

Förslag SärNär –

Principöverenskommelse och övergripande plan

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING AV FÖRSLAGEN	1
2	BAKGRUND.....	2
2.1	Förslagen i arbetsgruppens rapport.....	3
2.2	Referensgruppen	3
3	ANALYS OCH FÖRSLAG	4
3.1	Ansvarsfördelning och kostnadsansvar	4
3.1.1	Nuvarande kostnader	5
3.2	Förslag och motiv till förslag	5
3.2.1	Kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret	5
3.2.2	Använd högkostnadsskydd som styrande princip	6
3.2.3	Implementering av IT-stöd	8
3.2.4	Kostnader för IT-stöd och distribution	8
3.2.5	Förslag till implementering av IT-stöd och distributionslösningar	9
3.3	Förutsättningar för genomförande	10
3.4	Förslagets beredning av huvudmännen	11

1 Sammanfattning av förslagen

En principöverenskommelse och ett beslut behöver fattas av RH och var och en av de sex kommunerna som slår fast var kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska ligga. Ett sådant beslut bör innebära att:

- RH har kostnadsansvar för SärNär-produkter för:
 - personer inskrivna på sjukhus eller som behandlas i öppen vård vid specialistklinik och som behandlas i närsjukvården samt för sondnäring (d v s parental och enteral nutrition¹) och de apparater och tillbehör som krävs för att administrera denna inom hemsjukvården.
 - barn och ungdomar upp till 16 år (även de i särskilt boende).
- Kommunerna har kostnadsansvar för SärNär-produkter för:
 - personer i särskilt boende (SOL) och de som har ett boende med särskilt stöd/service (LSS). Detta gäller *alla* SärNär-produkter, inkl de apparater och tillbehör som krävs för att administrera dessa.

¹ Enteral nutrition innebär att näringen tillförs mag-tarmkanalen via sond genom näsan eller sond som mynnar på magen. Parental nutrition innebär att näringen tillförs direkt i blodbanan.

- inom hemsjukvården har kommunen kostnadsansvar för all nutritionsbehandling, utom för sondnäring och de tillhör dessa kräver.
- Personer boende i någon av Hallands sex kommuner har ett kostnadsansvar för:
 - den del av kostnaden för SärNär-produkter som understiger högkostnadsskyddet.
 - Alternativprodukter som inte är *livsmedel för särskilda näringsändamål* (SärNär).

Ett gemensamt högkostnadsskydd föreslås i syfte att skydda brukare/personer i öppen vård och omsorg mot för höga kostnader. Dessutom får brukare och patienter lägre kostnader genom att produkterna upphandlas och att RH/kommunerna står för distributionskostnaderna.

- Ett för huvudmännen gemensamt högkostnadsskydd för vuxna² brukare/patienter införs om 1 700 kr per månad för förskrivna SärNär-produkter inom den öppna vården och omsorgen.
- Kostnaden för SärNär-produkter ingår i matabonnemanget för personer på särskilda boenden och för de som har ett boende med särskilt stöd och service samt i patientavgiften för de som vårdas ineliggande på sjukhus.
- Distributionen av SärNär betalas av huvudmännen.

Ovanstående innebär även att tidigare tillämpade system för subventioner och bidrag till vuxna brukare/patienter tas bort i RH och kommunerna.

För distributionsupphandling och IT föreslås att RH och de sex kommunerna förtydligar Regionservice pågående uppdrag att upphandla lagerhållning och distribution av SärNär-produkter utifrån att:

- Distributörens IT-stöd klarar förskrivning/beställning, lagerhållning, distribution, fakturering till kunder/huvudmän utifrån gällande regelverk och uppföljning till huvudmän och förskrivare.
- Leverantörens IT-system och kapacitet i övrigt klarar att utöka sortimentet till andra läkemedelsnära produktområden.
- Produktupphandlingar även fortsättningsvis görs gemensamt av huvudmännen och inte av upphandlad distributör.

Denna PM redovisar också övergripande hur förslagen bör förankras och det vidare arbetet bedrivs. För den fortsatta beredningen, beslutsfattande och genomförandet av aktuella förslag behöver ett antal förutsättningar vara uppfyllda. Dessa berör:

- En tydligare (gemensam) beställarfunktion för SärNär hos huvudmännen som inkluderar avtalsvård och avtalsuppföljning.
- Regelverk och rutiner för förskrivning, riktlinjer för kostbehandling.
- Utbildning/godkännande av förskrivare
- En ändamålsenlig berednings- och beslutsprocess (se 3.3)

I det inledande beredningsskedet behövs även en operativ sammanhållande person på några timmar per vecka.

2 Bakgrund

SärNär-produkter – i kosttillägg, berikningsprodukter, förtjockningsmedel och sondnäring – används i både regionens och kommunernas hälso- och sjukvård. Området har präg-

² Äldre än 16 år.

lats av oklarheter kring ansvarsfrågor och skiftande taxor för patienter/brukare mellan huvudmännen och en allmänt utvecklad infrastruktur för förskrivning, upphandling, distribution och uppföljning. På uppdrag av *Strategiska gruppen vård och omsorg* tog en arbetsgrupp under hösten 2014 till våren 2015 fram en rapport med en nulägesanalys som underlag till en överenskommelse mellan Region Halland och de 6 kommunerna i länet.

En omfattande och gedigen rapport lämnades 2015-05-06 med ett stort antal förslag som prioriterades i de slutliga skrivningarna.

Under hösten 2015 anlätades en konsult för att översätta förslagen till en överenskommelse och en referensgrupp tillsattes för att avgränsa uppgiften. Referensgruppen består huvudsakligen av personer från taktisk grupp funktionsnedsatta samt RH:s förvaltningschef för Hälsa och funktionsstöd och RH:s utvecklingschef vid regionkontoret.

2.1 Förslagen i arbetsgruppens rapport

Arbetsgruppens utredningsrapport från 2015-05-06 listade och prioriterade sina förslag enligt nedan. Man pekade också på att flera av förslagen påverkar varandra och i viss utsträckning förutsätter varandra.

1. Kostnadsansvaret för nutritionsbehandling skall följa hälso- och sjukvårdsansvaret.
2. Inrätta funktionen nutritionsstrateg.
3. Inför ett IT-system för förskrivning av SärNär-produkter och uppföljning av kostnader.
4. Säkra tillgång till dietist för samtliga patienter, oavsett vårdgivare.
5. Läkare och dietister skall ha förskrivningsrätt för vuxna. Specialistsjuksköterskor samt kommunsjuksköterskor med internutbildning i basal nutrition skall ges förskrivningsrätt för ett bassortiment.
6. Frångå systemet med livsmedelsanvisningar för barn och unga och inför istället förskrivning på samma sätt som för vuxna *och*
 - a. höj åldersgränsen för avgiftsnivån 120: - per uttag från 16 år till 18 år *och*
 - b. inför egenavgift i tre nivåer för vuxna över 18 år, beroende på hur stor del av patientens energibehov som täcks av SärNär.
7. Ta bort kontantbidraget för glutenfri kost till vuxna över 18 år *och*
 - a. se över ersättningssystemet för glutenfri kost för barn och unga.

2.2 Referensgruppen

En referensgrupp³ bildades för att ta emot och diskutera konsultens bearbetning av de förslag som presenterades i arbetsgruppens rapport. Referensgruppen konstaterade vid sitt första möte 2015-09-30 att de sammantagna förslagen är mycket omfattande. Man konstaterade också att några av dem gick utanför det primära uppdraget. Det gäller t ex inrättandet av tjänster och dimensionering. Den inriktning som klargjordes under mötet var att skapa överenskommelsen kring två delar som är viktiga utifrån kravet på jämlika villkor för hallänningens vård och omsorg:

³ Följande personer har ingått i referensgruppen:

Magdalena Barkström. Utvecklingschef, RH

Kristina Isaksson. Framtidens hemsjukvård, Laholm

Gun Harplinger. Förvaltningschef, Hälsa och funktionsstöd, RH

Ann-Marie Philis. Verksamhetschef, Hälsa och funktionsstöd, RH

Ola Götesson, chef för egenregin, Falkenberg.

- Kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret
- Ensa brukar- och patientkostnader för SärNär-produkter

Den tredje huvudfrågan handlar om hantering av IT-stöd och distribution. Regionservice har påbörjat arbetet med en distributionsupphandling. I detta arbete är det viktigt att:

- Överenskomma och implementera ett system för förskrivning av upphandlade produkter, fakturering, distribution och uppföljning.

Det senare är en förutsättning för ett enhetligt avgiftssystem för patienterna och innebär också att systemets beställarfunktion behöver förtydligas.

Referensgruppen var också överens om att inte lägga några särskilda förslag för barn och ungdomare, eftersom ersättningen till dessa är författningsreglerade. Bedömningen är att en översyn av lagen om läkemedelsförmåner kommer att ske i detta avseende, men det kommer att dröja.

Vid det andra och sista mötet 2015-11-06 ställde sig referensgruppen bakom förslagen till beslut i denna PM.

3 Analys och förslag

SärNär-områdets karaktär och bristen på stödsystem gör det svårt att på kort tid åstadkomma önskade förändringar. Idag finns stora administrativa brister och inget stödjande IT-system. Det går t ex inte att kontrollera apotekens fakturor, följa upp gjorda förskrivningar och produktgrupper och få en automatisk hantering av brukares och patienters egenavgifter. Detta har också försvårat den distributionsupphandling som man avser att göra, liksom ambitionen att få till stånd en enhetlig avgiftsstruktur i länet.

Arbetsgruppens uppdrag och rapport gällde endast SärNär. De läkemedelsnära produkterna som används av patienter och brukare är dock betydligt fler. Det gäller t ex inkontinens-, stomi- och diabetesprodukter. Även för dessa finns stora fördelar med att göra produkt- och distributionsupphandlingar. Inom Västra Götalandsregionen har man inrättat ett *Centrum för läkemedelsnära produkter (CLP)*, som hanterar flera läkemedelsnära produktområden med stöd av ett gemensamt IT-system. CLP ansvarar främst för tillgången till ett anpassat produktsortiment och en fungerande distribution.

Det fortsatta arbetet med att effektivisera och ensa hanteringen av SärNär bör även beakta om andra läkemedelsnära produkter kan hanteras med stöd av samma stöd- och distributionssystem.

3.1 Ansvarsfördelning och kostnadsansvar

Att kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret betraktas nog av många som självklart. Läget är dock inte helt klarlagt och någon faktisk överenskommelse med denna innebörd finns inte mellan RH och kommunerna.

RH ansvarar för SärNär inom närsjukvården och för patienter som är inskrivna på sjukhus och subventionerar produkterna i närsjukvården med 50 % upp till 1 400 kr per månad som är patientens maxtaxa. Kommunerna har olika betalnings- och subventionsmodeller. Fast pris, maxpris, rabatterat styckepris per påse är några av de modeller som tillämpas. Även på särskilt boende och för boende med särskilt stöd och service varierar månadstaxorna för fullnutrition genom sondnäring.

Kostnaderna för barn och unga under 16 år regleras i lag om läkemedelsförmåner (§ 20, 2002:160). Enligt denna får varje inköp högst kosta 120 kronor. Förskrivning sker genom livsmedelsanvisning. För denna grupp räknas även livsmedel och hjälpmedel som för-

månskostnader och RH får en årlig ersättning från staten för dessa. Diagnoslistan där det framgår vilka sjukdomar som berättigar till subventionerade livsmedel är dock föråldrad.

Existerande diversifierade subventionsregelverk (för vuxna) har ibland varit en drivkraft för att kringgå regelverk i syfte att ge brukaren/patienten minsta möjliga kostnad. Arbetsgruppens rapport pekar också på att olika subventionsgrader mellan RH och kommunerna också kan leda till att inte alla brukare/patienter erbjuds adekvat nutritionsbehandling.

En kompletterade tolkning är att riktlinjer saknas i tillräcklig utsträckning, att det finns brister i kompetens/kapacitet och uppföljningen inom området är svag. Även arbetsgruppens utredning tog upp behovet av fler kompetenta förskrivare.

3.1.1 Nuvarande kostnader

Huvudmännens totala kostnader för SärNär för personer över 16 år uppskattades i arbetsgruppens rapport till 22.2 Mkr. Av dessa avsåg cirka 6.5 Mkr kostnader för sjukvårdens inneliggande patienter och personer på särskilda boenden. Det finns ingen tillgång till statistik som visar hur många patienter det handlar om eller hur många förskrivningar.

Den interna kontrollen inom området är mycket svag och blir inte bättre förrän beslut fattats om att införa system och rutiner som möjliggör uppföljning och kostnadskontroll.

Bristen på ekonomiska underlag får också konsekvenser för analysen av förslagen i denna PM. Det finns helt enkelt inget underlag för att göra kostnadsprojektioner. Totalt sett är dock bedömningen att förslagen leder till lägre kostnader – sannolikt för alla parter. Framför allt genom att de upphandlade produkterna blir billigare för brukare och patienter genom att dessa i framtiden kan distribueras väsentligt billigare utan apotekens påslag.

I arbetsgruppens rapport finns kalkyler som visar att drygt 8 Mkr skulle kunna sparas om apoteksledet försvann. De nya kostnader som uppstår för distribution, lagerhållning och övrig hantering bli väsentligt lägre än hälften. Jämför kostnaderna för Sörmland i 3.2.4.

3.2 Förslag och motiv till förslag

3.2.1 Kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret

Det viktigaste förslaget i arbetsgruppens rapport var att kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret. Bakgrunden till detta är att det idag saknas en principöverenskommelse kring detta i Halland och att ett beslut behöver fattas av regionen och de sex kommunerna som slår fast att kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret.

Förslaget är inte helt okomplicerat då begreppet hälso- och sjukvårdsansvar kan tolkas på flera sätt, vilket också tycks vara fallet i länet. För det första kan hälso- och sjukvårdsansvaret innebära en differentiering utifrån vårdnivå, d v s specialiserad nutritionsbehandling och basal. Det kan också referera till den vårdgivare som har det faktiska ansvaret för brukaren/patienten, d v s ett sjukhus eller ett vårdboende. I givna förslag förtydligas hälso- och sjukvårdsansvaret utifrån bägge dessa perspektiv.

I arbetsgruppens rapport framgår att **basal nutritionsbehandling** innebär riskbedömning, bedömning av behov respektive intag av energi och protein, kostordinationer, översyn av måltidsfördelning, nattfasta och måltidsmiljö, ordination och förskrivning ur ett bassortiment av kosttillskott och specialprodukter samt överrapportering och handledning av övrig vårdpersonal. **Specialiserad nutritionsbehandling** innebär enteral och parenteral nutrition, tugg- och sväljutredning och utredning, behandling och uppföljning av nutritionsproblem vid sjukdom, t ex njursjukdomar, cancersjukdomar, leversjukdomar, svår malnutrition och ämnesomsättningsjukdomar.

I termer av *kostnadsansvar* för SärNär går skiljelinjen mellan sondnäring (enteral/parental nutrition, inkl nödvändiga tillbehör och apparater) och nutritionsbehandling. Sondnäring ges på alla vårdnivåer och kostnadsansvaret ligger på respektive huvudman, utom när den ges inom hemsjukvården. I detta fall har RH kostnadsansvar för den del av kostnaderna som överstiger personens högkostnadsskydd.

En principöverenskommelse och ett beslut behöver fattas av RH och var och en av de sex kommunerna som slår fast att kostnadsansvaret för nutritionsbehandling ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret utifrån den uttolkning som ges i Tabell 1 nedan.

Kostnadsansvar	Sondnäring	Övriga SärNär-produkter
Region Halland	Inneliggande patienter, patienter i specialiserad öppenvård och när-sjukvård samt hemsjukvårdens patienter.	Inneliggande patienter, patienter i specialiserad öppenvård och närsjukvård
Kommunerna	Brukare i SÄBO och boende med särskilt stöd och service.	Brukare i SÄBO och boende med särskilt stöd och service samt basal nutritionsbehandling inom hemsjukvården.
Brukare/patient	<i>Inneliggande på sjukhus:</i> Patientavgift <i>SÄBO och boende med särskilt stöd och service:</i> Ingår i matabonnemanget. <i>I eget boende eller i hemsjukvård:</i> Egen finansiering upp till högkostnadsskyddet.	<i>Inneliggande på sjukhus:</i> Patientavgift <i>SÄBO och boende med särskilt stöd och service:</i> Ingår i matabonnemanget. <i>I eget boende eller i hemsjukvård:</i> Egen finansiering upp till högkostnadsskyddet.

Tabell 1: Förslag till fördelning av kostnadsansvar mellan de olika parterna. För utformningen av högkostnadsskyddet, se avsnitt 3.2.2.

För brukares och patienter gäller också att alternativprodukter, som inte är *livsmedel för särskilda näringsändamål* (SärNär), *inte* ingår i högkostnadsskyddet.

3.2.2 Använd högkostnadsskydd som styrande princip

RH och kommunerna behöver överenskomma vilka principer som ska tillämpas för att stödja brukare/patienter med höga kostnader för SärNär-produkter. Att dessa är gemensamma är viktigt ur ett likabehandlingsperspektiv.

I arbetsgruppens rapport föreslogs att en differentierad egenavgift för vuxna skulle införas. Avgiftens storlek begränsades utifrån hur stor del av energibehovet som täcktes av den särskilda näringen - 1 700 kronor per månad för helnutrition, 850 kr för halv och 425 kr om den är lägre. Detta skulle även tillämpas på SÄBO och boende med särskilt stöd.

Ett gemensamt system för egenavgifter eller subventionsgrad mellan RH och kommunerna är mycket önskvärt. Förslaget med egenavgifter, inklusive personer på SÄBO och de med särskilt stöd och service, är dock problematiskt i flera delar. För det första bör en sådan princip även gälla för sjukhus och annan heldygnsvård som RH finansierar. För det andra, och betydligt viktigare, krävs att bedömningar fortlöpande görs av de särskilda livsmedlens andel av det totala näringsbehovet för varje patient. Detta är både tidskrävande och administrativt besvärligt, särskilt i ljuset av att dietistresursen i länet är begränsad. För det tredje uppstår viss förvirring kring begreppen *förskrivning* och *ordination*. Vid heldygnsvård

ordinerar legitimerad personal läkemedel och specialkost och i öppenvården förskriver man och patienten hämtar ut.

På vårdboenden betalar patienten idag för ett matabonnemang och för att undvika ytterligare administration och besvär för de boende är det rimligt att eventuella SärNär-produkter ingår i matabonnemanget.

För SärNär-produkter, som förskrivs som ett led i en sjukvårdsbehandling i öppenvård, bör en och samma princip för att skydda brukare/patienter mot höga kostnader användas inom RH och kommunerna. Det föreslås här att ett gemensamt högkostnadsskydd ersätter tidigare system för den öppna vården. Samtidigt bör särskild näring ingå i patientavgiften (RH) och matabonnemanget (kommunerna) vid inskrivning på sjukhus respektive plats i vårdboende.

Detta innebär att den kommunala ersättningsvariationen försvinner och att samma sak sker med nuvarande kontantbidrag som RH idag betalar ut till vuxna personer med glutenintolerans. Det finns idag en rad olika födoämnesallergier med större eller mindre påverkan på människors kostintag. Ingen av dessa berättigar till särskild ekonomisk ersättning från landsting och regioner. Idag är det endast fem landsting/regioner som har ett särskilt bidrag till personer med glutenallergi. Arbetsgruppens rapport menade att det inte är rimligt att genom bidrag subventionera en grups ökade livsmedelskostnader, när detta inte sker på motsvarande sätt för övriga grupper. Även det allt större utbudet av glutenfria produkter i dagligvaruhandeln och sjunkande priser på dessa, talar för att denna bidragsform fasas ut.

Sammanfattningsvis innebär det omarbetade förslaget att:

- Ett för huvudmännen gemensamt högkostnadsskydd för vuxna⁴ brukare/patienter införs om 1 700 kr per månad för förskrivna SärNär-produkter inom den öppna vården och omsorgen.
- Kostnaden för SärNär-produkter ingår i matabonnemanget för personer på särskilda boenden och för de som har ett boende med särskilt stöd och service samt i patientavgiften för de som vårdas ineliggande på sjukhus.
- Distributionen av SärNär-produkter betalas av huvudmännen.

Ovanstående innebär även att tidigare tillämpade system för subventioner och bidrag till vuxna brukare/patienter tas bort i RH och kommunerna.

Nivån på förslaget högkostnadsskydd följer förslag till egenavgift för helnutrition i arbetsgruppens rapport. Denna lades mellan Konsumentverkets beräkning för genomsnittlig matkostnad för vuxna per månad (1 931 kr under 2014) och nuvarande maxtaxa för subventionerade särskilda livsmedel inom RH (1 400 kr).

Sammantaget innebär förslaget att RH och kommunerna i fortsättningen använder samma system för att skydda brukare och patienter mot höga kostnader för SärNär. För patienter och brukare innebär det lägre priser på produkterna, ett skydd mot höga kostnader och en bättre tillgänglighet genom att distributionen förändras.

Brukares kostnader för matabonnemanget kan variera i olika kommuner. Detta är dock inte en fråga för detta arbete som rör möjligheterna att få en rimlig kostnadsstruktur för hallänningarnas SärNär-produkter. Eventuellt lika avgifter för annan kommunal service är helt och hållet en fråga för länets kommuner.

RH föreslås förvalta de strukturer som krävs för att driva det nya systemet för SärNär. Det gäller framför allt de distributionskostnader och eventuella kostnader för IT som uppstår.

⁴ Äldre än 16 år.

Respektive huvudmans kostnadsandel av dessa kan förslagsvis utgå från antalet förskrivningar eller annat lämpligt mått.

3.2.3 Implementering av IT-stöd

Idag saknas ett adekvat IT-stöd för förskrivning, beställning, distribution och fakturering. RH och kommunerna kan därför i mycket begränsad utsträckning följa upp användningen av SärNär-produkter och möjligheterna att effektivisera förskrivnings- och distributionsprocesser är därför mycket små.

I arbetsgruppens rapport redovisas endast Sesam LMN som används i VGR, Region Örebro och Landstinget Sörmland för olika läkemedelsnära produktgrupper. Det sistnämnda använder dock applikationen endast för inkontinensprodukter. För SärNär har man upphandlat Medic som lagerhållare och distributör. Detta företag har en egen programvara som hanterar såväl förskrivning/beställning och fakturering till brukare/patient och till huvudmännen. Landstinget har valt att upphandla produktsortimentet i egen regi.

I både Sesam LMN och Medics lösning arbetar förskrivaren mot en webbportal. Anslutna till applikationen är sjukhus och vårdcentraler, kommunernas hemsjukvård och vårdboenden samt privata verksamheter inom den primär- och sekundärkommunala verksamheten. Programvarorna används vid förskrivning och distribution samt ger underlag till betalningar och fakturering.

I VGR finns av två lagerhållare och distributörer av läkemedelsnära produkter. Skövdedepån som drivs i regionens regi medan den andra är upphandlad. Även Skövdedepån arbetar dock med upphandlade distributörer. I starten ingick två produktgrupper i systemen - inkontinens och SärNär. Därefter har diabetes- och stomiprodukter tillkommit och fler är på väg in. Bl a har dialysprodukter, förband och kompressionsstrumpor diskuterats. Egentligen är allt intressant som är hemtransporterbart och där upphandling kan ge billigare priser.

De stora fördelarna med ett IT-stöd av denna typ är att:

- Förskrivarna får koll på sina förskrivningar
- Huvudmännen får bättre uppföljning och kontroll på kostnader.
- Utvärderingar kan göras utifrån riktiga data
- Gör att produktupphandlingar får genomslag (ger verktyg för förskrivning/beställning, fakturering och distribution).
- Möjliggör distributionsupphandlingar.

Medics portal har motsvarande funktionalitet, förutom att distributionen ingår. Här väljer man hela paketet, inte primärt en IT-applikation.

Utifrån ett läkar- och sjuksköterskeperspektiv innebär förskrivning i ett särskilt program ytterligare en inloggning. Förskrivningar kan även göras i läkemedelsmodulen, men då saknas all övrig funktionalitet som beskrivits ovan.

3.2.4 Kostnader för IT-stöd och distribution

I arbetsgruppens rapport finns i bilaga 2 en "Nytto- och kostnadsanalys samt värdering av IT-stöd för SärNär".

Här beskrivs kostnaderna utifrån licenskostnader för Sesam LMN och kostnader för införandet:

- 25 660 kr (engångsavgift licens)
- 8 553 kr/månad (inkl underhåll, support och nyttjandelicens)
- 2 000 kr/månad (statistikmodul)

- 300 000 – 400 000 kr för införandeprojekt (bl a konvertering och migrering av data, integration, projektledning, utbildning systemförvaltning och utbildning av en mindre grupp förskrivare som i sin tur förväntas utbilda övrig)

Med de omfattande förberedelserna som berör behöriga förskrivare, produktregister, patient- och brukarregister, kopplingar till ekonomisystemet och utbildning av förskrivare, förefaller införandekostnaderna vara lågt räknade. En förklaring kan vara att kostnadsposten främst innehåller kostnader för projektledare och vissa centrala aktiviteter, inte den tid som tas i anspråk av övriga berörda medarbetare när register ska läggas upp och många personer ska utbildas i råväl regionen som kommunerna. Applikationen kräver också en systemansvarig bland huvudmännen.

Medic har en annan affärsmodell som också påverkas av att man har lager och distributionsansvaret. Medic åtar sig också att upphandla önskat sortiment, men i Sörmlands fall har man sett fördelar med att göra detta själva.

Kostnaden för Medic inkluderar sålunda ett totalansvar för applikationen (även inläggning av förskrivare och produkter, helpdesk) samt lagerhållning och distribution:

- 179 kr per förskrivning
- Med Landstinget Sörmlands cirka 700 förskrivningar per månad innebär det 134 250 kr per månad. Inga ytterligare kostnader tillkommer varken för landstinget eller för brukare/patienter.

Kostnaderna för respektive lösning är inte jämförbara då den senare innebär ett mycket större åtagande. Man kan dock anta att en distributör kan vara villig att ge bättre anbud om denne samtidigt kan använda den programvara de själva äger/använder i den övriga verksamheten.

3.2.5 Förslag till implementering av IT-stöd och distributionslösningar

Effektiviseringen av SärNär-hanteringen i Halland kräver både att det finns en fungerande förskrivnings-/beställningsapplikation med den funktionalitet som beskrivits ovan *och* en distributionsorganisation. Om inte det senare fungerar är man fortfarande bunden till uttag på apotek till högre priser för alla parter.

Arbetsgruppen föreslog i sin rapport att ett IT-system av ”typen Sesam LMN” införs. Innan en sådan rekommendation antas bör dock först övervägas på vilka andra sätt huvudmännen kan uppnå målen med en effektivare SärNär-hantering. Även denna fråga är kopplad till Regionservice´ upphandling av distributionstjänsten för SärNär. Distributionslösningen bör även innehålla möjligheten att inkludera andra läkemedelsnära produkter.

De nya produktavtalen kommer att ha samma omfattning som de som går ut 2015-12-31. Så fort distributionsfrågan är löst kan de utökas.

RH och kommunerna kan antingen välja att upphandla IT-systemet separat och därefter upphandla en distributör och lagerhållare, eller att upphandla en distributör med ett ändamålsenligt IT-system. I detta finns fler aktörer än Amesto (som äger Sesam LMN) och Medic, men dessa illustrerar ändå väl de val som står till buds.

De IT-lösningar som tillhandahålls i de olika fallen klarar ungefär samma saker. En skillnad kan vara Sesam LMS kräver mer av internt stöd i form av systemansvarig, samtidigt som statistikmodulen möjligen kan ge en mer finkornig uppföljning. Den typ av lösning som Medic har är enklare för huvudmännen att implementera och tycks dessutom vara starkare i logistik-/distributionsdelen. Framför allt innebär denna lösning att endast en upphandling behöver göras, eftersom distribution och IT-stöd kommer i samma paket. Såväl detta IT-stöd som det som ges av Sesam LMN är flexibla och kan lägga till nya läkeme-

delsnära produktområden i systemen. En nackdel kan uppstå vid leverantörsbyten om det samtidigt skulle innebära ett nytt gränssnitt för förskrivarna.

I VGR:s upphandlingar krävs bestämningsgränssnittet utifrån Sesam LMN, vilket inneburit ett integrationsarbete med upphandlade distributörens system.

Vilken väg huvudmännen i Halland ska välja avgörs av flera saker. För det första är Halland sannolikt för litet för att hantera distributionen i egen regi. För det andra gäller frågan om man önskar att hantera två separata upphandlingar – först IT-stödet och sedan distributionsupphandlingen för de läkemedelsnära produkterna? Eller vill man ha en mer heltäckande funktionsupphandling? För det tredje är frågan om man vill ta på sig ett systemansvar vid inköp av ett särskilt IT-system.

Utifrån rådande förutsättningar, inklusive behovet att få större ordning och reda inom SärNär-området och vidmakthålla en flexibilitet inför att inkludera andra läkemedelsnära produktområden i systemet, föreslås att huvudmännen genom RH genomför en lager och distributionsupphandling med liknande förtecken som gjorts i Landstinget Sörmland.

För distributionsupphandling och IT föreslås att RH och de sex kommunerna förtydligar Regionservice pågående uppdrag att upphandla lagerhållning och distribution av SärNär-produkter utifrån att:

- Distributörens IT-stöd klarar förskrivning/beställning, lagerhållning, distribution, fakturering till kunder/huvudmän utifrån gällande regelverk och uppföljning till huvudmän och förskrivare.
- Leverantörens IT-system och kapacitet i övrigt klarar att utöka sortimentet till andra läkemedelsnära produktområden.
- Produktupphandlingar även fortsättningsvis görs gemensamt av huvudmännen och inte av upphandlad distributör.

3.3 Förutsättningar för genomförande

För den fortsatta beredningen, beslutsfattande och genomförandet av aktuella förslag behöver ett antal förutsättningar vara uppfyllda. Dessa berör:

- En tydligare (gemensam) beställarfunktion för SärNär hos huvudmännen som inkluderar avtalsvård och avtalsuppföljning.
- Regelverk och rutiner för förskrivning, riktlinjer för kostbehandling.
- Utbildning/godkännande av förskrivare
- En ändamålsenlig berednings- och beslutsprocess (se 3.3)

Oavsett krav på och val leverantör för ovanstående upphandling finns ett behov att definiera avtalsförvaltningen på ett tydligare sätt. Denna typ av upphandling kräver nära samverkan med leverantören och uppföljning av levererad kvalitet. I Sörmland ligger detta ansvar på enhetschefen för landstingets dietistenhet. I VGR på CLP (Centrum för läkemedelsnära produkter). Det finns givetvis också ett stort behov av riktlinjer för förskrivare, utbildning av förskrivare och att skapa bättre system för uppföljning.

Något som kan underlätta utvecklingen av ovanstående är att länets dietistresurser nu samlas på Hallands sjukhus. De resurser som tillkommit från närsjukvården har dock varit begränsade och i styrförutsättningarna ligger därför att prioritera patientarbetet. Ett uppdrag att också ta ett bredare ansvar för avtalsförvaltning och områdets bredare utveckling kräver i dagsläget dedikerade resurser. Ett sådant uppdrag innebär att utveckla regelverk, arbeta med utbildning och uppföljning av förskrivningsmönster, medverka vid avtalsuppföljning etc. Det kräver också ett nära samarbete med kommunernas koststrategier eller motsvarande

befattningar. I nuvarande beredningsskede behövs även en operativ sammanhållande person på några timmar per vecka.

3.4 Förslagets beredning av huvudmännen

I ett första steg presenteras förslagen för referensgruppen. Efter diskussion och godkännande i denna lämnas förslaget vidare till *Strategisk grupp – socialtjänst och hälso- och sjukvård* för ett bredare ställningstagande. Eftersom flera ledamöter i referensgruppen tillhör *Taktisk grupp funktionshinder*, bedöms förslaget kunna processas direkt på strategisk nivå.

Efter behandling och godkännande i *Strategisk grupp* bör förslaget förankras i den gemensamma hemsjukvårdsnämnden, alternativt kommunberedningen. Det är viktigt att snabbt få ett principiellt stöd för konstruktionen med kostnadsansvar, högkostnadsskydd och principer för upphandlingen, i syfte att kunna gå vidare med nödvändiga förberedelser för genomförandet.

Den del av förslaget som gäller införande av ett högkostnadsskydd och avveckling av existerande subventionsmodeller, måste beredas i ordinarie budgetarbete och beslutas av fullmäktige hos var och en av huvudmännen. Kommunallagens 8 kapitel om ekonomisk förvaltning anger att fullmäktige ska meddela närmare föreskrifter om medelsförvaltningen. Detta innebär också att fullmäktige fattar alla avgiftsrelaterade beslut, oftast i samband med budgetbeslutet, eftersom dessa också påverkar på den samlade ekonomin.

2015-11-10

Ulf-Johan Olson

Utvecklingspartner i Stockholm AB