



Interpellation till Regionråd Kenneth Backgård om avstånds- och litenhetsersättning, tidigare glesbygds- och avståndsersättning.

I oktober beslutade Regionstyrelsen i en översyn av ersättningsmodell för vårdval i primärvården om förändrad modell för ersättning till hälsocentraler i glesbygd. De tidigare reglerna för glesbygds- och avståndsersättning byggde på att hälsocentraler i glesbygd har ett större ansvar och bredare uppdrag och därför behöver kompenseras för de merkostnader det medför, tillsammans med en ersättning för de långa avstånden till sjukhus som vårt stora län innebär. Den nya modellen kompenserar istället i första hand för avstånd tillsammans med en beräkning av antal listade vid hälsocentralerna, där under 5000 listade ger en så kallad litenhetsersättning istället för glesbygdsersättning. Litenhetsersättningen ska gå till hälsocentraler i geografiska områden med litet befolkningsunderlag som inte har samma möjligheter att öka volymen och därmed de ekonomiska förutsättningarna

Den nya modellen för beräkning har medfört en omfördelning av de pengar som betalas ut till hälsocentraler i glesbygd.

Två av de tre hälsocentraler med längst avstånd till sjukhus, Arvidsjaur och Pajala, går miste om litenhetsersättningen då en fast gräns för antal listade har införts. Detta trots att även dessa hälsocentraler ligger i geografiska områden med litet befolkningsunderlag, utan större möjlighet att öka volymen och ekonomiska förutsättningar.

Hälsocentralerna i östra Norrbotten, Pajala, Övertorneå, Haparanda och Övertorneå, får alla totalt en minskad ersättning i den nya fördelningen. Glesbygdskommuner som har en försörjningskvot på 1,0 eller mer, bestående av en allt äldre befolkning.

Att små hälsocentraler i glesbygd har ett bredare uppdrag och ett stort ansvar för en ofta äldre befolkning, är en verklighet i ett län som Norrbotten. Det arbete som bedrivs på dessa hälsocentraler är av största vikt för att alla medborgare i regionen ska ha tillgång till lika vård. Med en liten andel av befolkningen som underlag för de intäkter som behövs för att bedriva detta, måste de medel som fördelas prioriteras rätt.

Jag frågar därför:

- Vad är anledningen till att ersättningsmodellen för hälsocentraler i glesbygd behövde förändras?
- Anser du att utformningen av litenhetsersättningen, med fast gräns för antal listade, är rätt metod för att beakta glesbygds hälsocentralers förutsättningar?
- På vilket sätt anser du att den nya ersättningsmodellen bidrar till nära vård, decentralisering och utveckling av länets alla delar?
- Kommer hälsocentraler i glesbygdskommuner med en hög och stigande försörjningskvot att kompenseras på något annat sätt?

Linda Jonsson
Vänsterpartiets regiongrupp