

## Landstingsstyrelsens förslag till beslut

---

### **Motion 2007:43 av Håkan Jörnehed m fl (V) om att utveckla ersättningssystemet inom hälso- och sjukvården för att styra mot utjämning av de sociala skillnaderna**

Föredragande landstingsråd: Filippa Reinfeldt

#### Ärendet

Motionärerna föreslår att ett nytt ersättningssystem utformas för hälso- och sjukvården för utjämning av sociala skillnader i hälsa.

#### Förslag till beslut

**Landstingsstyrelsen** föreslår landstingsfullmäktige besluta

*att* anse motionen besvarad.

Både den faktiska och den upplevda hälsan hos enskilda personer beror inte sällan även på andra faktorer än rena sjukdomstillstånd. Den sociala situationen är en sådan faktor. Regeringens verkningsfulla arbete för att bryta utanförskapet är därför en viktig insats för befolkningens hälsa.

Motionärernas ambition att utveckla ersättningssystemet delas av landstingsstyrelsen. Därför pågår redan bland annat ett arbete om att ta fram en ny modell för ersättning av husläkarverksamheten som planeras att slutföras under 2010. Inriktningen är att införa en ny ersättningsmodell från och med 2011, som i ännu högre grad styr mot den enskilda patientens vårdbehov. Syftet är dock inte att utjämna sociala skillnader, utan att fortsätta arbetet med att skapa en modell som ser till att alla medborgare i Stockholms läns landsting får en vård som är tillgänglig, trygg och utan köer.

Detta arbete görs heller inte bara inom primärvården. Stockholms läns landsting bedriver ett omfattande arbete för att utveckla vårdvalsmodeller på

#### **Bilagor**

1 Motion 2007:43

2 Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltnings tjänsteutlåtande

2008-02-11

fler områden, men också för att finna andra lösningar som skapar en långsiktigt trygg och god vård. Det gäller exempelvis arbetet med flerårsavtal, omstruktureringen av det akuta omhändertagandet och utvecklingen av incitament för bättre rapporteringsfrekvens inom gällande ersättningsmodeller. Mycket görs och mycket återstår att göras för att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården. Det är dock viktigt att förändringarna leder till en bättre vård för patienterna, vilket vore tveksamt med de av motionärerna föreslagna ändringarna.

## Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 4 november 2009.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 17 november 2009.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till S- ledamöternas förslag, dels till och V-ledamotens förslag, dels till och MP-ledamotens förslag.

Landstingsstyrelsens beslut fattades utan omröstning.

*S- och V-ledamöterna reserverade sig* till förmån för sina förslag att bifalla motionen

*MP-ledamoten reserverade sig:*

”Landstingsstyrelsen föreslås besluta att bifalla motionen och i övrigt anföra

Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem måste utformas så att de bättre avspeglar vårdbehoven och så att hälsofrämjande och förebyggande insatser premieras. Hänsynstagande till socioekonomiska faktorer är en viktig del i mätning av vårdtyngden och ger också en bas för det hälsofrämjande arbetet.

Ett återinförande av den socioekonomiskt motiverade ersättningen innebär inte någon konflikt i förhållande till utvecklingen av åtgärds- och eller diagnosrelaterade ersättningssystem. En utveckling av diagnosrelaterad ersättning kommer emellertid att ta tid och den kan ej heller ensam bli heltäckande.

Förvaltningens slutsatser om ’att sjukvårdens möjligheter att utjämna de sociala skillnaderna i hälsa är begränsade’ andas en uppgivenhet och passivitet som inte alls rimmar med de möjligheter som öppnas för de vårdgivare som verkligen har tagit till sig och vill satsa på ett hälsofrämjande arbete i samverkan med andra aktörer. Vården har stora möjligheter att påverka folkhälsan, därmed följer också ett ansvar att vara aktiv och inte invänta att andra ska agera.”

## Ärendet och dess beredning

**Håkan Jörnehed m fl (V)** har i en motion (bilaga), väckt den 9 oktober 2007, föreslagit landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* utforma ett nytt ersättningssystem för hälso- och sjukvården som styr mot att utjämna sociala skillnader i hälsa.

Yttrande har inhämtats från hälso- och sjukvårdsnämnden.

**Hälso- och sjukvårdsnämnden** har den 1 april 2008 beslutat *att* överlämna förvaltningens utlåtande till landstingsstyrelsen (bilaga).

*S-ledamöterna reserverade sig* till sitt förslag *att* bifalla motionen.

*Mp-ledamoten reserverade sig* till förmån för sitt förslag *att* bifalla motionen och i övrigt anföra följande.

”Steg ett i utvecklingen av primärvårdens ersättningssystem är att återinföra den socioekonomiska ersättningen. Det går inte att bortse från verkligheten, vilket den nuvarande moderatledda majoriteten gör, och agera utifrån teoretiska föreställningar om att individens valfrihet gör det geografiska ansvaret och insatser riktade mot både grupper och individer i det förebyggande arbetet överflödigt.

Med ett återinfört socioekonomiskt betingat ersättningssystem får vårdcentralen resurser att möta de ökade vårdbehov som finns i vissa områden och samtidigt satsa på ett hälsofrämjande och förebyggande arbete i närområdet. Den geografiska tillhörigheten är viktig i det hälsofrämjande arbetet, det är naturligt att samverka med andra aktörer i samma geografiska område etc.

Ett återinförande av den socioekonomiskt motiverade ersättningen innebär inte någon konflikt i förhållande till utvecklingen av åtgärds- och eller diagnosrelaterade ersättningssystem. En utveckling av diagnosrelaterad ersättning kommer emellertid att ta tid och den kan ej heller ensam bli heltäckande. Vad händer till exempel med ersättningen för insatser till personer med besvär som inte lätt låter sig inordnas i en entydig diagnos? Detta är personer som oftast är resurskrävande, både vad avser utredningar och samtalstid. Det är därför lämpligt att även arbeta utifrån en tidstaxa som också kan avspegla vårdtyngden. Införande av tidstaxa kräver inga omfattande utredningsinsatser och skulle därför kunna införas ganska omgående.

Förvaltningens slutsatser om 'att sjukvårdens möjligheter att utjämna de sociala skillnaderna i hälsa är begränsade.' andas en uppgivenhet och passivitet som inte alls rymmer med de möjligheter som öppnas för de vårdgivare som verkligen har tagit till sig och vill satsa på ett hälsofrämjande arbete i samverkan med andra aktörer. Vården har stora möjligheter att påverka folkhälsan, därmed följer också ett ansvar att vara aktiv och inte invänta att andra ska agera."

## Bilagor

### Motion 2007:43

Stockholms län är ett fantastiskt län med många möjligheter och just nu är den ekonomiska utvecklingen i Stockholmsregionen mycket god, samtidigt ökar paradoxalt nog de sociala och ekonomiska skillnaderna i länet. Skatteinkomsterna ökar i takt med att allt fler människor får arbete. Samtidigt vet vi att det finns stora regionala skillnader i vårt län. Skillnader i makt och att kunna påverka sitt eget liv och sina livsvillkor. Antalet invånare som kan anses vara fattiga ökar hela tiden i Stockholms län och vissa grupper är mer utsatta än andra. Det gäller t. ex invandrare, unga vuxna, ensamstående mödrar och hemlösa.

I Stockholm är ohälsotalen sammantaget lägre än riksgenomsnittet i riket, men det finns stora skillnader mellan kommunerna. År 2003 hade t.ex. Botkyrka samma ohälsotal som Västerbottens län (49 sjukdagar) medan Danderyd hade 21 dagar. De stora skillnaderna i ohälsa visar sig också om man tittar på medellivslängden. Det skiljer 4,7 år för kvinnor och 5,5 år för män i medellivslängd beroende var på man bor i länet.

I Stockholms har resursfördelningssystemet varit relativt väl utvecklat genom att man har försökt ta hänsyn just till de stora regionala skillnaderna. För att kunna utjämna skillnaderna i ohälsa så fungerar det inte att fördela lika mycket resurser till alla. Det krävs en aktiv politisk styrning med utgångspunkt från befolkningens behov och de skillnader som trots allt finns. I vissa områden är det särskilt angeläget att kompensera ekonomiskt för ökade vårdbehov, annars riskerar skillnaderna öka ytterligare.

Vi vill därför se ett betydligt mer radikalt resursfördelningssystem som tar hänsyn till de stora regionala skillnaderna i hälsa och behov som finns. För att minska skillnaderna behöver ytterligare resurser fördelas till de områden där behoven är som störst.

Förslag till beslut

*att* landstingsfullmäktige utformar ett nytt ersättningssystem för hälso- och sjukvården som styr mot att utjämna de sociala skillnader i hälsa

Håkan Jörnehed

Birgitta Sevefjord

Thomas Magnusson

Sverre Launy

Pia Ortiz Venegas

Maj- Len Eklund

Mats Skoglund

Kerstin Pettersson

Necla Bora

## Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltnings tjänsteutlåtande

### Förvaltningens synpunkter

I en från Centrum för Folkhälsa nyligen framlagd folkhälsorapport redovisas stora skillnader i hälsa hos befolkningen i olika delar av länet. Hälsoskillnaderna mellan länets kommuner ökar. De sociala skillnaderna är en faktor som kan påverka behov av vård, men den största och dominerande faktorn för befolkningens hälsa och vårdbehov är åldern.

De ersättningssystem som idag finns i sjukvården tar inte hänsyn till de sociala skillnader hos dem som brukar vården. I många fall utgår ersättningarna istället från antingen vilken diagnos patienten har eller vilka åtgärder som utförs med patienten. Akutsjukvården har ett diagnosrelaterat ersättningssystem (DRG) och inom dess öppenvård infördes för ett par år sedan ett system där de ersätts utifrån kostnad per utförd åtgärd (KVÅ). Läkare och sjukgymnaster som verkar enligt statliga taxan ersätts utifrån vilka åtgärder de utför på patienten. Inom geriatriken fördelas ersättningarna dels utifrån befolkningens ålder, dels utifrån DRG och KVÅ.

Inom delar av primärvården har det funnits ett särskilt socioekonomiskt tillägg i form av extra kapiteringsersättning för husläkare och ett ”vårdtyngdstillägg” för MVC och BVC. Dessa tillägg har betalats till alla mottagningar, men mottagningar i socialt tunga områden har fått mer än andra. I genomsnitt motsvarade det socioekonomiska tillägget ca 8 % av ersättningen för husläkarna, men varierade från 4 % till 20 % av mottagningens totala ersättning. Tre husläkarmottagningar i länet fick 2007 mer än tio procent högre ersättning än vad de skulle ha fått om alla mottagningar haft samma socioekonomiska tillägg. Femton mottagningar fick på samma sätt mer än fyra procent högre ersättning. Det socioekonomiska tillägget hade alltså bara för ett fåtal husläkarmottagningar haft en stor betydelse för intäkterna.

För att förändra de sociala skillnaderna i hälsa krävs långsiktiga och omfattande insatser från hela samhället. Det handlar mycket om att påverka människors beteende och livsstil. Sjukvården har här en roll att spela tillsammans med många andra. Samverkansprojekt och arbeten finns etablerade mellan hälso- och sjukvårdsverksamheter och med kommuner, Försäkringskassa och andra berörda organisationer. Sjukvården påverkar också hälsan genom att bota eller lindra sjukdom.

Genom den vårdstruktur som nu utvecklas med stor frihet för patienterna att välja var de får sin vård utförd minskar betydelsen av mottagningens geografiska placering. Det blir alltså svårare att genom ekonomisk stimulans till en mottagning rikta insatser mot de områden som har den största ohälsan

till följd av sociala faktorer. Inom primärvården var under år 2007 cirka 280 000 invånare listade på en husläkarmottagning i ett annat område än man bor.

En kommande utveckling av ett ersättningssystem inom primärvården bör utgå från patienternas behov – i form av vilka diagnoser de har. Försök med sådana ersättningssystem pågår på ett par håll i landet. Ett stort utvecklingsarbete måste dock ske innan det finns förutsättningar att införa ett sådant system i Stockholms län.

Slutsatserna av detta är att sjukvårdens möjligheter att utjämna de sociala skillnaderna i hälsa är begränsade. Det är svårt att utforma ersättningssystem som leder till en utjämning av hälsoskillnader. Kommande utveckling av ersättningssystem bör syfta till att låta ersättningen bättre spegla de insatser vårdgivaren gör med patienten utifrån diagnos och sjukdomsbild. En utformning av ersättningssystem som utgår från vårdenhetens geografiska läge styr medlen allt mindre utifrån patienternas behov.

*Miljökonsekvenser av beslutet*

Beslutet medför följande konsekvenser för miljön:

Beslutet ger inte någon miljöpåverkan.