

EKONOMI I BALANS FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN – KOMPLEMENT TILL DELÅR 2 I SEPTEMBER 2020

Bakgrund

I samband med bildandet av en samlad hälso- och sjukvårdsförvaltning inom region Västmanland 1 januari 2020 så angavs i förvaltningsplanen ett förväntat underskott på helåret på -400 miljoner kr. Detta trots en estimerad bruttokostnadsutveckling i budget på cirka 1 % jämfört med resultat 2019. Förvaltningen fick i uppdrag att vid delår 1 återkomma med en analys/plan kring förutsättningarna för balans mellan verksamhet och finansiering. På grund av coronapandemin beslutades att skjuta upp redovisningen av detta till delår 2.

Aktuella förutsättningar

Hälsö- och sjukvårdssektorn har generellt i ett antal år haft kostnadsökningar högre än budgeterade uppräknings. I Lars-Bertil Arvidssons rapport från hösten 2019 anges en ungefärlig ökning för branschen på cirka 5 % per år. I samma rapport bedömer Arvidsson att omställning mot konceptet Nära vård har en potential att minska den kostnadsutvecklingstakten med 1,5 % ned till cirka 3,5 %. I nu pågående prisförhandlingar avseende köp av högspecialiserad vård inom Uppsala/Örebro sjukvårdsregion syns i underlagen att kostnadsutvecklingen genomsnittligt för sjukhusen avseende DRG för åren 2014-2018 varit 24,5 %. Västmanlands sjukhus har här ett snitt på 21,7 %.

Region Västmanlands hälso- och sjukvård har ett kostnadsläge i mitterskiktet bland Sveriges regioner. Avseende kostnads- och produktivitsutvecklingen mätt i kostnad per DRG-poäng så har regionen alla fem åren 2015-2019 haft en bättre utveckling än snittet i riket och ligger nu (år 2019) under snittet för kostnad per producerad DRG-poäng.

Hanteringen av coronapandemin under 2020 har medfört stora omställningar i verksamheterna samt stora tillfälliga kostnadsökningar, vilket försvårar analyser och möjligheter att dra ekonomiska slutsatser för detta innevarande år. Inför 2021 är förvaltningens bedömning att vi förutom den reguljära verksamheten har ett temporärt utökat uppdrag dels i form av ett uppdämt vårdbehov genom vård som temporärt fått anstå i samband med pandemihanteringen, dels ett större behov under cirka 1-2 år av IVA- och infektionsplatser relaterat till kvarstående Covid-19-behov.

Resonemang och bedömning

I bilaga 1 (Förvaltning HSF ramar och EiB) framgår i tabellform de estimeringar förvaltningens ekonomienhet gör. Dessa bygger på följande förutsättningar:

- Ekonomisk utgångspunkt för normal verksamhet är det bedömda underskottet vid årets ingång januari 2020 om -400 milj kr.
- Endast del av i projektet EiB (Ekonomi i Balans) för 2020 beslutade besparingar uppnås pga coronapandemin. Bedömning av uppnådd effekt samt tillkommande besparingar anges. Av icke uppnådda effekter 2020 i EiB beräknas 21 milj kr hämtas hem 2021, därtill tillkommer enligt projektets plan 69 milj kr i ny ramreducering för år 2021.

Datum
2020-09-22

Dnr: HSF200423

- I bilagorna 2 och 3 (Åtgärdsplan för Ekonomi i Balans 2020-2021 samt Organisations- och verksamhetsutvecklingsplan 2020-2023 inkl förflyttning mot Nära vård) preciseras de frågor som arbetas med. Ytterligare potentiella besparingar/intäktsökningar om 85 miljoner kr har lagts in med fördelning om 50 milj kr år 2021 och 35 milj kr år 2022.
- Kostnader på grund av kvarstående utökat uppdrag åren 2021-2022 av Covid-19-vård bedöms uppgå till 47 milj kr per år.
- Indikationer på kraftiga prisökningar för köpt högspecialiserad vård, ökade IT-priser samt några andra poster finns angivna i tabellen.
- Temporär merkostnad för återställandet av tillgänglighet och det uppdämda vårdbehovet antas kunna få finansiering med extra statsbidrag och belastar ej resultatet 2021.
- Endast beslutade och kända statsbidrag är budgeterade.

En succesiv förflyttning mot Nära vård de närmaste åren syftar bland annat till att vården finner nära effektiva nätverksbaserade former, vilka ur ett resursperspektiv ska ge en lägre långsiktig kostnadsutveckling. I bilagda planer för åtgärder och verksamhetsutveckling beskrivs de frågor som nu bearbetas inför nästa planperiod. Med dessa antaganden och förutsättningar skulle underskottet år 2021 se ut att uppgå till -555 milj kr inklusive kostnad för utökat Covid-19-uppdrag (-508 milj kr exklusive). För år 2022 blir underskottet med samma beräkningar -500 milj kr inklusive kostnad för utökat Covid-19-uppdrag (-453 milj kr exklusive). Estimerad budgeterad bruttokostnadsutveckling för år 2021 skulle då bli cirka 1,6 % inklusive utökat Covid-19-uppdrag (1,1 % exklusive).

Hemställan

Hemställes att styrelsen med utgångspunkt i denna beskrivning med bilagor diskuterar det fortsatta budgetarbetet inför 2021-2023.

Håkan Wittgren, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilagor:

- 1) Förvaltning HSF ramar och EiB
- 2) Åtgärdsplan för Ekonomi i Balans 2020-2021
- 3) Organisations- och verksamhetsutvecklingsplan år 2021-2023, inkl förflyttning mot Nära vård
- 4) Kolada 2019 – Ekonomiska resultat och kostnader

Förvaltning HSF ramar och EIB - från år 2020 till år 2021-2022

UT/INGÅNGSPARAMETRAR	Belopp tkr	Ack effekt tkr	Kommentar	Effekt 2022
Underskott förvaltningsnivå	-400 000	-400 000		
EIB 2020, i ram	108 000			
Utfall kostnadsreduceringar, EIB 2020	40 000		Övergripande försiktig bedömning på förvaltningsnivå	
DIFF	-68 000	-68 000		
Höjning prislista, Akademiska 2020		-5000		
Samlad service		-5 000		
UTGÅNG 20 / INGÅNG 21		-478 000		
EIB-effekter från 19-20, effekt 2021	21 000			20 000
Åtgärdsplan 2021, nya åtgärder	50 000	71 000	85 mkr helårseffekt, fördelat på år 2021 och år 2022	35 000
Fortsättning tidigare EIB-planering 2021		-69 000	Antagande om ramreducering enligt tidigare planering	
COVID IVA	-20 000		+ 4 vpl. Bemanning, Fastighetsinv, övrig drift	
COVID Infektion, vårdavdelning	-15 000		Utökning till 24 vpl	
COVID Utökad Lab verksamhet	-11 000		Material, reagens och utrustning	
COVID Central smittspårning	-1 000	-47 000	Belopp smittspårning skattat	
Höjda prislistor Akademiska / Örebro		-20 000	30+10 mkr full ffekt, bedömnng 50 % effekt -21, oklart läge	
Ökade IT-priser		-4 000		
Uppräkning ram, jmf faktisk bruttokostnad		-8 000	2 % på 400 mkr	
Diff, LPIK-uppräkning och faktisk lönenivå 2021		?	Osäkerhet kring lönenivåökning 2021	
Åtgärder för att korta vårdköerna			Beräknat ca 100 mkr, finansiering via statsbidrag	
SUMMA UNDERSKOTT FV 2021		-555 000		55 000
SUMMA UNDERSKOTT FV 2022				-500 000

ÅTGÄRDSPLAN FÖR EKONOMI I BALANS 2020-2021

Detta dokument är redovisningen av uppdraget i Förvaltningsplan 2020—2022 avseende åtgärder för att sänka kostnadsutvecklingstakten och stärka intäktssidan, med målsättningen att förvaltningen samlade ekonomiska utveckling ska närma sig en ekonomi i balans.

Förslagen nedan utgår från de rubriker som finns i Förvaltningsplanen, med viss modifiering. Punkter nedan innehåller nya förslag till åtgärder, men även en del tidigare förslag finns med, för att i syfte att följa effektueringen och revidera vid behov. Varje förslag ska konkretiseras i termer av: beskrivning av dess innehåll, vem är handläggare/ansvarig, ungefärlig tidpunkt för start av effekthemtagning (år/mån) samt bedömd effekt, dels för innevarande år dels årlig långsiktig helårseffekt i miljoner kr

Indikatorer = hur mäter vi effekthemtagning inom respektive område.

NR	ÅTGÄRD	BESKRIVNING AV INNEHÅLL	ANSVARIGA, TIDPLAN
		EFFEKTER AV DIGITALISERING	
1	Digital taligenkänning	Införande av taligenkänning möjliggör minskad arbetad tid för uppgiften att manuellt skriva in diktat för journaldokumentation. Berör funktioner inom verksamheter med patientkontakter som journalförs. Det berör även läkargruppen som behöver ompröva rutiner och arbetssätt för diktering. Realisering av effekten innebär avveckling av personal för denna uppgift. Kostnader för förvaltning av systemet tillkommer. Generellt är effekten bedömd att innebära reducering med 30 % av arbetad tid gällande de administrativa resurser som arbetar med journaldokumentation. Indikatorer: sänkta lönekostnader och sänkt arbetad tid för berörda yrkesgrupper inom berörda kliniker. Bedömd helårseffekt år 2020, ca 10 mnkr, är utlagd i ramarna för berörda kliniker. Pga förskjutningar i införande kan reel effekt 2020 beräknas till ca 5 mnkr. Helårseffekt från slutet av år 2021, ytterligare ca 10 mkr	HSF digitaliseringsansvarig Områdeschefer för effekthemtagning Effekter efter hand som det införs, från våren 2020
2	Digitala kallelser	Införande av digitala kallelser, innebär rationalisering inom administrativa funktioner på klinikerna, sänkta portokostnader, samt säkrare postgång med sänkt risk för uteblivna besök. Ett införande kräver förenkling och standardisering av kallelserutiner, samt standardiserade rutin för hantering av patientinformation som idag biläggs kallelsebrevet Indikatorer: Sänkta kostnader för brevporto samt sänkt arbetad tid och lönekostnader för hantering inom klinik. Färre uteblivna besök. Enligt reviderad projektplan nås effekter från år 2022, långsiktigt ca 20 mkr/år	HSF digitaliseringsansvarig för systemet Områdeschefer för effekthemtagning Pilot på tre kliniker under 2020 Effekter från år 2021

3	Ökad andel digitala tolkningar	Tolkning finns idag att tillgå via externa appar samt via regionägda Tolkservice AB. Med stöd av modern teknik och genom omprövning av gällande praxis avseende behov av fysiskt närvarande tolk så bedöms antalet resor som tolkar genomför kunna minska. Idag utgår ca 4 mnkr / år i reseersättning till Tolkservice. De moderna apparna bygger helt på AI-program som innebär att själva tolkningen sker via digital översättning Nya ”kriterier för tillämpning” behöver fastställas och åtföljande information till kliniker och chefer, samt nya kriterier för tillämpning i beställningarna Fortsatt arbete: fördjupad dialog med Västmanlands tolkservice, granskning avtal, information Indikator: Sänkta kostnader på konto Tolktjänster. Helårseffekt ca 2-3 mkr	OC Ekonomichef Chef förvaltningens digitaliseringsenhet Referenspersoner från kliniker Tolkservice i Västmanland AB involveras
		BEMANNING	
4	Chefsstruktur o enskilda vård-tjänster.	Den operativa bemanningen (= direkt patientarbete) på vårdavdelningar är kartlagd, och arbete pågår med schemaoptimering. För att få en samlad bild av den totala bemanningen är nästa steg är att kartlägga chefsstruktur och icke-vårdoperativa tjänster på klinikerna som innehas av både vårdutbildad och icke-vårdutbildad personal. I vilken omfattning har klinikerna sådana tjänster och vad är dess uppdrag och innehåll. Jämförelser sker mellan kliniker, och i den mån det är möjligt med kliniker utanför Västmanland. Indikator: Jämförelse arbetad tid för berörda tjänster ovan relaterar ex v klinikens totala personalbudget alt klinikens ekonomiska ramar. Helårseffekt: ca 5 mkr fördelat ör förvaltningens samtliga kliniker	Områdeschefer och HR-chef
5	Paramedicin, inom förvaltningen	Effekter på verksamheten totalt av de reducerade ekonomiska ramar är att antalet tjänster behöver sänkas. Efter en initial kartläggning av läget (hösten 19) är inriktningen att skapa ”kluster” av paramedicinska verksamheter inom förvaltningen för att genom fördjupat samarbete minska sårbarhet och sprida kompetens och insatser mer över förvaltningen olika kliniker. Inte minst viktigt utifrån att den totala bemanningen sänks kopplat till reducerade ekonomiska ramar. Helårseffekt: Är delvis inarbetad i budget 2020. Åtgärder behöver effektueras under 2020-2021	Bitr Områdeschefer Akutsjukvård och Nära vård

6	ST-läkare, kriterier för dimensionering	Redan i SPUR-inspektion år 2014 lyftes fram att regionen inte har underlag för hur ST-läkare dimensioneras inom slutenvården, somatik och psykiatri. (Inom primärvården finns ett regelverk som reglerar ST-dimensionering på vårdcentral) Initialt görs en kartläggning av ST-dimensionering på klinikerna, (tjänster och arbetad tid) under 2017, 2018, 2019. Utifrån historik, samt bedömning av behov kopplat till: a) klinikens uppdrag och storlek b) kommande pensionsavgångar samt c) behov av ST-läkartid för att bemanna jourlinjer fastställs kriterier för vad som ska ligga till grund för dimensionering av antal ST-läkare per klinik som. Årligen ska en inventering göras av läget som ligger till grund för budgetering av ST-läkare nästkommande år, med fastställda kriterier som grund. En del av inventering innebär omvärldsbevakning gällande läget på likvärdiga länssjukhus Indikator: Antal anställda ST-läkare utifrån fastställda kriterier Helårseffekt: 4 mkr (3-4 ST-läkare färre)	Övergripande ST-studierektor. Ek chef, HR-chef Förankring: HSD + samtliga OC
		JOUR OCH SCHEMA, SPECIFIKA YRKESGRUPPER	
	Åtgärder inom HR, specifika yrkesgrupper	Generellt föreslås åtgärder vidtas för att förbättra möjligheten att bedriva en effektiv produktion. En viktig komponent är att ha framförhållning tidsmässigt i planeringen och att utnyttja den schemalagda arbetstiden för verksamheten optimalt. Detta förutsätter i sin tur ett säkrat deltagande från alla i produktionsprocessen ingående yrkesgrupper. I förslag nedan förslås förändringar i syfte att nå bättre kontinuitet, långsiktighet och planerbarhet.	
7	Reglerad inrapportering och uttag av jour-kompensation	Rapportering av jour och beredskap, och arbetad tid på denna under en kalendermånad ska alltid rapporteras direkt månaden efter. Det är viktigt att regionen direkt kan kostnadsföra den skuld som uppstår efter ett jour/beredskapspass För samtliga kliniker införs att 30 % av upparbetad skuld alltid regleras direkt vid rapporteringstillfället i form av utbetalning av kontant ersättning. Utifrån resonemanget enligt p 10, med behov av en hög och jämn produktion på dagtid behöver kompensation i form av uttagen ledighet schemaläggs systematiskt och jämnt fördelat, samt totalt även begränsas.	Ek chef, HR-chef, förhandlingschef Förankring hos Områdeschefer Tillämpning från 1 jan 2021

		Innestående skuld, efter reglering av 30 %, tas ut i planerad, företrädesvis schemalagd, ledighet inom nio månader från rapporteringstillfället. Sker inte detta inom nio månader kommer resterande innestående skuld att utbetalas i form av kontant ersättning i månad tio. För varje klinik definieras ett tak för hur mycket den av den totala ersättningen som kan gå ut i kontanter dvs antingen direkt 30 %, eller efter nio månader. Detta procenttal kan variera från klinik och är beroende av ex v hur många läkare som deltar i bemanning av jour/beredskapslinjen, om bristsituation råder etc. Riktvärde ligger mellan 40-60 % som tak för hur stor total andel som totalt kan gå ut i kontant ersättning. Detta procenttal läggs in som en styrande parameter i respektive kliniks verksamhetsplan. Budgering av jour/beredskapsverksamhet i kr baseras på detta procenttal Indikatorer: Sänkt uttag av kontant jourersättning Helårseffekt ca 3 mkr berör kostnader för kontant ersättning, samt minskad utomlänsvård pga effektiviserad egen produktion	
8		Kartläggning av läkarnas flextidsavtal. Klargöra läkarnas flexavtal från 2008 tillämpas. Kartlägga om lokala, kliniks specifika avtal finns, och dess tillämpning. Vid behov vidta förändringar som innebär förvaltningsgemensam och enhetlig följsamhet till gällande avtal	HR-chefer kartläggning
9		Kartläggning av principer för rapportering av övertid vad gäller specialister och överläkare. Säkerställa att förvaltningsgemensam tillämpning sker, där kollektivavtalets regler ska vara styrande och gälla likvärdigt för alla. Eventuell kliniks specifika undantag i tillämpning ska vara godkända av förvaltningsledning. Indikator: Reducerat övertidsuttag vad gäller övertid som inte är relaterat till jour/beredskap.	HR-chefer kartläggning

		VÅRDPLATSER	
10	Vårdplatser övergripande	Kartläggning av samtliga vårdavdelningars storlek inom somatisk och psykiatrisk slutenvård i länet. Optimal vårdavdelningsstorlek, utifrån hur en personalresurs bäst nyttjas, är ca 25 vpl. Förslag på förändring av vårdavdelningsstruktur med målet att nå mer samlad optimal storlek (ca 25 vpl), med beaktande de verksamhetsförutsättningar som råder inom varje specialitet. Bemanning och schemaläggning av vårdavdelningar differentieras och anpassas till avdelningens uppdrag, patientstruktur etc Indikatorer: Fler vårdavdelningar med optimal storlek (Totalt sett färre vårdavdelningar) : totalt sett sänkt arbetad tid utifrån optimering av vårdavdelningsstruktur Omställning av vårdplatser kopplat till förflyttning mot Nära vård	OC Akutsjukvård och Nära vård, med stöd av HR, Ekonomi, PU-staben
11	Elektiv operationsenhet	Inom förvaltningen har under 2020 genomförts ett arbete i syfte att finna former för hur verksamhet kan effektiviseras, utifrån organisation. Olika varianter på driftformer har utvärderats såsom intraprenad, bolagisering kontra konventionell drift inom förvaltningen. Utgångspunkt är att identifiera en verksamhets uppdrag/mål, dess gränsdragning mot annan verksamhet samt hur verksamhet kan beskrivas och mätas i produktions- och ekonomitermer. I arbetet har ingått att definiera hur styrning kan ske mot önskvärda resultat och hur dessa kan förstärkas med införande av olika incitamentsdelar. Arbetet har resulterat i att förvaltningen vill aktualisera att bilda en enhet för elektiv kirurgisk verksamhet, EPE, initialt med huvudinriktning mot ortopedisk verksamhet. Målsättningen är att skapa ett ökat samlat utbud av tillgänglig operationstid, (knivtid), till en kostnad som understiger de DRG-ersättningar som idag tillämpas. Det kan handla om genom ex v bättre nyttjande av de operationssalar som finns tillgängliga, och ha en optimal bemanning av dessa. Detta kan ske i samverkan med annan region. Målet är att kunna erbjuda västmanlänningarna en god tillgänglighet till operationer som det medicinskt bedömts finns behov av. Behovet ska i högre grad än i idag tillgodoses i egen regi, och därmed ska kostnader för köpt vård kopplat till vårdgaranti (och valfrihet) sänkas.	HSD Bitr områdeschef Akutsjukvård Ekonomichef Berörda verksamhetschefer Politiskt beslut gällande det konkreta innehållet

		Efter prövning av olika driftsformer enligt ovan är bedömningen att denna enhet (EPE) lämpligast bedrivs i Intraprenadform. En viktig del för att nå målen enligt ovan att det i det regelverk/avtal som gäller för driften finns incitamentsstrukturer som kan bidra till att målsättningarna uppnås. Skattad ekonomisk effekt ca 5 mkr/år kopplat till sänkta kostnader för köpt vård - valfrihet och vårdgaranti - utanför länet.	
	LÄKEMEDEL OCH MEDICINSK TEKNIK		
		Den samlade kostnaden för läkemedel i regionen ligger på drygt 1 miljard kr, varav knappt 800 mnkr avser recept och drygt 200 mnkr avser läkemedel som rekvireras och förrådshålls på kliniker. Den viktigaste finansieringskällan för läkemedel är statsbidrag vilka för 2020 uppgår till ca 880 mnkr per år. Statsbidragens storlek bestäms via årliga förhandlingar mellan SKR och regeringen utgående från de faktiska kostnaderna. Man enas man om totalbelopp, som sedan fördelas mellan regionerna utifrån en gammal fördelningsmodell som nu är under revision. Förslag till ny modell har liknande inriktning som den kommunala kostnadsutjämningsmodellen och innebär för regionen samma effekt dvs vi kommer att tappa ersättning i förhållande till dagens modell, med ca 6 mnkr per år. Den förväntas få genomslag från 2021. Regionens kostnader för läkemedel ligger på nivå som genomsnittet i riket. Förvaltningen kostnader är i nuläget något lägre än det behov som räknats fram utifrån nuvarande beräkningsmodell.	
12		Åtgärder som kommer vidtas för att effektivisera verksamheten och dämpa kostnadsökningstakten: För strategiskt utvalda läkemedel genomförs ett s k "ordnat införande" av nya läkemedel. Det sker i en nationellt samordnad och standardiserad process i flera steg som inleds med att ett nytt läkemedel blir tillgängligt på marknaden. Den involverar regioner, Läkemedelsverket (TLV) samt berörda läkemedelsföretag. Ett moment i införandet är förhandlingar om möjlighet till återbäring i samband med nyintroduktion. Återbäringen sker i efterhand och baseras på konsumerad volym. Årligen finns ett 50 avtal som innebär återbäringsmöjligheter. Det är viktigt att klinikerna är informerade om detta, och faktiskt tillämpar ett optimalt ordinationsförfarande, f f a dels gällande kriterier för ordination, dels i valet mellan att rekvirera läkemedel eller skriva recept. Utgångspunkt är att ordination av läkemedel sker enligt kostnads-effektivitetsprincipen, dvs att kostnaden alltid vägs mot den effekt som uppnås. (Denna princip ska dock enligt gällande riksdagsbeslut också vägas mot människovärdes- behovs- och solidaritetsprinciperna)	LME/Sjukvårds-farmaci kallar till årliga återkommande möten, start våren 2020

13		För att stödja detta ska dialogmöten genomföras regelbundet med samtliga kliniker. Inbjudan sker från LMK/Sjukvårdsfarmaci och det är obligatoriskt för samtliga kliniker att delta. Efterlevnad av att årliga träffar genomförs hanteras i linjeorganisationen, dvs av Områdeschefer. Sjukvårdsfarmaciservice bedrivs sedan några år i egen regi inom regionen. Det handlar ffa om service till kliniker avseende ineliggande patienter. Enheten arbetar nu systematiskt med att optimera sina rutiner, ex v att bereda optimala doser av cytostatika (beredd volym ska nyttjas till 100 %) Helårseffekt: ca 6 mkr (reducerad kostnadsökning med 1 %) En sedan tidigare identifierad möjlig effektivisering ligger i att för behandling av ögonsjukdomen glaukom tillreda ett eget läkemedel, stället får inköp av dyrare behandlingsläkemedel. Kostnaden för dessa är idag ca 25 mkr/år. Metoden är införd inom ett antal regioner i Sverige. Ett införande kräver investeringar i lokaler som möjliggör säker beredning av kvalitets- och arbetsmiljöskäl. Lokalinvesteringen är i storlek 4 mnkr. Medräknat ökad hyra, material och bemanning så ligger besparingen i storleksordningen 10 mnkr/år. Det krävs även en förankring av ändrad behandlingsform på ögonkliniken Helårseffekt: 6-10 mkr	Sjukvårdsfarmaci, samtliga OC, Ögonkliniken
14	Medicinteknisk utrustning i hemmet	Ett viktigt område att bevaka och fatta beslut kring utifrån välgrundad evidens och erfarenhet är ordination av medicinskteknisk utrustning att nyttjas av en, oftast kroniskt sjuk patient utanför sjukhuset, i sin vardag. Den tekniska utvecklingen inom detta område går mycket fort. Integritetsaspekterna är f n ofullständigt utredda vid användning av nätbaserade applikationer. Idag finns ex v Freestyle Libre där diabetespatienten, via digital dosa läser av sina medicinska värden. Nationella rekommendationer ska följas vilket f n begränsar nyttjandet till diabetes typ1. Inom Astma/KOL finns också framtaget digitala hjälpmedel vars evidens/nytta fortfarande är under utredning. För mätning av koagulationsvärden finns utrustning (CoaguCheck) framtagen som tilldels patienter i exv Uppsala och Dalarna. Utbildning av såväl personal som patient är viktigt för ett framgångsrikt införande En arbetsgrupp tillsätts med deltagare från HMC, medicinkliniken samt förvaltningsledning i syfte att ta fram en generell modell för "ordnat införande" av medicinskteknisk utrustning i hemmet Helårseffekt: initialt svårbedömt ekonomiskt i form vad gäller sänkta kostnader. Innebär ffa sparad tid i förändrat arbetssätt samt kvalitetsvinster	Chef medicinska staben, chef HMC , ek chef, samt några berörda verksamhetschefer

		AVTAL - OMRÖVNING AV INGÅNGNA AVTAL	
15	Uppsägning av Götlundaavtalet	Avtalet har funnits sedan 1985. Syftade till att underlätta närhet till vård för invånare i Götlunda församling. Trafiksäkerhet, kollektivtrafik och vägarnas infrastruktur har förbättrats väsentlig och därmed upphör också grunden för avtalet. Patientlagen innebär rätt att söka öppenvård, men inte slutenvård. Regionens merkostnader är ffa slutenvård i Örebro som vi idag kan erbjuda i Västerås/Köping. Det finns indikationer på att västmanlänningar har långa vårdtider i Örebro. Beloppet är nettoeffekt dvs efter beaktande av att det finns rörliga kostnader även för vården i Västmanland Helårseffekt: 3 mkr	Politiskt beslut
16	Avtal med Västerås stad	Avtalet med 60 timmar läkartid/vecka på Zethelius korttidsboende utvärderas, avseende exv avlastning av sjukhusvården, jmf med övriga korttidsboende i länet. Det bör även utvärderas hur avtalet överensstämmer med det samlade länsperspektivet på hur Nära vård ska utformas. Ställningstagande sker under år 2021 I samma avtal som reglerar läkarinsatser på Zethelius ingår ett ospecificerat bidrag för "förstärkt rehabilitering" inom äldrevården i Västerås. Denna del utvärderas utifrån dess innehåll och legala aspekter, dvs om det är förenlighet med kommunallagen Helårseffekt ca 3 mnkr (läkarbemanning netto och avveckling av rehabstöd)	OC Nära vård, medicinsk stabschef, chefläkare, ek chef
		HJÄLPMEDEL	
17	Köpta tjänster Aktiv Ortopedi	Revidering av kriterierna för förskrivning av ortopedtekniska hjälpmedel. Vad som förskrivs, på vilka grunder och vilka egenavgifter som tas ut, har inte setts över på minst 15 år. Det ser olika ut i regionerna inom samverkansnämnden. Kostnaderna för ortopedtekniska hjälpmedel har ökat betydligt mer än LPI-uppräknings. Själva förskrivningen ökar dock inte i samma takt som kostnaderna, utan är relativt konstant. Indikator: sänkta kostnader för ortopedtekniska hjälpmedel i kombination med ökade intäkter för egenavgifter Helårseffekt 2-3 mkr (reducering max 5 % av totalkostnad)	Verksamhetschef, Ortopedi Bitr OC Nära vård Ek chef
18	Hjälpmedel vid sömnsvarigheter, nya avgifter	Som behandling vid sömnsvarigheter förskrivs CPAP-utrustning eller bettskena (apnéskenor). Vid ordination av apnéskena betalar patienten enbart patientavgift för besök för att sätta diagnos och ordination av behandling. Varje apnéskena/bettskena kostar mellan 7-10 tkr och kan inte återanvändas. CPAP kostar idag 500 kr för patient.	Politiskt beslut Förslag fr 1 jan 2021

		Förslag: Engångsavgift 500 kr för apnéskena Införande av månadskostnad på 100 kr/månad för CPAP under de första 12 månaderna. Hyra ger incitament att återlämna om behov ej föreligger. Därefter Engångsavgift på 500 kr/CPAP-utrustning. Vid byte av utrustning, vid långvarigt nyttjande, utgår ny engångskostnad Nettoeffekt ca 1 mkr/år	
		PATIENTAVGIFTER, UTEBLIVNA BESÖK,	
19	Färre uteblivna besök	Möjligheten för patienter att kontakta sin mottagning för att omboka besök har förbättrats påtagligt. Man kan nyttja meddelandefunktion på 1177 Vårdguiden, man kan ringa eller SMS:a. Mottagningar kan ha specifika telefonlinjer för av/ombokning med automatsvar. SMS-påminnelse går ut från många mottagningar. En bättre ”beläggning” på bokade tider innebär en effektivisering som indirekt ger ökad tillgänglighet och bättre nyttjande av skattemedel. Kostnaden för ett uteblivet dagkirurgiskt ingrepp ligger på 5-10 tkr Vårdpersonal upplever också en frustration över att inte kunna nyttja sina resurser, inte minst i vetskap om att behoven återkommer längre fram. Det är således även en arbetsmiljöfråga för våra medarbetare för personalen. Ca 14-18.000 om- och avbokningar av patient sker med kortvarsel i den samlade sjukvården per år. Förslag att patient ska ge besked senast kl 8.30 samma dag, vilket är samma regelverk som gällt inom Folk tandvården. Avgift för uteblivet besök föreslås vara patientavgiften + 100 kr. Avgift utgår även för dem med frikort. Indikator: Färre planerade besök som inte genomförs Helårseffekt: 4-5 mnkr (indirekt via bättre resursutnyttjande)	Politiskt beslut Förslag från 1 jan 2021
20	Patientavgifter	Höjning av befintliga patientavgifter Omvärldsbevakningen indikerar att närliggande regioner höjer patientavgifterna i syfte att stärka intäktssidan. Region Västmanland ändrade patientavgifterna år 2017, men ändringen var intäktsneutral, dvs gav ingen ökad intäkt utan syftade till att förenkla patientavgiftsstrukturen. Det har blivit enklare för våra medarbetare att tillämpa ett likvärdigt avgiftsuttag. Utrymmet för tolkning minskade vilket innebär att det ur ett invånarperspektiv blir mer rättvist och jämlikt Förslag är att höja från: Specialistvård 280 kr ➔ 360 kr/besök Primärvård 140 kr ➔ 160 kr/besök	Politiskt beslut Förslag från 1 jan 2021

Införande av patientavgift för distanskontakter

Utvecklingen av vård på distans genom olika former av teknik ökar. CORONA-pandemin har även i vår region påvisat att fysiska besök kan ersättas av distanskontakter med likvärdiga eller bättre resultat och upplevelse för patient. Vård på distans och digitala vårdkontakter behöver vara en naturlig och viktig del i Region Västmanlands hälso- och sjukvård. Det innebär i många fall en effektivisering och ökad produktivitet, samtidigt som tillgängligheten och servicegraden för invånare och patienter ökar. År 2017 tog RF ett inriktningsbeslut som anger att patientavgift för digitala besök ska jämföras med motsvarande vad som gäller för fysiskt besök i samma verksamhet. Då definierades digitalt besök som överföring av digitalt ljud och bild i realtid. Samtidigt gavs RS i uppdrag att följa utvecklingen av nationella definitioner av digitala vårdkontakter/distanskontakter. Nu föreslås att definitionen av digitalt besök också ska vidgas i enlighet med Socialstyrelsens definition av distanskontakt för att även omfatta andra former av kontakter.

Distanskontakter enligt Socialstyrelsens definition kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel på sådana är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt (ex genom chatt).

En distanskontakt ska avse kvalificerad sjukvård enligt Socialstyrelsens definition, d.v.s. det ska inte vara fråga om rådgivning och liknande. Vårdkontakten ska ske via en dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient och ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök. Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning. Hit räknas även kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter om patienten för medicinska utlåtanden men inte för delgivning av utlåtandet.

Förslaget är att patientavgifter ska tas ut för distanskontakter som motsvarar ovanstående definition.

1177 Sjukvårdsrådgivningen ska fortsatt vara avgiftsfri oavsett kontaktform (samtal, chatt, rörlig bild).

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att ta fram riktlinjer och instruktioner för att mer specifikt definiera vilka kriterier som ska gälla för att patientavgift ska tas ut för olika formerna av digitala vårdkontakter.

Efter beaktande av frikortseffekt ger en skattning att de årliga intäkterna ökar med drygt 25-30 mnkr. Viktigt att beakta är att distanskontakter till betydande del kommer att ersätta traditionella fysiska besök

		KÖPT OCH SÅLD VÅRD	
21	Remisskrav för neuropsykiatrisk utredning	RS beslut om att behov av neuropsykiatrisk utredning ska beslutas av specialist inom VUP/BUP innebär möjlighet till sänkta kostnader per utredning genom att följa ramavtal, samt att stramare indikationer kommer innebära vss sänkning av volymen utredningar Helårseffekt 1 mkr	OC Nära vård, verksamhets- chefer psykiatri
22	Ökad självförsörjning medicinsk diagnostik	Inom Område Diagnostik gör en kostnads/nyttokalkyl vad gäller möjligheten att "ta hem" analyser/undersökningar som idag köps från externa utförare Helårseffekt 1-2 mkr	OC Diagnostik
23	Såld vård, spetsfunktion Bröstcancer Tarmcancer	Berör klinikerna onkologi, kirurgi samt radiologi avseende mammografiscreening. Hållbart långsiktigt ställningstagande kräver förankring och beslut i Samverkansnämndens gemensamma produktionsråd/ledningsgrupp Därefter 1. Avtal med parter som har intresse av att köpa definierade vårdtjänster. Vid ev kapacitetsinvesteringar (se nedan) krävs ett långsiktigt åtagande/avtal. Ju kortare åtagande desto mer måste åtagandet ske inom befintliga fast resurser 2. Bedömning av kapacitet att ta emot utifrån utfall av p 1 3. Kostnads/intäktskalkylering. Idealet är att åtagandet kan ske inom befintlig fast kapacitet, innebärande att tillkommande kostnader är de rörliga, dvs enbart de som direkt följer av varje patientåtgärd. 4. Risk/Sårbarhetsanalys görs baserat på punkterna 1-3 ovan, innan beslut fattas om att teckna avtal Beräknad nettoeffekt årligen, ca 1,5-2 mkr	HSD och samtliga OC
	Urologi, robottjänster	Förhandling och avtal med Region Dalarna Helårseffekt 0,5 mkr	Bitr OC Akutsjukvård

24	Statsbidrag	• Pröva möjlighet till utveckling mot effektiva lösningar med stöd av statsbidrag • Försiktighet med statsbidrag som långsiktig finansiering av drift • Uppnå gällande målribbor Helårseffekt: 5-10 mkr	Ekonomichef och styrgrupp
25	Fastighet	Vid ställningstagande till fastighetsinvesteringar som innebär ökade internhyra ska förvaltningen ta fram och värdera en kostnads/nyttokalkyl, där ökad kostnad ställs mot förväntade intäkter. Kostnader som ska bedömas är exv kopplat till bemanning, avskrivningskostnader för investering i utrustning, ökade IT-kostnader m.m. Även långsiktigheten i investering, kopplat till nytt Akutsjukhus, ska värderas	Områdes-chefer Ek chef

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen
Förvaltningsledning

Datum

2020-09-09

ORGANISATIONS- OCH VERKSAMHETSUTVECKLINGPLAN ÅR 2021--2023, INKL FÖRFLYTTNING MOT NÄRA VÅRD

Detta dokument är förslag till långsiktig utveckling av verksamhet och organisation med utgångspunkt i förflyttningen mot nära vård. Beskrivning nedan sker per år för perioden 2021-23. Ekonomiska effekter specificeras inte men övergripande bedöms åtgärderna innebära en möjlighet att under perioden hålla en kostnadsutvecklingstakt på max 3 %.

Postadress

Region Västmanland
Regionhuset
721 89 Västerås

Besöksadress

Regionhuset, ing 4, Västerås

Telefon, vxl

021-17 30 00

Telefax

021-17 45 09

Org Nr

232100-0172

VAT nr

SE232100017201

E-post

region@regionvastmanland.se

Webbadress

www.regionvastmanland.se

NR	ÅTGÄRD	BESKRIVNING AV INNEHÅLL	ANSVARIG, TIDPLAN
		ÅR 2021	
1.	Förflyttning Hälsocenter	För att förstärka möjlighet till samverkan och tillvaratagande av synergieffekter förflyttas Hälsocenter från KCH till Område När vård. Därmed renodlas även KCH:s uppdrag inom folkhälsoområdet, och det mer operativa uppdraget att driva Hälsocenter knyts till Nära vård. Nära vård har såväl beställaransvar för vårdcentralsanknuten primärvård som driftansvar för den icke vårdcentralsanknutna primärvården (Journmottagning, 1177, MFLE, ungdomsmottagningar m.m.)	HSD + OC Nära vård 1 jan 2021
2.	Närsjukvårdsplatser Västerås	Utvecklingen av Nära vård ske ses ur ett flerårsperspektiv (se vidare År 2022-23 nedan) Det första steget innebär att slutenvårdsplatser för Nära vård etableras även i Västerås, och därmed har sjukvården närsjukvårdsplatser i samtliga länsdelar. Det etableras en Närvårdsklinik Västerås/Sala. Utöver befintlig verksamhet i Sala ingår i denna klinik även slutenvårdsplatser och rehabiliteringsresurser som idag är knutna till Västerås sjukhus. Dimensionering av antal närsjukvårdplatser i Västerås tas fram som en del av utvecklingsarbetet under år 2021. Antal vårdplatser har bäring på hur mobiliteten utvecklas i länet. Omfördelning av resurser, med precisering av vilka kliniker som berörs och omfattning per klinik, samt etablering av ny klinik sker under 2021. Omfördelning ska innebära oförändrad, eller lägre, total kostnad. Planerad driftstart för Närdvårdsklinik Västerås/Sala 1 jan 2022	Bitr OC Nära vård och Akutsjukvård år 2021
3.	Förflyttning av Ger/rehabkliniken till Akutsjukvården	Geriatrisk/rehabiliteringskliniken återförs till akutsjukvården. Detta bedöms underlättat en utveckling till en mer renodlad specialistklinik med ett tydligt länsuppdrag. Kliniken ska ha resurser för att kunna ge en kvalificerad utbildning av ST-läkare som ska bli geriatriker Under 2021 sker en utvärdering av AH-uppdragets fortsatta verksamhet, koppla till punkt 4 nedan	OC Akutsjukvård

4.	Samlad mobilitet	Ett utvecklingsarbete sker under 2021 i syfte att konkretisera innehåll och uppdrag för länets samlade uppdrag gällande mobil verksamhet. Det handlar bl a om: - att kartlägga, samordna och utveckla nuvarande mobila verksamhet: ASIH, AH, MFLE - Omvärldsbevakning, att lära av goda exempel och erfarenheter, bla med hjälp av externt konsultstöd. - Diskussion med kommunerna hur exv dess vård- och omvårdnadsresurser under kvällar/nätter helger kan bli en integrerad del i den mobila verksamheten - Definiera kapaciteten för vård i patientens eget boende, ex v i form av antal samtidigt inskrivna (jmf vårdplatser) och hur kapacitet fördelas i länet	OC Nära vård
5.	Utveckling av BU-hälsan och översyn av BUPs dimensionering	BU-hälsan har ett länsövergripande uppdrag och bör därför finnas i länets fyra noder. Idag saknas BU-hälsan i Sala. Planering pågår för att starta BU-hälsans verksamhet i Sala. Detta för att erbjuda jämlik vård i hela länet för barn och unga med lätt till måttlig psykisk ohälsa. BUPs verksamhet är inte dimensionerad relaterat till uppdragets storlek och målgruppens växande behov. Behovet av neuropsykiatriska utredningar ökar kontinuerligt och inflödet av remisser är fortsatt högt, vilket speglar de ökade behoven. Därtill har tillkommit ny lagstiftning kring LPT som innebär nya lagstadgade krav. Ett fortsatt utvecklingsarbete krävs för att anpassa BUPs organisation, arbetssätt och resurser till det ökade uppdraget. Under planperioden behöver resurser tillföras kliniken.	OC Nära vård
6.	Förstärka resurser för fortsatt vård av COVID19 patienter	Antalet intensivvårdsplatser utökas från 8 till 12 fullt bemannade vårdplatser. Kapacitet ska finnas att tillfälligt utöka till 16 samtidigt vårdade patienter. Detta kräver såväl investeringar som utökning av personalresurser. På infektionskliniken fanns innan CORONA 18 vpl + 6 dagvårdplatser. Dessa utökas nu till 30 vpl. Satsningen ovan är att betrakta som tillfällig under minst 2021-2022, även om det f n är oklart hur länge behovet kvarstår, beroende av hur exv vaccination mot COVID19 utvecklas och när vaccination kan erbjudas brett i befolkningen.	OC Akutsjukvård Start omgående

		Kostnaderna för provtagning på laboratoriemedicin kopplat till testning av sjukdom, immunitet samt smittspårning beräknas även för 2021 ligga på en nivå på ca 11 mkr högre per år än innan CORONA-pandemins utbrott Därtill behöver lokaler anpassas för ett säkert mottagande av patienter utifrån riskerna med CORONA-viruset. Gäller exv lokalerna på akutmottagning och jourmottagning. Funktionsanpassning innebär ökade hyreskostnader för berörda lokaler.	
7.	Medicinsk teknik och HMC till Område Diagnostik	Under de kommande årens utveckling av Nära vård, inkluderande en ökade andel vård i patientens eget boende, finns ett behov av ökad samverkan mellan medicinsk teknik (MT) som ansvarar för medicinskteknisk utrustning på våra sjukhus samt Hjälpmedelscentrum (HMC) som ansvarar för medicinskteknisk utrustning i hemmet. Båda enheterna är resultatenheter som finansieras via intäkter. För att förstärka möjlighet till samverkan och positiva synergieffekter, samt för att renodla de intäktsfinansierade delarna inom HS-förvaltningen knyts dessa båda enheter från 1 jan 2021 till Område Diagnostik. Områdets nuvarande tre verksamheter (Lab, Röntgen och Klinfys) är idag resultatenheter. HMC har kvar sin nu gällande självständiga roll baserat på att styrningen sker via egen nämnd med egen delegation till verksamhetschefen m.m.	OC Diagnostik
8.	Utveckling av driftsformer	I dokumentet "Åtgärdsplan" beskrivs inrättandet av en ny klinik för elektiv kirurgisk verksamhet	HSD, Bitr OC Akutsjukvård, ek chef
9.	Vårdgarantienheten	Våren 2019 startade Vårdgarantienheten som ett projekt med finansiering tom år 2022. Uppdraget var att hjälpa patienter med frågor kring vårdgaranti och valfrihetsfrågor. Enhetens uppdrag har utökats till att även erbjuda verksamheterna administrativt stöd i Vårdgarantifrågor. Verksamhetsstödet kan utvecklas ytterligare till samtliga kliniker. Samordning av framtagande av strategiska underlag/statistik samt utbildning av väntetidssamordnare. Nationell samordningsroll.	Områdeschef Planerings- och utvecklingsstaben
10.	Resursenheten	Det finns ett behov av att vidga uppdraget för Resursenheten för att bättre kunna stödja förvaltningens chefer. Förslag till utveckling är; - utöka bemanning på kort och lång sikt, - chefsstöd i bemanning och schemafrågor, - utbildningsstöd i bemanning och schemaläggning, - uppbyggnad av chefspool, - samla avrop/avtal för all hyrpersonal	Områdeschef Planerings- och utvecklingsstaben

		ÅR 2022	
1.	Mobilitet	Med utgångspunkt från det utvecklingsarbete som sker under 2021 (se punkt 4-år 2021) driftsätts en samlad organisatorisk enhet inom När vård med ett länsuppdrag att bedriva mobil verksamhet.	OC Nära vård
2.	Nytt Primärvårdsprogram	Ledningen för Nära vård och Vårdval Primärvård, utvecklar under 2020 och fram till sommaren 2021, i samverkan med vårdgivare och det politiska styret, ett nytt Primvårdsprogram som tas i drift från 1 jan 2022. Vårdval primärvård fördjupar samverkan med vårdgivarna i processen med att ta fram det nya PV-programmet. Bärande i det nya primärvårdsprogrammet är att tydliggöra vårdcentralernas uppdrag i regionens utveckling av nära vård, där primärvården är navet.	OC Nära vård OC Akutsjukvård gällande p 3-4
3.	Uppstart äldrepsykiatri	Vuxenpsykiatrien kommer tillsammans med Geriatrisk kliniken att utveckla ett omhändertagande för äldre med behov av vård för psykiska symtom och psykisk sjukdom. Basen i denna verksamhet kommer att vara en mottagningsverksamhet med ca 2 vårdplatser kopplade till mottagningen. Även mobilt team för bedömning ute i länet kommer att utvecklas. Planeringen är att under 2021 utveckla en länsövergripande Äldrepsykiatri med planerad start 1 januari 2022.	OC Nära vård
4.	Fortsatt utveckling av Närd vård inkl. samverkan med region Dalarna	Under 2021 sker ett utvecklingsarbete som prövar möjligheten att från 1 jan 2022 införa etablera en organisationsstruktur inom Akutsjukvården där samtliga kliniker, inkl. internmedicin, har ett renodlat länsuppdrag. En parallell utveckling inom Nära vård innebär en organisatorisk och verksamhetsmässig utveckling mot en sammanhållen Närvårdsklinik. Formerna för detta utreds successivt under planperioden. Denna klinik har ett uppdrag att tillhandahålla lokaler och personal som möjliggör för Akutsjukvårdens länskliniker att bedriva poliklinisk verksamhet i de olika länsdelarna för berörda länskliniker. Uppdragets omfattning och innehåll i resp. länsdel avgörs utifrån varje enskild länskliniks möjligheter och befolkningens behov. Med start under 2020 utreda förutsättningarna att i norra länsdelen samverka med Södra Dalarna, specifikt Avesta lasarett, för att ur ett regionalt perspektiv (över huvudmannaskapsgränserna) uppnå ekonomiska och verksamhetsmässiga fördelar, ex v sänkta kostnader och minskad sårbarhet vad gäller kompetensförsörjning. En överenskommelse bekräftas genom att avtal tecknas med driftstart från 1 jan 2022. Detta koncept för norra länsdelen måste integreras i lösningen för länet som helhet enligt stycket ovan.	HSD + områdeschefer

		År 2023	
1	Akutuppdraget – länet som helhet	Med ovanstående utvecklingsarbete och konkreta förändringar under åren 2020-2022 som grund, genomförs under år 2022 ett fördjupat utvecklingsarbete i syfte att skapa ett verksamhetsmässigt, kvalitetsmässigt och ekonomiskt hållbart akutuppdrag för länet som helhet. Uppdraget innebär att primärvården, i linje med Görans Stjernstedts utredning, tar ett större samlat ansvar för akuta behov som kan/ska hanteras inom första linjens vård. Nästa steg är att kraftsamla det akutuppdrag som kräver sjukhusresurser. I denna lösning ingår sannolikt samverkan med andra regioner. Vid definition av länsakutuppdraget ingår även att klargöra när regionen ska skicka allvarliga akuta tillstånd för högspecialiserad vård, ex v traumavård	HSD + områdeschefer

Kolada 2019 – Ekonomiska resultat och kostnader

Källa: KOLADA

Sammanfattning – Ekonomi 2015-2019 (20-09-17)

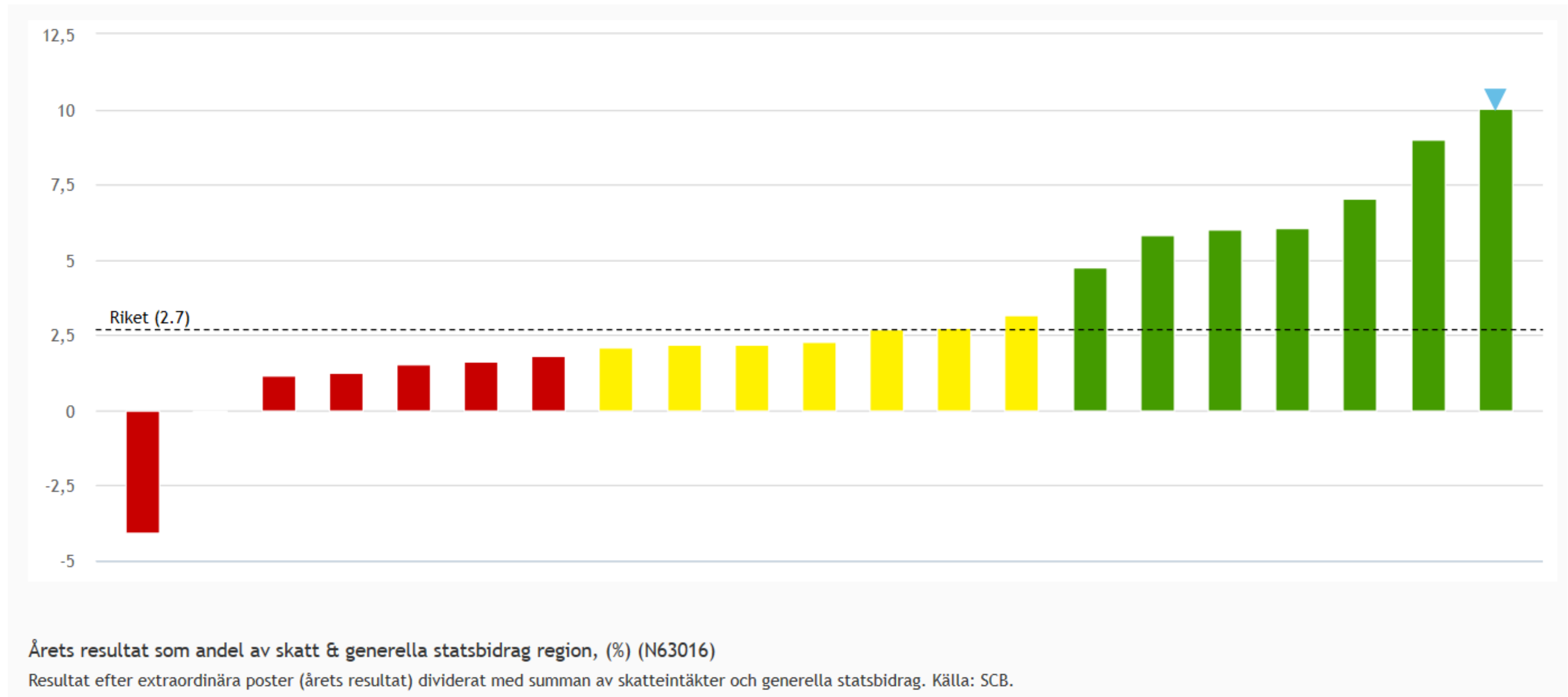
Ekonomiska resultat och kostnader

Alla år ▾

				2015	2016	2017	2018	2019
Resultat efter finansiella poster (% av skatter och statsbidrag)	▮	≈	ℹ	2.4	2.2	2.0	2.6	10.0
Balanskravsresultat, andel (%) av skatter och generella statsbidrag	▮	≈	ℹ	2.4	2.2	2.0	2.6	2.4
Soliditet inklusive ansvarsförbindelsen, andel (%) av totala tillgångar	▮	≈	ℹ	-35	-30	-25	-19	-1
Självfinansieringsgrad investeringar (% av nettoinvesteringar)	▮	≈	ℹ		192.0	129.3	151.9	136.3
Finansiella nettotillgångar, andel (%) av skatter och generella statsbidrag	▮	≈	ℹ	35	35	39	44	60
Justerad skattesats region, (%)	▮	≈	ℹ	11.45	11.50	11.45	11.43	11.42
Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kr/inv	▮	≈	ℹ	23 577	24 382	25 155	25 764	26 802
Kostnad per producerad DRG-poäng i öppen sjukhusvård, kr/DRG-poäng	▮	≈	ℹ	46 158.6	47 901.4	53 290.9	55 060.4	
Kostnad per producerad DRG-poäng i sluten sjukhusvård, kr/DRG-poäng	▮	≈	ℹ	50 897.5	51 046.4	54 735.0	57 907.7	

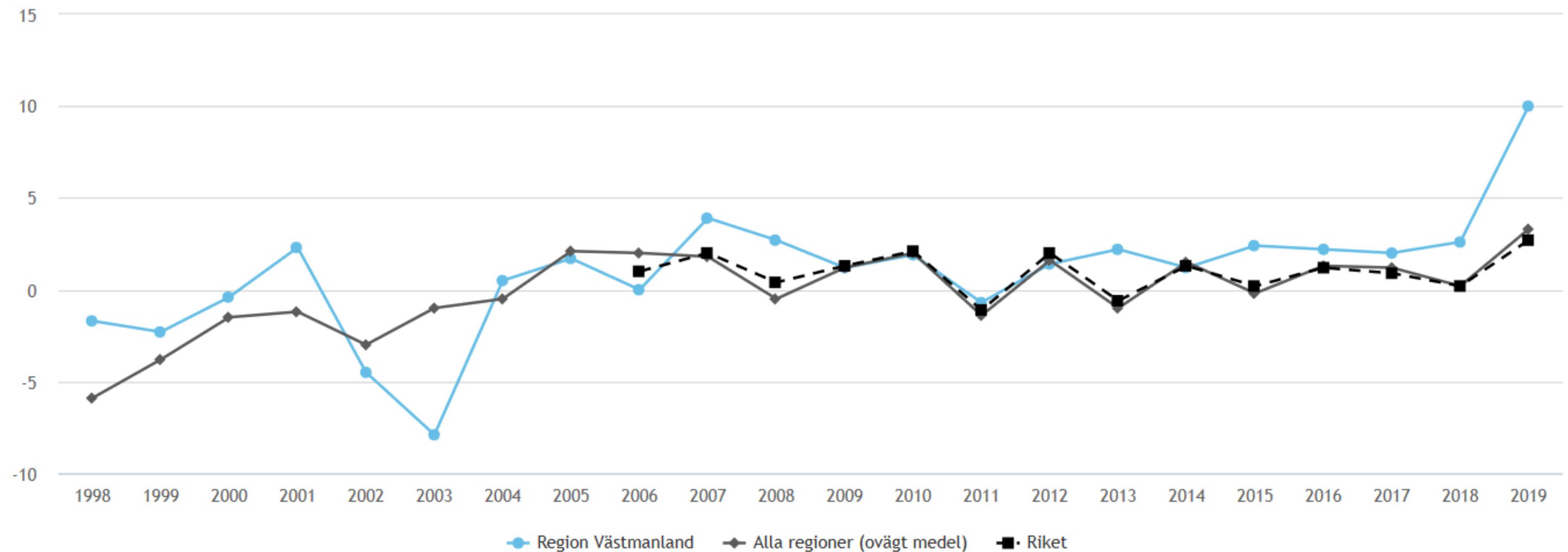
- Utjämningsystemet har förändrats, vilket påverkar beräkningarna från 2014 och gör att jämförelser med tidigare år inte är lämpliga.

Årets resultat 2019 som andel av skatt och generella statsbidrag (%)



- Alla redovisade värden 2019, bättre än snittet

Årets resultat som andel av skatt och generella statsbidrag (%)

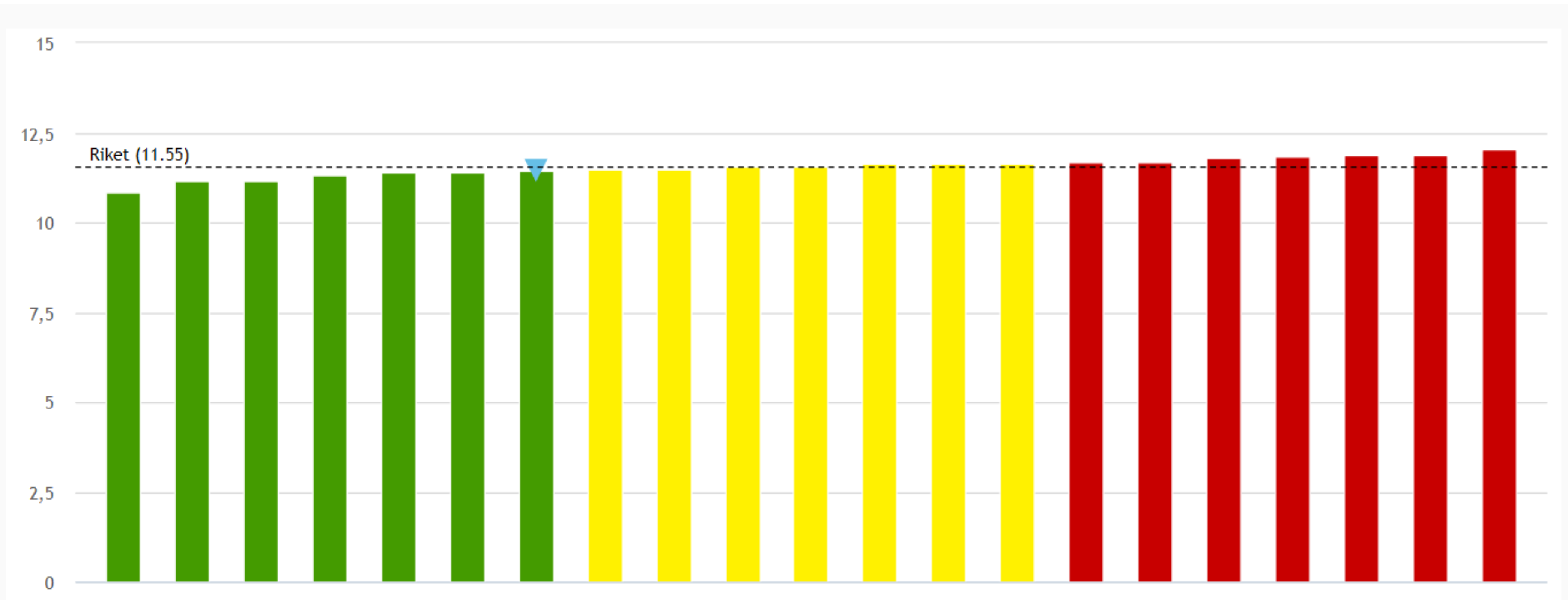


Årets resultat som andel av skatt & generella statsbidrag region, (%) (N63016)

Resultat efter extraordinära poster (årets resultat) dividerat med summan av skatteintäkter och generella statsbidrag. Källa: SCB.

● Sedan 2012, bättre än riket

Justerad skattesats (%)



Justerad skattesats region, (%) (N63125)

Regionens skattesats justerad för olikheter i verksamhetsansvar baserat på regionens faktiskt redovisade kostnader för kollektivtrafik, hemsjukvård, färdtjänst och utbildning. Källa: SKR.

● Lägst, Östergötland. Högst, Kronoberg

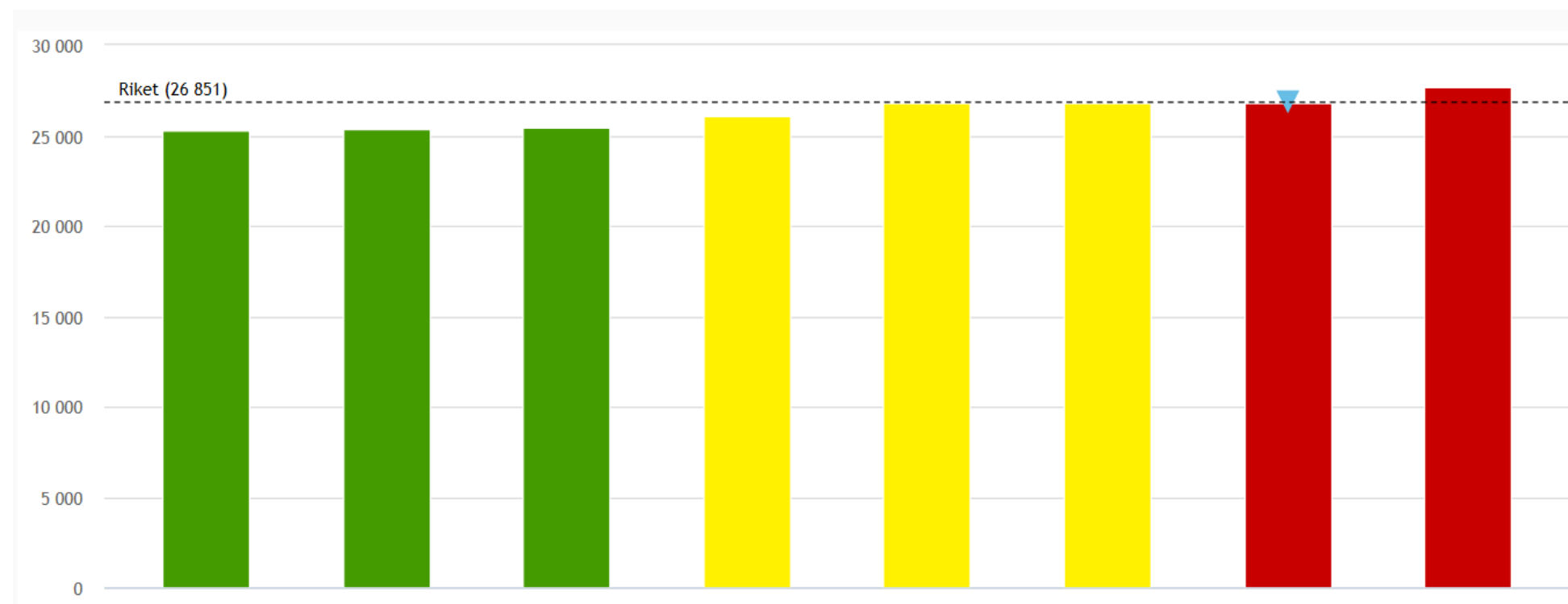
Kolada 2019 – Hälso- och sjukvårdsrapporten

Källa: KOLADA

Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad kr/inv



26 802 kr/invånare jämfört med
lägsta 23 756 kr i Uppsala och högsta
29 888 i Stockholm



Jämförbara landsting

Dalarna (lägst kostnad)

Kalmar

Värmland

Norrbottn

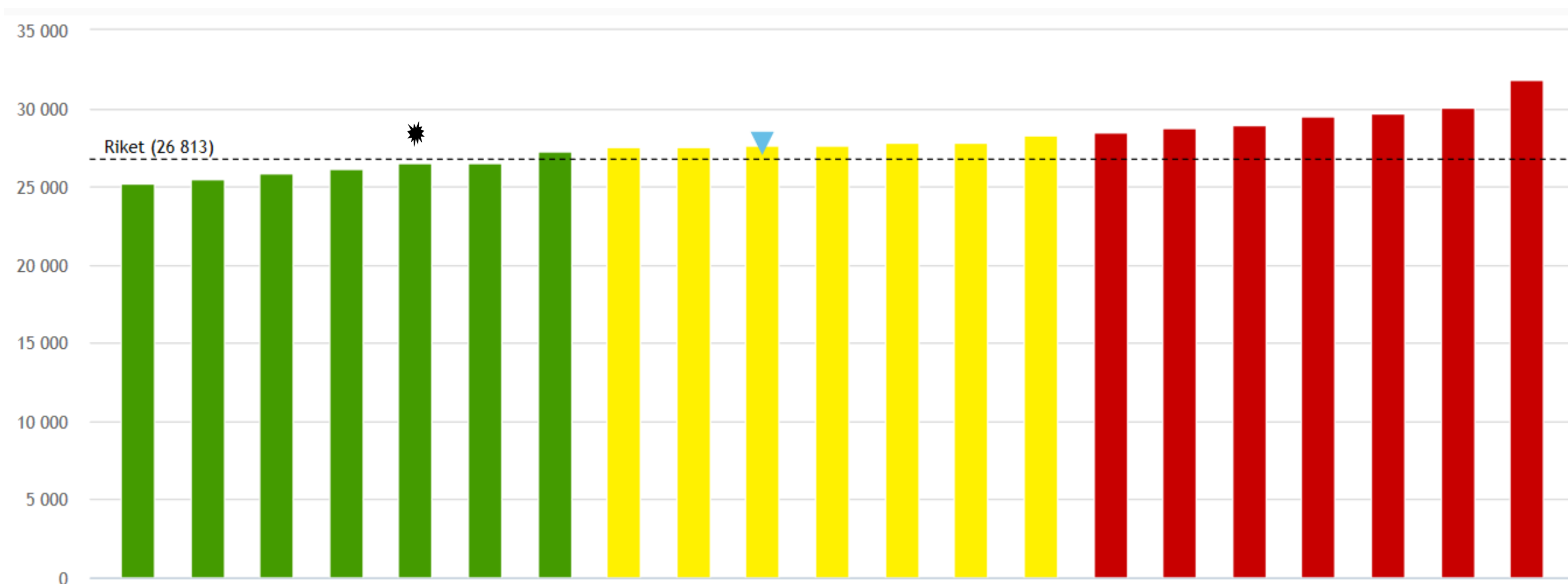
Gävleborg

Sörmland

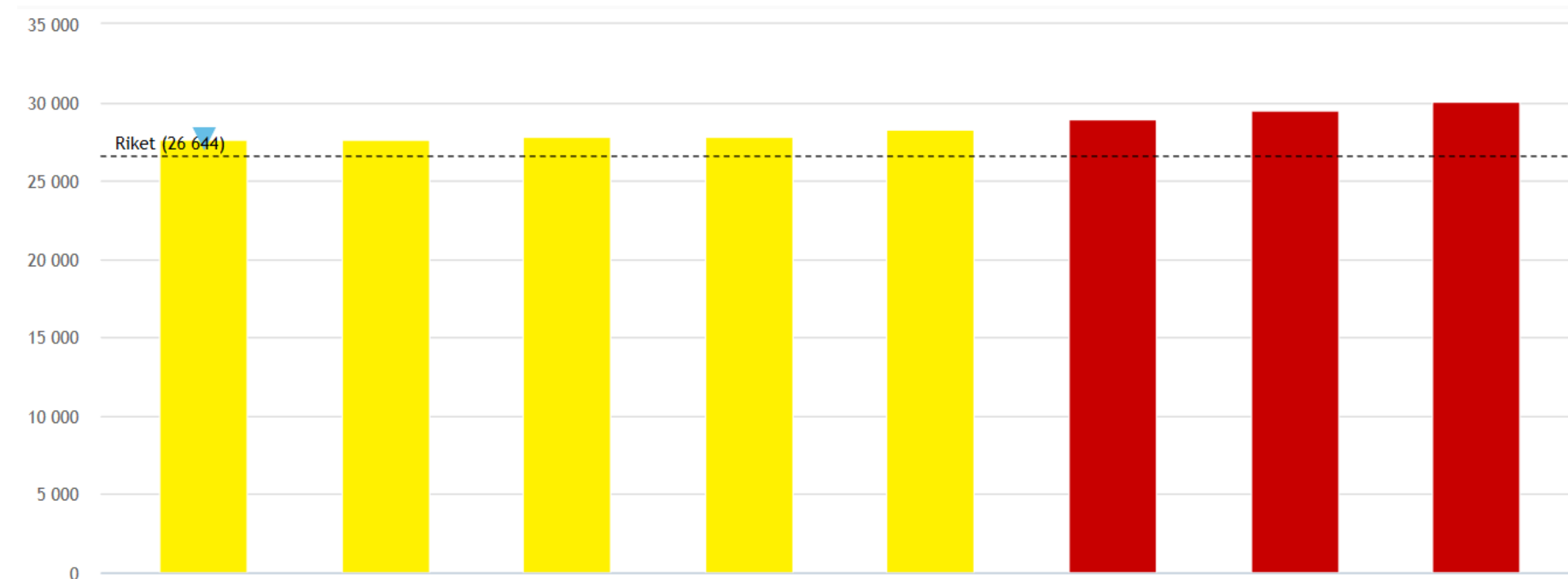
Västmanland

Västernorrland (högst kostnad)

Nettokostnad hälso- och sjukvård exkl tandvård kr/inv



27 617 kr/invånare jämfört med
lägsta 25 160 kr i Västra Götaland
och högsta 31 867 på Gotland
(*Uppsala 26 525 kr)



Jämförbara landsting

Västmanland (lägst kostnad)

Kalmar

Värmland

Dalarna

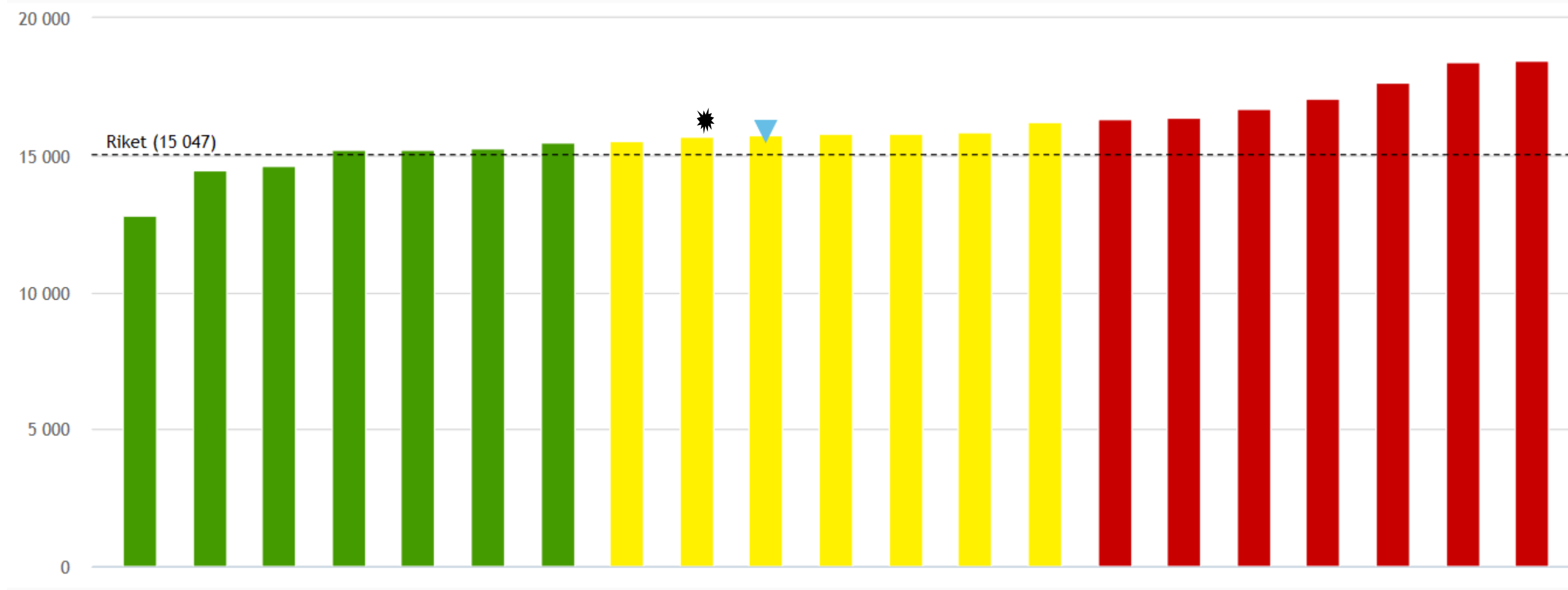
Sörmland

Gävleborg

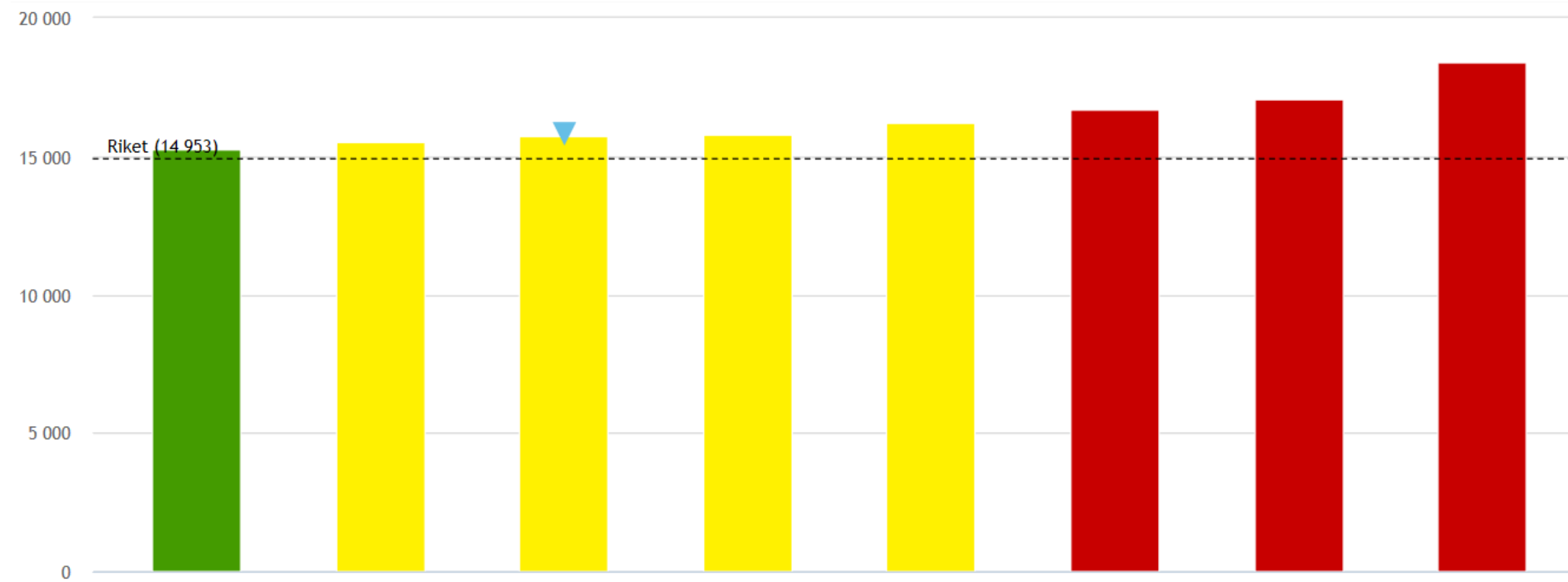
Norrbottn

Västernorrland (högst kostnad)

Nettokostnad specialiserad somatisk vård totalt (exkl läkem) kr/inv

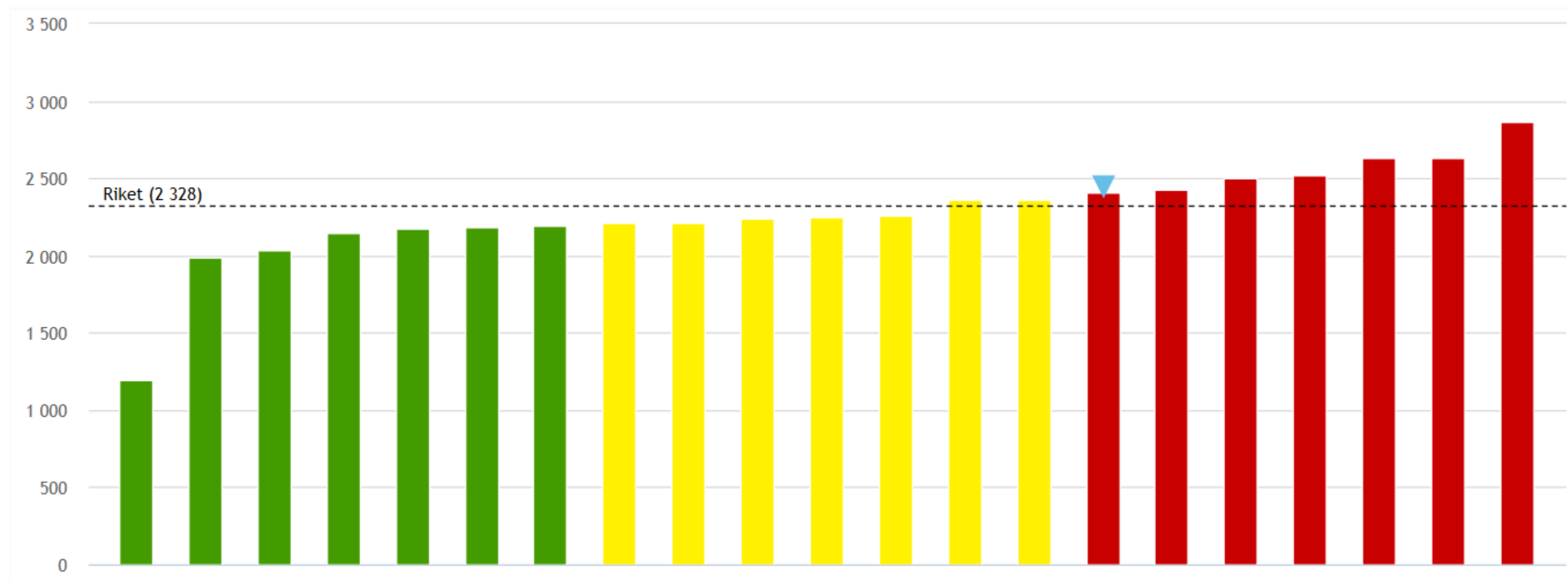


15 744 kr/invånare jämfört med
lägsta 12 825 kr i Västra Götaland
och högsta 18 430 på Gotland
(*Uppsala 15 699)

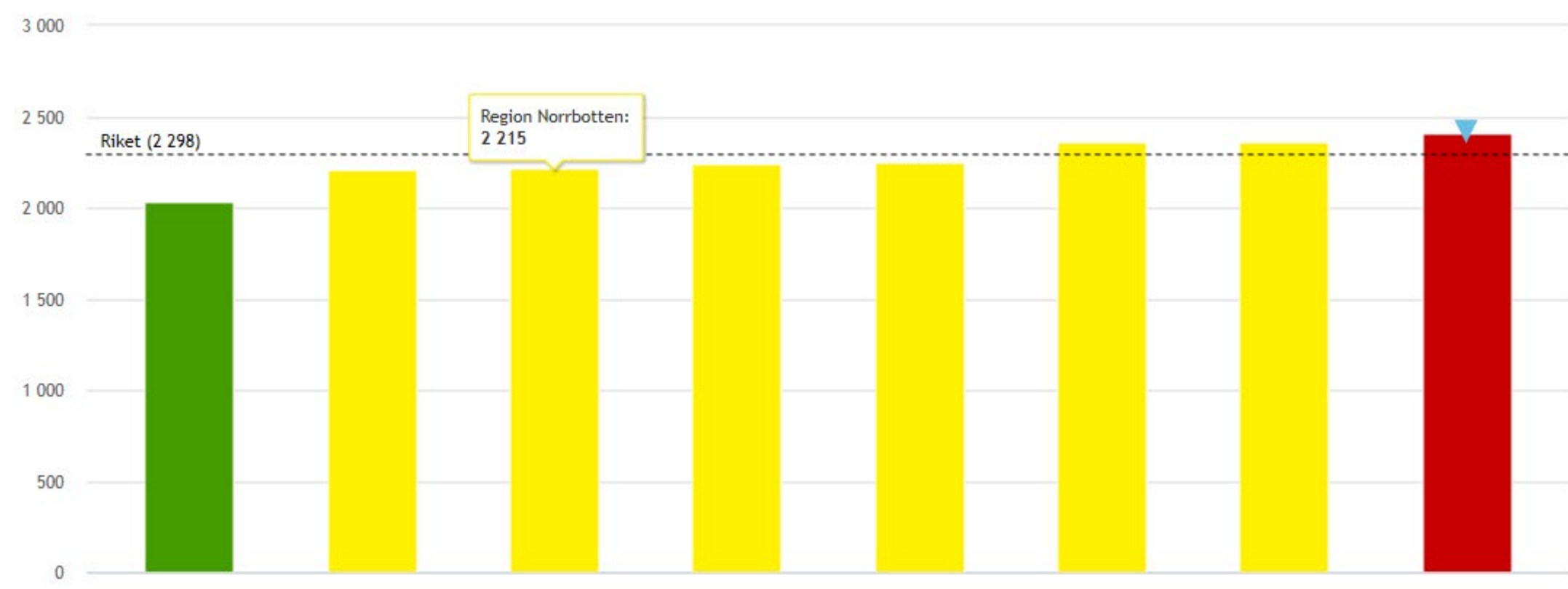


Jämförbara landsting
Dalarna (lägst kostnad)
Värmland
Västmanland
Kalmar
Norrbotten
Sörmland
Gävleborg
Västernorrland (högst kostnad)

Nettokostnad specialiserad psykiatrisk vård totalt (exkl läkem) kr/inv

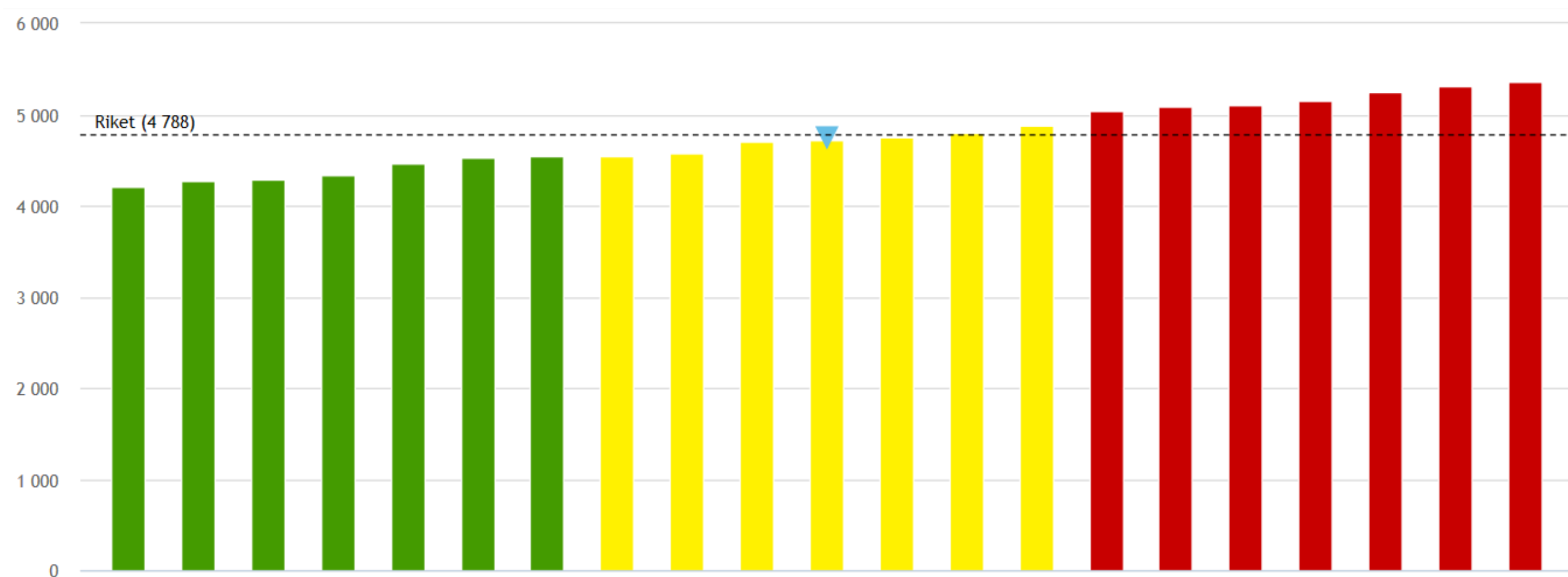


2 411 kr/invånare jämfört med lägsta
1 199 kr i Uppsala och högsta 2 861 i
Stockholm

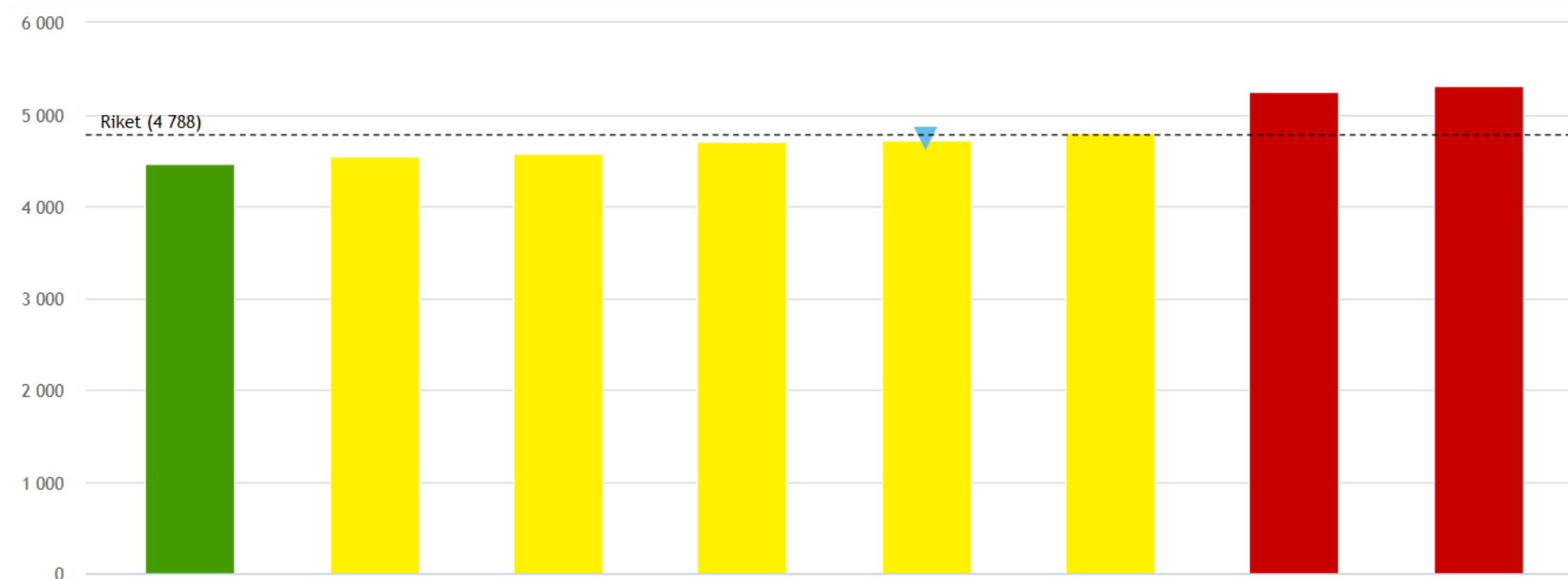


Jämförbara landsting
 Kalmar (lägst kostnad)
 Dalarna
 Norrbotten
 Gävleborg
 Sörmland
 Värmland
 Västernorrland
 Västmanland (högst kostnad)

Nettokostnad primärvård totalt (exkl läkem) kr/inv



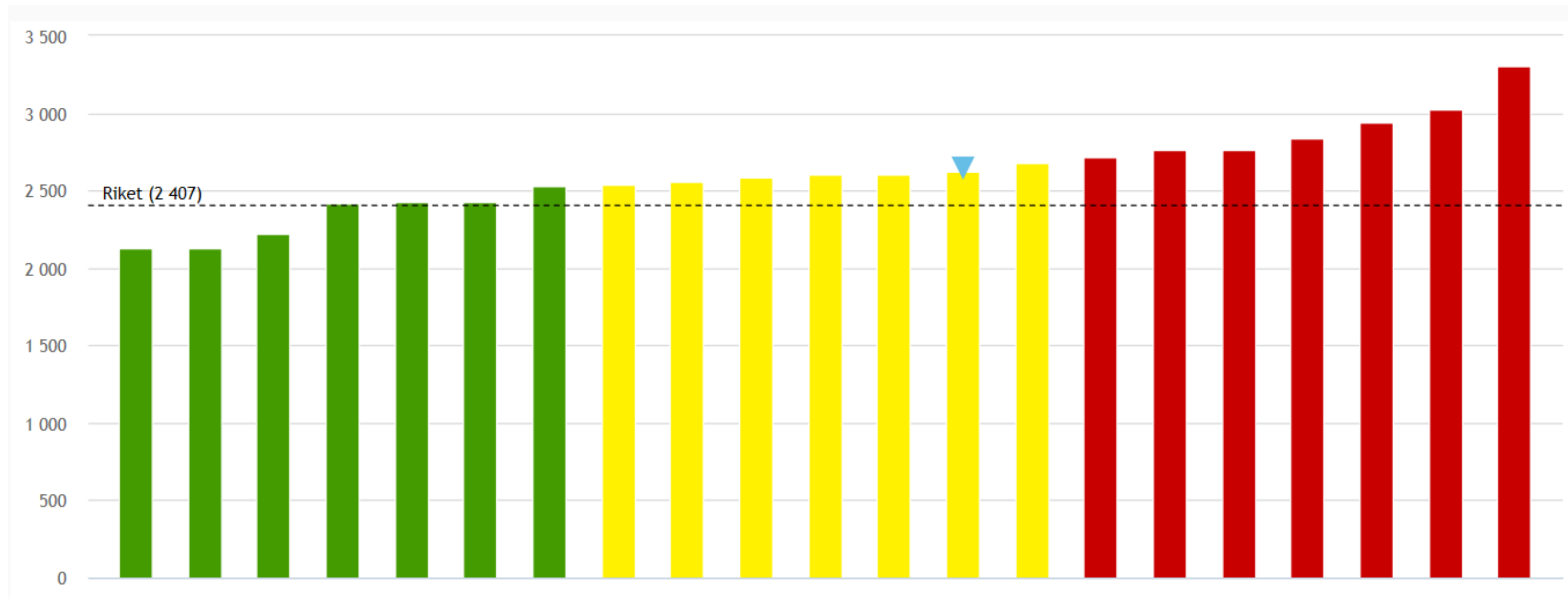
4 720 kr/invånare jämfört med lägsta 4 204 kr i Uppsala och högsta 5 362 i Norrbotten



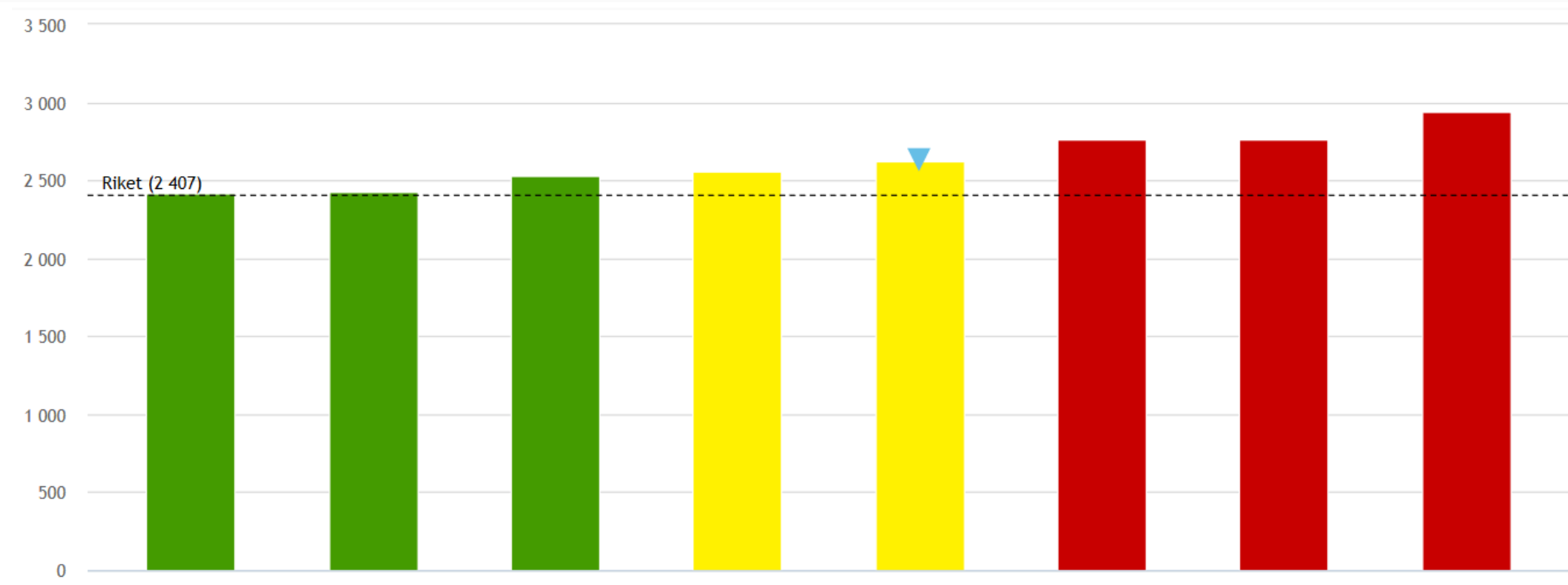
Jämförbara landsting 2019

Kronoberg (lägst kostnad)
Halland
Värmland
Västerbotten
Västmanland
Örebro
Gävleborg
Sörmland (högst kostnad)

Nettokostnad läkemedel, totalt exkl tandvård kr/inv

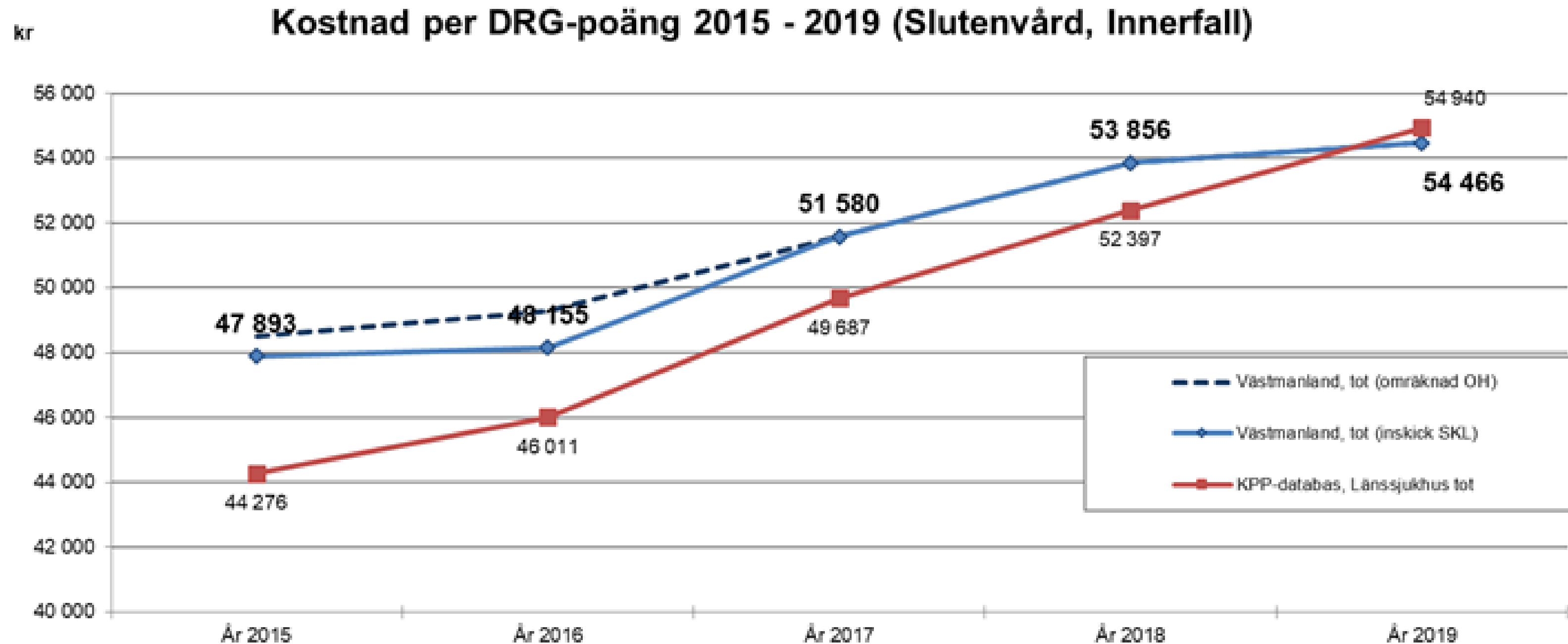


2 621 kr/invånare jämfört med lägsta
2 130 kr i Stockholm och högsta
3 301 på Gotland



Jämförbara landsting 2019

Örebro (lägst kostnad)
Västerbotten
Sörmland
Gävleborg
Västmanland
Värmland
Kronoberg
Halland (högst kostnad)

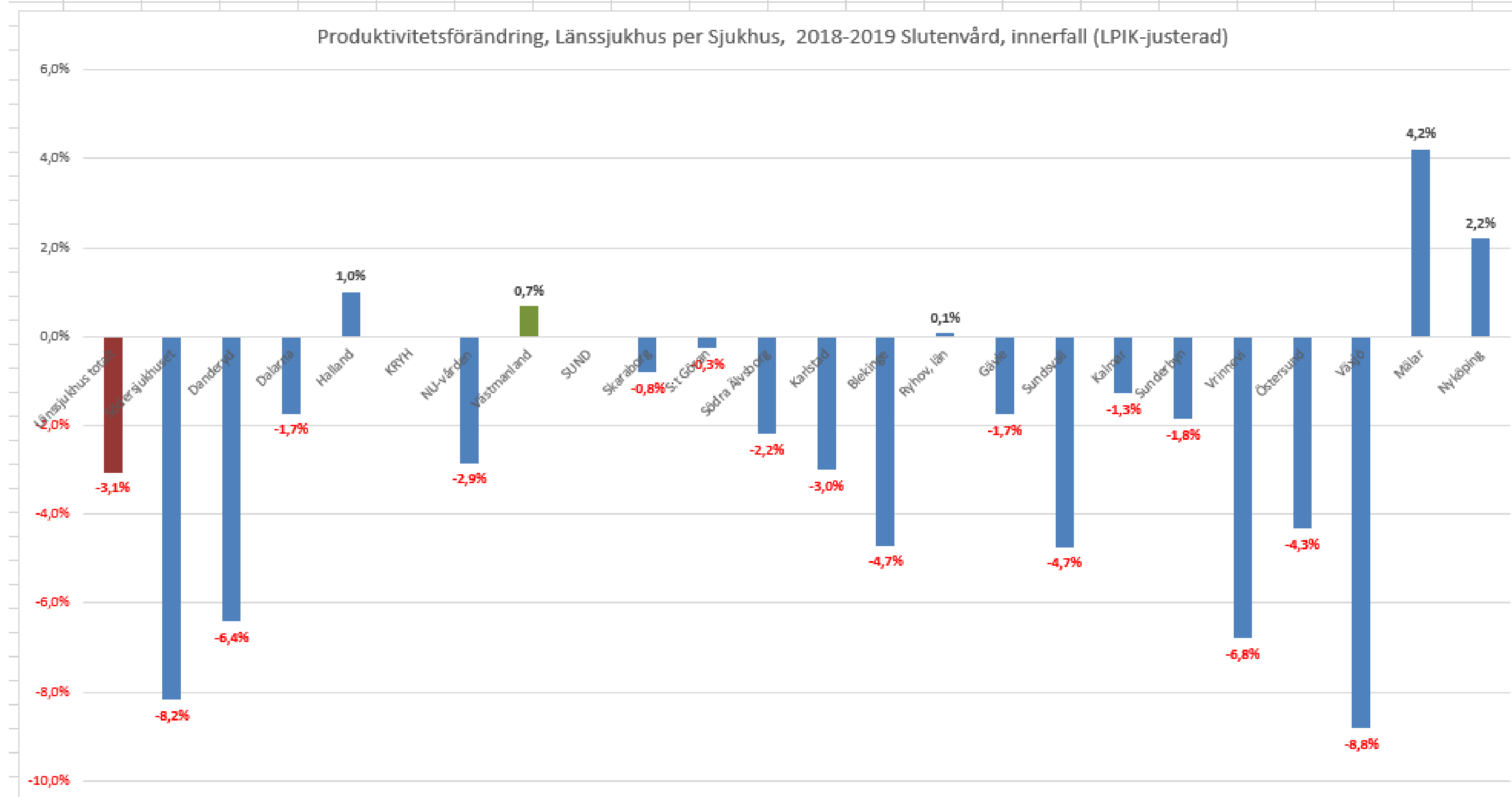


Den somatiska vårdens kostnad per DRG-poäng ökade med 1,1 % mellan 2018 och 2019 och hamnade på 54 466 kr. Poängkostnaden för länssjukhusen i KPP-databasen ökade med 4,9 % mellan åren 2018 och 2019.

(Uppgifterna i detta diagram är hämtade från SKRs KPP-databas, länssjukhus)

- För första gången ligger Västmanland lägre än snittet för Länssjukhus vad gäller Kostnad per DRG-poäng, slutenvård, innerfall

Produktivitetsförändring 2018/2019 slutenvård, innerfall



- En av tre regioner som redovisar ökad produktivitet