INTERPELLATION
2019-11-20

Sverigedemokraterna
Region Stockholm

Interpellation av Gabriel Kroon SD om ett orättvist Care Need Index (CNI)

Care Need Index, förkortat CNI beskriver den förväntade risken att utveckla ohälsa baserat på sju socioekonomiska faktorer. Indexet används idag inom ramen för flertalet vårdavtal inom Region Stockholm, där listningsersättning husläkarverksamhet är den främsta.

CNI är idag betraktat som ett väletablerat mått för att justera ersättningarna till områden baserat på vårdtyngd. Samtidigt är det väl utrett att socioekonomiska faktorer även medför till sämre hälsa och ökad vårdtyngd.

CNI är uppbyggt på de följande sju variablerna:

- Ålder över 65 och ensamstående
- Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
- Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området
- Lågutbildad 25–64 år
- Ålder yngre än fem år

Sex av sju variabler väger in utbildning, ålder och arbetslöshet. Däremot förekommer en variabel, *utlandsfödd,* som direkt gör skillnad mellan svenskfödda och utlandsfödda.

CNI modellen är uppbyggd som linjär regression, vilket innebär ett högre CNI om en variabel ökar, medan alla andra är konstanta. I praktiken innebär CNI modellen alltså att två områden, område X och område Y som har identisk arbetslöshet, utbildning och ålder men där ett område har fler invandrare (utlandsfödda) får högre index än det andra området med fler svenskfödda – och därmed högre ekonomisk ersättning.

Här kommer mitt ifrågasättande av CNI-modellen. Är det rimligt att ett område där det fler svenskfödda, allt annat lika, ska få mindre ersättning än ett område med fler utrikesfödda invandrare? Eftersom ett högre CNI medför till högre ersättning för sjukvårdsaktörerna så skapar en särskiljningen baserat på utrikesfödda en orättvis fördel genom att prioritera utrikesfödda och nedprioritera svenskfödda.

Sverigedemokraterna
Region Stockholm

Med anledning av ovanstående är min fråga till vårdvalsregionrådet

Är det rimligt att en vårdaktör med fler svenskfödda, allt annat lika, ska få mindre ersättning än en aktör med fler utrikesfödda?

Anser du att vi bör ser över utformningen på CNI för att likställa behandlingen svenskfödda och utrikesfödda?

Gabriel Kroon
SD

Vård- och valfrihetsregionråd
Tobias Nässén (M)

INTERPELLATIONSSVAR
2019-12-05
(inlämningsdatum)

RS 2019:1087

Svar på interpellation 2019:37 av Gabriel Kroon (SD) om ett orättvist Care Need Index (CNI)

Gabriel Kroon (SD) har ställt följande frågor till mig:

- Är det rimligt att en vårdaktör med fler svenskfödda, allt annat lika, ska få mindre ersättning än en aktör med fler utrikesfödda?
- Anser du att vi bör se över utformningen på CNI för att likställa behandlingen svenskfödda och utrikesfödda?

Som svar vill jag anföra följande:

CNI används idag i samtliga regioner i Sverige som en del av ersättningsmodellen inom primärvården. Statistiska Centralbyrån tar fram ett anpassat CNI till regioner och det används bland annat som stöd vid beräkning av vårdersättning. CNI i Stockholm infördes för första gången 2016 i Vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Ett av de mer avgörande skälen till införande av CNI var att Regionen ville ha bort det tillägg som betalades ut till vårdgivare när man anlitade tolk. Detta då Regionen såg att dåvarande system med särskild ersättning för tolk inte var tillfyllest och det fanns även en hel del oegentligheter med denna ersättning där patienter vittnat om att vårdgivare hade anlitat tolk trots att patient ej önskade detta.

Det bör poängteras att vi i Region Stockholm redan påbörjat arbetet med att ta fram en gedigen primärvårdsstrategi, som ska ge långsiktiga förutsättningar för primärvården med dess utökade uppdrag de kommande åren. I det arbetet kommer bland annat husläkarnas ersättningssystem ses över i sin helhet.

Idag används CNI förutom inom husläkarverksamheten också inom barnhälsovården, BVC och i kommande förfrågningsunderlag för Barnmorskemottagningar kommer CNI att finnas med som en del i ersättningen.

Ersättningen till primärvårdens husläkarmottagningar i Region Stockholm är uppdelat kring flera element, men kan enkelt uttryckt beskrivas som 60/40-modeleln där ca 40 % utgör rörlig ersättning och 60 % fast ersättning, även kallad kapitering eller listersättning. Den rörliga såväl som den fasta ersättningen består av en rad olika parametrar som genererar ersättning för husläkarmottagningen, baserade på olika tillägg och åtagande såväl som för utförda sjukvårdsinsatser. Inom den rörliga ersättningen utgår grundersättning för de olika personalkategorierna per besök, men det finns också dedikerad ersättning för hembesök, teambesök och vårdgivare får också ersättning för vissa genomförda och i patientjournalen registrerade åtgärder, KVÅ, exempelvis SIP, dynamisk spirometri, utfärdande av vårdintyg etc.

Listningsersättningen är basersättning för att utföra uppdraget och för alla de yrkeskategorier som krävs för att fullgöra uppdraget. Den är i grunden åldersbaserad på tre nivåer, 0-5 , 6- 64 och 65-w år. Utöver det finns listersättning kopplat till CNI, men också till ACG-systemet som justerar riskfaktorer för vårdtyngd, vilket är en viktig parameter för exempelvis äldre såväl som kroniskt sjuka patienter. Som ansvarig för valfrihet och tillgänglighet kommer jag alltid att premiera att patienter får vård i tid, på rätt plats och rätt vårdnivå. Patienter med en sjukdomsbild som kräver mer resurser och god kontinuitet ska prioriteras såsom kroniska och äldre multisjuka, men hela länet ska ha tillgång till en god och nära vård. Stockholms invånare ska också kunna, förutom att aktiva välja och välja bort mottagning, också känna att man kan välja mellan tillgänglighet och kontinuitet vilket våra ersättningssystem också ska tillåta. Vissa patienter vill vara listad på en mottagning närmre hemmet med en fast patientansvarig läkare som har ett övergripande ansvar för denne, medan andra invånare kanske vill välja en mottagning som ligger närmre sin arbetsplats utifall att man blir tillfällig sjuk och behöver få ett recept utskrivet för detta.

I snitt i länet motsvarar CNI delen 12 % av den totala ersättningen, ca 40 % av ersättningen består av besöksersättning (rörlig), 24 % är åldersrelaterad listningsersättning och ACG delen i listningsersättningen är

24 % av total ersättning. Storleken på CNI-delen varierar kraftigt inom Regionen. Den mottagning som har högst CNI är Vårbergs VC i Skärholmen med index 3,0590 och den mottagning som har lägst CNI är Vallatorps VC i Täby med index 0,4615.

Man kan därför inte bryta ut en variabel och säga att just den är orättvis. CNI indexet är ett sammanvägt index gjort utifrån läkares bedömning av arbetsbelastningen.

Det är inte att personerna är utlandsfödda som medför en större arbetsbelastning utan merarbetet beror exempelvis på behov av tolk vid vårdkontakten eller att patienten inte förstår ordinationer och att det därför tar längre tid för vårdbesöket.

Tyvärr ser det också ut så i samhället, att utlandsfödda som grupp har en ökad sjuklighet tidigare i livet. Till det kommer att barn till utlandsfödda i högre grad lider av kraftig övervikt och dålig tandhälsa.

När man inom vården arbetar i områden med hög andel utlandsfödda kan det därför finnas större behov av att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Det finns ingen intention heller med nuvarande ersättningssystem att sätta någon patient som tillhör ett visst ursprungsland före någon annan, utan hälso- och sjukvårdslagen är tydlig med att patient med störst behov ska prioriteras. Vi vill givetvis att hela Stockholm ska känna att man har en tillgänglig primärvård när man behöver den, och faktum kvarstår att exempelvis ACG-ersättningen som justerar för vårdtyngd, ändå utgör 24 % av listersättningen. Men eftersom medelåldern i Stockholm skiljer sig åt mellan kommuner i länet, träffar inte ACG alltid alla patientgrupper full ut, vilket kan kompletteras med en CNI-ersättning. Därför tillämpas båda modellerna, men jag vill, som nämnts tidigare, betona att Regionen arbetar med en ny strategi för hela primärvården där ersättningsmodellen kommer ses över.

Därmed anser jag interpellationen besvarad

Stockholm den 5 december 2019.

Tobias Nässén, vård- och valfrihetsregionråd.