



Utredning av långsiktig budget i balans för hälso- och sjukvården

En analys genomförd av Sirona Health Solutions på uppdrag av Region Västmanland

Maj 2022

www.sironagroup.se



Sammanfattning

Under första kvartalet 2022 fick Sirona i uppdrag att stötta regionen i att ta fram en utredning av förutsättningar för, och möjligheter till, långsiktig ekonomisk balans för hälso- och sjukvården. I utredningen ingick att ta hänsyn till nuvarande och kommande vårdbehov för befolkningen, samt hur detta skall tillgodoses på mest effektiva sätt inom de finansiella ramar som förväntas finnas.

Enligt regionens prognos väntas underskottet 2022 uppgå till cirka 600 miljoner kronor och därefter fortsätta växa givet nuvarande utvecklingstrend med en större andel invånare i vårdintensiv ålder (ökad försörjningskvot) [1]. Nya medicintekniska framsteg medför ytterligare ökade vårdbehov; nya patientgrupper och fler kroniskt sjuka som kan vårdas till följd av längre överlevnadstid. Sammantaget driver dessa faktorer kostnadsökningstakten medan intäkterna förväntas öka långsammare, vilket för varje år ökar underskottet.

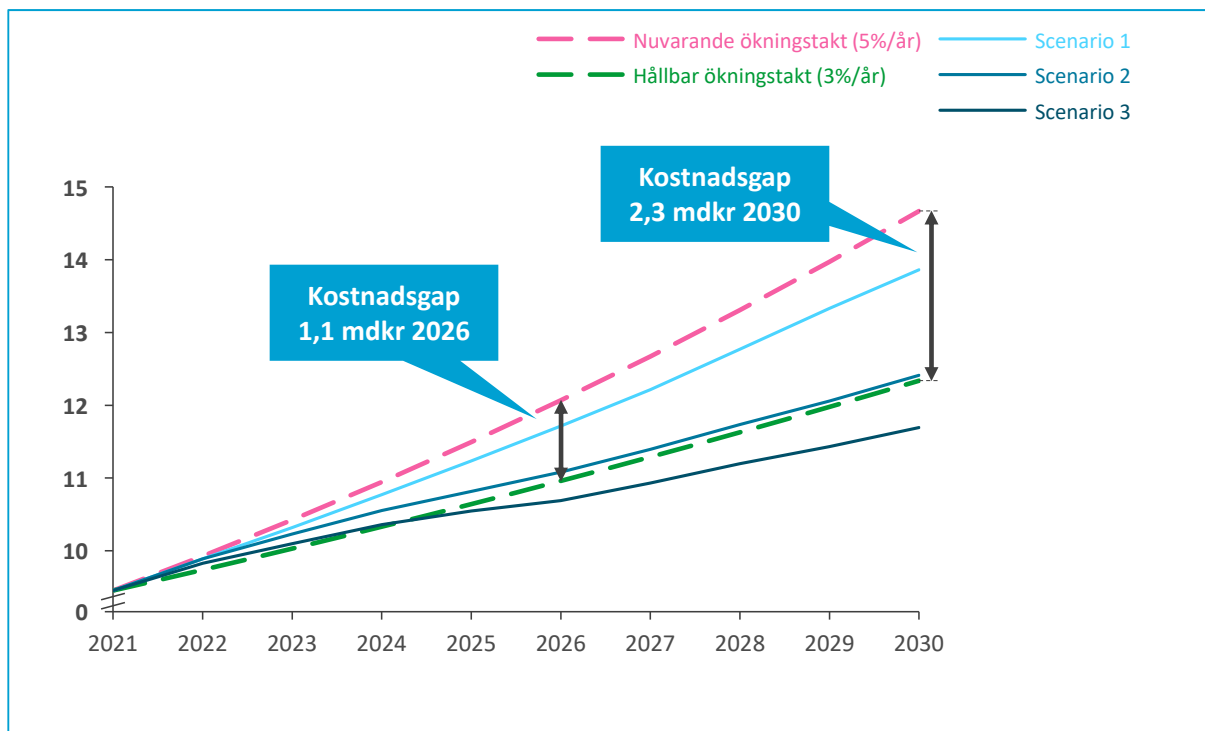
Regionen önskar med anledning av detta en plan med konkreta åtgärder för att dämpa dagens kostnadsökningstakt om fem procent per år till tre procent per år. Detta motsvarar en målbild om att begränsa hälso- och sjukvårdens kostnader till cirka 11 miljarder kronor år 2026 i stället för 12,1 miljarder kronor; ett kostnadsgap om 1,1 miljarder kronor. Kostnadsgapet förväntas uppgå till 2,3 miljarder kronor 2030. Planen ska även stödja ett effektivare nyttjande av personal, god tillgänglighet till vård och bibehållen medicinsk kvalitet.

De föreslagna åtgärderna för att dämpa kostnadsökningstakten tar avstamp i identifierade utvecklingsområden. Kartläggningen av utvecklingsområden har utgått från analyser av vårdproduktion, kostnader, bemanning och produktivitet över tid samt en jämförelse av relevanta nyckeltal med ett urval av jämförbara regioner. Som förväntat kommer framtida vårdbehov att öka, drivet av en växande befolkning med en större andel äldre. Analyserna visade även att personalkostnader utgör merparten av kostnaderna inom regionens hälso- och sjukvård. Jämfört med andra regioner är läkarnas produktivitet dock förhållandevis hög i regionen, samtidigt som regionens data visar att denna produktivitet har minskat över tid. Kostnaderna för slutna vårdplatser, utslaget per invånare, är relativt hög, och regionen har 26 procent fler medicinska vårdplatser per invånare än riksnittet; samtidigt har regionen idag en genomsnittlig beläggningsgrad i intervallet 85–90 procent vilket medför färre överbeläggningar än riksnittet. När sjukvårdens kostnader skärs på verksamhetsområden utgör området Akutsjukvård den största andelen. I dagsläget är akutuppdraget i regionen uppdelat på Västerås och Köping vilket ökar driftskostnaderna och försvårar kompetensförsörjningen jämfört med om akutuppdraget samlades i Västerås. Sammanfattningsvis inbegriper de identifierade utvecklingsområdena vårdkonsumtion, personal såsom personalomsättning, sjukfrånvaro, övertid och hyrläkare vilka driver på personalkostnader, produktivitet, vårdplatser och akutuppdraget.

Vår övergripande rekommendation är att vården behöver fortsätta utvecklas i enlighet med omställningen till en god och nära vård, där så mycket som möjligt av uppdraget bedrivs elektivt under dagtid. I denna rapport presenteras 31 åtgärder grupperade i tre scenarier som stödjer en sådan omställning. Om samtliga åtgärder och tillhörande potentialer realiseras fullt ut (Scenario 3) förväntas den totala monetära nyttan 2026 motsvara cirka 1,4 miljarder kronor eller 3,0 miljarder 2030. De ekonomiska effekterna av de nya åtgärder som föreslås är konservativt beräknade och baserade på vissa antaganden och schabloner; i nästa steg kommer dessa behöva vidareutvecklas och paketeras till projektdirektiv innan de kan realiseras.

Den framtagna åtgärdsplanen fokuserar i enlighet med de identifierade utvecklingsområdena på insatser som leder till ökad effektivitet och lägre produktionsstykpris. Sirona har identifierat,

analyserat, och prioriterat åtgärder kopplade till bemanning, digitalisering, strukturella åtgärder och inköp som på sikt kan minska kostnadsökningstakten och därmed stänga kostnadsgapet. Kostnadsgapet och beräknad kostnadsutveckling för de tre scenarierna presenteras i Figur 1 nedan.



Figur 1: Kostnadsutveckling 2021 till 2030 i nuvarande takt, en hållbar och önskvärd takt samt beräknad takt för de tre scenarierna.

I Scenario 1, benämnt Kompetensförsörjning, inkluderas regionens redan initierade och beslutade åtgärder samt initiativ för att tillvarata den potential som finns med att behålla och vidareutveckla personalen med ökad produktivitet. Scenario 2, Digifysisk omställning, utgår från att åtgärderna i Scenario 1 genomförs och att regionen tillvaratar de möjligheter som en systematiskt och breddinförd digitalisering inom hälso- och sjukvården ger. Scenario 2 räcker nästan för att täcka kostnadsgapet 2026. I ett strukturellt omtag, som Scenario 3 benämns, realiseras potentialerna ifrån Scenario 1 och 2 och i tillägg sker en omställning av delar av den akuta verksamheten, antalet vårdplatser samt förändringar kopplade till inköp och avtal.

Det kommer vara krävande att genomföra samtliga åtgärder som behövs för att realisera effekterna i dessa tre scenarier. Många av de föreslagna åtgärderna ligger dock i linje med en omställning mot god och nära vård som dels förbättrar vården ur ett patientperspektiv dels sänker kostnader när vården flyttas närmre patienten, från mer kostsamma vårdinstanser till öppna vårdformer eller i hemmet. Det bör ytterligare betonas att ett skifte till att bedriva mer vård under vardagar och ordinarie schematid är vad som krävs för att bromsa den höga kostnadsökningstakten. Sironas samlade bedömning är att åtgärderna inom alla tre områden behöver realiseras för att nå en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling med en kostnadsökningstakt som inte överstiger intäkterna.

Innehåll

Sammanfattning	1
Definitioner	4
1. Inledning.....	5
2. Metod.....	7
3. Analys	12
4. Diskussion.....	29
5. Slutsatser och rekommendationer	31
Referenslista.....	32
Appendix	34

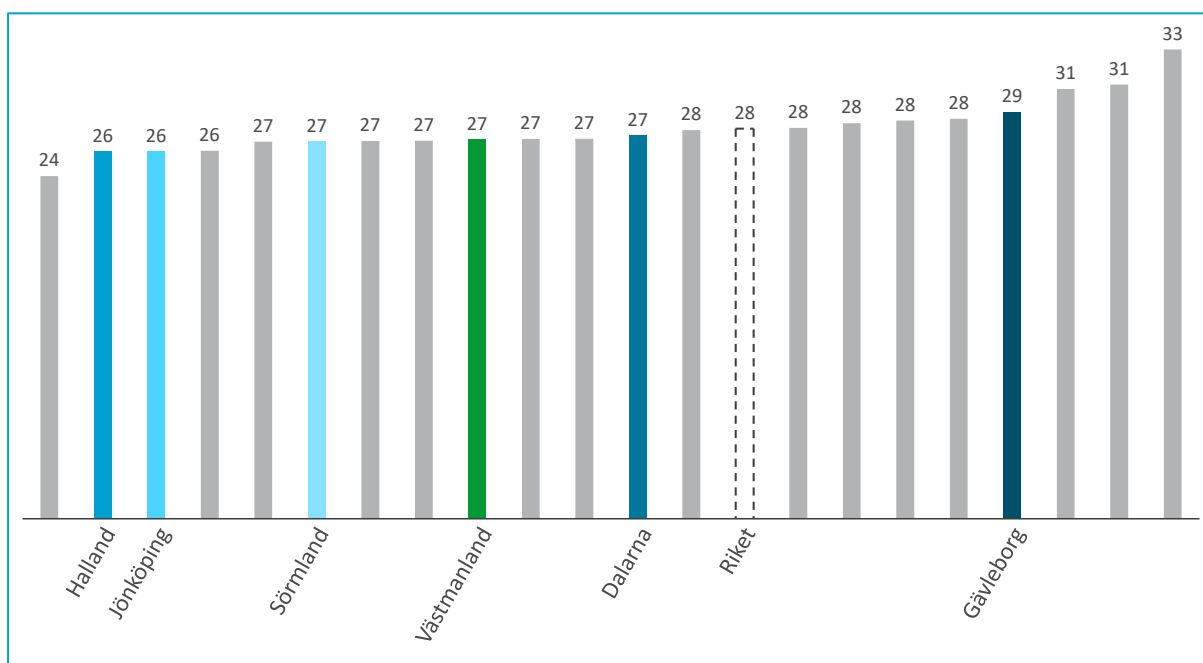
Definitioner

Tabell 1: Lista med begrepp och definitioner.

Begrepp	Definition
Beläggingsgrad	Andel av de disponibla vårdplatserna som i genomsnitt är belagda
Besök	Avser vårdkontakt inom öppen vård och primärvård som innebär fysiskt möte eller möte på distans mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal
Digifysisk vård	Innebär att vård genom fysiska och digitala kanaler ska komplettera varandra. En flexibilitet i hur vården tillhandahålls ska ge ökad tillgänglighet till vård och ökad delaktighet för invånaren.
DRG (Diagnosis Related Groups)	DRG är ett system för patientklassificering där medicinskt och resursmässigt likartade vårdkontakter sorteras in i en och samma grupp.
DRG-vikt, DRG-poäng	Ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG som används för att beskriva hur mycket sjukvård som "producerats". Högre vikt innebär större kostnader.
Försörjningskvot	Den demografiska försörjningskvoten beräknas som summan av antal personer 0–19 år och antal personer 65 år och äldre dividerat med antal personer 20–64 år och därefter multiplicerat med 100.
Heltidsekivalent	Antalet arbetade timmar som motsvarar en heltidstjänst
Kostnadsgap	Skillnaden mellan önskad och förväntad kostnadsökningstakt om inga åtgärder sätts in
KPI	Akronym för Key Performance Indicator, annat ord för nyckeltal
KPP	Datakälla avseende Kostnad Per Patient
LPIK	Akronym för Landstingsprisindex. Ett index framtaget av SKR, avsett till att användas av regionerna som underlag vid beräkningen av kostnadernas utveckling i fasta löner och priser.
Nettokostnader	En verksamhets (exempelvis Region Västmanland) kostnader efter avdrag för externa (exempelvis riktade statsbidrag) och interna (exempelvis användaravgifter) intäkter. Nettokostnader speglar hur stor finansiering verksamheten behöver genom skatt och generella statsbidrag.
Poliklinisering	Förflyttning av vårdkontakt från sluten vård till öppen vård
Potentialer	Specifika åtgärder, där förväntade effekter har beräknats
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
Sluten vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård
Specialiserad vård	Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård
Underskott	Skillnaden mellan kostnad och intäkt när kostnad överskrider intäkt
Vårdform	Organisatorisk såväl som funktionell nedbrytning av vård, exempelvis sluten och öppen vård
Vårdkontakt	Kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs (samlingsbegrepp för besök, vårdtillfällen med mera)
Vårdtillfälle	Vårdkontakt i sluten vård
Öppen vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar
Överbeläggning	Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats

1. Inledning

Region Västmanland står likt övriga regioner inför två stora sektorövergripande utmaningar när det gäller att även i framtiden kunna erbjuda sina invånare en god vård av hög kvalitet; dels att kostnaderna ökar snabbare än intäkterna (ökade vårdbehov, högre försörjningskvot), dels att färre personer är i arbetsför ålder vilket medför utmaningar med att bemanna och leverera vård på samma sätt som idag. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen hade i förvaltningsplanen för 2020 ett förväntat underskott på helåret på -400 miljoner kr; detta trots en estimerad bruttokostnadsutveckling i budget på cirka en procent jämfört med resultat 2019. Förvaltningen fick då i uppdrag att vid första kvartalet 2020 återkomma med en analys/plan kring förutsättningarna för balans mellan verksamhet och finansiering. På grund av coronapandemin har redovisningen av detta förskjutits och den förväntade nettobalansen uppgår idag till cirka -600 miljoner kr¹. I sammanhanget är det dock viktigt att understryka att regionen inte har ovanligt höga kostnader för hälso- och sjukvård, man ligger något under rikssnittet och nära andra jämförbara regioner, se Figur 2 nedan.



Figur 2: Nettokostnad för hälso- och sjukvård (exkl. tandvård), tkr per invånare, Region Västmanland, riket och jämförbara regioner, 2020.

Kostnadsökningstakten för sektorn har historisk varit cirka 5 procent per år, vilket är högre än den historiska intäktsökningen om cirka 3 procent per år. Det beror bland annat på ett förväntat ökat behov av vård till följd av fler äldre och kroniker i befolkningen. Den medicinska utvecklingen, framför allt inom biologiska läkemedel, är i grunden positiv då den medför nya behandlingsmöjligheter vilket leder till förbättrad livskvalitet och längre överlevnad för patienter; samtidigt bidrar den även till ökade vårdbehov och därmed även kostnadsökningar. Samma sak gäller införandet av standardiserade vårdförlopp och nya diagnostiska riktlinjer.

Slutsatserna av ovan är att det inte är realistiskt att möta ett ökande underskott med skattehöjningar och väsentligt fler medarbetare. Det behövs en omställning av hälso- och sjukvården med nya digitala lösningar, nya arbetsätt och ökad produktivitet. Delar av detta arbete pågår redan i regionen, exempelvis har regionen beslutat att utveckla ett nytt akutsjukhus i Västerås (NAV) i en första etapp,

¹ För helåret 2022

och ett arbete för en god och nära vård pågår. Båda initiativ syftar till att sänka driftskostnaderna och öka vårdkvalitet och tillgänglighet, men kompletterande åtgärder och omställningar behövs för att nå en hållbar kostnadsutveckling, som inte ökar snabbare än intäkterna.

Med ovan som utgångspunkt har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen anlitat Sirona för att stödja i utvecklingen av en realiserbar, uppföljningsbar, anpassningsbar² och hållbar plan för att på kort och lång sikt reducera det förväntade kostnadsgapet. En implementering av planen ska även på längre sikt leda till att hälso- och sjukvården, givet nya och redan existerande åtgärder, når en ekonomi i balans.

Avgränsningar

Analyserna i denna rapport avser endast Hälso- och sjukvårdsförvaltningen även om effektiviteten i regionens andra förvaltningar, exempelvis Förvaltningen Fastighet- och service och Förvaltningen för digitaliseringsstöd, även de är centrala för Hälso- och sjukvårdsförvaltningens kostnadsutveckling. Fokus har varit på kostnadsutvecklingen; inga fördjupade analyser av intäktssidan har genomförts (exempelvis har inga bedömningar av framtida tillfälliga och därmed oförutsägbara statsbidrag gjorts). De åtgärder som presenteras i rapporten utgör ett urval baserat på aktuella utmaningar och utifrån jämförelse med andra regioner. Beräkningar av åtgärdernas effekter har delvis skett utifrån antaganden – dessa har genomgående beräknats konservativt för att undvika överskattningar. Samma typ av uppskrivning av pengavärden (LPIK) har använts för alla åtgärder för att förenkla jämförelser i analyserna.

Privata vårdgivare inom primärvården ingår i analyser och prognoser avseende vårdproduktion, men inte i produktivetsanalyserna då uppgifter om bemanning saknas för dessa vårdgivare. Privata vårdgivare inom den specialiserade vården ingår ej – varken inom historisk utveckling av vårdproduktion, prognos av vårdproduktion eller produktivitet.

Vidare har det inte varit möjligt att genomföra en detaljerad kompetensprognos eftersom en sådan bedöms vara för osäker. Exempelvis har SCB genomfört en prognos till 2025 vilken bygger på regionala befolkningsframskrivningar från 2014. Ett flertal faktorer har påverkat prognosen sedan dess som exempelvis migrationen sedan 2015 som inte beaktas i framskrivningarna. En annan faktor som påverkar utfallet är dimensioneringen av utbildningar. Sedan prognosen publicerades har flera satsningar på utbildningsområdet genomförts. En annan faktor är att en stor del av de som är utbildade för vård- och omsorgssektorn inte arbetar inom vården. Hur detta kommer att utvecklas framöver är osäkert. Oförutsägbara händelser som givetvis inte går att prognostisera urholkar således användbarheten i en sådan prognos. De flesta regionerna upplever redan idag svårigheter i att rekrytera specialistsjuksköterskor inom vissa områden och utmaningarna förväntas bli än större framöver. Åtgärder har således inte enbart selekterats utifrån ekonomisk nytta utan även för att frigöra arbetstid för personal där det finns flaskhalsar. Ett exempel på en sådan åtgärd är kompetensväxling.

² Med anpassningsbar menas att Region Västmanland ska kunna förändra planen, exempelvis eliminera och addera åtgärder, vid behov

2. Metod

Ett flertal analyser har genomförts som del av utredningen och utarbetandet av åtgärdsplanen. I ett första skede genomfördes en nulägesanalys av regionens vårdproduktion och ekonomi. Denna ligger till grund för prognoser för att estimeras regionens framtida underskott och kostnadsgap och ger en första indikation inom vilka områden och kostnader regionen bör fokusera sina åtgärder. Vidare utfördes en omvärldsanalys, där en jämförelse med andra regioner gjordes, för att identifiera områden där Region Västmanland har en potential jämfört med andra regioner. För att kartlägga vårdens nuvarande processer och arbetsorganisation och inhämta inspel kring möjliga åtgärder, genomfördes intervjuer med utvalda nyckelpersoner inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Med utgångspunkt i ovanstående sammanställdes en bruttolista med möjliga åtgärder, också benämnda som potentialer, som sedan stämde av med styrgruppen. Utifrån vidare diskussion och kompletteringar utarbetades en nettolista med 31 åtgärder för vilka ekonomiska effekter beräknats separat (se *Appendix, A1. Åtgärdslista i form av potentialer*, för en mer detaljerad beskrivning av dessa beräkningar). Åtgärdena har sedan grupperats i tre olika scenarier och effekterna av respektive scenario har skrivits upp till respektive års penningvärde. Således har en årlig kostnadsdämpning för respektive scenario beräknats vilken har subtraherats från prognostiserade kostnader för att erhålla en ny lägre kostnadsökningstakt fram till 2026 respektive 2030. De potentialer som ligger till grund för scenarierna utgörs av effektiviseringar, rationaliseringar och kostnadsminskningar med det gemensamma syftet att öka produktiviteten.

Nyckeltal (*Key Performance Indicators; KPI:er*) för att mäta potentialernas effekt på bemanning, tillgänglighet och kvalitet beskrivs löpande i rapporten, exempelvis besöksekvivalenter per läkare, och ett urval sammanställs i *Appendix, A2. Lista med KPI:er*. Nedan följer en genomgång av samtliga analyser.

I analyserna exkluderas pandemiåren 2020 och 2021 (med vissa undantag som inte påverkar prognoser, exempelvis omvärldsanalysen där endast en jämförelse görs mellan regioner) för att undvika eventuella avvikande effekter av covid-19 på exempelvis vårdproduktion och kostnader.

2.1 Nulägesanalys

Utveckling av vårdproduktion

För att förstå framtida vårdbehov och således framtida kostnader för hälso- och sjukvården genomfördes inledningsvis en kvantitativ analys av befolkningsutvecklingen mellan 2013 och 2019 och den historiska utvecklingen av vårdproduktionen under samma tidsperiod. För befolkningsutvecklingen analyserades data från Statistiska Centralbyrån (SCB). Historiska produktionsdata av vårdkontakter per vårdform, klinik och ålderskategori samlades in med hjälp av nyckelpersoner i Region Västmanland och tvättades och strukturerades för att möjliggöra korrekta jämförelser. Den historiska utvecklingen av vårdproduktion per vårdform, såsom öppen (primärvård och specialiserad) och slutna vård för både somatisk och psykiatrisk vård analyserades med skärning på åldersgrupperna 0–17 år, 18–64 år, 65–79 år och 80+ år.

Utveckling av ekonomi och bemanning

För att kartlägga historisk finansiering och kostnadsutveckling analyserades Hälso- och sjukvårdsförvaltningens historiska resultaträkningar. Analyserna syftade dels till att få en förståelse av den relativa storleken hos olika verksamhetsområden/kostnadsposter inom regionen, dels för att förstå

vilka delar som historiskt drivit kostnadsökningen. Analyserna av kostnadsökningen försvårades tyvärr av hälso- och sjukvårdens omorganisation varför regionövergripande data från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i stället användes för att beräkna den historiska kostnads- och intäktsökningstakten, inklusive erhållna bidrag, mellan 2012 och 2019 [2]. Vidare analyserades fördelningen av kostnader per verksamhetsområde, det vill säga, Akutsjukvård, Nära vård, Medicinsk diagnostik, Medicinsk stab, Förvaltningsledning och Planerings- och utvecklingsstab 2019.

Då mer än hälften av hälso- och sjukvårdens driftskostnader utgörs av personalkostnader analyserades även utvecklingen av personal och produktivitet med hjälp av data erhållen från regionen och KPP-gruppen³. Den historiska utvecklingen av antalet läkare, sjuksköterskor och undersköterskor undersöktes genom att beräkna antalet heltidsekvivalenter⁴ per tusen invånare i regionen. Vidare undersöktes fördelningen av lönekostnader bland dessa och den historiska utvecklingen av produktivitet mätt i antal producerade DRG-poäng och besöksekvivalenter⁵ per yrkesgrupp.

2.2 Prognoser

Datadrivna prognoser av framtida vårdproduktion togs fram med hjälp av regionens produktionsdata och SCB:s befolkningsframskrivning. Prognoserna, som gjordes för respektive vårdform, baserades på den årliga utvecklingstakten av vårdkontakter per invånare och åldersgrupp under perioden 2013 till 2019.

Prognostisering av kostnader baserades på SKR:s beräknade historiska årliga kostnadsökningstakt för Region Västmanland mellan åren 2012–2019, som legat på fem procent, och på utredningen "Västmanlands Hälso- och Sjukvård i samverkan mot 2030 - En konkretisering av Mål 2030" som bedömer en oförändrad framtida årlig kostnadsökning för hälso- och sjukvården på fem procent, vilket även ligger i linje med genomsnittet i riket. På samma vis bedöms den framtida årliga intäktsökningen vara i enlighet med SKR:s historiska data, det vill säga, tre procent årligen.

Den förväntade kostnadsökningen jämfördes sedan med den önskade kostnadsökningen för att beräkna förväntat kostnadsgap för 2026 och 2030. Ett kostnadsgap är skillnaden mellan önskad och förväntad framtida kostnadsökningstakt om inga åtgärder sätts in. Den önskade kostnadsökningstakten likställs med den förväntade intäktstakten, det vill säga 3 procent. För att stänga kostnadsgapet behöver kostnadsökningen därmed minska till att nå samma nivå som de prognostiserade intäkterna.

2.3 Jämförelse med andra regioner

För att identifiera områden där Region Västmanland har möjligheter till förbättring analyserades och jämfördes produktivitet, tillgänglighet, vårdkonsumtion och kostnader i regioner med liknande befolkningsunderlag, försörjningskvot och sjukdomsbörda. Därför valdes Region Sörmland, Region Jönköpings län, Region Halland, Region Dalarna och Region Gävleborg. Ekonomiska nyckeltal och vårddata så som besök, vårdtillfällen, operationer/åtgärder, medicinsk bedömning, telefonsamtal, vårdplatser, nettokostnader och kostnader per DRG-poäng inhämtades från de publika källorna Kolada, SKR, SCB, Socialstyrelsens databaser och Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF). Utifrån erhållna data analyserades produktivitet i primärvården och öppen specialiserad vård, tillgänglighet enligt

³ KPP är en förkortning för kostnad per patient och innebär att kostnaden beräknas för varje individuell vårdkontakt på ett så jämförbart sätt som möjligt mellan regioner; KPP-gruppen arbetar med KPP-data

⁴ Antalet arbetade timmar dividerat med 1 721 för sjuk- och undersköterskor, och med 1 808 för läkare, vilket antas motsvara en heltidstjänst [10]

⁵ Besöksekvivalenter är ett mått som summerar öppen vård- och slutna vårdproduktionen med hjälp av att beräkna antal besök ett vårdtillfälle motsvarar. Detta görs genom att dividera snitt DRG-poäng per besök genom snitt DRG-poäng per vårdtillfälle 2019 för Västmanlands sjukhus.

vårdgarantin, vårdplatser inom somatisk vård, vårdkonsumtion i öppen och sluten vård, nettokostnaden för hälso- och sjukvården per invånare och besök och kostnad per DRG-poäng i somatisk vård.

2.4 Åtgärder och effektberäkningar

Med utgångspunkt i resultatet från nuläges- och jämförelseanalyser kartlades kostnadsdämpande åtgärder. I samband med det genomfördes även semistrukturerade intervjuer med nyckelpersoner i Region Västmanland för att få ta del av deras kunskaper och tankar kring verksamheten. Men även värdefulla synpunkter om möjliga åtgärdsförslag. Samtidigt beaktades regionens redan igångsatta utvecklingsprojekt med påverkan på möjligheten att nå långsiktig ekonomisk balans. Ett av dessa är Ekonomi i balans 2020–2021 vars åtgärder kartlades och analyserades [3]. Åtgärderna tillhörande projektet benämns i denna rapport som ”regionens egna åtgärder”. I detta ingick även att säkra att inga dubbelräkningar mellan Sironas nya åtgärder och regionens redan igångsatta projekt skedde. En bruttolista med möjliga åtgärder med tillhörande beskrivningar avseende antaganden och förväntade effekter sammanställdes. De förslagna åtgärderna syftar till att skapa ökad produktivitet – mer vård för varje skattekrona – och innefattar effektiviseringar, rationaliseringar, kostnadsminskningar, introduktion av nya arbetssätt, digitalisering och även strukturella åtgärder.

Åtgärdernas potentiella effekter kvantifierades sedan i termer av ekonomisk bruttoeffekt. Den förväntade nettoeffekten justerades ned till 75 procent av bruttoeffekten för att ta hänsyn till införandekostnader, det vill säga, de investeringar som åtgärderna kräver. En realiseringsgrad på 75 procent antas även ta höjd för att vissa åtgärder kan ha överlappande effekter samt att vissa åtgärder (särskilt förflyttningar av vård) kan leda till något högre genomsnittlig KPP för kvarvarande volymer givet att de fasta kostnadsslagen (lokalhyra och så vidare) fördelas ut på färre vårdkontakter än tidigare. Vidare gjordes en bedömning av hur mycket åtgärderna bidrar till att förbättra situationen inom områdena bemanning, tillgänglighet och vårdens kvalitet⁶ på en tregradig skala (hög, medel och låg) jämfört med nuläge. En åtgärdseffekt på tillgänglighet bedömdes exempelvis som hög om den förväntas medföra betydande ökning av produktivitet eller kapacitet som kan användas för att korta vårdköer alternativt förenkla interaktionen mellan vårdgivare och patienter (exempelvis digifysiska åtgärder) jämfört med idag. I sammanhanget är det viktigt att understryka att även åtgärder som bedömts få ”låg” effekt ändå förväntas medföra en viss förbättring jämfört med nuläget.

För att beskriva hur åtgärdernas samlade effekt långsiktigt möjliggör en budget i balans för hälso- och sjukvårdsförvaltningen har åtgärderna paketerats i tre scenarier i denna rapport. För varje scenario adderas prioriterade åtgärder så att regionen kommer närmre en ekonomi i balans. Eftersom personal utgör en begränsning, både ekonomiskt och sett till tillgång, fokuserar Scenario 1, benämnt Kompetensförsörjning, på bemanning och produktivitet. I Scenario 1 inkluderas regionens redan initierade och beslutade åtgärder samt initiativ för att tillvarata den potential som finns med att behålla och vidareutveckla personalen med ökad produktivitet. Scenario 2, Digifysisk omställning, utgår från att åtgärderna i Scenario 1 genomförs och att regionen dessutom tillvaratar de möjligheter som en systematiskt och breddinförd digitalisering av hälso- och sjukvården ger. Scenario 2 räcker nästan för att täcka kostnadsgapet 2026. I Ett strukturellt omtag, som Scenario 3 benämns, realiseras potentialerna ifrån Scenario 1 och 2 och i tillägg sker en omställning av delar av den akuta verksamheten, antalet vårdplatser samt förändringar kopplade till inköp och avtal. Till varje scenario beräknades även hur hög en eventuell skattehöjning skulle behöva vara för att, tillsammans med åtgärderna vid respektive scenario, täcka det utestående underskottet. Scenarierna är exempel på

⁶ Med vårdkvalitet menas i denna rapport att patientperspektivet beaktas och åtgärden bedöms göra vården mer personcentrerad

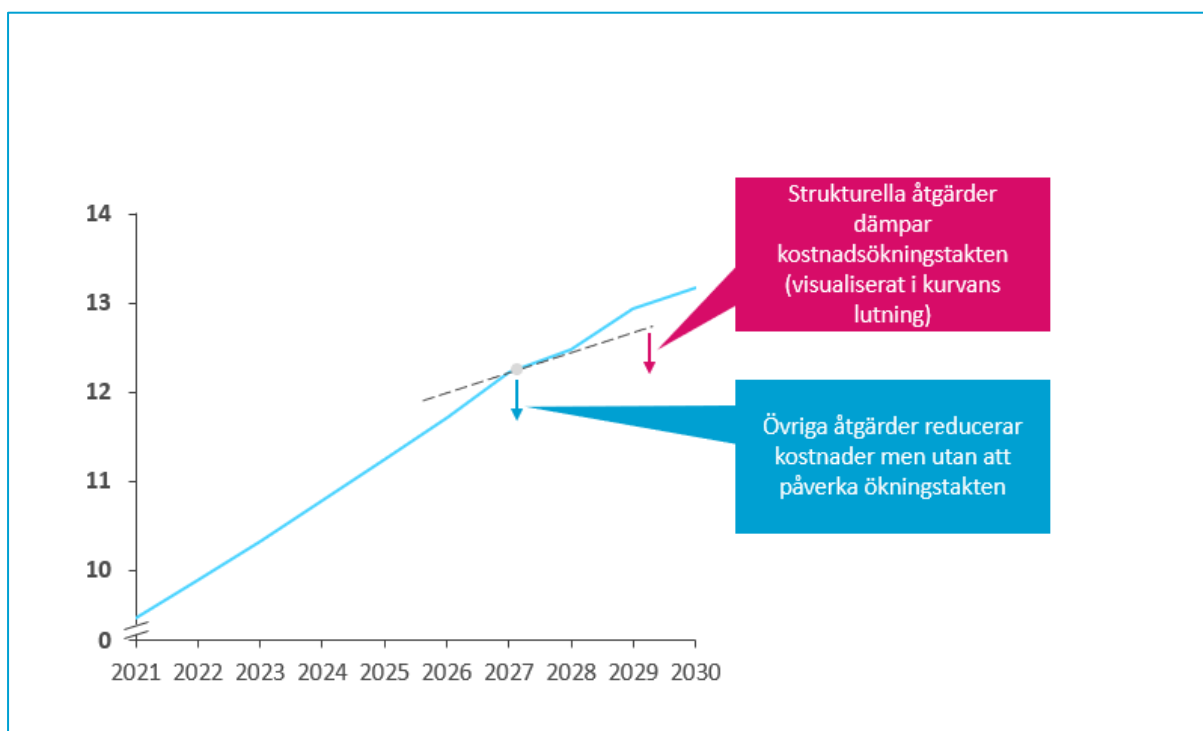
möjliga paketeringar av potentialer inom ett omställningsprogram; de kan givetvis kombineras eller prioriteras utifrån andra perspektiv än de som lyfts fram i denna utredning. Åtgärderna bör förankras lokalt i nära dialog med verksamheten varför scenarierna bör betraktas som illustrativa.

2.5 Analys av en ekonomi i balans

Efter att åtgärder prioriterats och paketerats inom de tre scenarierna estimerades ett rimligt startår för införandet och en införandetakt för respektive åtgärd. Det vill säga, en tidplan för när potentialerna skulle rullas ut i verksamheterna samt hur lång tid det tar att uppnå den förväntade potentialen. Startåret beskriver året då effekter börjar nås och är estimerat utifrån hur lång tid det bedöms ta att fatta ett beslut kring åtgärden och/eller tills förberedelser och processer är så pass utvecklade att implementeringen kan starta. Införandetakten baseras på hur lång tid det bedöms ta att implementera åtgärden tills den når full effekt. Exempelvis har majoriteten av regionens egna åtgärder en införandetakt på 100 procent eftersom Region Västmanland beskriver att helårseffekter kan nås redan från 2021. Samtidigt har digifysiska åtgärder en långsammare införandetakt, som exempelvis införande av patientkontrakt, som har en införandetakt på 15 procent, eftersom konceptet inte är helt utvecklat i regionen och för att det krävs en omställning och förankring. Notera att införandetakten medvetet har hållits låg för att undvika att överskatta effekter.

På så vis kunde en totaleffekt av åtgärderna för varje scenario och år mellan 2019 och 2030 beräknas. Inför en rimlighetsbedömning görs ett antagande att det finns ett förhållande mellan hur tids- och resurskrävande det är att genomföra en åtgärd och dess ekonomiska effekt. Majoriteten av åtgärderna i Scenario 1 genomförs till ett värde av mellan 60 och 70 miljoner kr per år i 2019 års penningvärde, i Scenario 2 mellan 100 och 200 miljoner kr per år och i Scenario 3 mellan 200 och 300 miljoner kr per år. Sirona bedömer det som en möjlig införandetakt men understryker att det kommer kräva ett omfattande omställningsprogram för att realisera.

Akkumulerad ekonomisk nytta beräknades sedan per år där den årliga ekonomiska nyttan skrevs upp med hjälp av SKR:s prognos på Landstingsprisindex inklusive läkemedel (LPIK) fram till 2026 och 2030. Då LPIK endast prognostiseras fram till 2026 av SKR gjordes ett antagande att utvecklingen från 2026 till 2030 årligen följer 2026-års index. En analys genomfördes sedan för att kunna dra slutsatser kring vilka åtgärder som påverkar den framtida kostnadsökningstakten, det vill säga, vilka åtgärder som lämnar en bestående positiv effekt och således sänker den årliga tillväxttakten av kostnader som historiskt varit fem procent. Dessa åtgärder påverkar lutningen på kostnadskurvan, övriga åtgärder reducerar visserligen kostnaden men påverkar inte prognosen av ökningstakten, det vill säga, övriga åtgärder påverkar inte lutningen. En illustration av detta presenteras i Figur 3.



Figur 3: Illustration av hur åtgärdernas effekter inkluderades i den förväntade kostnadsutvecklingen.

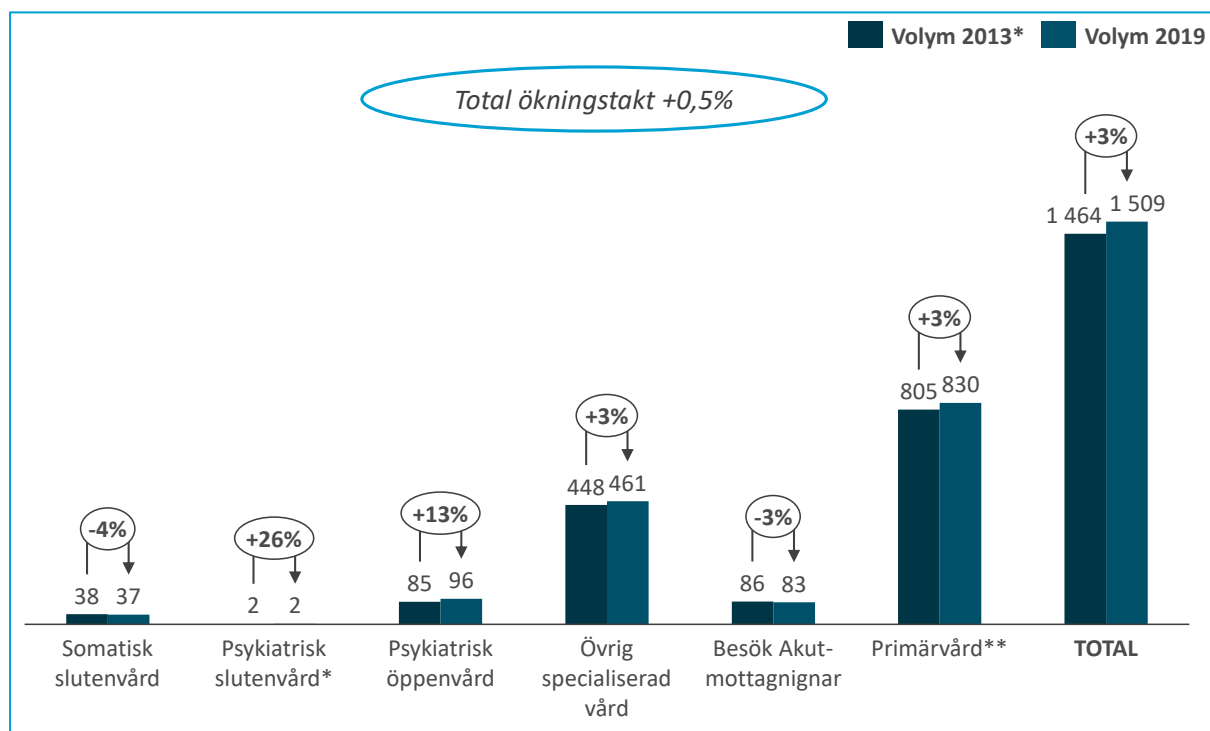
Hälso- och sjukvårdens totalkostnad 2021 prognostiserades sedan med kostnadsökningstakten på fem procent till 2022. Därefter subtraherades den andel av den ackumulerade effekten av de åtgärder som sätts in 2022 som påverkar kostnadsökningstakten (rosa i Figur 3) från den uppskrivna totalkostnaden inom hälso- och sjukvården. Utifrån den givna kostnaden 2021 och den beräknade kostnaden 2022 beräknades sedan en ny lägre kostnadsökningstakt som kostnaden 2023 skrevs upp med. Beräkningen upprepades sedan till 2030 för att erhålla prognostiserade kostnader utifrån en ny ökningstakt. Kostnadsökningstakten beräknades dock alltid från 2021 (inte från året innan).

För att till sist erhålla prognostiserade totalkostnader inom hälso- och sjukvården fram till 2026 respektive 2030, efter att åtgärder sätts in, subtraherades sedan, från varje år, den ackumulerade effekten av åtgärderna som inte påverkar kostnadsökningstakten (blå i Figur 3). På så vis erhöles, vartefter åtgärder sätts in, en ny kostnadskurva med en flackare lutning än kostnadskurvan som påvisar prognostiserade kostnader när inga åtgärder sätts in. Dessa beräkningar gjordes för varje scenario där den nya kostnadsökningstakten per scenario ger en flackare och flackare kostnadskurva som närmar sig en hållbar ekonomisk ökningstakt.

3. Analys

3.1 Utveckling av vårdproduktion

Mellan 2013 och 2019 ökade antalet invånare i regionen med cirka sju procent, från cirka 259 000 till 276 000, motsvarande en årlig ökningstakt om 1,1 procent per år. Regionens försörjningskvot ökade något under perioden, det vill säga färre personer i arbetsför ålder behöver ta hand om fler yngre och äldre. Antalet vårdkontakter ökade samtidigt med tre procent, motsvarande 0,5 procent per år; alltså långsammare än befolkningstillväxten. Den historiska utvecklingen per vårdform presenteras i Figur 4.



Figur 4: Antal tusen vårdkontakter per vårdform 2013 och 2019, Region Västmanland. * Inklusiv rättspsykiatrisk vård. ** För primärvården ingår besök till privata vårdgivare, och utvecklingen mellan 2017 och 2019 visas då historisk produktionsdata saknas

Polikliniseringen och omställningen mot en god och nära vård fortgår i regionen, under perioden minskade antalet vårdtillfällen inom den slutna vården med två procent medan besök inom den öppna vården ökade med fyra procent. Nedbrutet minskar antalet vårdkontakter per invånare inom den somatiska vården (exkl. dagsjukvård) medan det ökar i primärvården. På aggregerad nivå är de viktigaste drivarna befolkningstillväxt och demografi (fler äldre med större vårdbehov).

Somatisk sluten vård

Mellan 2013 och 2019 minskade antalet vårdtillfällen med fyra procent från cirka 38 100 till 36 700. I åldersgruppen 0–17 år var den procentuella minskningen -23 procent (-700 vårdtillfällen). Personer över 65 år stod för 56 procent av vårdtillfällena 2019 men under perioden minskade antalet vårdtillfällen per invånare i åldersgruppen. I åldersgruppen 65–79 år minskade vårdkontakter per invånare med två procent, medan motsvarande värde var fem procent för personer 80 år och äldre.

Psykiatrisk sluten vård

Antalet vårdtillfällen i psykiatrisk sluten vård (inklusive rättspsykiatri) ökade med 26 procent (från cirka 1 600 till 2 050) under perioden 2013 till 2019. Den största ökningen i vårdkontakter per invånare återfinns i åldersgruppen 0–17 år som ökade med 44 procent.

Psykiatrisk öppen vård

Personer under 65 år driver besöksutvecklingen inom psykiatrisk öppenvård; de stod för 96 procent av besöken 2019 och antalet vårdkontakter per invånare ökade med 15 procent i gruppen 0–17 år och med sex procent i gruppen 18–64 år. Regionens produktionsdata skiljer sig dock från SKR:s besöksstatistik varför resultatet bör tolkas med viss försiktighet.

Somatisk öppen vård

Under perioden 2013 till 2019 ökade antalet besök (inklusive dagsjukvård och akutmottagningar) med två procent (från cirka 533 000 till 544 000 besök) motsvarande en årlig ökningstakt på +0,3 procent. Ökningstakten var lägre än befolkningsökningen, vilket innebär att antalet besök per invånare minskade. Regionen hade cirka sju procent färre besök per invånare 2019 jämfört med 2013 hos de äldsta och yngsta invånarna; i åldersgruppen 18–64 år var däremot minskningen fem procent. Besök till akutmottagningarna minskade under perioden, från cirka 86 000 till 83 000 motsvarande en minskning på tre procent, vilket delvis kan förklaras av att regionen 2017 startade en primärvårdsakut som kommit att ta hand om många akuta pediatrika patienter.

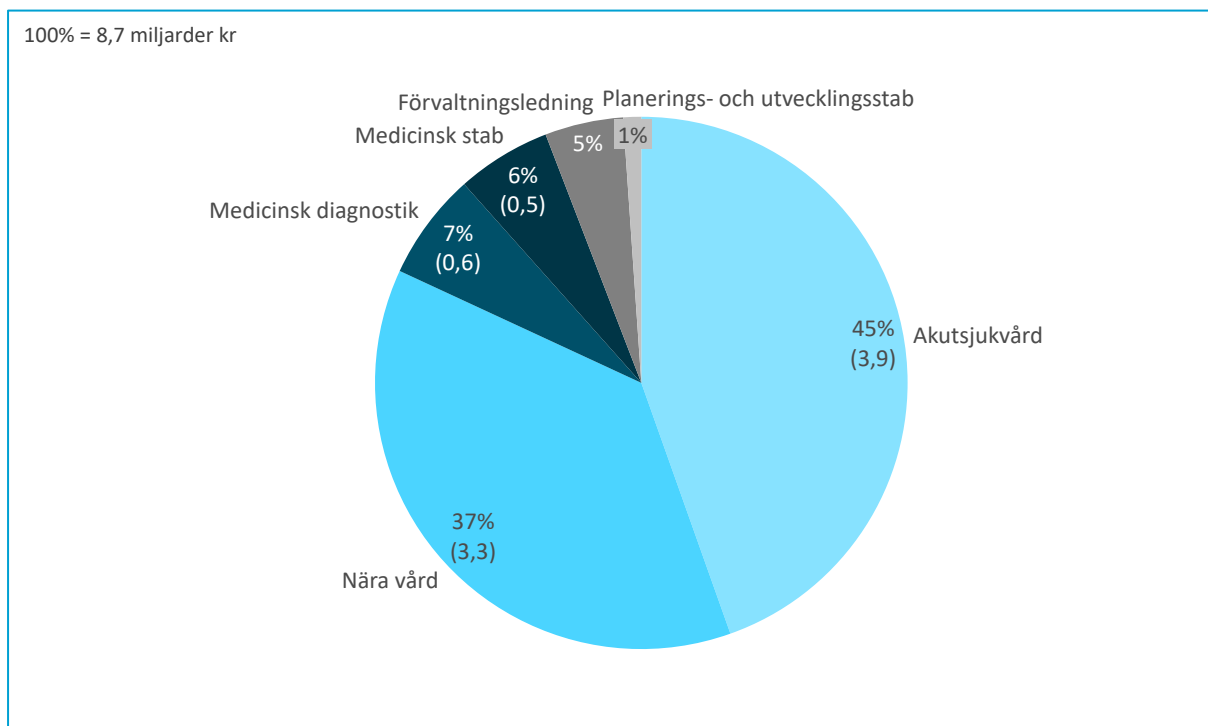
Primärvård

Inom primärvården genomfördes 53 procent av besöken i privat regi 2019. Totalt ökade antalet besök från cirka 805 000 besök 2017 till 830 000 besök 2019 (en ökning på tre procent), vilket motsvarar en ökning på 1,5 procent per år. Besöken i offentlig regi ökade mer än besöken i privat regi (med två procent respektive en procent). Antalet besök per invånare ökade i samtliga åldersgrupper, men allra mest i gruppen 65–79 år (+2,4 procent).

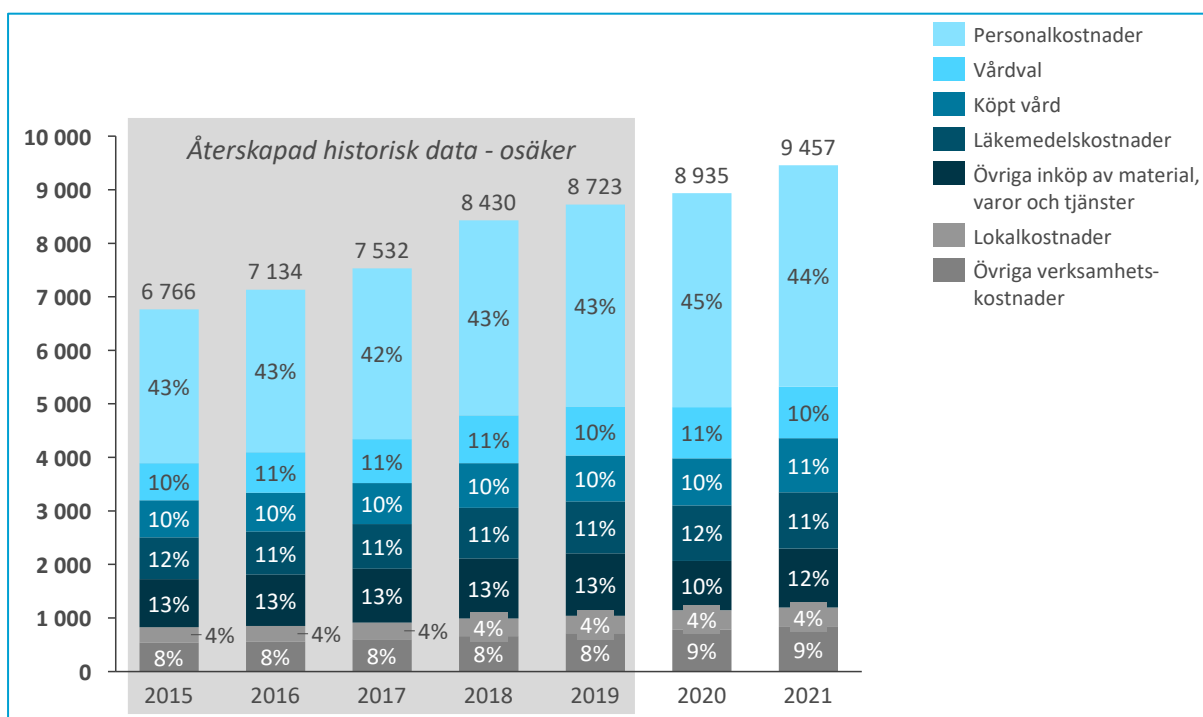
3.2 Utveckling av ekonomi & bemanning

Kostnadsutveckling

Mellan 2012 och 2019 (innan pandemins påverkan) ökade regionens kostnader för hälso- och sjukvård med cirka 2,8 miljarder kronor, motsvarande 40 procent, eller fem procent årligen. År 2019 var den totala kostnaden för hälso- och sjukvård i Region Västmanland 8,7 miljarder kronor enligt regionens resultaträkning och majoriteten av kostnaderna kan kopplas till somatisk specialistvård. Kostnadsfördelningen 2019 visas i Figur 5 nedan, där det är tydligt att verksamhetsområdet Akutsjukvård (somatisk specialistvård) dominerar med 45 procent av kostnaderna följt av Nära vård (framför allt psykiatri och primärvård) som står för 37 procent.



Figur 5: Fördelning mellan verksamhetsområden, hälso- och sjukvårdens totala kostnader 2019.



Figur 6: Kostnader per kostnadsslag i miljoner kronor, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2015 till 2021. Kostnaderna är exklusive internhandel. Kostnadernas fördelning är återskapade innan 2020 då regionen genomförde en omorganisation. Den stora ökningen mellan 2017 och 2018 förklaras delvis av att Fagersta återtog i regionens regi.

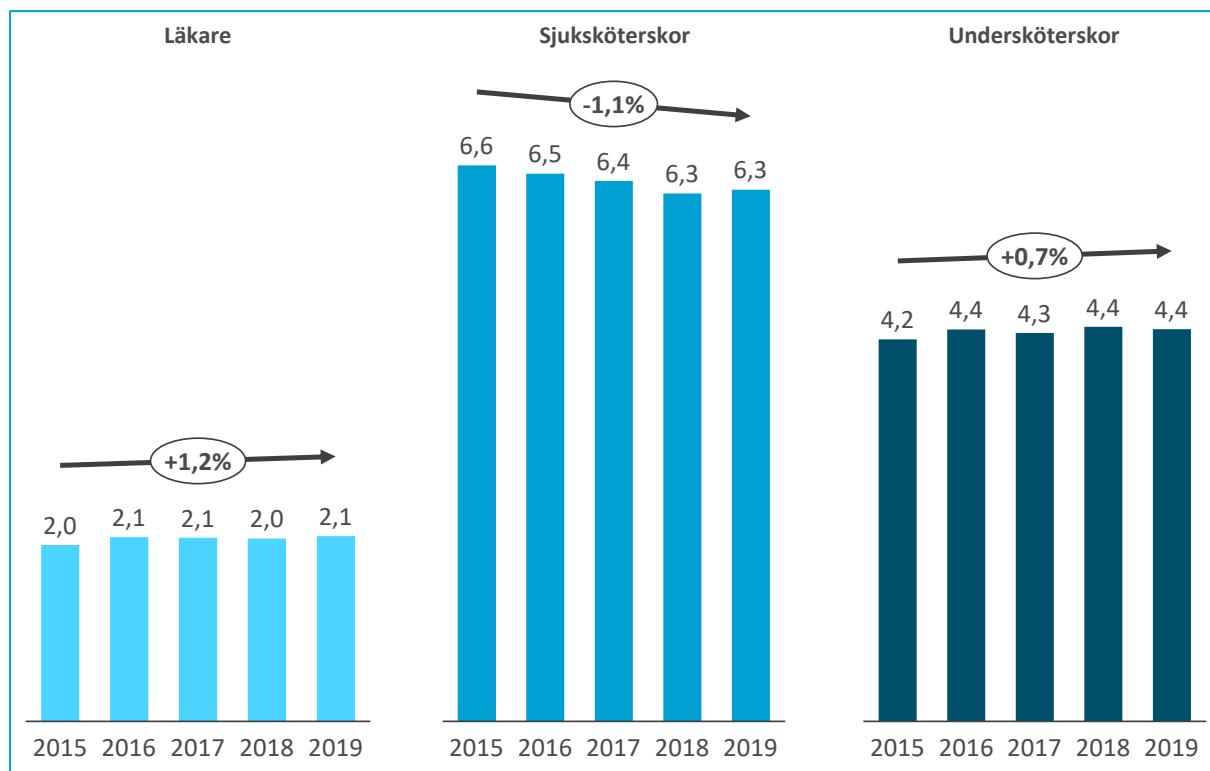
Personalkostnader utgör merparten av regionens kostnader, cirka 44 procent (exklusive personalkostnader i vårdvalet). Bland annat bidrar sjukskrivningar och personalomsättning till höga personalkostnader vilket i sin tur leder till kostsamma lösningar, som övertidsarbete och hyrläkare, för att uppnå personalbehovet. Region Västmanland uppvisar högst sjukfrånvarostatistik i riket med 6,9 procent total sjukfrånvaro av sammanlagd arbetstid [4]. Samtidigt har Regionen som mål att kostnaden

för inhyrd personal ska vara maximalt två procent av totala personalkostnader. Idag är kostnaden för inhyrd personal fem procent av totala personalkostnader. I jämförelse utgör löner för övertid/mertid cirka tre procent av total personalkostnad vilket i totala termer innebär en hög kostnad. Köpt vård, läkemedelskostnader och övriga inköp av material, varor och tjänster utgör mellan elva och tolv procent vardera av kostnaderna 2021. Andelen personalkostnader, köpt vård och övriga verksamhetskostnader har ökat med en procentenhet mellan 2015 och 2021 i förhållande till övriga kostnadsposter. Historisk utveckling av kostnaderna per kostnadslag presenteras i Figur 6. Kostnaderna i figuren är hämtade från Hälso- och sjukvårdsförvaltningens resultaträkning; åren 2015 till 2019 är återskapade utifrån historiska data innan omorganisationen vilket medför viss osäkerhet.

Bemanning

I absolut antal är sjuksköterskor den största yrkesgruppen i regionen, följt av undersköterskor och läkare. Mätt i heltidsekvivalenter ökade antalet läkare från 522 till 572 under 2015–2019, motsvarande 2,3 procent per år medan antalet sjuksköterskor i princip var oförändrat (1 751 till 1 748). Även antalet undersköterskor ökade något, från 1 073 till 1 201 vilket motsvarar 0,7 procent per år.

I förhållande till antalet invånare har således antalet läkare och undersköterskor ökat medan antalet sjuksköterskor minskat under perioden. Bemanningen har blivit mer läkartät; år 2015 gick det 3,4 sjuksköterskor på varje läkare medan samma siffra var 3,0 år 2019. På motsvarande vis har antalet undersköterskor per sjuksköterska ökat marginellt under perioden, från 0,64 till 0,69. Den historiska utvecklingen av antalet heltidsekvivalenter per tusen invånare visas i Figur 7 nedan.



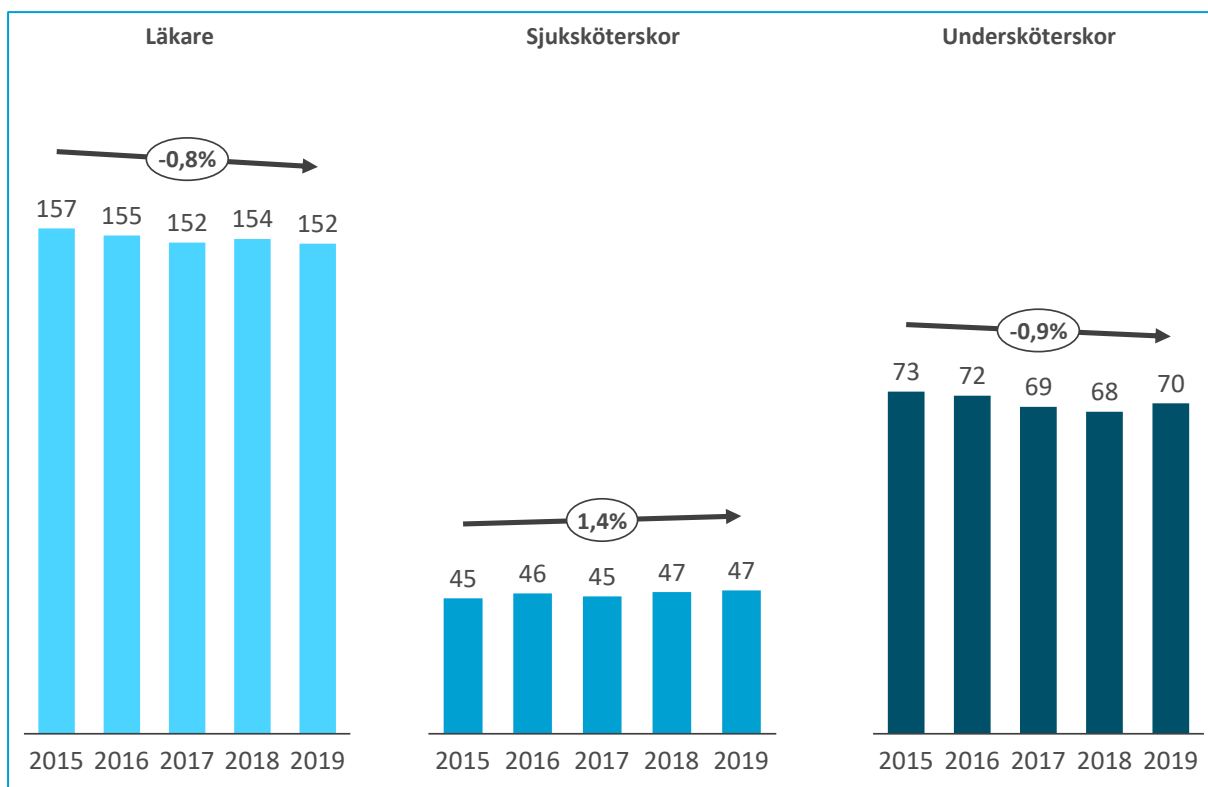
Figur 7: Antal heltidsekvivalenter per tusen invånare, per profession, 2015 till 2019. Inkluderar övertidsarbete och timmar arbetade av hyrpersonal.

Fördelningen av de totala lönekostnaderna, för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på Västmanlands sjukhus, följer delvis fördelningen av antalet arbetade timmar, men en läkare tjänar i snitt mer än dubbelt så mycket som en sjuksköterska. Utav lönekostnaderna går 46 procent till

sjuksköterskor, 31 procent till läkare och resterande 23 procent till undersköterskor. Den genomsnittliga lönekostnaden (exklusive sociala avgifter men inklusive jour och övertid/mertid, sjuklön och semesterkostnad) per läkare uppgår till ungefär 100 000 kronor per månad medan motsvarande lönekostnad är 43 000 kronor för sjuksköterskor och 33 000 kronor för undersköterskor.

Personalens produktivitet

Antalet producerade DRG-poäng per medarbetare, presenterat i Figur 8 nedan, kan användas för att jämföra produktivitet med hänsyn tagen till vårdtyngd hos patienterna. Antalet producerade DRG-poäng per läkare har minskat med 0,8 procent per år under perioden 2015 till 2019 medan det har ökat med 1,4 procent per år för sjuksköterskor. Undersköterskor har liksom läkare en lägre produktivitet över denna tid; den har minskat med 0,9 procent per år. Eftersom sjuksköterskor är den största personalgruppen är det positivt att produktiviteten har ökat inom professionen. Den minskade produktionen av DRG-poäng per läkare kan möjligtvis förklaras av ökad administrativ börda och jourverksamhet men är ändå anmärkningsvärd då Sverige redan har lägst antal besök per läkare och år inom OECD [5]. Även antalet besöksekvivalenter per läkare har på samma vis minskat under perioden (-1,7 procent per år) då antalet läkare har ökat mer än den producerade vården (besök och vårdtillfällen).



Figur 8: Antal producerade DRG-poäng per medarbetare för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor 2015 till 2019, Västmanlands Sjukhus.

3.3 Prognos

Befolkning

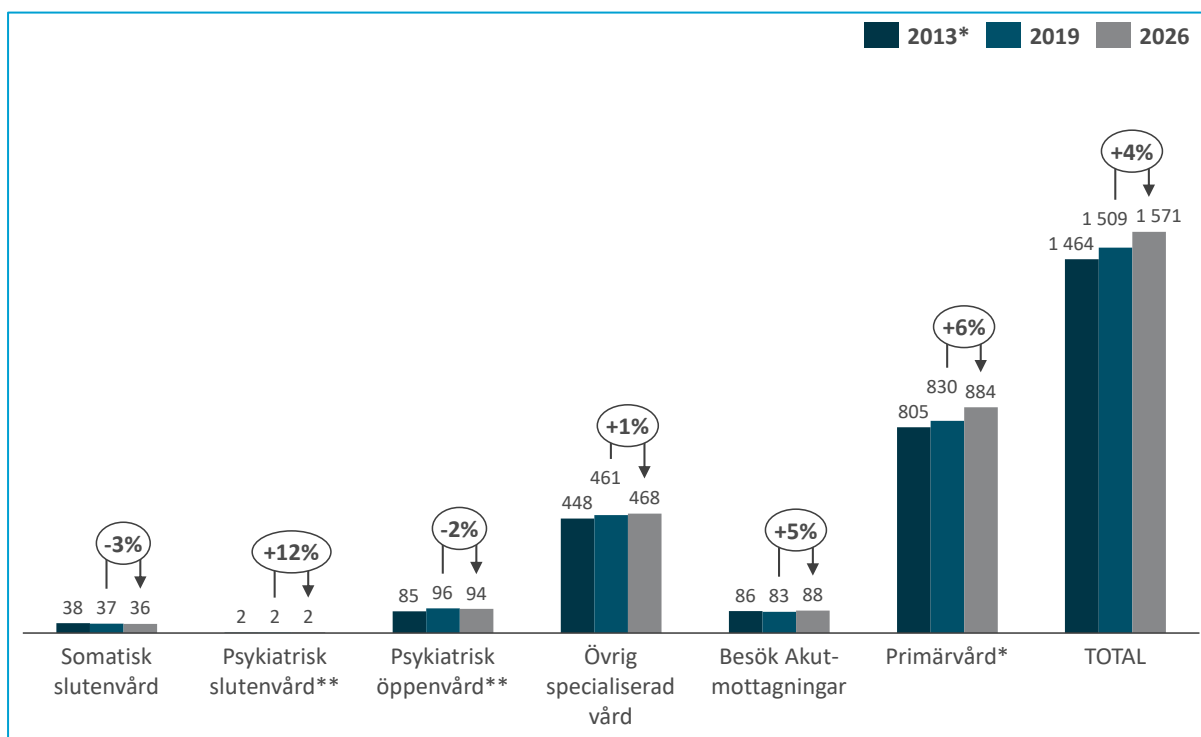
Mellan 2019 och 2026 förväntas antalet invånare i Region Västmanland öka med cirka tre procent; antalet invånare 80 år förväntas dock öka med hela 29 procent. Eftersom äldre personer har ett större vårdbehov än yngre förväntas vårdproduktionen öka i en högre takt än den totala befolkningsutvecklingen.

Vårdproduktion

Givet oförändrad historisk utveckling av vårdproduktion per invånare, och SCB:s prognos för befolkningstillväxt och demografi förväntas en ökning med cirka 65 000 vårdkontakter från 2019 till 2026, vilket motsvarar en ökning med fyra procent eller 0,6 procent per år. Historisk och prognosticerat antal vårdkontakter presenteras i Figur 9. Den största ökningen förväntas ske inom primärvården. Fortsatta effekter av omställningen till nära vård är troliga, och antalet primärvårdsbesök förväntas öka med sex procent (cirka 54 000 besök) mellan 2019 och 2026.

Antalet vårdtillfällen i somatisk slutenvård har minskat historiskt och förväntas fortsätta göra det; den prognosticerade minskningen i antal vårdtillfällen uppgår till knappt 900 eller tre procent. Tvärt om förväntas antalet besök i övrig specialiserad vård öka med cirka 7 000 besök, motsvarande ungefär en procent. Besök till akutmottagningar förväntas öka i takt med befolkningsutveckling och demografi fram till 2026; ungefär 5 000 fler besök motsvarande fem procent förväntas jämfört med 2019.

På grund av osäkra historiska data inom psykiatrisk öppen och slutenvård baserades prognoserna på historisk utveckling av vårdkontakter per invånare i SKR:s produktionsdata samt befolkningstillväxt och demografi. Antalet besök inom öppen psykiatrisk vård förväntas minska något, från cirka 96 000 till 94 000 besök medan antalet vårdtillfällen i den slutna psykiatriska vården förväntas öka med ungefär 250 vårdtillfällen vilket är en ökning med tolv procent. Notera dock att denna prognos är osäker då regionens egna data föreslår en större ökning av både besök och vårdtillfällen.



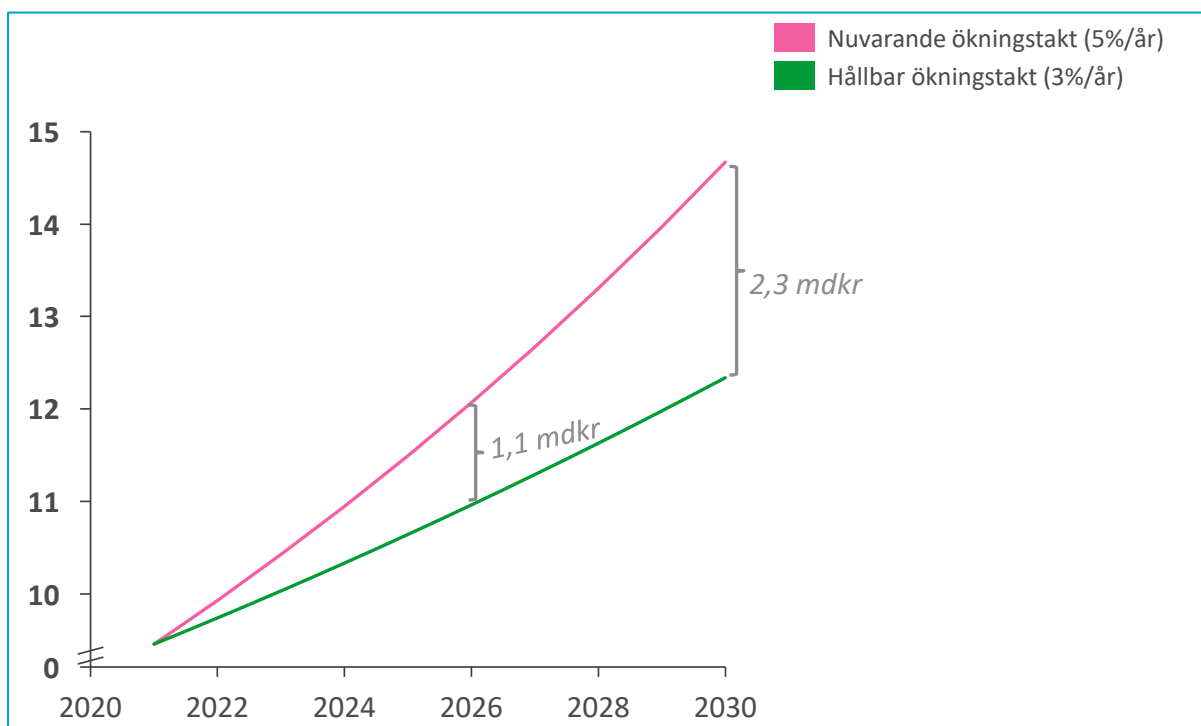
Figur 9: Historisk och förväntad vårdproduktion i Region Västmanland 2013, 2019 och 2026. * För primärvården jämförs 2017 och 2019 då komplett historisk produktionsdata saknas. Inkluderar utomlänspatienter och primärvårdsbesök i privat regi, annars endast egen. ** Inkl. rättspsykiatri.

Om tidshorizonten sträcks ut ytterligare förväntas utvecklingen inom respektive vårdform fortgå. Fram till 2030 förväntas antalet vårdkontakter öka med totalt sju procent jämfört med 2019. Minskningen av vårdtillfällen i somatisk vård förväntas vara tre procent jämfört med 2019 års värde. Besök till akutmottagning förväntas öka med nio procent mellan 2019 och 2030 och besök i primärvården ökar med tio procent. Övrig öppen somatisk vård (inklusive dagsjukvård) förväntas öka med 4 procent jämfört med 2019. Inom den psykiatriska specialiserade vården visar prognosen en ökning med 19 procent av vårdtillfällen i slutenvård och en minskning med fyra procent inom öppen vård, men prognosen har som sagt något högre osäkerhet än övriga prognoser.

Ekonomisk utveckling

Region Västmanlands förväntade framtida årliga kostnadsökningstakt förväntas vara fem procent enligt SKR:s historiska kostnadsökningstakt, vilket även ligger i linje med utredningen "Västmanlands Hälso- och Sjukvård i samverkan mot 2030 - En konkretisering av Mål 2030". Intäkterna, som redan idag underskrider kostnaderna, förväntas endast öka med tre procent enligt SKR:s historiska intäktsökningstakt. Underskottet förväntas därmed uppgå till 1,5 miljarder kronor 2026 och öka till 2,8 miljarder kr till 2030.

Skillnaden mellan *önskad* och *förväntad* kostnadsökningstakt utgör kostnadsgapet och detta växer mer och mer ju längre tidshorizont som överblickas. För att få en ekonomi i balans är önskad kostnadsökningstakt tre procent, i linje med intäktsökningen. Med en oförändrad kostnadsökningstakt på fem procent uppgår kostnadsgapet till 1,1 miljarder 2026 och 2,3 miljarder 2030, se Figur 10 nedan.



Figur 10: Hälso- och sjukvårdens faktiska kostnad 2021 och prognostiserade kostnader 2022–2030 i miljarder kronor, med kostnadsgap 2026 och 2030.

3.4 Jämförelse med andra regioner

I detta avsnitt jämförs Region Västmanland med riket och de fem utvalda jämförbara regionerna Region Sörmland, Region Jönköpings län, Region Halland, Region Dalarna samt Region Gävleborg. Utvalda nyckeltal inom områdena produktivitet, tillgänglighet, vårdplatser, vårdproduktion och kostnader har analyserats. För att i så stor utsträckning som möjligt undvika att pandemin påverkar jämförelsen har 2019 analyserats i majoriteten av analyserna.

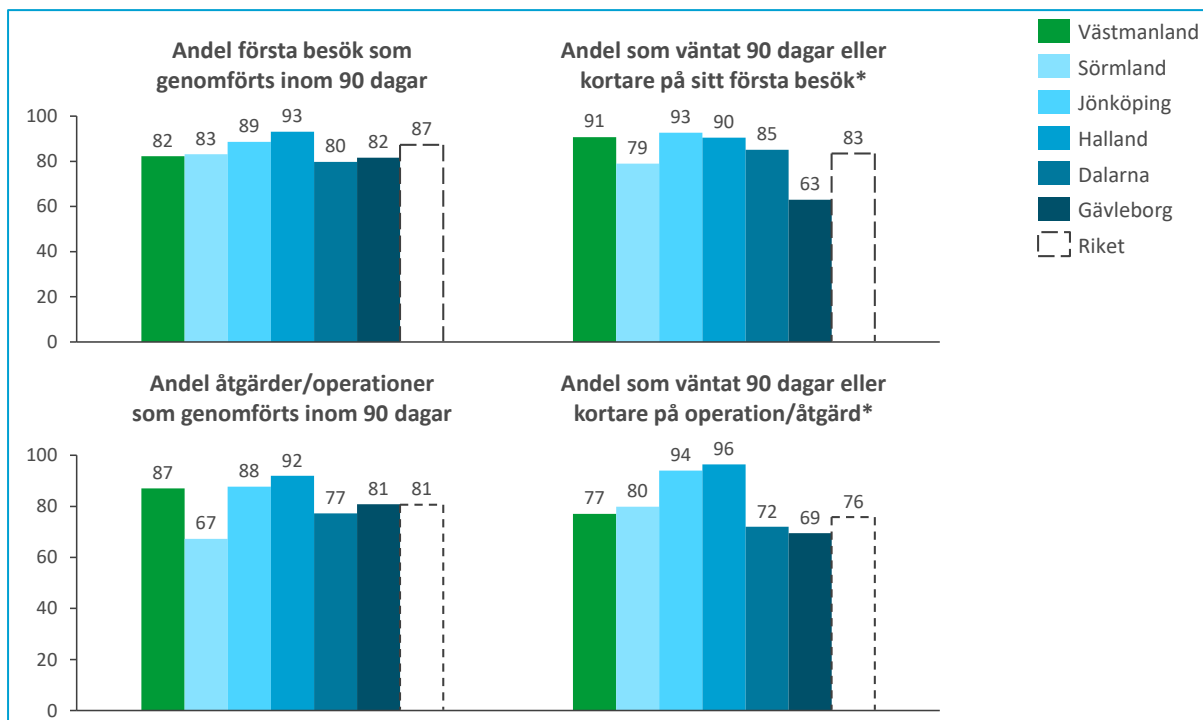
Produktivitet

Produktiviteten hos läkare sett till besök per dag var högre i Västmanland än i de jämförda regionerna 2019, både inom primärvård och specialistvård. Antal besök per läkare och dag i primärvården har varierat under perioden 2016 till 2019, men Region Västmanland har haft högre produktivitet än riket under samtliga år. År 2019 genomförde läkare i Västmanland i snitt 10,5 besök per dag vilket är 1,2 fler än rikssnittet och högst av de jämförda regionerna. Således är läkarproduktiviteten i primärvården hög i Region Västmanland vilket delvis kan bero på en hög andel privata utförare. Även inom specialistvården tar varje läkare emot fler besök per dag än i de jämförda regionerna. Inom somatisk specialistvård genomförde en läkare i Västmanland 4,1 besök per dag 2019 vilket kan jämföras med 3,2 till 3,6 besök per dag i övriga jämförda regioner. På motsvarande vis genomfördes 3,3 psykiatriska besök i Region Västmanland per dag jämfört med 2,0 till 2,8 besök per dag i övriga jämförda regioner. Trots att Region Västmanland i jämförelse med andra regioner har en hög produktivitet visade produktivetsanalyserna (se 3.2 Utveckling produktivitet och bemanning) att läkarproduktiviteten (DRG-poäng per läkare och antal besökskvivalenter per läkare) sjunkit mellan 2015 och 2019 vilket indikerar att det trots allt finns potential till förbättrad produktivitet. Bilden förstärks ytterligare av att Sverige jämfört med många andra länder har låg produktivitet [5].

Tillgänglighet

Region Västmanland har bättre tillgänglighet än rikssnittet avseende tre av fyra indikatorer kopplade till vårdgarantin för somatisk vård; Region Halland och Region Jönköpings län har bäst tillgänglighet. De fyra indikatorerna och utfallet 2019 (före pandemin) presenteras i Figur 11 nedan.⁷ I Västmanland genomfördes 18 procent av besöken efter mer än 90 dagar, vilket var något sämre än riket (13 procent).

Kön till besök i specialiserad vård var jämförelsevis kort i Västmanland, endast i Jönköping utgjordes en större andel av kön av patienter som väntat 90 dagar eller kortare på sitt första besök. 13 procent av operationer/åtgärder genomfördes efter 90 dagar eller mer, vilket var något bättre än riket (19 procent) men sämre än Jönköping (åtta procent) och Halland (tolv procent). Andelen som väntat 90 dagar eller längre på operation/åtgärd i Region Västmanland, 23 procent, var ungefär i nivå som riket medan Jönköping och Halland ligger bäst till på fyra respektive sex procent. Region Västmanland låg bra till men med viss förbättringspotential, som utöver ökad tillgänglighet till vård i regionen kan leda till ökad utdelning av de riktade statsbidragen kopplade till den nationella överenskommelsen om ökad tillgänglighet. I mars 2022, i slutet av pandemin, låg regionen lite sämre till än man gjorde 2019; 20 procent har väntat mer än 90 dagar på första besök (jämfört med 9 procent 2019) och 26 procent har väntat mer än 90 dagar på operation eller åtgärd (23 procent 2019).



Figur 11: Kömiljardens tillgänglighetsmått inom specialiserad somatisk vård, Region Västmanland, riket och jämförbara regioner, 2019.

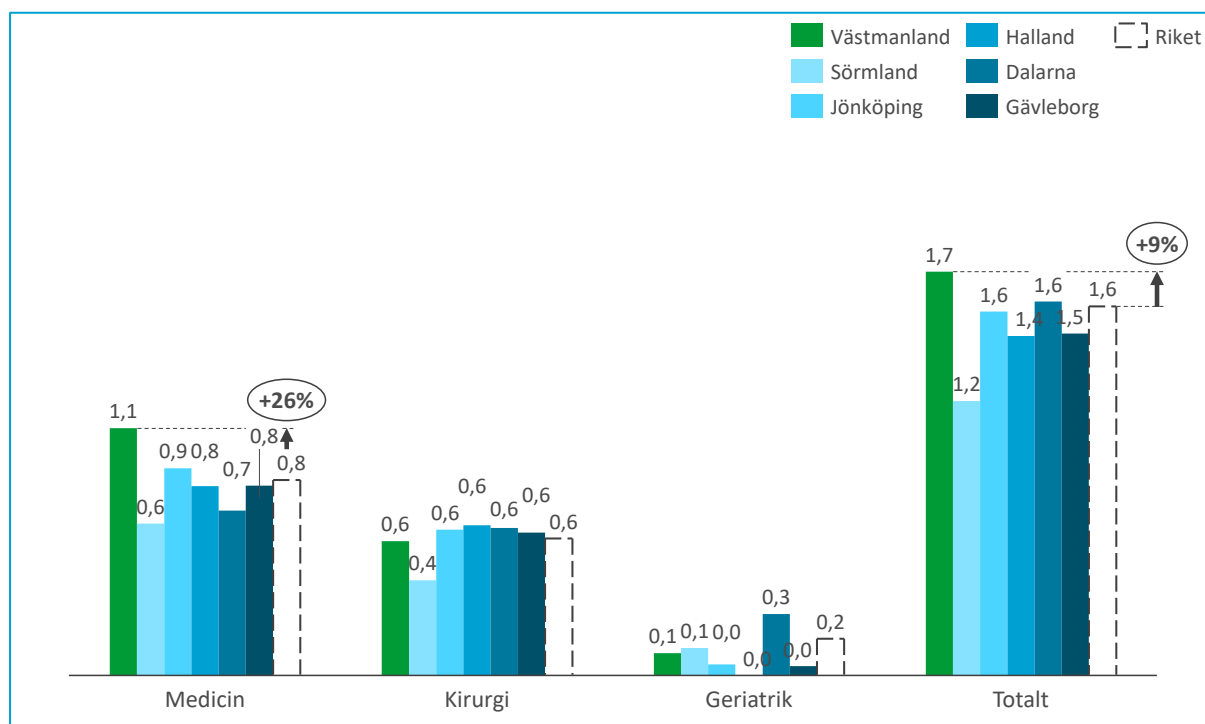
Även tillgängligheten i primärvården 2020 (data saknades 2019) var god i Region Västmanland. I riket var andelen som väntade mer än tre dagar på medicinsk bedömning 19 procent medan andelen var 16 procent i Region Västmanland. Endast Region Halland hade en lägre andel (med tio procent) av de jämförda regionerna. Andelen telefonsamtal till primärvården som besvarats samma dag var 91 procent

⁷ Denna indikator mäter således hur stor andel av de besök som genomförts som skedde inom vårdgarantins gräns på 90 dagar. Om uppföljning endast skedde utifrån denna indikator skulle regioner som valde att inte erbjuda besök till patienter som väntat längre än 90 dagar framstå i god dager. Av denna anledning följs även kön till första besök (och operation/åtgärd) upp; denna indikator ger en ögonblicksbild av hur många av de som väntar på vård som har väntat längre än målvärdet om 90 dagar.

i Region Västmanland vilket kan jämföras med 90 procent i riket och 90 till 97 procent i övriga jämförda regioner. Även i primärvården har tillgängligheten i Region Västmanland försämrats något efter pandemin; i mars 2022 var det 21 procent som väntade mer än tre dagar på bedömning i primärvården. Tillgängligheten via telefon var dock något bättre i mars 2022 då 93 procent fick sitt samtal besvarat samma dag.

Vårdplatser

Antalet vårdplatser per invånare inom somatisk vård, som presenteras i Figur 12 nedan, är högre i Västmanland än rikssnittet och de utvalda referensregionerna. Den största skillnaden återfinns inom det medicinska området⁸ där Region Västmanland har 26 procent fler vårdplatser per invånare än riket. Om antalet medicinska vårdplatser skulle följa rikssnittet skulle regionen haft 61 färre platser än i dagsläget. Justerat för att regionen har något färre kirurgiska och geriatriska platser än rikssnittet uppgår den totala differensen till 41 vårdplatser. Detta motsvarar ungefär två av regionens närvårdsavdelningar. Samtidigt som vårdplatser är kostsamma skulle en reduktion av vårdplatser sannolikt medföra en ökad genomsnittlig beläggningsgrad och därmed även förekomsten av överbeläggningar, som idag är bättre (lägre) än rikssnittet [6]. Vilken beläggningsgrad per disponibel vårdplats som är acceptabelt är därmed en svår avvägning med konsekvenser avseende både patientsäkerhet och tillgänglighet.



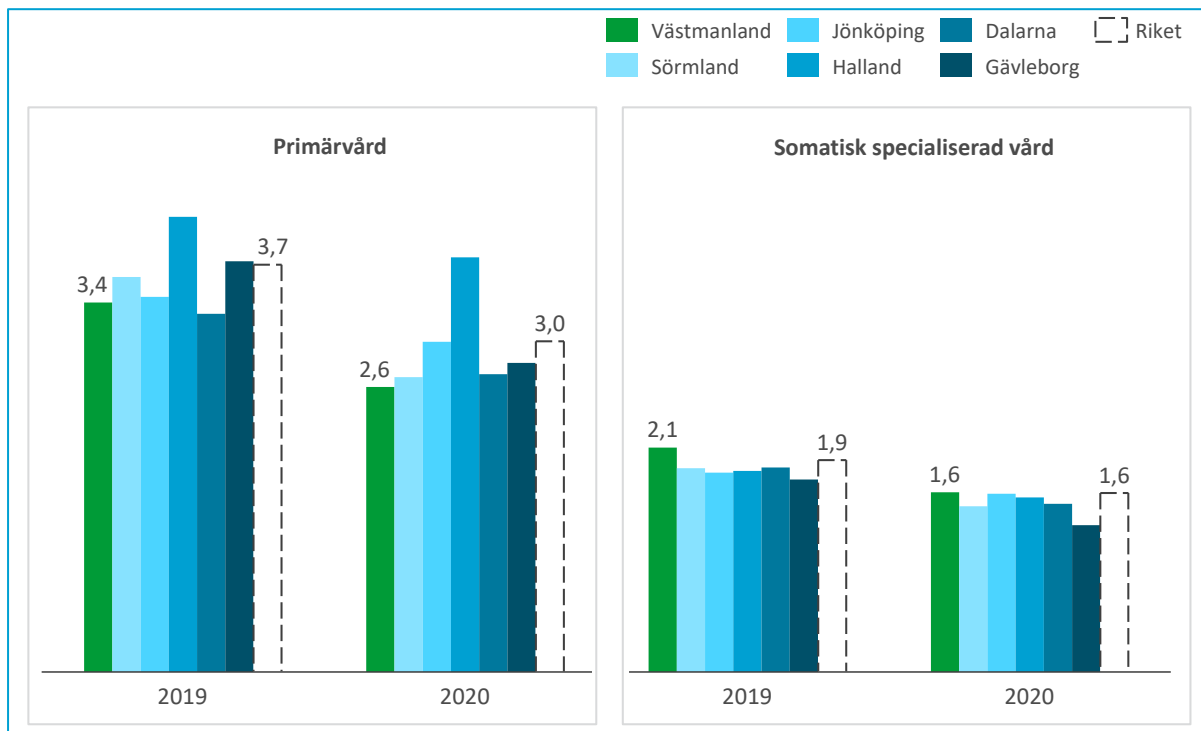
Figur 12: Antalet vårdplatser per tusen invånare inom somatisk specialistvård 2019. Region Västmanland, riket och jämförbara regioner.

Vårdkontakter per invånare

År 2019, innan pandemin, var antalet besök per invånare något högre än rikssnittet inom specialiserad somatisk öppen vård och något lägre än rikssnittet inom primärvården. Även år 2020 var antalet primärvårdsbesök per invånare lägre i Västmanland än i riket, regionen hade lägst antal besök per

⁸ i området ingår även närsjukvårdsplatser.

invånare av samtliga jämförda regioner. Antalet besök per invånare i den specialiserade somatiska vården minskade mellan 2019 och 2020, till att ligga på rikets nivå år 2020. Antalet besök per invånare 2019 och 2020 presenteras i Figur 13. På grund av pandemieffekter i vårdproduktionen är det svårt att avgöra hur väl omställningen till nära vård har fallit ut i regionen men historiken indikerar att arbete återstår i att omfördela besök från den specialiserade vården till primärvården.



Figur 13: Besök per invånare i primärvård och somatisk specialiserad vård (inklusive dagsjukvård), 2019 och 2020. Region Västmanland, riket och jämförbara regioner.

Även inom somatisk slutenvård var antalet vårdtillfällen per tusen invånare något högre i Region Västmanland än i riket och referensregionerna 2019. Endast Dalarna hade fler vårdtillfällen per tusen invånare inom somatisk specialistvård än Västmanland som låg ungefär fem procent över riket. Ett utvecklingsområde för regionen är att fortsätta poliklinisering och arbeta för att minska återinläggningar för att sänka antalet vårdtillfällen. Västmanland hade dock lägst antal vårdtillfällen per tusen invånare inom psykiatrisk vård av de jämförda regionerna.

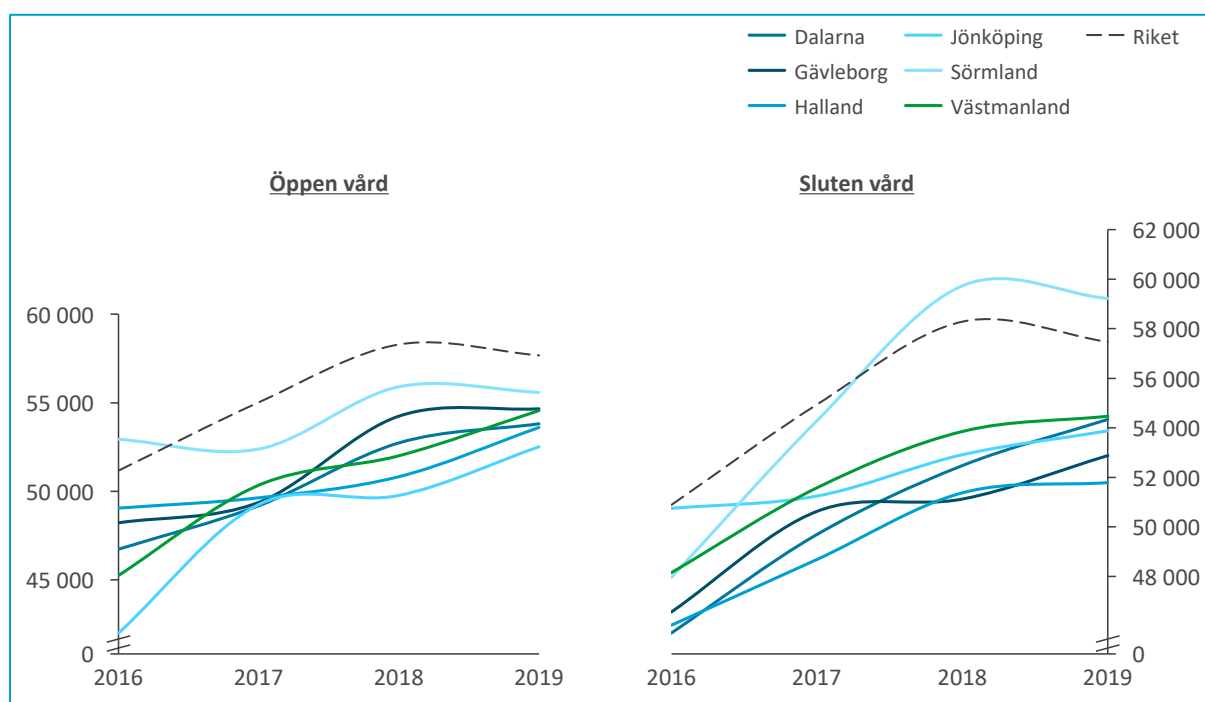
Kostnader

Nettokostnaden per besök var högre i Västmanland än i riket inom primärvården (nio procent högre) och dagsjukvården (108 procent högre) men 20 procent lägre för mottagningsbesök i specialiserad vård år 2019. Nettokostnaden per mottagningsbesök är alltså jämförelsevis låg i Västmanland – ett utvecklingsområde för regionen är att omfördela volymer till primärvården för att dämpa kostnadsökningstakten när vårdkonsumtionen ökar. Ett mottagningsbesök i den specialiserade vården har nästan dubbelt så hög nettokostnad som besök i primärvården. För att vidare sänka kostnaderna per besök i primärvården (där de största besöksvolymerna finns) kan bland annat digitalisering och uppgiftsväxling nyttjas för att öka läkarnas patientnära tid.

År 2020 låg Region Västmanland i nivå med riket gällande nettokostnader per invånare för den specialiserade vården och primärvården. De jämförda regionerna (med undantag för Region Gävleborg) hade likvärdig eller lägre kostnad för primärvården än Region Västmanland och riket. Att regionen har liknande kostnad men lägre antal besök per invånare i primärvården visar att regionens arbete i

omställningen till nära vård har påbörjats, men inte fått fullt genomslag ännu. Pandemins effekter kan antas påverka både besöksantal och kostnader varpå analysen bör tolkas med försiktighet. Vidare hade Region Jönköpings län och Region Halland lägre kostnad för specialiserad somatisk vård än Region Västmanland. Inom psykiatri ligger de jämförda regionerna väldigt likt; de jämförda regionerna (med undantag för Jönköping) har marginellt lägre kostnad än Västmanland och riket.

Kostnaden per DRG-poäng ökade i samtliga regioner inom både öppen och sluten vård under perioden 2016 till 2019. Region Västmanland befinner sig i mitten av de jämförda regionerna inom den öppna vården, som samtliga ligger under rikets nivå. Inom sluten vård ligger Region Västmanland högre än de jämförda regionerna med undantag för Region Sörmland, men en bit under rikets nivå. Detta visar att, även justerat för casemix, ligger regionens kostnader högt inom sluten vård jämfört med övriga regioner men ändå under riksnittet. Inom öppen vård ligger regionen bra till både jämfört med riket och de utvalda regionerna. Den historiska utvecklingen av kostnad per DRG-poäng i öppen och sluten vård presenteras i Figur 14.

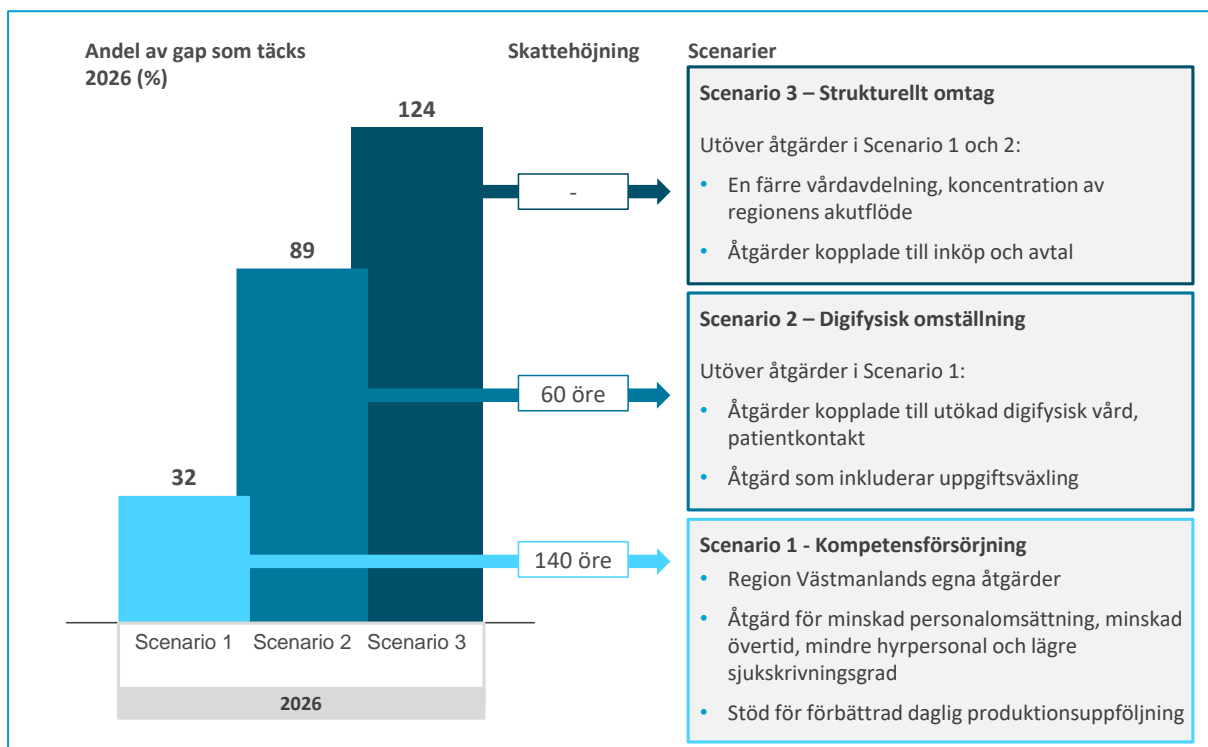


Figur 14: Kostnad per producerad DRG-poäng i somatisk vård (exklusive ytterfall), Region Västmanland, riket och referensregioner, 2016–2019.

3.5 Åtgärdsförslag

Ovan analyser visar att de identifierade utvecklingsområdena är vårdkonsumtion, personal såsom personalomsättning, sjukfrånvaro, övertid och hyrläkare vilka driver på personalkostnader, produktivitet och vårdplatser inklusive akutuppdraget. Utifrån dessa kartlades lämpliga åtgärder för att dämpa den ohållbara kostnadsökningstakten. Det övergripande målet med åtgärderna är att sänka kostnaden per vårdkontakt genom att öka andelen patientreterad tid/produktivitet för den kliniska personalen samt bedriva mer vård på schematid under vardagar. Potentialerna presenteras i tre scenarier: Scenario 1: Kompetensförsörjning, Scenario 2: Digifysisk vård och Scenario 3: Ett strukturellt omtag. En sammanfattning av innehållet i respektive scenario samt hur långt de räcker för att stänga kostnadsgapet 2026 presenteras i Figur 15. I figuren presenteras, för Scenario 1 och 2, hur stor

skatthöjning som skulle behöva genomföras fram till 2026 för att täcka hälso- och sjukvårdens förväntade underskott⁹.



Figur 15: Beskrivning av innehållet i Scenario 1, 2 och 3, deras förmåga att täcka kostnadsgapet 2026 samt hur stor skatthöjning som behövs som komplement för att täcka underskottet 2026.

⁹ Underskottet förväntas 2022 uppgå till cirka 600 miljoner kronor och sedan öka med den årliga differensen mellan intäktsökningstakten (3 procent per år) och den kostnadsökningstakt som respektive scenario medför. Hur mycket intäkter som en skatthöjning medför (ca 70 miljoner kr för varje 10 öre höjning) är baserad på regionens egna beräkningar; dessa utgår från nuläget 2022 och tar inte hänsyn till förändrad sysselsättningsgrad eller löneutveckling utöver KPI.

Tabell 2 nedan presenteras föreslagna åtgärder för att sänka kostnadsökningstakten och nå en ekonomi i balans. För varje åtgärd beskrivs i vilka av de tre scenarierna åtgärden förekommer som en del av ett åtgärdspaket. I Appendix presenteras KPI:er och fler detaljer kring varje åtgärd samt en bedömning av i vilken utsträckning (hög, medel, låg) de förväntas förbättra bemanning, tillgänglighet och vårdens kvalitet jämfört med nuläget. Vidare beskrivs åtgärdens syfte, antaganden och mål, metod för effektberäkning, startår för införande, införandetakt (i respektive scenariers effektberäkningar) och hur stor effekten är som andel av totaleffekten när samtliga åtgärder summeras (om alla skulle införas 2019).

Tabell 2: Lista med åtgärder samt vilka scenarier de inkluderas i. * Regionens egen åtgärd

Nr	Åtgärd	Scenario
1*	Breddinförande av digital taligenkänning	1, 2 och 3
2*	Chefsstruktur och enskilda vårdtjänster	1, 2 och 3
3*	Digitala kallelser	1, 2 och 3
4*	Minska uteblivna besök	1, 2 och 3
5*	Reducerat antal ST-läkare	1, 2 och 3
6*	Reglerad inrapportering och uttag av jourkompensation	1, 2 och 3
7*	Remisskrav för neuropsykiatrisk utredning	1, 2 och 3
8*	Tillreda egna läkemedel	1, 2 och 3
9*	Uppsägning/revidering av avtal	1, 2 och 3
10*	Ökad andel digitala tolkningar	1, 2 och 3
11	Förbättrad produktivitet vid NAV	1, 2 och 3
12	Gemensam upphandling MT	1, 2 och 3
13	Stöd för förbättrad produktionsplanering och uppföljning	1, 2 och 3
14	Åtgärder för minskad personalomsättning, sjukfrånvaro, övertid och hyrpersonal	1, 2 och 3
15	Egenmonitorering	2 och 3
16	Fallförebyggande arbete	2 och 3
17	Införande av patientkontrakt	2 och 3
18	Uppgiftsväxling	2 och 3
19	Utökad andel digitala besök	2 och 3
20	Utökad digital plattform för egenvård	2 och 3
21	VRI-förebyggande arbete	2 och 3
22	Äldremottagning	2 och 3
23	Direktkonsultation (digital kontakt med ortoped) från PV	3
24	Ersätta hyrläkare med ST-läkare	3
25	Minska köp som sker utanför upphandlade avtal och genomför avtalsöversyn (prisförändringar)	3
26	Minska köpt vård	3
27	Minska återinläggningar i slutenvård	3
28	Minskning av antal närsjukvårdsplatser	3
29	Öka användning av biosimilärer	3
30	Ökad andel dagkirurgi	3
31	Koncentration av regionens akutflöde	3

Scenario 1: Kompetensförsörjning

Scenario 1 innehåller totalt 14 åtgärder varav tio är regionens egna åtgärder (vilka tillsammans utgör 4,3 procent av totaleffekten 2019) som har införts eller ska införas inom projekt "Åtgärdsplan för ekonomi i balans 2020–2021" [3]. De övriga åtgärderna (ej regionens egna) har störst påverkan på kostnadsutvecklingen: "Stöd för förbättrad produktionsplanering och uppföljning", "Förbättrad produktivitet vid NAV" och "Åtgärder för minskad personalomsättning, sjukfrånvaro, övertid och hyrpersonal". Dessa åtgärder bör prioriteras då personalkostnader dels är det största kostnadsslaget, dels är direkt kopplade till kostnaden per vårdkontakt (som i sin tur påverkar kostnadsökningstakten).

Åtgärd nummer 13, "Stöd för förbättrad produktionsplanering och uppföljning", avser införande av bättre stöd för produktions- och kapacitetsplanering vilket förväntas öka vårdens produktivitet.

Förändringen kan uppnås genom bättre IT-stöd för daglig uppföljning, något som regionen idag saknar. Vi bedömer att regionen genom riktat arbete med detta kan förbättra produktiviteten med minst 5 procent (sannolikt mer). En illustrativ jämförelse är att när bemanningen under sommaren ofta halveras kan produktionen ofta bibehållas vid 75 procent; detta indikerar att det finns möjlighet till att öka andelen patientnära tid och därmed produktionen. Vid införande av åtgärden bör regionen börja med en omvärldsanalys av de regioner som kommit längst i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering, hur arbetar de och vilka stödjande system har de implementerat, innan regionen själv går vidare med en egen upphandling. För att realisera potentialens effekter behöver systemet också hänga samman med aktivt och strukturerat förbättringsarbete i den kliniska verksamheten.

Åtgärd nummer 14, "Åtgärder för minskad personalomsättning, sjukfrånvaro, övertid och hyrpersonal", inkluderar flera åtgärder som verkar för att minska kostnaderna kopplade till de fyra utvecklingsområdena personalomsättning, sjukfrånvaro, övertid och hyrpersonal. Som inspiration skapar sjukvården i Västra Götaland nu mindre personalgrupper som en del i ett åtgärdspaket för att få ned sjukskrivningarna i vården¹⁰ [7]. Ett annat exempel är Magnetmodellen, som minskar personalomsättning bland sjuksköterskor genom att jämställa omvårdnadskompetens med medicinsk kompetens [8]. Vid genomförande av åtgärden bör Region Västmanland sätta samman ett åtgärdspaket med beprövade metoder för att minska personalomsättning och sjukfrånvaro. Minskning av dessa två kommer leda till lägre beroende av hyrpersonal och mindre övertidsarbete. För att minska kostnaderna för den hyrpersonal man fortfarande behöver bör regionöverskridande upphandlingar nyttjas vilket är på gång. Vid genomförande av Magnetmodellen krävs bland annat analyser av kvalitetsutveckling, indikatorer för omvårdnad och autonomi för att identifiera utvecklingsområden.

Scenario 2: Digifysisk omställning

Utöver de åtgärder som ingår i Scenario 1 adderas uppgiftsväxling (bemanning och produktivitet) och åtgärder kopplade till digifysisk vård, vilket resulterar i totalt 22 åtgärder. De åtgärder som har störst påverkan på kostnadsutvecklingen är: "Införande av patientkontrakt", "Uppgiftsväxling" och " Utökad andel digitala besök".

Åtgärd nummer 17, "Införande av patientkontrakt", ökar patienternas delaktighet och ökar tillgängligheten i vården. Patientkontrakt är en överenskommelse som ska förtydliga vad som ska ske i vårdkontaktarna, när och vem patienten ska vända sig till. Kontraktet innehåller en sammanhållen planering (samverkan mellan vårdaktörer), fast vårdkontakt och överenskommen tid via exempelvis webbtidbok. I Region Kronoberg har man genom patientkontrakt kunnat reducera besök och vårdtillfällen. Vid införande av patientkontrakt bör regionen skapa en arbetsgrupp med projektledare, kommunikatörer, patientrepresentationer och representanter från verksamhetsområdena. Principer för vårdplanen och dess innehåll behöver tas fram och testas i pilotprojekt på utvalda vårdcentraler.

Åtgärd nummer 18, "Uppgiftsväxling", har en stor påverkan på kostnaden per vårdkontakt och effektivt nyttjande av tillgänglig kompetens. Åtgärden beskriver två typer av uppgiftsväxlingar, men ytterligare växlingar kan och bör göras för att minska personalkostnaderna och underlätta för kompetensförsörjningen. Uppgifter kan exempelvis växlas från sjuksköterskor, som är ett bristyrke och har minskat i regionen, till receptarier (beställning, och administrering av läkemedel) eller från ortopedier till fysioterapeuter. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset har man framgångsrikt växlat uppgifter mellan en mängd yrkesgrupper för att spara tid från mer kostsamma resurser. Vid genomförande av uppgiftsväxling bör regionen genomföra intervjuer med den berörda personalen för

¹⁰ En rad studier har bevisat att chefer som har färre antal underställda upplever en ökad kontroll och lägre belastning vilket kan leda till färre sjukskrivningar och mindre personalomsättning

att förstå deras eventuella risker och hur deras arbetssituation skulle påverkas. En policy bör sättas för vilka uppgifter och personalgrupper som ska ingå. Vidare bör personalen som genomgått en växling utbildas av arbetsgruppen som utför uppgiften idag.

Scenario 3: Ett strukturellt omtag

I Scenario 3 adderas ytterligare åtgärder kopplade till bemanning och produktivitet, inköp, avtal och köpt vård, men framför allt adderas större strukturella åtgärder som kommer ha långtgående positiva effekter på en ekonomi i balans. Dessa strukturella åtgärder omfattar ökad andel dagkirurgi, minskning av närsjukvårdsplatser och koncentration av regionens akutflöde. Scenario 3 innehåller totalt 31 åtgärder som tillsammans täcker det förväntade underskottet 2026 om de implementeras.

Åtgärd nummer 28, "Minskning av antal närsjukvårdsplatser", verkar för att sänka driftskostnaderna och effektivisera nyttjandet av regionens personal. I jämförelsen med andra regioner noterades att antalet vårdplatser per invånare är 26 procent högre i Region Västmanland än i riket och att överskottet framför allt finns inom medicin. Ur ett driftsekoniskt perspektiv underanvänds viss personal på regionens sjukhus. Antalet närsjukvårdsplatser skulle således kunna minskas med en eller två vårdavdelningar med bibehållen kvalitet. Eftersom åtgärden innebär en avvägning mellan kostnader och kvalitet och den låga beläggningsgrad som Region Västmanland uppvisar är fördelaktig utifrån ett kvalitetsperspektiv har enbart effekten av en vårdavdelning inkluderats i Scenario 3. Vid minskning av närsjukvårdsplatser bör regionen etablera en plan för att internt kommunicera förändringen i hela regionen om den innebär viss ändring i patientströmmar.

Åtgärd nummer 31, "Koncentration av regionens akutflöde", ger en högre specialistkompetens till följd av en smalare nisch vilket ökar vårdkvaliteten. Profileringen skulle dessutom leda till en effektivisering till följd av stordriftsfördelar. Effektiviseringen påverkar kostnader som är högre inom akutverksamheten (röntgensjuksköterskor, beredskapslinjer etcetera vid oregelbundna tider). Vid genomförande av åtgärden behöver regionen analysera konsekvenser av ett borttaget akut medicinåtagande i Köping och hur de nya patientströmmarna som kommer uppstå skall hanteras. Då antalet vårdplatser på NAV är bestämda kan vårdplatser inte omfördelas dit. Analyserna bör beröra huruvida elektiv vård kan flyttas från NAV till Köping.

4. Diskussion

Sammanfattningsvis står Region Västmanland för liknande utmaningar som övriga regioner i Sverige med en ökande försörjningskvot och en kostnadsökningstakt som överstiger intäktsökningarna. Våra analyser visar att kostnadsökningstakten har en stark koppling till personalkostnader, som utgör merparten av regionens kostnader. Av denna anledning fokuserar majoriteten av åtgärderna på kompetensförsörjning och personalens produktivitet, även om Region Västmanland redan idag faller väl ut i relevanta KPI:er i förhållande till jämförbara regioner.

Trots att regionen presterar bra har antalet läkare, mätt i heltidsekvivalenter, ökat snabbare än den casemixjusterade produktionen (mätt i DRG-poäng) under perioden 2015–2019. Detta innebär att produktiviteten sett till DRG-poäng per yrkesgrupp har minskat hos läkare. Samma mönster kan ses för undersköterskor. Läkare och undersköterskor utgör cirka 47 procent av Västmanlands sjukhus lönekostnader 2019. Analyserna visar att det krävs riktade åtgärder för att minska personalkostnader och öka personalens produktivitet, exempelvis genom att minska personalomsättning, övertid och hyrpersonal eller andra åtgärder som stödjer ett effektivt nyttjande av personalens kompetens, exempelvis införandet av patientkontrakt eller digifysiska åtgärder.

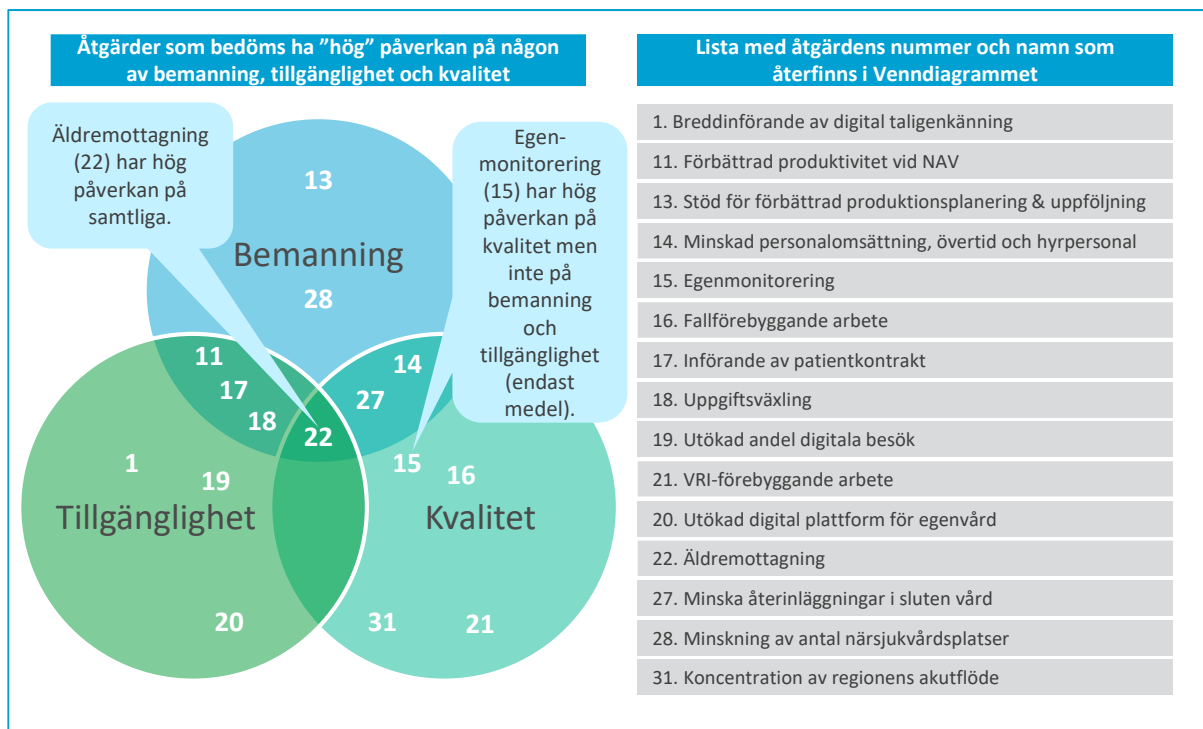
Vidare visade omvärldsanalysen att antalet vårdplatser inom medicin per invånare är 26 procent högre (motsvarande 61 vårdplatser) i Region Västmanland än i riket och att samtliga jämförbara regioner har färre vårdplatser per invånare än Västmanland. Även om regionen har färre vårdplatser per invånare inom geriatrik har den sammanlagt betydligt fler somatiska vårdplatser per invånare vilket tyder på att det finns utrymme att sänka kostnaderna inom hälso- och sjukvården genom strukturella förändringar. Exempelvis skulle antalet närsjukvårdsplatser kunna minskas med en vårdavdelning och regionens akutflöde koncentreras till Västerås. I sammanhanget bör det återigen understrykas att en reduktion av vårdplatser sannolikt kommer medföra en ökad genomsnittlig beläggningsgrad (vilket ur ett ekonomiskt perspektiv är positivt men som kan, om fel utfört, medföra patientsäkerhetsrisker) och därmed även förekomsten av överbeläggningar, som idag är bättre (lägre) än rikssnittet [6].

Till syvende och sist är det politiska prioriteringar som måste ligga till grund för hur allmänhetens gemensamma resurser bäst disponeras. Enheter med lång medelvårdtid har exempelvis färre återinläggningar än enheter med kortare medelvårdtid. Samtidigt innebär kortare medelvårdtid att vården kan hantera fler patienter med samma antal personalresurser, vilket förbättrar vården tillgänglighet. Vilken beläggningsgrad per disponibel vårdplats som är acceptabelt är därmed en svår avvägning med konsekvenser avseende både patientsäkerhet och tillgänglighet.

På samma vis finns det ett tydligt värde av dagens dygnet-runt-verksamhet vid medicinkliniken i Köping, det förbättrar till exempel invånarnas tillgång till akut vård genom att korta resvägen för personer i den länsdelen. I takt med att personaltillgången i framtiden förväntas försämrats och vården fortsätter att subspecialiseras kommer det dock vid någon tidpunkt uppstå en brytpunkt där de sammanvägda ekonomiska- och kompetensmässiga konsekvenserna sannolikt gör det nödvändigt att samla regionens akuta verksamhet i Västerås. En sådan konsolidering skulle ha långtgående positiva ekonomiska effekter, större än vad som framgår av denna rapport som inte fullt ut tar hänsyn till framtida investeringsbehov, men även när det gäller möjligheterna att bättre nyttja regionens samlade personalresurser. I detta sammanhang bör också påpekas att de mindre sjukhusen sannolikt väl kommer att fylla en viktig funktion för elektiv verksamhet samt med närsjukvårdsplatser i slutenvård.

Samtliga framtagna åtgärder bidrar till att dämpa regionens framtida kostnader och en majoritet av åtgärderna bidrar dessutom till att förbättra situationen inom områdena bemanning, tillgänglighet och kvalitet. De åtgärder som bedöms ha störst påverkan inom ett eller flera av de tre områdena

presenteras i Figur 16. Äldremottagning (åtgärd nummer 22) är den åtgärd som särskilt bedöms underlätta i bemanningsfrågan, öka tillgängligheten och förbättra vårdkvaliteten medan uppgiftsväxling (18) och åtgärder inom digitalisering, som Införande av patientkontrakt (17), bedöms ha en hög positiv påverkan på både bemanning och tillgänglighet. Åtgärden Minskade återläggningar i sluten vård (27) bedöms ha en hög påverkan på kvalitet (samtidigt som den i hög utsträckning även förbättrar området bemanning).



Figur 16: De åtgärder som bedöms ha "hög" påverkan på minst en av bemanning, tillgänglighet och kvalitet av samtliga 31 åtgärder. Det ska påpekas att majoriteten av åtgärder påverkar samtliga delar, det vill säga, här listas enbart om de har störst påverkan jämfört med övriga åtgärder. Exempelvis påverkar egenmonitorering (15) även bemanning och tillgänglighet men effekten bedöms vara "medel".

5. Slutsatser och rekommendationer

För att dämpa regionens nuvarande kostnadsökningstakt behöver regionen genomföra riktade åtgärder för att förbättra hur vårdens kompetens nyttjas. Detta möjliggörs genom förändringar av vårdstrukturen så att vården i större utsträckning genomförs dagtid på vardagar, omställning till en digifysisk vård och andra förändringar kopplade till bland annat kompetensförsörjning och ökad produktivitet. Åtgärderna som presenteras i denna rapport syftar till att bryta regionens ohållbara kostnadsutveckling genom åtgärder inom just dessa områden. Det är områden som regionen kommer behöva fortsätta jobba med även när kostnadsökningstakten har minskat, och det kommer tillkomma nya potentialer genom medicinska framsteg, medicinsk teknik och verktyg så som artificiell intelligens som regionen behöver ta vara på. Det är ytterst detta hälso- och sjukvårdens omställning handlar om. Att använda ny teknik och ibland i grunden förändra sina processer och arbetssätt.

Hur många åtgärder regionen beslutar sig för att genomföra och i vilken takt dessa genomförs kommer påverka hur snabbt kostnadsgapet kan hanteras. Åtgärder som påverkar KPP får särskilt stora effekter eftersom de inte bara påverkar den befintliga produktionen utan även styckpriset på all framtida produktion som tillkommer genom växande vårdbehov. Ju tidigare dessa förändringar införs desto bättre, eftersom "styckpriset" per vårdkontakt blir lägre innan volymen av vårdkontakter har hunnit öka alltför mycket. Därför bör prioritering och införandeordning beakta åtgärdens påverkan på kostnadsutvecklingen, för att så tidigt som möjligt bryta den ökande trenden.

Regionen bör ha målet att ha genomfört så många förändringar som möjligt innan NAV driftsätts för att i tid kunna "växa in" i den nya struktur och verksamhetsomfång som ligger till grund för dimensioneringen av sjukhuset. Åtgärdernas omfattning varierar i storlek avseende förväntat resultat, liksom arbetet som krävs för genomförandet, eventuellt politiska avvägningar samt tillräcklig förändringsledning för att få med sig personalen vilket kan sätta gränser för genomförandetakten. För att inte överskrida regionens förändringskapacitet och riskera en negativ påverkan på personalomsättning och patientsäkerhet bör mindre åtgärder varvas med de större. Åtgärderna i både Scenario 2 och 3 kommer kräva arbete med strukturerat omställningsprogram, vilket även ytterst kan påverka NAV.

För att nå en hållbar kostnadsökningstakt om tre procent per år behöver regionen genomföra Scenario 2: Digifysisk omställning, eller ett paket av åtgärder som motsvarar detta, i omfattning. Åtgärderna dämpar kostnadsökningstakten men skattehöjningar eller ytterligare förändringar kommer behövas för att regionen inte ska få negativ ekonomisk balans (det vill säga för att täcka underskottet). För att fullt ut komma till rätta med ekonomin och nå balans behöver även de strukturella åtgärderna i Scenario 3 genomföras.

Referenslista

- [1] Region Västmanland, "Regional utvecklingsstrategi 2030 - Vår strategi för ett livskraftigt Västmanland," Region Västmanland, Västerås, 2020.
- [2] Sveriges Kommuner och Regioner, "Ekonomi- och verksamhetsstatistik," februari 2022. [Online]. Tillgänglig på: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html>. [Använd 12 april 2022].
- [3] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, "EKONOMI I BALANS FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN – KOMPLEMENT TILL DELÅR 2 I," Region Västmanland, Västerås, 2020.
- [4] Sveriges Kommuner och Regioner, "Sjukfrånvaroredovisningen," 2022. [Online]. Tillgänglig på: <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/uppfoljninganalys/personalstatistik/sjukfranvaroredovisninge.n.46608.html>. [Använd 12 april 2022].
- [5] McKinsey & Company, "Tid till vård ger vård i tid," McKinsey & Company, Stockholm, 2019.
- [6] Sveriges Kommuner och Regioner, "Överbeläggningar och utlokaliserade patienter," Sveriges Kommuner och Regioner, 2022. [Online]. Tillgänglig på: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikspecialiseradvard/overbelaggningsarochutlokaliseradepatienter.54399.html>. [Använd 04 maj 2022].
- [7] Västra Götalandsregionen, "Mindre personalgrupper kan minska personalomsättningen i sjukvården," 2017. [Online]. Tillgänglig på: https://www.vgregion.se/ov/ism/arbetsliv/Nyheter_Halsa_pa_arbetsplatsen/mindre-personalgrupper-kan-minska-personalomsattningen-i-sjukvarden/. [Använd 22 april 2022].
- [8] A. Wihlborg, "Magnetmodellen Jämställer omvårdnadskompetens med medicinsk kompetens," 2020. [Online]. Tillgänglig på: <https://sjukskoterskekarriar.se/2020/10/20/jamstaller-omvardnadskompetens-med-medicinsk-kompetens/>. [Använd 22 april 2022].
- [9] Region Västmanland, Interviewee, *Intervju med nyckelperson*. [Intervju]. 2022.
- [10] Arbetsgivaralliansen, "Vård och Omsorg: Bransch- och löneavtal 2020-2023," 2020. [Online]. Tillgänglig på: <https://www.vardeforbundet.se/siteassets/rad-och-stod/lagar-och-avtal/kollektivavtal-privata-sektorn/arbetsgivaralliansen-var-doch-omsorg-2020-2023.pdf>. [Använd 11 april 2022].
- [11] IF, "Företagets kostnad för sjukfrånvaro," 2022. [Online]. Tillgänglig på: <https://www.if.se/foretag/forsakringar/personalforsakring/sjukvardsforsakring/sjukdom/vad-kostar-sjukfranvaro>. [Använd 20 april 2022].
- [12] Socialstyrelsen, "Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre," Socialstyrelsen, Stockholm, 2014.
- [13] I. Barker, A. Steventon and S. R. Deeny, "Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data," *BMJ*, London, 2017.
- [14] Socialstyrelsen, "Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt," Socialstyrelsen, Stockholm, 2020.
- [15] Statistiska Centralbyrån, "Lönestatistik - Hur mycket tjänar...?," Statistiska Centralbyrån, 2022. [Online]. Tillgänglig på: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/>. [Använd 19 april 2022].
- [16] Västra Götalandsregionen, "Uppiftsväxling inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset," Västra Götalandsregionen, Göteborg, 2020.
- [17] Tillväxtverket, "Ekonomiska effekter av nya regler - Så beräknar du företagens kostnader," 2017. [Online]. Tillgänglig på: https://tillvaxtverket.se/download/18.73e474121784aca5ca8203c6/1616577344309/Berakningsguide_ek_effekter_nya%20regler_210317.pdf. [Använd 10 april 2022].

- [18] Y. T. Lagerros, D. Söderberg, P. Dannapfel, M. Taloyan, N. Bergman Farrokhnia, I. Amer-Wählin, H. Hvitfeldt Forsberg och M. Hägglund, "Effekter av införandet av digitala vårdmöten," Cision, Stockholm, 2019.
- [19] Region Stockholm, "Rapport om coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården," 2020. [Online]. Tillgänglig på: https://www.aleris.se/4a7d73/siteassets/aleris.se/ogon/coronaeffekter_rapport_200928.pdf. [Använd 28 mars 2022].
- [20] McKinsey & Company, "Värdet av digital teknik i den svenska vården," McKinsey & Company, Stockholm, 2016.
- [21] Europeiska kommissionen, "Kommissionen analyserar hälsotillståndet i EU," Europeiska kommissionen, 23 11 2017. [Online]. Tillgänglig på: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/sv/IP_17_4722. [Använd 06 april 2022].
- [22] Sveriges Kommuner och Regioner, "Vårdrelaterade infektioner," Sveriges Kommuner och Regioner, Stockholm, 2019.
- [23] Svensk Förening för Allmänmedicin, "Utvidgad primärvård för sköra äldre," 17 december 2019. [Online]. Tillgänglig på: <https://sfam.se/wp-content/uploads/2020/06/Policy%E2%80%93Utvidgad-PV-skora-aldre.pdf>. [Använd 20 april 2022].
- [24] Å. Å. o. D. Eriksson, "Digital Ortopedkonsult - Personcentrerad, god och nära vård" Region Kalmar län, 2021.
- [25] Socialstyrelsen, "Öppna jämförelser 2021 - Äldreomsorg," Socialstyrelsen, Stockholm, 2021.
- [26] Sandoz, "Biosimilaren.se," Sandoz A/S, 2022. [Online]. Tillgänglig på: <https://www.biosimilaren.se/>. [Använd 12 april 2022].
- [27] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, "Analys av marknaden för biologiska läkemedel med konkurrens av biosimilarer," Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Stockholm, 2016.
- [28] A. Mulcahy, C. Buttorff, K. Finegold, Z. El-Kilani, J. F. Oliver, S. Murphy och A. Jessup, "Projected US Savings From Biosimilars, 2021-2025," AJMC, Washington DC, 2022.
- [29] Dagens Medicin (Nilsson, Johan), "Kostsamt när patienter struntar i operation," 26 februari 2018. [Online]. Tillgänglig på: <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/omvardnad/kostsamt-nar-patienter-struntar-i-operation/>. [Använd 23 april 2022].
- [30] Sveriges Kommuner och Regioner, "Personalen i Välfärden," Sveriges Kommuner och Regioner, Stockholm, 2021.

Appendix

A1. Åtgärdslista i form av potentialer

Nedan listas samtliga åtgärder och hur de är beräknade. Stycket inleds med en illustration inklusive beskrivning av hur åtgärdslistan är uppbyggd och respektive dels innebörd.

Åtgärdens nummer och namn

Åtgärdens förväntade positiva effekt på bemanning, tillgänglighet och kvalitet jämfört med nuläge. Det vill säga även "låg" motsvarar en förbättring jämfört med nuläge.

Nr. Exempelåtgärd	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Hög	Medel	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Beskrivning av vad åtgärden innebär	Konkreta siffror använda i effektberäkningarna med utgångspunkt i källor, annars antaganden.		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Exempel: Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Införandeår och hur lång tid det tar tills fulla effekten är uppnådd	Illustrerar hur stor påverkan potentialen har relativt övriga potentialer

Beskrivning av hur potentialens effekt har beräknats inklusive data

I vilka scenarier åtgärden inkluderas. 1, 2, 3 betyder i samtliga

Figur 17: Exempel på hur åtgärderna beskrivs i åtgärdslistan.

1. Breddinförande av digital taligenkänning [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Medel	Hög	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Införandet möjliggör minskad arbetad tid för uppgiften att manuellt skriva in diktat för journaldokumentation	Reducering med 30 procent av tid för de resurser som arbetar med dokumentation		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2022, ett år till full effekt	0,5%

2. Chefstruktur och enskilda vårdtjänster [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Medel	Låg	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Kartläggning av chefsstruktur och icke-vårdoperativa tjänster för schemaoptimering	Sänkta personalkostnader till följd av schemaoptimering		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2021, ett år till full effekt	0,3%

3. Digitala kallelser [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Medel	Medel	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Införandet innebär främst rationalisering inom administrativa funktioner	Sänkta kostnader för porto och lönekostnader för hantering inom klinik och färre uteblivna besök		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2022, ett år till full effekt	1,1%

4. Minska uteblivna besök [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Medel	Medel	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Förslag att patient ska ge besked senast klockan 8.30 samma dag och att avgift för uteblivet besök föreslås vara patientavgiften + 100 kr	Indirekt kostnadsbesparing via bättre resursutnyttjande och ökade intäkter till följd av höjd avgift för uteblivet besök		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2022, två år till full effekt	0,2%

5. Reducerat antal ST-läkare [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Låg	Låg	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Kartläggning och justering av ST-läkare behov, budgetering för nästkommande år av antal per klinik för att reducera antalet	3–4 ST-läkare färre		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2021, ett år till full effekt	0,2%

6. Reglerad inrapportering och uttag av jourkompensation [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Låg	Låg	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Jour, beredskap och arbetad tid ska rapporteras direkt; inklusive ytterligare åtgärder	Sänkt uttag av kontant jourersättning		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2021, ett år till full effekt	0,2%

7. Remisskrav för neuropsykiatrisk utredning [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Medel	Låg	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Behov av neuropsykiatrisk utredning ska beslutas av specialist inom VUP/BUP	Sänkta kostnader per utredning genom att följa ramavtal och viss sänkning av volymen utredningar		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2021, ett år till full effekt	0,1%

8. Tillreda egna läkemedel [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Ingen	Låg	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Tillredning av eget läkemedel, exempelvis för ögonsjukdomen glaukom, är mer kostnadseffektivt än inköp	Reducera läkemedelskostnader för ögonsjukdomen glaukom med 40 procent		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2023, ett år till full effekt	0,4%

9. Uppsägning/revidering av avtal [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Medel	Låg	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Uppsägning/revidering av Götlundaavtalet och avtalet med Västerås stad	Sänkta kostnader beroende på avtal (exempelvis utomlänsvård, personalkostnader)		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Summa av årlig effekt för respektive avtal enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2023, ett år till full effekt	0,3%

10. Ökad andel digitala tolkningar [3]	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
<i>Region Västmanlands åtgärd</i>	Låg	Låg	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Med stöd av modern teknik och omprövning av gällande praxis bedöms antalet resor som tolkar genomför kunna minska	Sänkta kostnader på konto Tolktjänster till följd av minskat antal resor som tolkar behöver genomföra		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Årlig effekt enligt Region Västmanlands beräkningar, uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2022, ett år till full effekt	0,1%

11. Förbättrad produktivitet vid NAV	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Hög	Hög	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
En del av kravet på Nytt Akutsjukhus Västerås (NAV) är en förbättrad produktivitet med tio procent	En förbättrad produktivitet om tio procent ger en besparing om 68 miljoner kr i 2021 års penningvärde [9].		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Effekt 68 miljoner kronor. Uppskrivning med LPIK.	1, 2, 3	Start 2030, ett år till full effekt	3,6%

12. Gemensam upphandling MT	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Ingen	Ingen	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Gemensam upphandling och förvaltning för MT-utrustning minskar kostnader relaterade till inköp och serviceavtal inom regionen och även med Region Sörmland	Minskad kostnadsutveckling motsvarande tio procent av dagens kostnader för inköp av MT-utrustning och serviceavtal [9]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Dagens inköpskostnad för medicinteknisk utrustning och serviceavtal multiplicerat med 0,1. Uppskrivning med LPIK	1, 2, 3	Start 2024, fyra år till full effekt	0,9%

13. Stöd för förbättrad produktionsplanering och uppföljning	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
---	-------------------	------------------------	------------------

	Hög	Låg	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Införa digitalt stöd för strukturerad produktionsplanering inklusive daglig uppföljning	Förbättrad produktivitet om cirka fem procent av fast personalkostnad [9]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Total lönekostnad (löner och sociala avgifter exklusive mertid och hyrpersonal) från Hälso- och sjukvårdsförvaltningens resultaträkning 2021 multiplicerat med 0,05. Uppskrivning med LPIK.	1, 2, 3	Start 2023, fem år till full effekt	10,0%

14. Åtgärder för minskad personalomsättning, sjukfrånvaro, övertid och hyrpersonal	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Medel	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Exempel på åtgärder inkluderar minskade personalgrupper (infört i Västra Götalandsregionen) och den så kallade Magnetmodellen som enligt forskning minskar personalomsättning bland sjuksköterskor	Varje rekrytering kostar cirka 60 procent av motsvarande yrkesgrupps lön och personalomsättning kan minskas med 20 procent; Övertidsarbete och lön för hyrläkare är cirka 2,4 ggr. grundlönen och det är möjligt att sänka övertid/mertid och minska hyrpersonal med tio procent; Sjukfrånvaron kan minskas med en dag/anställd/år [9]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Minskad personalomsättning: Antal sjuk- och undersköterskor samt läkare i regionen (antal arbetade timmar dividerat med 1 721 för sjuk- och undersköterskor, och med 1 808 för läkare för att beräkna heltidsekvivalenter [10]) multiplicerat med respektive yrkesgrupps lön i regionen (data erhållen från Region Västmanland), 0,6 och 0,2. De tre resultaten summeras. Minskad övertid och hyrpersonal: Löner för övertid/mertid och personalkostnad för inhyrd personal från regionens resultaträkning 2021 multiplicerat med 0,1. Produkterna divideras med 2,4 för att erhålla lönekostnad för fast personal. Från produkterna subtraheras lönekostnaden för fast personal. Minskad sjukfrånvaro: Antal sjuk- och undersköterskor samt läkare i regionen multiplicerat med den totala kostnaden för en dags sjukfrånvaro baserat på respektive yrkesgrupps lön (inklusive sjuklön och ersättare) [11]. Samtliga effekter skrivs upp med LPIK.	1, 2, 3	Start 2023, sju år till full effekt	2,8%

15. Egenmonitorering	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
-----------------------------	-------------------	------------------------	------------------

	Medel	Låg	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Färre vårdbesök för kroniker (artros, diabetes, KOL, astma, hjärtsvikt, högt blodtryck)	Reduktion tre procent av besök i primärvård och öppen specialistvård samt besök och vårdtillfällen i psykiatri. Reduktion av vårdtillfällen i somatisk sluten vård med en procent. Effekter enligt erfarenhet från tidigare arbete.		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Antal vårdkontakter enligt produktionsdata, kostnad per vårdkontakt enligt KPP (Primärvård, viktat medelvärde mellan kliniker inom somatisk vård, Allmänpsykiatri). Effekt blir antalet reducerade vårdkontakter multiplicerat med kostnaden per vårdkontakt. Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2025, sju år till full effekt	5,9%

16. Fallförebyggande arbete	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Låg	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Proaktiva insatser för riskpatienter minskar fallolyckor (tex läkemedelsgenomgångar) reducerar vårdtillfällen och besök till akuten	50 procent reduktion av vårdtillfällen somatisk sluten vård som följd av fall eller läkemedelsbiverkningar [12] (en procent av totala vårdtillfällen enligt tidigare erfarenhet) samt fem procent av besök till akuten för invånare 65 år och äldre		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Besök till akutmottagning och vårdtillfällen från produktionsdata, kostnad per vårdkontakt enligt KPP (besök till Akutkliniken, viktat medelvärde mellan kliniker inom somatisk sluten vård). Effekt blir antalet reducerade vårdkontakter multiplicerat med kostnaden per vårdkontakt. Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2023, fem år till full effekt	0,7%

17. Införande av patientkontrakt	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Hög	Hög	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Webbtidbok och upprättande av individuell vårdplan ökar tillgänglighet och kontinuitet samt minskar antalet besök till primärvård, akuten, specialiserad öppen vård och slutna vård och somatisk slutna vård	Reduktion av vårdtillfällen somatisk slutna vård, besök specialiserad öppen vård och besök primärvård med fem procent vardera (ökad produktivitet leder till minskad kostnadsutveckling) [13], [14]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Antal besök och vårdtillfällen från produktionsdata. Kostnad per besök från KPP (primärvård, akutkliniken, viktat medelvärde för samtliga kliniker i specialiserad somatisk öppen respektive slutna vård). Effekt blir antalet reducerade vårdkontakter multiplicerat med kostnaden per vårdkontakt. Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2024, sju år till full effekt	12,6%

18. Uppgiftsväxling	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Hög	Hög	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Byte av arbetsuppgifter från yrkesgrupper som kostar mer till yrkesgrupper som kostar mindre 1. Uppgiftsväxling mellan ortoped/kirurg och fysioterapeut/arbetsterapeut, där ny- och återbesök i vissa fall kan göras på 20 min av fysioterapeut/arbetsterapeut i stället för en timme av specialistläkare 2. Receptarier tar över arbetsuppgifter från sjuksköterskor inom slutna vård som exempelvis beställning, förberedning och administrering av läkemedel. Detta medför en tidsbesparing på omkring 30 min per arbetsdag för sjuksköterskan vilken kan användas till mer vårdnära arbete.	1. Antagande om applicerbarhet på 10 procent av ny- och återbesök på ortopedkliniken. Kostnad per timme för specialistläkare 905 kr, kostnad per timme för fysio/arbetsterapeut 375 kr [15]. Tidsbesparing per besök av insatsen 40 min [16]. 2. Applicerbart på 25 procent av sjuksköterskor inom slutna vård. 225 arbetade dagar per sjuksköterska och år. 0.9 receptarier behövs per sjuksköterska för övertagande av läkemedelsuppgifter [16]. Resulterar i reduktion av 28 FTE:er för sjuksköterskor och tillägg av 25 FTE:er receptarier.		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Besök till ortopedkliniken från produktionsdata. Antalet sjuksköterskor inom slutna vård från Socialstyrelsens statistikdatabas. Bruttomedellöner från SCB [15] samt tillägg för overhead och sociala avgifter (1,84 gånger bruttolön) enligt Tillväxtverket [17]. Effekten blir kostnadsbesparing av reducerade timmar gånger kostnad per timme minus kostnaden för de timmar som ersätter (antalet timmar multiplicerat med timpris). Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2023, sju år till full effekt	12,6%

19. Utökad andel digitala besök	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Hög	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Satsning på digitala verktyg medför möjlighet att flytta både ny- och återbesök inom primärvård, specialiserad öppen vård och psykiatrisk öppen vård från fysiska besök till digitala besök	20 procent av ny- och återbesök primärvård, ny- och återbesök specialiserad öppen vård, ny- och återbesök psykiatrisk öppen vård blir digitala [18], [19]. Kostnad: 58 procent av KPP fysiskt besök (nyttan blir cirka 40 procent ursprungliga KPP)		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Besök från produktionsdata. Kostnad per besök från KPP (Primärvård, viktat medelvärde för kliniker inom somatisk specialistvård, samt Allmänpsykiatri). Effekten blir 20 procent av besökskostnaden multiplicerat med 0,58. Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2023, fyra år till full effekt	12,6%

20. Utökning av digital plattform för egenvård	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Ingen	Hög	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Automatisk egenvård och/eller chatt via en patientportal reducerar antalet rådgivningssamtal och nybesök inom primärvård, specialiserad öppen vård och psykiatrisk vård	Cirka 20 procent reduktion av nybesök till både primärvård och psykiatrisk öppen vård [20]. Egenvårdsråd reducerar 15 procent av besök med triagegrupp grön till akutsjukvården [21] (25 procent av besök till akutmottagning enligt tidigare erfarenhet)		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Nybesök till primärvård och allmänpsykiatri samt besök till akutmottagning från produktionsdata. Kostnad per besök i primärvården, akutkliniken och allmänpsykiatri från KPP. Nyttan beräknas av antalet reducerade besök multiplicerat med kostnad per besök. Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2025, fem år till full effekt	8,8%

21. VRI-förebyggande arbete	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Medel	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Riskbedömning och förebyggande arbete, ökad patientsäkerhetskultur, förbättrade arbetsätt och kontinuerlig uppföljning	35 procent av vårdtillfällen kopplade till VRI [22] (åtta procent av totala vårdtillfällen enligt tidigare erfarenhet) kan reduceras, totalt cirka tre procent av somatiska vårdtillfällen.		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård från produktionsdata, kostnad per vårdtillfälle från KPP (viktat medelvärde mellan klinikerna). Nyttan beräknas av antalet reducerade besök multiplicerat med kostnad per besök. Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2025, fem år till full effekt	3,1%

22. Äldremottagning	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Hög	Hög	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Erbjudande av optimal vård på äldremottagning på vårdcentral och införande av patientkontrakt ger ökad kontinuitet och tillgänglighet och minskar besök till akuten samt behov av slutenvård	Tio procent reduktion av vårdtillfällen somatisk slutenvård för invånare >80 år samt tio procent reduktion av besök till akuten för invånare >80 år [23]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Antal besök till akutmottagningar samt somatiska vårdtillfällen för personer 80 år+ från produktionsdata. Kostnad per besök till akutkliniken samt viktat medelvärde på kostnad per vårdtillfälle hos klinikerna inom somatisk slutenvård från KPP. Nyttan beräknas av antalet reducerade vårdkontakter multiplicerat med kostnad per vårdkontakt. Uppskrivning med LPIK.	2, 3	Start 2023, fem år till full effekt	3,1%

23. Direktkonsultation (digital kontakt med ortoped) från primärvård	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Medel	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Patienten och allmänläkare kan ta kontakt med specialist direkt i stället för remittering	75–80 procent av konsultationer går att lösa direkt i primärvården (Borgholm) [24], åtgärden kan introduceras så att den har 80 procents effekt i regionen och andelen nybesök primärvård som inte kan lösas av enbart primärvårdsläkare är 50 procent. Det tar 20 minuter (0,33 timmar) för en ortoped att svara på en remiss och göra en remissbedömning och fem minuter (0,08 timmar) för ortopeder att utföra en röntgenbedömning, för röntgensjuksköterskor att utföra en röntgenundersökning och för primärvårdsläkare att skriva en remiss.		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Antal planerade nybesök primärvård besöksorsak ortopedi som kan lösas med direktkonsultation/år beräknas genom multiplikation av antal nybesök primärvård med besöksorsak ortopedi (data erhållen från regionen) med 0,75, 0,8 och 0,5. Total tidsbesparing för ortopeder per år beräknas genom just beräknad produkt multiplicerat med summan av 0,33 och 0,08. Detta divideras med 1 808 arbetade timmar per år för att erhålla antalet frigjorda ortopeder per år. Antalet frigjorda ortopeder per år multipliceras med bruttomedellönen för specialistläkare [15]. Vidare multipliceras antal planerade nybesök besöksorsak ortopedi med 0,08 för att erhålla total tidsbesparing för röntgensjuksköterskor och primärvårdsläkare vardera. Tidsbesparingen divideras med antal arbetade timmar per år för att erhålla antal frigjorda resurser för respektive yrkesgrupp. Antalet frigjorda resurser per år multipliceras med respektive yrkesgrupps årliga bruttomedellön. Lönekostnaderna för de tre yrkesgrupperna summeras. Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2026, fyra år till full effekt	0,4%

24. Ersätta hyrläkare med ST-läkare	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Låg	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Ersättning av tio hyrläkare med tio ST-läkare inom intraprenaden	Hyrläkares veckolön är lika hög som ST-läkares månadslön (exkl. sociala avgifter) [9]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Nytta beräknas genom kostnadsbesparing på ett år av att ta bort tio hyrläkare minus kostnad av tio ST-läkare under ett år (bruttomedellön per månad multiplicerat med 1,84 [17] för att inkludera sociala avgifter och overhead, multiplicerat med tolv månader). Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2021, fyra år till full effekt	0,8%

25. Minska köp som sker utanför upphandlade avtal & genomför avtalsöversyn (pridförändringar)	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Ingen	Ingen	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Genomlysning av vad som inhandlas av vem, med löpande bevakning av pridförändring och standardisering av sortiment kan inköpskostnader reduceras	Antagande att det går att reducera inköpskostnader med tio procent		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Total inköpskostnad från regionens resultaträkning 2021 multiplicerat med 0,1. Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2022, fem år till full effekt	9,0%

26. Minska köpt vård	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Ingen	Medel	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
1. Förhandling kring kostnadsutveckling av högspecialiserad vård från Akademiska 2. Ökad självförsörjning inom medicinsk diagnostik 3. Minska köpta elektiva operationer genom uppstart av EPE i Sala	1. Underskott på 70 mnkr 2021 som kan halveras [9] 2. Helårseffekt 1–2 mkr enl. Västmanland [3] 3. Skattad ekonomisk effekt cirka fem mkr/år [3] Totalt blir dessa effekter en reduktion av köpt vård med fyra procent		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Kostnad för köpt vård från regionens resultaträkning 2021 multiplicerat med 0,04. Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2021, ett år till full effekt	2,1%

27. Minska återinläggningar i slutenvård	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Hög	Medel	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Reduktion i antal vårdtillfällen till följd av minskade återinläggningar. Riktade insatser vid sjukhuset i Västerås	Andelen patienter över 65 år som återinläggs inom 30 dagar (tio procent av vårdtillfällen) kan halveras (nivå som Jämtland) [25]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Antal vårdtillfällen i somatisk slutenvård från produktionsdata multiplicerat med 0,1 ger antalet återinläggningar. Kostnad per vårdtillfälle enligt KPP (viktat medelvärde av kliniker inom somatisk vård). Effekt blir en halvering av antalet återinläggningar multiplicerat med kostnad per vårdtillfälle. Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2023, fem år till full effekt	2,8%

28. Minskning av antal närsjukvårdsplatser	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Hög	Låg	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Antal närsjukvårdsplatser per invånare i Region Västmanland ligger över rikssnittet	Minskning med en vårdavdelning ger en besparing om 15 miljoner kronor i 2021 års pengavärde [9].		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Effekt 15 miljoner kronor. Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2026, ett år till full effekt	0,8%

29. Öka användningen av Biosimilarer	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Ingen	Låg	Låg
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Regionen har idag lägre användning av biosimilarer än rikssnittet [26], det bör vara möjligt att öka användandet	25 procent av läkemedelskostnader kan kopplas till biologiska läkemedel [27]. Kostnadsminskning på sex procent av kostnaderna för biologiska läkemedel [28].		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Totala kostnader för läkemedel från regionens resultaträkning 2021 multiplicerat med 0,25 ger kostnad för biologiska läkemedel. Effekt blir sex procent av kostnaden för biologiska läkemedel. Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2023, ett år till full effekt	0,8%

30. Ökad andel dagkirurgi	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Medel	Medel
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Ökning av andel dagkirurgi minskar kostnader för slutenvård. Kan möjliggöras genom nya kirurgiska tekniker, medicinsk teknik, framsteg inom anestesi samt genom uppmuntrande incitamentsstruktur.	Antagande att ökning av dagkirurgi med tio procent (max 100) för de operationer som idag sker i både öppen vård och slutenvård är möjligt. Varje reducerat vårdtillfälle ersätts med ett dagkirurgiskt ingrepp (15 000 kr [29]) och ett mottagningsbesök (återbesök).		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Alla operationstyper (koder) som sker i både öppen och slutenvård ökar andelen öppen vård med tio procent (effekt skalar med ursprunglig andel dagkirurgi). Varje överflyttning från slutenvård till dagkirurgi ger en nytta på kostnaden för ett vårdtillfälle vid kirurgkliniken (KPP) minus kostnaden för en operation och ett mottagningsbesök till kirurgkliniken (KPP). Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2023, sju år till full effekt	0,8%

31. Koncentration av regionens akutflöde	Bemanning:	Tillgänglighet:	Kvalitet:
	Medel	Låg	Hög
Beskrivning:	Antaganden/mål:		
Justering av vårduppdraget vid Köping vilket skulle leda till färre akuta utbudspunkter i regionen	Minskade kostnader hänförliga till akutsjukvård och kostnadsminskning av reducerad jourlinje medicin och därtill hörande personal. Besparing om 50 miljoner kr i 2021 års penningvärde enligt Region Västmanlands tidigare utredningar. [9]		
Metod för beräkning:	Scenario:	Införande:	Andel av totaleffekt:
Effekt 50 miljoner kronor. Uppskrivning med LPIK.	3	Start 2026, två år till full effekt	2,6%

A2. Lista med KPI:er

Tabell 3: Lista med exempel på KPI:er för att följa regionens utveckling.

Mätområde	Mått	Önskad utveckling
Bemanning	Genomsnittlig anställningstid	Ökande
Bemanning	Sjukskrivningsgrad	Sjunkande
Digitalisering	Andel digitala förstabesök	Ökande
Digitalisering	Andel digitala återbesök	Ökande
Digitalisering	Andel patienter med patientkontrakt	Ökande
Kostnader	Inköpskostnader per patient	Sjunkande
Kostnader	Kostnad per DRG-poäng i öppen respektive sluten vård	Följa LPIK
Kostnader	Läkemedelskostnader per patient	Sjunkande
Kostnader	Personalkostnader per patient	Sjunkande
Kostnader/Bemanning	Andel övertidstimmar	Sjunkande
Kostnader/Bemanning	Hyrpersonalkostnad som andel av personalkostnad	Sjunkande
Kvalitet	Andel återinläggningar	Sjunkande
Nära vård	DRG-poäng per besök i specialiserad vård	Ökande
Nära vård	SKR:s indikatorer för Nära vård	
Poliklinisering	Andel dagkirurgi	Ökande
Poliklinisering	Andel vårdtillfällen i somatisk sluten vård och psykiatri	Sjunkande
Produktivitet	Andel patienttid i förhållande till total arbetstid	Ökande
Produktivitet	Andel besök i primärvård, öppen specialistvård, på akuten och psykiatri	Sjunkande
Produktivitet	Andel uteblivna besök per klinik	Sjunkande
Produktivitet	Beläggningsgrad av operationssalar	Ökande
Produktivitet	Besöksekvivalenter per vårdpersonal	Ökande
Produktivitet	DRG-poäng per vårdpersonal	Ökande
Tillgänglighet	Tillgänglighet enligt vårdgarantin	Ökande