdplatser i heldygnsvård.
- Allmän psykiatri – tillhandahålla öppenvård och heldygnsvård.
- Bedriva tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV) och öppen tvångsvård. Tvångsvård ges med säkerhetsklass III
- Beroendevård - tillhandahålla heldygnsvård för abstinens behandling och avgiftning för patienter med beroendeproblematik samt öppenvård
- SPOT - specialistpsykiatriskt team
- Tillhandahålla två heldygnsvårdplatser för barn och unga under 18 år med behov av tvångsvård eller vård för suicidnära beteende, i samverkan med barn och ungdomspsykiatrin.

Vidare framkommer i verksamhetsplanen för den specialiserade psykiatrin att de gemensamt med de andra områdena i Division Nära vård har ett uppdrag att tydliggöra gemensamma mål för ökad personcentrerad- och nära vård för våra invånare. Verksamheten kommer att genomsyras av ständiga förbättringar där allas synpunkter är viktiga. Nya arbetssätt ses över för att öka en god och nära vård, aktiviteter som pågår och planeras är exempel;

- Patientbesök erbjuds digitalt utifrån patientens behov, detta för att öka tillgängligheten och god kvalitet.
- Säkerställande av arbetssättet kring konsultation mellan specialist psykiatrin och primärvården, att ge patienten ökad möjlighet att få sin vård så nära hemmet med en känd och trygg vårdkontakt. Detta i syfte att gemensamt planera vården utifrån patientens behov och där patienten befinner sig.

- Utveckling av SPOT (Specialist Psykiatriskt Omvårdnads Team) pågår för att öka samverkan med slutenvården.
- Prehospital ambulanssjukvård - ökad samverkan mellan område psykiatri och ambulanssjukvården genom digitalt bakre stöd
- Pågående aktiviteter relaterat till att förbättra tillgängligheten för våra patienter finns upprättade och planeras fortlöpa under 2023.
- Under 2023 kommer ett arbete startas upp avseende att öka brukarinflytandet inom området.
- Utredning pågår avseende de två vårdplatser vi tillhandahåller för barn och unga under 18 år och förväntas slutföras under 2023.
- Under 2022 beslutades en ny bemanningsnorm inom heldygnsvården, under 2023 är det prioriterat att rekrytera upp till och med den bemanningsnorm som har fastställts.
- Under 2022 påbörjades implementeringen av "trygg och meningsfull heldygnsvård" på en utav vårdavdelningarna vilket förväntas löpa på under 2023 enligt införandeplan.
- Ett arbete kopplat till "mångbesökare" kommer att startas upp tillsammans med "somatiken" under 2023 med syfte att patienterna skall få en samordnad vård och därmed en god patientsäkerhet.

Primärvården som är konkurrensutsatt får sitt uppdrag via beställning där uppdraget avseende psykosocial verksamhet beskrivs i förfrågningsunderlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2023 enligt följande:

*Vårdgivaren ska ha tillgång till psykosocial verksamhet. Den psykosociala verksamheten ska stå för första linjens vård vid psykisk ohälsa. Vårdgivaren ska bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa som inte kräver specialistsjukvård. Detta innefattar exempelvis lätta till medelsvåra depressioner, lätta till medelsvåra ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, kriser samt psykosomatiska tillstånd. De psykosociala insatserna ska innefatta rådgivning, stödsamtal, krisbehandling och psykoterapeutisk behandling. Förfrågningsunderlaget beslutas av Regionfullmäktige.*

Ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri regleras i en Huvudöverenskommelse mellan primärvård och område psykiatri daterad 2021-06-23 samt i Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar 2021 – 2023

### 3.1 Ersättningsmodell Region Jämtland Härjedalen

Vilka ersättningsmodeller som ska tillämpas inom och av Region Jämtland Härjedalen beslutas av regionfullmäktige.

#### 3.1.1 Specialiserad vård

Den specialiserade psykiatrivksamheten finansieras genom ett årligt anslag.

### 3.1.2 Primärvård

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att ha en enkel modell för ersättningsmodell som bygger på hela uppdraget för primärvården. Ersättningen till primärvården ges utifrån olika parametrar som regleras i förfrågningsunderlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Budgeten för primärvården tillfaller Beställarenheten som fördelar utförarna en månatlig summa enligt beslutad ersättningsmodell.

Ersättningssystemet består av tre grunddelar:

- **Ersättning för listade personer**
- **Rörlig ersättning**
- **Tilläggsersättning**

#### **Ersättning för listad invånare**

- *Ersättning per listad invånare* grundar sig på föregående års besöksmönster i olika åldersgrupper i länet och viktas i femårsklasser
- *Socioekonomisk faktor* används CNI (Care Need Index). Denna faktor syftar till att utjämna sjukdomsbördan i små geografiska områden utifrån socioekonomiska variabler. Högt CNI i en population indikerar social utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser. CNI består av sju variabler med olika vikt Dessa variabler vägs ihop till ett index utifrån hur många listade invånare inom dessa sju grupper respektive vårdenhet har. Följande variabler byggs CNI upp av:

Variabel	Vikt
Ålder över 65 år och ensamboende	6,15
Ålder yngre än 5 år	3,23
Ensamstående föräldrar med barn tom 17 år	4,19
Lågutbildade 25-64 år	3,97
Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år	5,13
Personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika	5,72
Personer 1 år eller äldre som flyttade in i området	4,19

- *Glesbygdsfaktor*, syftar till att kompensera de vårdenheter som har lågt antal listade invånare med långt avstånd till sjukhuset i Östersund samt hög täckningsgrad och därför får ökade kostnader för såväl vård som resor. Det innebär att vårdenheter belägna mer än tre mil från sjukhuset utifrån den listades mantalsskrivningsort är berättigade till ersättningen
- *Läkemedel*, grundar sig på föregående årsförbrukning i olika åldersgrupper i länet.
- *Rehabkoordinatorer*, ersättning utgår per listad person i åldersintervallet 16-67 år.

#### **Rörlig ersättning**

- *Patientavgift*. Vårdgivaren ska ta ut patientavgift enligt Region Jämtland Härjedalens fastställda vårdavgifter. Vårdgivaren uppbär och behåller dessa avgifter.
- *Patienter från andra regioner och andra länder*

Vårdgivaren ska ta emot patienter från andra regioner och andra länder på samma sätt som Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. Vårdgivaren ska på liknande sätt ta emot patienter från främmande länder som omfattas av gällande regler för patienter från EU/EES samt Schweiz eller länder som

Sverige har sjukvårdsöverenskommelser med. Vårdgivaren uppbär och behåller dessa avgifter.

- *Asylsökande*. Ersättning för asylsökande och tillståndslösa ges med samma ersättningsbelopp per besök eller vård dag/vårdtillfälle, med avdrag för eventuella patientavgifter, som gäller för utomlänspatienter. Hälsoundersökning av asylsökande, kvotflyktingar och anknypningsinvandrade och tillståndslösa inklusive hälsosamtal och tolkkostnader, ersätts enligt fastställt belopp.
- *Patient som inte är listad vid vårdenheten*  
Vårdgivarna kan teckna avtal/överenskommelser om tjänsteköp med varandra.
- *Utbildning och handledning*. Där Region Jämtland Härjedalen har avtal med utbildningsanordnare och där ersättning utgår för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), arbetsplatsförlagd utbildning (APU), regionaliserad läkarutbildning eller motsvarande utgår ersättning till vårdgivare enligt avtal och med eventuella vidhängande beslut om kostnadsfördelning från Region Jämtland Härjedalen.
- *Statliga satsningar*

### **Tilläggsersättning**

- *Familjecentral*. De vårdgivare som bedriver en familjecentral med fördjupad samverkan mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst erhåller en tilläggsersättning i proportion till antalet listade barn i åldern 0 - 5 år
- *Särskilt boende*. Ersättning utgår vid ansvar för särskilt boende med 10 000 kr/plats/år. Korttidsplats ersätts med 24 000 kr/plats/år.
- *Utveckling*. Region Jämtland Härjedalen ersätter vårdgivare per timme för utvecklingsarbete och deltagande i nationella, regionala och lokala grupper med primärvårdsövergripande åtagande i de fall de genererar produktionsbortfall i det patientnära arbetet.
- *Fortbildningssamordnare*. Inom primärvårdens verksamhet finns fortbildningssamordnare med uppdrag att anordna fortbildningsdagar som överensstämmer med primärvårdens mål och riktlinjer
- *AT, BT och ST läkare* Ersättning utgår för de vårdenheter som anlitar dessa.
- *PTP och STP psykologer*. Ersättning utgår till de vårdenheter som anlitar dessa.
- *Ambulansverksamhet i Gäddede*. Region Jämtland Härjedalen ersätter uppdraget.
- *Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser*. Vårdenheterna kan söka medel för att genomföra utvecklingsuppdrag som bidrar till metodutveckling av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

En privat vårdenhet får momskompensation genom att den av Region Jämtland Härjedalen utbetalda ersättningen för listade personer uppräknas med tre (3) procent  
De privata vårdgivarna erhåller även kompensation för exempelvis IT, ekonomi- och personaladministrativa system med ett påslag på 1,5 % av den ersättning som ges per listad.

## **3.2 Listning**

Att vara listad vid en vårdenhet i primärvården innebär att det är dit medborgaren i första hand ska vända sig för att få sin vård utförd. Du har möjlighet att lista om dig två gånger per år. Enligt Patientlagen har man däremot rätt att få sin vård utförd vid annan vårdenhet än den man listat sig och vårdgivaren är skyldig att ta emot för dessa besök, då gäller däremot inte vårdgarantin. Fram till 2019 fanns en modell med ekonomisk ersättning för detta, så

kallad "otrohetsersättning eller överströmningsersättning", där läkarbesöken ersattes med 500 kr och sjukvårdande behandlingar med 250 kr av den vårdenheten där patienten var listad. En hantering som sköttes till viss del av en teknisk lösning. När GDPR kom kunde den tekniska lösningen inte längre tillämpas och statistik togs fram över hur omfattande så kallade "otrohetsbesök" var. Det visade sig att man sammanlagt "bytte pengar" omfattande cirka 13 mkr på ett år och största andelen byttes inom den regiondrivna primärvården. Därför infördes istället möjligheten att teckna överenskommelser/avtal för hantering av dessa besök. Ett förslag till mall togs fram som finns i centuri 49768. Frågan om återinförande av teknisk lösning har varit under diskussion inför 2024, men då bland annat problem med GDPR fortfarande kvarstår så har parallellt diskuterats en fast prislista som **skall** användas för dessa besök vilken ska vara mer omfattande än den mall som finns idag.

Region Jämtland Härjedalen har sedan 2005 ett listningssystem för primärvård som underhålls av CGI. Tjänsten tillkom för att hantera val av utförare i primärvården och bli ett underlag för utbetalning av ersättning till utförarna inom primärvården. Systemet är gammalt och på väg att bytas ut.

Val av tandläkare inom vårdval allamäntandvård för barn och unga vuxna registreras i ett eget listningssystem som är utarbetat tillsammans med andra regioner för just den processen.

För Vårdval medicinsk fotvård finns inget listningssystem utan ersätts per utförd behandling efter registrering av åtgärd i ett separat system.

## 4 Inspel och analys

Innan en förändring av resursfördelningsmodell kan förändras behövs en rad åtgärder vara genomförda, bland annat det som SKR beskriver om den önskade framtida verksamheten. En annan del är att ansvarsfördelningen mellan specialiserad vård, regionfinansierad primärvård och kommunal primärvård bör vara fastställda, vilket bland annat kunskapsstyrningen med LPO psykisk hälsa ska ligga till grund för.

Med i det fortsatta arbetet behöver hänsyn tas till "Gemensam plan för primärvårdsnivå" i Jämtland Härjedalen som är under utarbetande, liksom omställningen mot nära vård med primärvården som nav.

Nuvarande ersättningsmodell i primärvården ger vårdgivarna möjlighet att, utifrån de listades behov och regelverk, själva avgöra hur uppdraget ska lösas.

Nedan följer några alternativa lösningar:

- *Skapa en ny ekonomisk fördelningsmodell* i primärvården som specifikt finansierar uppdraget för psykisk hälsa. För att göra det behöver man identifiera hur mycket av den nuvarande budgeten som beräknas gå åt till just det uppdraget för att sedan lyfta ut det som en separat del. Därefter måste man bestämma utifrån vilka parametrar ersättningen ska fördelas, En fast summa för antal listade? Kompetens? Bemanningsmål? Diagnoser? Ålder? Behandlingsmetoder? Tillgänglighet? Besökstyper? Patientkontrakt? mm  
Utmaningen med detta alternativ är att få fram summan som ska avsättas för uppdraget och bestämma på vilket sätt fördelningen av ersättning ska ges.



- *Skapa ett vårdval för psykisk hälsa i primärvården med eget förfrågningsunderlag.* Kräver samma procedur avseende ersättning som ovan.
- *Tillföra nya medel till primärvården som ska gå till psykisk hälsa.* På samma sätt som ovan behöver man sen bestämma utifrån vilka parametrar som ersättningen ska ges. Här ligger utmaningen att, i det ekonomiska läget regionen befinner sig, omfördela medel från annan verksamhet, exempelvis från den specialiserade vården.
- *Med hjälp av statliga medel tillfälligt skapa någon form av resultatbaserad/målrelaterad ersättning.* För det krävs ett tillförlitligt verktyg för uppföljning och mätetal för beslutade ersättningsparametrar. Risken med det alternativet är övervältring där något annat kan bli lidande.
- *Tilläggsersättning eller Anslagsfinansierad verksamhet* för en eller flera vårdenheter som får ett specifikt uppdrag med fördjupad kompetens. Ersättningen för uppdraget lyfts från nuvarande budget i hälsovalet och får sen anses vara en fri nyttighet för alla vårdenheter, på samma sätt som exempelvis ungdomsmottagningen.

För samtliga alternativ krävs förbättrad registrering av besök, diagnoser, åtgärdskodning mm samt ett välfungerande system för uppföljning med mått och mätetal.

Primärvården står inför flera utmaningar, liksom övriga vården, med kompetensförsörjning, omställning till nära vård, utveckling av digitala besök, fast läkarkontakt, vårdgaranti, tillgänglighet och det ekonomiska läget.

De listningssystem som finns för primärvård idag är anpassade efter det breda uppdraget. Skulle regionen välja att göra ett eget vårdval för psykisk hälsa som ska ersättas efter invånarens val av vårdgivare behövs ett eget system upphandlas eller byggas alternativt ersättas per vårdåtgärd. För ersättning per vårdåtgärd går systemet för bland annat utbetalning inom vårdval medicinsk fotvård att användas.

## 5 Slutsatser med förslag till fortsatt arbete

Att förändra en resursfördelningsmodell är en komplex fråga som beslutas av de förtroendevalda och den första frågan regionen behöver ställa sig är vad man vill uppnå med en förändrad resursfördelningsmodell. Därefter besluta vilken ersättningsmodell som passar för det man vill uppnå.

På kort sikt skulle en resultatbaserad- eller besöksersättning med hjälp av statliga medel tillfälligt kunna införas för att stimulera till fler besök för psykisk hälsa i primärvården. Uppdraget blir då att ta fram parametrar som speglar det man vill uppnå, ta fram ett nuläge av det som ska ersättas samt med hur mycket.

