



LANDSTINGET BLEKINGE

Primärvårdsförvaltning
Primärvårdsstaben
Eva Karlsson Pagels

2015-11-16

Ärendenummer: 2015/00836
Dokumentnummer: 2015/00836-1

Till Nämnden för primärvård och tandvård

Konsekvenser av budget och ersättningsmodell för hälsovalet 2016

Efter flera år av budgetreduceringar, där Blekinges primärvård till slut var bland de ”billigaste” i landet (saknade c:a 40 mkr jämfört med primärvården i genomsnitt i landet.) fick Blekinge 2015 en budgetförstärkning enligt nedan. Budgetförstärkningen innebar att Blekinge åter placerade sig på den ekonomiska nivå som den legat på under en rad av år före hälsovalets införande - något lägre än landet i genomsnitt. Med primärvård i jämförelsen ovan, avses här all primärvård enligt SKL:s definition, d.v.s. privat och offentlig, anslagsfinansierad och vårdvalsfinansierad.

Hälsoval totalt, mkr	Offentlig primärvård, mkr	Metod fördelning
	1,7	<u>Ungdomsmottagning</u>
	1,0	Preventivmedel unga över 20 år
		Förstärkning
	2,7	
		<u>Hälsoval</u>
2,0		Läkarrekrytering, Ld-stab
2,0	1,3	Psykisk ohälsa, ansökan till Hälsovalsenheten
0,9	0,9	Fortbildning allmänläkare, organiseras av Prv-förv.
10,0	7,5	Bakats in i hälsovalsersättning
15,1	11,1	Utbetalt till vårdcentralerna för psykisk ohälsa och satsningar på äldre
30,0	20,8	

Budgeten för hälsovalet och offentlig primärvård 2016 medför förändrade förutsättningar och en reducerad budget.

Sveriges kommuner och landsting, SKL beräknar i sina planeringsförutsättningar i oktober 2015 en kostnadsökning för 2016 på totalt 2,3 procent.

Hälsovalets totala budgetram räknades upp med 1,8 procent, vilket var en sammanvägning av de anslagsfinansierade verksamheternas ramar med 2,4 procent för personalkostnader och 0 procent för material och tjänster. Förändringar har gjorts i ersättningsmodellen enligt följande:

- Omfördelning av ersättningarna, så att ersättningen för kapitering, ersättning per listad, minskats och ersättningen enligt Care Need Index (CNI), ett socioekonomisk behovsindex, ökats.
- Det engångsbelopp som delats ut 2015 för äldresatsningar och för psykisk hälsa omvandlats till ersättning enligt kapitering och CNI.
- Engångsbeloppet på 2 mkr för psykisk ohälsa finns kvar, men kan fördelas för annat syfte.
- Budgetmedel på 5 mkr tillförs för att kompensera för befolkningsökningen.
- Ersättningen för läkemedel reduceras så att den del som delats ut för måluppfyllelse av läkemedelsmålen, totalt 3 mkr 2015 tagits bort.
- Sammanfattningsvis: En uppräknings av budgetramen med 1,8 % och tillfört 2 mkr.

Nedan redovisas effekterna för offentligt hälsoval av de förändringar på ersättningsnivåerna, som beslutats i uppdragsbeskrivningen, vid oförändrad listning enligt september 2015.

Jämförelse ersättningar hälsoval 2015 och 2016				
Vid samma listningstal				
Text	2015	2016	Förändring	
			Tkr	%
Engångsbelopp för äldre o psyk ohälsa	11 141		- 11 141	
Psykisk ohälsa	1 335	1 335	0	
Kapitering	329 517	324 744	- 4 773	
CNI	17 090	36 552	19 462	
Barnhälsovårdspeng 0-1 år	1 989	1 940	- 48	
Barnhälsovårdspeng 2-5 år	1 231	1 225	- 6	
	362 302	365 797	3 495	1,0 %
Läkemedelsanslag	83 242	85 782	2 541	
Läkemedelsmål */	2 220	0	- 2 220	
	85 462	85 782	321	0,4 %
Totalt	447 763	451 579	3 816	0,9 %

**/ Prognos: 74 % av målpengarna 2015 motsvarar offentlig primärvårds andel av listningen.*

Som framgår ovan, så är effekten för offentligt hälsoval betydligt lägre än SKL:s prognos och hälsovalets totala uppräknings. Orsakerna till detta är effekterna av:

- Omfördelningen mellan kapitering, riktad satsning och CNI.
- Större befolkningsökning i länet än vad tillskottet täcker.
- Borttag av ersättningen för läkemedelsmålen.

För att uppnå en ökning av ersättningarna motsvarande 1,8 % så behöver antalet listade öka med cirka 1 000 personer före årsskiftet 2015/16. Listningen har under ett antal år minskat, men från och med andra halvåret 2015 har den stabiliserats och bör även öka något under 2016. En ökad listning medför också ett större behov av insatser, med högre kostnader som följd.

Vid vanlig anslagsfinansiering får man ingen ökning eller minskning av anslagen vid förändring av antalet invånare. Samtidigt är primärvården som första linjen i vården en av de verksamheter som påverkas mest av befolkningsförändringar. Konkurrensutsättningen av primärvården har överallt i landet medfört att de offentliga vårdcentralerna ”tappat mark”, så också i Blekinge, även om listningen fortfarande är förhållandevis hög. För offentligt hälsoval har minskad ersättning varit en realitet sedan starten av hälsovalet. Och anpassning till minskningen har kontinuerligt gjorts. Offentligt hälsoval har ändå inte överskridit kostnadsramarna.

Alternativet till att öka listningen med 1 000 personer fram till årsskiftet, är att inte öka kostnaderna med mer än 3,8 mkr. Om man räknar med SKL:s prognos för kostnadsökningar 2016 på 2,3 %, så skulle kostnaderna öka med 10,3 mkr. Då blir sparbetinget $10,3 - 3,8 = 6,5$ mkr.

Ett annat sätt att beskriva konsekvenserna är lönerörelsen. Kostnadsökningen för ett löneavtal på 2 % fr.o.m. april med nuvarande personal beräknas till 4 mkr. Skall de satsningar genomföras som bedöms som nödvändiga för att kunna behålla och rekrytera medarbetare behövs c:a 4 mkr ytterligare. De anslagsfinansierade verksamheterna får med automatik tilläggsanslag för löneavtal och satsningar. För 2016 innebär denna uppräkningsökning med 2,4 % plus satsningar för totalt 11 mkr (7 mkr från Plan 2015-17 och 4 mkr från Plan 2016-18). Offentligt hälsoval skall rymma alla kostnadsökningar inom 0,9 %. Stannar personalen om ingen satsning görs?

Merkostnaden för hyrläkare uppgår till c:a 13 mkr. Detta är skillnaden mellan kostnaden för de inhyrda doktorerna och vad de skulle kosta om de vore anställda i landstinget. I dagsläget är var fjärde doktor en hyrläkare. Ett hyrläkarstopp för enbart Blekinges primärvård är inte realistiskt. Ett antal åtgärder pågår för att förbättra situationen på sikt. Antalet ST-läkare har ökat, men behöver ökas ytterligare för att ersätta pensionsavgångarna och bli av med hyrläkarberoendet. En utredning om en eventuell utbildningsvårdcentral pågår.

Inom hälsovalet ökar skillnaderna, så att vårdcentralerna med högst CNI-värde får en ökning på 2,6–2,7 procent medan de med lägst CNI inte får någon uppräkningsökning alls. Totalt tillförs 0,9 %. CNI är tänkt att mäta tyngden av sociala faktorer och räknas fram med följande variabler:

- Ålder yngre än 5 år
- Personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika
- Ålder över 65 år och ensamboende
- Ensamstående förälder med barn ≤ 17 år
- Personer, 1 år eller äldre som flyttade in i området
- Lågutbildade 25 – 64 år
- Arbetslösa eller i åtgärd, 16 – 64 år

Engångsbeloppet 2015 riktades speciellt för äldresatsningar och satsningar för psykisk ohälsa. Kapiteringen styrs av åldersgrupper och förväntad sjuklighet i dessa, med höga belopp för äldre. Psykisk ohälsa samverkar troligen med faktorerna i CNI. Medan en reducering av kapiteringen och borttag av de riktade medlen till äldre samtidigt som CNI ökas, ger mindre ersättning till den äldre befolkningen. När man ändrar inriktning på ersättningen utan att kompensera fullt ut, så innebär det att något prioriteras på bekostnad av att annat prioriteras bort. Framför allt

vårdcentralerna med låg CNI och ingen ökning av antalet invånare kommer att tvingas till nedskärningar och därmed försämrade service till patienterna. Något som kan uppfattas som en undanträngning.

Antingen vårdcentralerna lyckas lista upp fler personer eller reducerar sina kostnader, så kommer de flesta vårdcentraler att få minska på sina ambitioner. Helårskostnaden för de satsningar som påbörjades under 2015 beräknades uppgå till hela bidragsbeloppet 2016. Se bilaga 1. Trovärdigheten för den offentliga primärvården riskeras om man påbörjar satsningar ena året och drar ner dem nästa år.

Vid konkurrensutsättning av offentlig verksamhet förlorar den offentliga delen andelar. Frågan om var den nya balansen mellan privat och offentligt går, påverkas i hög grad av vilken förmåga den offentliga verksamheten har att anpassa sig till de nya förhållandena. Att nödgas genomföra besparingar utöver de som blir p.g.a. patientbortfallet, upplevs som en riskabel väg, om man vill att de offentliga verksamheterna fortsatt skall vara en betydande del av primärvården.

Konkurrensverket bevakar att den offentliga primärvården inte får några konkurrensfördelar, men i deras uppdrag ingår inte det motsatta. Inom landstingen och mellan dem pågår dock en diskussion om de offentliga vårdcentralernas konkurrensnackdelar. Exempel på dessa är följande:

- Konkurrens om läkare, där det är svårt att lönekonkurrera. Vad kan göras?
- Stor organisation har höga overheadkostnader. Offentligt hälsoval bör betala ”marknadspriser” för interna köp.
- Offentligt hälsoval bidrar mer till landstingets övergripande behov av primärvårdskompetens. Kan ersättas med t ex timersättning.
- ”Glesbygdersättning” för distriktsköterskemottagningar
- ”Otrohetsersättning” lägre än kostnaden att ta emot patienten. P.g.a. patientlagen kan man inte neka att ta emot olistade patienter.

Beskrivningen ovan är ett försök att ekonomiskt och verksamhetsmässigt beskriva effekterna av ersättningsnivåerna 2016 och till en viss del av vårdval i den offentliga primärvården. För att fortsatt vara en betydande del av primärvården och kunna utföra ett arbete med hög kvalité bedöms följande åtgärder viktiga:

- Finansiering av primärvården så att neddragningar utöver de p.g.a. listningstapp undviks.
- Långsiktighet i satsningar och inriktning.
- Åtgärder för att undvika konkurrensnackdelar för den offentliga primärvården.
- Samma utrymme för löneökningar som de anslagsfinansierade verksamheterna.

Karlskrona enligt ovan



RosMarie Nilsson
Förvaltningschef

Sammanställning aktiviteter, Hälsoval

Vårdcentral och aktivitet	Erhållet 2015	Kostnad	
		2015	Helår
		Budget	Budget
Trossö vårdcentral - Äldre/äldre och multisjuka och psykisk ohälsa	-893	206	706
Jämjö vårdcentral - Multisjuka äldre än 75 år och boende hemma skall erbjudas en fast vårdkontakt	-686	118	706
Lyckeby vårdcentral - Psykisk ohälsa	-1 310	396	549
Lyckeby vårdcentral - Multisjuka äldre än 75 år och boende hemma skall erbjudas en fast vårdkontakt		420	485
	-1 310	816	1 034
Rödeby vårdcentral - Psykisk ohälsa	-636	222	380
Rödeby vårdcentral - Multisjuka äldre än 75 år och boende hemma skall erbjudas en fast vårdkontakt		333	569
	-636	554	949
521 Nättraby VC	-561	332	500
Wämö vårdcentral - Psykisk ohälsa		344	415
Wämö vårdcentral - Multisjuka äldre än 75 år och boende hemma skall erbjudas en fast vårdkontakt		615	540
Wämö	-700	959	955
Ronneby vc	-953		
Kallinge vårdcentral - Trygghetsprojekt äldre multisjuka	-788	809	1 142
Bräkne-Hoby vårdcentral - Trygghetsprojekt äldre multisjuka	-323	191	1 142
Ronneby rehab - Fallförebyggande åtgärder äldre över 75 år		270	330
Brunnsgårdens vårdcentral - Äldrevårdcentral för listade över 75 år	-1 164	2 013	2 543
Samaritens VC	-1 335	705	1 209
Olofströms vårdcentral - Äldrevårdcentral för listade över 65 år på Hälsovallen i Kyrkhult	-638	653	1 206
Sölvesborgs vårdcentral - Äldrevårdcentral för listade över 75 år	-1 153	1 197	2 563
Summa förstärkt budget, hälsoval	-11 141	8 823	14 986