



**Landstingsrevisionen
Landstinget i Jönköpings län**

**Nytt styrsystem för köpt vård
Granskningsrapport**

KPMG

7 november 2006

med justeringar införda 31 januari 2007

Innehåll

Sammanfattning	1
1. Bakgrund	2
1.1 Projektets syfte och inriktning	2
1.2 Metod och genomförande	2
2. Köpt vård	3
2.1 Olika former av köpt vård	3
2.2 Omfattning och kostnader	4
3. Styrning av köpt vård (rikssjukvård)	5
3.1 Direkt styrning – kostnader i fokus	7
3.2 Indirekt påverkan – ekonomistyrning i fokus	8
4. Den nya styrningens resultat	8
4.1 Referat av genomförda intervjuer – sjukvårdsdirektörer och ekonomichefer på sjukvårdsområdena	9
4.2 Referat av genomförda intervjuer – verksamhetschefer	10
5. Granskningens kontrollfrågor	14
6. Slutsatser och rekommendationer	15

Sammanfattning

I detta avsnitt görs en sammanfattning av besvarandet av granskningens kontrollfrågor samt de slutsatser och rekommendationer som görs i rapporten (avsnitt 5 och 6).

Det nya styrsystemet innebär att kostnadsansvaret för köpt rikssjukvård och köp av rättspsykiatrisk vård i Vadstena fördelades ut på sjukvårdsområdena – och i sin tur på klinikerna – istället för att ligga centralt. Syftet med det förändrade styrsystemet var att göra budgetsystemet mer logiskt och samla det ekonomiska ansvaret på den nivå där de beslut fattas som påverkar kostnaderna. Ett underliggande syfte var att förstärka ekonomistyrningskompetensen i organisationen genom att koppla samman medicinskt ansvar med ekonomiskt ansvar på sjukvårdsområdes- och klinikinivå.

Innan förändringen var kostnadskontrollen på klinikinivå förhållandevis låg. På central nivå hantades kostnaderna för köpt vård och handläggningen av inkommande fakturor (det sistnämnda gäller fortfarande).

Förändringen verkar inte ha påverkat vårdutbudet för länets befolkning då köpt rikssjukvård till dominerande del handlar om komplicerade vårdinsatser, där inslaget av valfrihet är lågt. Flera kliniker (t.ex. de ortopediska) håller på med kontinuerliga översyner om vilka vårdåtgärder som kan hämtas hem. Efter införandet av det nya styrsystemet har vissa vårdinsatser hämtats hem till landstinget istället för att köpas in. Men dessa exempel kan inte ensidigt knytas till det nya styrsystemet utan är även ett resultat av andra faktorer (vårdgarantin, pågående eget utvecklingsarbete).

I princip är sjukvårdsområdena och klinikerna försiktigt positiva eller i stort sett neutrala till det nya budgetsystemet. Systemet innebär inga större skillnader i sak i verksamheten. Val av vårdinsats beror på medicinska bedömningar i första hand och därefter ekonomiska. Några kostnadsminskningar till följd av det nya systemet kan inte utläsas. Merparten av den köpta vården uppges vara medicinskt motiverad och kostnadsvolymen påverkas inte i större utsträckning. I årsredovisningen räknar inte heller landstinget självt hem några kostnadsminskningar till följd av det nya styrsystemet.

Den stora vinsten med det nya styrsystemet torde istället ligga i den ökade verksamhetsuppföljningen och kostnadsmedvetandet på klinikinivå som systemet av allt att döma bidragit starkt till. På längre sikt kan detta innebära ett mer innovativt (snarare än statiskt) förhållningssätt från verksamhetschefer och ekonomer gentemot den egna klinikens processer och arbetssätt. Det nya styrsystemet innebär därigenom att kraven ökat vad gäller verksamhetschefernas förmåga att styra och följa upp verksamheten.

I det fortsatta arbetet med utvecklingen av styrsystemet bör landstinget:

- Fortsätta betona vikten av verksamhets- och ekonomiuppföljning på klinikinivå.
- Överväga att utveckla den centrala ekonomifunktionen till ett mer aktivt stöd för klinikerna och de lokala ekonomerna.
- Utredda de olika befolkningsflöden som sägs påverka sjukvårdsområdenas kostnader och intäkter för köpt akut/valfri vård.
- Planera och genomföra en genomgripande utvärdering av det nya styrsystemets effekter.

1. Bakgrund

Sedan halvårsskiftet 2004 har en ny styrmodell införts i Landstinget i Jönköpings län, med syfte att få en bättre kontroll av kostnaderna mellan den vård som utförs i egen regi och den vård som köps från regionen och riket. Kostnadsansvaret för köpt rikssjukvård och köp av rättspsykiatrisk vård i Vadstena fördelades ut på sjukvårdsområdena istället för att ligga centralt. Vid fastställandet av budgeten för 2005 var det ännu oklart vilka effekter det förändrade styrsystemet fått.

Landstingsrevisorerna i Landstinget i Jönköpings län har givit KPMG i uppdrag att granska införandet av det nya styrsystemet.

1.1 Projektets syfte och inriktning

Granskningens syfte är att kartlägga vad det nya styrsystemet innebär samt bedöma om förändringen har fått avsedd effekt. Granskningen har inriktats på följande frågeställningar:

- Vad var syftet med förändrat styrsystem? Vad var syftet ur ekonomi- och patientperspektiv?
- Hur fungerade kostnadskontroll, mm innan förändringen av styrsystemet genomfördes?
- Vad innebär det nya styrsystemet?
- Har förändringen påverkat vårdutbudet för länets patienter/befolkning?
- Har förändringen medfört att man "tagit hem" viss vård? Om så är fallet är det en önskvärd effekt ur patientperspektiv och ekonomiskt perspektiv?
- Hur upplevs förändringen av sjukvårdsområdena?
- Har det nya systemet fått förväntad effekt? Går det att utläsa/mäta?

1.2 Metod och genomförande

Informationsinsamlingen till granskningen har huvudsakligen varit baserad på intervjuer med nyckelpersoner i verksamheten:

- Sjukvårdsdirektör och ekonomichef för samtliga tre sjukvårdsområden.
- Ett urval verksamhetschefer från samtliga sjukvårdsområden, där förekomsten av köpt vård bedömts som väsentlig.
- Representanter för de centrala planerings- och ekonomifunktionerna.

Därutöver har relevant dokumentation samlats in och analyserats.

Granskningen har utförts av KPMG:s konsult Mårten Levin i samverkan med landstingets revisionschef Gunnar Bergh.

2. Köpt vård

2.1 Olika former av köpt vård

All vård i landstinget sker inte i egen regi, utan utförs i såväl riket, regionen som i länet av andra vårdgivare. Drivkraften bakom diversifieringen av vårdens utförande är utvecklingen av och tillgången till alltmer avancerade vårdåtgärder. Det är inte resurs- och kompetensmässigt möjligt för ett enskilt landsting att själv tillhandahålla alla olika vårdåtgärder som länets invånare kan komma i behov av. Ett annat skäl kan också vara kapacitetsbrist, dvs. landstinget har tillgång till vårdåtgärden, men har inte möjlighet att erbjuda patienten vård inom erforderlig tid.

Huvudsakligen handlar köpt vård om regionsjukvård och rikssjukvård:

- Regionsjukvård avser främst köp av högspecialiserad vård vid Universitetssjukhuset i Linköping.
- Rikssjukvård avser köp av högspecialiserad vård från andra vårdgivare än Universitetssjukhuset i Linköping, vilket i praktiken främst handlar om Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Stockholms läns landsting.

När landstingets läkare för över patienter till andra vårdgivare pga vårdbehov (som inte kan tillgodoseas då det inte ingår i landstingets vårdutbud, ofta s.k. högspecialiserad vård) eller kapacitetsbrist kallas det för remitterad vård. De flesta fall av remitterad vård sker inom avtal med regionen (Universitetssjukhuset i Linköping). Utanför regionen köper landstinget vårdåtgärder enligt fastställda principer i riket eller enligt speciella villkor som fastställts i regionavtal i den region dit landstinget remitterar patienter.

Men köpt vård kan även förekomma utan landstingets remitterande kontroll. Detta inträffar när patienten akut sökt vård i annat landsting eller genom sin valfrihet själv påverkar valet av vårdgivare. Valfriheten är en rättighet som betonas av landstinget och valfrihetsreglerna tillämpas.

Man har inte valfrihet för högspecialiserad vård. Valfriheten gäller det vårdutbud som landstinget har och som man strävar efter att tillgodose inom länet. Patienten har enligt vårdgarantin rätt till valfrihetsremiss om landstinget inte kan leva upp till detta. För de delar där landstinget har gränsavtal kan patienten välja att fritt söka vårdgivare utan valfrihetsremiss.

Gränsdragningen mellan akut vård och valfri vård är inte knivskarp. En patient behöver inte fysiskt befinna sig i ett annat län när det aktuella vårdbehovet uppstår, utan kan av närmast traditionella skäl välja ett annat landsting ändå. Som exempel på detta nämns ofta att boende i sydvästra delarna av Värnamo sjukvårdsområde ofta söker till Hallands län (Halmstad). Det motsatta förhållandet finns i öster, där patienter bosatta utanför länet (Kronobergs län) söker sig till sjukhuset i Eksjö (som även, menar vissa, också är dimensionerat för att ta emot dessa utomlänspatienter).



Vidare beskrivs det att boende i Värnamo sjukvårdsområde ofta semesterar på västkusten, vilket påverkar siffrorna för köpt vård från Hallands län avseende akut vård. Samma samband påstås även finnas i sydöst där boende i höglandets sjukvårdsområde ofta semesterar på östkusten (Kalmar län).

2.2 Omfattning och kostnader

Den dominerande verksamheten inom köpt och upphandlad vård är den högspecialiserade vården i regionen (Universitetssjukhuset i Linköping). Följande tabell ingick i redovisningen av köpt vård i landstingets årsredovisning för år 2005:

Köpt och upphandlad vård	2003	2004	2005
Specialiserad somatisk vård			
– Vårdtid i dagar	21 746	17 646	19 994
– Antal läkarbesök	64 040	60 621	59 489
– Antal besök andra personalkategorier	8 284	9 611	11 662
Specialiserad psykiatrisk vård			
– Vårdtid i dagar	6 483	6 192	8 282
– Antal läkarbesök	3 345	3 451	3 463
Primärvård			
– Antal besök, läkare	67 472	63 774	64 657
– Antal besök, sjukgymnast	102 104	102 649	100 121
Hjälpmedelsverksamhet			
– Antal besök, utprovning	11 781	11 324	13 877

Statistiken för år 2003 och 2004 har reviderats att kunna var jämförbara med år 2005.

Följande iakttagelser om förändringar mellan åren 2004 och 2005 kan göras:

- Totalt antal besök inom specialiserad somatisk vård är i stort det samma. Andra besök än läkarbesök ökade med 21 procent.
- Vårdtid i dagar inom specialiserad somatisk vård har ökat med 13 procent.
- Antal läkarbesök inom specialiserad psykiatrisk vård är i stort det samma.
- Vårdtid i dagar inom specialiserad psykiatrisk vård har ökat med 34 procent. Detta förklaras huvudsakligen av ett ökat antal patienter, snarare än längre vårdtider per patient.
- Antalet läkarbesök inom primärvård är i stort sett det samma (ökning med drygt 1 procent), medan antalet övriga besök (främst hos sjukgymnast) minskat ungefär 2 procent.
- Antalet besök vid den ortopedtekniska hjälpmedelsverksamheten (t.ex. utprovning av benproteser) har ökat med 23 procent.

År 2005 kostade den köpta vården (regionsjukvård och rikssjukvård) 528 miljoner kronor, motsvarande en ökning med 2 procent jämfört med år 2004 (räknat i fast prisnivå). Ökningen förklaras av extra kostnader utöver avtal inom regionsjukvården, främst:

- implantat i väntan på hjärttransplantationer,
- ökade kostnader för köp av rättspsykiatri,
- för akut/valfri vård inom rikssjukvården.

Kostnaderna för köp av rikssjukvård uppgick år 2005 till 142 miljoner kronor sedan kostnader för rättspsykiatri räknats bort. Detta motsvarar en kostnadsökning i fast pris på 1 miljon kronor.

Kostnaderna för akut/valfri vård fördelar sig mellan de tre sjukvårdsområdena enligt nedanstående tabell. Totalt uppgick kostnaden till knappt 60 miljoner kronor.

Köpt akut/valfri vård år 2005 (kr)

Vårdtyp	Värnamo	Höglandet	Jönköping
Slutenvård Akut/Val	8 319 909	8 695 412	10 768 971
Öppenvård Akut/Val	8 310 563	10 186 960	9 358 442
Remitterad Valfrihet	560 575	1 662 459	972 041
Övriga Kostnader	75 878	153 807	719 694
Totalt	17 266 925	20 698 638	21 819 148

I sjukvårdsområdenas kostnadsredovisning särredovisas en post som benämns "Dyra Patienter". Detta avser patienter för vilka den enskilda köpta vårdinsatsen uppgår till eller överstiger 300 000 kronor. Dessa patienter är undantagna från de olika klinikernas ekonomiska ansvar och kostnaden bärs istället av resp. sjukvårdsområde. Totalt uppgick kostnaden till ca 20 miljoner kronor år 2005 och fördelade sig mellan sjukvårdsområdena enligt nedan.

Vårdtyp	Värnamo	Höglandet	Jönköping
Dyra Patienter	3 641 466	1 156 550	15 285 087

Kostnaderna för rättspsykiatri ligger i sin helhet under Jönköpings sjukvårdsområde. Dessa kostnader har ökat kraftigt, speciellt under senare delen av år 2005. Ökningen blev över nio miljoner kronor. Bakgrunden är att antalet som döms till rättspsykiatrisk vård fortsätter att öka kraftigt i länet. Vårdplatser har köpts från Vadstena och dessutom har patienter som inte har särskild utskrivningsrätt vårdats på behandlingshem.

3. Styrning av köpt vård (rikssjukvård)

Som nämnts inledningsvis förändrades landstingets styrning av köpt vård från den 1 juli 2004. Då fördes kostnadsansvaret för köpt rikssjukvård och köp av rättspsykiatrisk vård i Vadstena från landstingstyrelsen till de tre sjukvårdsområdena.

Beslutet att förändra styrningen presenterades på följande sätt i Cirkulär E 2504, daterat 2004-11-30:

Under de senaste åren har intäkterna för såld vård ökat, vilket medfört ett ökat ekonomiskt utrymme för sjukvårdsförvaltningarna, samtidigt har kostnaderna för den köpta vården ökat. Budgetansvaret för den köpta vården ligger centralt inom landstinget. Under de senaste åren har budgeten för denna verksamhet kraftigt överskridits och för 2004 har en extra budgetförstärkning med 30 miljoner kronor fått göras.

Mer än 60 procent av kostnaderna för den köpta vården är en följd av remisser från verksamheten, medan resterande kostnader är en följd av valfri vård eller akutvård. En hög tillgänglighet inom det egna länet innebär också att den valfria vården delvis är påverkbar. Det finns också en gråzon mellan valfri vård och akut vård.

För att uppnå en bättre styrning fördelas delar av budgeten för den köpta vården ut till sjukvårdsförvaltningarna så att de får ett samlat ekonomiskt ansvar för både den sålda och den köpta vården.

Vid tidpunkten för införandet av den förändrade styrningen skedde även den budgettekniska omfördelningen från centrala landstinget till sjukvårdsområdena. Omfördelningen uppgick till totalt 74,2 miljoner kronor (motsvarande budgeten för ett halvår). Fördelningen mellan sjukvårdsområde framgår av nedanstående tabell.

Utfördelning av budget för köp av rikssjukvård, 2004-07-01 (tkr)

Vårdtyp	Värnamo	Höglandet	Jönköping	
Primärvård	1 304	1 658	2 079	
Specialiserad somatisk vård	9 205	12 879	34 652	
Specialiserad psykiatrisk vård	695	873	10 879	
Totalt	11 204	15 410	47 610	74 224

Huvuddelen av den totala budgeten på 74,2 miljoner kronor finansierades av det centrala anslaget för köp av rikssjukvård samt 6,5 miljoner kronor som överfördes från anslaget för köp av regionsjukvård. Dessa 6,5 miljoner kronor var medel för köp av rättspsykiatri i Vadstena som nu fördes över från regionsjukvård till rikssjukvård, så att köpt rättspsykiatri samlades under rikssjukvården. Köp av rättspsykiatri ingår numera heller inte i den samlade regionala överenskommelsen med Universitetssjukhuset i Linköping.

År 2005 var de tre sjukvårdsområdenas budget för köp av rikssjukvård 166,4 miljoner kronor, fördelat på följande sätt.

Fördelning av budget för köp av rikssjukvård för år 2005 (tkr)

Vårdtyp	Värnamo	Höglandet	Jönköping	
Primärvård	2 686	3 415	4 283	
Specialiserad somatisk vård	23 162	26 531	71 683	
Specialiserad psykiatrisk vård	1 432	1 798	31 411	
Totalt	27 280	31 744	107 377	166 401

Under 2005 förstärktes budgeten för rättspsykiatri med 9 miljoner kronor och för länsdelssjukvård ändrades budgeten för dyra patienter till att vara befolkningsfördelad, vilket innebar 2,9 miljoner kronor ytterligare till Värnamo sjukvårdsområde. Samma sjukvårdsområde fick också en budgetförstärkning med 1,3 miljoner kronor för akut vård – i huvudsak som kompensation för stort öppenvårdsflöde till Halland.

Procentuellt sett innebär detta att Värnamo sjukvårdsområde fick en ökad andel av den totala budgeten med 1,3 procentenheter år 2005 i jämförelse med motsvarande andel av budgeten för andra halvåret 2004. Motsvarande förändring för Höglandet var -1,7 procentenheter (i reella tal var dock budgeten i stort sett oförändrad). För Jönköping var förändringen av andelen av den totala budgeten av mer begränsad omfattning (+0,4 procentenheter).

3.1 Direkt styrning – kostnader i fokus

Av motiveringen framgår att man från centralt håll har två huvudsakliga bevekelsegrunder för den förändrade styrningen:

- Den första är av principiell art. Eftersom de tre sjukvårdsområdena (och de olika klinikerna därunder) förfogar över de intäkter som kommer av vård som säljs till andra landsting ska man också bära kostnaderna för de patienter som istället för att vårdas i sjukvårdsområdet förs över till andra landsting.
- Den andra är ett behov av att sänka kostnaderna i verksamheterna. Av kostnaderna i verksamheterna anges att 60 procent är en följd av remisser från verksamheten, vilket till del går att påverka genom en förändrad budgetstyrning, enligt cirkuläret. Hypotesen är att klinikernas nyttjande av rikssjukvård inte står i överensstämmelse med det medicinska behovet, vilket skulle bero på att rikssjukvård uppfattas en "fri resurs" på lokal nivå.

Resterande 40 procent av kostnaderna, som kommer av akut/valfri vård, är delvis en följd av tillgänglighet till vård, vilket "också" går att påverka.

3.2 Indirekt påverkan – ekonomistyrning i fokus

Det nya styrsystemet syftade till, som beskrivits ovan, att uppnå kostnadsreduceringar inom köpt vård. Utifrån genomförda intervjuer framkommer även att landstinget ville – genom att lägga ansvaret för köp av vård lokalt på klinikerna – åstadkomma en förstärkning av sjukvårdsområdenas och klinikernas egen ekonomi- och verksamhetsuppföljning. En central personalgrupp för att åstadkomma detta är ekonomerna. Genom att involvera ekonomerna i klinikernas arbete ökar man möjligheterna för verksamhetscheferna att få ett bättre stöd för analys av kostnader och verksamhet.

Underförstått innebär detta en förstärkning av ekonomernas nuvarande roll mot en renodlad controllerfunktion med externt fokus och med viss övervakning av de operativa processerna vid klinikerna.

Systemet ställer därmed också större krav på verksamhetscheferna att tillgodogöra sig detta stöd.

Enligt det system som gäller idag hanteras alla fakturor centralt. Via interna omföringar och de uppföljningsunderlag, som lämnas från hälso- och sjukvårdsavdelningen, görs klinikerna medvetna om kostnaderna för de köpta vårdinsatserna. I vissa fall sker kommunikation med klinikerna före betalning av faktura med stöd av ett remissregister, men klinikerna ser inte själva fakturan i detalj.

Sammanfattningsvis såg landstinget det som viktigt att knyta ihop medicinskt ansvar med ekonomiskt ansvar. Detta kan tänkas ta sig uttryck på olika sätt:

- Verksamhetscheferna ska ha låg acceptans för vakanser i strategiska personalgrupper och som måste kompenseras med köpt vård.
- En ökning av klinikernas förmåga att granska och följa upp de köpta vårdåtgärderna och eftervården.
- Ökade incitament för verksamhetscheferna att aktivt ta del av kontrollåtgärder som fakturagranskning (avtalsenligt belopp, rätt tjänst m.m.).

4. Den nya styrningens resultat

I årsredovisningen för år 2005 kommenterar landstinget förändringen avseende kostnadsnivån för köpt rikssjukvård:

Däremot har kostnaderna för remitterad vård utanför regionen minskat. Denna minskning kan ha ett samband med en ökad remittering till regionsjukvård. Förändringen måste emellertid tolkas med försiktighet, eftersom patientsammansättning och sjuklighet varierar mellan åren och kan påverka redovisade produktionsvärden och kostnader.

KPMG gör ingen annan analys än landstinget självt. De intervjuer som genomförts stödjer bilden av en generell förstärkning av den regionala vården. Detta kan dock ha andra förklaringsvariabler än att det är ett resultat av den nya styrningen för köpt vård. Ökad kapacitet inom regionen (Uni-

versitetssjukhuset i Linköping) och nytt avtal om regionsjukvård är andra förklaringsfaktorer som torde ha en mer direkt påverkan på förhållandet regionsjukvård-rikssjukvård.

De genomförda intervjuerna visar också att de vårdinsatser som kräver rikssjukvård är de mest komplicerade fallen. Dessa fall är ofta ett fåtal, men är förknippade med höga kostnader, dels för själva vårdinsatsen, dels för eftervård. Detta gör det svårt att fastställa ett ”normalår” avseende köpt rikssjukvård och dess kostnader. En mer säker finansiell analys av sambandet mellan den nya styrningen och kostnadsutfallet kräver en längre mätperiod.

4.1 Referat av genomförda intervjuer – sjukvårdsdirektörer och ekonomichefer på sjukvårdsområdena

Ledningarna för de tre sjukvårdsområdena är lojala med beslutet om det nya styrsystemet. Man förstår de principiella motiven bakom beslutet och menar det är som regel bra att kostnaderna ligger där besluten fattas.

Man ser vissa möjligheter till kostnadssänkningar (på marginalen, men ändå) och andra positiva effekter till följd av det nya styrsystemet:

- Även om inte själva vårdinsatsen kan utföras inom landstinget/regionen (operationen, transplantationen etc.) så kan eftervården hämtas hem. Därigenom minskar tiden som patienten vårdas utanför landstinget/regionen.
- Valet av vårdgivare och samarbetspartners utanför landstinget och regionen styrs i många delar av upparbetade relationer mellan kliniker och läkare. Det nya styrsystemet ger möjlighet att pröva dessa val. Systemet ger incitament att identifiera likvärdiga vårdalternativ.

Men man har samtidigt vissa invändningar:

- Man menar att den logiska kopplingen mellan köpt och såld vård (som är ett av motiven till det nya styrsystemet) är svag. Sett utifrån landstingets i Jönköpings län perspektiv bygger köpt vård på patientens vårdbehov och såld vård på egen kapacitet utöver den egna befolkningens vårdbehov.
- Klinikernas budgetar ska vara konstruerade utifrån kostnadsfaktorer som man kan påverka. Detta omfattar i liten utsträckning behovet av köpt vård.
- Köpt vård gäller ofta ett fåtal patienter, men med dyra vårdinsatser. Detta gör det svårt att budgetera köpt vård och de enskilda klinikerna riskerar stora ekonomiska underskott (trots att vårdåtgärder på 300 000 kronor eller mer bärs av sjukvårdsområdet).

Det nya styrsystemet ställer nya krav på ekonomernas aktiva medverkan i planering och budgetering av klinikernas verksamhet, vilket var ett av de underliggande syftena med åtgärden. Detta menar man är bra och sjukvårdsområdena verkar ha goda förutsättningar för detta. Inom sjukvårdsområdena har man en decentraliserad ekonomistyrning med s.k. klinikekonomer (motsv. controllers) som har fortlöpande dialog med verksamhetscheferna inom sina resp. bevakningsområden (3-4 kliniker var).

Det påpekas dock att detta nya ansvar som tillförts ekonomerna inte kompletterats med bättre resurser för att kunna möta upp kraven på utökat stöd och engagemang. Med detta avses i första hand tillgänglig tid.

Man är överlag även kritisk till hur omfördelningen av det centrala anslaget gjordes. Fördelningen mellan sjukvårdsområdena baserades på föregående 3 års utfall i genomsnitt, vilket inte behöver ha någon korrelation med utfallet för innevarande år.

Vissa kostnadsdrivande faktorer är att beteckna som strukturella. En tydlig sådan är omfattningen av den rättspsykiatriska vården (Jönköpings sjukvårdsområde), vilken bestäms av instanser som landstinget inte råder över. Sjukvårdsområdet kompenseras också för skillnader i belastning över tiden avseende denna vård. På samma sätt vill Värnamo sjukvårdsområde göra gällande att befolkningens traditionella benägenhet att semestra i Hallands län är en strukturell faktor som påverkar sjukvårdsområdets kostnader för akut/valfri vård.

4.2 Referat av genomförda intervjuer – verksamhetschefer

I granskningen har vi intervjuat följande sju kliniker:

- Jönköping: Kirurgkliniken, Barnkliniken och Psykiatriska kliniken
- Värnamo: Kirurgkliniken, Ortopedkliniken samt Medicinkliniken
- Höglandet: Ortopedkliniken

I det följande görs ett sammandrag av intervjuerna avseende de centrala frågeställningarna i granskningen.

1. Är köpt vård vanligt förekommande?

Värnamo	
Kirurgkliniken	Nej, det är inte särskilt vanligt. För kliniken är köpt rikssjukvård ett resultat av att patienten har sökt vård akut. Kostnader för köpt vård år 2005 låg på ca 2 mkr. Av denna summa stod de fem dyraste patienterna för ca 60 procent. Ett exempel på förekommande patientgrupp är kärlpatienter.
Ortopedkliniken	Ja, kliniken remitterar en hel del patienter till US i Linköping eller till Göteborg. Rikssjukvården består vanligen av tumörpatienter som remitterats till Göteborg. Vårdinsatsen Cementfria höfter gjordes tidigare i Göteborg, nu har kliniken hämtat hem den tekniken (vilket är att betrakta som en trend i flera landsting för just denna vårdåtgärd). Kostnaden för köpt vård år 2005 låg på ca 3 mkr (25 patientfall).

Medicinkliniken	Ja, det är relativt vanligt. Förutom att patienter söker akut vård i Halland remitterar kliniken transplantationsfall (t.ex. vad gäller njurar och lever) till Göteborg, hjärntumörfall (speciella gammaklinker) till Stockholm, neurologfall till Parkinsoncentra och vuxna med medfödda hjärtfel till Göteborg. Flertalet av fallen avser avancerade vårdåtgärder som inte finns tillgängliga inom regionen och som inte bedöms kunna hämtas hem (vare sig till landstinget eller ens regionen). Kostnaderna för köpt riks-sjukvård år 2005 låg på ca 6 mkr.
Jönköping	
Kirurgkliniken	Nej, det är inte särskilt vanligt. Kliniken remitterar endast ett begränsat antal patienter per år, men dessa är mycket komplicerade fall. Kostnaden för rikssjukvård ligger på ett par miljoner. Exempel på vanliga remitterade fall är kärlpatienter och hormonproducerande tumörer i mag-tarmkanalen.
Barnkliniken	Ja, det är vanligt. Köp av barnkirurgisk vård finansieras över barnklinikens budget. Exempel på vanliga remitterade fall rör barnonkologi och traditionell missbildningskirurgi, båda typerna remitteras till Göteborg. År 2005 var kostnaderna för köpt riks-sjukvård 20 mkr, vilket innebar ett underskott på 2 mkr.
Psykiatriska kliniken	Ja, det är vanligt. Rättspsykiatriska fall dominerar verksamhetsmässigt och kostnadmässigt, men även andra patientgrupper förekommer också, t.ex. metadoninställningar och olika former av anorexivård. Rättspsykiatrisk vård hade en budget på 27 mkr år 2005, köpt beroendevård 1,1 mkr och annan köpt vård 1,5 mkr.
Höglandet	
Ortopedkliniken	Nej, det är inte särskilt vanligt. Fokus ligger på köpt regionsjukvård och vårdåtgärden komplexa höftrevisioner. Kliniken tappade i början av 2000-talet en specialist på detta och fick istället köpa in vården från Linköping. Kliniken har dock börjat hämta hem denna vård och har lyckats väl med det på senare år.

2. Vad är drivkraften bakom köpt vård?

Värnamo	
Kirurgkliniken	Det går inte att styra patientflödena. Patientens vårdbehov avgör val av vårdåtgärd och utförare. Valfriheten är på så sätt ganska begränsad. Ett undantag är att tumörpatienter inte sällan önskar att få en "second opinion" efter besök vid US (Linköping). Kliniken försöker tillgodose sådana krav då man uppfattat det som ett allmänt godkänt förfarande och som dessutom kan ske till en mycket knapp kostnad (ca 3000 kronor för ett öppenvårdsbesök).
Ortopedkliniken	Det främsta är att ge patienten rätt vård. Alla val av vårdåtgärd och utförare utgår från den organisation som dimensionerats och byggts upp, styrt av den övergripande prioriteringen – i första hand inom landstinget, därefter inom regionen (Linköping) och till sist övriga landsting.

Medicinkliniken	Av de förekommande fallen där kliniken köper rikssjukvård är tillgången till kompetens avgörande. Samtidigt så styrs alla fall som kan hanteras inom regionen till Linköping. Möjligen skulle man kunna försöka styra över vissa neurologifall till regionen eller t.o.m. landstinget, men det är av olika praktiska skäl inte aktuellt. Troligen skulle det inte heller vara kostnadseffektivt.
Jönköping	
Kirurgkliniken	I enlighet med vad som uppfattas som den allmänna policyn är det vad som är det bästa för patienten som är helt avgörande vid val av vårdåtgärd och utförare. Valfrihet försöker man alltid gå tillmötes om önskemålet har medicinsk relevans och är möjligt i övrigt.
Barnkliniken	Tillgången till specialistkompetens är helt styrande. Inslaget av valfri vård är mycket litet.
Psykiatriska kliniken	Den rättspsykiatriska vården är helt fast och opåverkbar med intern budgetstyrning. Volymen rättspsykiatrisk vård beror på samhällets/rättsväsendets bedömningar.
Höglandet	
Ortopedkliniken	Den lokala tillgängligheten av högspecialiserad vård är personberoende och kan därför skifta snabbt. Vårdåtgärder inom ortopedi kräver ingen avancerad kringutrustning utan är helt kunskapsberoende. Inslaget av valfri vård är därför också mycket litet avseende klinikens patientgrupper.

3. Har det nya budgetsystemet inneburit någon påverkan på kliniknivå?

Värnamo	
Kirurgkliniken	Omfattningen av regionsjukvård har inte ändrat sig på något sätt. Egentligen ingen väsentlig ändring vad gäller rikssjukvård heller. Det som blir det blir, utifrån vad som är bäst för patienten. Däremot har kliniken blivit mer uppmärksam på frågan om köpt vård. Det har blivit en mer aktiv del i samband med budgeten. Möjligen kan man även se att det nya styrsystemet har bidragit till att göra rollfördelningen mellan landstinget och regionen klarare. Man är mer uppmärksam på att US (Linköping) gör vad man kommit överens om.
Ortopedkliniken	Idén bakom det nya styrsystemet är bra, på kliniken blir man uppmärksam på frågan. Även om man har begränsade möjligheter att påverka volym och kostnader. Att vårdåtgärden med cementfria höfter nu utförs på kliniken är dock en följd av det nya styrsystemet. Kliniken har haft vissa intäkter för operationer av patienter från Västra Götaland, men detta är inget som man eftersträvar. Dimensioneringen måste utgå från behovet i det egna upptagningsområdet, man måste först se till att regionens/landstingets vårdköer hålls nere.

Medicinkliniken	<p>Inga kostnadmässiga förändringar kan märkas. De patienter som måste skickas utanför regionen måste ju skickas. Systemet har samtidigt inneburit en stark styrning mot en begränsning av patienternas valfrihet.</p> <p>Systemet har samtidigt inneburit ett starkare allmänt medvetande om köpt vård. Man anser sig vara mindre bra på att följa upp vad man får för pengarna på den köpta vård (sker undersökningar?), men samtidigt finns inget starkt behov av att följa upp detta (låg risk). Systemet har också understrukit styrning mot regionen.</p>
Jönköping	
Kirurgkliniken	Nästan ingenting. Det har inte skett någon förflyttning av några patientgrupper.
Barnkliniken	<p>Det nya systemet har vitaliserat styrningen av köpt rikssjukvård på klinikinivå. Rikssjukvård har blivit en stående punkt på agendan och ett av de nyckeltal som följs upp varje månad. Fokus ligger på förbättrad styrning av vårdflödena! Man vill snabba på patientförflyttningar så att rätt vård ges i rätt tid. Det nya styrsystemet innebär en större drivkraft att följa upp på patientnivå (val av vårdställe samt uppföljning under vårdtid). Tillsammans med Göteborg ser man över 4-5 olika vårdprocesser i syfte att effektivisera insatser med lång vårdtid.</p> <p>Det nya budgetsystemet hjälper till i styrning mot regionutveckling. Kliniken har fört över olika fall från riksnivån till regionen – urinrörsmisbildning ändrat från Göteborg till US Linköping samt barn med inflammatorisk tandsjukdom (från Göteborg till US Linköping). Den här typen av förflyttningar gjorde man dock även tidigare för andra vårdgrupper även utan tydliga regiondrivkrafter.</p>
Psykiatriska kliniken	<p>Det har inte skett några dramatiska förändringar, men på det hela taget är systemet rätt bra. Har satt igång tankar om planering av den egna verksamheten och framtvingat en mer utvecklad kontroll över patientflödena – var de är och vilken vård de får. Inom rättspsykiatri har man långa samarbeten med vårdplatser. Nu gör kliniken regelbundna ställningstaganden då ärendena ständigt aktualiseras till följd av att fakturaunderlag inkommer med jämna mellanrum.</p>
Höglandet	
Ortopedkliniken	<p>Sammantaget har det varit bra. Vad gäller påverkan på verksamheten är dock vårdgarantin mer styrande. Det finns ett internt samarbete mellan landstingets ortopediska kliniker (man ska sträva efter att skicka patienterna till Jönköping istället för US).</p> <p>Detta samarbete har blivit mer intensivt pga regionsjukvård och vårdgarantin.</p>

Intervjuerna med verksamhetscheferna ger vid handen att det nya budgetsystemet där kostnaderna för köpt vård ska bäras av de enskilda sjukvårdsområdena, som i sin tur fördelar det på klinikerna, inte haft någon nämnvärd effekt vad gäller volym och kostnader.

Däremot vittnar flera verksamhetschefer om en mer indirekt effekt vad gäller verksamhetsstyrning och kvalitetskontroll över patientflöden. Frågan om köpt vård har synliggjorts på ett sätt som inte förekom tidigare. För de kliniker som har stor volym köpt vård (barnkliniken och psykiatriska kliniken) är denna påverkan tydligast. Det motsatta förhållandet finns för kirurgklinikerna som har små volymer köpt vård och mycket begränsade påverkansmöjligheter avseende patientflödet.

5. Granskningens kontrollfrågor

Denna granskning har ett antal fastställda kontrollfrågor, vilka besvaras i detta avsnitt.

Vad var syftet med förändrat styrsystem? Vad var syftet ur ekonomi- och patientperspektiv?

Syftet var att göra budgetsystemet mer logiskt och samla det ekonomiska ansvaret på den nivå där de beslut fattas som påverkar kostnaderna. Ett underliggande syfte var att förstärka ekonomistyrningskompetensen i organisationen genom att koppla samman medicinskt ansvar med ekonomiskt ansvar på sjukvårdsområdes- och klinikinivå. Detta förutsätter en utveckling av det stöd som lämnas av ekonomerna avseende planering, budgetering och uppföljning av köpt vård på klinikinivå.

Patientperspektivet hade en underordnad betydelse i det nya styrsystemet. Systemet skulle vara neutralt avseende patienterna.

Hur fungerade kostnadskontroll, mm innan förändringen av styrsystemet genomfördes?

Kostnadskontrollen var förhållandevis låg på klinikinivå eftersom man inte ansvarade för den ekonomiska uppföljningen av de medicinska besluten att köpa vård. Flera kliniker, främst de som har stora kostnader för köpt vård, berättar att det nya styrsystemet inneburit en ökad medvetenhet och löpande uppföljning av pågående vårdinsatser. Även om fakturahanteringen fortfarande är en central funktion menar flera verksamhetschefer att man nu lägger större vikt vid uppföljning av fakturaunderlagen.

Vad innebär det nya styrsystemet?

Kostnadsansvaret för köpt rikssjukvård och köp av rättspsykiatrisk vård i Vadstena fördelades ut på sjukvårdsområdena – och i sin tur på klinikerna – istället för att ligga centralt.

Har förändringen påverkat vårdutbudet för länets patienter/befolkning?

Uppenbarligen inte. Köpt rikssjukvård handlar till dominerande del av komplicerade vårdinsatser, där inslaget av valfrihet är relativt låg. Samtliga intervjuade betonar att den medicinska bedömningen alltid går före den ekonomiska.

Vad gäller valfrihet så kan märkas en skärpning av kriterierna hos klinikerna vad gäller vårdalternativ som inte är direkt medicinskt motiverade. Man är tydligare med att styra patienterna mot det egna landstinget. Detta skulle kunna tänkas inverka negativt på det av patienten upplevda vårdutbudet.

Har förändringen medfört att man ”tagit hem” viss vård? Om så är fallet är det en önskvärd effekt ur patientperspektiv och ekonomiskt perspektiv?

Flera kliniker (t.ex. de ortopediska) håller på med kontinuerliga översyner om vilka vårdåtgärder som kan hämtas hem. Efter införandet av det nya styrsystemet har vissa vårdinsatser i landstinget hämtats hem istället för att köpas in. Men dessa exempel kan inte ensidigt knytas till det nya styrsystemet utan är även ett resultat av andra faktorer (vårdgarantin, pågående utvecklingsarbete).

Utgångspunkten måste vara att det egna landstinget ska vara dimensionerat för att möta det vårdbehov som befolkningen har avseende de vårdåtgärder som landstinget har möjlighet att erbjuda. Granskningen visar inte på några negativa effekter ur patientperspektiv med att vissa vårdåtgärder flyttas in i landstinget.

Hur upplevs förändringen av sjukvårdsområdena?

I princip är sjukvårdsområdena och klinikerna försiktigt positiva eller i stort sett neutrala till det nya budgetsystemet. Genomgående är man lojal mot det övergripande syftet med förändringen, men menar samtidigt att systemet inte innebär några större skillnader i sak i verksamheten.

Val av vårdinsats beror på medicinska bedömningar i första hand och därefter ekonomiska. Möjligheten att påverka de ekonomiska variablerna är dock begränsade.

Har det nya systemet fått förväntad effekt? Går det att utläsa/mäta?

Några kostnadsminskningar till följd av det nya systemet kan inte utläsas. Merparten av den köpta vården uppges vara medicinskt motiverad och kostnadsvolymen påverkas inte i större utsträckning. I årsredovisningen räknar inte heller landstinget självt hem några kostnadsminskningar till följd av det nya styrsystemet.

6. Slutsatser och rekommendationer

Utifrån den genomförda granskningen verkar det nya styrsystemet inte ha inneburit några väsentliga kostnadsminskningar avseende den köpta rikssjukvården. Klinikernas möjlighet att påverka den faktiska kostnadsvolymen är begränsad (även om man har fått ökade möjligheter att omfördela kostnader till landstinget centralt genom att remittera patienter till regionsjukvård istället för rikssjukvård).

Den stora vinsten med det nya styrsystemet torde istället ligga i den ökade verksamhetsuppföljningen och kostnadsmedvetandet på klinisknivå som systemet av allt att döma bidragit starkt till. På längre sikt kan detta innebära ett mer innovativt (snarare än statiskt) förhållningssätt från verksamhetschefer och ekonomer gentemot den egna klinikkens processer och arbetssätt.

Parallellt med detta ligger också en utveckling av de lokala ekonomifunktionerna mot en mer aktivt stödjande roll i planering, budgetering och analys av verksamhet och ekonomi på klinisknivå.

Det nya styrsystemet innebär därigenom att kraven ökat vad gäller verksamhetschefernas förmåga att styra och följa upp verksamheten.

Det nya styrsystemet verkar också ha bidragit till att förstärka regionsamverkan.

I det fortsatta arbetet med utvecklingen av styrsystemet bör landstinget:

- Fortsätta betona vikten av verksamhets- och ekonomiuppföljning på klinisknivå (medicinskt ansvar och ekonomiskt ansvar i ett sammanhang).

- Överväga att utveckla den centrala ekonomifunktionen till ett mer aktivt stöd för de lokala ekonomerna, t.ex. med uppgift att löpande samla in och analysera jämförande landstingsövergripande information avseende verksamhet och kostnader på kliniknivå.
 - Till exempel skulle detta kunna avse goda exempel på hur köpt vård har kunnat hämtas hem avseende eftervård, val mellan likvärdiga vårdalternativ och liknande åtgärder.
- Utredda de olika befolkningsflöden som sägs påverka sjukvårdsområdenas kostnader och intäkter för köpt akut/valfri vård. Det verkar finnas ett behov av att landstinget fastställer en bild av flödena och får acceptans för den i sjukvårdsområdena samt ev. justerar resursfördelningssystemet med hänsyn till detta.
- Planera och genomföra en genomgripande utvärdering av det nya styrsystemets effekter på kostnadsvolymer samt vårdutbud och upplevd kvalitet ur ett brukarperspektiv.

Dag som ovan

Mårten Levin