Bilaga 1

Nuläge och riskanalys inför ett förändrat kostnadsansvar för medicinsk service inom NSV:s avtalsområden

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2020-01-08
Diarienummer:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sigrun Garay Sevelin
08-123 138 51
sigrun.garay-sevelin@sll.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning ... 3
1 Uppdrag, syfte, metod och avgränsningar ... 5
2 Bakgrund ... 6
2.1 HSN ... 6
2.2 HSF ... 6
2.3 SOU ... 7
2.4 Sammanfattning ... 8
3 Nuläge kostnadsansvar ... 9
3.1 Vad har genomförts inför revidering av kostnadsansvaret? ... 9
3.2 Kostnader ... 10
3.3 Sammanfattning ... 11
4 Generella risker ... 12
5 Specifika risker ... 13
5.1 Endoskopi inklusive prover ... 13
5.2 Genetik ... 13
5.3 Spermaprov ... 14
5.4 Transfusionsmedicin ... 15
5.5 Radiologi ... 15
5.6 Klinisk fysiologi ... 17
5.7 Neurofysiologi ... 17
5.8 Patologi med cytologi ... 18
5.9 Sammanfattning risker ... 19
6 Diskussion ... 20
7 Rekommendationer ... 21
8 Bilaga1 ... 21

Sammanfattning

Syfte: Syftet med rapporten är att fungera som ett underlag inför implementering av beslutet om ett förändrat kostnadsansvar för avancerad medicinsk service. Fokus har varit på patientsäkerhetsrisker.

Nuläge: Stora delar av närsjukvårdens avtalsområden har ett helt decentraliserat kostnadsansvar för medicinsk service. Husläkarverksamhet (HLM), avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), läkarinsatser i särskilda boenden (SÄBO), barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) samt närakuter har ett delat kostnadsansvar. Ungdomsmottagningar (UM) och läkare på nationella taxan har inget kostnadsansvar. Mottagningar för sexuell hälsa har helt kostnadsansvar, förutom för STI-prover, men den medicinska servicen omfattas till största delen av STI-prover. HLM är det vårdområde som har störst kostnad för medicinsk service. Röntgen är det område som kostar mest inom medicinsk service

Riskbedömning: Patientsäkerhetsriskern bedöms som större vid en förändring från inget kostnadsansvar till decentraliserat kostnadsansvar, jämfört med om vårdområdet tidigare har haft ett kostnadsansvar. En större förändring bedöms leda till en större risk, jämfört med en mindre förändring.

Vid riskbedömningen framkommer att ett ökat kostnadsansvar ökar patientsäkerhetsriskerna framför allt vid dyrare radiologiska undersökningar och för transfusionsmedicin framför allt inom ASIH och SÄBO. HLM uppfattar även stora patientsäkerhetsrisker avseende endoskopi. Riskerna för genetik kan framgent komma att öka både på grund av nya produkter, men även volymer.

Att införa ett förändrat kostnadsansvar under sommaren upplevs som mycket riskfyllt.

Rekommendationer:

Utred om SOU-utredningen ska påverka det decentraliserade kostnadsansvaret

Utred vidare hur riskerna för dyra radiologiska undersökningar ska hanteras. i förhållande till övervältringseffekter och patientsäkerhetsrisker.

Utred hur decentraliserat kostnadsansvar för närakuterna ska hanteras och eventuella systemeffekter för HLM och sjukhusakuter.

Utred systemeffekterna av ett decentraliserat kostnadsansvar för blodprodukter.

Utred effekterna av ett utökat kostnadsansvar för patologi inom husläkarverksamheten om teledermatoskopiprojektet ska breddinföras.

Samordna införandet av decentraliserat kostnadsansvar enligt HSN-beslutets intentioner, dvs stegvis och samordnat. HLM, som är den största aktören, borde få välja tidplan och att de andra vårdområdena anpassar sig till det. Skjut på införandet till tidigast årsskiftet 2020/2021 för att undvika förändringar mitt i

sommaren och för att nya förändringar inte ska komma för tätt inpå de tidigare förändringarna.

Fortsätt uppdatera VISS för att tydliggöra ansvarsområden och minska risken för övervältring.

1 Uppdrag, syfte, metod och avgränsningar

Syftet med rapporten är att fungera som ett underlag inför implementering av beslutet om ett förändrat kostnadsansvar för avancerad medicinsk service. Uppdraget omfattar en nulägesbeskrivning av kostnadsansvaret för närsjukvårdens vårdavtal samt en riskbedömning utifrån att kostnadsansvaret förändras från inget kostnadsansvar eller 20 procents kostnadsansvar till 50 procents kostnadsansvar för vårdgivaren. Mottagare av rapporten är HSLG:s beredningsgrupp samt uppdragsgivare Janine Jemt (enhetschef VOS)[1].

Riskbedömningar och fakta har inhämtats via intervjuer med samordnare, medicinsk sakkunnig, handläggare ekonomi och avtal samt tidigare utredningar och beslut. Inga intervjuer har gjorts med vårdgivare eller företrädare för regionalt cancercentrum eller avtalshandläggare för närakuter.

Avgränsningen är närsjukvårdens avtal och framför allt de vårdområden som utvecklingsavdelningen bedömt som prioriterade, det vill säga husläkarverksamhet (HLM), barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård (BUMM), avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och läkarinsatser i särskilt boende (SÄBO). Störst fokus har lagts på HLM som har den största verksamheten och de högsta kostnaderna. Närakuterna har utretts mindre, men antas i stort sätt följa husläkarverksamhetens riskbedömning.

Riskbedömning har skett utifrån Region Stockholms riktlinjer för internkontroll[2], fokus har legat på operativa risker (risker som negativt påverkar regionens förmåga att bedriva verksamheten ändamålsenligt och effektivt och därmed uppfylla fastställda mål) och då framförallt patientsäkerhetsrisker.

		Sannolikhet	Konsekvens
Mycket hög risk	5	Mycket sannolik - Det är mycket troligt att problem ska uppstå	Mycket allvarlig - Konsekvensen uppfattas som mycket allvarlig och får helt enkelt ej inträffa
Hög risk	4	Sannolik - Det är troligt att problem ska uppstå	Allvarlig - Konsekvensen är så stor att den helst inte får inträffa
Medelhög risk	3	Möjlig - Det är mindre troligt att problem ska uppstå	Kännbar - Konsekvensen uppfattas som besvärande
Låg/Mycket låg risk	2	Mindre sannolik - Det är inte troligt att problem ska uppstå	Lindrig - Konsekvensen uppfattas som liten
	1	Mindre sannolik - Det är inte troligt att problem ska uppstå	Lindrig - Konsekvensen uppfattas som liten

Figur: Bedömning Region Stockholms riskmatris

Riskanalysen har ett systemperspektiv, varje område inom medicinsk service har bedömts för sig, men med risker från relevant vårdområde.

[1] Även SSV och SV har tagit fram liknande underlag
[2] RS-S-1699262 Region Stockholm, riktlinje internkontroll.

2 Bakgrund

2.1 HSN

HSN tog år 2017 ett principbeslut om decentraliserat kostnadsansvar för medicinsk service mm[3]. Det huvudsakliga syftet med beslutet var att möjliggöra för vårdgivare att välja den mest fördelaktiga undersökningen eller behandlingen ur såväl ett patientperspektiv, som ett ekonomiskt perspektiv. Det primära syftet var inte att minska Hälso- och sjukvårdsnämndens kostnader utan att uppnå en ökad kostnadseffektivitet för regionen. Det framgår inte i beslutet exakt hur kostnaderna ska fördelas utan det framgår istället att:

*"...kostnadsansvaret ska **delas** mellan HSN och vårdgivarna inom områden där det finns mycket dyra metoder/behandlingar, många små vårdgivare, snabb förändringstakt eller där stora strukturella förändringar förväntas ske inom framtidens Hälso- och sjukvård. Det ska vara enhetligt mellan vårdgrenar".*

I beslutet framgår det att det kan finnas risker för patientsäkerheten genom att patienter, av kostnadsskäl, inte får tillgång till behandling. I beslutet poängteras att detta måste motverkas genom ersättningsmodellernas konstruktion och en aktiv uppföljning och utvärdering. I det PM som bifogas beslutet framgår att långtidseffekter av ett ökat kostnadsansvar hos vårdgivaren är dåligt utforskade, men vissa studier pekar på att patienter kan få minskad tillgång till dyra undersökningar och behandlingar samt att det kan ske övervältring av kostnader mellan olika vårdgivare. I beslutet framgår också att riskerna med ett decentraliserat kostnadsansvar kan hanteras genom **ett stegvis** införande på **samma villkor**. Vidare bör de gemensamma principerna för kostnadsansvar införas på ett enhetligt sätt.

2.2 HSF

HSLG:s beredningsgrupp för vårdavtal beslutade den 18 december 2018 att fullt kostnadsansvar för vårdgivaren är huvudprincip. Fria nyttigheter ska försvinna och blir istället delat kostnadsansvar. Delat kostnadsansvar innebär 50/50. Förändringen ska införas 1 januari 2020 och bör även inkludera läkare på nationell taxa. Avstämning ska ske med femgruppen om beslutet. I underlaget till detta beslut framgår en alternativ fördelning som kräver ett nytt beslut. *"huvudinriktningen ska vara fullt kostnadsansvar, men vid avsteg från denna princip så föreslås att fördelningen 80/20 principen bibehålls. Detta förslag går emot tidigare inriktningsbeslut. Förslaget att bibehålla 80/20 principen*

[3] HSN 2017-0887

bygger på dels på den politiska viljeinriktningen om att värna små vårdgivare samt det administrativa merarbetet som ett byte av princip medför, för HSF.

HSLG:s beredningsgrupp för vårdavtal beslutade den 19 juni 2019 att fastställa 50/50 kostnadsansvar med tillägg att ett undantag för samtliga vårdgivare avseende STI bör göras så snart det är praktiskt genomförbart. Vårdgivare som ersätts via DRG i kombination med nationell viktlista berörs inte av denna översyn. Det nya kostnadsansvaret ska gälla från den 1/7 2020. Utvecklingsavdelningen får i uppdrag att utarbeta förslag om hur STI ska undantas från förslaget, ta fram tjänsteutlåtande för beslut i HSN samt tillse att korrigering i avtalsmallar sker så att eventuella undantag från kostnadsansvar kvarstår. Verksamhetsstyrning och stöd får i uppdrag att beräkna nya priser och avtalsavdelningarna får i uppdrag att effektuera textförändring i FFU för berörda vårdavtal

I mail från utredningsavdelningen den 11 november 2019 framgår att Husläkarverksamhet, barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård, avancerad sjukvård i hemmet samt läkarinsatser i särskilda boenden samt rehabilitering vid långvarig smärta och primärvårdsrehabilitering ska ha utökat kostnadsansvar till 50/50 enligt tidigare förslag. Barnmorskemottagningar, sexuell hälsa och obstetriskt ultraljud föreslås inte revideras i nuläget. Uppgifter om hur närakuter ska hanteras saknas.

2.3 SOU

I december 2019 kom slutbetänkandet av utredningen "Styrning för en mer jämlik vård[4]" där regionerna (landstingen) rekommenderas att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. En mängs principer framhålls men bland annat betonar utredningen att i ökad utsträckning göra medicinsk service (och läkemedel) till en s.k. **fri nyttighet** för utförare inom primärvården.

Vidare sägs i utredningen att *" Det finns med andra ord incitament för en utförare att spara in på utgifter för medicinsk service och läkemedel. Det är väl känt att det lätt uppstår ett s.k. "Svarte Petter-spel" framför allt när det gäller dyrare undersökningar. Kan man få undersökningen utförd av en annan vårdgivare uppstår en vinst för utföraren. Detta medför ineffektivitet. Det kan också diskuteras om det är förenat med god patientsäkerhet att ha incitament att avstå från undersökningar. Från tjänstemän i landstingen uttrycks inte sällan en oro att om inte vårdgivaren beläggs med kostnadsansvar kommer utgifterna att skena. Utredningen vill uppmana landstingen att i ökad utsträckning pröva om inte merparten av medicinsk service och läkemedel kan utgöra en s.k. fri nyttighet. Om fri nyttighet införs blir det givetvis extra viktigt med uppföljning av konsumtionen.".*

[4] SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet

2.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finns det en diskrepans mellan beslutet i HSN som talar om ett stegvis införande på samma villkor och de beslut som senare tagits i HSLG. Det finns även en diskrepans mellan beslut i HSN och den statliga utredning som förordnar att merparten av medicinsk service ska vara en fri nyttighet i primärvården

3 Nuläge kostnadsansvar

Akutsjukhus, geriatrik, psykiatri och beroendevård med flera har fullt kostnadsansvar för medicinsk service. Läkare på nationella taxan har endast kostnadsansvar för basal medicinsk service (basala kliniska laboratorie-undersökningar enligt särskild lista.) Övriga vårdgivare har ett delat kostnadsansvar med både fri medicinsk service och visst kostnadsansvar.

Modell för kostnadsansvar NSV	Område
VG 100 %	Geriatrik, psykiatri, beroendevård, barnhospice, SPSV, BVC, obstetriskt ultraljudsverksamhet (förutom KUB) sexuell hälsa (förutom STI),
VG 100 %; basal med service, **HSF 80%/VG 20%;** radiologi, klinisk fysiologi, neurofysiologi samt patologi med cytologi och obduktion **HSF 100 %;** endoskopier inklusive prover, genetik, spermaprov, transfusionsmedicin och obduktion	Husläkarverksamhet, ASIH, SÄBO, BUMM (VV) samt närakuter
Annat kostnadsansvar se vidare i text	Barnmorskemottagning
HSF 100%	Ungdomsmottagning Läkare på nationella taxan (förutom basal medicinsk service).

Tabell 1: kostnadsansvar medicinsk service från mars 2020 NSV

3.1 Vad har genomförts inför revidering av kostnadsansvaret?

HLM ska göra en revidering av FFU till sommaren. Där ingår inte en justering av kostnadsansvaret för medicinsk service, utan fokus är istället förändringar i det psykosociala uppdraget samt kostnadsansvar för läkemedel och inkontinenshjälpmedel. Företrädare för HLM uppfattar att det är för omfattande att implementera ett ytterligare förändringar samtidigt och menar även att det saknas systemstöd. I HLM uppfattas att nuvarande modell för kostnadsmodell fungerar bra

ASIH och SÄBO har inte gjort några förberedelser för ett ändrat kostnadsansvar.

BUMM har inte planerat för några förändringar i kostnadsansvaret, en större förändring gjordes så sent som år 2018. Innan år 2018 hade vårdgivarna fullt

kostnadsansvar, men med speciell ersättning för de besök som innehöll medicinsk service

Barnmorskemottagningarna (BMM) ska från mars 2020 ha fullt kostnadsansvar förutom för genetik, tuberkulosscreening och vid behov lungröntgen gynekologisk cellprovtagning, prov för diagnostik av hiv, syfilis, hepatit A, B, C, gonorré, klamydia och HTLVI/II. Om någon eller några av dessa prover ingår i screeningproverna för gravida har vårdgivaren det fulla kostnadsansvaret. Före år 2020 hade HSF 100 procent kostnadsansvar.

Barnavårdscentraler (BVC) har sedan april 2019 fullt procents kostnadsansvar, men där är kostnaderna för medicinsk service mycket låga.

Närakuter: Tre av närakuterna är upphandlande och där är det svårt att förändra kostnadsansvaret under avtalstiden. Vid en förändring skulle det leda till att närakuterna har olika kostnadsansvar under resterande avtalsperiod.

3.2 Kostnader

Nedanstående tabell visar kostnader för medicinsk service för närsjukvården fram till och med september 2019. I tabellen framgår att röntgen- och labboratorietjänster står för de största kostnaderna.

			Värden						
KTO_ID2	KTO_ID	KTO_TEXT	PER UTF	PER BUD	ACK UTF	ACK UTF FG	ACK BUD	ÅRSBUD	ÅRSPRG
Med service	5510	Laboratorietjänster	-35 714	-17 781	-161 687	-154 515	-143 562	-196 600	-196 600
	5514	Klin fyslab	0	0	-60	-27	0	0	0
	5520	Röntgentjänster	-26 063	-33 480	-219 030	-328 179	-297 033	-398 002	-370 002
	5580	Avrkto Vidarefakturering kostn	-8 613	0	-81 175	-72 150	0	0	0
	5581	Avrkto Vidarefakturering intäk	12 983	0	85 679	72 533	0	0	0
	5593	Skopiundersökningar	-13 606	-8 985	-73 085	-78 272	-80 863	-107 819	-107 819
	5594	Klinisk fysiologi	-9 553	-8 562	-82 596	-78 015	-76 798	-102 502	-102 502
Med service Summa			**-80 567**	**-68 808**	**-531 953**	**-638 625**	**-598 257**	**-804 923**	**-776 923**
Totalsumma			**-80 567**	**-68 808**	**-531 953**	**-638 625**	**-598 257**	**-804 923**	**-776 923**

Tabell 2: Kostnader för medicinsk service till och med september 2019. Källa Pivot medicinsk service 2019 NSV.

I tabell 3 framgår kostnaderna för medicinsk service till och med september 2019 per vårdområde. Vårdområden med ett utfall på mindre än 300 000 kronor är exkluderade. Här framgår att husläkarverksamheten har den absolut största kostnaden för medicinsk service. Alla närsjukvårdens kostnader för medicinsk service finns i bilaga 1.

			Värden						
CTO_ID2	UPT_TEXT	UPT_ID	PER UTF	PER BUD	ACK UTF	ACK UTF FG ÅR	ACK BUD	ÅRSBUD	ÅRSPRG
Med service	Avancerad hemsjukvård vårdval	318	-7 978	-1 923	-22 473	-18 681	-17 303	-23 071	-23 071
	BUMM basuppdrag vårdval	321	-1 084	0	-4 057	-1 656	0	0	0
	BVC-auktoriserad	303	-48	-32	-321	-1 560	-252	-335	-335
	Försäkringsmedicinska utrednin	250	4 497	0	4 497	0	0	0	0
	Husläkareverksamh-Auktoriserad	300	-17 599	-45 599	-328 426	-426 292	-410 390	-547 187	-519 187
	Läkarins särs boende-auktorise	307	-528	-208	-2 683	-3 267	-1 875	-2 500	-2 500
	Mansmottagning	246	-114	0	-777	-14 088	0	0	0
	MVC famplanering -aukt	314	-419	-154	-1 357	-956	-1 117	-1 550	-1 550
	MVC Graviditetsövervakning	305	-6 076	-2 997	-20 766	-22 560	-21 683	-30 093	-30 093
	MVC screening cervix-aukt	315	-6 947	-2 146	-17 422	-15 959	-17 434	-24 360	-24 360
	Närakut FHS	249	-13 542	-4 960	-45 825	-45 036	-40 977	-56 364	-56 364
	Obstetriska Ultraljud Vårdval	309	-742	-797	-4 437	-5 383	-5 764	-8 000	-8 000
	Priv spec läk allmänmedicin	205	-699	-1 215	-8 299	-12 250	-9 774	-13 500	-13 500
	Priv spec läk Barnmedicin spec	206	-71	-141	-615	-452	-1 268	-1 664	-1 664
	Priv spec läk Psykiatriska sp.	209	-33	0	-337	-456	0	0	0
	Rehab långv. smärta/utmattn	325	-296	0	-520	-1 200	0	0	0
	Ungdomsmottagning	158	-2 591	-2 120	-10 985	-14 146	-13 694	-19 540	-19 540
	Vårdval Logopedi	306	-256	0	-414	-62	0	0	0
	Vårdval Sexuell hälsa	629	-1 154	-1 810	-10 351	0	-13 839	-18 780	-18 780
	Ätstörningsvård	160	-232	0	2 088	-1 294	0	0	0
	Övrig sjukvård	165	-23 299	-4 682	-56 858	-52 047	-42 681	-57 700	-57 700
Med service Summa			-79 210	-68 785	-530 338	-637 345	-598 051	-804 644	-776 644
Totalsumma			-79 210	-68 785	-530 338	-637 345	-598 051	-804 644	-776 644

Tabell 3: Kostnader för medicinsk service till och med september 2019. Källa Pivot medicinsk service 2019 NSV.

3.3 Sammanfattning

Stora delar av närsjukvårdens avtalsområden har helt decentraliserat kostnadsansvar för medicinsk service. HLM, ASIH, SÄBO, BUMM (VV) samt närakuter har ett delat kostnadsansvar, UMO och läkare på nationella taxan har inget kostnadsansvar. Mottagningar för sexuell hälsa har kostnadsansvar förutom för STI-prover, men deras medicinska service består till absolut största delen av STI-prover.

HLM är det vårdområde som har den absolut största kostnaden för medicinsk service. Röntgentjänster är det dyraste området inom medicinsk service.

Viss aktivitet pågår för anpassning till det decentraliserade kostnadsansvaret. Den största aktören, HLM, kommer inte att implementera någon förändring under 2020.

4 Generella risker

De generella risker som framkommit är till stor del beskrivna i HSN-beslutet och SOU-utredningen samt de underlag som SV och SSV tagit fram. De pekar på risker för patientsäkerheten genom att vårdgivare kan försöka vältra över kostnader för medicinsk service på andra vårdgivare, eller väljer att inte undersöka alls, vilket kan leda till försenade undersökningar och behandlingarna. Riskerna ökar ju större kostnaderna är för en undersökning, men även om vårdgivaren i grunden har en låg ersättning. Riskerna ökar även om det är olika kostnadsansvar inom olika områden och det kan även utnyttjas inom koncern med flera vårdområden.

Riskerna ökar också om man går från en helt fri nyttighet till en del kostnadsansvar, och framför allt när det blir en stor förändring från hel fri nyttighet till 50 procents kostnadsansvar. Risken bedöms som mindre när ansvaret ändras från 80 procent till 50 procents kostnadsansvar.

En risk som framkommit är att om vårdgivaren har helt kostnadsansvar kan HSF varken följa upp vare sig volymer eller kostnader med nuvarande IT-system. Det gör det svårare vid nya upphandlingar, men även vid jämförelser av vård både ur kvalitets- och vid prissättning. Det upplevs därför bra med ett begränsat kostnadsansvar, det ger incitament att se över remittering samtidigt som HSF behåller kontroll över statistiken. En annan risk är att vårdgivaren får hela vinsten vid eventuella rationaliseringar.

Vidare har det framkommit oro för att mindre vårdgivare inte har likviditet för att klara fakturorna för medicinsk service, de är väldigt olika stora. En ytterligare risk är att en förändring av ersättning är det alltid några vårdgivare som vinner och andra som förlorar, hos de som förlorar på förändringen kan detta leda till ökade patientsäkerhetsrisker.

Obduktion är idag en fri medicinsk nyttighet, detta omnämns inte i beslutet. Om kostnadsansvaret för obduktion ska förändras behöver även ska även handboken för avlidna ändras. Obduktion sker framför allt vid brott eller önskemål från anhöriga.

Det är ett omfattande administrativt merarbete (beräkningar, koder, ändringsmeddelanden mm) med att ändra ersättningar och det är lätt att det blir fel. Det är en stor risk att byta modell mitt i sommaren, om det blir fel påverkar det vårdgivaren eventuell med minskad likvitet som följd samtidigt som HSF har begränsade möjligheter att rätta felen. En ändring under sommaren förutsätter justering av semester för berörda inom HSF.

De flesta som intervjuats upplever att kostnadsfördelningen 80/20 är lagom. Det ger vårdgivaren incitament att bibehålla en lagom nivå på medicinsk service så att det inte leder till patientsäkerhetsrisker och ger samtidigt HSF möjlighet att följa volymer. Vidare anger intervjuade att det är viktigt att det är tydligt i VISS vilka undersökningar som ska vara gjorda vid remittering.

5 Specifika risker

5.1 Endoskopi inklusive prover

HLM: När HLM startade fanns det ett delat kostnadsansvar för endoskopier (80/20), men det ändrades tillbaka år 2000 så att HSF fick helt 100 kostnadsansvar. Vid ett delat kostnadsansvar skedde kostnadsövervältringar som inte var önskvärda. En återgång till delat kostnadsansvar kan leda att undersökningar senareläggs, vårdgivaren väljer istället att avvakta, med senare diagnostik som följd eller som tidigare att statistiken blir felaktig. Det är stora volymer idag. Risken bedöms som Hög till Mycket hög.

SÄBO: risk att patienter remitteras till specialist. Risken bedöms som Hög.

Riskmatris						
Sannolikhet	5	M	H	MH	MH	MH
	4	M	H	H	MH	MH
	3	L	M	H	H	MH
	2	ML	M	M	H	H
	1	ML	ML	L	M	M
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris endoskopi inklusive prover

5.2 Genetik

HLM: På sikt kommer mer genetiska tester att kunna utföras på husläkarmottagningar. Dessa tester är dyra och kräver att HSF kontinuerligt utvärderar detta för att ligga rätt i ersättningsnivå. Risken bedöms som Medelhög.

SÄBO och ASIH bedöms risken som Låg.

BMM: HSF betalar via avtal med Karolinska Universitetssjukhuset för genetik. Utredning pågår om det ska ingå i Karolinskas uppdrag. HSF:s uppfattning är att BMM inte ska betala denna medicinska service. Oklar risk.

Riskmatris						
Sannolikhet	5	M	H	MH	MH	MH
	4	M	H	H	MH	MH
	3	L	M	H	H	MH
	2	ML	M	M	H	H
	1	ML	ML	L	M	M
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris genetik

5.3 Spermaprov

HLM: Sällanförekommande prov, används mest i fertilitetsutredningar. Risken bedöms som Mycket Låg. Samma bedömning görs för ASIH, SÄBO och BUMM.

Riskmatris						
Sannolikhet	5	M	H	MH	MH	MH
	4	M	H	H	MH	MH
	3	L	M	H	H	MH
	2	ML	M	M	H	H
	1	ML	ML	L	M	M
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris spermaprov

5.4 Transfusionsmedicin

HLM: ASIH ger blodtransfusioner på uppdrag av husläkarverksamheten. Risken bedöms som mycket låg, däremot är bedömningen att det finns inga fördelar med ett kostnadsansvar, blod ges inte i onödan.

ASIH: Det är problem redan idag när HSF ersätter transfusionsmedicin till 100 procent. Vårdgivarna uppfattar att vårdtjänsten är för lågt ersatt när de ger på uppdrag av husläkarverksamheten. Vidare vill även sjukhusen att ASIH ska kunna ge blod på uppdrag, det ingår inte i uppdraget idag. Vidare finns risken att patienter med stora behov av blodprodukter blir "Svarte Petter" inom ASIH-verksamheten. Risken bedöms som Mycket Hög att vårdgivarna inte tar patienter på grund av höga kostnader, utan att alternativet istället blir sjukhusvård.

SÄBO: Det är problem redan idag genom att vissa kommuner inte tillåter sjuksköterskor på särskilda boenden att ge blodtransfusioner samtidigt som ASIH inte har uppdraget inom särskilda boenden. Risken vid ett ökat kostnadsansvar kan bli att boende i ökad utsträckning läggs in för blodtransfusioner. Risken bedöms som Mycket Hög.

BUMM: Blodprodukter ges inte inom BUMM. Ingen risk. BMM: ej aktuellt

Riskmatris						
Sannolikhet	5	M	H	MH	MH	MH
	4	M	H	H	MH	MH
	3	L	M	H	H	MH
	2	ML	M	M	H	H
	1	ML	ML	L	M	M
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris transfusionsmedicin

5.5 Radiologi

HLM: Vid en ökning av kostnadsansvaret bedöms riskerna för övervältring öka bland annat inom stora koncerner som avtal inom olika vårdområden med olika kostnadsansvar. Risken bedöms vara större för de dyrare undersökningarna som CT och MR, vilket kan resultera i risk för underdiagnostisering och/eller

försenade medicinska åtgärder. Det kan också leda till ökade stridigheter mellan remittenter, där det till exempel kan finnas krav på orimligt mycket medicinsk behandling före behandling, detta kan till viss del lösas genom tydlighet i VISS (till exempel för armbåge och axel). Risken bedöms som Mycket Hög för de dyrare undersökningarna och Medelhög till Hög för de billigare undersökningarna (ffa slätröntgen).

ASIH: Vid ett ökat kostnadsansvar finns risken att vårdgivare försöker undvika patienter som har behov av röntgen. Ett exempel på detta är Picc-line[5] inläggningar, information saknas i VISS. Sjukhusen har försökt skjuta över detta till Karolinska Solna. Riskbedömningen motsvarar husläkarnas.

SÄBO: Vid ökat kostnadsansvar finns risk för att patienter istället får sin undersökning via besök på akutmottagning. Risken bedöms motsvara husläkarnas.

BUMM: Representanter för BUMM upplever att det blivit väsentligt mycket mindre diskussioner runt framför allt scintigrafi av njurar och ultraljud sedan ersättningen ändrades. Vid en återgång till högre kostnadsansvar kan detta återkomma, med försenade undersökningar som följd. Risken bedöms motsvara husläkarnas.

BMM: Väldigt få radiologiska undersökningar görs inom BMM, risken bedöms som mycket låg.

Riskmatris					
Sannolikhet 5	M	H	MH	MH	MH
4	M	H	H	MH	MH
3	L	M	H	H	MH
2	ML	M	M	H	H
1	ML	ML	L	M	M
	1	2	3	4	5
	Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris radiologi

[5] En centralvenös infart har en kateterspets som mynnar ut i en central ven, vanligtvis vena cava superior, vid eller i övergången till hjärtats förmak. Perifert insatt central kateter (PICC) är en centralvenös infart inlagd via någon av överarmens vener till exempel vena basilica, vena brachialis eller vena cephalica. För att bekräfta kateterspetsläget kan lungröntgen, alternativt elektromagnetisk navigering och intravasalt EKG i samband med inläggningen användas. Intravasalt EKG används allt oftare som ett alternativ till röntgen. Källa Vårdhandboken 20200102 https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/picc-line/oversikt/

5.6 Klinisk fysiologi

HLM: Bedömningen är att risken ökar för ökad remittering till kardiologi för arbetsekg. Vad det gäller spirometri så remitterar husläkarna inte för det idag, utan utför det helt själva. Risken bedöms som Hög vad det gäller arbetsekg och Låg avseende spirometri.

BMM: Risk finns för ökad remittering av EKG, risken bedöms som Mycket Låg.

SÄBO: Risken för ökad remittering bedöms som Hög.

Riskmatris						
Sannolikhet	5	M	H	MH	MH	MH
	4	M	H	H	MH	MH
	3	L	M	H	H	MH
	2	ML	M	M	H	H
	1	ML	ML	L	M	M
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris klinisk fysiologi

5.7 Neurofysiologi

HLM: Risker för minskad utredning vid lägre misstanke av epilepsi, perifer nervfunktionsförändring och ALS bedöms som Hög.

SÄBO: låg risk, möjligtvis med undantag för boende på servicehus.

BMM: ej aktuellt

Riskmatris					
Sannolikhet 5	M	H	MH	MH	MH
4	M	H	H	MH	MH
3	L	M	H	H	MH
2	ML	M	M	H	H
1	ML	ML	L	M	M
	1	2	3	4	5
	Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris neurofysiologi

5.8 Patologi med cytologi

HLM: Bedömningen är att det finns risk för färre undersökningar. Ett ökat kostnadsansvar måste synkroniseras med teledermatoskopiprojektet[6] om det ska breddinföras. Risken bedöms som Hög risk.

Riskmatris					
Sannolikhet 5	M	H	MH	MH	MH
4	M	H	H	MH	MH
3	L	M	H	H	MH
2	ML	M	M	H	H
1	ML	ML	L	M	M
	1	2	3	4	5
	Konsekvens				

MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris patologi med cytologi

[6] Husläkaren får stöd att göra en korrekt diagnosticering genom att registrera en bild av hudförändringen ett digitalt stöd. Bilden analyseras av två oberoende hudspecialister som har särskild inriktning på malignt melanom och är utbildade för att göra diagnostik via bild

5.9 Sammanfattning risker

Vid riskbedömningen framkommer att ett ökat kostnadsansvar ökar patientsäkerhetsriskerna framför allt vid dyrare radiologiska undersökningar och för transfusionsmedicin framför allt inom ASIH och SÄBO. Husläkarverksamheten uppfattar även stora patientsäkerhetsrisker avseende endoskopi. Vid ett breddinförande av teledermatoskopiprojektet måste detta synkroniseras med kostnadsansvaret för patologi så det styr rätt.

Riskerna med ett höjt kostnadsansvar för vårdgivare uppfattas som högst avseende dyrare undersökningar inom radiologi, transfusionsmedicin samt endoskopi. Kostnaderna för genetik kan framgent komma att öka både på grund av nya produkter, men även volymer.

Riskerna uppges vara större att gå från inget kostnadsansvar till 50 procents kostnadsansvar jämfört med att gå från inget kostnadsansvar till 80 procents kostnadsansvar.

I HSN-beslutet framgår att riskerna med ett decentraliserat kostnadsansvar kan hanteras genom ett stegvis införande på samma villkor. Vidare bör de gemensamma principerna för kostnadsansvar införas på ett enhetligt sätt.

Att införa ett förändrat kostnadsansvar under sommaren upplevs som mycket riskfyllt.

6 Diskussion

Vårdområdena har kommit olika långt i sin anpassning till ett förändrat kostnadsansvar. Många vårdgivare har redan helt kostnadsansvar för medicinsk service medan andra har ett delat kostnadsansvar. Den största aktören inom närsjukvården och navet i framtidens hälso- och sjukvård; husläkarmottagningarna, har inte startat implementeringen av ett förändrat kostnadsansvar. Samtidigt är det viktigt ur ett systemperspektiv att kostnadsansvar styr rätt och inte leder till övervältringseffekter eller "Svarte Petter-patienter". Ur ett systemperspektiv verkar det rimligt att utgå från HLM och sedan se hur de andra vårdområdena "jackar in" i förhållande till deras kostnadsansvar. Initialt bör SOU-utredning om fri medicinsk service beaktas och om det har någon bäring på Region Stockholms beslut.

Kostnader för medicinsk service påverkar sannolik patientsäkerhet och tillgång till en effektiv vård. Vid en förändring av kostnadsansvaret är det viktigt att ta med samtliga intressenters synpunkter för att kunna bedöma hur förändringen påverkar sjukvårdssystemet.

Närakuterna har inte berörts så mycket i denna utredning. Vid en förändring av deras kostnadsansvar behöver HSF utreda eventuella systemeffekter framförallt för sjukhusakuterna med även för HLM. En möjlig risk skulle kunna vara att patienter istället för att tas emot på närakuterna får vård på sjukhusakuterna.

HSN-beslutet talar om ett införa ett decentraliserat kostnadsansvar stegvis och på samma villkor. Införandeprocessen har inte upplevts som stegvis eftersom ska ske både 30-procentiga och 50-procentiga förändringar. Det bör vara mindre risk att införa en mindre förändring för de områden som idag är fria nyttigheter. Speciellt viktigt är det för endoskopier och transfusionsmedicin där riskerna bedömt som större.

Transfusionsmedicin är en viktig del i framtidens hälso- och sjukvård. Det är troligt att fler patienter som behöver transfusionsmedicin skulle kunna vårdats i hemmet, det är därför viktigt att patienter som behöver transfusionsmedicin inte blir "Svarte Petter" för vårdgivaren och för dyra att behandla i förhållande till kostnader och intäkter.

7 Rekommendationer

Utred om SOU-utredningen ska påverka det decentraliserade kostnadsansvaret.

Om SOU-utredningen inte leder till ett förändrat beslut bör ändå införandet anpassas. Samordna införandet av decentraliserat kostnadsansvar enligt HSN-beslutets intentioner, dvs **stegvis och samordnat**. Husläkarmottagningarna, som är den största aktören, borde få välja tidplan och att de andra vårdområdena anpassar sig till det. Skjut på införandet till tidigast årsskiftet 2020/2021 för att undvika förändringar mitt i sommaren och för att nya förändringar inte ska komma för tätt inpå de tidigare förändringarna.

Utred vidare hur riskerna för dyra radiologiska undersökningar ska hanteras. i förhållande till övervältringseffekter och patientsäkerhetsrisker.

Utred hur vidare hur ett decentraliserat kostnadsansvar för närakuterna ska hanteras och eventuella systemeffekter för husläkarmottagningar och sjukhusakuter.

Utred systemeffekterna av ett decentraliserat kostnadsansvar för blodprodukter.

Utred effekterna av ett utökat kostnadsansvar för patologi inom husläkarverksamheten om teledermatoskopiprojektet ska breddinföras.

Fortsätt uppdatera VISS för att tydliggöra ansvarsområden och minska risken för övervältring.

8 Bilaga 1

Totala nettokostnader för medicinsk service per uppdragstyp inom närsjukvården till och med september 2019.

Bilaga 2

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Enskilda vårdgivare och medicinsk diagnostik
Susanna Widell

TJÄNSTEUTLÅTANDE HSN 2020-0845

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Förslag avseende tillämpningen av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF)

Ärendebeskrivning

Med utgångspunkt i Region Stockholms budget för 2020, hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2020 och hälso- och sjukvårdsnämndens beslut från den 17 mars 2020 (HSN 2020-0197), i vilka hälso- och sjukvårdsförvaltningen ombeds se över verksamheterna inom den så kallade nationella taxan, föreslås fyra åtgärder i syfte att minska kostnaderna för verksamheterna som regleras genom lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) samt omhänderta patienterna på ett jämlikt sätt enligt Region Stockholms primärvårdsstrategi. Vid utformningen av föreslagna åtgärder har huvudbetänkandet *"God och nära vård"* (SOU 2020:19) från mars 2020 beaktats.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Bilaga 1-5

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Remisskrav införs till läkarspecialiteterna hud- och könssjukdomar, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, kirurgi samt öron- näs- och halssjukdomar.

2. Den kostnadsansvarsmodell för medicinsk service som tillämpas inom bland annat vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård införs för vårdgivare verksamma enligt LOL.

3. Gränsen för heltidsuppföljningar inom LOL och LOF fastställs tills vidare till 75 procent av heltid.

4. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att agera ombud för vårdgivare verksamma enligt LOL i rapporteringen till Socialstyrelsens Patientregister.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Med anledning av de effektiviseringar av verksamheter som är nödvändiga för att Region Stockholm ska kunna uppnå en långsiktigt hållbar ekonomi, har hälso- och sjukvårdsförvaltningen fått i uppdrag att se över verksamheterna som regleras genom LOL och LOF. Förslagen i detta tjänsteutlåtande har bearbetats inom ramen för gällande lagstiftning, vilket är en förutsättning då verksamheterna som berörs är lagreglerade. Förslagen har vidare bedömts utifrån det övergripande uppdraget om kostnadskontroll, samt utifrån huvudbetänkandet *"God och nära vård"* (SOU 2020:19).

Överväganden
Systemet med verksamheterna som bedrivs enligt LOL och LOF, även kallad den nationella taxan, innebär väl kända problem i förhållande till kommunalt självstyre och konkurrensneutralitet. Lagstiftningen begränsar regionens möjligheter att planera, styra och följa upp verksamheterna och den saknar i stort sett hänsyn till patientsäkerhet. Den tar överlag liten hänsyn till krav i annan lagstiftning, såsom kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientlagen och patientdatalagen.

Lagstiftningen tillkom i en annan tid; i början av nittiotalet, och har endast genomgått ett fåtal mindre förändringar. Detta trots att den har varit föremål för flera statliga utredningar, däribland utredningen *"Samordnad utveckling för god och nära vård"* (S2017:01), vars huvudbetänkande (SOU 2020:19) offentliggjordes i april 2020. Budskapet i betänkandet är tydligt; LOL och LOF föreslås upphöra att gälla vid utgången av 2022, med möjlig tillämpning för befintliga aktörer i systemet vid denna tidpunkt som längst till och med utgången av juni 2028. Tanken är att vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF ska integreras i den ordinarie primärvården, vilken anges utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet, och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård.

Under 2018 betalade Sveriges regioner ut 1,4 miljarder kr i ersättning till vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF (SOU 2020:19, s. 291). Av dessa betalades 885 894 194 kr ut till vårdgivare i Region Stockholm. Under 2019 var motsvarande siffra 839 207 689 kronor. Tillsammans med kostnaden

om 145 008 573 kronor för medicinsk service, blev totalkostnaden för den nationella taxan 984 216 262 kronor i Region Stockholm under 2019.

Med tanke på att nuvarande vårdgivare i nämnda betänkande föreslås kunna vara fortsatt verksamma enligt LOL och LOF till och med juni 2028, kommer de, om förslagen blir verklighet, att vara en del av Region Stockholms hälso- och sjukvårdssystem i ytterligare åtta år. Denna relativt långa avvecklingsperiod medför att det, trots ett eventuellt framtida upphörande av lagstiftningen, finns anledning att se över möjligheterna till kostnadsbesparingar inom ramen för LOL och LOF. Nedan beskrivs fyra förslag på åtgärder för att åstadkomma just detta; utökad kostnadskontroll, men också utökad integrering av vårdgivarnas verksamheter i Region Stockholms ordinarie primärvård och övrig öppenvård.

1. Införande av remisskrav

I Region Stockholm finns idag inget krav på remiss till vård hos vårdgivare som är verksamma enligt LOL och LOF. Detta trots att lagstiftningen är tydlig i detta hänseende:

"En region får, som villkor för att lämna läkarvårdsersättning enligt denna lag, kräva remiss för vård hos en privat verksam läkare med specialistkompetens under förutsättning att remisskrav gäller för motsvarande vård hos en specialist inom regionen." (3 § LOL)

"Om det krävs remiss från läkare eller tandläkare för fysioterapi inom regionen, gäller det kravet även för fysioterapiersättning enligt denna lag." (3 § LOF)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår att Region Stockholm inför remisskrav för de specialiteter för vilka detta är tillåtet. De specialiteter/vårdområden som både finns representerade inom den nationella taxan och är föremål för remisskrav inom LOU-upphandlade avtal eller avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är i Region Stockholm följande:

- Hud- och könssjukdomar
- Kardiologi
- Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
- Kirurgi
- Öron- näs- och halssjukdomar

Förslaget om införande av remisskrav för dessa fem läkarspecialiteter överensstämmer väl med Region Stockholms budget och hälso- och

sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2020, som båda betonar vikten av en stärkt primärvård med husläkarmottagningar som navet i sjukvården. Förslaget överensstämmer också väl med framtidens hälso- och sjukvård (FHS), i vilken all vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå.

Vid fördjupade uppföljningar av de verksamheter som bedrivs enligt LOL och LOF är det en vanligt förekommande slutsats att delar av denna vård inte bedrivs på mest effektiva vårdnivå. Denna slutsats baseras på att ett flertal specialistbesök inte är medicinskt motiverade, medan andra kan innebära enkla åtgärder som lika gärna hade kunnat genomföras på en av regionens husläkarmottagningar. Genom att införa remisskrav för de specialiteter som lagstiftningen pekar på, kan en del av de besök som idag sker på fel vårdnivå styras om till rätt vårdnivå.

2. Införande av delat kostnadsansvar för medicinsk service

Med undantag av ett fåtal prover (bilaga 2 till förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning, FOL (bilaga 1)) har Region Stockholms läkare verksamma enligt LOL nästintill fri medicinsk service. Denna kostnadsansvarsmodell förekommer i övrigt enbart inom regionens ungdomsmottagningar (inget kostnadsansvar), vilket innebär att den går stick i stäv med principen om konkurrensneutralitet. Detta då vårdgivare inom regionen inte verkar på lika villkor.

Förvaltningens fördjupade och löpande uppföljningar har visat att fri medicinsk service inom den nationella taxan har medfört övervältring av kostnader och risk för att prover/undersökningar beställs utan medicinsk indikation. Enligt medicinskt sakkunniga på förvaltningen medför det sistnämnda, förutom onödigt höga kostnader för regionen, en patientrisk, eftersom prover/undersökningar som tagits/genomförts utan medicinsk indikation, med provresultat som avviker från det normala, kan leda till att patienter får behandlingar som de egentligen inte behöver.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har vid fördjupade uppföljningar inom LOL vidare konstaterat att det förekommer att prover som redan har tagits på en husläkarmottagning tas om hos vårdgivare verksamma enligt LOL, trots att de har kännedom om att dessa prover redan har tagits. Utan kostnadsansvar för medicinsk service tycks incitament saknas att begränsa kostnaderna, exempelvis genom att undersöka vilka prover som har tagits hos andra vårdgivare.

Under 2019 uppgick Region Stockholms kostnad för medicinsk service för de 284 läkare som då var verksamma enligt LOL till 145 008 573 kronor.

Som ett led i att uppnå utökad kostnadskontroll och integrering av dessa vårdgivare med vårdgivare i regionens ordinarie primärvård och övrig öppenvård, föreslår hälso- och sjukvårdsförvaltningen att samma etablerade kostnadsansvarsmodell för medicinsk service som tillämpas inom bland annat vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård (bilaga 2), ska tillämpas även inom LOL.

Lagstiftning
Lagstiftningen är otydlig avseende kostnadsansvaret för medicinsk service inom den nationella taxan. I förarbetena till LOL framgår följande:

"En läkare som har rätt till läkarvårdsersättning får tills vidare kostnadsfritt remittera patienter till sådana röntgen- och laboratorieundersökningar inom den offentliga vården som är särskilt omfattande... Rutinbetonade prov och undersökningar avses däremot bli täckta genom de vanliga arvodesnivåerna medan mera omfattande undersökningar som t.ex. datortomografi inte skall ingå i läkarvårdsersättningen." (Prop. 1993/94:75)

Uttrycket "mera omfattande" lämnar ett tolkningsutrymme. I LOL nämns inte medicinsk service överhuvudtaget och 16 § FOL, som anger riktlinjer för medicinsk service, är svårförståelig. Paragrafens första stycke lyder:

"Läkarvårdsersättningen utgör ersättning för samtliga åtgärder vid ett vårdtillfälle inräknat läkemedelsförskrivning och provtagning för klinisk laboratorieundersökning."

I Socialstyrelsens termbank betyder åtgärd *"aktivitet som är inriktad på visst resultat"*. Samtliga *åtgärder* bör enligt Socialstyrelsens definition därmed innefatta medicinsk service, vilken i sådana fall helt och hållet uppges bli täckt av läkarvårdsersättningen. Detta är dock inte konsekvent med vad som anges i 16 § andra stycket FOL, som innehåller en hänvisning till en förteckning med ett fåtal kliniska laboratorieundersökningar som innefattas i arvodet för läkarbesök. Det kan noteras att denna förteckning inte har uppdaterats sedan 1996.

I avsaknad av tydliga och uppdaterade riktlinjer i LOL och FOL gällande kostnadsansvaret för medicinsk service föreslås att Region Stockholms lägsta nivå avseende kostnadsansvar för medicinsk service införs för vårdgivare verksamma enligt LOL, det vill säga den kostnadsansvarsmodell som tillämpas inom bland annat vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Kopplingen till just detta vårdval är naturlig av två

anledningar; det utgör en stor del av Region Stockholms primärvård och det är ett obligatoriskt vårdval, vilket innebär att det är en del av hälso- och sjukvårdssystemet i samtliga regioner i Sverige.

Kostnadsansvarsfördelningen i ovan nämnda modell innebär att vårdgivaren har helt kostnadsansvar för basal medicinsk service, delat kostnadsansvar (20 procent) för avancerad medicinsk service samt inget kostnadsansvar för endoskopier, genetik, spermaprov, transfusionsmedicin och obduktioner. Med denna kostnadsansvarsfördelning bedöms Region Stockholm kunna tillgodose nämnda förarbetsuttalanden om att kostnader för undersökningar som är *mera omfattande* inte täcks av läkarvårdsersättningen.

Riskbedömning
Ett kostnadsansvar för medicinsk service enligt föreslagen modell kan med tanke på nuvarande tillämpning av nästintill fri medicinsk service medföra vissa patientsäkerhetsrisker. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens avdelning för närsjukvård har en rapport nyligen skrivits i syftet att utreda just detta; *"Nuläge och riskanalys inför ett förändrat kostnadsansvar för medicinsk service inom NSV:s avtalsområden"* (bilaga 3).

Patientsäkerhetsrisker som kan uppstå vid ett förändrat kostnadsansvar är enligt rapporten att vårdgivare kan försöka vältra över kostnader för medicinsk service på andra vårdgivare eller välja att inte undersöka alls, vilket kan leda till försenade undersökningar och behandlingar.

Vårdgivare som är verksamma enligt LOL har minst kostnadsansvar av samtliga vårdgivare inom Region Stockholm. Införandet av ett utökat kostnadsansvar för medicinsk service för just dessa vårdgivare, kan mot denna bakgrund snarare förväntas medföra minskade än ökade övervältringkostnader totalt sett inom regionen. Det kan finnas en risk för att större kostnadsansvar medför minskat incitament att utreda med hjälp av medicinsk service. Dock bör sannolikheten att medicinsk indikation blir styrande i större utsträckning vid beställning av prover och undersökningar väga upp denna risk.

Remitteringar till medicinsk service utan medicinsk indikation är särskilt framträdande vid hälsoundersökningar. Hälsoundersökningar ger inte rätt till ersättning enligt LOL. Trots detta har fördjupade uppföljningar visat att hälsoundersökningar är vanligt förekommande inom den nationella taxan, vilket delvis kan förväntas bero på den fria medicinska servicen.

I Närsjukvårdens rapport uppges patientsäkerhetsrisker vid förändringar av kostnadsansvaret för medicinsk service öka (i) ju större kostnaderna för undersökningen är samt (ii) om vårdgivaren har en låg ersättning i grunden. Det sistnämnda är inte aktuellt för vårdgivare verksamma enligt LOL, eftersom dessa vårdgivare får högre ersättning än vad vårdgivare inom motsvarande vårdområden i regionens övriga avtal får. Exempelvis får en specialist i allmänmedicin verksam enligt LOL 860 kronor i ersättning för ett normalbesök (2020 års taxa), medan den genomsnittliga ersättningen för ett husläkarbesök inom vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, enligt Närsjukvårdens controller, uppgår till 761 kronor.

I Närsjukvårdens rapport framgår vidare att patientsäkerhetsriskerna ökar om (iii) en tidigare fri nyttighet börjar omfattas av ett delat kostnadsansvar, särskilt vid större procentuella förändringar. Kostnadsfördelningen 80/20 upplevs dock, enligt rapporten, ge vårdgivaren incitament att bibehålla en lagom nivå på medicinsk service, så att patientsäkerhetsrisker undviks, samtidigt som den ger regionen möjlighet att följa volymer.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens samlade bedömning i frågan om kostnadsansvar för medicinsk service för vårdgivare verksamma enligt LOL är att nuvarande kostnadsansvarsfördelning inte står i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Om vårdgivare verksamma enligt LOL i framtiden ska kunna integreras i Region Stockholms ordinarie primärvård och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård, är det en förutsättning att de verkar på så lika villkor som möjligt som regionens övriga vårdgivare. I detta hänseende bör regionen främja konkurrensneutralitet.

3. Fastställande av en gräns för heltidsuppföljningar

Även om LOL och LOF har brister i många hänseenden, är lagstiftningen tydlig avseende vilken verksamhetsgrad vårdgivare verksamma enligt dessa lagar förväntas uppfylla. 8 § LOL/LOF lyder:

"Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om läkaren arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren." (8 § LOL)

"Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren." (8 § LOF)

Syftet med kravet om heltidsverksamhet inom LOL och LOF framgår av punkt 5.3.3. i prop. 1996/97:123:

"Syftet med att kräva heltidsverksamhet är dels att stödja utvecklingen av hög kompetens, god kontinuitet och tillgänglighet inom denna sektor, dels att underlätta för landstinget att utöva sitt planeringsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen."

I enlighet med respektive förordning till LOL och LOF bedömer hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppfyllelse av heltidskravet utifrån debiterad ersättning i förhållande till takbelopp 1/ersättningstaket för vårdgivarens specialitet. Dessa gränser framgår av 5 § FOL respektive 4 § förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF). Sambandet mellan en full årsarbetstid och ersättningstaket framgår i 17 § LOL/LOF samt i prop. 1993/94:75, i vilken 17 § LOL/LOF förtydligas.

Heltidsuppföljningar
Antalet vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF i Region Stockholm är i dagsläget 634 stycken; 217 läkare och 417 fysioterapeuter. Åldersfördelningen framgår av tabellen nedan:

Ålderskategori	**Antal vårdgivare**
30-39	10
40-49	54
50-59	198
60-69	258
70-79	112
80-89	2
	634

Medelåldern inom den nationella taxan är som framgår hög, med en majoritet av vårdgivarna inom ålderskategorierna 60 år eller äldre. Den höga medelåldern är en bidragande orsak till att många vårdgivare har avregistrerats ur förteckningen över läkare/fysioterapeuter verksamma enligt LOL/LOF de senaste åren, då stigande ålder ofta medför nedtrappning av verksamhet. Utvecklingen av antalet vårdgivare mellan 2015 och 2020, och tillhörande kostnader, ses i bilaga 4.

Sedan hösten 2017 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomfört löpande uppföljningar av heltidskravet enligt LOL och LOF, vilket har resulterat i att omkring 200 vårdgivare har avregistrerats på grund av att de inte har uppfyllt kravet om heltid. De vårdgivare som har avregistrerats har varit verksamma till mellan 0 procent och knappt 60 procent av takbelopp 1/ersättningstaket för respektive vårdgivares specialitet.

I takt med att antalet avregistreringar har ökat har förvaltningen bedömt att det finns ett större behov av att fastställa en gräns för när förvaltningen ska följa upp frågan om en vårdgivare uppfyller heltidskravet. Detta för att ha tydliga riktlinjer att följa internt inom förvaltningen, men också för att uppfylla både förvaltningens och vårdgivarnas önskan om transparens i uppföljningsprocessen. Det skulle underlätta för samtliga berörda parter att veta hur de ska förhålla sig till heltidskravet.

Mot denna bakgrund föreslås att Region Stockholm inför en gräns om 75 procent för heltidsuppföljningar enligt LOL och LOF. Den föreslagna gränsen innebär inte att 75 procent av takbelopp 1/ersättningstaket anses motsvara heltid. Regionen kan inte påverka lagstiftningens heltidsbegrepp, som innebär att 100 procent av takbelopp 1/ersättningstaket motsvarar heltidsverksamhet. Den föreslagna gränsen syftar till att förvaltningen ges ett tydligt uppdrag att följa upp heltidskravet för de vårdgivare som är verksamma till mindre än 75 procent av heltid. Gränsen är tänkt att gälla tills vidare, då behov av att justera den kan uppstå i framtiden.

I detta sammanhang kan noteras att en tillämpning av en fastställd gräns för heltidsuppföljningar inte planeras under rådande situation med pandemi med anledning av covid-19, då hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillfälligt har satt sitt uppföljningsarbete med anledning av heltidskravet enligt LOL och LOF på paus.

Övriga upplysningar relaterade till kravet om heltid
Enligt 8 § LOL/LOF finns ett antal skäl som ger rätt till avvikelse från kravet om heltidsverksamhet. Dessa är: sjukdom, ledighet för vård av barn,

förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet samt politiskt eller fackligt uppdrag. Vid heltidsuppföljningar tar hälso- och sjukvårdsförvaltningen hänsyn till dessa skäl, förutsatt att vårdgivarna inkommer med underlag som styrker rätt till avvikelse från heltidskravet.

Att underlaget styrker rätt till avvikelse från kravet om heltid är särskilt viktigt vid ansökningar om frånvaro med anledning av sjukdom. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under våren 2020 arbetat fram en justerad version (bilaga 5) av SKR:s nya läkarintygsmall AG 7804, för att ersätta Försäkringskassans intygsmall som underlag vid dessa frånvaroansökningar. Försäkringskassans intygsmall, som riktar sig till anställda och enbart skall användas för Försäkringskassans ändamål, har nämligen vid ett flertal tillfällen visat sig vara bristfällig som utgångspunkt för bedömningen av frånvaro med anledning av sjukdom för vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF. Efter genomförd testperiod planerar förvaltningen att utvärdera den framtagna intygsmallen med hjälp av Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna.

Om en vårdgivare har rätt att avvika från heltidskravet enligt LOL/LOF reducerar förvaltningen i praktiken vårdgivarens ersättningstak. Hittills har dock någon faktisk reducering av ersättningstaket inte skett, trots att lagstiftningen medger detta. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vill passa på att informera om att förvaltningen planerar att börja tillämpa denna möjlighet, som anges i 17 § LOL/LOF och 6 a § FOL respektive 5 a § FOF.

En eventuell sänkning av en vårdgivares ersättningstak är inte tänkt att vara permanent och oföränderlig, utan den är snarare ett viktigt verktyg för att förbättra regionens budgetarbete. I dagsläget, när budgeten för LOL och LOF baseras på fulla ersättningstak för samtliga vårdgivare, oavsett om de är verksamma på heltid eller ej, blir prognosen missvisande. Mer verklighetsanpassade ersättningstak kommer att ge bättre underlag vid bedömningen av förväntade framtida kostnader inom regionen.

4. Rapportering till Socialstyrelsens Patientregister

I 26 § LOL finns en hänvisning till 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister, som anger att den som bedriver hälso- och sjukvård är skyldig att lämna uppgifter till Socialstyrelsens nationella hälsodataregister. Enligt prop. 2008/09:64 är syftet med denna hänvisning att vårdgivare verksamma enligt LOL ska öka sin medverkan i den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården.

Ett av hälsodataregistren som alla vårdgivare, både offentliga och privata inom sluten och öppen specialiserad sjukvård som inte är primärvård, har skyldighet att rapportera in uppgifter till är Patientregistret, PAR. I Patientregistret registreras diagnos, behandling, kirurgi och yttre orsak till skador och förgiftningar. Registrerade uppgifter i Patientregistret utgör ett viktigt underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar i den svenska specialistvården. Enligt Socialstyrelsen finns dock ett bortfall av läkarbesök i Patientregistret, som till stor del beror på att inte alla privata vårdgivare rapporterar in sina uppgifter.

I Region Stockholm agerar hälso- och sjukvårdsförvaltningen ombud för vårdgivare inom den specialiserade sjukvården genom att med hjälp av registrerade data i Gemensamt Vårdregister, GVR, regelbundet rapportera in deras uppgifter till Socialstyrelsens Patientregister. Vårdgivare inom primärvården är undantagna denna rapportering, likaså vårdgivare verksamma enligt LOL. Tillgången till den specialiserade vårdens diagnoskoder medför att regionen har god kännedom om vilka sjukdomar som behandlas inom denna. Motsvarande kännedom har hitintills saknats avseende den verksamhet som vårdgivare verksamma enligt LOL bedriver, eftersom de på intet sätt rapporterar sina diagnoskoder till hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Under 2019 registrerade vårdgivare verksamma enligt LOL, allmänmedicinare undantagna, totalt 364 226 patientbesök. Dessa patientbesök utgör en del av Region Stockholms hälso- och sjukvård som regionen, utan att begära in patientjournaler, vet väldigt lite om.

Mot ovanstående bakgrund föreslås att hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att agera ombud även för vårdgivare verksamma enligt LOL, genom att förvaltningen åtar sig att bistå med även dessa vårdgivares rapportering till Patientregistret. Genom detta åtagande kan regionen få ytterligare värdefull kännedom om behandlade diagnoser, vilket kan främja möjligheterna att analysera framtida vårdbehov i regionen.

Ekonomiska konsekvenser
Föreslagna åtgärder syftar till att reducera regionens kostnader för hälso- och sjukvård, vilket kommer att påverka både vårdgivarna och beställaren.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Föreslagna åtgärder syftar till att öka patientsäkerheten genom att bidra till bättre förutsättningar för att regionens vårdgivare verkar på lika villkor, minska regionens övervältringskostnader, främja beställning av medicinsk

service utifrån medicinsk indikation, stödja utvecklingen av hög kompetens, god kontinuitet och tillgänglighet inom verksamheterna som bedrivs enligt LOL och LOF samt främja möjligheterna att analysera och planera för framtida vårdbehov.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Föreslagna åtgärder syftar till att öka förutsättningarna för jämlik och jämställd vård, genom utökad integrering av vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF i Region Stockholms ordinarie primärvård och övrig öppenvård.

Miljökonsekvenser
Föreslagna åtgärder förväntas få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Föreslagna åtgärder bedöms få marginella administrativa konsekvenser för vårdgivarna, då merparten av det utökade rapporteringsbehovet redan sker/ska ske till annan instans.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten