

Handläggare:
Eric Paulson

Redovisning av rapporter med anledning av ägartillskott till Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB

Ärende

Under mars 2007 beviljades Danderyds sjukhus AB respektive Södersjukhuset AB vardera ett ägartillskott på 45 mkr. Landstingsfullmäktige beslöt samtidigt att ge respektive sjukhus i uppdrag att, i nära samråd med hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen, till den 1 april 2007 utreda och redovisa möjligheterna för fortsatt effektivisering och andra förutsättningar för kostnadsreduktion inför 2008 motsvarande nämnda ägartillskott samt återrapportera till landstingsstyrelsen.

I detta tjänsteutlåtande presenteras inledningsvis sammanfattande synpunkter. Därefter följer en bakgrund till ärendet, redovisning av rapporter från de två sjukhusen samt förvaltningens synpunkter. Avslutningsvis presenteras några planerade åtgärder.

Förslag till beslut

Produktionsutskottet föreslås besluta

- att* föreslå landstingsstyrelsen besluta att lägga rapporterna från Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB till handlingarna samt
- att* uppdra åt förvaltningen att under hösten 2007 återkomma till utskottet med en redovisning avseende de åtgärder som presenteras i detta tjänsteutlåtande

Bilagor:

- 1 Rapport från Danderyds sjukhus AB
- 2 Rapport från Södersjukhuset AB
- 3-6 Bakgrundsmaterial från utredning

Sammanfattande synpunkter

Danderyds sjukhus AB (DS) och Södersjukhuset AB (SöS) bedömer i sina rapporter att det finns ett visst utrymme för effektivisering men att det med nuvarande förutsättningar inte går att reducera kostnader med ett belopp motsvarande tilldelade ägartillskott (45 mkr per sjukhus) inför år 2008 utan en samtidig reduktion av vårdvolymen.

Båda sjukhusen för också ett resonemang om att en given reduktion i verksamhet på kort sikt kan leda till en större reduktion i intäkter jämfört med kostnader och därmed ha en negativ effekt på det ekonomiska resultatet.

Förvaltningen delar sjukhusens bedömningar att det finns ett visst utrymme för effektivisering vid DS och SöS som innebär lägre kostnader. Samtidigt påverkas kostnadsnivån i motsatt riktning av omständigheter som medför ökade kostnader för verksamheten. Exempel på sådana faktorer är demografiska förändringar (fler och äldre invånare) och kvalitetshöjande kostnader (t.ex. medicinsk utveckling). En utredning, som redovisas i den följande texten, har tagit fram underlag i dessa frågor som kan användas i den fortsatta budgetprocessen inför 2008.

Uppgifter om produktivitet har redovisats sedan 2004 av samtliga landstingsägda akutsjukhus i samband med ordinarie årsbokslut. Under tidsperioden 2004-2006 har den genomsnittliga årliga produktivitetsförbättringen varit cirka 1,6 procent på DS och 1,8 procent på SöS.

Det är angeläget att i samverkan med berörda sjukhus fortsätta det arbete som redan har inletts med jämförelser av nyckeltal som kan bidra till att identifiera möjligheter till effektivisering. Sådana studier planeras med underlag som bygger på mer aktuella uppgifter från år 2006.

Landstingstyrelsens förvaltning vill betona vikten av en fortsatt dialog mellan sjukhusen och beställaren kring de vårdvolymen för SLL-patienter som sker utöver ingångna vårdavtal både på DS och SöS. Denna verksamhet innebär för närvarande kostnader för sjukhusen utan att generera några motsvarande intäkter.

Förvaltningen bedömer att rimligt stabila yttre förutsättningar för verksamheten under några års tid ökar sjukhusens möjligheter att genomföra effektiviseringar. Det är i detta sammanhang också värdefullt att ta tillvara de synpunkter som sjukhusen framför om utformningen av ersättnings-system samt betydelsen av en incitamentsstruktur som bidrar till effektivisering.

Bakgrund

I samband med avtalsförhandlingarna inför 2007 mellan beställaren samt Danderyds Sjukhus AB (DS) och Södersjukhuset AB (SöS) hade parterna olika uppfattningar om en rimlig nivå på den ekonomiska ersättningen för att genomföra beställda uppdrag.

Särskilda budgetmöten genomfördes därför mellan ägaren, beställaren samt respektive sjukhus i slutet av 2006. För att kunna presentera budgetar för 2007 i enlighet med landstingsfullmäktiges beslutade resultatkrav erbjöds DS och SöS i samband med dessa möten en bryggfinansiering på 45 mkr vardera, utöver den ersättningsnivå som utgick från beställaren.

Parterna enades om en gemensam tolkning att ägartillskottet skall ses som en brygga eller utredningsbidrag samtidigt som nedanstående två spår bearbetas:

- Fortsatta effektiviseringsåtgärder utifrån Helseplan, självkostnadsanalyser och annan benchmarking genomförs. Målet är att samla ett tillräckligt och gemensamt uppbyggt faktaunderlag för att kunna inleda en ny prispförhandling inför år 2008 på en nivå som båda parter finner rimlig.
- De båda sjukhusen skall år 2008 sänka sina kostnader med belopp motsvarande 2007 års omställningsbidrag. I samråd med beställarna utreds vad detta skulle innebära i förändrat uppdrag och hur sjukvårdssystemet skall hantera den vårdvolym som då kan behöva flyttas till andra sjukhus.

I mars 2007 beslutade landstingsfullmäktige om ägartillskott och DS respektive SöS fick samtidigt uppdraget att ”utreda och redovisa möjligheterna för fortsatt effektivisering och andra förutsättningar för kostnadsreduktion inför 2008 motsvarande nämnda ägartillskott samt återrapportera till landstingsstyrelsen”.

På uppdrag av tf landstingsdirektör Göran Stiernstedt har ett gemensamt bakgrundsmaterial tagits fram i samverkan mellan förvaltningen (HSN-F och LSF) och de två sjukhusen. Denna utredning har berört följande områden:

- Jämförelser av nyckeltal
- Demografiska förändringar
- Kvalitetshöjande kostnader
- Fördelning av vårduppdrag
- Tillgång till geriatrisk vård

Resultat från utredningen presenteras i avsnittet förvaltningens synpunkter. Ett mer fullständigt bakgrundsmaterial finns med som bilagor till detta utlåtande.

Rapporter från sjukhusen

De två sjukhusen har i enligt med uppdraget från landstingsfullmäktige tagit fram var sin rapport om möjligheter till fortsatt effektivisering och andra förutsättningar för kostnadsreduktion. Båda rapporterna finns med som bilagor till detta utlåtande.

Danderyds sjukhus AB (DS) och Södersjukhuset AB (SöS) bedömer i sina rapporter att det finns ett visst utrymme för effektivisering men att det med nuvarande förutsättningar inte går att reducera kostnader med ett belopp motsvarande tilldelade ägartillskott (45 mkr per sjukhus) inför år 2008 utan en samtidig reduktion av vårdvolymen.

Båda sjukhusen för också ett resonemang om att en given reduktion i verksamhet på kort sikt kan leda till en större reduktion i intäkter jämfört med kostnader och därmed ha en negativ effekt på det ekonomiska resultatet.

Några sammanfattande synpunkter i rapporten från DS:

- Det är DSs uppfattning att med bibehållet sjukvårdsuppdrag kan DS inte genomföra besparingar motsvarande de 45 mkr i ägartillskott, plus de 30 mkr i påbudet minusresultat
- För att uppnå större effektiviseringar än enprocents-nivån behöver ersättningsystem och andra incitamentsstrukturer ses över
- Möjligheter till större effektiviseringar uppstår när kostnadskontroll kan kombineras med möjlighet till tillväxt på marginalen (jämför produktivetsförbättring 2005)

Några sammanfattande synpunkter i rapporten från SöS :

- En effektivisering med 45 mkr inför eller under 2008 är inte möjlig, utan en kraftfull omprioritering av sjukhusets vårduppdrag, reducerad produktion, reducerad kapacitet och medicinska risker
- De jämförelser som har tagits fram, ger underlag för ett fortsatt lärande som stöd i en fortlöpande vardagsrationalisering
- Med en rimlig ekonomisk bas kopplad till ett längre vårdavtal, en anpassad ersättningsmodell (fasta vikter) och möjlighet till incitament finns goda förutsättningar att driva en fortsatt kostnadseffektiv sjukvårdsverksamhet på Södersjukhuset

Förvaltningens synpunkter

Det finns flera omständigheter som påverkar kostnadsnivån på akutsjukhus och som regelbundet diskuteras i samband med landstingets budget- och avtalsprocesser. Frågan berör både kostnadsdrivande faktorer och vilka effektiviseringar som är rimliga att uppnå.

Exempel på kostnadsdrivande faktorer för landstinget i fasta priser är demografiska förändringar (fler och äldre invånare i länet) samt kvalitetshöjande kostnader (t.ex. medicinsk utveckling). Om kostnaderna uttrycks i löpande priser tillkommer också en bedömning av den underliggande ökningstakten på löner och priser inom sjukvården.

Det finns enligt förvaltningen en enighet om principen att det samtidigt med kostnadsökningarna finns ett utrymme för effektiviseringar inom den sjukvård som organiseras av landstinget. Effektiviseringar indelas ofta i ständigt pågående ”vardagsrationaliseringar” och mer ”språngvisa” effektiviseringar till exempel i samband med strukturförändringar.

Även om det råder en enighet om principerna för analys och resonemang kring dessa frågor förekommer det många gånger olika uppfattningar om storleken på de kostnadsökande faktorerna och utrymmet för effektivisering. Förvaltningen har i samverkan med DS och SöS tagit fram ett beslutsunderlag för att belysa några av dessa frågor i relation till de två sjukhusen.

Pågående åtgärdsprogram på DS

Förvaltningen vill framhålla att det redan finns ett beslutat och pågående åtgärdsprogram för effektivisering avseende Danderyds sjukhus AB (LS 0702-0145). Åtgärdsplanen togs fram efter det att DS hade redovisat en negativ resultatprognos för helåret 2006.

Sjukhuset har i sin åtgärdsplan identifierat fyra verksamhetsområden där det finns utrymme för effektiviseringar mot bakgrund av genomförda studier av nyckeltal (Helseplan och självkostnadsredovisning):

- Medicin
- Anestesi och IVA
- Röntgen
- Akutmottagning

De aktuella enheterna står för en betydande del av DSs totala verksamhet och deras externa kostnader bedöms uppgå till en dryg tredjedel av sjukhusets totala kostnader 2006.

Den presenterade åtgärdsplanen innebär enligt sjukhuset en förväntad kostnadsreduktion i fasta priser på 19 mkr 2007 och 29 mkr efter fullt genomförande 2008. I nedanstående tabell beskrivs den förväntade kostnadsreduktionen uppdelad per verksamhetsområde. Planen påverkar framförallt medicinkliniken och har där som målsättning att kostnaderna per DRG-poäng ska komma ner till den nivå som gäller för motsvarande verksamhet vid Södersjukhuset AB.

Verksamhet	2007	2008
Medicin	15,4 mkr	25,4 mkr
Anestesi / IVA	1,6 mkr	1,6 mkr
Röntgen	0,9 mkr	0,9 mkr
Akutmottagning	0,9 mkr	0,9 mkr
Totalt	18,8 mkr	28,8 mkr

Den totala besparingen på 29 mkr 2008 motsvarar cirka 1,3 procent av sjukhusets totala kostnad 2006. Om kostnadsreduktionen i stället relateras till de fyra berörda verksamheterna blir motsvarande siffra cirka 3,6 procent.

Två olika uppföljningsperspektiv

Förvaltningen konstaterar att det inom landstinget finns en naturlig skillnad i utgångspunkt mellan ägar- och beställarperspektivet när det gäller att bedöma produktivetsliknande nyckeltal för akutsjukhusen.

Vid en bedömning ur ett ägarperspektiv mäts produktivitet genom att hela sjukhusets vårdproduktion ställs i relation till motsvarande resursåtgång eller kostnader. Ur ett beställarperspektiv är det i stället naturligt att utgå enbart från den produktion som ingår i beställningen och att relatera den till det pris som beställaren betalar för motsvarande vård. Detta nyckeltal används av beställaren i olika analyser, bland annat under namnet "beställarköpkraft".

Skillnaden i perspektiv är betydelsefull vid uppföljning av sjukhusen eftersom både DS och SöS producerar mer vård än de volymer som definieras i vårdavtalen. Denna "överproduktion" ger i stort inga intäkter till sjukhusen eftersom den huvudsakligen gäller patienter från Stockholms län. Enbart en mindre del utgörs av utomlänspatienter vars vård betalas av annan huvudman.

Produktivitetens utveckling över tid

Uppgifter om produktivitet har redovisats sedan 2004 av samtliga landstingsägda akutsjukhus i samband med ordinarie årsbokslut. Statistiken är utformad för att ge bästa möjliga uppföljning av enskilda sjukhus över tid. Däremot finns inte nödvändiga uppgifter tillgängliga vid årsbokslut som medger jämförelser mellan olika sjukhus vid en given tidpunkt.

I nedanstående tabell beskrivs i sammanfattad form produktivitetens utvecklingen på DS och SöS under tidsperioden 2004 till 2006. Uppgifterna är hämtade från produktivetsrapport 2006.

	DS	SöS
2004	-0,1%	4,3%
2005	4,2%	-0,9%
2006	0,7%	2,0%
Genomsnitt/år	ca 1,6%	ca 1,8%

Av tabellen framgår att produktiviteten under de tre senaste åren har ökat med i genomsnitt 1,6 procent på DS och 1,8 procent per år på SöS. Vid flertalet enskilda mätpunkter har produktivitetens utvecklingen varit positiv. En klart negativ förändring har bara förekommit vid ett tillfälle.

Produktivitetstalen kan även ge en indirekt uppfattning om hur effektiviteten har förändrats över tid. En förutsättning är då att verksamhetens kvalitet är oförändrad. Om vårdens kvalitet i stället har ökat under mätperioden kommer ökningen i effektivitet att vara större än den produktivetsförändring som redovisas i tabellen.

Jämförelser av nyckeltal mellan sjukhus

En jämförande studie har genomförts av tillgängliga nyckeltal som beskriver relationen mellan produktion och kostnader vid DS och SöS i jämförelse med andra sjukhus (bilaga 3). Resultatet av den översiktliga analysen av kostnadsläget är sammanfattningsvis:

- En jämförelse med kostnadsläget på andra sjukhus i riket indikerar inte att det finns en stor potential för effektivisering vid SöS och DS
- En jämförelse med kostnadsläget på S:t Görans sjukhus (StG) indikerar att det fanns en skillnad i totalkostnad per poäng på cirka 7-10 procent år 2005, vilken delvis kan förklaras av SöS och DS mer omfattande FoUU-uppdrag
- Prisstatistik ifrån Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning visar på att skillnaden mellan de priser som landstinget betalar för vården på de olika sjukhusen minskat de senaste åren. Skillnaden i år mellan SöS och StG är 1,6 procent och mellan DS och StG 5,6 procent, i båda fallen är StG:s priser lägre

- Kostnadsläget på SöS verkar vara något lägre än på DS, delvis beroende på en lägre personaltäthet (ej läkare)
- Benchmarking av större diagnosgrupper (MDC) och enskilda DRG mellan SöS och DS indikerar att det kan finnas lärdomar att dra av varandra på klinisknivå

Ett generellt problem när det gäller att tolka mindre skillnader i jämförelserna är att många av de tillgängliga uppgifterna inte är helt jämförbara och att de hänför sig till år 2005 eller tidigare. Sammanfattningsvis indikerar inte resultaten av jämförelserna att det finns någon stor generell potential för effektivisering på DS och SöS. Denna slutsats utesluter dock inte att det kan finnas utrymme för effektivisering av enskilda verksamheter vid sjukhusen.

Poängpris

Det har tidigare funnits betydande skillnader i poängpris mellan S:t Görans sjukhus (StG), DS och SöS. Skillnaderna mellan sjukhusen har dock successivt minskat och är i dag små. Även om det finns ett antal likheter mellan sjukhusen finns det samtidigt skillnader som ger olika förutsättningar för verksamheten. Ett exempel på en sådan skillnad är att tillgången till geriatrisk vård är lägre i DSs huvudsakliga "upptagningsområde" jämfört med SöS och StG.

Förvaltningens slutsats är att de små skillnader som i dag råder i poängpris mellan de tre sjukhusen av metodologiska skäl inte tillåter några säkra slutsatser om den relativa effektivitetsnivån vid de tre enheterna.

Samtidigt vill förvaltningen betona att det är väsentligt att fortsätta arbetet i samverkan med sjukhusen med jämförelser av nyckeltal för att identifiera eventuella möjligheter till fortsatt effektivisering på DS och SöS.

Kostnadsdrivande faktorer

Kostnadsläget för ett akutsjukhus påverkas neråt vid en effektivisering men samtidigt bidrar andra faktorer i motsatt riktning till kostnadsökningar i fasta priser. I den bakomliggande utredningen har därför följande områden belysts:

- Demografiska förändringar
- Kvalitetshöjande kostnader (t.ex. medicinsk utveckling)

I en av bakgrundsrapporterna (bilaga 4) redovisas en aktuell prognos över förväntade *demografiska förändringar*. Prognosen innebär i korthet att länets befolkning kommer att öka och "åldras" under de kommande åren. Beräkningar har gjorts av vilka konsekvenser de demografiska

förändringarna kan tänkas få på efterfrågan av sjukhusvård. Undersökningen tar hänsyn till att befolkningsstrukturen varierar i respektive sjukhus närområde.

Resultatet indikerar att de demografiska förändringarna innebär en förväntad ökning av vårdvolymen (poäng) i slutet vård mellan år 2007 och 2008 på 1,7 procent för DS och 1,5 procent för SöS.

Det bör betonas att syftet med undersökningen var att beskriva förväntade effekter på vårdkonsumtion av demografiska förändringar. Det totala behovet av vård vid respektive sjukhus påverkas dock av fler förhållanden än demografiska förändringar, till exempel:

- Förändringar i arbetsfördelning mellan sjukhus och andra vårdgivare
- Förändringar av sjukhusens ”upptagningsområde”
- Förändringar i behandlingspraxis och åldersspecifik sjuklighet

En utredning har även gjorts av förväntade konsekvenser på kostnadssidan av *medicinsk teknisk utveckling samt andra kvalitetshöjande åtgärder* (bilaga 5). Följande avsnitt är till stora delar hämtade från rapportens sammanfattning:

Nya, ofta förbättrade, behandlingsformer blir snabbt massmediala och efterfrågas av befolkningen. Nationella riktlinjer och regionala vårdprogram kommer att beskriva den evidensbaserade optimala utredningen och behandlingen och måste bilda riktmärke för vården.

Endast begränsade analyser har gjorts inom SLL för att beräkna kvalitets- och kostnadshöjande förändringar av vården. I den aktuella rapporten har SÖS´s och DS´s specialister lyft fram de kostnader som skedde under 2004-2006 och vilka kostnader som kan prognostiseras för 2007-2008. I tabellen på nästa sida finns en sammanställning av potentiella kostnadsökningar. Spannet är brett, vilket dels indikerar svårigheter att beräkna, dels att det finns en möjlighet att till viss del prioritera införandet.

Utredningen baserar sig på SöS och DS erfarenheter och fyra chefläkares (från LSF-ägarstyrning, HSN-förvaltningen, DS samt SöS) bedömning av utvecklingen. Denna utveckling beskrivs i detalj i arbetsgruppens rapport inom de olika specialiteterna i de fall det fanns en indikation på en kostnadsförändring utöver inflation, de kommande åren. Den mycket begränsade tiden för utredningen har ej tillåtit exakta beräkningar. För detta krävs ett mer djuplodande angreppssätt, vilket rekommenderas inför kommande utredningar.

Årsrapporten från SPESAK, VÅRDSAK och Stockholms Medicinska Råd summerar kostnadsökningar av kvalitetshöjande karaktär på regional nivå (läkemedel, ny utredning och behandling, nya tekniska hjälpmedel etc.) till 500-750 Mkr utöver inflation.

I den fortsatta texten kommenteras kort respektive rubrik i den sammanfattande tabellen nedan. För en mer fullständig beskrivning hänvisas till den bakomliggande rapporten (bilaga 5).

Följande kostnadsökningar och effektiviseringar på grund av kvalitetshöjning för DS och SÖS utöver inflation kan skattas för 2007 och lika för 2008.

	DS	SÖS
- Nya läkemedel	10-14*	10-17*
- Nya med. tekn. hjälpmedel/devices	5-10	7-12
- Nya utrednings-/behandlingsmetoder	5-8	8-12
- Vårdstödande IT	8-10	12-14
- Vårdutvecklande administration	5-7	8-10
- Kvalitetshöjande ombyggnad***	10-12	10-12
Kostnadsökningar för kvalitet (> 3 %)	43-61	57-77
- Kostnadseffektiviseringar (1 %)	- 16**	- 22**
Netto, underskott (>2 %)	36+/-5	45+/-6

* Förändring av "switchar" tillkommer.

** Kostnadseffektiviseringar baserade på vårdavtalsvolymen.

*** Kostnadsökningar pga reduktion av vårdplatser vid modernisering.

Demografiska förändringar är ej inkluderade.

Nettosiffran baserad på att förändringar i kostnader rimligen varierar uppåt och nedåt i intervallet.

Nya läkemedel. Läkemedelscentrum har visat att kostnaderna inom hela SLL för specialläkemedel har utvecklats från cirka 150 Mkr per år (2004-2005) till drygt 300 Mkr för 2006 och man har gjort en prognos för 2007 till 350-450 Mkr. Sannolikt kommer utvecklingstakten ligga på denna nivå även för 2008. Andelen för SÖS och DS har under 2005 och 2006 legat på vardera 5-10 Mkr för DS och 7-12 Mkr för SÖS och borde rimligen följa utvecklingen för SLL. Den stora andelen av denna kostnadsökning torde inträffa i öppenvården, samt på Karolinska Universitetssjukhuset, men kommer att påverka SÖS och DS i stor utsträckning om ansvaret för öppenvårds-läkemedel kommer att decentraliseras enligt planerna. Under en övergångsperiod har kostnadsökningar för läkemedel på sjukhusen delvis delats med beställaren genom så kallade switchar, vilka successivt trappas ned.

Nya medicintekniska hjälpmedel/devices. Utvecklingen inom kardiologin gör att behovet av att tillföra olika pacemakertyper ökar både vad gäller arytm- och hjärtsviktsbehandling. Nya effektivare proteser utvecklas till

högre priser för både ortopedi och handkirurgi. Denna utveckling kommer att fortsätta.

Nya utrednings- och behandlingsmetoder. Bilddiagnostiken kommer att utvecklas och efterfrågas allt mer. Bilddiagnostik med icke joniserade strålning (ultraljud och MR) kommer allt mer användas för första linjens selektion av sjukt från friskt. Utredningen av patienten breddas och blir allt mer precis så att behandlingen skall kunna bli allt mer individuell. Peroperativt kommer datortomografi, ultraljud, färgningsmetoder i operationssåret och nya hjälpmedel vid bukväggsplastiker och vid prolapskirurgi att stödja operatören.

Vårdstödjande IT. Det finns en stor potential i att IT-tekniken skall kunna stödja vårdprocessen. Den hittillsvarande användningen har dock inte utnyttjat möjligheterna. Det är först när man ser patientjournalen som gemensam och att man delar på dokumentation, utnyttjar elektroniken till att samla data strukturerat och uppföljningsbart, har en gemensam läkemedelslista, ordnar ett strukturerat överförande av patientansvar och informerar varandra genom effektiva remisser och svar, som elektroniken kan förenkla och samtidigt ge ett mervärde. Utvecklingen går långsamt på grund av den komplexa informationsstrukturen, olikheter i i de olika professionernas behov av dokumentation och tillgång till olika IT-system.

Den ökade datoriseringen kommer att medföra en betydligt förbättrad tillgänglighet till information och är på så vis kvalitetshöjande. Flera nya system införs årligen på landstingets sjukhus vilket innebär projekt-kostnader, investeringar, utbildning, support och underhåll. Nya datasystem innebär normalt en initial investeringskostnad. Gemensam Vård Dokumentation (GVD) håller på att utvecklas i SLL. Det finns planer på att dessa kostnader kommer att belasta verksamheterna från och med år 2008.

Vårdutvecklande administration. Det finns ett gemensamt fokus på kvalitetsutvecklingen i vården. Läkarna har sedan decennier börjat samla data kring specifika patientgrupper (nationella kvalitetsregister). Efter hand har det framgått att vården bedrivs olika på olika kliniker, men också olika inom en och samma klinik. Kvaliteten i genomförandet har av och till kunnat ifrågasättas, varför man nationellt och regionalt drivit på utvecklingen av konsensusbaserade vårdprogram och riktlinjer. Väsentliga kvalitetsförbättringar har därvid kunnat utvecklas inom ett flertal specialiteter. Beställare och politiker har successivt ökat sitt intresse för innehåll och kvalitet i vården. Kostnaden för hela kvalitetsutvecklingen är i dag onödigt hög beroende på vår hittillsvarande oförmåga att utnyttja det stöd som IT kan ge i kombination med att många IT-system är otillräckligt anpassade till behoven.

En ökande mängd initiativ från beställarna, landstingsledningen och verksamheterna, t ex för att korta väntetider, öka tillgängligheten, förbättra säkerhet för både patienter och personal, projekt för att förbättra personalhälsa, jämställdhet och miljö mm, samt noggrannare rapportering, bidrar i många fall till förbättrad kvalitet. Andra exempel på kostnadsdrivande initiativ är Biobankslagen och lagen om Vävnadsinrättningar som ska implementeras 2007 .

Samtidigt är mycket av det arbete som genereras mer resurskrävande än resursbesparande och bidrar till en kostnadsökning. Effekterna av nämnda satsningar är att patienterna får bättre utfall av vården och lägre risker för komplikationer, dvs. en kvalitetshöjning. Samtidigt kan en effektivisering förväntas och fler nya patienter kan handläggas. Andra exempel på kvalitetsutveckling som kostar är ökade hygienkrav, vilka ökar kostnaden för screening odlingar.

Kvalitetshöjande ombyggnad. Ökade krav på hygienutrymmen och utrymme runt patientens säng (ex. 80 cm på varje sida om sängen) gör att det ofta ”går åt” sängplatser och en avdelning kan efter ombyggnad ta emot färre patienter.

Kostnadseffektiviseringar. De kvalitetshöjande kostnadsökningarna innebär sällan en potential till betydande kostnadsreduktioner. Dels ersätter de nya strategierna ofta en gammal metod, vilket tyvärr oftast innebär att en billig metod byts mot en ny dyr. Dels ses vinsterna av de nya strategierna ofta senare, är svåra att bevisa och de inträffar många gånger hos en annan huvudman. Indikationer för utredning och behandling kan betraktas som ett dragspel där bälgen anpassas till de resurser som man har på kliniken. Om en ny bättre strategi för en grupp patienter lämnar utrymme fylls det lätt av andra patienter, som får sitt något lägre (men väl så acceptabla behov) tillgodosedda, vilket i sin tur leder till att kostnaderna för kliniken kvarstannar på den nya högre nivån.

Å andra sidan kan verksamhetsstyrningen stimulera till effektiviseringar. De små stegens kostnadseffektiviseringar brukar summera till enprocentsnivån vilket skulle motsvara 16 respektive 22 Mkr för DS och SÖS inom ramen för vårdavtalen.

Fördelning av vårduppdrag

HSN-förvaltningen har gjort en bedömning av möjligheter till och konsekvenser av att fördela om vårduppdraget mellan olika enheter (bilaga 6). De sammanfattande slutsatserna från beställaren är:

När det gäller akut slutenvård finns i nuläget mycket begränsade möjligheter att flytta volymer till andra sjukhus eller till närsjukvården.

Däremot är det möjligt att flytta relativt stora volymer, framförallt elektiv öppen och slutna vård, från DS och SöS till andra vårdgivare. Vissa besök på akutmottagningarna bör också kunna styras över till när sjukvården.

På kort sikt skulle, enligt förvaltningens uppfattning, en sådan flyttning av vårdvolymer innebära en ytterligare försämring av ekonomin för DS och SöS. Detta beroende på att förvaltningen bedömer att den elektiva vården, såväl öppen som slutna vård, i nuläget är överprissatt jämfört med den akuta vården. En flyttning av elektiva volymer från SöS och DS kommer att innebära minskade intäkter för sjukhusen, som inte bedöms kompenseras av motsvarande reducering av kostnaderna.

Landstingstyrelsens förvaltning anser att det är väsentligt att ta hänsyn till det totala ekonomiska utfallet för hela landstinget om vårdvolymer ska omfördelas. Jour- och akutverksamhet vid ett sjukhus kräver en viss grundbemanning för att kunna fullfölja uppdraget. Om elektiv verksamhet flyttas ut från sjukhuset finns det en risk för att tillgänglig personal inte kan ges tillräckligt med arbetsuppgifter på dagtid. Denna omständighet är viktig att beakta när det samlade ekonomiska resultatet för landstinget av en omfördelning av vårdvolymer ska bedömas.

Planerade åtgärder

Aktuell bokslutsinformation från 2006 fanns tillgänglig som underlag vid framtagning av budgetdirektiv 2008. Samtidigt var resultaten från flera andra uppföljningar äldre, det vill säga från 2005 eller 2004. Förvaltningen bedömer att det framöver är angeläget att tidsmässigt synkronisera till exempel den interna självkostnadsredovisningen och externa benchmarkingprojekt med landstingets egen budgetprocess.

En ny benchmarking-studie planeras med DS, SöS, S:t Görans och ett antal akutsjukhus utanför länet med uppgifter från 2006. Syftet är att få fram mer aktuella nyckeltal och därmed bättre kunna belysa eventuella möjligheter till effektivisering.

En fördjupad jämförande studie bör också göras av självkostnader på DS och SöS så snart dessa uppgifter finns tillgängliga från år 2006.

DS och SöS har i sina rapporter påpekat att ersättningsystemets och vårdavtalens utformning påverkar sjukhusens möjligheter att bedriva ett långsiktigt inre effektiviseringsarbete. Det är väsentligt att sjukhusens synpunkter tas tillvara i den översyn av ersättningsystem och ersättningsmodeller som för närvarande pågår inom landstinget.