

Huvudrapport från långtidsutredningen om hälso-
och sjukvården i Stockholms läns landsting:

Behov, pengar och effektivitet
– en utredning om framtidens hälso- och sjukvård

Arthur D. Little AB
Kungsgatan 12-14
Box 70434
107 25 Stockholm

Mapsec KB
Klarabergsviadukten 70
Box 70396
107 24 Stockholm

Förord

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Stockholm har en åldrande befolkning och i framtiden kommer allt färre yngre att få försörja allt fler äldre. En åldrande befolkning medför också ett ökat behov av vård och omsorg. Den tekniska utvecklingen och medicinska framsteg gör det möjligt för oss att bota eller bromsa tidigare obotliga sjukdomar. Vi lever alltså allt längre och mår allt bättre men det innebär också att hälso- och sjukvården kostar mer.

Mot denna bakgrund har Hälso- och sjukvårdsnämnden gett förvaltningen i uppdrag att genomföra denna långtidsutredning om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting för åren fram till 2025. Uppdraget till utredarna har varit att tänka fritt och undersöka framtiden utan detaljerade riktlinjer från landstinget. Rapporten ger ett digert kunskapsunderlag men slutsatser och förslag till lösningar står författarna själva för.

Utredningen visar att oavsett hur vi räknar står vi år 2025 inför ett kostnadsgap i storleksordningen 23 miljarder kronor. Vi kan alltså inte fortsätta bedriva hälso- och sjukvård som idag utan nya lösningar måste till. Till detta kommer ett ständigt behov av att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården för att möta morgondagens kravställare.

Hur detta framtida gap ska undvikas är en fråga som på allvar måste börja diskuteras. Om vi ska klara att utveckla den offentligt finansierade vården måste morgondagens lösningar finnas på plats innan krisen är ett faktum. Utgångspunkten för utredningen har varit att det finns tre huvudsakliga sätt att balansera efterfrågad vård och resurser:

- Mer pengar till vården
- Styrning av efterfrågan
- Mer vård för pengarna

Med andra ord handlar detta om, hur man kan finansiera vården, hur man kan påverka vårdbehovet och hur man kan effektivisera vården. Dessa tre angreppssätt är inte varandra uteslutande. Sannolikt måste vi i framtiden söka nya lösningar inom alla tre områdena. I rapporten framförs förslag till ett antal åtgärder inom varje område. Vilka som ska eller kan genomföras och vad som är mest angeläget är upp till läsaren själv att avgöra.

Vår förhoppning är att denna rapport ska bidra till att stimulera diskussionen om utformningen av framtidens hälso- och sjukvård i Stockholm och Sverige. Det finns många goda exempel på nya lösningar både inom och utom landstinget. Det gäller att vi är öppna för nya lösningar och tar till vara på alla de goda initiativ som finns i sjukvården och hos medarbetarna där. Hoppas att du får en tankeväckande läsning!

Stockholm i november 2008

Catarina Andersson Forsman

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Långtidsutredningen 2008-2025

Långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Landsting är ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Syftet har varit att kartlägga framtida krav, kostnadsutveckling och utbudsförändringar för att lägga grunden för planering av hälso- och sjukvården inom SLL. I uppdraget har ingått att utarbeta konkreta förslag vad gäller finansiering, organisation och styrning av hälso- och sjukvården så att politiskt formulerade mål samt mål för kvalitet i vården kan uppnås givet utvecklingen i vårdbehov och Landstingets intäkter under den närmaste femtonårsperioden.

Uppdraget är avgränsat till hälso- och sjukvården. Rapporten tar inte upp vidare samhälleliga förhållanden såsom arbetslivets utformning, miljöfrågor, de sociala trygghetssystemens utformning, utbildning, m.m. som också påverkar hälsoläget.

Arbetet har löpande följts och vägletts av en tjänstemannastyrgrupp. En referensgrupp bestående av fackexpertis samt en politisk referensgrupp knöts till utredningen. Ett antal andra grupper, bl.a. SMR och Branschrådet, har också getts tillfälle att ge input till arbetet. Seminarier har hållits för patient- och pensionärsorganisationerna, på all de stora sjukhusen, internt på HSN förvaltningen samt för Landstingets sjukvårdspolitiker.

Under arbetets första fas togs det fram totalt nio delrapporter (Dr):

Dr1 - Hälso- och sjukvårdens utveckling i Stockholms län under det senaste decenniet

Dr2 – En översikt av förändringar i den svenska och internationella hälso- och sjukvården

Dr3 - Intäkts- och kostnadsframskrivning för hälso- och sjukvården i SLL fram till 2025

Dr4 – Kvalitetskrav och mätningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet

Dr5a – Läkemedel i SLL – nuläge och prognos

Dr5b – Den medicintekniska utvecklingen – nuläge och prognos

Dr6 – Fysiska och personella resurser i hälso- och sjukvården i SLL

Dr7 – Finansiering och styrning

Dr8 – Ansvars- och strukturfrågor

Delrapporterna är baserade på en mycket omfattande litteraturgenomgång. En bibliografi som även täcker underlaget till delrapporterna finns i slutet av denna rapport. Utredningsgruppen har också intervjuat ett stort antal personer i vården, förvaltningen och akademien, här ingen nämnd och ingen glömd. Alla delrapporter finns samlade i en särskild volym.

Denna huvudrapport sammanfattar den analys som gjorts i delrapporterna och presenterar den i en sammanhållen struktur. Men rapporten avspeglar också den idémässiga utveckling som, under arbetets gång, följt i spåren av en intensiv diskussion med externa samtalspartners och inom utredningsgruppen. Det kan därför finnas vissa substans- och nyansskillnader mellan delrapporterna och huvudrapporten. Huvudrapportens begränsade omfång har också tvingat till en prioritering bland de områden som behandlats i delrapporterna och/eller en mycket kraftig komprimering av resonemangen. För läsare med särskilda intressen rekommenderas därför fördjupad läsning i relevant delrapport.

Konsultföretagen Arthur D. Little och Mapsec har haft huvudansvaret för genomförandet av studien men ytterligare företag och institutioner har engagerats för specifika delar i uppdraget.

Vilka personer som deltagit i arbetet och deras respektive roller framgår av listan nedan.

Namn	Företag/organisation	Roll	e-postadress
Allan Gustafsson	Mapsec	Huvudutredare, författare till huvudrapporten och Dr 7 och Dr 8, medförfattare till Dr 3	allan.gustafsson@mapsec.com
Petter Kilefors	Arthur D. Little	Extern projektledare och kvalitetssäkrare, medförfattare till Dr 6	kilefors.petter@adlittle.com
Jonas Andréén	Arthur D. Little	Författare till Dr 1 och medförfattare till Dr 6	andren.jonas@adlittle.com
Hans Nyctelius	Arthur D. Little	Medförfattare till Dr 5a och 5b	nyctelius.hans@adlittle.com
Rasmus Jostrup	Arthur D. Little	Medförfattare till Dr 5a och 5b	jostrup.rasmus@adlittle.com
Rolf Lundh	Arthur D. Little	Medförfattare till Dr 5a och 5b	lundh.rolf@adlittle.com
Elisabeth Åkrantz	HSNf	SLLs projektledare, författare till Dr 4	elisabeth.akrantz@sll.se
Gun Alm Stenflo	Statisticon	Ansvarig för kostnadsframskrivningen, medförfattare till Dr 3.	gun.alm.stenflo@statisticon.se
Bo Legerius	SKL	Ansvarig för intäktsframskrivningen, medförfattare till Dr 3	bo.legerius@skl.se
Sara Nordling	IHE	Medförfattare till Dr 2	sn@ihe.se
Catharina Hjortsberg	IHE	Medförfattare till Dr 2	ch@ihe.se

Lista på förkortningar

Förkortning	Förklaring
3S	Utredning om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting
ALB	Astrid Lindgrens Barnsjukhus
DRG	Diagnosrelaterad grupp
DS	Danderyds sjukhus
DT	Datortomografi
FoUU	Forskning, utveckling och utbildning
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
HSNf	Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
IVA	Intensivvårdsavdelning
K	Karolinska Universitetssjukhuset (efter sammanslagningen med Huddinge sjh)
KS	Karolinska Sjukhuset (före sammanslagningen med Huddinge sjukhus)
KPI	Konsumentprisindex
KPP	Kostnad per patient
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärd
MR	Magnetrontgen
NHS	National Health Service (UK)
NKS	Nya Karolinska Solna
NUTEK	Verket för näringslivsutveckling
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OPS	Offentlig-privat samverkan
RTK	Regionplane- och trafikkontoret (SLL)
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SCB	Statistiska centralbyrån
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SLL	Stockholms Läns Landsting
SMR	Stockholms Medicinska Råd
SOU	Statens offentliga utredningar
SÖS	Södersjukhuset

Innehållsförteckning

Förord	i
Långtidsutredningen.....	i
Lista på förkortningar.....	iv
1 Sammanfattning	1
1.1 Går ekvationen ihop?	1
1.2 Det krävs nytänkande!.....	2
2 Utgångsläget.....	6
2.1 Demografin.....	6
2.2 Hälsotillståndet.....	6
2.3 Hälsa- och sjukvården	7
2.4 Styrningen	10
3 Intäkts- och kostnadsframskrivning	12
3.1 Intäkter	12
3.2 Kostnader	13
4 Mer pengar till vården	15
4.1 Landstingsskatten	15
4.2 Prioritering mellan hälso- och sjukvård och lokaltrafiken	15
4.3 Sjukvårdsförsäkringar	15
4.4 Patientavgifter	16
5 Styrning av vårdkonsumtionen.....	18
5.1 Det offentliga vårdåtagandet	18
5.2 Tillgänglighet	19
5.3 Patientavgifter	19
5.4 Sjukvårdsrådgivning och medicinsk information på webben	20
5.5 Förebyggande hälsovård	22
6 Mer vård för pengarna.....	23
6.1 Effektiviseringspotential	23
6.2 Vårdprocesser.....	23
6.3 Resurshushållning	26
6.4 Upphandlings- och ersättningsmodeller.....	36
6.5 Övergripande styrmodell och landstingets roll	43
6.6 Ansvarsfördelning stat ⇔ landsting ⇔ kommuner	44
7 Sammanställning av förslagen	50
8 Bibliografi	53

1 Sammanfattning

Hälso- och sjukvården i Stockholm – och i Sverige – står för inför mycket stora utmaningar. Befolkningen blir äldre och fler ska försörjas av färre. Vetenskapliga framsteg gör att tidigare obotliga sjukdomar nu går att bota, eller i varje fall bromsa. Vi blir friskare och lever längre men skröpligheten i livets slutskede är något vi inte kommer ifrån. Kostnaderna skjuter i höjden.

Samtidigt växer en ny generation upp, en generation som är van att ställa krav. En generation för vilken tid i allra högsta grad är pengar och som inte finner sig en passiv patientroll. En kunnigare generation, en som vet att utnyttja all de möjligheter som IT-teknologin erbjuder och som utgår från att även vården gör det.

1.1 Går ekvationen ihop?

En åldrande befolkning tillsammans med ökade medicinska möjligheter och allmänhetens förväntningar och krav kommer att vara starkt kostnadsdrivande. Intäkterna växer bara med skattebasen. Kommer ekvationen att gå ihop?

För att ge ett svar på den frågan görs i denna rapport separata framskrivningar av hälso- och sjukvårdens kostnader och dess intäkter. Perspektivet är 2025.

Intäktsframskrivningen är gjord på ungefär samma sätt som i de statliga långtidsutredningarna. Viktiga antaganden är att skatteuttaget är det samma och att inga principiella förändringar görs i det kommunala utjämningsystemet. Vidare antas att den relativa fördelningen av Landstingets icke-öronmärkta intäkter är densamma under hela perioden.

Framskrivningen av kostnaderna för hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Landsting är en teoretisk framskrivning i det att den är frikopplad från alla finansieringsrestriktioner. Den visar hur kostnaderna för hälso- och sjukvården skulle utvecklas om kostnaderna fortsätter att växa som de gjort de senaste åren, justerat för förväntade förändringar av vissa betydelsefulla kostnadskomponenter. I framskrivningen antas att nuvarande organisationsstruktur, styrformer, etc. gäller för hela prognosperioden. Basen för kostnadsframskrivningen är en befolkningsprognos fram till 2025 som 2007 gjordes av SCB för SLLs Regionplane- och Trafikkontors räkning.

I den underliggande delrapporten, delrapport 3, redovisas fyra olika kostnadsscenarier: ett försiktigt basscenario, två scenarier där kostnadsutvecklingen för medicinteknik respektive lönekostnadsutveckling antas bli högre än i basscenariet, samt ett högkostnadsscenario där kostnaderna för såväl medicinteknik som löner antas bli högre. Motsvarande scenarier tas fram för intäkterna.

Slutsatsen är: ekvationen går inte ihop hur man än räknar!

Om det scenario som resulterar i de högsta intäkterna kombineras med det scenario som genererar de lägsta kostnadsökningarna skulle gapet mellan kostnader och intäkter 2025 uppgå till knappt 16 miljarder kronor eller 17 procent av intäkterna. Om istället lågintäktsscenarioet kombineras med högkostnadsscenarioet skulle gapet uppgå till nästan 30 miljarder kronor eller 33 procent av intäkterna. Om snittscenarierna för intäkter respektive kostnader kombineras skulle gapet uppgå till 23 miljarder kronor eller 26 procent av intäkterna.

I praktiken kan ett sådant gap naturligtvis inte uppstå. Det får inte uppstå. Det balanskrav som ställs på kommunerna gör att kostnaderna inte kan avvika från intäkterna i någon nämnvärd utsträckning ens kortsiktigt. Det framräknade gapet bör därför snarare ses som ett mått på den

spänning som kommer att uppstå mellan de krav som kommer att ställas på vården och de finansiella resurser som kommer att finnas tillgängliga för att bekosta denna vård.

1.2 Det krävs nytänkande!

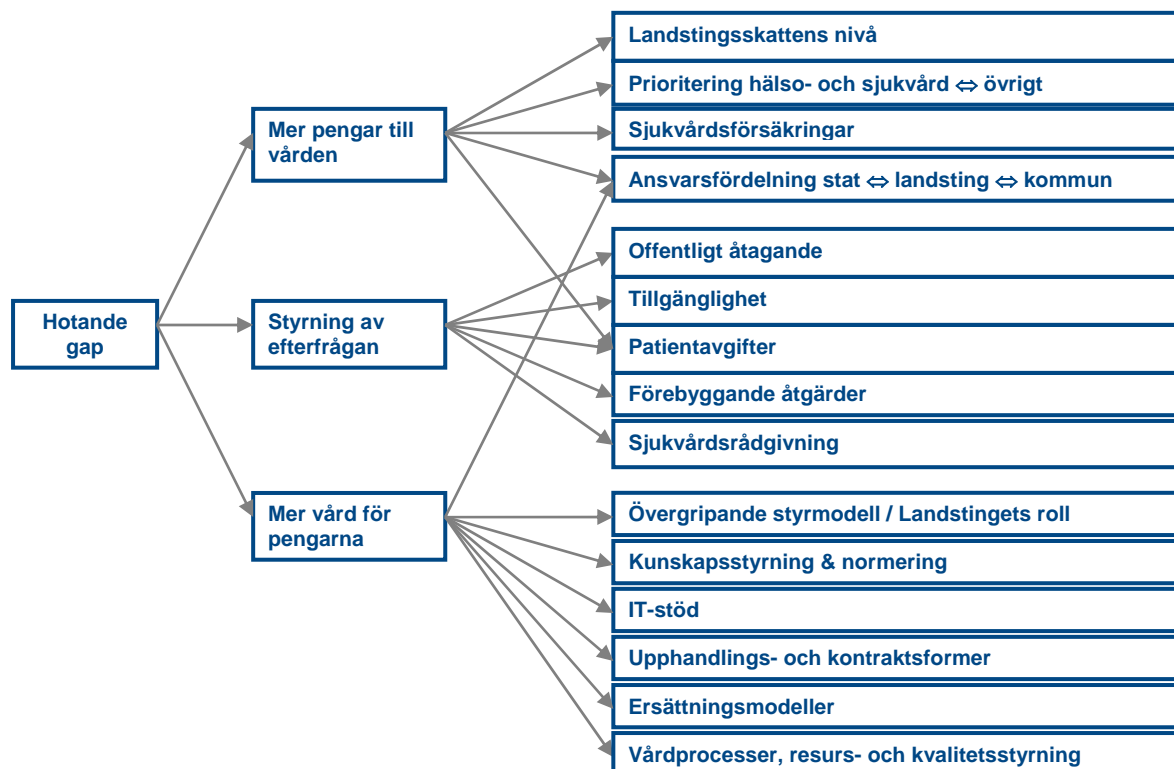
I resten av rapporten analyseras hur Landstinget och skattebetalarna ska få mesta och bästa vård för pengarna och detta på ett sätt som balanserar jämlikhets- och folkhälsoperspektivet mot värdet av valfrihet och stockholmarnas önskan och möjligheter att ta ansvar för sin egen hälsa.

Gör man inget blir resultatet längre köer och sämre service i den offentligfinansierade vården och i slutändan en tudelning av den svenska vården. Allt fler ser sig nödgade att teckna sjukvårdsförsäkringar och en parallell privatfinansierad och privatdriven sjukvård blir så småningom regel snarare än undantag. För att en tudelning ska kunna undvikas måste den offentligfinansierade vården bli mer effektiv, flexibel och kundorienterad.

Det finns tre huvudsakliga och varandra inte uteslutande sätt att balansera efterfrågan och resurser i den offentligfinansierade vården:

- Mer pengar
- Åtgärder för att dämpa ökning av efterfrågan av vård
- Mer vård för pengarna

Inom varje grupp finns det i sin tur ett antal åtgärder som kan vidtas för att uppnå respektive mål. Analysträdet nedan sammanfattar resonemang och struktur i rapporten. På vad sätt kan resurserna i vården ökas; hur kan ökningen på efterfrågan på vård dämpas; och hur kan vi få mer vård för pengarna.



Mer vård för pengarna

Rapportens grundtes är att det i första hand är en förbättring av produktiviteten i vården som ska få ekvationen att gå ihop.

Produktiviteten i vården i Stockholm har sjunkit under det senaste decenniet. Antalet patientbesök per läkare uppgår idag till endast 2,6 per dag; en minskning med 19 procent under samma period. Snittet i OECD-länderna är dubbelt så högt.¹ Under samma period som produktiviteten i hälso- och sjukvården i SLL har sjunkit har den, inom svensk tjänsteindustri, ökat med 2,4 procent per år.

En positiv slutsats av dessa två observanda är det finns en betydande potential att förbättra produktiviteten i vården. Den produktivitetstillväxt som krävs för att, inom de ramar som intäktsutvecklingen sätter, tillfredsställa den ökade efterfrågan på vård är heller på intet sätt ouppnåelig. För att täcka det teoretiska gapet på 23 miljarder i snittscenariet skulle totalkostnadsproduktiviteten inte behöva öka med mer än 1,3 procent och personalkostnadsproduktivitet inte med mer 1,9 procent per år.

Det finns otaliga enskilda exempel från runt om i den svenska vården som pekar på att detta borde vara möjligt, och mycket mer därtill. Men det kommer inte att hända av sig själv och det kommer inte att hända om Landstinget fortsätter i inkörda hjulspår. Förbättrad produktivitet i vården är heller inget som Landstinget kan uppnå helt på egen hand. Det kommer att krävas ett närmare samarbete med och en mer rationell arbetsfördelning mellan SLL – och alla andra landsting för den delen – och Staten. Samma sak kommer att krävas med kommunerna.

I rapporten diskuteras vad som kan och bör göras på vårdgivarnivå, vad Landstinget kan göra för att öka incitamenten för vårdgivarna att förbättra produktiviteten samt vilken typ av kollektiva tjänster som Staten bör ta ansvar för att förbättra hela vårdssystemets effektivitet.

I slutet av rapporten finns alla rekommendationer samlade i en lista – totalt 24 under rubriken ”mer vård för pengarna”. Vissa går att genomföra relativt snabbt, andra måste ta längre tid därför att de är mer genomgripande eller involverar fler aktörer.

Den sannolikt viktigaste reform som föreslås är en genomgripande förändring av ersättningssystemen och vägen till avtal med vårdgivarna. Skälet är att det är detta som kan ge de starkaste incitamenten till vårdgivarna att effektivisera produktionen. Nuvarande system och framför allt det system som avser de stora sjukhusen har misslyckats med detta. Systemen har pendlat mellan utformningar som stimulerat produktionen och utformningar vars fokus varit kontroll av totalkostnaderna. De har aldrig gett incitament att öka produktiviteten!

För att uppnå detta krävs en helt annan ansats än den nuvarande. Istället för att förhandla om totala vårdvolymerna för akutsjukhusen bör Landstinget konkurrensupphandla specificerade vårdtjänster – definierade i DRG-termer eller på annat lämpligt sätt och/eller för hela vårdkedjor eller på annat sätt avgränsade vårdtjänster. Upphandling på den nivån stimulerar till specialisering och därmed effektivisering. Vissa vårdinsatser kräver det stora sjukhusets resurser medan andra lika väl och kanske till ett lägre pris kan utföras av andra mindre vårdgivare. I andra fall kan de större vårdgivarna dra nytta av synergieffekter mellan olika vårdtjänster och därmed offerera lägre priser för ett kluster av tjänster. För att hålla samman vården i effektiva vårdkedjor bör det skapas en vårdmäklarfunktion stödd av ett nationellt bokningssystem.

¹ Health at a Glance 2007: OECD Indicators

Även ersättningsmodellerna för husläkarna, specialisterna, geriatriken och psykiatri, inklusive den målrelaterade delen av ersättningen, bör ses över i syfte att öka incitamenten till effektivisering.

En övergång till ersättningsmodeller som i huvudsak är baserade på upphandling av specificerade vårdtjänster bör leda till en omprövning av Landstingets roll i förhållande till vården. Att sitta på två stolar samtidigt – upphandlarens och producentens – blir till slut ohållbart. Landstinget bör därför renodla sin roll och kliva av producentstolen. Verksamheter kan läggas ut på entreprenad och möjligheter till nyetableringar öppnas upp. Om och när dessa vägar inte är möjliga eller inte bedöms som önskvärda, kan nu landstingsdrivna verksamheter läggas under en regional stiftelse med finansiell autonomi och fullt finansieringsansvar. Vissa funktioner som innebär myndighetsutövning måste särskiljas på det sätt som gjorts på statlig nivå när verk med dubbla funktioner delats upp i en tillsynsmyndighet och ett statligt bolag, alternativt en tydlig bodelning gjorts mellan förvaltande/reglerande enheter och producerande enheter inom myndigheten.

När det gäller NKS föreslås att det slås samman med Karolinska Institutet och att den sammanslagna institutionen lyfts bort från SLL och läggs under en nationell stiftelse tillsammans med övriga universitetssjukhus. Det viktigaste motivet för en sådan förändring är behovet av att kraftsamla inom den kliniska forskningen. Men ett annat viktigt skäl är att SLL måste ”vända på varenda krona” för att garantera att man lever upp till sitt huvuduppdrag: att leverera bästa möjliga vård till länets innevånare. Då får man fundera på i vilken utsträckning man bör finansiera forskning som är hela landet till gagn.

Förutom dessa rekommendationer läggs ett stort antal mer vårdnära förslag – för många att redovisa här – till hur Landstinget kan stimulera effektiviteten i vårdgivarna i länet och hur Staten genom att ta på sig ett antal viktiga roller kan förbättra kostnadseffektiviteten i hela det svenska vårdssystemet.

Styrning av efterfrågan

Även om effektiviseringspotentialen inom vården torde vara betydande är det inte helt säkert att det räcker för att hålla kostnadsutvecklingen i schack. Det måste därför finnas en beredskap att även styra efterfrågan på vården. Idag sker det i huvudsak, bakvägen, genom att på olika sätt begränsa utbudet av vård. Vissa typer av vård finansierar det offentliga helt enkelt inte. Eller så tillåter man att tillgängligheten är dålig. Konsekvensen är ineffektivitet, köer och missnöje vilket i sin tur leder till framväxten av en marknad för privata eller grupp-sjukvårdsförsäkringar.

Sjukförsäkringar tillför extra finansiella resurser till den samlade vården. De försäkrade betalar ju två gånger för vården, först via skattsedeln, sen via försäkringen. Men om målsättningen är att hålla ihop sjukvården måste den offentligfinansierade vården kunna erbjuda samma grad av flexibilitet och kundorientering som den privatfinansierade sjukvården. För detta torde det på sikt krävas att strukturen för patientavgifter utvecklas så att den ger rätt incitament till vårdtagarna. Vårdtagare måste känna av att olika vård kostar olika mycket att producera, kunna bestämma att nyttja vården mer eller mindre samt kunna välja mellan vård som kostar mer och vård som kostar mindre.

Samhället kan vidare vilja styra efterfrågan på vård utifrån ett folkhälsoperspektiv, vilket kan skilja sig från individens. Detta kan man göra på ett effektivt sätt genom differentierade patientavgifter. Men då måste dessa ligga på en högre nivå än de gör idag för att ha någon inverkan på individens beteenden. Höjda patientavgifter kan emellertid få helt oacceptabla fördelningseffekter och drabba kroniskt sjuka hårt. En möjlig väg runt detta dilemma är *vårdsparkonton*, skattebetalningar som öronmärks och disponeras av individen men som

endast får användas för att betala för vård. Systemet har varit och är framgångsrikt i Singapore och utgör en modell som bör analyseras närmare.

Mer pengar till vården

För att enbart med hjälp av skattemedel täcka ett gap på 26 procent 2025 skulle kräva en höjning av landstingsskatten med 2.60. Vid ett gap på 33 procent skulle skatten behöva höjas med 3.50. Det finns goda nationalekonomiska argument mot att öka den totala skattebördan i Sverige. Om en ökad landstingsskatt kan kompenseras genom lägre statlig eller kommunal skatt blir de negativa makroekonomiska effekterna i motsvarande grad mindre, men mot att höja landstingsskatten, oberoende av om den statliga skatten sänks eller inte, talar det faktum att skattesatsen i Stockholm redan idag ligger markant över den i andra landsting.

En skattehöjning för att balansera kostnader och intäkter bör därför endast övervägas när alla möjligheter att effektivisera vården är uttömda.

Att omfördela finansiella resurser från lokaltrafiken till hälso- och sjukvården är naturligtvis möjligt men effekterna av minskade resurser till infrastrukturen och/eller ökade trafikantavgifter bör först analyseras mycket noggrant.

2 Utgångsläget

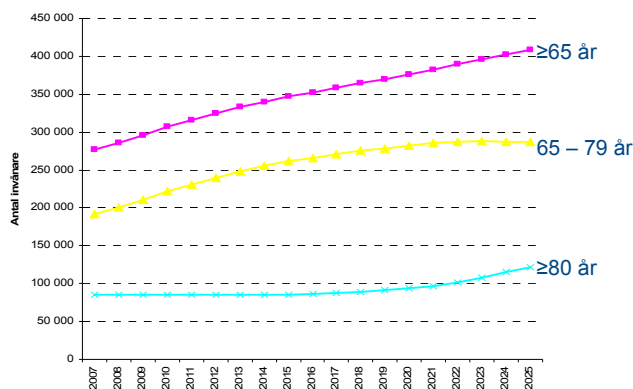
2.1 Demografien

I Stockholms län bor ca 1,9 miljoner invånare vilket motsvarar 21 procent av Sveriges befolkning. Befolkningstillväxten är högre än i det övriga landet och drivs framförallt av ett högt födelseöverskott; det högsta på ett kvarts sekel. Dessutom har länet ett positivt flyttnetto såväl i förhållande till resten av Sverige som i förhållande till utlandet.

Nästan 20 procent av invånarna i länet är födda utomlands. Två stora barnkullar, 40-talisterna och 60-talisterna flyttas successivt uppåt i befolkningspyramiden.

Fram till 2025 beräknas andelen 65 år och äldre öka från ca 280 000 till drygt 400 000 år 2025. Den allra mest vårdtunga gruppen, 80+, kommer att öka först efter 2020. Utveckling av antalet i olika åldersgrupper i SLL visas i Figur 2-1. I andra ändan av befolkningspyramiden kommer antalet födselar och antalet barn att öka vilket också påverkar efterfrågan på vård.

Figur 2-1 Utveckling av antalet i olika åldersgrupper i SLL



Källa SCB, RTK

2.2 Hälsotillståndet

Sedan 1970-talet har medellivslängden vid födseln ökat i Stockholms län med cirka 7 år och är idag 79 år för män och 83 år för kvinnor. Denna utveckling fortsätter såväl för män som för kvinnor. Även återstående medellivslängd vid 65 år fortsätter att stiga. Samtidigt har skillnaderna i återstående medellivslängd mellan Stockholms läns kommuner ökat, mellan den kommun som har högst medellivslängd (Danderyd) och den som har lägst (Sundbyberg) skiljer nästan 4 år för kvinnor och 6 år för män. Spädbarnsdödligheten fortsätter att minska trots att den redan ligger unikt lågt internationellt sett.

Andelen med nedsatt självskattad hälsa ökade under slutet av 1990-talet, men har under senare år legat stabilt. Den hälsorelaterade livskvaliteten försämrades mellan åren 1998 och 2002 men har sedan dess förbättrats något. Under de senaste åren har andelen dagligrökare minskat men alkoholkonsumtionen har ökat och är högre än genomsnittligt i riket. Andelen överviktiga och andelen feta är mindre i länet än i riket men ökar. I Stockholms län kan cirka 10 procent av både män och kvinnor klassificeras som feta. Bland medelålders och äldre, vissa grupper av utlandsfödda samt ej facklärd arbetare är andelen med fetma uppemot 15 procent.

Detta har bl.a. bidragit till att förekomsten av diabetes har ökat. Nio procent av kvinnorna och 12 procent av männen i åldersgruppen 65–84 år uppger att de har diabetes. Diabetes är dubbelt så vanlig bland personer födda utom Europa som för personer födda i Sverige. Diabetes är också vanligare bland arbetare än bland högre tjänstemän.

Risken att insjukna eller dö i hjärt- kärlsjukdom har minskat i befolkningen men om ökningen av fetma fortsätter kan den hittills gynnsamma utvecklingen komma att vända.

Dödligheten i cancer har minskat till följd av preventiva insatser, tidigare diagnostik och bättre behandling. Antalet som diagnostiseras och lever med cancer har ökat och antas fortsätta att öka, främst till följd av demografiska förändringar med en växande befolkning och en högre andel äldre i befolkningen.

2.3 Hälsa- och sjukvården

Övergripande effektivitet

I *Öppna jämförelser* som tas fram gemensamt mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen presenteras två mått som på ett sammanfattande sätt söker fånga effektiviteten i hälso- och sjukvården: *Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet* samt *Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet*. Måtten presenteras uppdelade på män och kvinnor och har alla förbättrats sen förra mätningen.

Måttet *hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet* är sammansatt av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser exempelvis kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. Det är därför ett mått som endast förändras långsamt över tiden. De diagnoser och dödsorsaker som ingår är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor. Här ligger Stockholm sämre till än genomsnittet för riket, på sjätte plats räknat från botten för kvinnor och på tredje plats från botten för män. Skillnaden mellan könen är anmärkningsvärd i alla landsting. I Stockholm den *hälsopolitiskt åtgärdbar dödligheten* nästan dubbelt så hög för män som för kvinnor.

När det gäller *Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* som bl.a. inkluderar dödlighet i diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer ligger Stockholm däremot bättre till än genomsnittet, på tredje respektive sjunde plats från toppen.²

I ett internationellt perspektiv ligger Stockholm och Sverige bra till. I OECD kretsen har bara Frankrike och Norge lägre *åtgärdbar dödlighet*, en sammanvägning av *hälsopolitiskt och sjukvårdsrelaterad dödlighet*.

Ett tredje generellt mått på effektiviteten i hälso- och sjukvården är *undvikbar slutenvård*. Antagandet är att om patienter med ett antal utvalda diagnoser får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus. Bland de diagnoser som valts ut ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Här ligger Stockholm något bättre till än genomsnittet för riket när det gäller kvinnor men något sämre till när det gäller män.

Tillgänglighet och tillfredsställelse

Sjuttiosex procent av stockholmarna instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Detta är strax över genomsnittet för riket.

Femtiofyra procent anger att de har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentraler eller motsvarande. För vården på sjukhus är motsvarande siffra sextiosex procent. I båda fallen är detta två procentenheter under riksgenomsnittet. Stockholm ligger även i mitten när det gäller andelen patienter som var positiva (betyg 4 eller 5 på en femgradig skala) till det senaste besöket vid vårdcentral (80 %) respektive mottagning vid sjukhus (83 %).

² Öppna jämförelser 2008, SKL och Socialstyrelsen

Andelen patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar, dvs. inom den tid som sätts av vårdgarantin var i mars 2008, 92,9 procent, något högre än riksgenomsnittet med en spridning mellan vårdcentralerna i länet på 20 procentenheter från ca 80 till 100 procent.³

När det gäller specialistbesök och behandlingar är tillgängligheten sämre, såväl i tid som i förhållande till vårdgarantins 90 dagar. I mars 2008 hade 28,9 procent av alla de som väntat, väntat längre än 90 dagar på att få komma på ett första besök. Detta var ca tre procentenheter högre än riksgenomsnittet och kan jämföras med Västmanland där endast 10,9 procent väntat mer än 90 dagar. Skillnaderna mellan olika specialiteter är dock stora. Stockholm har betydligt bättre tillgänglighet än genomsnittet när det gäller t.ex. psykiatri och reumatologi men är sämre än genomsnittet när det gäller hud och höft- och knäledsplastik. Siffrorna ska dock behandlas med viss försiktighet eftersom det finns betydande problem med mätmetoden.

Vårdplatser

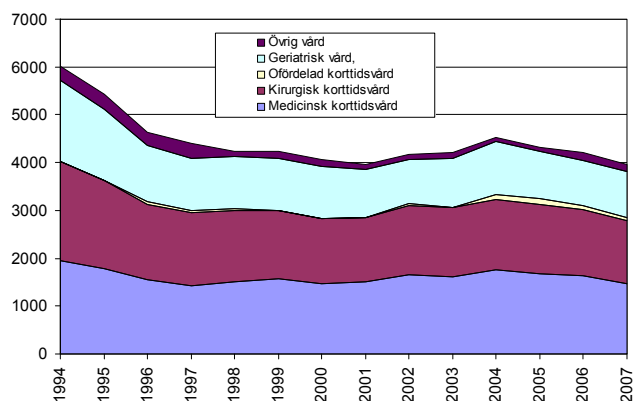
Mellan 1994 och 2007 minskade antalet vårdplatser inom hälso- och sjukvården i SLL med i genomsnitt drygt 4 procent per år. Antal och förändring av vårdplatserna fördelat på de olika vårdgrenarna framgår av Figur 2-3 här bredvid.

Medelvårdtiden inom SLL är mycket låg i jämförelse med riksgenomsnittet (ex. inom

akutsjukvården: 3,9 dagar jämfört med 5,1 dagar). Efter att successivt ha minskat under en lång rad av år börjar dock medelvårdtiderna nu stiga inom akutsjukvården. De mindre resurskrävande patienterna har överförs till öppen vård medan slutenvården får ta hand om patienter med svårare och allt mer komplexa vårdbehov. Samma sak gäller för geriatriken.

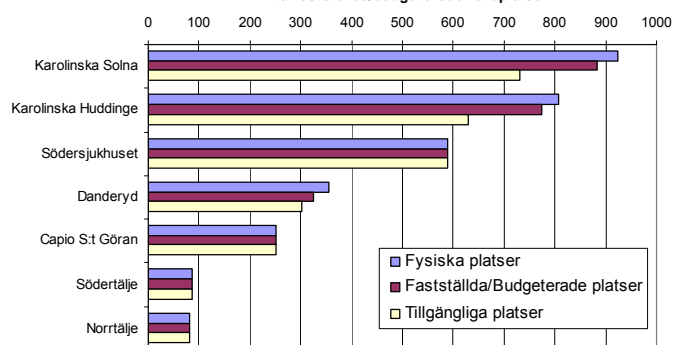
Totalt inom SLL fanns i början av 2007, 3 092 fysiska vårdplatser, 2 988 fastställda/budgerade platser men bara 2 668 tillgängliga platser inom akut somatisk vård. Dessa fördelade sig på de olika sjukhusen enligt Figur 2-2.

Figur 2-3 Antal vårdplatser per vårdgren 1994 -2006



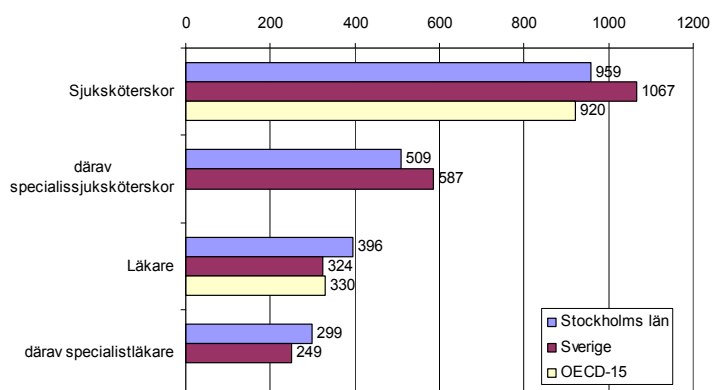
Källa: SKL, Sjukvården i fokus (databas)

Figur 2-2 Antal vårdplatser inom akutsomatisk slutenvård 2007



Källa: HSNf årsrapport 2007

Figur 2-4 Antalet läkare och sjuksköterskor per 100 000 invånare i SLL, Sverige och OECD



³ Med en enstaka "outlier" på 68 procent. Tyvärr görs / redovisas ingen mätning av faktisk väntetid.

Vårdpersonal

Vårdpersonalens sammansättning i SLL skiljer sig på ett markant sätt från den i övriga landsting – och från genomsnittet i OECD länderna. SLL har, exempelvis, 22 procent fler läkare men 10 procent färre sjuksköterskor per 100 000 invånare än genomsnittet i riket.

Kostnader

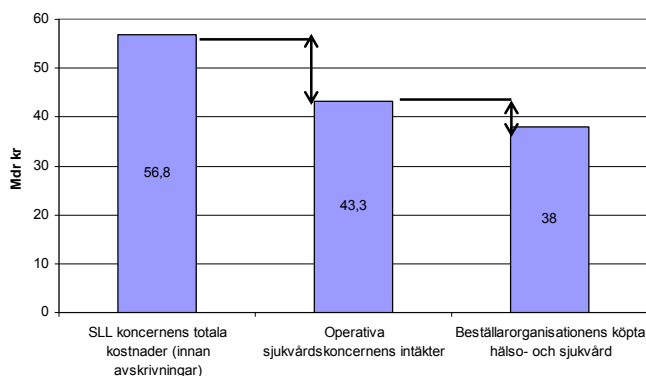
Hälso- och sjukvården i Stockholm kostar totalt 41 miljarder kronor vilket utgör 71 procent av SLL koncernens totala kostnader. Övriga kostnader hänför sig huvudsakligen till trafiken. Länets invånare fick 2007 vård för cirka 38 miljarder kronor, vilket motsvarar

beställarfunktionens kostnader för köpt hälso- och sjukvård. Skillnaden mellan sjukvårdskoncernens intäkter och volymen köpt vård utgörs främst av kostnader för forskning, utveckling och utbildning (FoUU) samt kostnader för vård som utförs av Stockholms läns landsting men som betalas av andra landsting, kommuner eller privata aktörer.

Drygt 40 procent av de totala kostnaderna avser akutvård (specialiserad somatisk vård). Primärvården står för knappt 17 procent. Kategorin övrig vård omfattar rehabilitering, habilitering, ambulans och katastrofmedicin, tekniska hjälpmedel, m.m.

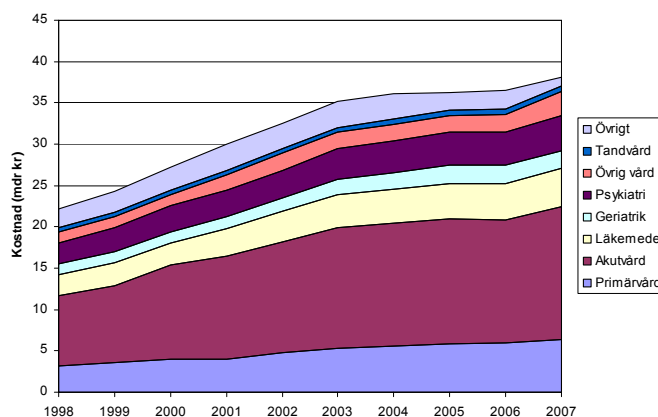
År 2007 var den faktiska kostnaden för hälso- och sjukvård per innevånare i Stockholm 19 397 kronor. I *Öppna jämförelser 2008* presenteras även strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnad i de olika landstingen. Justeringen görs för att kompensera för att olika landsting har olika befolknings-sammansättning och olika standardkostnader för vård i syfte att göra jämförelsen mer rättvisande. Exempelvis är läkarlönerna i Stockholm, justerat för utbildningsnivå och ålderssammansättning, de näst lägsta i Sverige⁴. Justerat för dessa strukturella skillnader uppgick hälso- och sjukvårdskostnaderna till 20 035 kronor per innevånare vilket, efter Gotland, var de högsta i Sverige; 5,7 procent högre än genomsnittet för riket och 13 procent högre än det landsting, Östergötland, där per capita kostnaden är lägst. Den viktigaste anledningen till att kostnaden är hög är att vårdkonsumtionen per capita är betydligt högre i Stockholm än genomsnittet för riket, framför allt när det gäller öppenvården.

Figur 2-5 Hälso- och sjukvårdens andel av SLL-koncernens totala kostnader 2007



Källa: SLL årsredovisning, LSF koncernfinans, 2007

Figur 2-6 Utvecklingen av vårdkostnaderna per vårdgren



Källa: HSNf årsredovisningar

⁴ Bilaga 3, Löneskillnaderna mellan kommunerna i SOU 2006:84

Produktivitet

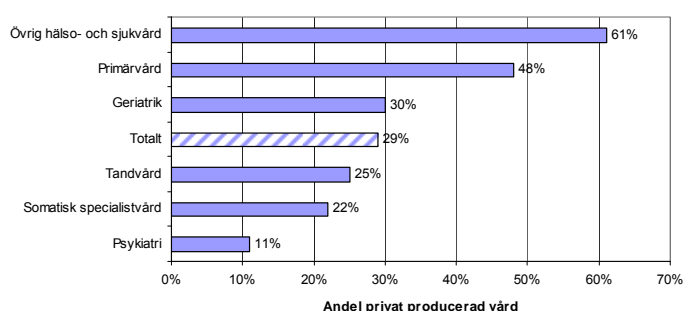
Produktiviteten i vårdproduktionen i Stockholm är däremot något högre än genomsnittet för riket. I *Öppna jämförelser* mäts den som kostnad per konsumerad DRG-poäng⁵ inom somatisk specialistvård.⁶ År 2007 var den kostnaden 41 913 kronor, ett par tusen kronor under genomsnittet för riket. Även om en justering motsvarande den som gjordes för kostnaden per individ görs ligger Stockholm under genomsnittet för riket. Produktiviteten, mätt som kostnad per DRG-poäng har ökat markant under de senast två åren då volymen beställd vård ökat snabbare än ersättningen till vårdgivarna.⁷

I ett internationellt perspektiv är dock produktiviteten låg och effektiviseringspotentialen betydande något som diskuteras vidare i avsnitt 5.5.

Utförare

År 2007 utgjordes 29 procent av de totala kostnaderna för köpt vård av vård som producerats av privata vårdgivare, en ökning från 17 procent 1998. Genomsnittet för riket var tio procent. Inom primärvården och övrig hälso- och sjukvård (ex specialstrehabilitering) svarar privata utförare för runt hälften av kostnaderna, medan den somatiska specialistvården (akutvården) domineras av landstingsägda och landstingsdrivna producenter.

Figur 2-7 Andel privat producerad vård



Källa: HSNf årsrapport 2007

2.4 Styrningen

Styrningen av hälso- och sjukvården har påverkats av beslut tagna på nationell nivå och på landstingsnivå. Några av de viktigare reformerna initierade på nationell nivå som är värda att nämnas är antagandet av Hälso- och sjukvårdslagen 1982, som bl.a. innebar att ansvaret för Karolinska sjukhuset flyttades över till Landstinget; Ädelreformen 1992; införandet och utvidgning av vårdgaranti 1992, 1997, 2002, psykiatireformen 1996; läkemedelsreformen 1998; tandvårdsreformen 1999; stopplagen 2001 och dess upphävande 2007, skapande av Läkemedelsförmånsnämnden och införandet av generikasubstitution 2002.

På SLL nivå kan nämnas: beslut om stockholmsmodellen 1991; inrättandet av husläkarsystem 1994, privatiseringen av S:t Görans sjukhus 1999; sammanslagningen av KS och Huddinge 2004, införandet av en läns gemensam ersättningsmodell 2005, och Vårdval Stockholm 2008.

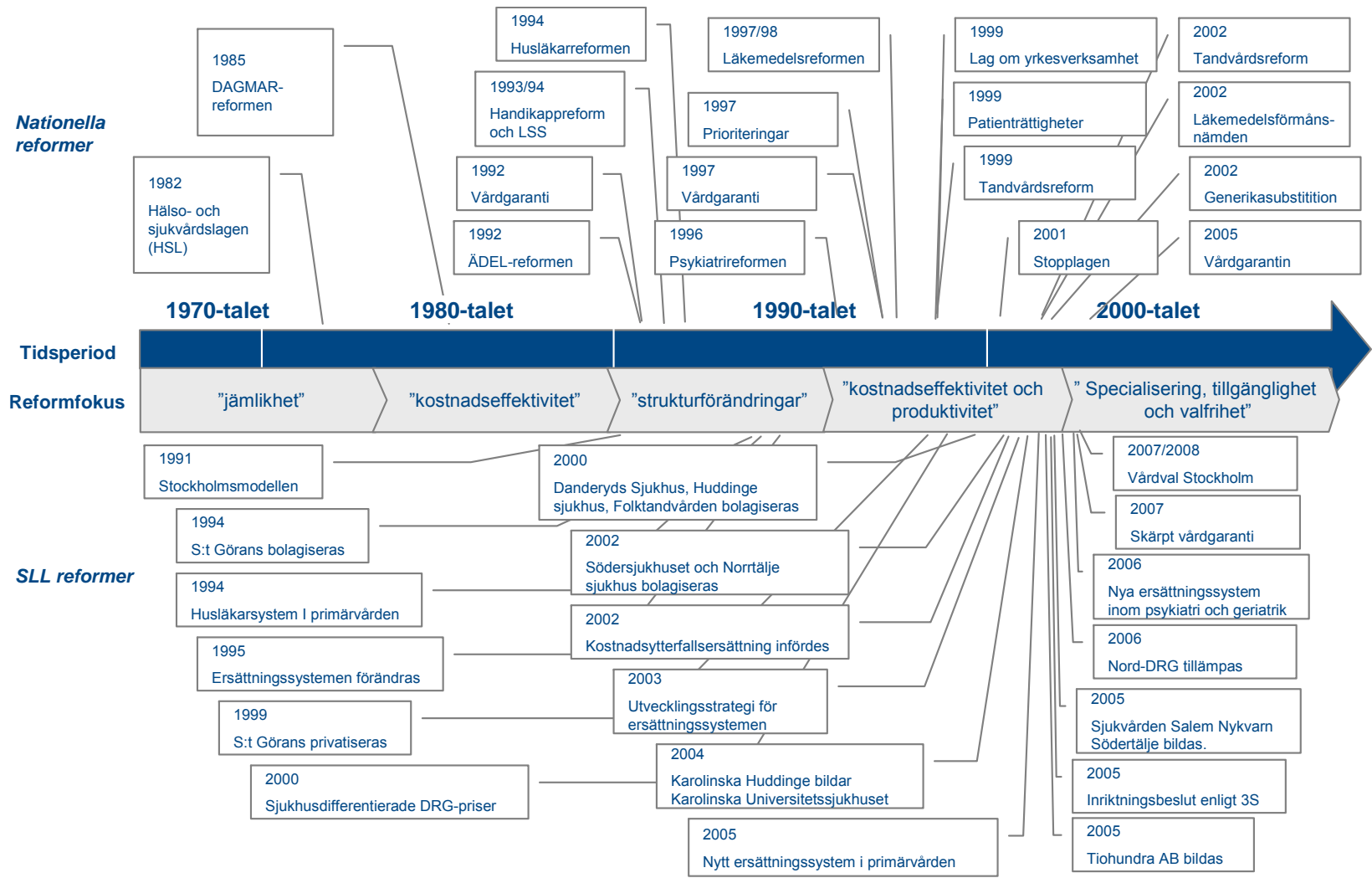
Figur 2-8 nedan visar en mer detaljerad karta av reformer och strukturförändringar av hälso- och sjukvården i SLL.

⁵ DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter till större grupper, baserat på dess medicinska innehåll och resursförbrukning. För Stockholm, som inte köper så mycket vård från andra landsting, torde konsumerad DRG ligga mycket nära producerad DRG.

⁶ Något sätt att jämföra produktiviteten i övriga vårdgrenar finns ännu inte.

⁷ Det är dock viktigt att påpeka att det finns betydande mätproblem när det gäller KPP-registreringen (Kostnad Per Patient) vilket kan leda till en överskattning av volymer och volymökningar.

Figur 2-8 Reformerna och strukturförändringar inom hälso- och sjukvården



3 Intäkts- och kostnadsframskrivning

I en studie från Sveriges Kommuner och Landsting, *Hälso- och sjukvården till 2030 – om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*, görs en beräkning av vad de totala kostnaderna för den offentligfinansierade vården skulle uppgå till om dessa kostnader fortsatte att utvecklas i samma takt som under den gångna tioårsperioden. Mot denna framskrivning av kostnaderna ställs en framskrivning av intäkterna för den vård som landstingen ansvarar för. Det viktigaste antagandet i den senare framskrivningen är att den genomsnittliga landstingsskattesatsen förblir oförändrad. En framskrivning av kostnader och intäkter på detta sätt genererar ett underskott på cirka 30 procent år 2030.

Om Stockholm såg ut som resten av landet skulle SKL:s framskrivning av kostnader och intäkter vara tillfyllest som grund för den diskussion om finansiering och styrning som denna långtidsutredning fokuserar på. Nu gör Stockholm inte det. Demografin skiljer sig från genomsnittet i landet och sjukvården har en annan profil än i övriga Sverige. Inflyttningen gör att den relativa tyngden av fyrtinglisterna inte blir lika stor vilket gör att såväl kostnads- som intäktsframskrivningar ser något annorlunda ut. Den detaljerade vårdstatistik som existerar i Stockholm gör det också möjligt att göra bättre skattningar.

Icke desto mindre är det viktigt att påpeka att det är svårt att göra framskrivningar på så lång sikt som till 2025. Det är också viktigt att påpeka att en framskrivning inte är en prognos. När det gäller intäkterna har beräkningarna för de första åren karaktären av prognos då det på den sikten är möjligt att bedöma och ta hänsyn till konjunkturfaktorer. (Som utvecklingen efter halvårsskiftet 2008 visat på kan dock konjunkturläget förändras mycket snabbt och på ett för alla bedömare oförutsägbart sätt.) På längre sikt är det emellertid omöjligt att förutse konjunktursvängningarna; det enda möjliga är att anta en utveckling längs en jämviktslinje som definieras utifrån antaganden om sysselsättningsläget.

Den kostnadsframskrivning som görs är en skattning av vilka kostnader som skulle uppstå om det inte funnes några finansieringsrestriktioner och/eller om ingenting ytterligare gjordes för att hålla kostnaderna i schack.

3.1 Intäkter

En framskrivning måste med nödvändighet till vara baserad på ett antal antaganden. När det gäller hälso- och sjukvårdens intäkter är det första antagandet att landstingets skattesats ligger kvar på 2008 års nivå. Ett annat antagande är att HSN under hela perioden kommer att få ta i anspråk samma andel av landstingets gemensamma medel (här definierat som landstingsskatt och generella statsbidrag) som de gjorde år 2007. Vidare antas att skatteintäkterna respektive de generella statsbidragens utgör lika stora andelar av landstingsbidraget som av landstingets totala gemensamma medel. Landstingsbidraget antas därmed öka i samma takt som summan av landstingets intäkter av landstingsskatt och kommunalekonomisk utjämning.

Framskrivningen av landstingets intäkter som i huvudsak utgörs av nettot av landstingsskatten och den kommunala utjämningen är för perioden 2008 -2011 baserad på SKLs prognos från februari 2008⁸. För perioden 2012 – 2025 är den baserad på bedömningar av utvecklingen av arbetsutbudet och av jämviktsarbetslösheten. Under dessa år antas ”normalkonjunktur” råda.

⁸ Den försämring av konjunkturläget som skett efter sommaren 2008 har inte tagits hänsyn till i basframskrivningen. I den delrapport där framskrivningarna presenteras i närmare detalj redovisas emellertid även ett lågintäktsscenario som, vad gäller det korta perspektivet, ligger nära den försämring av konjunkturläget som skett under det andra halvåret 2008.

De viktigaste antaganden om utvecklingen av de samhällsekonomiska variabler som har betydelse för skattebasens tillväxt sammanfattas i Tabell 3-1.

Tabell 3-1. Antaganden för beräkning av skatteintäkternas utveckling. Årlig procentuell förändring

	2007	2008	2009	2010	2011	Genomsnitt 2012-2025
Arbetade, timmar	3,2	1,3	0,1	-0,1	-0,2	-0,1
Timlön	3,6	5,1	4,6	4,4	4,3	4,3
Lönesumma	6,9	6,5	4,7	4,3	4,1	4,2
KPI, årsgenomsnitt	2,2	2,8	2,4	2,3	2,0	2,0
Skatteunderlag i riket	5,4	6,1	5,1	4,6	4,3	4,4
Stockholms relativa skattekraft	116,5	116,5	116,2	116,2	116,5	117,1

Källa: Statistiska centralbyrån och utredningen.

Utöver skattintäkter utgörs landstingets intäkter av generella statsbidrag samt egen intäkter. Bidraget för läkemedelsförmånen är generellt och betraktas alltså inte som öronmärkt för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det antas växa med 5 procent per år vilket är i samma takt som kostnaderna för förmånen antas öka. Verksamhetens intäkter har skrivits fram med en volym- och en priskomponent. Volymkomponenten utgörs av den hälso- och sjukvårdsvolym som ligger till grund för kostnadsprognosen och för priskomponenten används konsumentprisindex, KPI.

På basis av redovisade prognoser och antaganden beräknas, i basscenariet, intäkterna till HSN fram till 2025 öka till 91 miljarder. I ett lågintäktsscenario har antagits en sämre konjunkturutveckling på kort sikt och en sämre sysselsättningsutveckling på lång sikt. I ett sådant scenario skulle intäkterna 2025 uppgå till knappa 85 miljarder kronor, drygt 6 miljarder lägre än i basalternativet. Snittet av dessa två scenarier redovisas i Figur 3-1 nedan.

3.2 Kostnader

Framskrivningen av kostnaderna för hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Landsting är en teoretisk framskrivning i det att den är frikopplad från alla finansieringsrestriktioner. Den framskrivning som här redovisas visar hur kostnaderna för hälso- och sjukvården skulle utvecklas om utvecklingen fortsätter i de "hjulspår" som kunnat observeras under de senaste åren⁹, justerat för förväntade förändringar av vissa betydelsefulla kostnadskomponenter. I framskrivningen antas att nuvarande organisationsstruktur, styrformer, etc. gäller för hela prognosperioden. Basen för kostnadsframskrivningen är en befolkningsprognos fram till 2025 som 2007 gjordes av SCB för RTKs räkning.

Totalprognosen är uppbyggd av delprognoser för slutenvård, öppenvård, läkemedelskostnader, tandvårdskostnader och övriga kostnader. För slutenvård, öppenvård och tandvård har volym- och styckkostnadsökningar skattats separat för att generera prognoser för de totala kostnadsökningarna. Kostnader för läkemedelsförmånen och övriga kostnader har skattats direkt. För slutenvården är prognosen delvis nedbruten i ett antal större diagnosgrupper. Prognosen för antalet besök och antalet vård dagar i de olika vårdgrenarna bygger på observerade mönster de senaste tio åren och är baserad på antagandet att dessa mönster består.

I den underliggande delrapporten redovisas fyra olika scenarier: ett försiktigt räknat basscenario, två scenarier där kostnadsutvecklingen för medicinteknik respektive

⁹ Antalet år varierar, beroende på kvaliteten i olika register, från tre till tio år.

lönekostnadsutveckling antas bli högre än den i basscenariet, samt ett högkostnadsscenario där kostnaderna för såväl medicinteknik som löner antas bli högre än i basscenariet. Med bassceniariets antaganden skulle kostnaderna för sjukvården år 2025 uppgå till knappt 107 miljarder kronor. I högkostnadsscenarioet skulle de totala kostnaderna år 2025 uppgå till mellan 114 och 115 miljarder.

I Figur 3-1 redovisas ett kostnadsscenario som är framräknat som genomsnittet av bassceniariet och högkostnadsscenarioet. Om det scenario som resulterar i de högsta intäkterna kombineras med det scenario som genererar de lägsta kostnadsökningarna skulle gapet mellan kostnader och intäkter 2025 uppgå till knappt 16 miljarder kronor eller 17 procent av intäkterna.

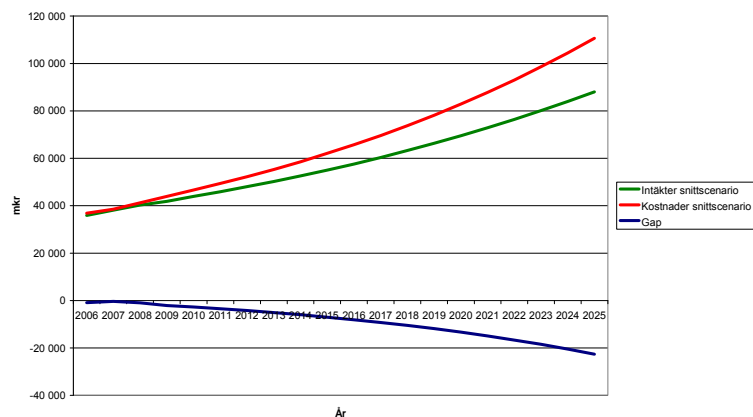
Om istället lågintäktsscenarioet kombineras med högkostnadsscenarioet skulle gapet uppgå till nästan 30 miljarder kronor eller 33 procent av intäkterna. Om snittscenarierna för intäkter respektive kostnader kombineras skulle gapet uppgå till 23 miljarder kronor eller 26 procent av intäkterna.

Självklart kan gap av den här magnituden aldrig uppstå. Det balanskrav som ställs på kommunerna gör att kostnaderna inte kan avvika från intäkterna i någon nämnvärd utsträckning ens kortsiktigt.

Det framräknade gapet bör därför snarare ses som ett mått på den spänning som kommer att uppstå mellan de krav som kommer att ställas på vården och de finansiella resurser som kommer att finnas tillgängliga för att bekosta denna vård.

Utmaningen är att sörja för att detta gap aldrig uppstår och att göra det på ett sätt som ger mesta och bästa vård för pengarna och som på ett rimligt sätt balanserar jämlikhets- och folkhälsoperspektivet mot värdet av valfrihet och stockholmarnas önskan och möjligheter att ta ansvar för sin egen hälsa.

Figur 3-1 Framskrivning av intäkter och kostnader snittscenario



Källa: Utredningens beräkningar

4 Mer pengar till vården

Möjligheterna att ökade den offentliga vårdens finansiella resurser är i praktiken fyra:

- Höjd landstingsskatt
- Omfördelning av landstingets finansiella resurser till förmån för hälso- och sjukvården
- Vinst på vård såld till försäkringsbolag eller utländska vårdköpare
- Höjda patientavgifter

4.1 Landstingsskatten

För att enbart med hjälp av skattemedel täcka ett gap på 26 procent 2025 skulle kräva en höjning av landstingsskatten med 2.60. Vid ett gap på 33 procent skulle skatten behöva höjas med 3.50.

Det finns goda nationalekonomiska argument mot att öka den totala skattebördan i Sverige bl.a. skatters snedvridande effekt på arbetsutbud och investeringar och den internationella skattekonkurrensen. Om en ökad landstingsskatt kan kompenseras genom lägre statlig eller kommunal skatt blir de negativa makroekonomiska effekterna i motsvarande grad mindre, men mot att höja landstingsskatten, oberoende av om den statliga skatten sänks eller inte, talar det faktum att skattesatsen i Stockholm redan idag ligger markant över den i andra landsting.

En skattehöjning för att täcka gapet bör endast övervägas när alla möjligheter att effektivisera vården och att styra undan onödig vård är uttömda.

4.2 Prioritering mellan hälso- och sjukvård och lokaltrafiken

Hälso- och sjukvårdens andel av landstingets allmänna intäkter (landstingsskatt och generella statsbidrag) var 75,5 procent 2007 en något större andel än år 2000. Om den förskjutningen fortsätter så att andelen växer till 80 procent 2025 skulle detta ge HSN ytterligare ca 5 extra miljarder att disponera. En sådan omfördelning är självklart möjlig på sikt. Allt som krävs är politisk vilja. Det är mer tveksamt om den är önskvärd. I dagsläget är den kanske också svår att genomföra med tanke på de stora trafikinvesteringar som planeras.

En omfördelning till förmån för sjukvården skulle innebära att mindre resurser skulle finnas tillgänglig för i första hand investeringar i och drift av kollektivtrafik och vägnät. Detta skulle minska Stockholms attraktionskraft för näringslivet och påverka investeringar och skattekraft negativt. Om bortfallet av skatteresurser kompenseras genom högre trafikant- och trängselavgifter är risken att arbetskraftsutbudet minskar vilket ger lägre sysselsättning och därmed lägre skatteintäkter vilket i sin tur påverkar landstingets ekonomi.

4.3 Sjukvårdsförsäkringar

Om vård som skulle ha betalats med skattemedel istället betalas av försäkringsbolag innebär detta ett nettotillskott av finansiella resurser till den offentliga sjukvården. Individer och/eller företag som köper sjukvårdsförsäkringar betalar ju de facto två gånger för vård, dels via skattsedeln, dels via försäkringspremierna. Ur ett finansieringsperspektiv är med andra ord fram- och tillväxten av sjukvårdsförsäkringar inget negativt för landstinget, tvärtom.¹⁰

En kritik som framförts mot sjukvårdsförsäkringar är att vård köpt av försäkringsbolag skulle tränga undan offentlig vård. En sådan kritik är baserad på antagandet att sjukvårdsresurserna är fullt utnyttjade och oföränderliga. Detta behöver inte vara sant, ens på kort sikt. Tvärtom

¹⁰ I Tyskland har skattebetalare över en viss inkomstnivå (€3 375 år 2002) möjligheten att träda ur den generella sjukförsäkringen och istället ordna sitt försäkringsskydd helt via privata sjukvårdsförsäkringar. Det har aldrig varit på tal i Sverige.

pekar de offentligt ägda sjukhusens tydliga intresse för att ta emot försäkringspatienter på att det finns tillgänglig kapacitet i organisationen som skulle kunna utnyttjas för att öka nettointäkterna. Den främsta orsaken till tillväxten av privata sjukvårdförsäkringar är bristen på tillgänglighet – köerna. Det innebär att utnyttjandet av försäkringarna också koncentreras till de områden där tillgängligheten är sämst. Nischade vårdproducenter som fokuserar på dessa områden kan med hjälp av en slimmad organisation, optimerade rutiner och stora volymer få lönsamhet i dessa verksamheter trots lägre priser samtidigt som man reducerar köerna till de offentliga vårdgivarna. Det är därför egentligen svårt att se framväxten av privat sjukvårdförsäkringar som negativ ur ett fördelningsperspektiv.

Den tvekan man kan hysa inför framväxten av en sjukvård finansierad genom sjukvårdförsäkringar är att den flexibilitet som dessa erbjuder är förbehållna en begränsad krets, dem som tecknat en försäkring. Vidare finns det risk att tudelningen av vården leder till lägre total effektivitet och därmed högre kostnader för vården. Om målsättningen är att hålla ihop sjukvården måste den offentligfinansierade vården kunna erbjuda samma grad av flexibilitet och kundorientering som den privatfinansierade sjukvården. För att det ska vara möjligt måste systemet för ersättning till vårdgivarna samt på sikt även strukturen för patientavgifter utvecklas för att ge båda sidor rätt incitament.

I olika sammanhang har tanken framförts att försäkringar som kan kopplas till specifika mer eller mindre riskfyllda och självvalda aktiviteter borde bekosta den sjukvård som följer i dessa aktivitetens spår. Ett konkret förslag som framförts är att de försäkringar som liftoperatörer måste ha även bör täcka kostnader för vård av personer som skadas i skidbacken. Kostnaden för ett sådant utvidgat försäkringsskydd skulle kunna vältras över på skidåkarna genom en höjning av priset på liftkortet. Samhällets vårdkostnader till följd av motorcykelolyckor skulle kunna täckas av en utökad trafikförsäkringsdel i MC-försäkringarna, etc.

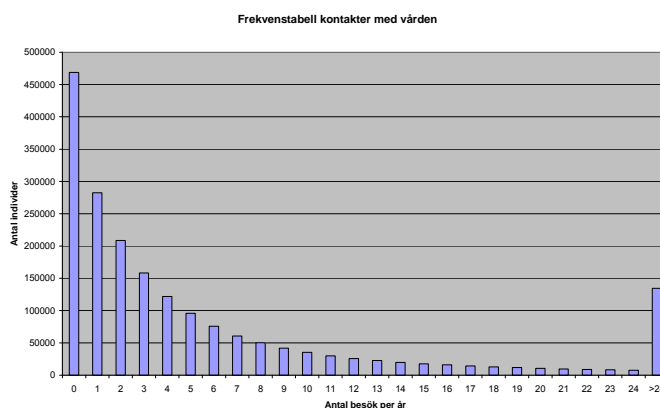
Ur ett finansieringsperspektiv skulle den här typen av försäkringslösning ha samma effekter som de allmänna sjukvårdförsäkringarna, dvs. de skulle ge ett nettobidrag till landstingen eftersom de försäkrade även skulle bidra genom skatten. De skulle sannolikt också upplevas som rättvisa eftersom de personer som berörs tar en medveten risk som det i dagsläget inte behöver ta de ekonomiska konsekvenserna av.

Ett problem är: var drar man gränsen mellan vad som bör täckas via ”lifestyleförsäkringar” och vad som bör täckas av skatten.

4.4 Patientavgifter

År 2006 uppgick de totala avgiftsintäkterna i hälso- och sjukvården i SLL till 522 mkr vilket utgjorde ca en procent av SLLs totala intäkter. Detta innebär att varje individ 20 år och äldre¹¹ och boende i länet i genomsnitt betalade 358 kronor per år i patientavgifter. Samma år uppgick, för samma kategori, de genomsnittliga utläggerna för resor med

Figur 4-1 Antal besök per individ och år



Källa: Data från RTK

¹¹ Patientavgift betalar man från det att man är 18 år. Befolkningsstatistiken är dock indelad på ett sätt som gör att när genomsnittstal ska räknas ut så är det nödvändigt att räkna från 20 år.

kollektivtrafiken till 2 774 kronor. De genomsnittliga utläggerna för övriga transporter, inklusive inköp och driftskostnader för egen bil uppgick samma år till drygt 16 000 kronor¹². Per capitakostnaden för alkoholhaltiga drycker och tobak var omkring 7 000 kronor.

Med andra ord, stockholmarnas utlägg för patientavgifter i den offentliga vården är totalt och relativt sett mycket begränsade. Att höja patientavgifterna borde därför vara möjligt. Problemet är att utnyttjandet av vården är mycket skevt fördelat. Som Figur 2-8 visar utnyttjar majoriteten inte alls den offentliga vården eller endast i mycket liten omfattning medan en mindre grupp utnyttjar den desto mer. Systemet måste därför struktureras och utformas på ett sådant sätt att de minst bemedlade och de mest sjuka inte drabbas på ett orimligt sätt.

Problemet med det sätt som de mest betalningssvaga idag skyddas – genom högkostnadsskyddet – är att marginalkostnaden för konsumerad vård mycket snabbt blir noll för alla och inte bara målgruppen. Efter 900 kronor för vårdbesök och 1 800 för läkemedel är vården gratis. Det finns sålunda inga incitament för en som söker vård att överhuvudtaget fundera över om han eller hon verkligen behöver vården eller om han eller hon ska välja ett billigare vårdalternativ.

Utmaningen är att finna ett system som gör vårdkonsumenten priskänslig över ett betydligt större kostnadsspann än idag utan att det får oacceptabla konsekvenser för de mest betalningssvaga och/eller de sjukaste. En sätt skulle kunna vara att införa s.k. vårdsparkonton.

Vårdsparkonton kan fyllas på olika sätt: från skatten eller från arbetsgivaravgiften. Innestående medel råder individen över men de kan endast användas för att betala vård. Vårdsparkonton kan kombineras med högkostnadsskydd som emellertid i så fall kan läggas på en högre nivå eftersom behållningen på vårdsparkontona skapar en buffert.

Ett exempel på en mycket konsekvent och långtgående användning av vårdsparkonton för att ge individer medel att styra över sin egen vård redovisas i faktarutan här intill. I detta fall kombineras vårdsparkonton med statliga eller privata sjukvårdsförsäkringar för att hantera kostnader som inte kan täckas med medel från vårdsparkontot. Därutöver finns extra skyddsnet i form av möjlighet till behovsprövat stöd från en statlig sjukvårdsfond.

Vårdsparkonton i Singapore

Singapore har sedan början av 1990-talet ett system för finansiering av sjukvården där vårdsparkonton utgör en hörnpelare. 6,5 till 9 procent av lönen (beroende på ålder) avsätts till ett vårdsparkonto som individen förfogar över. Medlen kan användas för hälso- och sjukvård för individen själv eller för familjemedlemmar.

Staten fastställer golv och tak för behållningen på vårdsparkontot. För närvarande är dessa ca 145 000 respektive 165 000 kronor. Influtna medel över taket förs, beroende på individens ålder över till ett konto som individen kan disponera för investering i utbildning eller eget boende eller till ett pensionskonto. Staten garanterar en ränta på innestående medel, högre på vårdsparkontot och pensionskontot än på det tredje, friare kontot.

De kostnader som kan betalas är dels en självrisk som är maximerad till ca 5 000 eller 7 500 kronor per år beroende på vilken klass av vårdgivare man söker vård hos, dels en andel av godkända vårdkostnader över självrisken (andelen avtar med totalkostnaden, från 20 % till 10 %), samt för kostnader som ligger över av staten fastställda ersättningsnivåer för specificerade värdtjänster. Därutöver kan medlen på vårdsparkontot användas för att köpa en statlig eller en privat sjukvårdsförsäkring.

En individs totala sjukvårdskostnader under ett år kan sålunda betalas på det sätt som framgår av figuren nedan.

Icke ersättningsgilla vårdkostnader (från vårdsparkontot)

Egenavgift i försäkringen (från vårdsparkontot)	Försäkringsbolagets del
---	-------------------------

Självrisk (från vårdsparkontot)

Alla vårdgivare måste publicera prislister för den vård som de erbjuder vilket gör det enkelt för individen att välja var han eller hon söker vård. Vårdgivarna kan dock även konkurrera med kvalitet eftersom det är möjligt att använda medlen på vårdsparkontot för att köpa vård som är dyrare än den som försäkringen täcker.

Förutom vårdsparkonto (Medisave) och den statliga sjukvårdsförsäkringen (Medishield) finns kompletterade skyddsnet bl.a. en statlig fond (Medifund) för att täcka sjukvårdskostnader för personer som av olika anledningar inte förmår att själva betala sin sjukvård.

Sammantaget har systemet bidragit till en mycket effektiv vård. Singapore lägger endast 4,5 procent av BNP på vård samtidigt som "Average Healthy Life Expectancy" är på samma nivå som Storbritanniens.

För mer information se:

<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=304>

¹² SCB. Siffran är ett genomsnitt för de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö. Statistik enbart för Stockholm finns inte redovisad.

5 Styrning av vårdkonsumtionen

5.1 Det offentliga vårdåtagandet

Hälso- och sjukvården i Sverige finansieras huvudsakligen skattevägen men den del som finansieras direkt av vårdkonsumenten för tandvård, alternativ eller kompletterande sjukvård, genom patientavgifter i den offentliga vården eller indirekt via sjukvårdsförsäkringar ökar sakta men säkert.

År 2005 uppgick andelen till 18,2 procent, en ökning från 14,4 procent 1993. År 2005 utgjorde tandvård ca 30 procent av de privata utläggerna att jämföra med från knappa 27 procent 1993. De utgifter som ökat kraftigast under det senaste dryga decenniet är de som avser privat vård. Utgifterna för det senare har i löpande priser ökat med drygt 220 procent medan de för avgifter i den offentliga vården ökat med endast drygt 40 procent.

Det offentliga åtagandet när det gäller vård är med andra ord inte hundraprocentigt. Viktiga kategorier av service som i nationalräkenskaperna klassificeras som vård ligger utanför vad som samhället valt att betrakta som sitt ansvar. Men även inom den sfär som traditionellt betraktas som samhällets ansvar görs ständiga val för vad samhället konkret ska ta på sig att finansiera. Vidare prioriteras och rangordnas åtgärder hela tiden i den kliniska vardagen.

Den etiska plattform som nu inarbetats i Hälso- sjukvårdslagen fastslår att prioriteringar inom såväl landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård ska grundas på:

- *Människovärdesprincipen* som innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- *Behovs- solidaritetsprincipen* som anger att resurserna bör satsas på den människa eller den verksamhet som har de största behoven medan de med mindre behov ska stå tillbaka.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen* som innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Socialstyrelsen, PrioriteringsCentrum samt flera vårdförbund och landsting gemensamt har tagit fram en *Nationell modell för prioriteringar i klinisk vardag*. I modellen görs bl.a. försök att ta fram kriterier för rangordning av vårdinsatser.

Ett etiskt dilemma med denna ansats är att patienten, i varje fall i teorin, helt reduceras till ett passivt vårdobjekt. Prioriteringar görs och beslut om vård fattas av läkare eller annan vårdpersonal. Samtidigt är prioriteringar oundvikliga; samhället måste sätta en gräns för hur långt det offentliga åtagandet sträcker sig.

Ett alternativ till utbudsbegränsningar och ovanifrån beslutade prioriteringar är att styra med hjälp av prislappen. Det blir därigenom möjligt att undvika en allt-eller-ingen situation eller en för patienten opåverkbar ranking. Istället bestämmer samhället subventionsgraden. Den icke subventionerade delen får patienten stå för. För att inte göra systemet alltför komplext kan åtgärder kopplas till olika standardiserade subventionsnivåer, t.ex. 0, 10, 20, etc. upp till 100 procent av den fulla kostnaden för åtgärden. I ett system med vårdsparkonton skulle heller inte inkomst eller förmögenhet avgöra huruvida en person väljer att betala mellanskillnaden och få åtgärden utförd. Bufferten på vårdsparkontot skulle ge möjlighet för var och en att, om hon eller han prioriterar det, köpa vårdtjänsten. Istället för vara ett ensidigt beslut, skulle valet följa av två parter prioriteringar, samhällets och individens. Genom patientutbildning, inklusive via lättillgänglig medicinsk information på webben, kan patientens möjligheter att ta

ansvar för sin hälsa stärkas ytterligare. Lättillgänglig och god information och aktiv patientutbildning bidrar också till att öka jämlikheten i vården.

En annan fördel med att prioritera med hjälp av prislappen är att man slipper den tudelning av sjukvårdsmarknaden som den nuvarande ansatsen leder till. Den senare medför ju att endast den helt privata sjukvården kan utföra medicinska åtgärder som inte ingår i det offentliga åtagandet. När prioriteringen görs med hjälp av prislappen är det oväsentligt vem som utför vårdtjänsten, en privat- eller en offentligt ägd vårdgivare; det som är intressant för landstinget är vad det kostar kollektivet, dvs. vad som måste bekostas med skattemedel.

5.2 Tillgänglighet

I nuvarande system styrs den faktiskt realiserade efterfrågan av vilken vård som erbjuds och hur tillgänglig den är. Tar det en timme att komma till vårdcentralen konsumerar man mindre primärvård än om det tar fem minuter. Om man vänder på ekvationen innebär detta att den som har lägre tidskostnad konsumerar mer vård än den som har en högre tidskostnad, allt annat givet. Hur detta ska ses på i ett fördelningsperspektiv kan diskuteras. Möjligheten att byta tid mot pengar finns inte inom den offentliga sjukvården. Det gör den däremot inom den privata vilket är en av de viktigaste drivkrafterna bakom den växande marknaden för sjukvårdsförsäkringar .

5.3 Patientavgifter

Det enda form av styrning av efterfrågan som sker med hjälp av priset är differentieringen av priserna för besök hos husläkare, specialist och på akutmottagning samt sjukvårdsrådgivningen. Patientavgifternas utformning är dock full av motsägelser. Dessutom är nivåerna satta på en så låg nivå att styreffekterna blir begränsade. I faktarutan härintill redogörs kortfattat för hur avgiftssystemet är utformat i SLL idag.

Framtiden kommer med största sannolikhet att innebära ytterligare ökade möjligheter för patienten att välja vårdgivare. För att undvika en explosion av totalkostnaderna måste i första hand vårdproduktionen effektiviseras. Men det torde också bli nödvändigt att i större utsträckning styra efterfrågan genom en medveten och systematisk prissättning av vårdtjänsterna.

Prissättningen av vårdtjänster bör lämpligen ta hänsyn till följande faktorer:

- Fördelningshänsyn
- Externa medicinska effekter

Patientavgifter i SLL

Delar av det regelverk som idag styr uttagandet av patientavgifter är fastställt i lag, andra delar ansvarar varje enskilt landsting för. Till den första kategorin tillhör exempelvis vilka avgifter som får tas ut i slutenvården, men även högkostnadsskyddet är reglerat på nationell nivå. Patientavgifter tas ut för läkarbesök, vård som ges av annan vårdpersonal, medicinska undersökningar och vård på sjukhus.

I SLL gäller avgiftsbefrielser för vissa patientkategorier och för vissa typer av behandlingar och undersökningar, inalles 23 olika kategorier och typer.

För icke-avgiftsbefriade behandlingar och undersökningar varierar ofta patientavgifterna beroende på patientkategori. I vissa fall är den noll. Besök hos läkare varierar beroende på typ av läkare, var besöket sker (husläkarmottagning, specialistakut, sjukhusakut, eller i hemmet), ålder, patientkategori och huruvida patienten kommer med remiss eller inte. För vuxna som inte tillhör någon specialkategori är avgiften 140 kronor hos husläkare och 260 (ska höjas till 300) kronor hos specialister och på sjukhusens akutmottagningar. Besök för sjukvårdande behandling hos andra kategorier än läkare följer en annan taxa liksom olika former av telefonkonsultation. Hos husläkare är avgiften för barn noll medan besök på sjukhusens akutmottagningar kostar 120 kronor.

Besök på MVC, gynekologisk screening och preventiv-medelsrådgivning, som alla är vårdinsatser vars syfte är prevention eller tidig upptäckt av sjukdomstillstånd, är avgiftsfritt medan mammografiscreening är avgiftsbelagd. Hälsokontroll, som kan leda till tidig upptäckt av andra sjukdomstillstånd och/eller förebygga sådana tillstånd genom den livsstilsrådgivning som oftast är kopplad till kontrollerna, debiteras däremot till gällande timtaxa. I SLL, som enda landsting i Sverige, är däremot screening i samband med gynhälsokontrollerna för personer i åldern 23-60 år avgiftsfri.

Vård kostar olika beroende på var och i vilka former den ges. Om patienten läggs in och om han eller hon är 18 år eller äldre kostar vården 80 kronor per dygn. Om samma vård däremot ges inom ramen för medicinsk dagvård är taxan 140 kronor. Om den involverar kirurgi är avgiften 260 kronor. För patienter som är inskrivna i hemsjukvård kostar vården 0 kronor. Skulle den däremot ges av en distriktsläkare på hembesök är avgiften 200 kronor (140+60). Den dagliga avgiften för sjukhusvård är sänkt till 40 kronor om patienten är under 40 år och uppbär hel aktivitetsersättning eller sjukersättning. Samma kategori patienter över 40 år betalar den normala avgiften på 80 kronor.

- Preventiv vård
- Vårdinnehåll relativt relevanta riktlinjer/vårdprogram/kloka listor
- Vårdgivare
- Tillgänglighet
- Servicenivå

I Långtidsutredningens delrapport 7 förs en mer ingående diskussion om hur patientavgifter lämpligen sätts.

En förutsättning för att det ska vara möjligt att i större utsträckning styra med priset utan att det får oönskade fördelningseffekter torde emellertid var införandet av vårdsparkonton.

Vem ska bestämma patientavgifterna?

Vid styrning med hjälp av priset måste någon besluta om graden av subvention och priset. Vårdgarantier och utvidgat vårdval gör att patienter i accelererande takt kommer att söka och få vård i andra landsting än sitt eget. Om prissättning gentemot den vårdsökande vore fri skulle ett landsting kunna locka till sig patienter från ett annat landsting genom ett lägre pris gentemot patienten, men samtidigt belasta det senare med en högre nota än vad det skulle kosta att själv utföra den medicinska åtgärden. Ansvar för att ta fram en prislista gentemot patienten bör därför ligga på nationell nivå, lämpligen på ett utvidgat Tandvårds- och läkemedelsförmånsverk – ett Vårdförmånsverk.

Effekter på efterfrågan på vård

Hur mycket en kombination av vårdsparkonton och högre differentierade patientavgifter skulle påverka efterfrågan på vård är omöjligt att à priori uttala sig om. Det finns inga svenska och mycket få internationella försök att skatta pris- och inkomstelasticitet för vård. Kontexten påverkar också i mycket hög grad skattningarna vilket gör det mycket svårt att bruka siffror från ett annat land. Fallet Singapore pekar på att effekten på kostnaderna kan var betydande. Vad som kommer av en dämpad efterfrågan och vad som är resultatet av den prispress på vårdproducenterna som priskänsliga patienter skapar är däremot svårt att veta.

5.4 Sjukvårdsrådgivning och medicinsk information på webben

Sjukvårdsrådgivningen i Stockholm är en tjänst som har utvecklats till att bli ett viktigt verktyg för att styra patientflöden samtidigt som den är mycket uppskattad av de vårdsökande. En utvärdering av verksamheten genomförd av Synovate visar att den minskar belastningen på framförallt vårdcentralerna, men även på sjukhusens akutmottagningar. Trettiofyra procent av samtalen till sjukvårdsrådgivningen ledde till att den som ringde in efter samtalet valde att inte göra någonting, avvakta eller vårda sig själv. För dem som ringde för sina barn var siffran 43 procent. På frågan vad de skulle ha gjort om de inte hade ringt sjukvårdsrådgivningen svarade 19 procent att de hade sökt vård på akutmottagning på sjukhus, 12 procent att de hade sökt vård på/hos vårdcentral / husläkare / jourmottagning / primärvårdsjour, 23 procent att de hade ringt samma institutioner för att få råd, och 10 procent att de hade ringt akutmottagning på sjukhus för att få råd.

Sjukvårdsrådgivningens potential att dämpa antalet besök i framförallt akutsjukvården är dock sannolikt långt ifrån uttömd. Antalet mottagna samtal, 1,2 miljoner, ska ställas i relation till det totala antalet vårdtillfällen i Stockholm som 2007 var strax under 15 miljoner, exklusive telefonkontakterna. Insatser för att ytterligare öka användningen av sjukvårdsrådgivningen torde, med tanke på ovan redovisade effekter, snabbt betala sig.

En oproportionerligt stor andel av dem som uppsöker akutmottagningarna på sjukhusen är invandrare. Anledningen är ofta språkproblem. Att förklara ett medicinskt problem på telefon

på ett språk som inte är ens eget är svårt. Sjukvårdsrådgivning i Stockholm (*Vårdguiden på telefon*) erbjuds idag, förutom på svenska endast på arabiska, serbiska, bosniska och kroatiska¹³. Den nationell sjukvårdsrådgivning via 1177 som är på väg att byggas upp skapar förutsättningarna för att erbjuda rådgivning på alla stora invandrarpråk och SLL bör arbeta för att så blir fallet.

Kvaliteten i sjukvårdsrådgivningen och sannolikt därmed också dess undanstyrande effekt skulle vidare kunna förstärkas om det i sjukvårdsrådgivningen fanns en uppbackande andra linje av allmänläkare och specialister.

Ett alternativ och/eller ett komplement till sjukvårdsrådgivning på telefon är att söka information på webben. I SLL finns *Vårdguiden på webben*. Genom ett landstingsgemensamt projekt *Vården på webben* (VPW) bedrivs en vidareutveckling av *Sjukvårdsrådgivningen.se* med syfte att göra den till en nationell webbresurs strukturerad i fyra nivåer: en nationell, en regional, en lokal och personlig. Av såväl kostnads- som innehållsskäl bör SLL snarast möjligt integrera *Vårdguiden på webben* i *Sjukvårdsrådgivningen.se*.

Ett nationellt vårbokningssystem

En viktig funktion som saknas i visionen för *Vården på webben* och sjukvårdsrådgivningen på telefon (1177) och som bör utvecklas är ett nationellt vårbokningssystem. Ett sådant system skulle ge stöd till alla aktörer i vården: den vårdsökande, sjukvårdsrådgivningen, husläkare och alla andra vårdgivare och bör utvecklas så snabbt det är tekniskt och organisatoriskt möjligt.

Den konceptuella förebilden för ett för hela vårdsvrige gemensamt bokningssystem skulle vara de bokningssystem som finns i resebranschen. Ett sådant system skulle möjliggöra bokning av enskilda besök i vården men också av hela vårdkedjor, inklusive alla till vården kopplade tjänster såsom lab, röntgen och patienttransporter. Det skulle tillåta bokning hos vilken vårdgivare som helst i landet samt i förlängningen, och i den mån det är praktiskt möjligt, även i utlandet. På samma sätt som i ett flygbokningssystem skulle vårbokningssystemet automatiskt leta upp olika alternativ utifrån de kriterier – tillgänglighet, geografisk distans, pris, rating, etc. – som användaren specificerar.

Genom att differentiera behörigheten att boka via systemet skulle det också kunna användas för att styra vårdsökande till rätt vårdnivå. Besök på vårdcentral och till enskilda specialister kan de vårdsökande boka själva, eller om man inte vill eller kan, med benäget bistånd från sjukvårdsrådgivningen på telefon. Andra bokningar görs av behörig sjukvårdpersonal: sjukvårdsrådgivningen, husläkare, specialistläkare, sjukhuspersonal, etc. Med stöd av ett sådant system skulle sjukvårdsrådgivningen kunna stärka sin roll som första lots in i vårdssystemet och husläkarna skulle kunna ges en proaktiv och arvoderad vårdmäklarroll istället för den roll som grindvakter som de inte längre har.

Vid bokningar skulle vårdmäklaren förväntas väga det betalande landstingets och patientens kostnader, inklusive resekostnader, för de erbjudna vårdtjänsterna mot tillgänglighet och förväntad kvalitet såsom den kan bedömas utifrån strukturerad kvalitetsinformation om varje vårdgivare och vårdtjänst. Ytterligare vägledning för bokningarna skulle ges av Socialstyrelsens riktlinjer och nationellt ensade vårdprogram som skulle vara integrerade i systemet.

Ett nationellt vårbokningssystem skulle verka dämpande på kostnadsutvecklingen genom att det skulle leda till ett bättre utnyttjande av existerande vårdresurser. Genom att systemet skulle uppdateras i realtid med tillgänglighetsinformation skulle patienter kunna styras dit där

¹³ De tre senare är i det närmaste samma språk.

det finns outnyttjade resurser, inom eller utom det egna landstinget. Genom den större pool som ett nationellt system skulle utgöra skulle det också bli lättare att fylla återbudstider. Bättre resursutnyttjande skulle göra det möjligt att eliminera köerna och därmed kostnaderna för vårdgarantier.

5.5 Förebyggande hälsovård

Det finns en ovedersäglig koppling mellan levnadsvanor och sjukvårdskostnader. I en studie från USA¹⁴ uppskattas att 25 procent av sjukvårdskostnaderna kan relateras till riskfaktorer som beror på levnadsvanor. Statens Folkhälsoinstitut uppskattar att 6 respektive 3 procent av den totala sjukdomsördan för män och kvinnor kan kopplas till fysisk inaktivitet. Cirka 7 000 dödsfall i Sverige orsakas av rökning och trots att rökare utgör en minoritet och att hälften dör i förtid utgör de en större börda på sjukvården än icke-rökare. Överkonsumtion av alkohol ökar risken för förtidig död med tre till sju gånger. I Europa bedöms alkoholbruk stå för 8-18 av sjukdomsörden för män och 2-4 procent för kvinnor. Felaktiga kostvanor bedöms vara en minst lika stor riskfaktor som tobak och alkohol och stå för 10 procent av den totala sjukdomsördan. Ogynnsamma levnadsvanor samvarierar i hög grad. Rökning och alkoholbruk förekommer ofta samtidigt och dåliga kostvanor går ofta hand i hand med fysisk inaktivitet.

Det finns lika ovedersägliga studier som visar på att preventiva insatser kan vara mycket kostnadseffektiva. Men det innebär inte att alla är det. Preventiva insatser kan också vara av mycket olika natur. De spänner från lagstiftning som påverka levnadsvanor, generella kampanjer via media, kampanjer riktade mot specifika grupper, individuell rådgivning, till screening och mycket annat.

Det finns en betydande medvetenhet om problemen och en önskan att göra någonting åt dem. Ett utslag av det är det svenska idéburna nätverket för Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) som idag har 32 medlemsorganisationer med 43 medlemssjukhus/vårdorganisationer bland dem K, DS, SÖS, S:t Erik, Södertälje och Tiohundra. Men till syvende och sist bestäms vad som görs av vårdgivarna inom området prevention i mycket hög utsträckning av uppdrag, villkor i avtal, ersättningssystemets utformning och landstingets uppföljning av verksamheten.

När det gäller primärvården, exempelvis, finns det idag inget tydligt definierat uppdrag relaterat till hälsoförebyggande åtgärder. Det finns naturligtvis många läkare och annan sjukvårdspersonal som känner ett ansvar för att ta upp livsstilsfrågor med sina patienter. Men det finns inget i uppdraget som kräver detta eller en ersättning som premierar det.

Egentligen skapar systemet med listning bättre förutsättningar för att på ett proaktivt sätt arbeta förebyggande än det tidigare geografiskt baserade systemet. Genom en enkel enkät skulle det, vid listningen vara möjligt att ta fram en riskprofil för varje person och sedan utifrån denna lägga upp ett individuellt program av åtgärder för att påverka högriskindividernas levnadsvanor. Beslut om omfattningen av ett sådant program måste naturligtvis grundas på en ordentlig bedömning av kostnadseffektiviteten av åtgärderna vilka avtar med hur vitt man kastar nätet.

Inom akutsomatiken är det väl känt att åtgärder att påverka personers levnadsvanor kan ha mycket stora effekter på överlevnad och rehabilitering. Och det görs, men för att få fullt genomslag måste uppdrag, uppföljning och ersättningssystem utformas på ett sätt som systematiskt stimulerar till detta. Sannolikt behövs det också personal som speciellt utbildas för och vars roll just är att arbeta med patienterna i livsstilsfrågor.

¹⁴ [Anderson, D., 2000]

6 Mer vård för pengarna

6.1 Effektiviseringspotential

Produktiviteten i sjukvården i SLL har sjunkit under det senaste decenniet. Undantaget är de två senaste åren. Antalet patientbesök per läkare uppgår idag till 2,6 per dag; en minskning med 19 procent under samma period. Medelantalet patientbesök per läkare i OECD-länderna är dubbelt så högt.

Under samma period som produktiviteten i hälso- och sjukvården i SLL har sjunkit har den, inom svensk tjänsteindustri, ökat med 2,4 procent per år.

Två slutsatser, en negativ och en positiv, kan dras av detta: 1) den styrning som landstinget hitintills utövat har misslyckats att stimulera produktiviteten i vården, 2) det finns därför en betydande potential att förbättra den. Den produktivitetstillväxt som krävs för att, inom de ramar som intäktsutvecklingen sätter, tillfredsställa den ökade efterfrågan på vård är heller på intet sätt ouppnåelig. För att täcka gapet på 23 miljarder i snittscenariet skulle totalkostnadsproduktiviteten behöva öka med 1,3 procent och personalkostnadsproduktiviteten med 1,9 procent per år.

Det finns otaliga enskilda exempel från runt om i den svenska vården som visar att detta är möjligt – och mycket mer därtill – förutsatt att styrningen utformas på ett sätt som ger incitament till detta på alla nivåer.

Stockholmarna skulle också få mer vård för pengarna om kvalitetsbristkostnaderna kunde sänkas. Det finns, exempelvis skattningar som pekar på att tio procent av vårddyggen inom akutsjukvården är orsakade av vårdskada. Totalt sätt beräknas kvalitetsbrister förorsaka 20 procent av kostnaderna i vården. Om det vore möjligt att sänka dessa kostnader till hälften skulle detta reducera det hotande gapet högst betydligt.

Produktiviteten och effektiviteten i vården kan ökas på flera kompletterande sätt:

1. Effektivare vårdprocesser
2. Bättre resurshushållning
3. Produktivetsstimulerande upphandlings- och ersättningsmodeller
4. En renodling av landstingets roll
5. En mer rationell ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun

6.2 Vårdprocesser

Vården består av en myriad sammanlänkade processer. Hur dessa processer – som kan vara allt från processer på enskilda mottagningar och kliniker, till processer som knyter samman specifika kliniker eller vårdgivare, till generella flöden i hela vårdssystemet – utformas har oerhörd betydelse för såväl vårdresultat, patientnöjdhet som kostnader för vården.

Samlande av kompetens

Mycket av den elektiva vården är organiserad i utdragna, administrativt tungrodda vårdkedjor. Husläkare som gör en första undersökning, remisser som skrivs till specialister, till undersökningar, till kliniker. Alla steg med väntetid. En orsak till tungroddheten är att samma flödesmodell används för att hantera alla typer av fall. Där symptom är otydliga och svårbedömda kan möjligen en mer generisk vårdkedja vara rimlig. När problembilden är tydligare och mer avgränsad går det att ordna vårdinsatserna i betydligt mer rationella, tidsmässigt komprimerade och mer kostnadseffektiva processer.

En utredning där patienten har konstaterat en knöl i bröstet tar normalt två till fyra veckor. Om processen börjar hos husläkaren kan hela processen ta upp till en och en halv månad. Genom att samla all nödvändig kompetens under ett tak och genomföra tre undersökningar (klinisk undersökning, mammografi och/eller ultraljudsundersökning samt cellprovtagning) vid samma besök kan Stockholms Bröstklirik ge besked samma dag och har sänkt kostnaderna för landstinget med 1 500 kronor per undersökning. I de fall bröstcancer konstateras innebär den kortare löptiden dessutom att förutsättningarna för behandling, och därmed överlevnad, blir bättre.

Samma ansats torde gå att använda för ett betydande antal andra diagnoser och problem. I en skrift från NUTEK¹⁵ redovisas räkneexempel på undersökningar för prostatacancer för dels en traditionell process dels en one-stop process vid ett center där all nödvändig kompetens finns samlad på ett ställe. För den traditionella processen kan löptiden vara upp till ett år och den totala kostnaden, i det fall cancer inte konstateras, uppgå till drygt 6 000 kronor. I det fall cancer upptäcks är kostnaden 8 500 kronor. Med en one-stop drop-in process kan löptiden reduceras till en till tre dagar och kostnaden reduceras till knappt 3 000 kronor i fall ingen cancer konstateras och till drygt 4 000 kronor om cancer upptäcks. Det vill säga kostnaderna kan halveras samtidigt som den tid som patienten går och oroar sig drastiskt reduceras.

Samverkan mellan olika närstående aktörer

Vård och omsorg av multisjuka patienter involverar ett stort antal aktörer: kommunens vård- och omsorgsverksamhet, ansvarig vårdcentral och en eller flera kliniker.

I Malmö har primärvård, kommun och slutenvård skapat gemensamma rutiner för att bättre ta hand om mycket gamla, svaga och multisjuka patienter som ofta är mångbesökare på sjukhus. Genom en direktlänk mellan aktörerna har det bl.a. blivit möjligt för distriktssköterskor att, i samverkan med distriktsläkare, kontakta ansvarig överläkare vid medicinkliniken för direkt inläggning på berörd klinik utan att behöva passera akuten. Direktlänken möjliggör även inläggning direkt från kommunen eller från den vårdcentral som patienten har vänt sig till. Resultatet har blivit kortare vårdtid på sjukhus, ett mindre behov av kommunala korttidsboenden, effektivare vårdplanering och nöjdare och tryggare patienter

Modellen utgår på samma sätt som bröstkliriksexemplet från ett sjukdomstillstånd snarare än ansvarig organisation men här är fokus på att få olika aktörer på att samarbeta på ett bättre sätt kring en patient. Med tanke på att multisjuka står för en stor del av kostnaderna i vården, är de potentiella besparingarna av bättre rutiner kring denna patientgrupp betydande.

Bättre generellt flödesstöd

För att flöden som i exemplet från Malmö ska fungera väl behövs ett effektivt IT-stöd. I brist på en nationellt samordnad utveckling av den typen av stöd tvingas enskilda vårdgivare, grupper av vårdgivare och/eller landsting utveckla egna system. Det är förståeligt men på sikt inte optimalt. I avsnitt 6.6.4 diskuteras närmare behovet av och utformningen av nationella boknings- schemalägnings- och trackingsystem samt journalsystem.

Förbättrade interna processer

¹⁵ Mer vård för pengarna, R2008:01

Att det går att förbättra interna processer finns det många exempel på. Ett sådant är Capio S:t Görän som mellan 2006 och 2008 kortat den genomsnittliga tiden till läkarbedömning på akuten med 30 – 50 procent beroende på vilken tid på dygnet det är. På förmiddagarna är den nu en dryg halvtimme och på sen kvällstid en dryg timme. Den totala handläggningstiden har under samma period minskat med mellan 30 och 40 procent. Nittio procent av patienterna har nu en "door-to-door-tid" under fyra timmar. På det övriga stora sjukhusen i Stockholm varierar den siffran mellan 48 och 62 procent. En viktig förändring som möjliggjort detta är en justering av bemanningen så att den stämmer bättre överens med patientinflödet. Se faktarutan här intill. En annan faktor som förklarar förbättringen är att man ändrat rutinerna så att en specialist nu normalt gör första bedömningen, istället för som tidigare en sjuksköterska eller ST-läkare.

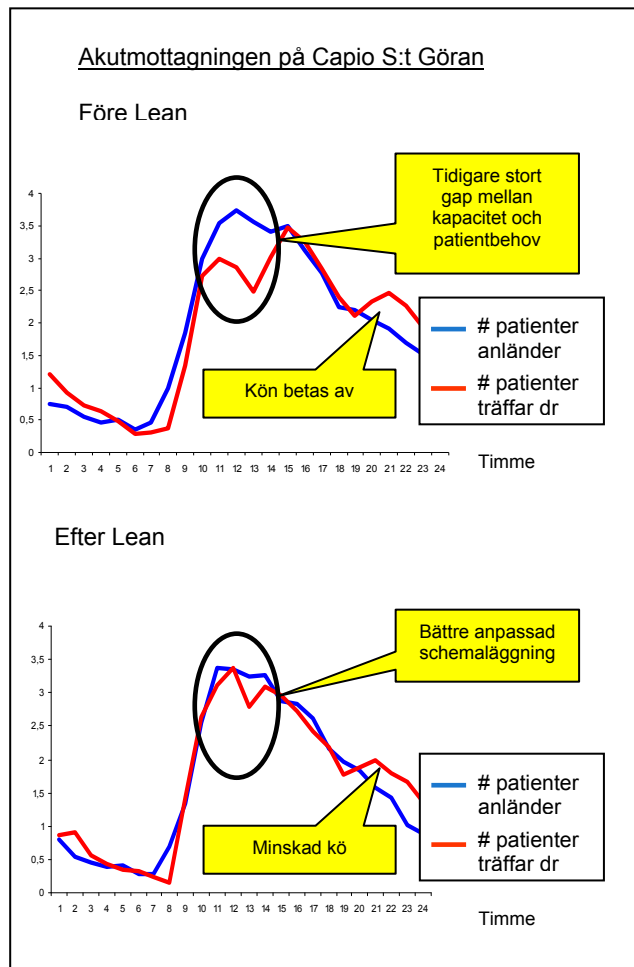
På Karolinska Universitetssjukhuset pågår också ett arbete att med hjälp av Lean-principer rationalisera akutflödena. Under en 10-veckorsperiod våren 2008 har 16 akuta patientflöden analyserats och förbättringar har testats. Grundproblemet har varit för lång kötid för patienterna och dålig arbetsmiljö för vårdpersonalen. Genom att förbättra delprocesser inom alla akutflöden (mottagning, vårdavdelning, röntgen/kemlab samt operation) har väntan på läkare minskats med ca 40 procent och total vistelsetid för patienterna minskats med ca 20 procent.¹⁶

Vårdskadeförebyggande rutiner

Socialstyrelsens definition av en vårdskada är en skada som uppkommer – inte till följd av individens sjukdom – utan till följd av vårdinsatserna i sig eller brist på sådana, när de borde ha gjorts mot bakgrund av patientens vårdbehov.

Undvikbara vårdskador orsakas till 27 procent av felaktig läkemedelsbehandling och till 52 procent av invasiva procedurer inklusive operationer. Trettio procent av vårdskadorna utgörs av infektioner medan organskador står för 41 procent och psykiskt lidande eller smärttillstånd för 19 procent.¹⁷

Som nämndes tidigare beräknas kvalitetsbrister förorsaka 20 procent av kostnaderna i vården. För att minska lidanden och kostnaderna förorsakade av kvalitetsbrister har Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med landsting och regioner inlett en nationell satsning



Källa: Capio S:t Görän

¹⁶ För ytterligare exempel på användning av lean-principer för att effektivisera vård se:

<http://www.leansjukvard.se/index.html>

¹⁷ PPT, Nationell satsning för ökad patientsäkerhet, SKL

för ökad patientsäkerhet. Satsningen fokuserar på sex typer av vårdskador som är särskilt vanliga och allvarliga:

- Läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Fall och fallskador i samband med vård
- Trycksår i samband med vård
- Vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- Infektioner vid centrala venösa infarter
- Postoperativa sårinfektioner

Vägledning har tagits fram för varje område. Dessa innehåller en lista med obligatoriska åtgärder med förklaringar och motiveringar till dessa samt instruktioner för hur vårdgivarna ska följa upp hur väl man genomför de rekommenderade/obligatoriska åtgärderna.

Målet är 100 procent följsamhet till de rekommenderade åtgärderna. Några resultatmål, dvs. mål i förhållande till de skador som förorsakas av kvalitetsbristerna inom de sex områdena, har ännu inte satts upp i brist på nationella data. SLL bör aktivt arbeta för att sådana resultatmål utarbetas och systematiskt följs upp.

Hantering av vårdgarantifall

I SLL har man valt en administrativ metod för att hantera de vårdsökande som inte blir mottagna eller behandlade inom den tid som stipuleras i vårdgarantin. För ändamålet har skapats ett Vårdgarantikansli inom HSN-förvaltningen.

I rapporten *Vård i rimlig tid – redovisning av tillgängligheten i Stockholms läns landsting, hösten 2007*, redogörs för handläggningstider och tid till vård för patienter som vände sig till kansliet. Allmänt kan konstateras att handläggningstiderna genomgående är långa. Utöver handläggningstiden kommer dessutom den tid som förflyter mellan det att ett besök bokats, eller en vårdgivare anvisats av Vårdgarantikansliet, och det att besöket eller operation faktiskt genomförs. Läggs Vårdgarantikansliets handläggningstid ihop med väntetiden efter ny bokning av vårdgivaren tar det genomsnittligt totalt 86 dagar för exempelvis en person med problem med ett knä att faktiskt få träffa en läkare – efter det att garantitiden redan passerat. Därefter kan det vara ytterligare väntetid mellan första besöket och faktisk operation.

Handläggningstiderna varierar också mycket, från diagnos till diagnos, mellan typ av ärenden men framför allt inom varje ärendetyp och diagnos. Exempelvis varierade handläggningstiden för att ordna ett första vårdgarantibesök för knäbesvär från 0 till 99 dagar medan medelhandläggningstiden var 27 dagar. För en första mottagning avseende höftplastik varierade handläggningstiden mellan 0 och 126 dagar.

I Danmark har åtkomlighetsfrågan lösts på ett radikalt annorlunda sätt. Patienter som inom en månad inte erbjudits behandling i den offentliga sjukvården kan välja att låta sig behandlas på privata sjukhus eller kliniker, alternativt på sjukhus i utlandet. *Bopælsregionen*, motsvarigheten till hemmalandstinget har att betala för behandlingen. En förutsättning är att sjukhuset eller kliniken har ett avtal med *de Danske Regioner*, ungefär motsvarigheten till det tidigare Landstingsförbundet.

En motsvarande ”vårdchecklösning” borde införas i Stockholm. I ett längre perspektiv måste ambitionen vara att det aldrig ska vara nödvändigt att utlösa en vårdgaranti.

6.3 Resurshushållning

Bättre hushållning med befintliga och bättre planering av införskaffandet av framtida resurser går ofta hand i hand med bättre vårdprocesser, men utgör delvis en annan, kompletterande dimension när vården ska effektiviseras.

De viktigaste resurserna inom vården är personalen, den fysiska och den medicinska infrastrukturen, samt läkemedel och andra konsumtionsartiklar.

6.3.1 Personal

Att öka vårdpersonalens produktivitet är i första hand en organisatorisk fråga men även till del en fråga om incitament. Här diskuteras sex områden där förändringar kan förväntas leda till högre personalproduktivitet och förbättrad effektivitet.

Schemaläggning

Patientflöden varierar över dygnet, över veckans dagar och till del även över årets veckor. Några av dessa flöden, såsom inflödena till akutmottagningarna, är naturligtvis svårare att styra än elektiva. Andra, mellan olika stationer i en vårdkedja exempelvis, kan påverkas men det är sällan det görs på ett medvetet och systematiskt sätt.

För att öka produktiviteten och förbättra effektiviteten sett från ett medicinskt och ett patientperspektiv måste vården bemannas på ett sätt som matchar de flöden som inte går att styra och, när de går att styra, så att effektiviteten för hela vårdkedjan optimeras. Ett viktigt hinder mot en tidseffektiv bemanning av vården är läkarnas motstånd mot att låta sig schemaläggas. Läkarna är idag, med några undantag, den enda vårdkategori vars arbetstid inte är schemalagd. Sjuksköterskor och undersköterskor är det sedan 60-talet.

Läkarnas motstånd mot att bli schemalagda försvårar möjligheterna för sjukhus och kliniker att styra bemanningen på ett sätt som optimerar flödena genom vårdorganisationen. Långsamma och ryckiga flöden är inte bara ett problem för patienterna och en kostnad för samhället i form av förlorad arbetsförtjänst. De innebär också en omedelbar kostnad för vårdgivaren. Att hålla reda på köer tar administrativa resurser. Att vårdplatser ockuperas längre än nödvändigt leder till större totalt behov av vårdplatser än som annars skulle vara nödvändigt. Trängsel i lokalerna minskar effektiviteten. Etc.

En förutsättning för att bättre matcha patientflöden och personalresurser är att det finns möjligheter för ledningen att styra förläggning av arbetstiden. Som framgår av faktarutan ovan har Capio S:t Görans löst detta för sjuksköterskorna – men ännu inte för läkarna – genom ett poängsystem som ger incitament att arbeta de tider som krävs för att möta patientflödena.

Inget sjukhus i Landstinget har ännu beslutat om schemaläggning av läkarnas arbetstider då man fruktar att förlora personal till andra vårdgivare om man går i bräsch. För att lyckas torde en samfällad aktion med stöd från Landstingets ledning vara nödvändig och på samma sätt som för sköterskorna på Capio S:t Görans borde det vara möjligt att finna en lösning som

Faktaruta S:t Göransmodellen

S:t Göransmodellen är ett poänglönesystem vars syfte är att stimulera vårdpersonalen att på frivillig väg förlägga sin arbetstid över dygnets timmar så att det stämmer överens med verksamhetens behov. Varje avdelning förfogar över en pott pengar som personal gemensamt med chef fördelar så att ersättningen för de tider som är svårare att bemanna blir högre och därmed mer attraktiva. Potten motsvarar det som tidigare lades ut på OB-tillägg, för fyllnadstid, övertid, på korttid inhyrd personal, m.m.

Hur potten fördelas varierar från avdelning till avdelning beroende på bemanningskraven och sammansättningen på personalen. Poängfördelningen kan omfördelas vid behov om behoven eller personalens preferenser förändras.

Man använder ett schemalägningsprogram där personalen lägger in sitt önskade arbetsschema för en period.

Detta omfördelas sedan på frivillig basis så att det överensstämmer med den bemanningsprofil som verksamheten kräver. Chefssjuksköterskan på avdelningen ansvarar i slutändan för att schemat fylls upp och håller.

Personalen har också stor frihet att variera sin arbetsinsats över tiden, från vecka till vecka och från månad till månad. Varje anställd som omfattas av systemet har en garantilön som utbetalas varje månad. Poäng (=tid*vikt) kan samlas i en poängbank och antingen tas ut som ledighet eller som pengar. Det är också möjligt att ligga minus i poängbanken med 165 poäng motsvarigheten till en månads garantilön. Begreppet avtalad veckoarbetstid existerar inte och nittio procent väljer att arbeta ihop mer än de 165 poäng som motsvarar garantilönen.

För närvarande deltar i stort sett alla sköterskor och undersköterskor i systemet men läkarna står fortfarande utanför.

Källa: Vad är poängen, Capio S:t Görans Sjukhus

för alla parter är ekonomiskt ekvivalent med nuvarande system. Ett sätt att skapa ytterligare incitament för en förändring vore en starkare koppling av ersättningen till vänte- och behandlingstider på i första hand akutmottagningarna.

Tid- och prestationsredovisning

Att idag på ett systematiskt sätt följa upp hur de olika personalkategorierna lägger sin tid på olika aktiviteter är svårt, framför allt på de stora landstingsdrivna akutsjukhusen. Bland annat är det svårt att se hur läkarna faktiskt fördelar sin tid på direkt patientarbete, hur mycket på patientadministration, på annat administrativt arbete, på möten, forskning, utbildning, etc. Detta försvårar för sjukhusledningarna och ägaren landstinget att styra verksamheten och för upphandlaren landstinget att bedöma vad man får ut av verksamheten och om fördelningen av faktiskt nedlagd tid motsvarar fördelningen av finansieringen. En fråga som diskuterats i årtionden och som ännu inte fått sitt svar är storleken på gråzonen mellan vårdproduktion och forskning.

Den enda lösningen på detta problem är införandet av en ordentlig tidredovisning, som följs upp på verksamhets-, avdelnings- och individnivå, inte bara i termer av insatta timmar och dess allokering utan också i termer av output, t.ex. antal producerade DRG-poäng per läkare, avdelning och verksamhet. Så länge avtalen med sjukhusen är framförhandlade och har den utformning som de har idag är det inte orimligt att beställarorganisationen ställer krav på en ordentlig tidredovisning från dessa.

Delegering, specialisering och poolning

Generellt sett ska personal vara varken under- eller överkvalificerad för sina arbetsuppgifter. I ett process- eller flödesperspektiv är det dock väsentligt att se till den totala systemeffektiviteten. Det gäller att hitta den optimala arbetsfördelningen mellan olika arbetskategorier sett i ett totalkostnadsperspektiv. Vilken den är beror inte enbart på kompetenser utan även på transaktionskostnader om och när frågor och ansvar ska lämnas över från en person till en annan. Den optimala arbetsfördelningen beror också på vilket stöd, IT- och annat, som finns för olika arbetsmoment. Att hitta den optimala arbetsfördelningen är varje organisations ansvar. Det som den upphandlande organisationen, Landstinget, kan och bör göra är att skapa rätt incitament att hitta denna arbetsfördelning.

Där i kan ingå att undanröja faktorer som kan bidra till att vrida bort arbetsfördelningen från det som är optimalt. Ett exempel på en faktor som kan bidra till en icke-optimal arbetsfördelning är en ersättningsmodell som utgår från vilken yrkeskategori som utför åtgärden istället för vad som görs. Inom primärvården, t.ex. kan detta leda till att en läkare gör det arbete som en sjuksköterska lika väl skulle kunna göra. En annan mer svårpåverkbar faktor är traditionellt skråtänkande som innebär att läkare inte släpper ifrån sig arbetsuppgifter som andra skulle kunna utföra lika bra eller bättre.

Samtidigt finns det yrkeskategorier inom sjukvården som har en bredare kompetensprofil och som skulle kunna utnyttjas över organisationsgränserna. Exempel på detta är läkarsekreterare, undersköterskor och icke-specialiserade sjuksköterskor. Dessa personer skulle kunna utnyttjas mer effektivt genom att samla i varje fall en del av dem i personalpooler för att därigenom lättare kunna anpassa bemanning på olika kliniker till variationer i patientflödena.

Det är ett välkänt och väldokumenterat faktum att kvaliteten vid kirurgiska ingrepp är kraftigt korrelerad med hur många ingrepp en läkare genomför per år. Som tumregel brukar anges att en läkare bör genomföra åtminstone ett dussintal likartade operationer per år för att kvaliteten – mätt i efterföljande komplikationer – ska vara acceptabel. Icke desto mindre fortsätter många mindre sjukhus, kliniker och individuella läkare att utföra sällan förekommande

ingrepp istället för att remittera till kliniker inom eller utanför landstinget som specialiserat sig på just den typen ingrepp. Viss styrning sker idag från Landstingets sida genom att man i avtal stipulerar vad vårdgivaren inte får göra. Exempelvis får mindre gynekologiverksamheter inte operera patienter med cancer. Genom att generellt upphandla sjukvård på individuell diagnos- eller åtgärdsnivå på det sätt som föreslås längre fram i texten skulle incitamenten till en specialisering bli ännu starkare.

Karriärgångar och rekrytering

Vägen till karriär för läkare har traditionellt gått och går fortfarande i mycket hög utsträckning via akademisk meritering. Hög akademisk kompetens är emellertid ingen garanti för att personen har de egenskaper som krävs för att vara en god ledare av komplexa organisationer. Det torde ligga i allas intresse att alternativa specialistkarriärer erbjuds så att duktiga forskare eller kliniker inte behöver se sig tvingade att bli chefer med personal- och administrationsansvar för att göra lönemässig karriär. Ju större trycket på de stora vårdgivarna blir att effektivisera produktionen för att vara konkurrenskraftiga desto större blir behovet av en annan typ av kompetens än den som den läkaren har med sig från utbildning och klinisk verksamhet. Sådan kompetens kan naturligtvis intresserade personer med en vårdbakgrund skaffa sig men det kan vara lika eller mer rationellt för sjukhusledningarna att direkt rekrytera personer med en utbildning i t.ex. logistik, HR, kommunikation, ekonomi, och erfarenhet från ledande befattningar i andra branscher.

Personalplanering och utbildning

Framtida kompetenskrav i sjukvården kan komma att kräva helt andra yrkesgrupper och därmed utbildningar. Den snabba utvecklingen inom medicinteknik förändrar arbetssätten inom sjukvården och ställer på sikt krav på en högre teknisk kompetens hos personalen. Högre teknikinnehåll i sjukvården måste speglas i förändrad/utökad läroplan eller införande av nya vårdyrken, t.ex. specialistsjuksköterska teknik. Patientutbildning är ett annat område med potential att sänka kostnaderna i vården. Kunniga patienter är bättre patienter, men det behöver inte nödvändigtvis vara läkaren som har den pedagogiska rollen. Ansvar för att utbildningar och kursplaner utvecklas vilar i första hand på utbildningsinstitutionerna och i förlängningen på statsmakterna men Landstinget har ett ansvar att driva på utvecklingen.

Individuella incitament

För att upphandlings- och ersättningssystem som är utformade för att ge vårdgivarna incitament att öka produktiviteten faktiskt ska leda till förbättrad produktivitet krävs att incitamenten på organisationsnivå översätts i incitament på individnivå. Incitament behöver inte nödvändigtvis vara monetära. Uppskattning och yrkesstolthet kombinerat med allmän medmänsklighet räcker långt. Men samtidigt är det uppenbart att prestationsbaserad arvoden eller lönesättning stimulerar till produktiviteten. Omläggningen av ersättningssystemet i primärvården i riktning mot en större andel besöksrelaterad ersättning har stimulerat till ökat antal mottagna besök framför allt på de mottagningar som tidigare uppbar en relativt större del av den totala ersättning som kapitering; under perioden januari – oktober 2008 ökade antalet besök i primärvården i SLL med 12 procent i förhållande till motsvarande period 2007.

Någon motsvarande direktkoppling mellan prestation och lön eller arvode finns inte på de stora landstingsdrivna sjukhusen. Utan någon form av koppling, exempelvis i form av prestationslöner, kollektiv bonus eller vinstdelning, även på de stora sjukhusen torde vara svårt att uppnå nödvändiga produktivetsförbättringar. Ett svenskt exempel på vilken effekt den typen av stimuli kan ha är S:t Eriks Ögonsjukhus som, delvis tack vare detta, ökat produktiviteten med åtta procent per år under de senaste åren. Det finns också otaliga internationella exempel, bl.a. från Canada, på samma effekt.

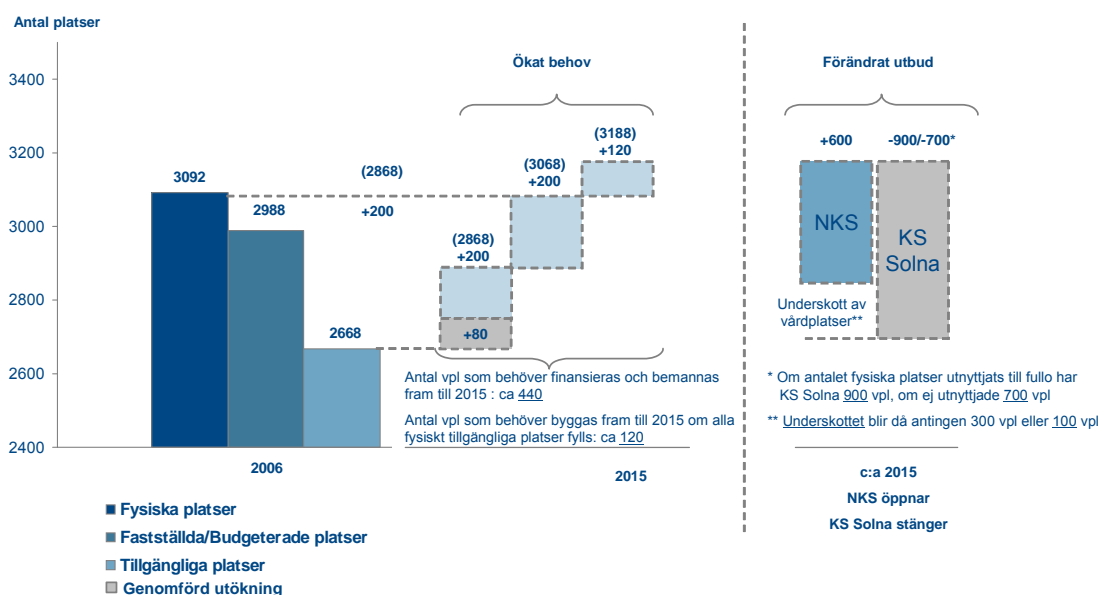
6.3.2 Fysisk infrastruktur

Vårdplatser

I den s.k. Vårdplatsutredningen som presenterades 2007 görs bedömningen att det kommer att behövas ytterligare cirka 400 vårdplatser fram till 2012. Åttio platser tillskapades under 2007. Förändringar i demografin beräknas leda till ett behov av ytterligare 120 vårdplatser mellan 2012 och 2015. Sammantaget betyder detta att cirka 440 nya vårdplatser behöver finansieras fram till 2015 och då är inte påverkan av NKS och rivningen av det gamla Karolinska Solna medräknad.

NKS planeras ha 600 vårdplatser, varav c:a 125 intensivvårds- och intermediär-vårdsplatser och 75 postop-platser. Vid nuvarande Karolinska Solna finns ca 900 fysiska platser varav ca 700 är bemannade och tillgängliga. Vid "skiftet" mellan gamla Karolinska och NKS minskar därför de totala vårdplatserna med 100-300 platser, beroende på om man utgår från fysiska eller bemannade vårdplatser. Kalkylen sammanfattas i Figur 6-1. Sammantaget innebär detta 420 fysiska vårdplatser måste tillskapas och då förutsätts att alla vårdplatser bemannas och är tillgängliga.

Figur 6-1 Behovet av vårdplatser inom akutsomatisk slutenvård 2006-2015



Källa: LU egna beräkningar

Under hela perioden 2008 – 2025 beräknas demografiska utvecklingen leda till att behovet av vårdplatser ökar med i genomsnitt 1,3 procent per år inom akutsomatiken. Mellan 2015 och 2025 innebär detta ett behov av ytterligare minst 440 bemannande platser.

Beläggingsgraden varierar idag kraftigt mellan de olika akutsjukhusen. År 2006 var endast ca 700 av totalt ca 900 fysiska vårdplatser på Karolinska bemannade och tillgängliga. Även på Danderyd var antalet bemannade platser mindre än antalet fysiska platser även om skillnaden där var mindre. På övriga sjukhus var alla fysiska vårdplatser tillgängliga.

Inom de ramar som den nuvarande ersättningsmodellen för akutsomatiken sätter är det möjligt att den ordningen inte är helt ologisk. Om a) utgångspunkten är en viss totalbudget för hela akutsomatiken som sen ska fördelas på olika sjukhus, b) ersättningen per enhet levererad vård

(DRG-poängpriset) är / tillåts variera mellan sjukhusen, c) ersättningen är oberoende av volymen beställd vård¹⁸, d) kostnaderna för personalen betraktas som givna, och e) budgeten inte räcker till att fylla alla fysiska vårdplatser, ja då är det logiskt att de fördela uppdragen till sjukhusen så att de outnyttjade vårdplatserna ligger på de sjukhus där enhetspriset är högst – Karolinska.

På en väl fungerande marknad för vård skulle det däremot inte inträffa att fysiska platser stod outnyttjade, i varje fall inte på lite sikt. Sjukhuset skulle i sin offert till vårdköparen utgå från marginalkostnaden för att ta lokalerna i bruk. Om även de skulle vara för höga för att vara konkurrenskraftiga skulle man hyra ut lokalerna.

Det faktiska utnyttjandet av bemannade vårdplatser skulle i många fall kunna förbättras om inskrivnings- och utskrivningsrutiner förbättrades. I vissa fall kan klinker samutnyttja vårdplatser. Idag ansvarar normalt varje klinik för sina platser vilket kan innebära att en klinik lider av brist på platser medan sängar står tomma på en annan. Det finns dock naturligtvis gränser för hur mycket vårdplatser kan samutnyttjas. Det finns smittrisker att ta hänsyn till samt behov av personal som har den kompetens som krävs för att vårda patienter med specifika diagnoser.

Med tanke på den framförhållning som krävs för att kunna möta behovet av vårdplatser generellt och olika typer av vårdplatser specifikt bör Landstinget snarast genomföra en kombinerad analys av konsekvenserna av NKS för den övriga vården i Landstinget och en ny vårdplatsutredning. En sådan analys bör också omfatta de mer övergripande strukturfrågor som behandlades i 3S. Perspektivet bör vara perioden fram till dessa att NKS är färdigställt och därmed ingår att lämna förslag på hur behovet av ersättningslokaler och vårdplatser skall tillfredsställas under byggtiden. En sådan utredning kräver som underlag tydliga signaler om vilken klinisk inriktning som man avser att ge NKS. Utredningen bör också utreda olika alternativa vägar att på kort och längre sikt sörja för att nödvändiga lokaler och vårdplatser finns tillgängliga när de erfordras. Lösningen behöver inte nödvändigtvis vara byggnation i landstingets regi.

Lokaler

I avsnitt 6.5 föreslås att Landstinget ska renodla sin roll i förhållande till vården och kliva av producentstolen. Frågan inställer sig då om samma renodling är önskvärd när det gäller Landstingets fastighetsbestånd. Svaret är: inte nödvändigtvis. Locums affärsmodell innebär att:

Alla kunder ska behandlas på affärsmässiga grunder baserat på ägarens långsiktiga avkastningskrav. Oavsett om det är en privat entreprenör eller landstinget som är kund ska konkurrensneutralitet råda. Hyressättningen ska baseras på ett marknadsmässigt synsätt, med hyresnivåer som tar hänsyn till lokalernas användningssätt, standard, skick och läge.¹⁹

I takt med en allt större del av vården bedrivs av andra vårdgivare än Landstinget kommer Locum att bli mer marknadsutsatt i och med att det står, eller snarare borde stå, varje vårdgivare fritt att avgöra hur deras lokalbehov ska tillfredsställas. Det är ingenting som Landstinget bör styra. Idag förekommer det att Landstinget vid upphandlingar föreskriver i vilka lokaler en vårdgivare ska sitta. Detta är olämpligt eftersom det skyddar Locum från konkurrens. Det måste stå vårdgivaren fritt att pröva vad som är den mest kostnadseffektiva lösningen att hyra från Locum, hyra från ett annat fastighetsbolag eller bygga själva. Och

¹⁸ Punkterna c) och d) kommer inte att gälla med den nya ersättningsmodellen till akutsjukhusen.

¹⁹ Locums hyrespolicy, <http://www.locum.se/templates/CommonPage.aspx?id=221>

Locum måste, ifall den potentiella hyresvärden indikerar att man tänker välja en annan lösning, ta ställning till om man ska sänka hyran, låta lokalerna stå tomma tillsvidare eller avyttra dem.

Det som Landstinget däremot kan och bör göra är att ge Locum och övriga fastighetsbolag tydliga planeringsförutsättningar i form av medel- och långfristiga prognoser för vårdolymer och behovet av vårdplatser och lokaler för annan medicinsk verksamhet. Därav förslaget ovan om en kombinerad konsekvensanalys för NKS, vårdplats- och 3S-utredning.

6.3.3 Medicinsk infrastruktur

I den kostnadsframskrivning som redovisades i avsnitt 3.2 antas den medicintekniska utvecklingen sammantaget leda till att kostnaderna för akutsomatisk vård ökar med ca 2 procent av per år, vilket utslaget på hela vården ökar kostnaderna med 0,8-1,0 procent. En enskild ny teknologi kan antingen öka eller minska de totala sjukvårdskostnaderna. Det som avgör effekten är hur kostnaden per patient förändras samt hur den behandlingsbara patientpopulationen förändras. Ny teknik kan leda till högre produktivitet, men samtidigt blir effekten ofta att fler patienter kan behandlas och nya patientgrupper tillkommer. Tabell 6-1 presenterar ett urval av vägar via vilka ny teknologi påverkar totalkostnaderna.

Tabell 6-1 Hur ny medicinsk teknologi påverkar de totala kostnaderna för vården

Faktor	Kostnadsdrivande konsekvenser	Kostnadsbesparande konsekvenser
Mer högteknologi i sjukvården	Dyrare investeringar och förbrukningsvaror	Mer precisa diagnoser och behandlingar; effektivare informations- och patientflöden
Nya diagnostiska möjligheter	Fler sjukdomar diagnostiseras; individuell behandling kräver mer resurser	Mer precisa diagnoser; prediktion ger rätt behandling direkt
Nya, lindrigare operationsmetoder	Fler operationer genomförs, särskilt bland äldre	Patienterna återhämtar sig snabbare och får färre biverkningar

Medicinteknikinvesteringarna i SLL utgör cirka 1,7 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, varför en ökning av dessa kostnader har relativt liten effekt på totalkostnaden. Icke desto mindre, bl.a. därför att investeringarna påverkar organisation och arbetssätt, finns det anledning för SLL att se över och förbättra hur modern medicinteknik utnyttjas och hur och på vilka grunder beslut om investeringar i medicinteknik fattas.

Utnyttjande av befintliga resurser

Det saknas heltäckande undersökningar av hur väl dyrbar teknisk utrustning utnyttjas i vården. Arthur D. Little genomförde 2007 en mer begränsad studie av hur utrustningar för datortomografi och magnetröntgen utnyttjades på Karolinska Universitetssjukhuset. Genomgången visade att utnyttjandet varierade i betydande grad mellan avdelningarna. Genomsnittligt användes DT-utrustningen knappt 60 timmar i veckan och MR-utrustningen drygt 40 timmar i veckan. Det går inte a priori att säga om detta är lite eller mycket. Det som är relevant att jämföra är totalkostnaden per undersökning, inklusive alla kringkostnader bl.a. hur arbetet vid andra avdelningar påverkas, vid olika kombinationer av antal apparater, geografisk förläggning och utnyttjandegrad. Exempelvis hade Röntgenkliniken i Solna fyra DT-utrustningar som genomsnittligt utnyttjades 57 timmar per vecka. Vad hade kostnaden per undersökning blivit om man haft tre apparater som utnyttjades 76 timmar per vecka eller två som var igång 114 timmar per vecka. Möjligheterna att utnyttja dyrbar utrustning av det här slaget har också förändrats radikalt i och med digitaltekniken som gör det möjligt att skicka / komma åt bilder var som helst ifrån, inklusive från andra sidan jordklotet. Sådana alternativ måste idag vägas in i investerings- och schemalägningsbeslut.

McKinsey genomförde 2007 en studie av utnyttjandet av 36 operationssalar på Karolinska Solna. Slutsatsen i studien är att endast 55 procent av potentiella operationsminuter faktiskt utnyttjas. Och då räknar McKinsey med endast 190 potentiella operationsdagar per år och åtta timmars potentiellt utnyttjande per dag. På samma sätt som för DT- och MR-utrustningen bör kostnaden per operationsminut, inklusive alla indirekta kostnader, vid olika utnyttjandegrad beräknas.

Investeringar

En genomgång av de områden där medicinteknik väger tyngst gav nedanstående bild av investeringsbehov och förväntad utveckling av förbrukningen av medicintekniska förbrukningsvaror.

Tabell 6-2 Förväntad utveckling av medicintekniska investeringar och behov av förbrukningsartiklar

	Investeringsbehov	Behov av förbrukningsvaror	Kommentarer
Bild och funktion	↑	→	<ul style="list-style-type: none"> ■ Radiologi blir mer integrerat; mer radiologisk utrustning i operationslokaler ■ Låga investeringar i SLL → bör öka kommande år ■ Radiologi kommer att stå för en allt större del av de totala investeringarna
Anestesi & IVA	↗	↗	<ul style="list-style-type: none"> ■ Övervakningssystemen är idag mycket sofistikerade och den snabba IT-utvecklingen ■ Det finns även ett behov av att utveckla samt investera i distansmonitorering ■ Generellt så är den medicintekniska utvecklingen inom IVA fördröjande då fler svårt sjuka patienter behandlas och överlever
Onkologi	↗	→	<ul style="list-style-type: none"> ■ Andelen cancerpatienter med ett behandlingsbehov av kronisk karaktär ökar ■ Investeringarna i SLL kommer att stiga, dock i måttlig takt ■ På längre sikt får strålbehandling en allt större roll för fler typer av cancer
Laboratoriemedicin	→	↗	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patientnära tester blir vanligare ■ Investeringarna i SLL ökar långsamt; allt mer betalas löpande utan att investera ■ Laboratoriemedicin har en nyckelroll i framtiden genom individanpassad behandling
Kardiologi	↗	↗	<ul style="list-style-type: none"> ■ Behandlings- och utredningsbehovet av hjärt-kärlsjukdomar kommer att förbli stort ■ Medicintekniska förbrukningsvaror står för den huvudsakliga kostnaden ■ Integrationen av diagnostik, terapi och funktion leder till nya metoder och produkter
Ortopedi	→	↗	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ledgångsreumatism och artros ökar i befolkningen ökar behovet av ledproteser ■ Ny teknik och nya material leder till ökat användande; ökningen bedöms bli måttlig

Sammanfattningsvis bedöms *bild och funktion* vara det medicintekniska fält där investeringarna kommer att vara störst då det sker en snabb teknisk utveckling inom detta område. Anestesi och IVA respektive onkologi med främst strålbehandling är andra stora investeringsområden. Kostnader för förbrukningsartiklar förväntas öka i högre utsträckning inom områden som *laboratoriemedicin*, delvis som följd av nya betalningsmodeller ("pay-per-test"), samt *kardiologi* och *ortopedi* med dyra avancerade implantat som pacemakers och moderna ledproteser.

Framförhållningen när det gäller investeringar i medicinteknik inom SLL är enligt många bedömare dålig och planerade investeringar får ofta stå tillbaka för akutinvesteringar.

SLL har gjort en översiktlig investeringsplan för medicinteknik som sträcker sig fram till 2030. Karolinska Universitetssjukhuset förväntas stå för cirka hälften av de 38 miljarder kronorna som kommer att investeras i medicinteknik under denna period. Det finns dock en stor osäkerhet i planen, inte minst med tanke på att innehållet och därmed behovet av medicinska investeringar i NKS ännu inte är fastställt. Ännu mindre finns det några beslut om hur stor del av den medicintekniska utrustningen som ska införskaffas ny respektive flyttas

från gamla Karolinska sjukhuset. Bristen på klarhet när det gäller NKS påverkar möjligheterna att planera investeringar på Karolinska sjukhuset och de andra sjukhusen.

Med tanke på att avskrivningstiden på mycket av utrustningen är lång (5-10 år) finns det goda skäl att så snart som möjligt ta fram en strategi och en plan för medicinteknikinvesteringarna på åtminstone 7-8 års sikt – för NKS och för övriga akutsjukhus inom SLL. En sådan strategi måste också ha som målsättning att åstadkomma en bättre samordning av investeringsbesluten i länets sjukhus för att stimulera till specialisering och maximalt utnyttjande av dyrbar utrustning. Investeringsstrategin med plan, vilken även bör beakta möjligheten att omdisponera tillgängliga medicintekniska resurser, bör uppdateras årligen och vara mer detaljerad för de första 3 åren.

Ytterst ansvarig för planen bör, för de landstingsdrivna sjukhusen vara ett sjukhus-övergripande ”investeringsråd” som även bör inkludera de större privata rådgivarna som adjungerade medlemmar. Ett sådant råds exakta befogenheter måste utredas närmare. Dess fokus bör dock vara på de investeringstunga områdena såsom *bild och funktion*, *laboratoriemedicin*, *intensivvård/anestesi* samt *avancerad kirurgi*. Inför varje större inköp eller investering bör en livscykelanalys göras, då gränsen mellan investering och förbrukning kan var mer eller mindre tydlig beroende på hur betalningen till leverantören utformas. Kostnader för uppdateringar och service måste också inkluderas. Ett alternativ till investeringar som alltid bör beaktas är att konkurrensupphandla tjänsterna istället för utrustningen.

När det gäller inköp av medicintekniska produkter, inklusive förbrukningsartiklar, torde det finnas betydande vinster att göra genom en bättre samordning mellan sjukhusen – bättre priser och effektivare logistik. Inom viss medicintekniska områden kan en gemensam leveransorganisation, en s.k. ”shared service” lösning visa sig vara fördelaktig.

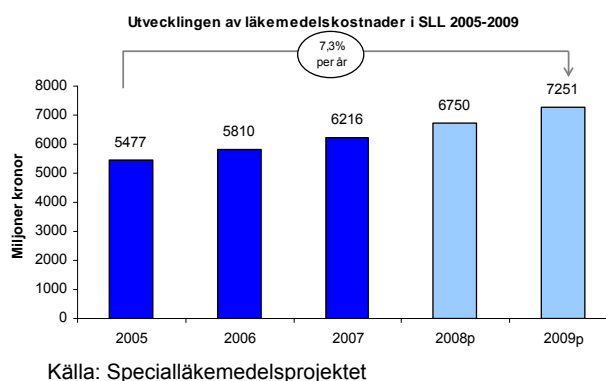
6.3.4 Läkemedel

Läkemedelskostnaderna inom SLL har under senare år ökat med 7,3 procent per år och beräknas under 2009 öka till 7,25 miljarder kronor som framgår av Figur 6-2.

I den framskrivning av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården som redovisades i avsnitt 3.2 beräknas de totala kostnaderna för läkemedel öka enligt Tabell 6-3 och Figur 6-2 nedan.

Läkemedel på rekvisition bedöms öka kraftigt de nästkommande åren, men takten antas minska något under perioden 2015-2025. På så pass lång sikt är utvecklingen dock svårbedömd, men ett antal faktorer såsom ökad konkurrens mellan biologiska preparat, förhoppningsvis en mer effektiv uppköpsfunktion samt biosimilars kan få en viss dämpande effekt på kostnadsökningen vilket motiverar den antagna lägre ökningstakten 2015 till 2025. Kostnadsframskrivningen är baserad på

Figur 6-2 Utvecklingen av läkemedelskostnaderna i SLL 2005 - 2009



Tabell 6-3 Framskrivning av kostnaderna för läkemedel

Område	Förändring/år
Total årlig förändring	2008-2025 7,1%
- Läkemedelsförmånen	2008-2025 5%
- Rekvisition	2008-2015 13%
	2015-2025 10%

Källa: LUs skattningar

befolkningsprognosen och gjord under antagandena om oförändrat regelverk och oförändrat ersättningsystem. Vad en eventuell avveckling av apoteksmonopolet skulle få för effekter på kostnadsutvecklingen är oklart och är därför inte med i framskrivningen.

Två områden som redan idag står för en stor andel av läkemedelskostnaderna och som dessutom förväntas öka snabbt under de kommande åren är cancersjukdomar och sjukdomar i immunsystemet samt sjukdomar i nervsystemet där det finns stora behov som dagens läkemedel ej botar effektivt.

Kostnader för läkemedel på rekvisition skulle enligt framskrivningen komma att utgöra 47 procent av de totala läkemedelskostnaderna 2025 jämfört med 23 procent 2007. Utvecklingen för de totala kostnaderna och per försäljningsätt kan, emellertid, påverkas av en rad faktorer såsom nya vårdformer och distributionssätt och är inte opåverkbar. Det går att på olika sätt dämpa ökningstakten!

Incitamenten för kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning kan stärkas ytterligare. De incitament som kopplats till användandet av *Kloka Listan* inom Primärvården är en bra början, men incitament till effektiv läkemedelsförskrivning bör även införas inom slutenvården. Läksak och Läkemedelskommittéerna har en viktig roll i detta arbete.

Generisk substitution på Apoteket är någonting som måste garanteras vid ett eventuell avskaffande av apoteksmonopolet. SLL kan också förhandla mer effektivt om läkemedelspriserna, särskilt när det gäller nya och dyra läkemedel och vid utökade indikationer. Även om ett läkemedel är patentskyddat kan det finnas alternativa likvärdiga behandlingar vilket kan utnyttjas för att skapa en konkurrenssituation. SLL bör även försöka samverka med andra sjukhusregioner vid upphandlingar.

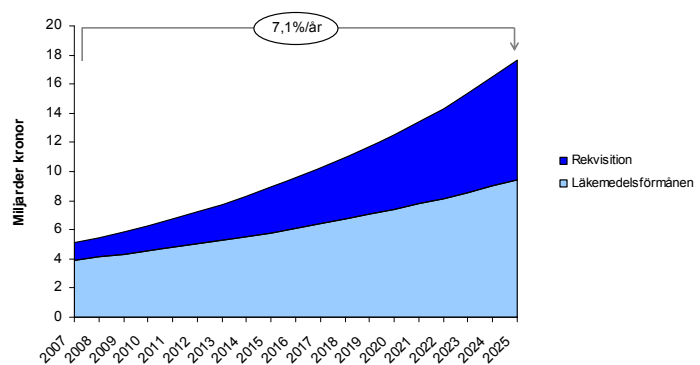
Kringkostnaderna för läkemedel, exempelvis "horizon scanning" och framtagandet av rekommendationer kan sänkas genom i möjligast mån centralisera dessa. (Se vidare avsnitt 6.6.2)

Mycket läkemedel överförskrivs, helt i onödan eller utan hänsyn till, eller kunskap om redan till patienten förskrivna läkemedel. Socialstyrelsen uppskattade 1999 att kostnaderna som följer av felaktig förskrivning och användning av läkemedel uppgick till 10 miljarder för hela landet. Om dessa problem var jämt fördelade över landet innebar det drygt 2 miljarder för Stockholms del. Idag kan kostnaderna vara ännu högre.

Individuella läkemedelsgenomgångar, särskilt med äldre multisjuka patienter vilket redan görs idag, kan förbättra effekten av ordinerade läkemedel samtidigt som de sänker de direkta och de indirekta kostnaderna av för hög läkemedelskonsumtion. Nationella patientjournaler skulle underlätta sådana genomgångar men de skulle även fungera förebyggande eftersom den förskrivande läkaren skulle vara garanterad en komplett bild av tidigare förskrivningar.

En mer generell metod att reducera problemet med överförskrivningar är att göra kostnaderna för läkemedlen synligare för patienten. Detta kan, utan att det får oönskade

Figur 6-3 Framskrivning av kostnaderna för läkemedel till 2025



Källa: LUs skattningar

fördelningseffekter, uppnås genom en kombination av högre och differentierade avgifter för läkemedel och vårdsparkonton på det sätt som diskuterats ovan.

Läkemedel mot vissa ovanliga sjukdomar kan vara extremt dyra och medföra svåra ekonomiska och etiska dilemma för enskilda vårdenheter. Beslut och finansieringsansvar för dessa fall bör därför centraliseras i landstinget och vid de mest extrema fallen till ett nationellt "Vårdförmånsverk".

Rent generellt finns det ett behov att utarbeta mer tydliga riktlinjer för när och hur nya dyra läkemedel ska användas och när de inte ska användas. Dessa riktlinjer bör tas fram i nära samarbete med professionen och kopplas till vårdprogram inom bl.a. palliativ vård och avancerad hemsjukvård. Om och när budgetansvaret för läkemedel decentraliseras är det viktigt att parallellt med det införa ett uppföljningssystem så att inte den medicinska kvaliteten blir lidande.

6.4 Upphandlings- och ersättningsmodeller

Vårdgivare som producerar vård för SLL kontrakteras och ersätts enligt en rad olika modeller. Sett till volymen levererad vård beställs huvuddelen. Ersättningarna för dessa beställningar bestäms i förhandlingar mellan beställare och utförare. En mindre del av vården upphandlas i konkurrens.

När det gäller den beställda vården ersätts vårdgivarna enligt ett antal olika modeller. En modell som förekommer i ett antal varianter innebär att totalersättningen är sammansatt av tre komponenter: en fast eller uppdragsrelaterad del, en produktionsrelaterad del samt en målrelaterad del. Modellen används för akutsomatisk slutenvård, geriatrisk vård, psykiatri, samt primärvård.

Grunden för den fasta eller uppdragsrelaterade ersättningen varierar dock samt dess andel av den totala ersättningen. För den akutsomatiska slutenvården är grunden av beställd volym vård uttryckt i DRG-termer. I primärvården är grunden för den fasta ersättningen (kapiteringen) antalet listade patienter. Inom geriatriken är grunden antalet personer 65 år och äldre som bor i upptagningsområdet. För psykiatri är det en blandning av "beställda volymer" av antalet patienter, antalet besök och antalet vårddygn.

Modellerna skiljer sig också åt när gäller styckpriset för de beställda volymerna. Inom primärvården är besöksersättning och den åldersviktade kapiteringen densamma för alla. Inom geriatriken finns det, förutom en åldersviktad standardiserad kapitering, "kompletterande uppdragsersättningar" som förhandlas fram individuellt för varje vårdgivare och där det saknas en enhetlig grund. Den produktionsrelaterade ersättningen är baserad på en förhandlad produktionsvolym uttryckt i DRG-termer och ett för varje vårdgivare framförhandlat individuellt DRG-pris. Samma sak gäller för den akutsomatiska vården (sluten såväl som övrig akutsomatisk vård); DRG-poängpriset, förhandlas fram individuellt med varje sjukhus. Se Tabell 6-4.

Specialister ersätts på basis av en årligen mellan Läkarförbundet och staten respektive mellan Läkarförbundet och SLL framförhandlad prislista för besök och ca 170 specificerade medicinska åtgärder. Någon fast ersättning utgår inte.

Tabell 6-4 Avtalade DRG-poängpriser 2008

Sjukhus	Kronor
Karolinska Universitetssjukhuset	38 810
Capio S:t Göran	36 557
Södertälje sjukhus	35 345
Södersjukhuset	34 720
Danderyds Sjukhus	33 740
Norrälje sjukhus	33 311
Ersta sjukhus	31 126

Källa: SLL, Avtalsdatabasen

Ytterligare en dimension där de olika ersättningsmodellerna skiljer sig åt är om det finns något tak för den totala ersättning och hur, i så fall, taket är utformat. Under senare år har med vissa mindre specificerade undantag, totalersättningen till akutsjukhusen varit begränsad till *beställd volym * avtalat DRG-poängpris*. Utöver beställd volym har ingen ersättning utgått. Under 2008 togs taket bort för akut slutenvård, dvs. akutsjukhusen får ersättning för all producerad vård utan volymbegränsning. För övrig vård på akutsjukhusen finns ett absolut tak. I psykiatrin minskar ersättningen med 90 procent över beställd volym. Besöksersättningen till husläkare (exklusive patientavgiften) trappas ned med 33 respektive 100 procent om antalet besök per listad patient överskrider vissa gränsvärden. Besöksersättningen till specialister trappas också ned men där är grunden för avtrappningen den totala arvodesintäkten.

Tabell 6-5 Sammanställning av ersättningsmodeller för köpt vård i SLL 2008

Vårdgren	Fast / uppdragsrelaterad ersättning			Produktionsrelaterad ersättning					Mårel. ers.	
	Andel %	Grund	Vikt	Andel %	Ersättningsgrund	Varierar mellan	Avräkning / fakturering	Tak	Minskning %	Andel %
Akutsjukhus, akut slutenvård	48,9	Beställd volym		48,9	DRG	AkutSjukhus	DRG-poängpris * vikt, kostnadsytterfall	Inget	0	2,2
Akutsjukhus, övrig vård	0			97,8	DRG	AkutSjukhus	DRG-poängpris * vikt, kostnadsytterfall	Beställd volym	100	2,2
Övriga sjukhus (upphandlad vård)	0			97,8	DRG	Avtal	Avtalat pris per specificerade DRG	Avtalad volym	100	2,2
Geriatrisk	50–70	Antal boende 65+ i området + individuell justering	Ålder	25–45	DRG	Avtal	DRG-poängpris * vikt, kostnadsytterfall	Beställd volym	100	4,2
Primärvård HLM	~40	Listade patienter	Ålder	~60	Prislista (i huvudsak besök)	Personal-kategori, lokal (hlm, hemmet)	Besök, åtgärd	Besök per listad patient	33, 100 – patientavgift	3,0
Specialister nationella taxan	0			100	Prislista (besök och åtgärd)	Specialitet	Besök, åtgärd	Totala ersättningen	50, 100	
Psykiatri	~ 75	Beställt antal: patienter, besök, vårddygn		~ 25	Prislista (patienter, besök, vårddygn)	Typ av besök vårdlängd	Faktiskt antal: besök, patienter, vårddygn	Beställning	90	3,0
Övriga vårdtjänster	olika Från 0-100%			Olika Från 0-100%	Avtalade tjänster	Avtal	Levererade tjänster	Volym eller pengar		

När det gäller den vård som upphandlas i konkurrens sluts avtal om mer eller mindre avgränsade vårduppdrag inom en eller flera specialiteter. Avtalen är satta i kronor för specificerade volymer av diagnoser/åtgärder uttryckta i DRG-termer.

Genom att dividera den avtalade prislistans priser med den DRG-vikt som är uträknad från KPP²⁰ för motsvarande vård på de fyra stora sjukhusen erhålls motsvarigheten till det DRG-poängpris som avtalas för de stora sjukhusen. Någon fast ersättning utgår normalt inte.²¹ Landstinget upphandlar också upp en rad medicinska kringtjänster, såsom laboratorieundersökningar och röntgen.

För en sammanställning av alla ersättningssystem se Tabell 6-5 ovan.

Av ovanstående beskrivning framgår att ersättningssystem i SLL, trots försök till ensning under senare år, är en mycket vildvuxen flora. Generellt kan sägas att sedan

²⁰ Kostnad per patient

²¹ Ersta sjukhus är ett undantag och ersätts med 48.9% fast ersättning, 48.9% prestationsersättning (DRG) och 2,2 % målrelaterad ersättning

”Stockholmsmodellen” infördes i början av nittioalet har ersättningssystemen kryssat mellan utformningar som stimulerat produktionen och utformningar som syftat till totalkostnadskontroll. Hur och när kursen har lagts om har berott på köernas längd och det finansiella läget.

Detta kryssande har varit och förblir mycket tydligt inte minst inom akutsjukvården. I utgångsläget utgick ersättning per producerad DRG. Detta ledde till minskade köer men också kraftiga totalkostnadsökningar och budgetöverskridande. Landstinget såg då inget annat val än att införa totalkostnadstak. Effekten blev att ersättningarna i praktiken omvandlades till fasta anslag, ordningen före införandet av stockholmsmodellen. Fastheten i dessa anslag blev det dock lite si och så med. I och med att systemet med avräkning på grundval av producerade DRG-poäng fortsatte kunde sjukhusen peka på att volymen beställd vård kunde vara uppnådd redan i säg, november, och för att kunna ta hand om inkommande patienter till årets slut krävdes ytterligare finansiella resurser. Historiskt har tillskottet oftast kommit året efter via beställaren men två år sköts dessa resurser till i form av ägartillskott.

År 2008 lades kursen återigen om. Taket togs bort för akut slutenvård vilken grovt räknat utgör ca 50 procent av den vård som produceras av akutsjukhusen. (För övrig vård som produceras av akutsjukhusen är taket fortsatt i princip absolut.)

Den ersättningsmodell för akutsjukhusen för 2009-2011 som antogs av Landstingsfullmäktige i oktober 2008 innebär en ny stagvändning. De två modellerna för akut slutenvård respektive övrig sjukhusvård ersätts med en ”knämodell” där marginalersättning för vård i spannet +/- 4 procent runt beställd volym ersätts till 30 procent av DRG-poängpriset. Över detta är marginalersättningen noll. En annan viktig förändring är att DRG-poängpriset kommer att vara detsamma för alla akutsjukhusen men att en differentierad och kompletterande s.k. strukturersättning istället utgår på samma sätt som i geriatriken. Tanken är att detta ska öka transparensen genom att tvinga fram en kvantifiering av kostnadseffekter av skillnader i uppdrag som motiverar skillnader i ersättning – och i förlängningen en (ned)justering av strukturkomponenten. Det återstår att se om detta verkligen blir resultatet. I geriatriken har det ännu inte hänt.

Ersättningarna till primärvården har också varierat över åren. Även här har man försökt hitta en väg mellan modeller som ger en god totalkostnadskontroll och modeller som stimulerar vårdproduktionen. Kapitering har från ett medicinskt perspektiv motiverats med att den ska stimulera husläkarna att ta ett helhetsansvar för sina patienter. Den har också den fördelen att totalkostnaderna blir relativt lätta att förutsäga och kontrollera. Problemet var att det inte gav/ger några incitament att faktiskt ta emot patienter, speciellt om/när denne är hänvisade till en mottagning i det område han/hon är skriven och inte kan ”rösta med fötterna”. Resultatet blev problem med tillgängligheten. Införandet av vårdval och ökningen av den produktionsrelaterade delen av ersättningen har i grunden ändrat på detta. Tillgängligheten har avsevärt förbättrats men till priset av ökade totalkostnader.

Tabell 6-6 DRG-poängpris för upphandlad vård

Vårdgivare	DRG-poängpris
Proxima Nacka (=Nacka närsjukhus)	29 211
Aleris Sabbatsberg närsjukhus	23 892
Aleris Järva närsjukhus	22 099
Aleris Handens närsjukhus	21 976
Stockholms Gynklinik	24 954
Gynspecialisten Kista	27 496
Uro-Clinic	23 936
SÖS sidoavtal (ortopedi)	16 818
Ersta sidoavtal (kirurgi)	19 495
Ersta närsjukhus (Södermalm)	18 236

Källa: SLL, Avtalsdatabasen

Det är viktigt att påpeka att de två poler som de olika ersättningssystemen kryssat mellan är *produktion* och *totalkostnadskontroll* och att ökad produktion inte nödvändigtvis innebär ökad *produktivitet*.

Den enda mekanism som stått tillbuds för att stimulera till / tvinga fram en ökad *produktivitet* på akutsjukhusen har varit den process där total vårdvolym och total ersättning förhandlats fram²². Att döma av de siffror om totalproduktivitetens utveckling som redovisas i *Öppna jämförelser 2008* har den mekanismen varit relativt framgångsrik de senast två åren men inte tidigare. En berättigad fråga är om HSNf under årens lopp ställt rimliga, i meningens tillräckligt höga, krav på produktionsvolym. Hade man gjort det så borde det ha hänt, fler än det fåtal gånger som det faktiskt inträffat, att sjukhus ej förmått nå upp till avtalad produktionsvolym.

Det är viktigt att notera att huvuddelen av alla avtal som avser akutsomatik, geriatrik och specialistvård är förhandlade avtal – till yttermera visso ofta framförhandlade mellan olika delar av SLL. Ersättningarna i primärvården och psykiatri bestäms i teorin ensidigt av Landstinget men i praktiken med hänsyn tagen till historiska totala ersättningar och husläkarmottagningarnas bedömningar.

För en del av den köpta vården – den som konkurrensupphandlas – är dynamiken fundamentalt en annan. En konsekvens är att de implicita DRG-poängpriser som redovisas i Tabell 6-6 ligger mellan 47 och 75 procent av dem som framförhandlats med Karolinska Universitetssjukhuset. Det finns skillnader i uppdrag och den overhead som följer med detta – jourverksamhet, etc. – som förklarar en del av prisdifferenserna; hur stor del är det idag svårt att avgöra. Case-mixen torde också skilja sig åt men man ska veta att de s.k. kostnadsytterfallen²³ inte ligger med i de DRG-poängpriser för de stora sjukhusen som redovisas i Tabell 6-4.

Det finns därför god anledning att tro att skillnaderna i DRG-poängpris i inte obetydlig utsträckning reflekterar skillnader i effektivitet och, framför allt i fallet Karolinska, sannolikt även en icke transparent finansiering av klinisk forskning. Den senare bilden av Karolinska bekräftas av en studie som beställts av HSN-förvaltningen där KPP för olika DRG jämförts mellan Karolinska Universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset i Lund och Sachsska Barnsjukhuset på SÖS. Studien visar på att kostnaderna på Karolinska i vissa fall är upp till tre gånger så höga som på Sachsska.

Tabell 6-7 KPP för olika sjukhus och DRG

Vårdgivare	Ulcerös colit	Epilepsi	Diabetes
Karolinska	38 127	21 924	25 409
Lund	19 933	16 432	19 200
Sachsska	13 019	9 182	12 122

I den kommunala äldreomsorgen, där konkurrensupphandling pågått under många år, har det visat sig att kostnaden per vård dygn i samma kommun reducerats med upp emot 25%, bara i de sista upphandlingarna. Jämfört med den ursprungliga situationen då entreprenaderna drevs i kommunal regi är kostnadssänkningarna varit ännu större utan att kvaliteten normalt blivit lidande.²⁴

Ovan redovisade erfarenheter stämmer väl överens med slutsatserna i breda akademiska studier kring upphandlingars effekt på sjukvårdskostnaderna²⁵. OECD, t.ex., redovisar i olika

²² 2008 sattes den mekanismen delvis ur spel i och med att taket för akutsomatisk slutenvård togs bort

²³ Kostnadsytterfall är vårdfall där den faktiska kostnaden överstiger ett visst "cut-off" värde som är framräknat så att kostnaden för 95 procent av fallen ligger under detta värde

²⁴ Undantag som bekräftar regeln finns naturligtvis.

²⁵ För en genomgång se Jordahl (2008)

landsstudier kostnadsbesparingar vid en övergång till upphandlade tjänster på mellan 15 och 33 procent.

Kostnadsbesparingarna förklaras i första hand av bättre ledning, flexibla arbetsmetoder, effektivare kapitalutnyttjande och högre innovationstakt. Konkurrensupphandling går oftast men inte nödvändigtvis hand i hand med privat drift. Och privat drift är normalt effektivare än offentlig men bara om kontrakten är rätt utformade och om företagen disciplineras av konkurrens på marknaden.

6.4.1 Vidareutveckling av kontrakts- och ersättningsystemen

Akutsomatik

Behovet av ersättningsmodeller som stimulerar till produktivitetsförbättringar, observerade tillkortakommande i nuvarande modeller och redovisade internationella erfarenheter talar för att Landstinget på sikt i mesta möjliga mån bör gå över till konkurrensupphandling av elektiv vård och att ersätta vårdgivarna utifrån de priser som bestäms i dessa upphandlingar.²⁶

För att konkurrensupphandling ska fungera väl krävs emellertid att det finns ett tillräckligt stort antal existerande eller potentiella leverantörer. För att vara garanterad detta bör upphandlingar i ökande utsträckning göras på en större detaljnivå: på DRG- eller KVÅ²⁷-nivån, för kluster av DRGn eller för olika vårdkedjor.

Det senare görs i begränsad utsträckning redan idag. Exakt vilken eller vilka grunder som är lämpligast är svårt att avgöra a priori och måste analyseras närmare. Det är också möjligt att en kombination är det optimala. De viktiga är att upphandlingen sker på en mer vårdnära nivå och att man kommer ifrån de stora heltäckande institutionsavtalen.

Tabell 6-8 Resultatet av ett antal nyliga upphandlingar i SLL

Område	Från	Besparing
Gastrointestinal endoskopi	2008-01-01	22 %
Medicinsk radiologi	2009-01-01	16 %
Somatisk specialistvård	2006-04-01	13 %
Lättakut ALB ²⁸	2007-09-01	30 %
Ortopedteknisk verksamhet	2009-01-01	3 %
Basal hörselrehabilitering	2008-01-01	38 %
Inköp av hörselapparater	2008-01-01	6 %

I faktarutan här intill redovisas den sänkning av kostnaderna som uppnåtts när ett antal vårdtjänster i Landstinget handlats upp. I vissa fall har besparingen åstadkommit när verksamheten upphandlats istället för att ersättningen framförhandlats med de gängse vårdgivarna. I andra fall avser besparingen den minskning av kostnaderna som åstadkommit vid en andra eller tredje upphandling när fler aktörer kommit in på arenan. Besparingen är räknad på samma volym som året innan utom för basal hörselrehabilitering där volymen ökade med 21 procent jämfört med året innan samtidigt som kostnaden minskade med 38 procent.

Källa: SLL, Avtalsdatabasen

Vårdtjänstbaserade upphandlingar skulle, på ett bättre och mer generellt sätt än utmaningsrätten, erbjuda möjligheter för nya aktörer att komma in på marknaden. Vissa vårdinsatser kräver det stora sjukhusets resurser medan andra lika väl och till ett lägre pris kan utföras av andra mindre vårdgivare. I andra fall kan de större vårdgivarna dra nytta av synergieffekter mellan olika vårdtjänster och därmed offerera lägre priser för ett kluster av

²⁶ Två nyliga domar i Regeringsrätten där förhandlade avtal med kommunala avfallsbolag förklarats strida mot upphandlingslagen kan för övrigt, såvida lagstiftningen inte ändras, göra det omöjligt att överhuvud ha förhandlade avtal med aktiebolagen Danderyds sjukhus och SÖS.

²⁷ Klassifikation av vårdåtgärd

²⁸ När den första upphandlingen gjordes underskattades tillströmningen av patienter vilket tvingat fram en omförhandling. Men den första upphandlingen innebar en besparing på 30 procent i förhållande till det kostnadsförslag som Karolinska ursprungligen lade fram.

tjänster. Det finns därför ingenting som, a priori, säger att en upphandling på en större detaljnivå behöver leda till en funktionell uppsplittring av sjukvården.

Om och i fall effekten av konkurrensupphandling skulle bli att antalet vårdgivare ökar, skulle det fortfarande vara möjligt att hålla samman vården i effektiva vårdkedjor med hjälp av en vårdmäklarfunktion stödd av ett nationellt bokningssystem av den art som diskuterats ovan. Vårdmäklarfunktioner finns redan inom den försäkringsfinansierade sjukvården där en sjuksköterska på försäkringsbolaget lotsar kunderna till den vårdgivare som passar bäst beroende på kundens besvär och önskemål. Men i och med att volymen vårdsökande ännu så länge är relativt begränsad likaså kretsen potentiella vårdgivare låter detta sig göra med relativt enkla hjälpmedel. En nationell vårdmäklarfunktion skulle vara en mer komplex verksamhet som skulle kräva ett helt annat systemstöd – ett heltäckande bokningssystem. Men de effektivitetsvinster som skulle kunna uppnås skulle stå i mer än proportion till insatsen. Vinsterna med en sådan funktion med ett sådant stöd torde för övrigt vara mycket stora oavsett hur upphandlingen utformas och vårdstrukturen utvecklas. Vårdkedjorna är inte särskilt effektiva idag, inte ens inom de stora landstingsdrivna sjukhusen och ännu mindre när fler vårdgivare är involverade.

Vårdtjänstbaserade upphandlingar skulle syfta till tecknande av ramavtal med en eller flera vårdleverantörer för leverans av specificerade vårdtjänster som tillsammans något understiger beräknat efterfrågade totalvolym. Avtalen utformas så att de innebär ett åtagande för vårdgivaren att sälja men inte för vårdköparen att köpa vårdtjänsterna. Resten av volymerna upphandlas på en spotmarknad när behov finns. Även vårdtjänster för sällanförekommande fall handlas upp spot.

Även akutvård kan handlas upp. Men där är det uppenbart att specialiseringen och koncentrationen inte kan drivas alltför långt. Kapacitet att ta emot brådskande akutfall måste finnas rimligt geografiskt spridd i länet. Det innebär att Landstinget måste avtala med fler vårdgivare och sannolikt till olika priser. Konkurrensupphandling, om den är rätt utformad, kan dock sätta press på vårdgivarna att leverera en bättre akutvård. Krav kan exempelvis sättas på omhändertagande inom en viss tid annars sänks ersättningen. Det skulle också vara möjligt att staffla ersättningen så att omhändertagande inom en viss tid ger viss ersättning, efter längre tid en lägre och så vidare. Sen är det naturligtvis viktigt att tydligt definiera vad man menar med omhändertagande.

Genom att ge ambulans- och annan personal information i realtid om beräknade väntetider och tariffer skulle man via det föreslagna nationella bokningssystemet också kunna styra inflödena på ett sätt som är såväl medicinskt som kostnadsmässigt effektivt. Ett automatiserat beslutstöd för detta kan och borde utvecklas för att hjälpa den som har att fatta beslutet vart man ska ta patienten.

Primärvård, specialistvård, geriatrik och psykiatri

Konkurrensupphandling har potentialen att resultera i ett för upphandlaren, Landstinget, ett mer fördelaktigt pris. Men upphandling är också förknippat kostnader för framtagande av upphandlingsunderlag, hantering, och bedömning av offerter. I vissa fall torde kostnaden för de senare aktiviteterna överstiga besparingen på priset. När detta inträffar beror på regelverket, rutinerna för att hantera detta samt det systemstöd som kan utvecklas för ändamålet.

Inom områdena geriatrik, psykiatri och rehabilitering upphandlas redan vårdtjänster vilket får tolkas som att vinsterna överstiger de administrativa kostnaderna. Frågan är om även primärvård bör upphandlas eller om Landstinget fortsatt skall sätta ersättningsnivåerna och justera dessa för att balansera utbud och efterfrågan. Det finns inget à-priorisvar på den

frågan. För mindre verksamheter är det möjligt att en auktorisationsmodell där Landstinget sätter raterna totalt sett är mer kostnadseffektiv än konkurrensupphandling. Men enda sättet att avgöra om det förhåller sig så är att räkna på det.

Oberoende av slutsatsen av en sådan utredning finns det anledning att överväga om det finns några rimliga skäl för att fortsatt utbetala en del av den totala ersättningen till husläkarna i form av kapiteringen. När kapitering infördes var den kopplad till ett områdesansvar. Efter införandet av vårdval finns, med ett par små undantag, inget sådant ansvar kvar. Det finns ej heller några konkreta och mätbara uppdrag kopplade till de listade patienterna. I någon mån kompenserar den åldersdifferentierade kapiteringen indirekt för att besök av patienter i olika åldersgrupper genomsnittligt tar olika lång tid. Ett mer direkt sätt att kompensera för detta vore att differentiera besöksersättningen efter ålder.

En ytterligare fråga som bör ställas är om det finns anledning att ha olika ersättningsmodeller för husläkarna och specialisterna. Med tiden har dessas uppdrag blivit mycket lika varandra: att behandla patienter som kommer till dem. Om husläkare ersattes enligt samma modell som specialisterna skulle förutsättningar skapas för en breddning av husläkarmottagningarnas vårdutbud och/eller en sammansmältning av de två vårdgivargrupperna till en diversifierad grupp första linjens vårdgivare.

Oberoende av om primärvårdens och specialisternas tjänster handlas upp eller om landstinget ensidigt fastställer prislistan är det viktigt att noga följa effekterna på vårdutbud, köer, medicinsk kvalitet, kundtillfredsställelse, etc. av förändrade etableringsförutsättningar, förändrade ersättningskonstruktioner – borttagande av kapiteringen t.ex. – och nivån på styckersättningen. Genom att proaktivt och kontinuerligt justera styckersättningen och andra parametrar i ersättningssystemet är det möjligt att approximera de effekter man skulle få av en konkurrensutsättning.

Målrelaterade ersättning och/eller specifika uppdrag

I alla typer av kontrakt, oberoende av om de är resultatet av en upphandling eller ett auktorisationsförfarande, finns det möjligheter att koppla en del av ersättningen till specificerade resultat eller beteenden. Detta görs redan idag men omfattningen av den målrelaterade ersättningen är begränsad; den varierar från 2,2 procent av totala ersättningen i akutsomatiken till 4,2 i geriatriken.

Att formulera bra indikatorer för vilka mål kan sättas är emellertid inte helt lätt.

Internationella utvärderingar visar också på mycket blandade resultat av användningen av målrelaterade ersättningar. I vissa fall har det gått att konstatera tydliga positiva effekter, i andra fall har effekten varit begränsade eller inte alls i proportion till den ersättning som utgått. En generell erfarenhet är att ersättningar som kopplas till förbättringar, eller som är direkt kopplade till nivån på en målvariabel, har större effekt än ersättningar som kopplas till uppnåendet av vissa målvärden (dvs. om man uppnår ett visst målvärde utgår ersättning, annars inte)

Målrelaterade ersättningar kan kopplas till vissa verksamheter eller till uppnådda medicinska resultat.

I 2008 års upplaga av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* presenteras 19 medicinska resultatindikatorer på sjukhusnivå. Statistik för ytterligare indikatorer på den nivån finns men redovisas inte. I princip skulle dessa indikatorer kunna fungera som utgångspunkt för effektrelaterade ersättningar. Problem skulle emellertid uppstå om man inte på ett adekvat sätt viktat för olikheter i ålderssammansättning, sjukdomsgrad, inskrivningspraxis etc. Det skulle kunna leda till oönskade beteenden hos sjukhusen, som att man undviker att ta emot svåra fall.

Ett omvänt sätt att skapa drivkrafter för att höja kvaliteten i vården är att låta sjukhusen själva stå för de kostnader som uppstår på grund av fel eller misstag i vården. Om, exempelvis, en patient skrivs in med lunginflammation och sedan får liggsår under vistelsen på sjukhuset ersätts sjukhuset för det första men inte för det senare. Men även här finns det risk för snedvridningseffekter om det inte görs rätt. Att konstruera medicinskt inriktade målrelaterade ersättningsystem är därför något som kräver ordentlig *à priori* analys och inte minst en kapacitet att följa upp, utvärdera och ompröva om effekterna inte blir de önskade.

Något enklare är det att konstruera ersättningsmodeller som premierar vissa beteenden. Dit hör t.ex. åtgärder som är av förebyggande karaktär som att kontrollera om astma- och diabetespatienter och kärlsjuka röker och, ifall de gör det, att sörja för att de styrs till ett rökavvänjningsprogram. Ett annat aktuellt fall är sjukhushygien där det kan finnas anledning att fundera på hur drivkrafter ska skapas för att uppnå permanenta förbättringar. Den här typen av fokuserad styrning kan hållas samman i specifika uppdrag med krav på redovisning och ersättning kopplad till utförda prestationer och/eller resultat.

Ett annat område som redan diskuterats är akutvård där ersättningen till en del skulle kunna bestå av en premie som kopplas till snabbheten i omhändertagandet, mätt t.ex. som door-to-door tid eller på något annat lämpligt sätt.

Idag används en rad modeller för att premiera olika typer av beteenden hos vårdgivarna i SLL. Det finns skäl att göra en ordentlig genomgång av dessa modeller för att analysera dess effekter och kostnader och för att bedöma om, och i så fall hur, de kan förbättras, utvidgas eller kompletteras. En sådan genomgång kan göras oberoende av övrig reformering av kontrakteringsformer och ersättningsmodeller.

6.5 Övergripande styrmodell och landstingets roll

Ända sedan de s.k. Stockholmsmodellen med en uppdelning i beställare och utförare infördes 1992 har fokus i styrningen pendlat mellan beställarstyrning och ägarstyrning.

Det grundläggande problemet i styrningen av hälso- och sjukvården är att beställarfunktionen i huvudsak (i varje fall i kronor räknat) varit just en beställarfunktion och inte en upphandlingsfunktion. Akutsomatiken från de stora sjukhusen har beställts och priset för leveransen bestämts i en förhandling där historiska faktiska kostnader och relativkostnader spelat en avgörande roll via KPP/DRG kalkylerna. Att totalkostnaderna i en sådan modell drar iväg om och när större eller mindre ”takluckor” öppnas är inget att förundra sig över.

Det faktum att avtalen med de stora akutsjukhusen förhandlas fram torde i sig också vara en bidragande faktor till att totalkostnadsutvecklingen blivit det den blivit. En förhandling är en konfliktsituation som blir ännu svårare att hantera när olika delar inom samma organisation ska förhandla med varandra. Att sätta hårt mot hårt mot kollegor på andra sidan bordet är inte lätt. När istället vård upphandlats i riktig konkurrens har kostnaderna för landstinget blivit helt andra vilket redovisades ovan.

Konkurrensupphandlad vård ställer emellertid stora krav på vårdproducenternas flexibilitet och dynamik. Att för landstingsägda vårdproducenter gå från vad som i praktiken blivit en anslagsfinansiering till att konkurrera på en verklig vårdmarknad är ett längre steg än det steg som organisationen och personalen på S:t Görans sjukhus hade att ta när ansvaret för driften kontrakterades ut. I och med att Karolinska, Danderyd och SÖS sätter produktivitetsribban kunde Capio relativt snabbt uppnå en rimlig lönsamhet genom ett antal ändringar i processer och organisation. 2005, exempelvis, hade Capio S:t Görans en rörelsemarginal på 6,4 procent med ett DRG-poängpris på 28 011 medan Danderyd och SÖS, med DRG-poängpris på 31 408 respektive 30 185, gick med underskott.

Den nuvarande styrmodellen försöker balansera ägarstyrning och beställarstyrning. I takt med att en allt större del av vårdproduktionen bedrivs av privata entreprenörer blir denna balans allt svårare att upprätthålla; den form av styrning som hänger ihop med ägarrollen kan utövas över en allt mindre del av vården. I samma takt växer den potentiella intressekonflikten mellan å ena sidan beställar/upphandlarsidan, vars uppgift är sörja för att stockholmarna får mesta och bästa vård för pengarna, och å andra sidan ägarsidan som har ett ansvar mot de landstingsägda vårdgivarna. Risken är att ägarsidan i en konkurrenssituation skulle kunna tänkas vilja påverka upphandlaren att på ett eller annat sätt favorisera de egna producenterna. En sak som måste stå klart för vårdproducenter på en marknad är att de bär det fulla ekonomiska ansvaret för sin verksamhet. De ska inte kunna räkna med att köparen, om det kniper, ska rädda dem på det sätt som landstinget gjort genom tillskjutandet av ägarbidrag.

För att skapa förutsättningar för en verkligt sund konkurrens inom vården bör SLL därför kliva av producentstolen. Det kan ske på flera icke varandra uteslutande sätt. När det gäller Nya Karolinska Solna föreslås längre fram att detta slås samman med KI och läggs under en nationell stiftelse.

När det gäller husläkarmottagningarna finns det rutiner för hur avknoppningar genomförs. På vilka villkor – graden av marknadsmässighet – en sådan avknoppning sker är en annan och separat fråga och är något som bör utredas. Situationen kan uppstå att några landstingsdrivna vårdcentraler inte vill ”knoppa av sig” men det går att lösa även om det kan innebära vissa omställningsproblem för personalen.

För de stora idag landstingsdrivna sjukhusen finns alltid möjligheten att, som med S:t Göran, låta privata aktörer ta över driften på entreprenad.²⁹ För att undvika att en aktör får för stor marknadsmakt bör det lämpligen vara olika vårdföretag. Entreprenaden skulle emellertid inte, i varje fall på sikt och till skillnad från idag, innebära några heltäckande institutionsbaserade beställningar och avtal med landstinget. Vård skulle handlas upp på det sätt som beskrevs ovan, dvs. på en betydligt mer detaljerad vårdtjänstnivå för att stimulera till nytänkande, organisatoriska förbättringar, nyetableringar och specialisering för att i slutändan ge lägre kostnader och högre kvalitet.

Om eller när en entreprenadlösning inte är möjlig av politiska skäl, skulle ett alternativ kunna vara att lägga ägarskapet för landstingsägda vårdgivare i ett holdingbolag som inte sorterar under HSN. Holdingbolaget skulle äga aktierna i de olika vårdbolagen. Både Danderyd, SÖS och S:t Erik är redan aktiebolag. Vårdcentraler som inte vill bli avknoppade finge också bolagiseras och läggas under holdingbolaget. Holdingbolaget skulle behöva ha motsvarigheten till ett stiftelsekapital för att hantera svängningar i intäkter och lönsamhet i de olika helägda vårdgivarna.

Med en renodling av styrning på det sätt som föreslagits ovan skulle den nuvarande beställarfunktionen inom HSNf i första hand bli en upphandlingsfunktion och för de områden där kontraktsformer baserade på auktorisation är lämpligare, kravställare och prissättare. Därutöver, skulle som idag, förvaltningen ha ansvar för uppföljning och kvalitetskontroll. Den senare rollen skulle bli ännu viktigare än idag för att Landstinget ska kunna försäkra sig om att man får vad man betalar för.

6.6 Ansvarsfördelning stat ↔ landsting ↔ kommuner

En av flera anledningar att se över rollfördelningen mellan staten och landsting är kostnadsutveckling i vården. Som kostnads- och intäktsframskrivningen visad kommer SLL

²⁹ Capio äger ju inte sjukhusbyggnaderna endast inkråmet och är arbetsgivare till personalen.

att tvingas till att ”vända på varje krona” för att sörja för att man lever upp till sitt kärnuppdrag – att svara för att invånarna i länet får adekvat vård.

Ett sätt att hushålla med de knappa finansiella resurserna är att till staten, eller någon annan central aktör, flytta över ansvar och finansiering av verksamheter som bättre och mer kostnadseffektivt kan utföras på nationell nivå. Det finns åtminstone fyra områden där detta torde vara fallet: universitetssjukhusen och klinisk forskning; kunskapsstyrning; beslut om vårdförmåner, samt delar av IT-stödet

Det finns också minst ett område där det finns skäl att tro att verksamheten kan bedrivas på ett mer effektivt sätt på kommunnivå: hemsjukvården.

6.6.1 Universitetssjukhusen och klinisk forskning

Den svenska kliniska forskningen har förlorat i kvalitet jämfört med andra länder under de senaste decennierna. Bredden på den svenska kliniska forskningen är fortfarande relativt bra, men spetsen saknas.

Det finns flera skäl till denna utveckling. Ett är den kluvenhet som finns när det gäller Universitetssjukhusens roll. Från landstingens perspektiv är produktionen av vård det fundamentala. Från forskningens horisont är det nödvändigheten att bedriva tillämpad medicinsk forskning och utbildning i högspecialiserad vård i en verklig klinisk miljö. Denna kluvenhet påverkar allt från inre finansiell styrning till organisationskultur och ledarskap. Risken är att universitetssjukhusen inte blir riktigt bra på vare sig det ena eller andra.

Karolinska Universitetssjukhuset är sannolikt – även efter det att alla brasklappar om uppdrag och case-mix tagits hänsyn till – det sjukhus som Landstinget per krona får ut minst vård av. En viktig bidragande orsak till detta torde vara att Landstinget indirekt, via den ersättning som utgår för vården, och på ett icke transparent sätt finansierar den kliniska forskning som bedrivs på sjukhuset. På sikt har naturligtvis klinisk forskning ett värde för patienter och skattebetalare genom den förbättring av vården som den leder till. Men det är inte endast befolkningen på de orter där universitetssjukhusen är belägna och där huvuddelen av den kliniska forskning bedrivs som drar nytta av forskningen. Och de ökade krav på vård som en åldrande befolkning kommer att ställa och den ökade konkurrens om landstingsskattekronorna som följer i och med detta gör det svårt att undvika frågan hur finansieringsbördan för den kliniska forskningen ska fördelas.

En förskjutning av den relativa finansieringsbördan från landstinget till staten skulle leda till en fördelning som står i bättre överensstämmelse med nyttan av forskningen. Det är viktigt att betona att det som föreslås är en förskjutning av finansieringsansvaret, inte en minskning av den totala finansieringen till klinisk forskning. Dessutom skapar en förskjutning av ansvaret i riktning mot staten bättre förutsättningar att styra finansieringen i syfte att öka slagkraften och kvaliteten i forskningen.

En förskjutning behöver heller inte innebära en total överflyttning. Man skulle kunna argumentera att avancerad klinisk forskning kan ge industriella spinn-off effekter och stimulera lokalt klusterbyggande. Den fysiska närheten till avancerad sjukvård är ju också till fördel för stockholmarna. Detta skulle tala för att värdlandstinget och värdlandstingets invånare bidrar proportionellt mer än övriga landsting och landstingsinvånare till den kliniska forskningen. Om man i Stockholm bedömer att så är fallet är det dock i skattebetalarnas intresse att Landstingets bidrag till finansieringen av den kliniska forskningen är fullständigt transparent och inte inbakat i vad som formellt är köp av vård.

Behovet av en transparent finansiering av den kliniska forskningen kommer att bli än mer akut med ett NKS vars tänkta profil är än mer forskningsinriktad än dagens Karolinska.

Visionen för NKS är inte fel. Sverige behöver ett modernt universitetssjukhus som tillsammans med den medicinska grundforskningen på KI skapar förutsättningar för att, som nav i ett koordinerat system av forskningsinstitutioner och universitetssjukhus, utveckla den spjutspetskompetens som gör att Sverige kan hävda sig internationellt. Frågan är i vilken utsträckning SLL ska ta ansvar för och finansiera denna satsning.

Men problemet är inte enbart Stockholms. Alla universitetssjukhus brottas med den dubbla rollen som forsknings- och utbildningsinstitution och som vårdproducent för i första hand den egna huvudmannen, landstinget i det län där sjukhuset är beläget. För att möta den internationella konkurrensen på forskningsområdet måste universiteten ses och styras som en nationell resurs. Det måste finnas styrmedel som gör det möjligt att koncentrera resurser för att uppnå en specialisering mellan universitetssjukhusen och därmed en större slagkraft totalt sett.

God klinisk forskning kräver också närhet till och god samordning med grundforskningen. I Stockholm har man kunnat dra nytta av den geografiska närheten mellan institutet och sjukhuset men också utvecklat samverkansformer för bättre styra forskningsresurserna inom och mellan de två institutionerna. Det naturliga vore dock att slå samman de två till en enda under samma huvudman. Liknande sammanslagningar har genomförts i andra delar i världen för att öka slagkraften. Exempelvis bildades 2007 *Imperial College Healthcare NHS Trust* genom en sammanslagning av fem sjukhus i London med Imperial Colleges medicinska fakultet. Huruvida en sådan sammanslagen institution även skulle innefatta Karolinska Huddinge bör utredas i särskild ordning. Det finns argument som talar för att avskilja Huddinge och ge det samma roll som DS och SÖS. Men det finns även argument som talar för att låta Huddinge följa med i en sammanslagning.

All klinisk forskning varken kan eller bör dock bedrivas på universitetssjukhusen. Mycket av forskningen kräver tillgång till ett stort patientunderlag vilket innebär att andra vårdgivare, allt från primärvården till vanliga akutsjukhus och inklusive nischade privata vårdgivare måste kunnas engageras. För det krävs det transparenta finansieringsmekanismer, mekanismer som i minimerar den gråzon mellan vårdproduktion och forskning som idag är ett problem för landstingen. Med en grundfinansiering från Staten skulle, exempelvis, ett sammanslaget NKS-KI kunna beställa tjänster kopplade till klinisk forskning direkt från de vårdgivare som är bäst lämpade för uppdraget, oberoende om de är landstingsdrivna eller drivna i privat regi. Så gör läkemedelsindustrin.

Det skifte av fokus från volymproduktion av vård till klinisk forskning och högspecialiserad vård som ligger i visionen för NKS innebär inte att NKS blir mindre intressant för SLL ur ett vårdproduktionsperspektiv. Landstinget kommer sannolikt att för lång tid framöver vara den största konsumenten av den högspecialiserade vård som NKS kommer att stå för. Men, återigen, det kräver inte att SLL är huvudman för NKS. Istället bör Landstinget handla upp vård från sjukhuset i konkurrens med alla andra vårdgivare där detta är möjligt. Om ersättningssystemet konstrueras på rätt sätt finns det inga skäl varför ett högspecialiserat universitetssjukhus behöver konkurreras ut av nischade vårdproducenter när det gäller just den högspecialiserade vården och de tunga vårdfallen. Konkurrenterna på det området kommer snarare och i första hand att vara andra universitetssjukhus i och utanför Sverige. Och där måste ambitionen vara att den sammanslagna institutionen ska vara konkurrenskraftig, även prismässigt. Stordriftsfördelar bör också skapa goda förutsättningar för NKS att vara konkurrenskraftigt på volymvård. Vidare skulle en ordentlig statlig grundplåt för att finansiera forskningen lyfta av en del av den overhead som tynger dagens Karolinska Universitetssjukhus och därmed utjämna spelplanen.

Hur borde då ett huvudmannaskap för ett sammanslaget KI-NKS konkret se ut? De allra flesta universiteten och högskolorna är myndigheter med staten som huvudman. Två undantag finns dock, Chalmers Tekniska Högskola och Högskolan i Jönköping som är stiftelsehögskolor. Skolorna ägs av stiftelser som tilldelades ett stiftelsekapital där källan var löntagarfonderna när dessa avvecklades.

En radikal lösning vore att samla ägarskapet till alla universitetssjukhusen i en nationell stiftelse där varje sjukhus är organiserat som ett fristående bolag. En sådan lösning skulle i princip göra det möjligt att mycket handfast styra resurser på ett sätt som leder till specialisering mellan sjukhusen och ökad produktivitet i såväl forskning som vårdproduktion.

Beslut har fattats av Landstingsfullmäktige att NKS ska byggas och att en funktionsupphandling i offentlig privat samverkan, s.k. OPS-upphandling, ska genomföras. Detta förhindrar dock inte att Landstinget och Staten i ett senare skede kommer överens om att ansvaret för NKS förs över till en central huvudman. Detta skulle innebära att staten / stiftelsen tar över som kontraktspart gentemot det företag eller konsortium som vinner uppdraget att uppföra, äga och drifva det nya sjukhuset samt tar över de avtal som reglerar den kliniska verksamheten och de verksamhetsnära tjänsterna.

6.6.2 Kunskapsstyrning

S.k. kunskapsstyrning bedrivs i dag på såväl statlig som landstingsnivå. *Statens beredning för medicinsk utvärdering* (SBU) utvärderar nya metoder och tekniker och lägger grunden för de riktlinjer som *Socialstyrelsen* publicerar. Socialstyrelsen driver därutöver ett antal projekt inom vårdområdet av strategisk betydelse. Två sådana är Nationell Informationsstruktur (NI) samt översättningen och implementering av Snomed CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms), ett internationellt begreppssystem för att enhetligt beskriva och kategorisera kliniska termer och begrepp inom hälso- och sjukvården.

Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Läkemedelsverket ger därutöver bl.a. ut behandlingsrekommendationer för ett drygt sextiotal åkommor. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets* främsta uppgift är att pröva om ett läkemedel eller en förbrukningsartikel ska ingå i läkemedelsförmånerna och subventioneras av samhället.

Utvecklingen av *Kvalitetsregister* har startat och utvecklats som en gräsrotsrörelse för att fylla det tomrum som avsaknaden av gemensamma primära uppföljningssystem inneburit. År 2008 får 64 register dela på 48 mkr från *Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister*. Utöver dessa register finns det register på nationell eller landstingsnivå som landstingen betalar för. I takt med utvecklingen på IT-området kombinerat med det arbete som görs för att utveckla en standardiserad terminologi skapas förutsättningar för standardiserade och åtkomliga journalsystem som även möjliggör insamlandet av all data som idag samlas in med olika ansatser och olika tekniker.

Institutioner liknande de som finns på nationell nivå har också skapats på regional och landstingsnivå. Inom SLL, finns inom ägarfunktionen medicinskt programarbete (MPA) som också ansvarar för regionala vårdprogram, patientsäkerhet, vårdbeskrivningar, terminologi, m.m.³⁰ Sedan år 2000 har det tagits fram ett fyrtiotal regionala vårdprogram. Inom SLL finns också *Läkemedelscentrum* som bl.a. ger ut *Kloka Listan*. Nämnas kan också *Specialläkemedelsprojektet* som syftar till att utforma en modell för att identifiera, prognostisera och selektera vilka läkemedel som skall bli föremål för en strukturerad introduktion och uppföljning i hela landstinget.

³⁰ Centret är nu uppdelat i två funktionsområden inom landstingsstyrelsens förvaltning

Som den korta genomgång illustrerade finns det betydande överlappning mellan nivåerna. Dessutom dupliceras många aktiviteter i alla eller flera landsting. Exempelvis verkar alla landsting eller regioner med självaktning ta fram lokala vårdprogram. Varje region har också ett onkologiskt centrum. I andra fall utförs ett arbete inom ett enskilt landsting, såsom som *Specialläkemedelsprojektet* i SLL, där resultatet är av till gagn för alla landsting.

Det finns med andra ord stora vinster att göra med en centralisering en stor del av de aktiviteter som idag bedrivs inom området kunskapsstyrning. Vinsterna består dels i att det går att accelerera utvecklingen på ett antal områden där den kollektiva nyttan är stor, såsom kvalitetsregistren, dels i rena besparingar för berörda landsting, förutsatt att man är handlingskraftig nog att faktiskt skära bort eller minska ned dessa aktiviteter.

Andra verksamheter är utomordentligt viktiga för att kontrollera kostnadsutvecklingen i vården och bör därför ligga på nationell nivå. Detta gäller inte minst det arbete som görs inom *SBU* och *Läkemedelsverket*. Ökade resurser till denna verksamhet skulle eliminera behovet av likartad verksamhet på landstingsnivå och avkastningen i form av en dämpad ökning av vårdkostnaderna torde vara mycket hög.

6.6.3 Beslut om vårdförmåner

En konsolidering av Socialstyrelsens riktlinjer, Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer och alla regionala och lokala vårdprogram skulle lägga en god grund för ett utvidgat Tandvårds- och läkemedelsförmånsverk, ett "Vårdförmånsverk". Ett sådant verk skulle ha till uppgift att fastställa subventionsnivåer och patientavgifter i vården, dvs. för alla landsting. I och med att patienter har rätt till att söka vård var som helst i landet och ökande utsträckning faktiskt kommer att göra det fordras att denna typ av beslut fattas centralt.

6.6.4 IT-stöd

Landstingens samlade IT- kostnader i vården uppskattas att 2006 ha uppgått till ca 6 Mdr kronor vilket utgjorde 2,8 procent av landstingens totala omsättning. I SLL var motsvarande siffror 1,2 miljarder kronor eller 3,1 procent av den totala omsättningen av hälso- och sjukvård

På nationell nivå bedrivs utveckling av gemensamt IT-stöd inom ramen för *Den nationella IT-strategin*. Arbete bedrivs inom sju områden: lagar och regelverk, informationsstruktur, teknisk infrastruktur, samverkande och verksamhetsstödjande IT-system, åtkomst till information över organisationsgränser, samt tillgänglighet för medborgarna. För att leda arbetet med de gemensamma informations- och IT-tjänsterna inom den *Nationella IT-strategin för vård* har skapats en särskild *Beställarfunktion* med ett kansli med sin bas på SKL. Landstingen bidrog 2008 med totalt 216 mkr till detta arbete medan staten sköt till 113 mkr. Resurserna är, sålunda, totalt ca fem procent av vad landstingen enskilt lägger ned på IT.

Framtagandet av den nationella IT-strategin för vård och omsorg är ett lovvärt initiativ. Det som möjligen kan ifrågasättas är den initiala prioritering av de infrastrukturella frågorna, säkerhetslösningar och infrastruktur som gjorts på bekostnad av funktionalitets- och innehållsfrågor. Den vision som målas upp på det senare området är relativt modest.

I denna rapport och i de underliggande delrapporterna har lyfts fram de potentiella vinsterna med ett nationellt vårdbokningssystem samt det akuta behovet av enhetligt strukturerade och överalltifrån åtkomliga patientjournaler. De senare skulle också lägga en bättre grund för nationella kvalitetsregister och utgöra en guldgruva för den kliniska forskningen. Vårdbokningssystem finns inte alls med i visionen för den nationella IT-strategin och ambitionen när det gäller patientjournaler begränsar sig, i varje fall i ett första steg, till en nationell patientöversikt.

En annan fråga är om tillräckliga resurser är tillsatta för realisera ens den nuvarande begränsade visionen inom rimlig tid. Som en jämförelse kan nämnas att the National Health Service (NHS) i Storbritannien investerar ca 30 miljarder kronor per år i en utveckling av det nationella IT-stödet för vården – i relativa termer nästan fjorton gånger så mycket som läggs på IT-utveckling på nationell nivå i Sverige.

Hur skulle då resurserna kunna ökas? En metod vore en ”matching-grant” modell där staten, exempelvis, skjuter till 300 mkr mot att landstingen gemensamt ställer upp med t.ex. tre gånger så mycket. För SLLs del skulle det innebära att bidraget till det nationella arbetet fyrdubblades. Å andra sidan skulle det, i varje fall på sikt, gå att reducera landstingets egna kostnader med mycket mer än så.

6.6.5 Hemsjukvård

Kommunerna har sedan den s.k. Ädelreformen som genomfördes 1992 huvuddelen av ansvaret för långvarig vård av äldre och personer med funktionsnedsättning. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med kommunal dagverksamhet.

När det gäller hemsjukvård är det landstingen som primärt ansvarar för den verksamheten. Ett landsting kan dock träffa avtal med en kommun inom landstinget om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till kommunen. År 2007 hade drygt hälften av landets 290 kommuner ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Landstingets har fortfarande möjlighet att erbjuda kompletterande hemsjukvård i sådana kommuner.

Kommunerna som ingår i Stockholms län har ett hälso- och sjukvårdsansvar upp till och med sjuksköterskenivå inom de särskilda boendeformerna, dagverksamheterna samt korttidsvården. I hälso- och sjukvårdsansvaret ingår också ansvar för rehabiliteringsinsatser. Landstinget har ansvaret för läkarinsatser och det ska finnas läkare knutna till alla vård- och omsorgsboenden. SLL ansvarar för basal hemsjukvård, avancerad hemsjukvård, demensutredning, sluten geriatrisk vård samt specialiserad palliativ slutenvård. En del av denna sjukvård ingår i och regleras av avtal med husläkarmottagningar medan andra delar ingår i avtal om geriatrisk vård.

I *SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård* föreslås att en huvudman, kommunen, ska ansvara för hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser, i såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård. I detta ingår integrerade sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende samt dagverksamheter och korttidsplatser. Man föreslår vidare att alla insatser inom hemvården ska åvila vistelsekommunen och att landsting och kommuner ska ha en lagstadgad skyldighet att samverka kring vården av enskilda personer med sammansatta vårdbehov vilka behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingens primärvård och kommunernas hemvård. Tanken med en överflyttning av ansvaret att det ska leda till en bättre hemsjukvård samtidigt som de totala kostnaderna genom bättre samordning med den övriga omsorgen på sikt sänks.

I de landsting som flyttat över ansvaret för hemvården till kommunerna har skiftet av finansieringsbördan lösts genom en skatteväxling.

Frågan huruvida hemsjukvården ska kommunaliseras även i Stockholms Län bör utredas.

7 Sammanställning av förslagen

Tabellen nedan innehåller en sammanställning av de förslag som presenterats i texten.

För varje rekommendation föreslås vilken prioritet som (1 – 3, där 1 är högst) som bör ges ett genomförande. Bakom denna viktning ligger en mycket tentativ bedömning av vilka effekter som ett genomförande skulle få på Landstingets ekonomi och/eller på vårdens kvalitet inklusive dess tillgänglighet.

För varje rekommendation anges vilken nivå som äger frågan: enskilda vårdgivare, Landstinget eller Staten. I vissa fall krävs flera nivåers medverkan.

Vissa förändringar kan förväntas ta längre tid att genomföra därför att det är mer genomgripande eller involverar andra aktörer än SLL. Inom vilken tidshorisont en förändring borde vara möjlig att genomföra anges i kolumnen ”sikt”. Med K (kort sikt) avses inom två år. Med M (medellång sikt) avses inom sex år, medan med L (lång sikt) avses inom tio år. Flera av förslagen hänger logiskt ihop vilket bör beaktas vid eventuella beslut om genomförande.

Tabell 7-1 Sammanställning av förslagen

Mer vård för pengarna Rekommendation	Prioritet	Sikt	Äger frågan		
	1- 3	K/M/L	Vårdg.	SLL	Staten
Överge beställar-utförarmodellen för vården och övergå till en renodlad upphandlingsmodell för akutsomatik, geriatrik och psykiatri. För primärvård och specialistvård analysera för- och nackdelar med upphandling kontra auktorisation.	1	M		√	
Ersätt de nuvarande förhandlade institutionsbaserade avtalen med de stora akutsjukhusen med konkurrensupphandling av enskilda DRG eller kluster av DRGn, vårdkedjor, eller på annat sätt specificerade vårdtjänster. Komplettera ramavtal med upphandling av vård på en spotmarknad. För sällanförekommande fall där det är svårt att avtala om ett pris i förhand, ersätt vårdgivaren för faktisk kostnad utifrån ett i förväg överenskommet timpris / fast pris. Där transaktionskostnaderna för upphandling är för stora kontraktera på grundval av en auktorisation	1	M		√	
Avveckla Landstingets direkta produktionsansvar för vården genom avknoppning/utförsäljning, genom att lägga ut driften på entreprenad eller, om det bedöms angeläget att behålla att ägandet, genom att samlas detta i ett holdingbolag med en fristående styrelse.	1	M		√	
Fortsätt konsolideringen av IT inom SLL och satsa ordentligt med resurser på utveckling och drift av nationella journalsystem, system för vårbokning samt tracking-, fakturerings- och betalningssystem för vården	1	M		√	√
Stimulera de landstingsdrivna sjukhusen att utveckla sin personalpolitik på ett sätt som gör det lättare för läkare att göra lönemässig karriär utan att bli chef och för andra läkare och andra professioner att bli chefer utan att göra akademisk karriär	1	M	√	√	
Slå samman NKS och KI och lägg under en nationell stiftelse tillsammans med övriga universitetssjukhus och är det möjligt handla upp vård från den sammanslagna NKS-KI i konkurrens med andra vårdgivare. Utred huruvida Huddinge Sjh bör ingå i eller särskiljas från en sådan sammanslagen institution.	2	M		√	√
Stimulera till förbättrade inre processer på sjukhusen genom applicering av lean- eller liknande analys- och	2	K	√	√	

Mer vård för pengarna

Rekommendation	Prioritet	Sikt	Äger frågan			
			1- 3	K/M/L	Vårdg.	SLL
processförbättringsverktyg						
Stimulera utförarna att införa individuella mätningar, jämförelser och uppföljningar samt prestationsbaserade löner och/eller bonus för att tydliggöra relationen mellan arbetade timmar och levererad vård och för att stimulera till högre produktivitet	2	K	✓	✓		
Utvärdera effekter av och kostnader för SLLs alla olika modeller för målrelaterad ersättning för att bedöma om, och i så fall hur, dessa kan förbättras och/eller utvidgas	2	K		✓		
Utforma den målrelaterade delen av ersättningen till sjukhusen på ett sätt som stimulerar till en med patientflödena väl synkroniserad schemaläggning av all sjukvårdspersonal inklusive läkare	2	K	✓	✓		
Utveckla modeller som ger incitament till kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning inom slutenvården	2	K		✓		✓
Utred möjligheterna att flytta över ansvaret för hemsjukvården till kommunerna	2	K		✓		
Utveckla rutiner för en mellan hemsjukvården, primärvården och sjukhusen samordnad hantering av multisjuka	2	M	✓	✓		
Formulera en investeringsstrategi för medicinteknik i SLL	2	K	✓	✓		
Gör en kombinerad konsekvensanalys av NKS, ny 3 S och vårdplatsutredning	2	K		✓		
Formulera uppdrag och utveckla ersättningsmodeller för att stimulera vårdgivarna att arbeta förebyggande	2	K		✓		
Differentiera besöksersättning till husläkare efter åldersgrupp.	3	K		✓		
Ersätt husläkare och specialister enligt samma modell för att ge möjligheter för husläkarmottagningarna att diversifiera sin verksamhet.	3	K		✓		
Använd uppdragsersättning i primärvården, geriatriken och psykiatrien enkom för faktiska och verifierbara generella uppdrag.	3	K		✓		
Avskaffa kapitering i primärvården men differentiera besöksersättningen efter ålder	3	K		✓		
Utveckla tydligare förskrivningsriktlinjer och koppla dessa till vårdprogram	3	M		✓		✓
Inordna SLLs <i>Vårdguiden på nätet</i> i det nationella <i>Vården på Webben</i> .	3	K		✓		
Ställ krav på en fullödig tidredovisning och uppföljning av produktivitet (output/input) från all utförare	3	K	✓	✓		
Höj kraven på kvalitetssäkring för de vårdgivare som auktoriseras inom Vårdval Stockholm och koppla ersättningen till en kvalitetsrankning	3	K		✓		

Dämpning av efterfrågan på vård	Prioritet	Sikt	Äger frågan		
			Vårdg.	SLL	Staten
Rekommendation	1- 3	K/M/L			
Gör en översyn av nuvarande uppsättningen patientavgifter för att förbättra den interna konsistensen	1	K		√	
Vidareutveckla <i>Sjukvårdsrådgivningen</i> till en nationell vårdmäklarfunktion.	1	M		(√)	√
Ge husläkarna en roll som en andra nivåns lotsar inom denna vårdmäklarfunktion. Inför ersättning för preventiva vårdinsatser	1	M		√	√
Differentiera patientavgifterna efter åkomma, vårdinsats i förhållande till rekommenderat vårdprogram, vårdgivare, tillgänglighet och service	1	L		(√)	√
Gör Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket till ett "Vårdförmånsverk".	2	K			√
Ta fram en riskprofil för varje listad person i primärvården och utifrån denna lägg upp ett individuellt program av åtgärder för att påverka levnadsvanorna hos högriskindivider.	2	M		√	
Ge arvoderade uppdrag till husläkarna att göra regelbundna individuella läkemedelsgenomgångar med patienter med många förskrivningar	1	K		√	
Centralisera omvärldsbevakning, medicinsk utvärdering och utarbetande av riktlinjer och vårdprogram	3	M		√	√
Utveckla kvalitetsregister inom områden där dessa saknas, exempelvis för astma och för primärvården generellt och för psykiatrin	3	K		(√)	√
Ersätt den nuvarande administrativa hanteringen av vårdgarantifall med vårdcheckar.	3	K		√	(√)

Mer pengar till vården	Prioritet	Sikt	Äger frågan		
			Vårdg.	SLL	Staten
Rekommendation	1- 3	K/M/L			
Analysera möjligheterna att införa vårdsparkonton som fylls på med skattemedel och som enbart kan användas för att betala för vård och i samband med detta höja patientavgifterna	1	L			√
Analysera möjligheterna att lagstifta om krav på life-styleförsäkringar med ett försäkringsskydd för sjukvård.	2	M			√

8 Bibliografi

- Aidemark, L-G och Lindkvist, L (2006). *Från förvaltning till bolag : Erfarenheter från två sjukhus. Nationellt forskningsprogram om sjukvårdens förändringar.* Calltorp, J. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Almega; *Patienträttigheter i Sverige och övriga Norden; 2006*
- Anderson, D., R.W. Whitmer, and R. Goetzel, *The relationship between modifiable health risks and group-level health care expenditure, American Journal of Health Promotion, 2000. 18 p 45-52*
- Andersson, D (2007). *Högst angeläget fokusera på tre områden - Rådgivning, diagnostiska åtgärder och läkemedelsordination. Läkartidningen 104(4): 238-239.*
- Andersson, Fredrik; *Offentlig upphandling, ramavtal och auktionsteori; Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie: 2006:4*
- Anell, A (2005). *Primärvård i förändring. Lund, Studentlitteratur.*
- Anell, A (2007). *Varför är det så svårt att styra sjukvården? Vem styr vården? Blomqvist, P. Stockholm, SNS.*
- Anell, A (2008). *Vårdval i primärvården - Modeller och utvecklingsbehov. Lund, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet. (Skriftserie 2008:1)*
- Anell, A (2008). *Vårdval i primärvården - presentation KEFU seminarium. KEFU seminarium om vårdvalsmodeller, Ekonomisentrum Lunds Universitet.*
- Anell, A, Glenngård, A (2007). *Vacciner i Sverige – ett hälsoekonomiskt perspektiv. Lund, IHE. (IHE Rapport 2007:1) (http://www.ihe.se/publiceringar/IHE_Rapport_2007.pdf)*
- Anna Häggqvist m.fl, *Vård på lika villkor, SLL*
- Ansvarskommittén, *Hälso- och sjukvården och dess utmaningar*
- Apoteket (2008), *Läkemedelsutvecklingen 2007*
- Apoteket AB (2008). *Läkemedelsutvecklingen 2007. Stockholm, Apoteket AB. (<http://www2.apoteket.se/NR/rdonlyres/F6816CEA-6B1F-4338-9483-A03AF97BA32E/0/Årsrapportny080519.pdf>)*
- Arthur D. Little (2008) *Intervjuer inom SLL samt läkemedelsindustrin*
- Arthur D. Little AB (2008), *Intervjuer med SPESAK, ledande läkare/klinikchefer inom analyserade fält, ekonomiansvariga mm (ca 40 st)*
- Barnum, H, Kutzin, J, Saxenian, H (1995). *Incentives and Provider Payment Methods. International Journal of Health Planning and Management, 10(1): 23-45.*
- Björklund, Jan-Åke; *Förändrad regional indelning; Redovisning av uppdrag att samordna diskussioner om förändrad regional indelning, Promemoria, Finansdepartementet 2008-05-26*
- Blomgren, Gunnel, Marion Lindh m.fl. *Lessions Learned Rapport 11, Förf Gunnel Blomgren, Marion Lindh m.fl.*
- Blum, K (2007) *"Care coordination gaining momentum in Germany." Health Policy Monitor*
- Boerma, WPP (2001). *GP home visiting in 18 European countries - Adding the role of health system features. . European Journal of General Practice. 7(4): 132-137.*
- Browne, J, Jamieson, L, Lewsey, J, et al. (2008). *Case-mix & patients' reports of outcome in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS providers. BMC Health Services Research 8(78).*
- Bunn, F, Byrne, G, Kendell, S (2004). *Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane. (The Cochrane Database of Systematic Reviews)*
- Burrill & Co., *Biotech 2007 - Life sciences: A global transformation, San Francisco, Burrill Life Science Media Group*
- Busse, R, Riesberg, A (2004). *Health Care Systems in Transition - Germany. Brussels, European Observatory on Health Care Systems.*
- Busse, Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, och Christian Gericke, *Health Analyzing Changes in Health Financing, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network*
- Bäckstrand, KE (2006). *Myter och fakta om privat driven vård och omsorg i Sverige. Stockholm, Vårdföretagarna. Capio S:t Görän; Årsredovisning för 2005*
- Carelink; *Regelverk för elektronisk interoperabilitet inom Vård och omsorg*

- Centrum för folkhälsa (2007), *Hälsa och livsvillkor bland socialt utsatta grupper i Stockholms län, rapport 2007:5*
- Centrum för folkhälsa, SLL (2005), *Den framtida ohälsan, rapport 2005:3*
- Centrum för folkhälsa, SLL (2007), *Försämrad hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 1998 till 2002, rapport 2007:8*
- Centrum för folkhälsa, SLL (2007), *Sjukdomspanoramat i en åldrande befolkning, rapport 2007:1*
- Centrum för folkhälsa, SLL, *Förslag till behovsindex för resursfördelning 2008-2010*
- Chalder, M, Sharp, D, Moore, L, Salisbury, C (2003). *Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: time series analysis. BMJ 326: 532.*
- Chalkley, Martin, James M. Malcomson; *Government Purchasing of Health Services; Chapter 15, Handbook of Health Economics, Volume 1, Edited by A.J. Culyer and J.R Newhouse; 2000; Elsevier Science B. V University of Oxford, UK*
- Charlotta Levay, Caroline Waks, *Strävan efter transperens, SNS Förlag*
- Chauvette, M (2003). *Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada., Canadian Health Services Research Foundation*
- Chen, P, Burström, B (2005). *Betydelsen av resavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare i Stockholms läns landsting. Stockholm, Stockholms läns landsting, Socialmedicin. (Rapport 2005:2)*
- Christian A. Gericke, Matthias Wismar, Reinhard Busse, *Cost-sharing in the German Health Care System*
- Cowen SG (2007), *Therapeutic categories outlook*
- Dagens Nyheter (2007-10-24). *Privat barnsjukhus i Stockholm. Dagens Nyheter.*
- Daley, C, Gubb, J (2007). *Health reform in the Netherlands, Civitas, Institute for the Study of Civil Society.*
- Daley, Claire och James Gubb; *Health reform in the Netherlands, Civitas 11/2007*
- Daley, Claire och James Gubb; *Health reform in the Netherlands, Civitas 11/2007*
- Danske Regioner; <http://www.sygehusvalg.dk/>
- Danske Regioner; <http://www.regioner.dk/DanskeRegionerWeb/OmDanskeRegioner.aspx>
- Department of Health (2002). *NHS Executive: Growing Capacity: independent sector diagnosis and treatment centres. London.*
- Docteur, Elizabeth Docteur and Howard Oxley, *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience, OECD health working papers*
- Docteur, Elizabeth, and Howard Oxley; *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience; OECD 2003*
- Edebalk, Per Gunnar Edebalk och Marianne Svensson (2005), *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet, Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, Tema Nord 2005:507*
- Edwards, Nigel Edwards; *Using markets to reform health care, BMJ*
- Edwards, Nigel; *Using markets to reform health care; BMJ Volume 331, 17 December 2005*
- Effektivitet i ledning, Bengt Karlöf*
- Ekelund, M (2004). *Konkurrens på sjukvårdsmarknaden, Konkurrensverket.*
- Elofsson, S, Undén, A-L, Krakau, I (1998). *Patient charges: a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care. Social Science & Medicine 10(46): 1375-1380.*
- Enheten för Socialmedicin, SLL (2004), *Sociala skillnader i vårdutnyttjandet, rapport 1/2004*
- Ericsson, Carl-Göran, Per Anders Flordal m.fl.; *Kvalitets- och kostnadshöjning i vården på Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB 2007-2008 [Delrapport] / förf. Carl-Göran Ericsson, Per Anders Flordal m.fl.*
- Erixon, O (2006). *Konkurrensutsätt den offentliga sektorn – en potential för tillväxt, Svenskt Näringsliv.*
- Erlandson, Björn-Erik Erlandson, *Medtech products from ideas to the market, MedTech Business Review*
- Ernst & Young (2007), *Beyond Borders – Global Biotechnology report 2007*
- Eurobarometer (2008). *Health and long-term care in Europe. Report summary. Bryssel, European Commission. European Observatory on Health Systems and Policies; Social health insurance systems in western Europe*
- Falkenhall, B, Zackrisson, B (2007). *Sjukvårdssektorns tillväxtpotentialer -En studie av erfarenheter från Kanada och USA. Östersund, ITPS, Institutet för tillväxtpolitiska studier.*
- FDA (2008), *FDA Alerts Health Care Providers to Risk of Suicidal Thoughts and Behavior with Antiepileptic*

- Medications, publicerad 2008-01-31*
- Finansdepartementet (2003), LU 2003 Bilaga 7, Regeringskansliet
- Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur, 2003.
- Forum för småföretagsforskning (2006), Den svenska sjukvården - hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården, FSF 2006:2
- Fölster, Stefan, O. Hallström, A. Morin, M. Renstig Ekerlids, Den sjuka vården
- Fölster, Stefan, Ola Kahlström, och Anders Morin; Ökad konkurrens för kortare köer - recept för sjukvården?; Juli, 2002
- G. Arvidsson, G., B. Bergström, C. Edquist, D. Högberg, B. Jönsson, Medicin för Sverige!, SNS Förlag
- Getzen, Thomas; Health Economics and Financing; Wiley
- Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V., Health Systems in Transition – Sweden, WHO
- Grol, R (2006). Quality development in health care in the Netherlands. New York, The Commonwealth Fund.
- Gustafsson-Wright Emily, Abay Asfaw, Jacques van der Gaag, Willingness to Pay for Health Insurance: An Analysis of the Potential Market for Health Insurance in Namibia
- Guy Carrin, Guy and Chris James, Social health insurance - Key factors affecting the transition towards universal coverage
- Guy Carrin, Guy and Piya Hanvoravongchai, Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries?, Human Resources for Health
- Göteborgsposten (2008). Vården kan bli gratis på hemmaplan. Göteborgsposten.
- Hagberg, Lars; m.fl.; Förebygga eller bota – om kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården; CDUST; 200?
- Hallgren, I-M, Engström, S, Borgquist, L (2003). Norsk Fastlegeordning sedd med svenska ögon, Lanstinget Östergötland.
- Health Consumer Powerhouse AB (2007). Euro Health Consumer Index Stockholm, Health Consumer Powerhouse AB. (EHCI 2007 report) (http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf)
- Health Consumer Powerhouse, Euro health consumer index
- Health Research International (2006), Opportunities in global medical devices and diagnostics Hmopage.org; <http://www.hmopage.org/>
- HSNf (2007), Plan för fortsatt utveckling av cancersjukvården i Stockholms län år 2008-2010
- Hsu, R, Lambert, P, Dixon-Woods, M, Kurinczuk, J (2003). Effect of NHS walk-in centre on local primary healthcare services: before and after observational study. BMJ 326: 530.
- Imperial College, <http://www.ahsc.org.uk/>
- Imperial College, <http://www.imperial.nhs.uk/index.htm>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) 2005 Global Trigger Tool kit, Cambridge, MA 2006
- Institutet för tillväxtpolitiska studier, Sjukvårdssektorns tillväxtmöjligheter
- Jacobsson, F (2007). Monetära ersättningsprinciper i hälso och sjukvård. Linköping, Institutionen för hälsa och samhälle.
- Johansson, O (2008). Vårdval - PRO granskar vårdval i landsting och regioner och föreslår riktlinjer. Stockholm, Pensionärernas riksorganisation.
- Jonsson, Karl, Ola Eriksson; Fortlöpande mätning av kvalitetsbristkostnad, en arbetsmodell [Magisteruppsats] / förf. Karl Jonsson, Ola Eriksson, . : Företagsekonomiska institutionen, Ekonomihögskolan, Lunds universitet, 2004
- Jonsson, Pia Maria, Emilie Agardh, Mats Brommels; Hälso- och sjukvårdens strukturreformer - lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien; Underlag till Ansvarskommittén
- Jonsson, PM, Agardh, E, Brommels, M (2006). Hälso- och sjukvårdens strukturreformer Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Stockholm, Ansvarskommitténs skriftserie.
- Jordahl, Henrik; Konkurrensutsättning av offentlig sektor – hur stor är potentialen; Svenskt Näringsliv; augusti, 2006
- Julian Le Grand, Competition, Cooperation, Or Control? Tales From The British National Health Service, Health

Affairs

Jönköpings högskola; <http://www.hj.se/doc/60>

Kaplan W. och Laing R. (2004), *Priority medicines for Europe and the world*, WHO

Karolinska Institutet, Medical Management Centre; *Konsekvenser av reformer och förändringar i vårdens makrostruktur, Uppföljande analys på uppdrag av Socialstyrelsen; 2003*

Karolinska Institutet; *Årsredovisning för 2007*

Karolinska Universitetssjukhuset; *Årsberättelse 2007*

Klar (2007), *3S- utvärderingen (MMC)*, 071231

Kliniken för onkologi, KS, *Helseplan, Fördjupad uppföljning*

Kroneman, M, Maarse, H, van der Zee, J (2006). *Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy 76(1): 72-79.*

Kroneman, M, Maarse, H, Zee, Jvd (2006). *Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy 76: 72-79.*

Kvalitetskostnader [Rapport] / förf. Magna Andreen Sachs, Magna (red) John Øvretveit, Michael Högberg,. Kvalitetskostnader [Rapport] - [u.o.]: MPA, Stockholms läns landsting, 2004.

L. Lindkvist, L. och, L-G. Aidemark, *Sjukhus som bolag*, SNS Förlag

Landstinget i Kalmar län; Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län; 2007-10-24

Landstinget i Östergötland, Mapp med info om Norrköpingsmodellen

Landstinget i Östergötland; frågor och svar om prioriteringar, utbudsminskningar, m.m.

Landstinget-Halland. (2007). "Vårdval i Halland." Retrieved 6 May, 2008, from http://www.lthalland.se/lth_templates/informationpage___12757.aspx.

Landstinget-Västmanland. (2008). "Vårdval Västmanland." Retrieved 6 May, 2008, from http://www.ltvastmanland.se/LTVTemplates4/LTV_Page___36970.aspx.

Landstingsförbundet (2002), Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov

Landstingsförbundet, Att införa KPP - Erfarenheter från landsting och sjukhus

Landstingsförbundet, Att mäta läkartidens användning för KPP och andra syften – en översikt

Landstingsförbundet, Att vänta på vård - En analys av tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård

Landstingsförbundet, Principer för totalkostnadsredovisning och fördelning av gemensamma kostnader i ett KPP-system

Landstingsrevisorerna (2001), Jämförelser av sjukhusens effektivitet -Etapp1: Granskning av förutsättningar samt inriktning för fortsatt arbete nr 32/01

Landstingsrevisorerna (2003), Jämförelser av sjukhusens effektivitet –etapp 2, rapport 10/03

Landstingsrevisorerna (2004), Akutsjukhusens kostnads- och produktivitetsutveckling 1998-2002 - jämförelser mellan sjukhusen nr 14/04

Landstingsrevisorerna (2004), Jämförelser av akutsjukhusens kostnads- och produktivitetsutveckling 2003, nr 38/2004

Landstingsrevisorerna (2004), Nyttjandet av externa heldygns-slutenvårdsplatser inom allmänpsykiatrin, nr 25/04

Landstingsrevisorerna (2004), Riskanalys avseende föreslagna strukturförändringar i vården, nr 6/04

Landstingsrevisorerna (2004), Stockholmsmodellen och sedan?, nr 48/04

Landstingsrevisorerna (2005), Granskning av läget beträffande IT-ramverket för Gemensam Vårdokumentation (GVD) inom SLL, nr 14/05

Landstingsrevisorerna (2005), IT-styrning inom SLL, nr 24/05

Landstingsrevisorerna (2005), Jämförelser av akutsjukhusens utveckling 1998-2004 vad gäller produktivitet och produktionsfaktorer, nr 10/2005

Landstingsrevisorerna (2005), Strukturförändringsarbetet i sjukvården - jämförelser med Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Skåne, nr 6/05

Landstingsrevisorerna (2006), Användning av jämförelser i effektiviseringsarbetet vid akutsjukhusen, nr 11/2006

Landstingsrevisorerna (2006), Benchmarking med utgångspunkt från årsredovisningarna 2005 inom sjukvården, nr 5/2006

- Landstingsrevisorerna (2006), Revisionsrapport - "Strukturförändringarna i Akutsjukhussektorn", nr 23/2006
- Landstingsrevisorerna (2006), Styrning och kontroll inom IT-området -åtgärder för samordning och effektivitet, nr 4/06
- Landstingsrevisorerna (2006), Tillgänglighet och säkerhet i GVD nr 22/06
- Landstingsrevisorerna, Revisionsrapport "Akutsjukhusens kostnads- och produktivitetsutveckling 1998-2002"
- Landstingsrevisorerna, Årsrapport 2006 Bilaga B2 SLL beställare vård
- Lattimer, V, Sassi, F, George, S, et al. (2000). Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomized controlled trial. *BMJ* 320: 1053-57.
- Lord, M (2007). Modernt chefskap och Lean Production – en radikal förändring? *Helse Medisin Teknikk*(4).
- Läkartidningen (1987), HMO - amerikansk modell för svensk primärvård? Rehnberg CV1987;84(23)
- Läkartidningen (2007). Efterlyses: Europeisk forskning om vinst i vården.
- Läkemedelsförmånsnämnden (2008), www.lfn.se, hämtad februari 2008
- Läkemedelsverket (2006). Generisk förskrivning. Uppsala, Läkemedelsverket. (<http://www.lakemedelsverket.se/upload/H%C3%A4so-%20och%20sjukv%C3%A5rd/f%C3%B6rskrivning/Rapport%20Generisk%20f%C3%B6rskrivning.pdf>)
- Läkemedelsvärlden, www.lakemedelsvarlden.se, hämtad februari 2008
- Mannion, R, Davies, HTO (2008). Payment for performance in health care. *British Medical Journal* 336: 306-308.
- Mapsec KB; Bilaga 3 Löneskillnaderna mellan kommunerna – rapport från Mapsec KB i SOU 2006:84, Deluppföljning av den kommunalekonomiska utjämningen – med förslag om organisation samt löne- och byggkostnadsutjämning. Delbetänkande av 2005 års uppföljning av utjämningsystemet; Stockholm 2006
- Marie Lawrence, Marie, Övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting, SLL
- Martin Chalkley, Martin, James M. Malcomson; *Handbook of Health Economics, Chapter 18 Government purchasing of health services*, Elsevier Science B. V
- Martin McKee, Martin and Judith Healy, *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press
- McKinsey & Co, Utredning av "Nya KS" - "En genomlysning av verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset"
- McKinsey & Company; En genomlysning av verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset; 19 oktober 2007
- McKinsey, Executive Summary - Sweden's Economic Performance: Recent Development, Current Priorities
- McKinsey, Sweden's Economic Performance: Recent Development, Current Priorities
- McKinsey, Synthesis - Sweden's Economic Performance: Recent Development, Current Priorities
- Millennium Research Group (2007), *Industry quarterly: 2008 year in preview*
- Moise P. och Docteur E. (2007), *OECD Health Working Papers no.: 28: Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Sweden*, OECD
- Morin A. och A-S. Sjöberg, Projektbeskrivning - Valfrihet i vården Projekt klart 2008-05-01, Svenskt Näringsliv
- Morin A. och, D. Sundblad, Kan sjukvårdens resurser användas effektivare? - en fallstudie av dagkirurgi inom SLL, Svenskt Näringsliv
- Mosca, I (2006). Is decentralisation the real solution?: A three country study. *Health Policy* 77(1): 113-120.
- Mossialos Elias, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, *Funding health care: options for Europe*, The European Observatory on Health Care Systems WHO Regional Office for Europe
- Mossialos, E, Thomson, S (2002). *Voluntary health insurance in the European Union*. Brussels, the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission.
- Murray, Richard; Vad är effektivitet och hur mäta den i kommunal verksamhet?; Statskontoret; ESS 2006:2
- NHS. (2008). "The private finance initiative (FPI)." Retrieved 29 maj, 2008, from <http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/index.htm>.
- NHS; <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/>
- NIP. (2008). "Det Nationale Indikatorprojekt." Retrieved maj, 2008, from <http://www.nip.dk/>.

- Nironen, Daniel; Kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården, en jämförande studie mellan SOSFS 1996:24, ISO, QUL och OG, Daniel Nironen Högskolan Gävle 1998
- Norberg Helen; Reformerat samordningsansvar av vårdbehovet?, Sjukvården, SNS, Konsult & Analys
- Nordling, S (2001). Ekonomisk utvärdering av sjukvårdsupplysning per telefon i Jämtland och Malmö. Lund, IHE. (IHE arbetsrapport 2001:4)
- Nordling, S (2003). Hälsotorget i Lyckeby - Hur har det påverkat befolkningen och hälso- och sjukvårdsverksamheten? Lund, IHE. (IHE e-rapport 2003:1) (http://www.ihe.se/publiceringar/ihe_e-rapport_2003.pdf)
- Nordling, S, och A. Anell, A (2006). Kostnadsansvar och incitament för förskrivning av läkemedel – Kartläggning av landstingens utvecklingsarbete år 2006. Lund, IHE. (IHE e-rapport 2006:2) (http://www.ihe.se/publiceringar/ihe_e-rapport_2006_2.htm)
- Nordling, S. och, A. Anell, A (2003). Apotekare på vårdcentral - Utvärdering av vårdorienterad apotekarservice i Gislaved. Lund, IHE. (IHE rapport 2003:3)
- Norsk arbeids- och velferdsetat; <http://www.nav.no/raskeretilbake>
- NUTEK, Effektivare vård med patienten i fokus
- NUTEK, Framtidens näringsliv: Vård och omsorg – en framtidsbransch
- NUTEK; Effekter av avreglering och konkurrensutsättning Med fokus på vård- och omsorgssektorn R 2007:23
- NUTEK; Kringtjänster till vård och omsorg - entreprenörskap och tjänsteutveckling i Nederländerna och Spanien; R 2008:44
- NUTEK; Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer, R 2008:01
- NUTEK; Mer vård för pengarna genom organisatoriska innovationer, R 2008:01
- NUTEK; Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential; R 2007:13
- NUTEK; Stöd och verktyg vid upphandlingar – en kartläggning av vilka stöd och verktyg som används vid upphandlingar av vård och omsorgstjänster; Info 045-2008
- NUTEK; Värdering av kvalitet vid upphandlingar av vård och omsorg; R 2008:40
- O'Connell, JM, Johnson, DA, Stallmeyer, J, Cokingtin, D (2001). A satisfaction and return-on-investment study of a nurse triage service. *Am J Manag Care*(7): 159-169.
- OECD (2007). *Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Sweden*. OECD. (OECD health working papers no 28) (<http://www.oecd.org/dataoecd/63/17/40496752.doc>)
- OECD; Health Data 2006
- OECD; Health Working Papers no. 12, *Private Health Insurance in France*, OECD, 2004
- Olson, Ulf-Johan och Sven-Eric Bergman Öppna jämförelser som stimulans till förbättring [Rapport]/ förf. Ulf-Johan Olson, Sven-Eric Bergman, . : Sveriges Kommuner och Landsting/Socialstyrelsen, 2007
- Onkologiskt centrum, Stockholm-Gotlandregionen, Onkologiskt centrums rapport
- Oostenbrink, J.B och F.F.H. Rutten; *Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC case.mix system*
- P. Blomqvist, P., *Vem styr vården?*, SNS Förlag
- Pablo Gottret, Pablo and, George Schieber, *Health Financing Revisited - A Practitioner's Guide*, The World Bank
- Persson, U, Ramsberg, J (2007). *Hälsoekonomiska utvärderingar har stor betydelse för LFNs beslut*. *Läkartidningen* 104(42): 3046-3050.
- Pettersson, Karl-Henrik; *Den svenska sjukvården – hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården?*; *Forum för småföretagsforskning* 2006:2
- Pettersson, Karl-Henrik; *Så skulle det kunna bli – Visionen av ett effektivare, rättvisare och vitalare svenskt vårdssystem*; *Forum för småföretagsforskning*; 2008
- Pharmaceutical Research and Manufacturers of America*, www.phrma.org, hämtad februari 2008
- Porter, M and, Teisberg, E (2006). *Redefining Health Care: creating value-based competition on results* Boston, MA, Harvard Business School Press.
- Preker, Alexander S och April Harding; *Innovation in Health Service Delivery*; World Bank
- Preker, Alexander S och April Harding; *Innovation in Health Service Delivery*; World Bank
- PricewaterhouseCoopers (2007), *The vision: Which path will Pharma take?*
- Prioriterings Centrum, *Vårdens allt för svåra val?*
- Prioriteringscentrum (2007). *Vårdens allför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av*

- riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Linköping, Prioriteringscentrum.
(<http://e.lio.se/prioriteringscentrum/pdf/V%c3%a5rdens%20alltf%c3%b6r%20sv%c3%a5ra%20val%200703%20plus%20namn.pdf>)
- Rahmqvist, M, Levin, L, Stenstrand, U (2008). Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för prioritering i hjärtsjukvård 2001-2006. Linköping, Prioriteringscentrum. (Rapport 2008:3)
(<http://e.lio.se/prioriteringscentrum/pdf/2008.3.pdf>)
- Ram, F, Jones, A, Fay, J (2002). Primary care based clinics for asthma - The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002. The Cochrane Collaboration. (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003533.html>)
- Ramel, Björn,; "112, var god dröj", artikel av i tidskriften NEO, nr 5
Regeringen, Prop. 2007/08:49
- Regeringen, Årsredovisningen för Staten, 2007
- Regeringen; Lagrådsremiss Lag om valfrihetssystem 2008-10-21
- Regeringen; Prop. (2007/08:142). Sjukhusens läkemedelsförsörjning Stockholm, Regeringen, Socialdepartementet.
(<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/39/34/2d0d1057.pdf>)
- Regeringen; Prop. (2007/08:49). Statligt tandvårdsstöd. Stockholm, Regeringen, Socialdepartementet.
(<http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/64/22/81df528d.pdf>)
- Regeringen; Prop. (2007/08:87). Bildande av moderbolag för Apoteket AB samt vissa omstruktureringsåtgärder. Stockholm, Regeringen, Socialdepartementet.
(<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/07/88/dafd79ff.pdf>)
- Regeringen; Prop. 2007/08:1 Utgiftsområde 9
- Regeringen; Proposition 2007/08:49, Statligt tandvårdsstöd
- Regeringen; Årsredovisningen för staten 2007; Regeringens skrivelse 2007/08:101
- Regeringskansliet, LU 2003 Bilaga 1, Regeringskansliet
- Regeringskansliet, LU 2003 Bilaga 5, Regeringskansliet
- Regeringskansliet, Långtidsutredningen 2003-04, Regeringskansliet
- Regeringsrätten; Dom Nr 172-175-06
- Regeringsrätten; Dom Nr.176-179-06
- Rober, Anhtony N., Govindarajan Vijay; Managment Control Systems [Bok] / förf. Anhtony Rober N, Govindarajan Vijay,. : McGraw-Hill, New York 2001
- Robinson, Ideas are free Författare Alan G Robinson, and Dean Schroeder, Ideas are free; San Fransico, CA 2006
- Robinson, R, Ed. (2002). User charges for health care. . Funding health care: options for Europe. Buckingham, Open University Press.
- Roland, M (2004). Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine 351(14): 1448-1454.
- Rosenthal, M (2007). Non payment for performance? Medicare's new reimbursement rule. New England Journal of Medicine 357(16): 1573-1575.
- Rutberg, H, Ahlberg, J, Forsberg, C (2007). Fråga inte vem - fråga varför Att lära av misstag och andra – händelseanalyser av patientskador och tillbud. Läkartidningen 104(4): 218-219.
- S. Fölster, S. och, A. Morin, Några principer för fungerande kundval inom primärvården
- Saltman, Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras, Social health insurance systems in western Europe, Open University Press
- Sandholm Associates; Sex Sigma lönar sig direkt, 24 lyckade projekt, Rapport 2007, Sandholm Associates
- Sandier, S, Paris, V, Polton, D (2004). Health care systems in transition – France 2004. Brussels, European Observatory on Health Care Systems
- SBU (2000). Behandling av astma och KOL – en systematisk kunskapssammanställning. Stockholm, SBU.
- SBU (2007), Strålbehandling vid cancer, Nr. 162/1
- SCB, Statistiska databaser, Hushållens ekonomi
- Sjukhusläkaren, Primärvården behöver fler specialister och intelligenta resurser. Svenskt Näringsliv, Fem vägval för Sverige - Näringslivets långtidsutredning
- Sjukvårdsrådsgivningen, <http://www.sjukvardsradgivningen.se/vpw/campaignfirstpage.aspx?c=17824>
- SKL (2002), Landstingens ekonomi, maj 2002

SKL (2003). *Att vänta på vård - en analys av tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2005). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2004*. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2006). *Landstinget och regionerna i diagram och siffror*

SKL (2007). *TioHundra – kommun och landsting i samma båt*. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2008). *Positionspapper om Uppföljning och värdering av nya läkemedel och nya läkemedelsbehandlingar*. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.
(<http://www.skil.se/artikeldokument.asp?C=2017&A=52084&FileID=204176&NAME=14%2Dpositions-papper.pdf>)

SKL; *Dagmaröverenskommelse 2008 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården*

SKL; *Hälso- och sjukvården till 2030*

SKL; *Kommer vi att ha råd med sjukvården?*

SKL; *Nationell samordning av IT inom hälso- och sjukvården Beställarfunktionens Verksamhetsplan 2008*

SKL; *Nationella IT-strategin för Vård*

SKL; *Nationella KPP-principer Kostnad Per Patient Helene Norberg, Diskussionsunderlag - Reformerat samordningsansvar av vårdbehovet? Sjukvården SNS*

SKL; *Nationella kvalitetsregister 2007, Rapport av Sveriges Kommuner och Landsting*

SKL; *Nationella Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 2007*

SKL; *Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2008*

SKL; *Sex Sigma i hälso- och sjukvården, Rapport, Sveriges Kommuner och Landsting 2008*

SKL; *Sjukvårdsdata i fokus (databas)*

SKL; *Svensk sjukvård i internationell belysning*

SKL; *Svensk vård i internationell jämförelse, Rapport Sveriges Kommuner och landsting 2008*

SKL; *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*

SKL; *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Rapport, Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen 2007*

SKL; *Kommer vi att ha råd med sjukvården?*

Skåne, R. (2008). "Om Skånsk Livskraft - vård och hälsa." Retrieved 27 maj, 2008, from <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=80703>.

SLL (2006), *Medarbetarfokus 2006*

SLL (2006:2), *Radiologiutredningen*

SLL (2006:4), *3S –utredningen, Utredning om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting*

SLL (2007:1), *Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Budget*

SLL (2007:2), *Landstingsfakta 2007 – ekonomi, personal och verksamhet*

SLL (2007:3), *Plan för fortsatt utveckling av cancersjukvården i Stockholms län år 2008-2010*

SLL (2008:1), *Budget*

SLL (2008:2), *Läkemedelsstrategi 2008-2012*

SLL (2008:3), www.janusinfo.se, hämtad februari 2008

SLL –FHC, *Fokhälsorapporten*

SLL *Produktivitetsuppföljning SLL, Årsbokslut 2006 SLL*

SLL, *Antal anställda per Förvaltning/Bolag inom landstinget (koncernen) 2006-12-*

SLL, *Förslag om byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna, Tjänsteutlåtande*

SLL, *Investeringshandbok för Stockholms läns landsting*

SLL, *Kompetensförsörjningsmodell*

SLL, *Landstingsstyrelsens förvaltning, DELRAPPORT, Långsiktig personal- och kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården i Stockholms län*

SLL, *Nya Karolinska Solna Projektprogram*

SLL, *Närakututredningen*

SLL, Regelbok för husläkarverksamhet

SLL, Regionplane- och trafikkontoret, Årsstatistik för Stockholms län och landsting

SLL, Regionplane- och trafikkontoret;, Befolkningsprognos 2006 för perioden 2006-201

SLL, SLL årsredovisningar, från 1998 och framåt

SLL, Statistik årsarbetare

SLL, Uppdrag avseende förslag till strategisk utvecklingsplan för hälsoinformatik, Infrastrukturrådet

SLL, Utvärdering av "Effekter av kundval och auktorisation" (Kommer inte att vara avslutad förrän sep 09)

SLL, Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna, Öhrlings PricewaterhouseCoopers

SLL, Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Sjukhuset Bilaga, Öhrlings PricewaterhouseCoopers

SLL, Vård i rimlig tid – redovisning av tillgängligheten i Stockholms läns landsting, hösten 2007,

SLL. (2008). "Om vårdval Stockholm." Retrieved 6 May, 2008, from <http://www.vardguiden.se/Article.asp?ArticleID=9228>.

SLL; 3S-utredningen; 2004-09-28

SLL; ADA

SLL; Akutsjukvårdsplatser inom SLL –nulägesbeskrivning och åtgärdsförslag SLL

SLL; Avgiftshandboken

SLL; Avtalsdatabas

SLL; Avtalsmallar för akutsomatik, geriatrik, psykiatri och primärvård

SLL; Beskrivning av ersättningsystemet i SLL, SLL 2007-01-01

SLL; Kloka listan

SLL; Nya Karolinska Solna – projektprogram, november 2007

SLL; Regelbok för Husläkarverksamhet 2008

SLL; VAL databasen

SLL; Årsredovisning 2005, 2006

SLL; Ärende LS 0710-1039 i Landstingsfullmäktige

SLL; Ärende LS 0804-0429

Smittskyddsinstitutet (2008), www.smittskyddsinstitutet.se, hämtad februari 2008

Socialdepartementet Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? Vad säger brukarundersökningarna och andra mått på kvalitet?

Socialdepartementet, m.fl.; Nationell IT-strategi för vård och omsorg; mars 2006

Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting (2008). Överenskommelsen om statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelförmånen 2008. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting. (<http://kikaren.skl.se/artikeldokument.asp?C=3075&A=50542&FileID=203308&NAME=%D6verenskommelse+statsbidrag+l%E4kemedel+2008.PDF>)

Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen (2007). Nationell IT-strategi för vård och omsorg - Lägesrapport 2007. Stockholm, Socialdepartementet. (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/95/69/3e99ef98.pdf>)

Socialdepartementet; Ds 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag

Socialstyrelsen (2000). Patientavgifter och vårdefterfrågan – en kunskapsöversikt. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2001), Hälso- och sjukvårdsrapport 2001

Socialstyrelsen (2003). Kartläggning av närsjukvård: en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm, Socialstyrelsen. (Lägesbeskrivning) (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/16FB1319-BA2D-4A92-9C21-841C3A2C2C20/1032/200313115.pdf>)

Socialstyrelsen (2004a). Nationella handlingsplanen – årsrapport 2004. Stockholm, Socialstyrelsen. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E127CA88-F6FF-438D-9A71-2A5E9925DE24/3665/20051034.pdf>)

Socialstyrelsen (2004b). Sjuksköterskeledda mottagningar inom somatisk sjukvård i sydöstra sjukvårdsregionen – Resultat av tematisk tillsyn. Stockholm, Socialstyrelsen. (Rapport från Socialstyrelsens regionala

- tillsynsmyndighet i Jönköping)
- Socialstyrelsen (2004c). *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete - En översikt*. Stockholm, Socialstyrelsen. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F8ED0CA1-C068-4B77-88BF-879B7BC4C8CE/1387/20041101.pdf>)
- Socialstyrelsen (2007). *Läkemedelsförsäljningen i Sverige: Analys och prognos*
- Socialstyrelsen (2007a). *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos*. Stockholm, Socialstyrelsen. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A4834E19-4B8D-4030-B46F-3D5B2F326C61/8532/20071035.pdf>)
- Socialstyrelsen (2007b). *Cancervården i Sverige - Kvalitet, struktur och aktuella utmaningar*. Stockholm, Socialstyrelsen. (http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/08774F6C-B074-4FB2-8BBA-39FE108D8A60/7522/200713132_rev.pdf)
- Socialstyrelsen (2007c). *Öppna jämförelser som stimulans till förbättring : Hur använder landstingen Öppna jämförelser i sin styrning och utveckling av hälso- och sjukvården?* Stockholm, Socialstyrelsen. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A09A72DA-2B6A-454C-9C23-8C10F64E3989/9010/20071037.pdf>)
- Socialstyrelsen (2007d). *Prioriteringar i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?"*. Stockholm, Socialstyrelsen. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A846DF3F-D424-4E44-94B9-A8F5A7336C23/7734/20071034.pdf>)
- Socialstyrelsen (2008a). *Uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Stockholm, Socialstyrelsen. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/85F0C1E9-48EA-448F-9B82-BC34BCCE1471/9855/20081031.pdf>)
- Socialstyrelsen (2008b). *Hälso- och sjukvård: lägesrapport 2007*. Stockholm, Socialstyrelsen. (http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/42EE3119-1EFF-4CBA-8D12-43EA9972ADB0/10153/20081317_rev2.pdf)
- Socialstyrelsen (2008c). *Äldres psykiska ohälsa: en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Stockholm, Socialstyrelsen. (Lägesbeskrivning) (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/849ACF5E-74B4-4E9A-AF5F-08D8A482D219/10648/200813120.pdf>)
- Socialstyrelsen (2008d). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Stockholm, Socialstyrelsen. (Tillsynsaterföring) (http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/6B1C7745-5DEC-4087-BEBE-71B8F607F6AE/10723/200810916_Rev2.pdf)
- Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok*
- Socialstyrelsen, *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*
- Socialstyrelsen, *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos*
- Socialstyrelsen, *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården*
- Socialstyrelsen; "God vård på lika villkor" - *Geografi, demografi, volym & kvalitet; 2005*
- Socialstyrelsen; *God vård på lika villkor*
- Socialstyrelsen; *God vård på lika villkor, Rapport från Socialstyrelsen 2005*
- Socialstyrelsen; *Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2006*
- Socialstyrelsen; *Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?; 2002*
- Socialstyrelsen; *Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre – Verksamhetens kvalitet; December 2007*
- Sorenson, C, Kanavos, P, Drummond, M (2008). *Ensuring value for money in the health care: The role of HTA in the European Union*. Copenhagen, Denmark, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. (Observatory Studies Series No 11) (<http://www.euro.who.int/document/E91271.pdf>)
- SOU (2000:91). *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Stockholm, Nationella folkhälsokommittén. (Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén) (<http://www.regeringen.se/content/1/c4/28/22/f8487356.pdf>)
- SOU (2007:10). *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Stockholm, Ansvarskommittén. (Ansvarskommitténs slutbetänkande) (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/75/20/a50fe36e.pdf>)
- SOU (2008:25). *LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem*. Stockholm, Frittvalutredningen. (Betänkande från Frittvalutredningen) (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/94/54/cf38f67f.pdf>)

- SOU (2008:37). *Vårdval i Sverige. Stockholm, Utredningen om patientens rätt. (Delbetänkande från Utredningen om patientens rätt)* (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/29/06/103be5e1.pdf>)
- SOU 2003:57; *Alternativ finansiering av offentliga tjänster*
- SOU 2004:68; *Sammanhållen hemvård*
- SOU 2006:82; *Patientdatalag*
- SOU 2007:10; *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*
- SOU 2007:11; *Staten och kommunerna; Sekretariatsrapport till Ansvarskommittén*
- SOU 2007:12; *Hälso- och sjukvården, Sekretariatsrapport till Ansvarskommittén*
- SOU 2007:95; *Tjänster utan gränser*
- Specialläkemedelsprojektet (2008), Prognos över kostnadsutvecklingen för läkemedel i SLL 2008-2009*
- Spjuth, Heléne Spjuth m fl.,; *Vård i rimlig tid, SLL*
- Spjuth, Heléne Spjuth, *Systematisk Kvalitetsuppföljning-eller köper vi grisen i säcken?, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning*
- Standard & Poor's (2006), *Industry surveys: Healthcare products & supplies*
- Stanford Group Company (2007), *The Medical Technology: Coverage Universe, Key*
- Starfield, B, Shi, L (2002). *Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 60(3): 201-218.*
- Starfield, B, Shi, L, et al (2005). *Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 83: 457-502.*
- Statens strålskyddsinstitut (2008), *Radiologiska undersökningar i Sverige under 2005*
- Statskontoret (2008). *Fyra år med Finsam. Stockholm, Statskontoret. (2008:7)*
(<http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2008/200807.pdf>)
- Stockholms läns landsting 2008
- Ståhl, Åkrantz m. fl.; *Indikatorer ur ett befolkningsperspektiv, Nätverket Uppdrag Hälsa / Rapport, /förf. Ståhl, Åkrantz m fl. 2006.*
- Svenskt näringsliv, *Personal och produktivitetsutveckling i den svenska sjukvården*
- Svensson M, Ödegaard K, Persson, U (2007). *Hjälpmiddel och läkemedelsnära produkter – en kartläggning av marknaden. Lund, IHE.*
- Sydsvenskan (2007). *Rusch efter privata sjukvårdsförsäkringar Malmö, Sydsvenska Dagbladet.*
- Synovate Temo; *Utvärdering av Sjukvårdsrådgivningen i Stockholms läns landsting*
- Söderström L., och, A. Björklund, P. G. Edebalk, A. Kruse, *Från Dagis till servicehus, SNS Förlag*
- Söderström, L, Lundbäck, M (2001). *Vinsten som drivkraft. Stockholm, Svenskt Näringsliv.*
- Sörqvist, Lars; *Brister i kvaliteten-kostar det? [Rapport] / förf. Lars Sörqvist: Svenska Kommunförbundet, 2004*
- TryggHansa. (2008). *"Privat sjukvårdsförsäkring högt upp på önskelistan."* Retrieved 29 maj, 2008, from <http://www.trygghansa.se/04OmTH/Page17218.html>.
- Wahlgren, A (2004). *Telephone advice nursing – callers' perceptions, nurses' experience of problem and basis for assessment. Stockholm, Inst. För Omvårdnad, Karolinska institutionen. (Avhandling)*
- van Doorslaer, E, Masseria, C, Koolman, X, for the OECD Health Equity Research Group (2006). *Inequalities in access to medical care by income in developed countries Canadian medical Association Journal 174(2): 177-183.*
- Westerling, Ragnar; *Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen - en undersökning av regionala skillnader i sverige 1989–2003 [Rapport] / förf. Ragnar Westerling,. : Statens Folkhälsoinstitut, 2008*
- VG-regionen (2007). *Hur ska den målrelaterade ersättningen utvecklas? Göteborg, Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.*
- VG-regionen (2008). *Prioriteringsrådet bereder, samordnar och utvecklar. Göteborg, Västra Götalandsregionen, Program- och prioriteringsråd.*
(<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/prioriteringar/Faktablad%20Prioriteringsråd.pdf>)
- VG-regionen Västra Götalandsregionen, *Fördjupad analys av produktivitetsutvecklingen vid regionens sjukhus*
- WHO, *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System*
- WHO, *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*

- WHO, Reaching universal coverage via social health insurance*
- WHO, Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experience*
- WHO, The new Dutch health insurance scheme - challenges and opportunities for better performance in health financing*
- Viklund, B, Lassen-Nielsen, A, Ståhl, C (2006). Mycket mer än bara pengar – Det balanserade styrkortet som dynamiskt ledningsverktyg. . Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.*
- Vårdföretagarna, Myter och fakta om privat bedriven vård och omsorg i Sverige*
- Västra Götalandsregionen; Sjukhusens produktivitet utveckling 2004-2005 Västra Götalandsregionen*
- Västra Götalandsregionen VG-regionen (2002), Sjukhusens produktivitet utveckling 2001-2003 , utgivna 2002-08-17 respektive 2002-10-29*
- Åhgren, B (2007). Creating Integrated Health Care. Göteborg, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. (Avhandling, NHV-report 2007:2)*
- Öhrn, A, Andersson, C, Elfström, J, et al. (2007). Framgång kräver ledningens stöd och resurser. Läkartidningen 104(4): 224-228.*