

Landstingsstyrelsens allmänna
utskott

Förslag till regler för vårdval och auktorisering inom primärvården

Ärendet

I detta ärende framläggs förslag till regler för vårdval och auktorisering av mottagningar inom primärvården. Förslaget bygger på de principer och riktlinjer som landstingsfullmäktige godkände vid sammanträde den 12 juni 2007. Hälso- och sjukvårdsnämnden avses vid sammanträde den 26 juni 2007 besluta inbjuda vårdgivare att ansöka om auktorisation för sina mottagningar. När ansökningarna inkommer fattar hälso- och sjukvårdsnämndens sjukvårdsutskott beslut om auktorisation för de mottagningar som uppfyller kraven. Reglerna för vårdvalet finns beskrivna i s.k. Regelböcker, en för varje vårduppdrag. Regelböckerna innefattar auktorisationskrav, allmänna villkor, uppdragsbeskrivningar, uppföljningsplan och ersättningar mm samt mallar för avtal. Det nya systemet med auktoriserade mottagningar föreslås träda i kraft den 1 januari 2008.

Förslag till beslut

Allmänna utskottet föreslår landstingsstyrelsen besluta

- att* godkänna framlagt förslag till regler för vårdval och auktorisering för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård
- att* godkänna framlagt förslag till regler för vårdval och auktorisering för barnvårdscentral
- att* godkänna framlagt förslag till regler för vårdval och auktorisering för fotsjukvård
- att* en utvärdering av vårdvalet inom primärvården skall genomföras samt
- att* omedelbart justera sitt beslut

Bilaga: Regelbok för vårdval och auktorisation inom primärvården

Förvaltningens synpunkter

1. Allmän beskrivning av vårdval och auktorisation

Bakgrund och förutsättningar

I landstingets budget för år 2007 anges att ett utvecklat länsövergripande vårdvalssystem med aktiv listning och fri etablering skall införas inom primärvården den 1 januari 2008. I budgeten slås fast att alla medborgare i Stockholms län skall ha en reell möjlighet att aktivt välja läkare och vårdenhet. Vidare betonas att det skall finnas en starkare koppling än tidigare mellan patientens val av vårdgivare och vårdgivarens ekonomiska ersättning. I det nya systemet skall vårdgivare godkännas genom ett auktorisationsförfarande. Ersättningssystemen skall utvecklas och konkurrensneutralitet skall vara en ledstjärna. Den offentligt ägda produktionens personal skall uppmuntras till avknoppningar och ett utvecklingskansli har inrättats för att underlätta och stödja avknoppningar.

Principer och riktlinjer

Landstingsfullmäktige godkände vid sammanträde den 12 juni 2007 förslag till principer och riktlinjer för utredning om auktorisation och vårdval inom primärvården och beslöt att delegera de fortsatta besluten till landstingsstyrelsen. De i detta tjänsteutlåtande framlagda förslagen utgår från principerna och riktlinjerna i fullmäktigeärendet.

Utredningsarbetet

Arbetet med att ta fram reglerna för vårdval och auktorisation har bedrivits i projektform av utvecklingskansliet i samarbete med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, LSF/juridik, Forum och andra enheter inom landstingsstyrelsens förvaltning. Information har fortlöpande lämnats till de fackliga organisationerna, i samverkansgruppen med patient- och handikapporganisationerna samt till vårdgivarna.

Modell för vårdval

Modellen innebär att invånarna/patienterna ges möjlighet att fritt välja en av landstinget auktoriserad vårdgivare som får ersättning för vårdtjänsten enligt de regler som finansören/landstinget fastställt.

För att vårdvalet skall fungera måste de som skall välja ha kunskap dels om sin rätt att välja och om hur systemet fungerar, dels om kvaliteten hos de olika mottagningarna. En avgörande förutsättning för ett fungerande vårdvalssystem blir således att skapa kanaler för att informera medborgarna om deras rättigheter och att ta fram och publicera öppna jämförelser mellan vårdgivarna rörande deras kvalitet.

I nuvarande avtal för primärvården finns inga begränsningar för hur många patienter en mottagning kan få ersättning för. En vårdgivare får inte heller säga nej till en patient som vill lista sig där. Ändå upplever många patienter

att det kan vara ett problem att byta vårdgivare eftersom många mottagningar uppger att de inte kan ta emot fler patienter. Detta borde vara en signal till vårdgivarna att förändra utbudet. Ett auktorisationssystem skall på ett bättre sätt stimulera marknaden och leda till att utbudet bättre anpassas till efterfrågan. Med den nya modellen och ett successivt ökande antal vårdgivare, som den fria etableringen kan leda till, förväntas den reella valfriheten förbättras. I likhet med idag föreslås att det i det nya systemet vara tillåtet att byta vårdgivare så ofta man önskar.

De förslag som här läggs fram syftar till att stärka primärvården som första linjens hälso- och sjukvård där personal med olika kompetenser samverkar för att ge patienter tillgång till en hälso- och sjukvård av god kvalitet. Ett viktigt mål är att alla invånare i alla delar av länet skall ha tillgång till en välfungerande primärvård. Fokus skall vara på resultat och kvalitet. Den nya vårdvalsmodellen har utformats så att det skall vara möjligt att successivt utveckla och förändra uppdragsbeskrivningar, ersättningar och uppföljningsparametrar för att styra mot verksamhetens mål. Denna stegvisa utveckling förutsätts ske i nära dialog med olika berörda intressenter och med respekt för vårdgivarnas behov av långsiktigt stabila förutsättningar.

Vårdval föreslås för följande verksamheter inom primärvården

I detta ärende redovisas förslag till auktorisationsförfarande och vårdval för följande olika verksamheter inom primärvården:

- husläkarverksamhet och basal hemsjukvård
- barnvårdscentral
- fotsjukvård

För behandlingar av logopedier pågår utredningsarbete rörande en rad frågor som gäller uppdragsbeskrivningar och ersättningssystem. När detta avslutats kommer underlag att finnas för beslut rörande patientval för sådan verksamhet. Inriktningen är att vårdval skall införas även för logoped-behandlingar från den 1 januari 2008.

Även för verksamheten vid mödravårdscentralerna pågår ett arbete med att ta fram ett förslag till vårdval, som kan föreläggas politisk instans för beslut efter sommaren 2007 för införande den 1 januari 2008.

Landstingsstyrelsen beslutade den 19 december 2006 att uppdra till Hälso- och sjukvårdsnämnden att snarast återkomma med förslag till ny modell för läkarinsatser i särskilda boenden. Förslag till auktorisation och organisation av läkarinsatser i särskilda boenden kommer sedan hälso- och sjukvårdsnämnden behandlat frågan den 26 juni 2007 föreläggas landstingsstyrelsen i särskilt ärende. Den nya modellen skall införas den 1 januari 2008.

Tilläggsuppdrag

Vissa husläkarmottagningar har idag ett bredare uppdrag med primärvårdsrehabilitering och i några fall även dietist. Uppdrag de inte kommer att kunna ansöka om auktorisation för. För att säkerställa en fortsatt drift av dessa verksamheter föreslås att tidsbegränsade tilläggsavtal tecknas med berörda husläkarmottagningar.

Primärvårdsrehabiliteringen är idag organiserad på olika sätt i länet och vården ges med olika omfattning och kvalitet. För att få en mer jämlik vård kommer HSN-förvaltningen att genomföra en utredning om primärvårdsrehabiliteringens organisation och struktur. Utredningen kommer att avslutas under år 2008. När den är klar återkommer förvaltningen med ett förslag till organisation och till hur avtal skall tecknas. Ett förslag till gemensam uppdragsbeskrivning och ersättningsmodell redovisas för hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet den 18 juni 2007.

Även för uppdrag som smittskyddsansvarig läkare och sjuksköterska kommer särskilda tilläggsavtal att tecknas.

2. Förslag till auktoriseringsförfarande

Allmänt

Auktorisationen reglerar förhållandet mellan utföraren och finansiären/beställaren. Regler och villkor ställs upp som vårdgivarna har att följa i sin verksamhet. Dessa beskrivs i en särskild Regelbok.

En vårdgivares mottagning blir auktoriserad genom ett särskilt förfarande. En auktoriserad mottagning har rätt att bedriva vård och få betalt från beställaren för den vård som utförs. Om vårdgivaren bedriver verksamhet vid flera mottagningar krävs auktorisation för varje mottagning. Samma villkor skall gälla för offentliga och privata vårdgivare. Alla mottagningar som uppfyller kraven har rätt att bli auktoriserade. Det innebär att fri etablering införs men att inga vårdgivare garanteras en viss volym besök eller patienter.

För att en mottagning skall bli auktoriserad behöver vårdgivaren dels åta sig att bedriva vården enligt uppställda krav, dels redovisa att de uppfyller de allmänna krav på finansiell styrka och fullgörande av skyldigheter när det gäller skatter med mera som landstinget ställer på sina leverantörer. Att en vårdgivare uppfyller ställda krav kommer kontinuerligt att följas upp på ett systematiskt sätt. Beställaren kommer också att fortsätta med särskilda granskningar och så kallade beställarrevisjoner.

Ansökningsförfarande

Så snart som landstingsstyrelsen fastställt i detta ärende föreslagna regler för vårdvalet skall hälso- och sjukvårdsnämnden fatta beslut om att inbjuda

vårdgivare att ansöka om auktorisation för sina mottagningar. När ansökningarna inkommit prövar hälso- och sjukvårdsnämnden – genom sjukvårdsutskotten - om mottagningen uppfyller kraven för att bli auktoriserad. Är villkoren uppfylla fattas beslut som gäller tills vidare om auktorisation av en mottagning. Som en följd av beslut om auktorisering tecknas ett avtal mellan landstinget och vårdgivaren där parterna förbinder sig att fullgöra sina åtaganden enligt avtalet och Regelboken. Även de mottagningar som drivs i landstingets egen regi av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Sjukvården i Salem, Nykvarn och Södertälje (SNS) skall ansöka om auktorisation och prövas enligt samma förfarande. Detta ärende berör inte primärvården i Norrtälje som är ett ansvar för den mellan landstinget och kommunen gemensamma Tiohundra nämnden. I den första ansökningsomgången prövas mottagningar som avser bedriva verksamhet från den 1 januari 2008. Ansökningar om auktorisation som inkommer senare kommer att prövas fortlöpande. Även bolag under bildande kan ansöka om auktorisation. Det kan gälla t ex mottagningar som idag drivs i landstingets egen regi men där personalen vill ”knoppa av” mottagningen och driva den i annan driftform.

Villkor för auktorisering

Följande krav skall uppfyllas av vårdgivaren för att mottagningen skall bli auktoriserad:

Vårdgivaren skall ha ekonomisk stabilitet och ha ekonomiska förutsättningar att fullgöra avtalet med beställaren. För att beställaren skall kunna bedöma detta skall vårdgivaren inge intyg från Skatteverket som visar hur företaget sköter sina skatter och avgifter. En helhetsbedömning kommer att ske utifrån vårdgivarens finansiella och ekonomiska ställning bl a genom att beställaren tar in kreditupplysning. För företag under bildande gäller att företaget skall vara bildat vid avtalstecknandet och inneha F-skattsedel samt uppvisa registreringsbevis. Nystartat företag skall visa att företaget har en stabil ekonomisk bas och på begäran tillhandahålla bevis om finansiell säkerhet.

Vårdgivaren skall vidare åta sig att ingå avtal för auktorisation av mottagning samt åta sig att följa de regler som anges i Regelboken. Vårdgivaren skall ange den adress där mottagningen skall vara lokaliserad.

Vårdgivaren skall vidare försäkra att vårdgivaren är medveten om att beställaren kan återkalla auktoriseringen för en mottagning om vårdgivaren inte uppfyller villkoren för att bedriva mottagningen.

Uppfyller vårdgivaren samtliga krav fattas beslut om auktorisation som inte är tidsbegränsat.

Villkor för återkallelse av auktorisation

Beställaren har rätt att återkalla auktoriseringen för en mottagning om auktorisationsavtalet avseende den aktuella mottagningen har sagts upp enligt bestämmelserna i auktorisationsavtalet.

Avtal för auktorisation av mottagning

Den nya modellen med vårdval och auktorisation avses tillämpas av landstinget från och med år 2008. Den nya modellen innebär enhetliga villkor, ersättningar och uppdrag för alla mottagningar. De olägenheter som finns med dagens system med olika löptider, avtalsvillkor och ersättningar för samma typ av uppdrag kan därmed elimineras.

Landstinget föreslås ha rätt att genom politiskt beslut ändra villkoren i Regelboken. Tanken med detta är att det skall vara möjligt att en gång per år vid behov justera ersättningarna samt komplettera och förtydliga uppdrag och förändra kvalitetsparametrar. Sådana ändringar måste kunna göras för att anpassa avtalen till förändrade förutsättningar och vunna erfarenheter, för att utveckla verksamheterna samt för att justera ersättningarna på grund av kostnadsutvecklingen eller av andra skäl. Ändringar i Regelboken kommer att föregås av en process där dialog förs med företrädare för vårdgivarna. Om en vårdgivare inte skulle vara beredd att acceptera regeländringarna kan vårdgivaren frånträda avtalet. Detta upphör i sådant fall att gälla 12 månader efter utgången av 60-dagars frist som räknas från den dag vårdgivaren mottagit besked om ändringarna.

Auktorisationsavtalen föreslås gälla till och med den 31 december 2011. För det fall avtalet inte sagts upp senast tolv månader före avtalstidens utgång förlängs avtalet automatiskt att gälla tillsvidare med tolv månaders uppsägningstid. Vårdgivare som tecknar avtal från den 1 januari 2008 kan därmed vara säkra på att auktorisationsavtalet gäller för den inledande fyraårsperioden. Härigenom ges vårdgivarna möjlighet att långsiktigt planera, bygga upp och utveckla sin verksamhet. Den föreslagna avtalskonstruktionen skapar betydligt mer stabila villkor för vårdgivarna än dagens system där vårdavtalen i regel tecknas för tre år med möjlighet till en förlängning om ytterligare två år.

Avtalet kan upphöra i förtid om någon av parterna åsidosätter sina skyldigheter enligt avtalet. Landstinget kan också säga upp avtalet till omedelbart upphörande bl a om vårdgivaren kommit på obestånd eller om vårdgivaren eller någon i dess ledning, enligt den tillsynsmyndighet som granskar vårdgivaren, har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen eller dömts för brott avseende yrkesutövning. När avtalet inte längre gäller upphör också auktorisationen för mottagningen.

3. Regelbok

Alla bestämmelser och villkor som skall gälla för en auktoriserad mottagning föreslås samlas i en Regelbok. Då lika villkor, ersättningar och

förutsättningar skall gälla för alla mottagningar kan Regelboken ges ut i en lättillgänglig skrift. Denna kan därmed på ett helt annat sätt än de vårdavtal som finns idag göras tillgänglig för personalen på mottagningarna. Idag finns på många håll bristande kunskaper om vad uppdragsbeskrivningar och kvalitetskrav egentligen innehåller. Vid justering av reglerna får ny version ges ut. Regelboken skall också finnas på Uppdragsguiden.

Regelboken föreslås innehålla följande delar:

- Auktorisationsvillkor och villkor för återkallelse
- Avtal för auktorisation av mottagning
- Allmänna villkor
- Uppdragsbeskrivning [för respektive verksamhetstyp]
- Listningsregler [för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård och för BVC]
- Uppföljningsplan [för respektive verksamhetstyp]
- Ersättningar [för respektive verksamhetstyp]
- Informationsförsörjning [för respektive verksamhetstyp]
- Ansökan om auktorisering

I enlighet med givna direktiv har under arbetet med att utforma reglerna strävan varit att göra dessa tydliga och enkla. Krav som inte är direkt kopplade till uppdraget har utgått. Arbetet med de olika delarna i Regelboken har bedrivits i olika arbetsgrupper. Som ett första steg har arbetet utgått från de uppdragsbeskrivningar, ersättningsbilagor, uppföljningsplaner mm som tillämpas idag och förenklat och utvecklat dessa. En stor fördel med detta arbete är att gamla historiskt betingade skillnader mellan olika avtalsvillkor, ersättningsnivåer och uppföljningsplaner nu försvinner helt. Systemet blir mer rättvist och transparent för alla intressenter. Uppföljningen blir bättre och möjligheten att samlat redovisa jämförelser mellan vårdgivarnas kvalitet, tillgänglighet osv ökar.

Nedan beskrivs och kommenteras under punkterna 4 till 9 väsentliga delar av Regelbokens innehåll.

4. Allmänna krav och villkor

Allmänna villkor

De allmänna villkor som nu används i samtliga vårdavtal har setts över och formuleringarna har i vissa fall förtydligats. Dessa villkor gäller bl a vårdgarantin, läkemedel, hjälpmedel, tolkar, informationsförsörjning, lagar, förordningar och policies. Av särskild vikt är Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

5. Husläkarverksamhet och basal hemsjukvård

Grundåtagandet är en utveckling av gällande åtagande

Det nya grundåtagandet för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård bygger på det hittills gällande åtagandet. Husläkarverksamheten skall liksom idag vara förstahandsvalet av hälso- och sjukvård i enlighet med principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. Vårdgivaren skall utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som täcks av annan huvudmans ansvar. Helhetssyn, kontinuitet, närhet och tillgänglighet skall vara grundstenarna i verksamheten.

En förändring är att det nu blir ett gemensamt uppdrag för husläkarverksamheten och den basala hemsjukvården vilket förväntas ge fördelar för patienterna och för samverkan mellan husläkaren och distriktssköterskan. Vårdgivaren skall prioritera äldre med stora och sammansatta vårdbehov och kroniskt sjuka till fasta och kontinuerliga vårdkontakter. Läkaren vid mottagningen skall vara specialist i allmänmedicin eller kan i vissa fall vara specialist i geriatrik eller pediatrik. Mottagningen bör för att kunna fullgöra åtagandena vara bemannad med minst tre läkare.

Psykosociala insatser

En nyhet är att i grundåtagandet ingår att erbjuda psykosociala insatser av personal med särskild kompetens. Den hälso- och sjukvård som avses här skall inte kräva vuxenpsykiatriens eller barn- och ungdomspsykiatriens specialistkompetens.

Basal hemsjukvård

En patient som skrivs in i basal hemsjukvård skall av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av sammanhängande insatser i hemmet minst två gånger i månaden. Detta är ett förtydligande jämfört med vad som gällt hittills. Vårdgivaren ansvarar för att patienter inskrivna i den basala hemsjukvården har tillgång till hembesök dagtid alla dagar på året. Hemsjukvården under kvällar och nätter ordnas liksom nu i större delen av länet av särskilda organisationer. Hemsjukvårdspatienter skall registreras i datasystemet ListOn vilket är en förutsättning för att rätt ersättning skall kunna utbetalas till vårdgivaren. För listad patient som bor eller vistas långt ifrån mottagningen kan överenskommelse om hembesök och hemsjukvård ingås med mottagning nära patienten. Detta kan bli aktuellt t ex när patienten vistas i sitt fritidshus. Mottagande vårdgivare skall verka för att snarast ta emot dessa patienter.

För Nynäshamn och i Högalids församling i Stockholm finns ett avtal med privat vårdgivare som driver hemsjukvården. Förhandling förs med

vårdgivaren i Högalid med syfte att få det avtalet uppsagt. I Sigtuna driver kommunen hemsjukvården enligt avtal med landstinget. Om inte överenskommelse nås med vårdgivaren i Högalid samt för Nynäshamn och Sigtuna kommer undantag att göras i uppdragen för husläkarna med patienter i dessa områden så att landstinget kan fullfölja sina åtaganden mot dessa vårdgivare.

Läkemedelsgenomgångar

För samtliga patienter som är inskrivna i hemsjukvården skall en årlig läkemedelsgenomgång genomföras. Med läkemedelsgenomgång avses en metod för analys, omprövning och uppföljning av en individs läkemedelsanvändning. Denna görs av ansvarig läkare tillsammans med distriktssköterska och en uppföljning sker en månad efter genomgången. Vid behov medverkar farmakologisk expertis.

Jouransvar i grundåtagandet

En förändring jämfört med vad som gäller idag är att grundåtagandet för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård även omfattar läkarjourverksamhet inklusive telefonrådgivning samt beredskapsverksamhet för läkare med hembesök.

Hälsosamtal för personer som är 75 år

En nyhet är att vårdgivaren skall erbjuda hälsosamtal för listade personer det år de fyller 75 år. Samtalet genomförs av distriktssköterskan och syftar till att identifiera behov och eventuella problem och så långt det går stimulera den äldre att hitta egna lösningar och alternativ.

Förebyggande insatser

Vårdgivaren skall arbeta förebyggande med tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot övervikt, rökning, alkohol och psykisk ohälsa. Vidare skall vårdgivaren ge kunskap om och stöd till egenvård. Vårdgivaren skall också medverka till tidig upptäckt av barn som far illa.

Utbildningsplatser

Vårdgivaren skall tillhandahålla kliniska utbildningsplatser för läkarstuderande och andra vårddyrkesstuderande samt för AT- och ST-tjänstgöring för läkare.

Närområdesansvar

Ett nytt närområdesansvar införs som innebär att vårdgivarna inom en kommun/stadsdel tillsammans skall upprätta en plan för ansvarsfördelningen för olistade patienter och för patienter som tillfälligt vistas i området när det gäller konstaterande av dödsfall, undersökning för utfärdande av vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård samt vaccinationsverksamhet. Planen skall också säkerställa att olistade personer

inom området som fyller 75 år erbjuds hälsosamtal. Även ansvar för att erbjuda hemsjukvård för olistade patienter skall preciseras. Planen skall tillställas beställaren. Som en konsekvens av ovanstående kommer det nuvarande områdesansvaret upphöra.

Regler för listning

Det skall vara möjligt för patienter att lista sig i första hand på en namngiven läkare eller alternativt på mottagningen. Idag är 269 858 invånare olistade. Det innebär att 14 procent av invånarna f.n. inte aktivt valt husläkare eller mottagning. Med den nya ersättningsmodellen förväntas antalet aktivt listade successivt öka. De som i dagens system är aktivt listade hos en namngiven husläkare eller mottagning behåller denna listning även efter årsskiftet om mottagningen blir auktoriserad. Om en husläkare slutar skall vårdgivaren informera läkarens patienter om detta. Patienterna skall ges möjlighet att göra ett nytt val. Möjligheten att lista sig enbart på distriktssköterska upphör. Denna möjlighet har endast utnyttjats av ett litet fåtal patienter.

Information som underlag för invånarnas val

Till sin hjälp kommer medborgare/patienter och anhöriga att via Vårdguiden kunna få information om de olika husläkarmottagningarna. För varje husläkarmottagning kommer uppgifter att redovisas om vilka verksamheter som finns på mottagningen, hur många husläkare och distriktssköterskor som arbetar, om mottagningen tar emot nya patienter, hur man skall göra för att lista sig på mottagningen etc. Vidare kommer det att finnas så kallade kontaktuppgifter som öppethållande, telefonnummer etc. Möjlighet kommer också att finnas för varje husläkarmottagning att ha en länk till sin egen hemsida.

Tanken är också, för att ytterligare underlätta valet, att skall det finnas uppgifter om hur god telefontillgängligheten är och hur väl man uppfyller vårdgarantin. Från de årliga patientenkäterna kommer också, som exempel, redovisas patienternas uppfattning om delaktighet i vården, bemötande och helhetsintryck. Det skall på ett enkelt sätt vara möjligt att jämföra dessa uppgifter mellan olika husläkarmottagningar

Utvecklad uppföljningsplan

Den nya uppföljningsplanen för husläkarverksamheten med basal hemsjukvård innehåller fler medicinska parametrar än tidigare. Genom de nyckeltal som preciseras i uppföljningsplanen kan vårdgivaren följa de egna resultaten över tiden och jämföra sig med andra vårdgivare med samma uppdrag.

Ersättningsmodell

Den ersättningsmodell som föreslås bygger liksom hittills på den grundmodell som tillämpas inom olika vårdområden med följande

komponenter: fast, produktionsrelaterad och målrelaterad ersättning. Den fasta ersättningen utgörs inom husläkarverksamheten av en kapiteringsersättning, den produktionsrelaterade av en besöksersättning och den målrelaterade av bonus och viten.

Vid utformningen av ersättningsmodellen för husläkarverksamheten har strävan varit att uppnå en optimal avvägning mellan följande önskade effekter

- En starkare koppling mellan patientens val och mottagningens ersättning
- Stimulera mottagningen att ta emot nya patienter och därmed öka patienternas reella valfrihet
- Stimulera nya aktörer att starta mottagningar
- Säkerställa god tillgång till vård i hela länet
- Förbättra tillgängligheten till vård
- Styra så att mottagningarna utför önskade insatser t ex hembesök och andra tidskrävande insatser
- Transparens
- Totalkostnadskontroll

Tre väsentliga förändringar genomförs i ersättningen för husläkarverksamhet. Liksom idag innehåller ersättningen en kapiteringsersättning, men i den nya modellen ges ersättning endast för dem som aktivt valt att lista sig på en husläkare eller på mottagningen. Kapiteringsersättningen föreslås omfatta en för alla mottagningar gemensam kapiteringsersättning per listad. Nu varierar den mellan 300 kronor och 1300 kronor. Kapiteringsersättningen åldersviktas. Den särskilda ersättning som utgår från ett socioekonomiskt index bort tas bort.

Kapiteringsersättningen är den faktor som har den största betydelsen för om en enskild mottagning får en högre eller lägre intäkt år 2008 jämfört med år 2006. De skillnader som idag finns i kapiteringsersättningar har historiska förklaringar och sammanhänger bl a med att upphandlingar skett vid olika tidpunkter och givit olika priser. Även mellan vårdcentraler i områden med likartad social struktur finns skillnader som inte kan motiveras med hänsyn till vårdtyngd och liknande faktorer. Det sociala tillägg som finns idag omfattar endast cirka fyra procent av den totala ersättningen och spelar jämfört med andra faktorer en liten roll för mottagningarnas ersättning. Den särskilda ersättning som nedan föreslås för besök där tolk är närvarande kommer i stor utsträckning att tillfalla mottagningar som idag har ett socialt tillägg. De mottagningar som idag har en låg andel aktivt listade måste för att inte få minskad ersättning verka för att få fler patienter att aktivt välja att lista sig vid mottagningen.

En besöksersättning införs som är något högre än den som gäller idag. Ersättningen för hembesök för läkare föreslås bli höjd. Härigenom ges vårdgivaren incitament att göra hembesök hos barnfamiljer, äldre och andra när detta är medicinskt eller omvårdnadsmässigt motiverat. I kronor blir höjningen av besöksersättningen relativt stor, men beaktat att vårdgivaren föreslås få ett utökat kostnadsansvar blir den reella ökningen per besök inte lika hög. Särskilda besöksersättningar föreslås införas för utfärdande av dödsbevis, utredning om vårdintyg, spirometriundersökningar, hälsosamtal för 75- åringar och läkemedelsgenomgångar. Dessa särskilda ersättningar motiveras av att ersättningssystemet därigenom blir mer rättvist. Det har funnits önskemål om fler särskilda ersättningar för olika åtgärder, men förvaltningen föreslår att man avvaktar med dessa. Allt för många särskilda ersättningar gör ersättningsmodellen mer otydlig.

För besök där tolk är närvarande utbetalas en extra ersättning som motiveras av att sådana besök tar längre tid. Ersättning för besök i geografiskt avlägsna områden kvarstår.

En takkonstruktion föreslås för ersättningar för husläkarverksamheten som liksom nu utgår från ett visst antal besök per patient. I nuvarande modell utgår taket från antal ansvarspatienter (listade och olistade). I den nya modellen föreslås två nivåer på tak som utgår enbart från antalet listade patienter. För att kompensera för att antalet personer som taket beräknas på minskar och för att besök på jourmottagningar och närakuter räknas in under taket höjs taket för nivå 1 från 1,7 besök per ansvarspatient till 1,9 besök per listad. Taket sätts gemensamt i hela länet och om en mottagning presterar besök över taket reduceras ersättningen till en tredjedel jämfört med under taket. För besök över nivå 2 (4 besök per listad) erhålls endast patientavgift. Om en mottagning listar på fler patienter ökar det totala antalet besök mottagningen får full ersättning för.

Inom hemsjukvården föreslås också tak med motsvarande konstruktion som idag, dvs. tak per listad patient över 65 år. Även detta tak med två nivåer bör vara gemensamt i hela länet, men det kan behöva justeras i områden där kommunens vårdbiträden inte utför sjukvårdsåtgärder på delegering från distriktssköterska eller av andra särskilda skäl.

Husläkarna kommer att få ett ansvar för jour och beredskap. För ett antal av de närakuter som finns idag gäller avtal som sträcker sig flera år framåt. En särskild utredning har gjorts av närakuterna som avses behandlas av hälso- och sjukvårdsnämnden den 26 juni 2007. Det är angeläget att sjukhusens akutmottagningar avlastas besök av patienter som kan ges utanför sjukhusen. Med hänsyn härtill finns skäl för att behålla vissa närakuter. Då en del av jourverksamheten kommer att utföras av närakuterna även i framtiden behöver detta hanteras på ett för mottagningarna rättvist sätt. Av det skälet föreslås att husläkarmottagningarna blir betalningsansvariga inte

enbart för besök på deras listade patienter gör på jourmottagningar utan också besök på närakuter. Nettokostnaden för en husläkarmottagning för ett närakutbesök föreslås bli 200 kronor.

Den målrelaterade ersättningen är en viktig del av styrstrategin. Syftet med ersättningen är att stimulera vårdgivarna att förbättra sina kvalitetsresultat. Strävan skall vara att uppnå en snabbare måluppfyllelse. Det kan t ex gälla god medicinsk kvalitet, ökad effektivitet, samverkan och tillgänglighet. Kvalitetskraven skall utvecklas i nära samverkan med vårdgivarna. Den målrelaterade ersättningen som är uppdelad i bonus och vite är kopplad till hur vårdgivaren lever upp till vissa av kvalitetskraven. Bonus och vite kan inte överstiga tre procent av den totala ersättningen under ett år.

Privata vårdgivare föreslås få göra ett tillägg på sina fakturor på sex procent för kompensation för att de inte får göra avdrag för moms. Detta motsvarar den kompensation landstinget får från det statliga momssystemet.

Det nya ersättningssystemet föreslås innehålla så få ”fria nyttigheter” som möjligt. Huvudprincipen är att alla kostnader skall belasta den som kan påverka kostnaden. Om vårdgivaren kan påverka en kostnad skall den alltid göra en bedömning om kostnaden motsvarar nyttan. I vissa fall har landstinget slagit fast att vårdgivarna skall använda en viss tjänst. I några sådana fall föreslås att beställaren har kostnadsansvaret för detta. De ”fria nyttigheterna” föreslås omfatta vissa obligatoriska IT- tjänster samt kostnader för tolk och sjukresor.

Vidare behåller beställaren under år 2008 kostnadsansvaret för de läkemedel vårdgivarna skriver ut.

Hela kostnadsansvaret för medicinsk service föreslås läggas på vårdgivarna. För halva länet är det en återgång till vad som gällde till för två år sedan för andra halvan är det en väsentlig förändring.

Omförhandling av vissa gällande avtal

Flertalet avtal inom primärvården utlöper den 31 december 2007 men avtal med 27 husläkarmottagningar och en hemsjukvårdsentreprenör har en löptid som sträcker sig efter årsskiftet. Vårdgivare med sådana avtal har efter beslut i landstingsstyrelsen i december 2006 tillskrivits med begäran om förhandlingar för att få en anpassning till vårdvalsmodellen. Så snart Regelbok och ersättningar fastlagts kommer dessa förhandlingar att inledas. Resultatet av förhandlingarna kommer att redovisas till hälso- och sjukvårdsnämnden för ställningstagande. Det finns också några avtal som rör s.k. äldrevårdscentraler. Även här avses kontakt tas med vårdgivarna för överläggningar om i vilken mån avtalen behöver förändras för att anpassas till de nya reglerna.

6. Barnvårdscentral

Åtagandet för barnhälsovården bygger på det hittills gällande åtagandet. Vårdgivaren skall erbjuda alla föräldrar att delta i föräldrautbildning. Ett

närområdesansvar införs som innebär att alla vårdgivare inom kommunen eller stadsdelen tillsammans skall upprätta en plan som anger ansvarsfördelningen när det gäller att erbjuda besök i områdets förskolor samt säkerställer att alla barn i närområdet mellan 0-6 år får erbjudande om barnhälsovård.

Ersättningsmodellen som idag gäller kvarstår i princip oförändrad med vissa mindre justeringar. Liksom hittills erhålls en ersättning för varje inskrivet barn. Den tidigare områdesersättningen upphör. Vaccinkostnader kommer att ersättas separat av beställaren. En besöksersättning införs för första hembesöket när ett barn första gången skrivs in vid barnvårdscentral. Vid besök där tolk är närvarande utgår en extra ersättning.

7. Fotsjukvård

Även för fotsjukvård föreslås en modell för vårdval och auktorisation. Uppdragsbeskrivningen har förtydligats när det gäller kompetenskraven. Liksom hittills krävs remiss för nybesök. Detta för att säkerställa att vårdgivaren har tillgång till alla relevanta medicinska basfakta innan behandling inleds. En enhetlig ersättning lämnas per besök. I enlighet med en överenskommelse med KSL betalar landstinget inte längre för fotsjukvård för patienter i särskilda boenden. För att få ersättning måste fotterapeuten utföra minst 500 behandlingar per år. Taket för antalet behandlingar är 1300 per år och fotterapeut. För besök över taket utgår endast ersättning motsvarande patientavgift.

8. Lokaler

Inom samtliga primärvårdsverksamheter föreslås att det är vårdgivarens ansvar att anskaffa de lokaler som behövs för verksamheten. Det har hittills ibland förekommit att landstingsägda lokaler upplåtits utan hyra genom en klausul i vårdavtalet varvid ersättningen i stället varit lägre. Det har också förekommit att landstinget tecknat förstahandskontrakt och sedan hyrt ut lokalerna i andra hand. Det har varit aktuellt när hyresvärden krävt en längre kontraktstid än löptiden för vårdavtalet. Med det nya auktorisationsförfarandet behövs enhetliga principer och det skall alltså inte längre förekomma att beställaren tillhandahåller eller hyr ut lokaler. Vårdgivaren kan nu också teckna avtal för en längre period eftersom auktorisationsavtalet löper tillsvidare. Om landstingsägda lokaler skall användas får hyreskontrakt ingås mellan Locum och vårdgivaren. De krav som ställs på lokalerna när det gäller tillgänglighet för funktionshindrade anges i de allmänna avtalsvillkoren.

9. Miljö

Enligt nuvarande – av landstingsfullmäktige fastställda - regler erhåller de vårdgivare som är miljöcertifierade – och små vårdgivare som är miljödiplomerade – en målrelaterad ersättning på 0,2 procent av den totala ersättningen. För att ersättningsmodell och uppdrag skall vara kopplade till

själva vårduppdraget föreslås att miljöuppföljningen och den målrelaterade miljöersättning upphör.

10. Riskanalys och ekonomiska konsekvenser

Genomförandetidpunkten

Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden förutsätts vid sammanträden den 26 juni fatta beslut om regler respektive inbjudningar att inkomma med ansökningar om auktorisation. Omedelbart därefter informeras nuvarande vårdgivare och övriga intressenter om möjligheten att inkomma med ansökningar. Inom projektet finns planer för informationsinsatser, rutiner för besvarande av frågor samt för att ta fram underlag för politiska beslut om auktorisering och avtal. Avsikten är att beslut om auktorisation skall kunna fattas under september. Förvaltningens bedömning är att övergången till det nya systemet därmed kan ske vid årsskiftet. En del förändringar behöver göras under hösten i olika IT-system för att anpassa dessa till nya listningsregler och ersättningar. Dessa förändringar planläggs nu och bedöms kunna genomföras i tid.

Förvaltningen bedömer att de förändringar av de ekonomiska ersättningarna som blir följden av det nya ersättningssystemet för enskilda mottagningar inte är av den storleksordningen att några övergångsvisa omställningsbidrag är motiverade.

Kommer invånarnas behov att tillgodoses?

Det finns en viss osäkerhet om hur den nya modellen påverkar olika vårdcentraler och förutsättningarna för att bedriva en välfungerande verksamhet i områden med stor vårdtyngd och i områden där svårigheter finns att rekrytera läkare. Hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsstyrelserna förutsätts följa utvecklingen noga och en beredskap måste finnas för att säkerställa att länets alla invånare har tillgång till en god vård.

Även effekterna av att närområdesansvaret avskaffas måste följas noga. Vårdplanering vid utskrivning från akutsjukhus och informationsöverföringen till primärvården liksom kontakterna med kommunen måste anpassas till de nya förutsättningarna. Att så sker måste följas upp noga.

Hur det nya närområdesansvaret för barnhälsovården kommer att fungera behöver följas upp bl a för att säkerställa att BVC:s lokala kännedom om området fungerar.

Vid utformning av uppdragsbeskrivningar, listningsregler och ersättningssystem har strävan varit att säkerställa att kroniskt sjuka och

funktionshindrade samt äldre sjuka med flera diagnoser får sina vårdbehov tillgodosedda. Att detta blir fallet bör särskilt bevakas när vården följs upp.

Ekonomiska konsekvenser

Införandet av den nya vårdvalsmodellen och de nya ersättningarna förväntas leda till förändringar i vårdutbudet och till ökad produktivitet med ökat antal besök vid mottagningarna och i hemmet.

Takkonstruktionen avser att säkerställa att kostnaderna för verksamheterna kan rymmas inom tillgänglig budgetram. Erfarenheter från tidigare förändringar av ersättningsystemen pekar på att effekterna kan bli större än förväntat. En noggrann uppföljning måste därför ske och möjligheter finnas att göra de justeringar som är motiverade. Kostnadsutvecklingen måste därvid ses ur ett helhetsperspektiv där effekterna på besöksutvecklingen vid sjukhusen av en hög tillgänglighet inom primärvården måste beaktas. Särskild uppmärksamhet måste riktas mot frågan om det fulla kostnadsansvaret för mottagningarna för även avancerad medicinsk service leder till att patienter som skulle kunna behandlas på mottagningen remitteras vidare till en läkare med sk taxanslutning. För dessa, är enligt riksdagsbeslut, medicinsk service en fri nyttighet.

Förslagen till ersättningsmodeller rymms inom de ramar för primärvården som HSN- förvaltningen har som underlag till arbetet med budget för år 2008. Detta innebär ett visst tillskott jämfört med innevarande år. Det finns anledning att påpeka att den ersättning som idag ges för olistade patienter finns kvar inom den totala ekonomiska ramen.

11. Kommunikationsplanering

Tryggt, tillgängligt, lätt och nära är ledorden för utformningen av kommunikationen kring vårdval och auktorisation. Arbetet består av två delar – planering och genomförande av kommunikationsinsatser samt utveckling av tjänster på främst www.vardguiden.se.

Kommunikationen har många målgrupper. Prioriterade målgrupper är vårdgivare (främst berörda vårdgivare samt vårdgivare som kan vara intresserade av att bli auktoriserade) samt länets invånare. Även interna målgrupper i landstinget, media, intressenter och samverkansparter är viktiga.

Vårdgivarna: Inbjudan till att ansöka om auktorisation kommer att gå ut i samband med att hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om detta i juni. Informationen fokuseras inom länet men kommer även att gå ut nationellt. All information som berör auktorisationen, regler, krav som ställs, hur ansökan görs med mera kommer att finnas på webbplatserna Uppdragsguiden samt sll.se.

Länets invånare: Huvudkanaler för informationen är Vårdguidens kanaler (internet, telefon, Mina Vårdkontakter samt tidning). På webbplatsen skall invånaren kunna hitta information om vad vårdval och auktorisation innebär, skaffa beslutsunderlag genom jämförelser mellan vårdgivarna samt göra sitt val på Internet genom Mina Vårdkontakter. Vårdguidens allmänna informationstjänst erbjuder invånarna samma information, jämförelser och valmöjligheter. Även andra aktiviteter kommer att genomföras under hösten för att få genomslag i kommunikationen och öka kännedomen om valmöjligheten i primärvården.

12. Utvärdering

Det finns anledning att noga följa och utvärdera den nya modellens genomförande och effekter. Nås de syften som angivits som skäl för förändringen? Ökar den reella valfriheten? Förändras tillgänglighet och kvalitet? Säkerställs god vård på lika villkor för hela befolkningen? Hur tillgodoses vårdbehoven för patienter med stora och sammansatta vårdbehov och kroniskt sjuka? Påverkas vårdflödena och allmänhetens uppfattning om primärvården? Hur påverkas kostnadsutvecklingen? Det är bara några av de frågor som bör belysas. Medical Management Centre vid Karolinska Institutet med vilket landstinget har samarbetsavtal, föreslås i samarbete med Forum få i uppdrag att komma med ett förslag till plan för en utvärdering.

13. Fortsatta utredningar

Det nya vårdvalssystemet skall successivt kunna utvecklas och förändras. Frågor som är aktuella att utreda i nästa steg gäller tidstaxa för vissa besök, betalningsansvar för läkemedel, betalningsansvar för besök hos vissa privata specialister med taxeanslutning, utredning av ersättning för besök av allmänmedicinsk karaktär på akutmottagningar. Utformningen av ST-tjänstgöringsreglerna och ersättningarna för dessa skall också ses över. Fortbildningskrav för husläkare och andra yrkesgrupper samt möjligheter att utveckla interkollegial kontroll/uppföljning för husläkare/distriktssköterskor är andra delar i den fortsatta utredningen. Vidare skall uppdraget för distriktssköterskor förtydligas och ersättningssystemet skall främja att deras kompetens används.

Göran Stiernstedt
Tf landstingsdirektör

Elisabet Wallin