

Landstinget Dalarna

Vård i andra landsting än
hemlandstinget

Revisionsrapport

KPMG
2004-09-29
Antal sidor: 13

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Syfte	4
2.3	Särskilda frågeställningar	4
2.4	Metod och bemanning	5
3.	Ledning och styrning	5
3.1	Allmänt organisatoriska förutsättningar	5
3.2	Landstingsstyrelsen och dess utskott	6
3.3	Tjänstemannaorganisationen	6
4.	Vård i andra landsting	7
4.1	Allmänt	7
4.2	Högspecialiserad vård	7
4.3	Vård enligt riksavtalet	11
4.4	Valfrihetsvård	11

1. Sammanfattning

Utomlänsvården omfattar i huvudsak tre delar, nämligen högspecialiserad vård, akut- och förlossningsvård samt valfrihetsvård. Kostnaderna för utomlänsvård utgör idag en inte oväsentlig del av landstingets kostnader för hälso- och sjukvård. I flertalet landsting stiger kostnaderna, framförallt för den högspecialiserade vården, i snabbare takt än kostnaderna för hälso- och sjukvården totalt sett. Det finns risk att inte fullt utvecklade rutiner, bristande kostnadskontroll etc direkt kan påverka förutsättningarna för vårdutbudet i det egna länet.

Mot denna bakgrund har Landstingets revisorer därför bedömt det som angeläget, inte minst ur ett medborgarperspektiv, att granska ändamålsenligheten i olika rutiner kring såväl den köpta som den sålda vården.

Landstingets revisorer har uppdragit åt KPMG att genomföra granskningen.

Vård över landstingsgränser förekommer i varierande omfattning beroende på respektive landstings/regions storlek och sjukvårdsstruktur. Då högspecialiserad vård utgör en betydande del av vården över gränser har landsting med universitetssjukhus en förhållandevis låg andel köpt respektive hög andel försåld vård. Andra faktorer av betydelse kan vara ett läns karaktär av turistlän eller att en viss typ av vård av historiska eller andra skäl etablerats i länet. Nämda faktorer gör att Landstinget Dalarna bland landsting utan universitetssjukhus har en relativt hög andel försåld vård. Enligt landstingsförbundets statistik för 2002 såldes 5,5 % av den producerade somatiska vården och 13,7 % av den psykiatriska vården till annan huvudman. I fråga om köpt vård placerade sig Landstinget Dalarna enligt samma statistik strax under genomsnittet bland landsting/regioner utan universitetssjukhus med 8,8 % köpt somatisk vård och 8,0 % köpt psykiatrisk vård.

Landstingets kostnader för den högspecialiserade vården uppgick 2003 till 292,3 mkr, vilket innebar ett överskridande av anvisade medel med 54,8 mkr och i förhållande till 2002 års resultat en kostnadsökning med 22,7 %. För 2004 har anvisats en delram om 255 mkr. Då vi inte kunnat finna några beslut om konkreta åtgärder i syfte att reducera kostnaderna under 2004 måste budgeteringen bedömas som orealistisk. Kostnaderna för vård enligt riksavtalet uppgick 2003 till 35,9 mkr, vilket i förhållande till kostnaden under 2002 innebar en ökning med 6,5 %. Under 2003 såldes vård för 170,5 mkr (+ 7,8 %). Av dessa avsåg 67,0 mkr vård såld genom Skönviks psykiatriska klinik. Landstingets kostnader för valfrihetsvården uppgick 2003 till 16,6 mkr mot 6,6 mkr för 2002.

Det politiska ansvaret för den köpta och sålda vården åvilar under landstingsfullmäktige landstingsstyrelsen som också i hälso- och sjukvårdslagens mening leder länets hälso- och sjukvård. I landstingets nya organisation formuleras ett uppdrag för en viss tidsperiod och överenskommelse om detta uppdrag träffas mellan den politiska nivån genom landstingsstyrelsen och tjänstemannanivån genom landstingsdirektören. Inom hälso- och sjukvården formuleras i nästa led uppdrag mellan landstingsdirektören och länsjukvårdschefen respektive närsjukvårds-

cheferna som i sin tur formulerar uppdrag och träffar överenskommelser med sina närmaste medarbetare. En ny tjänstemannaorganisation har beslutats och införts fr o m 2004-07-01. I den nya organisationen har landstingsdirektören delegerat ansvaret för den högspecialiserade vården till länssjukvårdschefen.

Beträffande det politiska ansvaret för den högspecialiserade vården visar den gjorda granskningen att det högt upp i organisationen råder osäkerhet huruvida också landstingsstyrelsens planerings- och verksamhetsutskott har ett ansvar för denna vård. Flera av de båda utskottens uppgifter kan dessutom uppfattas som operativa.

Den högspecialiserade vården, som utgör ca 6 % av sjukvårdskostnaderna, bedrivs huvudsakligen vid landets nio universitetssjukhus. Landstinget Dalarna tillgodoser till drygt 70 % behovet av högspecialiserad vård vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Andra större leverantörer är Universitetssjukhuset i Örebro, Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg samt beträffande onkologisk vård Länssjukhuset i Gävle. Med undantag för Karolinska universitetssjukhuset har landstinget tecknat avtal med samtliga nämnda sjukhus/landsting.

I vår granskning har vi inte funnit att patienter, annat än undantagsvis, remitteras till högspecialiserad vård i andra län trots att vården kan erbjudas inom det egna länet. Inte heller har vi funnit inomregionala skillnader i länet vad gäller utfärdande av remisser för utomlänsvård. Vår bedömning är också att förekomsten av remisser till vård i andra landsting som inte utgörs av vad som kan anses som högspecialiserad vård är låg.

Landstingets kostnader för den högspecialiserade vården budgeteras som en delram av den totala ramen för hälso- och sjukvården. Enligt nu gällande anvisningar från 1994 har ca 300 överläkare remissrätt till denna vård. I formell mening har verksamhetscheferna inget annat ansvar än övriga remitterande läkare och i denna grupp är intresset för styrning och uppföljning av den högspecialiserade vården varierande. Granskningen visar också att få av verksamhetscheferna har ett exemplar av respektive avtal och att de inte känner till eller i mycket begränsad utsträckning känner till innehållet i de olika avtalen. Ur styrningssynpunkt är det enligt vår mening inte rimligt att ca 300 överläkare har ett gemensamt ansvar för den högspecialiserade vårdens delram. Vi föreslår att medlen fördelas mellan aktuella verksamheter och att verksamhetscheferna får det formella ekonomiska ansvaret. Om så sker kan förväntas ett helt annat engagemang i fråga om styrning och uppföljning av den högspecialiserade vården samtidigt som verksamheterna blir mera aktiva gentemot regionklinikerna för att få i respektive avtal gjorda utfästelser genomförda. Trots föreslagen decentralisering bedömer vi att fortsatt behov finns av en för landstinget central resurs inte bara för förhandlingar om nya avtal utan också för hantering av frågor av löpande karaktär. Vår bedömning är att hittillsvarande organisation med såväl medicinsk som ekonomisk kompetens i denna del fungerat väl och därför bör bibehållas som en resurs åt länssjukvårdschefen.

Såld vård budgeteras som intäkt i respektive verksamhets budget och intäkterna gottskrivs också respektive verksamhet. Vid vård av patienter från andra landsting rapporterar verksamheten in i det patientadministrativa systemet Pax från vilket uppgifter överförs till faktureringsystemet för fakturering och senare också bevakning av att betalning sker. Vår bild är att de administrativa

rutinerna för kontroll och uppföljning av såväl den enligt riksavtalet köpta som sålda vården i stort fungerar väl. Vad vi kunnat finna är det ytterst sällan som kundförluster uppstår p g a för sen debitering av såld vård, det vill säga senare än sex månader efter avslutad vård enligt riksavtalets bestämmelser.

Valfrihetsvården innebär möjlighet att välja vårdcentral eller annan vårdgivare inom primärvården i hela landet liksom under vissa förutsättningar specialistmottagning i hela landet. Fritt val gäller även åtgärd som kräver upprepade behandlingar eller operation inom dagkirurgi om det inte innebär en kostnadskrävande åtgärd för vilken krävs ställningstagande av specialitläkare anställd av landstinget. Under samma förutsättningar kan valfrihetsvården även omfatta slutna vård, dock ej högspecialiserad vård.

I hälso- och sjukvårdslagen anges som mål för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Enligt vår mening finns en uppenbar risk att satsningen på valfrihetsvården med syfte att öka tillgängligheten och att minska värdköer påverkar medicinska prioriteringar och att patienter med stora och resurskrävande vårdbehov i slutändan drabbas. Denna risk ökar i takt med att möjligheterna till valfrihetsvård blir kända. Enligt vår mening är det mycket angeläget att landstingsstyrelsen följer upp landstingsfullmäktiges beslut om valfrihetsvården och dess konsekvenser ur ekonomiskt perspektiv och inte minst dess konsekvenser ur prioriteringssynpunkt. Då valfrihetsvården hittills är ofinansierad bör även ställning tas till finansieringen.

I övrigt bedömer vi att landstinget genom inrättandet av ett väntetidskansli och genom andra initiativ skapat goda förutsättningar för allmänheten och anställda att skaffa sig information om valfrihetsvårdens förutsättningar.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Utomlänsvården omfattar i huvudsak tre delar, nämligen högspecialiserad vård, akut- och förlossningsvård samt valfrihetsvård. Grundläggande reglering av utomlänsvården finns i Riksavtal för utomlänsvård som utarbetats av landstingsförbundet och som godkänts av samtliga landsting och regioner. Det senaste avtalet gäller fr o m 2004-03-01. Riksavtalet kan kompletteras med avtal inom de olika samverkansområdena och reglerar bland annat kostnader för olika åtgärder.

Kostnaderna för utomlänsvård utgör idag en inte oväsentlig del av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård. I flertalet landsting stiger kostnaderna framförallt för den högspecialiserade vården i snabbare takt än kostnaderna för hälso- och sjukvården totalt sett. Det finns därför risk för att inte fullt utvecklade rutiner, bristande kostnadskontroll etc direkt kan påverka förutsättningarna för vårdutbudet i det egna länet. Landstingets revisorer har därför bedömt det som angeläget, inte minst ur ett medborgarperspektiv, att granska landstingets hantering av

utomlänsvården och då särskilt ändamålsenligheten i rutinerna kring remissförfarandet, kostnadskontroll, uppföljning etc. Omvänt gäller att även rutiner för debitering av kostnader för utomlänspatienter i Dalarna måste vara ändamålsenliga och väl fungerande, inte minst mot bakgrunden av korta preskriptionstider för fordringar med stöd av riksavtalet.

2.2 Syfte

Syftet med granskningen har varit att ta fram ett underlag för bedömning av landstingets hantering av påverkbara delar i utomlänsvården liksom om tillämpade rutiner för remisser, kostnadskontroll, uppföljning etc vad gäller utomlänsvården är ändamålsenliga och efterlevs i organisationen. Omvänt gäller att faktureringsrutiner är ändamålsenliga och efterlevs.

Vid behov ska även förslag till utveckling av rutiner etc lämnas.

2.3 Särskilda frågeställningar

För att uppnå syftet med granskningen skulle bland annat följande frågeställningar belysas:

- Har bilateralt avtal träffats mellan Landstinget Dalarna och landsting inom eller utanför regionen om högspecialiserad vård/regionsjukvård?
- Hur budgeteras medel för vård i andra landsting och hur är det ekonomiska ansvaret för dessa medel kopplat till remissrätten i de fall vård sker efter remiss, alternativt att behovet fastställts av specialist?
- Hur fördelar sig utomlänsvården på de tre olika grupperna enligt riksavtalet, d v s vård efter remiss, akut- och förlossningsvård samt valfrihetsvård? Hur ser kostnadsutvecklingen ut efter landstingsförbundets rekommendation 2001 i ärendet? Av speciellt intresse har varit att studera om det totala antalet vårdtillfällen för patienter utanför det egna landstingsområdet ökat fr o m 2001-07-01 då patienten gavs möjlighet att själv välja sjukhus när väl ett beslut om behandling i sluten vård fattats.
- Förekommer det att patienter remitterats till högspecialiserad vård i andra län trots att vården kan erbjudas inom Landstinget Dalarna? Om ja, i vilken omfattning?
- Hur omfattande är förekomsten av remisser till vård i andra landsting som inte utgörs av vad som kan anses som högspecialiserad vård? Om förekomsten härav är stor, görs någon löpande värdering av förutsättningarna att tillskapa egna resurser i länet?
- Finns inomregionala skillnader i länet vad gäller utfärdandet av remisser för utomlänsvård?
- Är de administrativa rutinerna för kontroll och uppföljning av kostnader för utomlänsvården (inkl fakturakontrollen) ändamålsenliga? Sker återkoppling till/samråd med

remitterande läkare under pågående vård eller sker återkoppling endast i form av faktura efter avslutad vård?

- Är de administrativa rutinerna för fakturering av andra landsting ändamålsenliga? Sker fakturering med beaktande av preskriptionsreglerna i riksavtalet? Uppstår kundförluster på grund av sen fakturering?
- Andra frågeställningar som är relevanta för att uppnå syftet.

2.4 Metod och bemanning

Metod för genomförandet har varit studier av ekonomiska underlag som budgetar, bokslut och andra ekonomiska rapporter, politiska beslut och skriftliga rutiner kring vården i andra landsting än hemlandstinget samt andra dokument med bäring på det granskade området. Den skriftliga dokumentationen har kompletterats med intervjuer med ledande förtroendevald, ansvariga chefer samt handläggare. Totalt har 14 intervjuer genomförts.

Bo Järnbring har varit ansvarig för genomförandet av projektet. Magnus Larsson har deltagit i sin roll som ansvarig för KPMG:s förvaltningsrevision i Landstinget Dalarna. Projektet har genomförts under tiden april – september 2004. Rapportens sakinhåll har granskats av landstingsdirektören och medarbetare.

3. Ledning och styrning

3.1 Allmänt organisatoriska förutsättningar

Från att all landstingets sjukvårdsverksamhet sedan 2001 varit organiserad under en politisk styrelse, driftstyrelsen, och i förvaltningen Hälso- och sjukvården Dalarna beslöt landstingsfullmäktige i april 2003 att driftstyrelsen skulle avvecklas per 2003-07-01. Bakgrunden var de senaste årens svårigheter att kontrollera ekonomin och förändringar i planeringsprocessen med ett mycket uttalat direkt ansvar för landstingsstyrelsen och dess planeringsutskott som etablerats i planeringsprocessen, d v s i formulerandet av det uppdrag verksamheten ska genomföra. Samtidigt utökades antalet ledamöter och ersättare i landstingsstyrelsen. Ur styrelsen bildades ett verksamhetsutskott med uppgift att vårda och utveckla produktionsresurserna samt följa resultat och produktionsutveckling.

Hälso- och sjukvårdens tjänstemannaledning, administration och linjeorganisation kom genom landstingsfullmäktiges beslut att ingå i landstingets kansli under landstingsdirektören. Hälso- och sjukvården Dalarnas ledning blev härigenom en integrerad del i den samlade landstingsledningen, vilket bedömdes leda till ökad samordning och tydlighet i ledningsarbetet. Åt landstingsdirektören uppdrogs att snarast möjligt integrera landstingskansliet till en samlad organisation. Detta arbete förutsattes vara slutfört och de viktigaste faktiska förändringarna genomförda 2003-

10-01. Dock försenades arbetet och den nya organisationen kunde efter vederbörliga beslut genomföras i dess helhet först 2004-07-01.

3.2 Landstingsstyrelsen och dess utskott

Enligt kommunallagen respektive allmänt och särskilt reglemente för landstingsstyrelsen leder och samordnar landstingsstyrelsen förvaltningen av landstingets angelägenheter och har uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Enligt det särskilda reglementet har landstingsstyrelsen planerings- och uppföljningsansvar för landstingets totala resursutnyttjande samt ansvar för att olika verksamheter bedrivs effektivt och efter fastställda mål. Enligt det särskilda reglementet utövar landstingsstyrelsen i hälso- och sjukvårdslagens mening ledningen av länets hälso- och sjukvård.

Under landstingsstyrelsen finns ett planeringsutskott, ett personalutskott, ett verksamhetsutskott samt ett regionalt utskott. Utskotten kan utgöra beredande organ till styrelsen och det ankommer också på utskotten att på styrelsens uppdrag konkretisera och genomföra de beslut som tagits av styrelsen. Planeringsutskottet svarar under styrelsen bl a för verksamhetsplanering och ekonomisk planering enligt fastställd planeringsprocess och ska bl a svara för de finansiella övervägandena vid den långsiktiga och övergripande utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det under 2003 inrättade verksamhetsutskottet har till uppgift att vårda och utveckla produktionsresurserna samt att följa resultat och produktionsutveckling. Genom beslut av landstingsstyrelsen i oktober 2003 har verksamhetsutskottet också att vid sidan av tjänstemannaledningens utvecklingsuppdrag bevaka utvecklingen inom specialistsjukvården, högspecialiserad vård och vårdsamverkan över länsgränserna.

Kommentar:

För att den nya organisationen med ett tydligt uppdrag från landstingsstyrelsen till landstingsdirektören och vidare ut i organisationen ska lyckas bedömer vi som mycket viktigt att ett tydligt gränssnitt mellan politiken och den operativa nivån åstadkommes. Flera av planerings- och verksamhetsutskottens uppgifter kan uppfattas som operativa och vår bild är att det högt upp i organisationen råder osäkerhet om var det politiska ansvaret för den köpta och sålda vården finns. Vi noterar också att verksamhetsutskottet till och med april 2004 ännu inte behandlat frågor med bäring på högspecialiserad vård och vårdsamverkan över länsgränserna.

3.3 Tjänstemannaorganisationen

Ett av motiven för införande av landstingets nya organisation var att utan mellanhänder få en mera direkt kommunikation mellan den politiska ledningen i form av landstingsstyrelsen och verksamhetsansvariga och därmed också få kortare beslutsvägar och kortare tid mellan indikationer och åtgärder.

Det tidigare tillämpade sk Beställar- utförarkonceptet ansågs inte längre aktuellt och den nya organisationen bygger i stället på att uppdrag för en viss tidsperiod formuleras och överenskommelse om detta uppdrag träffas mellan den politiska nivån genom landstingsstyrelsen

och tjänstemannanivån genom landstingsdirektören. Inom hälso- och sjukvården formuleras i nästa led uppdrag och överenskommelser träffas mellan landstingsdirektören och läns-sjukvårdschefen respektive närsjukvårdscheferna som i sin tur formulerar uppdrag och träffar överenskommelser med sina närmaste medarbetare o s v.

Som nämnts ovan genomfördes den nya organisationen i dess helhet 2004-07-01.

4. Vård i andra landsting

4.1 Allmänt

Vård över landstingsgränser förekommer i varierande omfattning beroende på respektive landstings/regions storlek och sjukvårdsstruktur. Då högspecialiserad vård utgör en betydande del av vården över gränser har landsting med universitetssjukhus förhållandevis låg andel köpt respektive hög andel försåld vård. Andra faktorer av betydelse kan vara ett läns karaktär av turistlän eller att en viss typ av vård av historiska eller av andra skäl är väl etablerad i länet. Nämnade faktorer gör att Landstinget Dalarna bland landsting utan universitetssjukhus har en relativt hög andel försåld vård. Enligt landstingsförbundets statistik för 2002 såldes 5,5 % av den producerade somatiska vården och 13,7 % av den psykiatriska vården till annan huvudman. I fråga om köpt vård placerade sig Landstinget Dalarna enligt samma statistik strax under genomsnittet bland landsting/regioner utan universitetssjukhus med 8,8 % köpt somatisk vård och 8,0 % köpt psykiatrisk vård.

4.2 Högspecialiserad vård

En entydig definition av begreppet högspecialiserad vård saknas såväl i författningstext som i övrigt. En av socialdepartementet tillsatt projektgrupp för högspecialiserad sjukvård har i november 2003 presenterat en analys av den högspecialiserade vården i Sverige med förslag om en nationell styrmodell för bättre, forskningsnära, nyskapande och modern sjukvård. I detta sammanhang har begreppet högspecialiserad sjukvård använts som en benämning på sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern eller på annat sätt intar en framskjuten position i vården. Den högspecialiserade vården utgör ca 6 % av sjukvårdskostnaderna och bedrivs huvudsakligen vid något av landets nio universitetssjukhus. I enstaka fall finns högspecialiserade enheter även vid länsjukhusen. Landstinget Dalarna har valt att hänföra den onkologiska vård landstinget enligt avtal köper av Länsjukhuset i Gävle till högspecialiserad vård.

Landstinget Dalarna tillgodoser till drygt 70 % behovet av högspecialiserad vård vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Andra större leverantörer är Universitetssjukhuset i Örebro, Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm och Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Som nämnts ovan tillgodoses delar av behovet av onkologisk vård vid Länsjukhuset i Gävle.

Landstinget har idag avtal om högspecialiserad vård med Akademiska sjukhuset, Universitetssjukhuset i Örebro, Länsjukhuset i Gävle samt Drottning Silvias barnsjukhus i Göteborg. Avtalet

med Akademiska sjukhuset i Uppsala löper ut vid årsskiftet 2004/05 och arbetet med att förbereda ett nytt avtal har inletts.

Med viss variation har avtalen med Akademiska sjukhuset, Universitetssjukhuset i Örebro och Drottning Silvias barnsjukhus vad avser ekonomiska villkor, fakturering samt betalningsvillkor och till viss del även i övrigt ett likartat innehåll. De bygger på en fast årlig ersättning (abonnemang) och rabatter på priser fastställda av respektive sjukhus. Om kostnaden för den köpta vården överstiger respektive understiger en i avtalet fastställd brytpunkt ökar respektive minskar den erhållna rabatten. Avtalet med Akademiska sjukhuset avser även akut- och förlossningsvård enligt riksavtalet samt valfrihetsvård.

Med hänsyn till Akademiska sjukhusets dominerande ställning som leverantör av hög-specialiserad vård har vi valt att i vår granskning i huvudsak koncentrera oss på hur denna relation fungerar och hur det ingångna avtalet efterlevs. Förutom det ovan nämnda innehåller avtalet från sjukhusets sida utfästelser om samverkan över huvudmannaskapsgränser, kunskaps- och kompetensöverföring samt tillgänglighet (omhändertagande inom viss angiven tid vid olika prioriteringsgrader). I avtalet gör också sjukhuset utfästelser om samråd om vårdens karaktär och omfattning samt landstingets deltagande i gemensam styrgrupp och representation i regionala råd. Slutligen ger avtalet landstinget rätt att på egen bekostnad anlita sjukhusets revisorer eller auktoriserad revisor för ekonomisk granskning av verksamheten.

Landstingets kostnad för den högspecialiserade vården budgeteras som en delram av den totala ramen för hälso- och sjukvården. I den förutvarande organisationen fanns det politiska ansvaret i driftstyrelsen, numera i landstingsstyrelsen. På tjänstemannanivå i den förutvarande organisationen fanns ansvaret inom förvaltningen Hälso- och sjukvården Dalarna med funktionsansvar för bitr. förvaltningschefen. Denne hade också en ledande roll i det förhandlingsarbete som ledde fram till de olika avtalen. Den funktionsansvarige biträdde med ekonomisk kompetens av budgetchefen och av en ekonomiassistent med handläggarpflichten. Knuten till den funktionsansvarige har funnits och finns en referensgrupp bestående av tjänstemän och två förtroendevalda och som i dagligt tal benämns "fonden". Denna grupp och denna benämning har sitt ursprung i Dalamodellen då de 15 kommunvisa primärvårdsnämnderna ur sina budgetmedel gemensamt bidrog med medel för köp av högspecialiserad vård.

Enligt nu gällande anvisningar från 1994 från dåvarande Sjukhusgruppen Dalarna är samtliga överläkare och bitr. överläkare samt under- och avdelningsläkare i samråd med överläkare respektive bitr. överläkare behöriga att utfärda remiss om högspecialiserad vård. I dag torde gruppen behöriga omfatta ca 300 personer.

Under en femårsperiod från mitten av 1990-talet noterades måttliga årliga kostnadsökningar för den högspecialiserade vården. Inom landstinget har detta bedömts vara effekter av avtalet med Akademiska sjukhuset. Från 1999 har däremot kostnadsutvecklingen varit kraftigare och effekten av avtalet bedöms ha minskat. Däremot anses de nya avtal som träffats med Drottning Silvias barnsjukhus (från 2002), Länssjukhuset i Gävle (från 2002) och Universitetssjukhuset i Örebro (från 2003) ha bidragit till att kostnadsutvecklingen inte varit ännu kraftigare.

Kostnaderna för den högspecialiserade vården uppgick 2001 till 203,7 mkr, 2002 till 232,2 mkr och 2003 till 292,3 mkr. För 2003 innebar detta i förhållande till 2002 års resultat en kostnadsökning med 22,7 % och ett överskridande av delramen med 54,8 mkr. En analys har visat att de senaste årens kostnadsökningar endast till en mindre del kan förklaras med en volymökning. Mätt i antal vårdtillfällen har endast en marginell ökning skett. För öppenvården har däremot en volymökning skett, sannolikt genom övergång från slutna till öppna vård. Samtidigt noteras att öppenvården endast utgör ca 15 % av den totala kostnaden. Främsta anledningen till den kraftigt ökade kostnaden bedöms vara en fortsatt ökning av de dyraste vårdtillfällena (>300 tkr per patient). Under 2002 fanns 7,1 % av patienterna i denna kostnadsgrupp och under 2003 8,4 %. Av den totala kostnaden stod dessa patienter för 42 respektive 46 %. Som sannolik främsta anledning till denna ökning nämns den medicinska utvecklingen.

För 2004 har anvisats en delram om 255 mkr för den högspecialiserade vården, dvs 37 mkr mindre än kostnaden för 2003. En ekonomisk uppföljning och prognos tiden januari-augusti 2004 visar en marginell förbättring i förhållande till 2003 och resultatprognosen visar – 40 mkr.

Kommentar:

Som framgår ovan tillkommer för närvarande remissrätten vad avser högspecialiserad vård ca 300 överläkare medan funktionsansvaret i den tidigare organisationen genom delegation åvilade bitr. förvaltningschefen i Hälso- och sjukvården Dalarna. I den nya organisationen har ett motsvarande ansvar delegerats från landstingsdirektören till länssjukvårdschefen.

I formell mening har verksamhetscheferna inget annat ansvar än övriga remitterande läkare. Även om vissa verksamhetschefer påtar sig ett informellt ansvar för den högspecialiserade vården är vår samlade bild att styrningen inte bara ekonomiskt utan även i andra avseenden måste förbättras avsevärt och engagemanget väsentligt öka. Hittillsvarande årliga rapportering från den funktionsansvarige till verksamhetscheferna har naturligtvis inte bidragit till ett ökat engagemang.

Som nämnts ovan innehåller avtalet med Akademiska sjukhuset och även med övriga regionsjukhus utfästelser om kunskaps- och kompetensöverföring samt tillgänglighet (omhändertagande av patient inom viss tid vid olika prioriteringsgrader). Vidare görs utfästelser om samråd om vårdens karaktär och omfattning och landstinget ges möjlighet att delta i en gemensam styrgrupp samt i regionala råd inom olika medicinska verksamhetsområden. Landstinget ges också möjlighet att på egen bekostnad anlita sjukhusets revisorer eller auktoriserad revisor för ekonomisk granskning av verksamheten.

Vår granskning visar att få av verksamhetscheferna har ett exemplar av respektive avtal och att de inte känner till eller i mycket begränsad utsträckning känner till innehållet i de olika avtalen. Därmed kan svårigen ställas krav om att olika utfästelser ska uppfyllas och efterlevnaden blir beroende av motpartens vilja att uppfylla gjorda utfästelser.

Vad avser avtalet med Akademiska sjukhuset varierar graden av uppfyllelse mellan de olika verksamhetsområdena/klinikerna. Även om en ”von-oben-attityd” fortfarande i viss utsträckning anses råda är vår bild att samarbetet i olika avseenden förbättrats och att sjukhusets ledning och

dess verksamhetschefer på olika sätt arbetar med att förbättra relationerna. Ett exempel härpå är den enkät som gjordes från Akademiska sjukhuset 2003 till samtliga remitterande verksamheter inom regionen. I enkäten ställdes bl a frågor kring vårdkvalité, väntetider, tider för leverans av epikriser, rapportering av oväntade händelser, kanaler för regelbundna kontakter, bemötande i samband med diskussion kring remitterad patient, akutkonsultationer samt faktureringsrutiner. I enkätsvaren från Landstinget Dalarna gavs mycket positiva omdömen på frågor om väntetider och vårdkvalité och mindre positiva omdömen om tider för leverans av epikriser och rapportering av oväntade händelser. I enkäten bekräftades också vår bild av att innehållet i avtalet med Akademiska sjukhuset om högspecialiserad vård är dåligt känt bland såväl verksamhetschefer som övriga remitterande läkare. Sex av tio svarade att man inte alls eller i begränsad utsträckning kände till avtalets innehåll.

I syfte att förbättra relationen har Akademiska sjukhusets ledning också tagit initiativ gentemot den egna organisationen. Exempel härpå är skriften ”Kan ett sjukhus vara ödmjukt?”.

I vår granskning har vi inte funnit att patienter annat än undantagsvis remitteras till högspecialiserad vård i andra län trots att vården kan erbjudas inom det egna länet. Inte heller har vi funnit inomregionala skillnader i länet vad gäller utfärdande av remisser för utomlänsvård. Vår bedömning är också att förekomsten av remisser till vård i andra landsting som inte utgörs av vad som kan anses som högspecialiserad vård är låg.

Ur styrningssynpunkt är det enligt vår mening inte rimligt att ca 300 överläkare har ett gemensamt ansvar för en dessutom betydande delram av den totala budgetramen för hälso- och sjukvården. Även om kostnaderna för den högspecialiserade vården inom ett medicinskt verksamhetsområde och speciellt inom de mindre kan variera från år till år bör budgetmedlen fördelas mellan aktuella verksamheter. Verksamhetscheferna får därmed också det formella ekonomiska ansvaret för den högspecialiserade vården. Om så sker kan förväntas och krävas att verksamhetscheferna på ett helt annat sätt än för närvarande engagerar sig i olika frågor kring den högspecialiserade vården exempelvis genom att ta del av avtalens innehåll och genom att utforma olika rutiner för remiss och uppföljning inom respektive verksamhetsområden/kliniker. En viktig förutsättning är dock att den ekonomiska rapporteringen fortsättningsvis sker månadsvis och inte som för närvarande årsvis. Genom att det formella ansvaret åvilar respektive verksamhetschefer kan också förväntas och krävas ett betydligt större engagemang från verksamhetschefernas sida gentemot regionklinikerna t ex i fråga om dessas uppfyllelse av de utfästelser som gjorts respektive avtal.

Som nämnts ovan har för innevarande år anvisats en delram för den högspecialiserade vården om 255 mkr, trots att kostnaden för 2003 uppgick till 292 mkr. Då vi inte funnit beslut om konkreta åtgärder i syfte att reducera kostnaderna under 2004 bedömer vi budgeteringen som realistisk.

Även om ansvaret för den högspecialiserade vården decentraliseras kommer det fortfarande att finnas ett behov av en för landstinget central resurs inte bara vid förhandlingar om nya avtal utan också för hantering av gemensamma frågor av löpande karaktär. Vår bild är att hittillsvarande organisation med såväl medicinsk som ekonomisk kompetens i denna del fungerat väl och därför bör bibehållas som en resurs åt länssjukvårdschefen. Däremot bedömer vi att den referensgrupp,

som i dagligt tal benämns ”fonden” vid en decentralisering av den högspecialiserade vården bör avvecklas.

4.3 Vård enligt riksavtalet

Riksavtalet för utomlänsvård, som utarbetats av landstingsförbundet och som godkänts av samtliga landsting och regioner, innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sitt eget hemlandsting. Det senaste avtalet gäller fr o m 2004-03-01. Avtalet omfattar vård efter remiss från hemlandstinget, akut- och förlossningsvård, övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer, medicinsk service, hjälpmedel samt transporter och resor. Riksavtalet gäller då verksamhet i nämnda avseenden inte regleras med avtal inom sjukvårdsregionen eller med avtal mellan landsting. Däremot är avtalets bestämmelser om ersättningar (kapitel 8) tvingande.

Kostnaderna för den utomlänsvård som inte regleras av andra avtal uppgick 2001 till 27,7 mkr, 2002 till 33,7 mkr och 2003 till 35,9 mkr, d v s under 3 år en kostnadsökning om ca 30 %. Prognosen januari-augusti pekar mot en oförändrad nivå i förhållande till 2003.

Som framgår ovan under 4.1 Allmänt har Landstinget Dalarna bland landsting utan regionsjukhus en relativt hög andel såld vård. 2001 såldes vård för 145,2 mkr, 2002 för 158,2 mkr och 2003 för 170,5 mkr. Skönviks psykiatriska klinik är den verksamhet som har störst intäkter av såld vård och under 2003 uppgick enhetens intäkter för såld vård till 67,0 mkr.

Såld vård budgeteras som intäkt i resp. verksamhets budget och intäkterna för den sålda vården gottskrivs också resp. verksamheter. Vid vård av patienter från andra landsting rapporterar verksamheten in i det patientadministrativa systemet Pax, som bl a innehåller prislister för utomlänsvården. Därefter överförs uppgifter om den lämnade vården via en datafil till fakturerings-systemet som ser till att fakturering sker och som också bevakar att betalning sker.

Kommentar:

Vår bild är att de administrativa rutinerna för kontroll och uppföljning av såväl den enligt riksavtalet köpta som sålda vården i stort fungerar väl. Vad vi kunnat finna är det ytterst sällan som kundförluster uppstår p g a för sen debitering av såld vård, det vill säga senare än sex månader efter avslutad vård enligt riksavtalets bestämmelser.

4.4 Valfrihetsvård

Sedan staten och landstingsförbundet träffat överenskommelse om åtgärder för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården beslöt landstingsförbundet att rekommendera landstingen att ge patienter möjlighet att söka vård i alla landsting i hela landet. I Landstinget Dalarna beslöt landstingsfullmäktige 2002-06-17—18 att landstingsförbundets rekommendation om valfrihet skulle gälla utan inskränkningar från och med 2002-07-01.

Valfrihetsvården innebär möjlighet att välja vårdcentral eller annan vårdgivare inom primärvården i hela landet. Beslutet innebär också valmöjlighet att välja specialistmottagning i

hela landet om de regler för remiss till specialistvården som gäller för Landstinget Dalarna har tillämpats och om det inte innebär en kostnadskrävande åtgärd. Om en sådan åtgärd erfordras som kräver upprepade behandlingar eller operation inom dagkirurgi kan patienten också välja fritt men behovet av åtgärden måste ha fastställts av en specialistläkare inom den aktuella specialiteten som är anställd inom Landstinget Dalarna.

Sluten vård kan också ske med samma förutsättningar men behovet av sjukhusvistelsen måste också här ha fastställts av specialistläkare inom den aktuella specialiteten som är anställd av Landstinget Dalarna.

Valmöjligheten gäller även privat vårdgivare som något landsting har avtal med. Däremot gäller inte valmöjligheten högspecialiserad vård.

Landstinget Dalarna ersätter reskostnader endast om vård utanför Dalarna utförs i landstingen i Gävleborg, Västmanland och Örebro län men ersätter inte i något fall kostnader för logi vid valfrikhetsvård.

Inom Landstinget Dalarna har inrättats ett väntetidskansli med uppgift att:

- Ha kunskap om väntetider, valmöjligheter och vårdgaranti.
- Svara på frågor om väntetider, valmöjlighet och vårdgaranti alla vardagar.
- Förmedla kontaktuppgifter om vårdinrättningar i Sverige till patienter/allmänhet.
- Stödja vårdpersonalen med svar på frågor om väntetider, valmöjlighet och vårdgaranti.
- Ta vara på synpunkter för att utveckla informationen kring väntetider, valmöjlighet och vårdgaranti.

Landstingsförbundet har upprättat webbplatsen för Väntetider i Vården (www.vantetider.se).

För personalen och offentligt finansierade privata vårdgivare i Dalarna har utarbetats En handbok om valmöjligheter och vårdgaranti, innehållande regler, rutiner och uppgifter om informationsansvar. Till stöd för landstingets personal innehåller även landstingets intranät uppgifter om valfrikhetsvården.

Praktiskt innebär valmöjligheten att patienten uppsöker vårdgivare, oftast utanför länet, för besök alternativt undersökning och får tid för aktuell åtgärd. Därefter kontaktar patienten sjukvården i Landstinget Dalarna för utfärdande av valfrikhetsremiss som samtidigt utgör betalningsförbindelse.

Efter avslutad vård sänds den erhållna fakturan till den klinik som utfärdat valfrikhetsremissen. Då vissa verksamheter – trots utfärdad valfrikhetsremiss – inte ansett sig kunna attestera fakturan har hittills också den förutvarande läns sjukvårdschefen attesterat valfrikhetsvård.

2002 uppgick kostnaden för valfrihetsvården till 6,6 mkr och för 2003 till 16,6 mkr. Enligt prognos januari-augusti beräknas kostnaden för 2004 till 20 mkr. Kostnaden för 2003 anges i skrivelse 2004-02-25 Årsredovisning 2003 Hälso- och sjukvården som obudgeterad. Under 2003 förekom valfrihetsvård mest frekvent inom ortopedi (9,7 mkr), ögonsjukvård (3,5 mkr) och kirurgi (2,3 mkr).

Kommentar:

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges som mål för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Efter förslag från den s k prioriteringsutredningen beslutade riksdagen 1997 om prioriteringar i vården.

Enligt vår mening finns en uppenbar risk att satsningen på valfrihetsvården med syfte att öka tillgängligheten och att minska väntetider påverkar medicinska prioriteringar och därmed drabbas i slutändan patienter med stora och resurskrävande vårdbehov. Samma bedömning har nyligen också Riksrevisionen gjort som också kritiserar regeringen för att inte beslutets konsekvenser i olika avseenden följts upp. Det är rimligt att anta att kostnaderna för valfrihetsvården även fortsättningsvis kommer att öka och det finns därför en uppenbar risk att de svårast sjuka drabbas i ökad utsträckning genom kraftiga kostnadsökningar i takt med att kunskapen om valfrihetsvården ökar. Redan i dag förekommer artiklar i dagspressen med rubriker av typ "Så går Du förbi de långa väntetiderna". Enligt vår mening är det mycket angeläget att landstingsstyrelsen följer upp landstingsfullmäktiges beslut om valfrihetsvården och dess konsekvenser ur ekonomiskt perspektiv och inte minst dess konsekvenser ur prioriteringssynpunkt. Vi bedömer som anmärkningsvärt att kostnader för valfrihetsvården inte budgeterats. I samband med föreslagen uppföljning bör även ställning tas till finansieringen.

I ett av grannlandstingen finns sedan november 2003 pågående det ekonomiska läget och arbetet med en ny vårdstruktur beslut om restriktioner när det gäller valfrihetsremisser. Beslutet har fattats för att säkra att patienter med störst vårdbehov får tillgång till vård. I ett annat grannlandsting planeras enligt uppgift införande av prioriteringslistor. Patienter med lågt prioriterade sjukdomar ska få en diagnos men inte ställas i kö för behandling. Därmed får dessa patienter inte heller tillgång till valfrihetsvården.

I övrigt bedömer vi att landstinget genom inrättandet av ett väntetidskansli, genom utarbetandet av En handbok om valmöjligheter och vårdgaranti för personalen och genom information via intranätet skapat goda förutsättningar för allmänheten och anställda att skaffa sig information om valfrihetsvårdens förutsättningar.

KPMG, dag som ovan

Magnus Larsson

Bo Järnbring