

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen 2017-12-18
Annika Jonsson
Tfn: 063-14 75 00
E-post: annika.jonsson@regionjh.se

RS/1450/2017

Ny hälsoekonomisk budgetmodell

I en motion yrkar Anna Hildebrand (mp) på att ”*Region Jämtland Härjedalen upprättar en budget- och ersättningsmodell som stödjer och ger incitament till en hälsoorienterad verksamhetsutveckling, så att mer vård också utförs i primärvården och att primärvården blir styrande i vårdkedjan.*”

Regionens strävan är att flytta vården närmare patienten. Sådana förändringar pågår både i primärvården (t ex läkarbesök på distans med hjälp av distansoberoende teknik) och i specialistvården (t ex mobila stroteam och mobilt närvårdsteam MINT). För detta syfte fattade också regionstyrelsen beslut i september 2015 om att primärvården på sikt ska bli styrande i vårdkedjan. För att primärvården ska kunna bli beställare av specialistvård krävs dock en stabil bemanning med egna fast anställda distriktsläkare. De senaste åren har nyttjandet av hyrläkare stigit kraftigt och det var först under 2017 som det började minska något. Fortfarande är vissa områden mycket beroende av inhyrda läkare för sin verksamhet. Trots anställning av fler ST-läkare, som kan ersätta inhyrda läkare i takt med att de blir färdigutbildade, är inte förutsättningarna på plats än för en ny budgetmodell.

Det är framför allt i Östersundsområdet som primärvården skulle kunna ta hand om mer av vården. Hur stor andel av öppenvården som primärvården tar hand om mäts med nyckeltalet *täckningsgrad*. Täckningsgraden är andel primärvårdsbesök av det totala antalet öppenvårdsbesök (summan av öppenvårdsbesök i specialiserad vård och primärvård, alla besökstyper och vårdgivarekategorier). I Östersundsområdet låg hälsocentralerna 2016 i spannet mellan 55-62 procents täckningsgrad, medan den högsta täckningsgraden var 85 procent på Backe hälsocentral. Medeltalet 2016 låg på 71 procent och innebar en ökning med 9 procentenheter jämfört med föregående år. Redan i dagsläget tar primärvården i Jämtlands län alltså ett mycket stort ansvar för patienten. Att inte ännu mer vård utförs i primärvården kan framför allt tillskrivas stort beroende av inhyrda läkare speciellt i Östersundsområdet. Utöandet av beställarrollen och därmed funktionen *ekonomisk grindvakt gentemot slutenvården*, som Anna Hildebrand refererar till, är i hög grad beroende av att primärvården kan bemannas med fast anställda distriktsläkare.

Som Anna Hildebrand anger, kan primärvården få högre status och därmed lättare att rekrytera personal om primärvården får en styrande roll. Primärvårdens ökning av antalet ST-läkare de senaste åren visar dock att det finns fler rekryteringsmöjligheter.

Om primärvården skulle bli styrande och resurser förflyttas från sena till tidiga insatser, menar Anna Hildebrand att ”*En naturlig effekt av detta blir också en ordning med fasta kontakter/koordinatorer för den enskilde individen*”. Syftet med fasta kontakter är att uppnå kontinuitet, d v s att patienten får träffa samma läkare/distriktsköterska m fl, vilket innebär att både vårdgivare och patient slipper starta på nytt vid varje besök. Men, mål för kontinuitet finns redan i hälsovalet och i de fall målet inte uppnås beror det oftast på att fast

anställd personal saknas. I hälsovalet är målet att patienter som besökt läkare tre gånger eller mer ska få träffa samma läkare i minst 65 procent av besöken. Medelvärdet i primärvården låg 2016 på 62 procent. Samma kontinuitetsmål finns för distriktssköterskor och där låg medelvärdet på 82 procent 2016.

Enligt villkoren i hälsovalet ska primärvården bidra till att patienter och befolkning i upptagningsområdet får kontroll över och förbättrar sin egen hälsa. *”Detta är den centrala utgångspunkten för regionens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser”*, som det uttrycks i förfrågningsunderlaget till hälsovalet. Vårdgivaren ska ha kompetens att skapa förutsättningar för patienten att påverka sin hälsa i positiv riktning. Det ska ske via samtal, rådgivning och behandling. Insatserna ska dels leda till att ge personer möjligheten att bibehålla hälsosamma levnadsvanor samt leda till att personer med ohälsosamma levnadsvanor förändras och därmed undvika att de leder till eller förvärrar sjukdom. Insatser pågår i form av samarbeten med lokala föreningar, grupper, intresseorganisationer, kommuner och skolor, som omfattar allt från tandvårds-, friskvårdsprojekt, livsstilsfrågor, sex och samlevnadsgrupper, kondomanvändning, hälsoprofiler, kostprofiler, livsstilsförändringar, löpträning/motion tillsammans med patienterna, blodtrycksmottagningar, tobaksavvänjning - till riskbruk m m. Flera verksamheter arbetar också utifrån dessa perspektiv med olika riskgrupper, bland annat diabetes, artros och kroniskt smärttillstånd. Redan med nuvarande budgetmodell arbetar således primärvården med folkhälsoaktiviteter och från och med i år är dessutom folkhälsoenheten organisatoriskt placerad i primärvården. Kommunernas uppdrag, med undantag för BVC, är primärprevention medan primärvården mest arbetar med sekundär prevention. Uppdraget ses dock över årligen och anpassningar kommer att ske utifrån Anna Nergårdhs utredning om god och nära vård.

Med mer resurser avsatta för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet skulle sannolikt fler personer kunna stödjas i sina ansträngningar att bibehålla sin hälsa och förebygga ohälsa. Anna Hildebrand framhåller att det *”det förebyggande arbetet prioriterar sig inte självt, utan det kräver tydliga beslut och avsatta resurser för att kunna upprätthållas. Detta i sin tur förutsätter en förändrad balans i det ekonomiska systemet”*. Med nuvarande ekonomiska situation, där kostnaderna för helåret 2017 i Region Jämtland Härjedalen enligt prognos beräknas överstiga intäkterna med mer än 200 miljoner kronor, samtidigt som tillgängligheten till behandling inom den specialiserade vården inte uppnår målen, saknas möjlighet att föra över resurser från specialist- till primärvård. Dessutom är kostnaderna för primärvård i Jämtland Härjedalen redan höga i en nationell jämförelse. År 2016 låg kostnaderna per invånare för primärvård i Region Jämtland Härjedalen på tredje högsta plats i landet med 5 572 kronor per invånare. Det innebär att regionens kostnader för primärvård var ca 100 miljoner kronor högre än riksnittet. Det saknas således resurser för att satsa mer på primärvården, som redan har en hög kostnadsnivå. Primärvården behöver därför fortsätta med det effektiviseringsarbete som pågår, där andra yrkesgrupper än läkarna tar en större del i vården- inte minst ifråga om folkhälsoinsatser, digital teknik används i större utsträckning och rekrytering av ST-läkare sker för att successivt ersätta inhyrda läkare. Uppbemanningen med ST-läkare förväntas skapa de förutsättningar som krävs för att primärvården ska kunna bli styrande i vården, men tiden är ännu inte mogen för detta.