

**Regionstyrelsens hälso- och
sjukvårdsutskott****§109****Beslut om förändrad prismodell inom röntgenverksamheten**
RS240423**Beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskottet beslutar att

- övergå till anslagsfinansiering av röntgenverksamheten,
- radiologisk diagnostik därmed kommer att bli kostnadsfri för remitterter inom Region Hallands egen regi samt för aktörer inom Region Hallands vårdval, samt
- uppföljning av effekter av förändringen ska återredovisas till Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott.

Ärendet

Röntgenverksamheten har gått med underskott de senaste fem åren och underskottet accelererar. För att nå en ekonomi i balans krävs att produktionen skulle behöva öka kraftigt, men det finns svårigheter i detta kopplat till den demografiska utvecklingen med en allt äldre befolkning samtidigt som verksamhetens marginalkostnad är för hög och man får då ingen ekonomisk effekt även om man lyckas öka produktionen.

För att verksamheten ska få rätt ekonomiska förutsättningar krävs en anpassning av dagens modell där utredningen tittat på tre alternativ; rörlig debitering ("löpande"), fast debitering ("abonnemang") och anslag. Varje modell har sina för- och nackdelar, men utifrån Region Hallands styr- och budgetmodell föreslås en övergång till anslagsfinansiering. Verksamheten får då samma förutsättningar som övriga vårdverksamheter och följer också regionens budgetmodell. Även vid byte av finansieringsmodell kvarstår ett underskott inom röntgenverksamheten, vilket verksamheten lyft som inspel i planeringsanalysen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskottet beslutar att

- övergå till anslagsfinansiering av röntgenverksamheten,
- radiologisk diagnostik därmed kommer att bli kostnadsfri för remitterter inom Region Hallands egen regi samt för aktörer inom Region Hallands vårdval, samt

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

**Regionstyrelsens hälso- och
sjukvårdsutskott**

- uppföljning av effekter av förändringen ska återredovisas till Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott.

Beslutsunderlag

- Beslutsförslag, Förändrad prismodell inom röntgenverksamheten
- Prismodell röntgen, rapport 2024-01-04

Expedieras till

Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa
Driftnämnd Hallands sjukhus
Driftnämnd Närsjukvård
Driftnämnd Psykiatri

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Regionkontoret

Ekonomi

Patrik Linné

Ekonomichef Ambulans, diagnostik och hälsa

Beslutsförslag**Datum**

2024-05-16

Diarienummer

RS240423

Regionstyrelsen**Beslutsförslag, Förändrad prismodell inom röntgenverksamheten****Förslag till beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskottet beslutar att

- övergå till anslagsfinansiering av röntgenverksamheten,
- radiologisk diagnostik därmed kommer att bli kostnadsfri för remitterter inom Region Hallands egen regi samt för aktörer inom Region Hallands vårdval, samt
- uppföljning av effekter av förändringen ska återredovisas till Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott.

Sammanfattning

Röntgenverksamheten har gått med underskott de senaste fem åren och underskottet accelererar. För att nå en ekonomi i balans krävs att produktionen skulle behöva öka kraftigt, men det finns svårigheter i detta kopplat till den demografiska utvecklingen med en allt äldre befolkning samtidigt som verksamhetens marginalkostnad är för hög och man får då ingen ekonomisk effekt även om man lyckas öka produktionen.

För att verksamheten ska få rätt ekonomiska förutsättningar krävs en anpassning av dagens modell där utredningen tittat på tre alternativ; rörlig debitering ("löpande"), fast debitering ("abonnemang") och anslag. Varje modell har sina för- och nackdelar, men utifrån Region Hallands styr- och budgetmodell föreslås en övergång till anslagsfinansiering. Verksamheten får då samma förutsättningar som övriga vårdverksamheter och följer också

regionens budgetmodell. Även vid byte av finansieringsmodell kvarstår ett underskott inom röntgenverksamheten, vilket verksamheten lyft som inspel i planeringsanalysen.

Bakgrund

Bakgrunden till ärendet är att hitta en långsiktigt hållbar prismodell för röntgenverksamheten. Ärendet har primärt belysts ur ett ekonomiskt perspektiv, men även patientperspektivet har beaktats.

Utifrån regionens styr- och budgetmodell finns utmaningar i att ha en intäktsfinansierad verksamhet där volymerna inte växer, eftersom det är grunden i modellerna då man inte automatisk får full kostnadskompensation. Intäktsfinansierade modeller är också administrativt tunga och det uppstår meningsskiljaktigheter, både internt och externt, kring vilken modalitet som utförts och vem som ska stå för kostnaderna. En anslagsfinansierad verksamhet bedöms kunna hantera detta på ett bättre sätt samtidigt som risken att patienter hamnar i kläm mellan olika vårdenheter minskar. Den största risken som övergången innebär är att man skulle se en omotiverad ökning av remisser då det inte längre finns något ekonomiskt incitament att avstå, men den benchmarking som gjorts visar inte att så blivit fallet. Det är dock viktigt att följa inflödet av remisser samt följa upp avvikelser.

Övervägande

Utredningen har jämfört olika prismodeller där en övergång till en anslagsfinansiering bedöms vara det mest lämpliga. Vid beslut behöver en ramjustering göras mellan köpande och säljande enheter.

Konsekvensbeskrivning

Förändringen bedöms inte ha några negativa konsekvenser för jämställdheten. Förändringen kan möjligen leda till en mer jämlik vård när alla patienter inom vårdvalet ges samma förutsättningar och tillgång till röntgen.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Förändringen är kostnadsneutral för regionen då justeringen innebär en övergång till anslagsfinansiering i enlighet med faktiska köp.

För privata vårdcentraler som kunnat köpa röntgentjänster av andra privata verksamheter innebär förändringen en kostnadsökning om dessa tjänster utförts till ett lägre pris än egenregins prislista. Ersättningen inom hälso- och sjukvårdspengen är dock baserad på egenregins prislista varför ersättningen behöver sänkas motsvarande denna.

Förvaltning

Martin Engström	Per Karlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör	Ekonomidirektör

Bilaga:

Prismodell röntgen, rapport 2024-01-04

Styrelsens/nämndens beslut delges

Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa

Driftnämnd Hallands sjukhus

Driftnämnd Närsjukvård

Driftnämnd Psykiatri

Utredning

Prismodell röntgen

Patrik Linné 2024-01-04

Innehållsförteckning

Inledning	3
Avgränsningar	3
Utmaningar att hantera oavsett modell	3
Benchmarking	5
Rörlig debitering	6
Beskrivning av modell	6
Fördelar	6
Nackdelar	6
Hantering vid byte av modell	6
Fast debitering (abonnemang)	7
Beskrivning av modell	7
Fördelar	7
Nackdelar	7
Hantering vid byte av modell	7
Anslag	8
Beskrivning av modell	8
Fördelar	8
Nackdelar	8
Hantering vid byte av modell	9
Dagens modell	10
Beskrivning av modell	10
Ekonomiskt resultat	10
Utmaningar och anpassningsbehov	11
Slutsats och rekommendation	12

Inledning

Denna rapport syftar till att utvärdera och jämföra tre olika finansieringsmodeller för röntgenverksamhet: rörlig debitering ("löpande"), fast debitering ("abonnemang") och anslag. Varje modell har sina unika fördelar och nackdelar, och valet av finansieringsmodell bör baseras på verksamhetens mål, målgruppens behov och de specifika utmaningarna och möjligheterna man står inför.

Röntgenverksamheten har under flera år gått med stort ekonomiskt underskott och nuvarande prismodell bedöms inte ge rätt förutsättningar vare sig på kort eller lång sikt. Utredningen har genomförts på uppdrag av ekonomidirektören.

Avgränsningar

Utredningen har genomförts ur ett ekonomiskt perspektiv och deltagande i arbetsgruppen har varit Patrik Linné (ekonomichef ADH), Hans Nilsson (controller ADH), Per Bilén (controller RK) och Martin Hansson (ekonomichef NSVH). Före arbetsgruppens start av utredningen genomfördes även en workshop där även Jonny Eriksson (ekonomichef HS) samt Per Karlsson (ekonomidirektör) deltog, vilken lade grunden för arbetet.

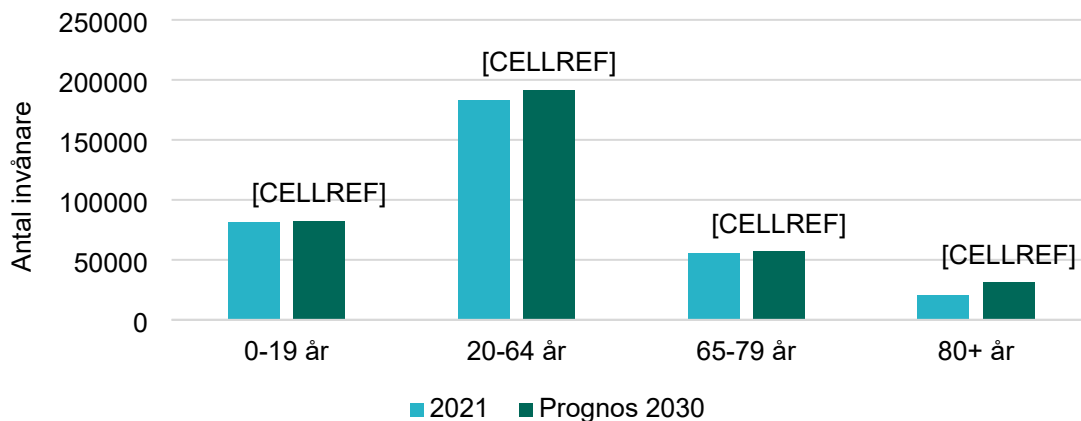
Utredningen har genomförts under en kort tidsperiod, ca två månader, vilket framför allt påverkat möjligheten till benchmarking med andra regioner. Om man ser andra effekter ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv så kan denna rapport ändå fungera som ett inspel till en vidare utredning.

Utmaningar att hantera oavsett modell

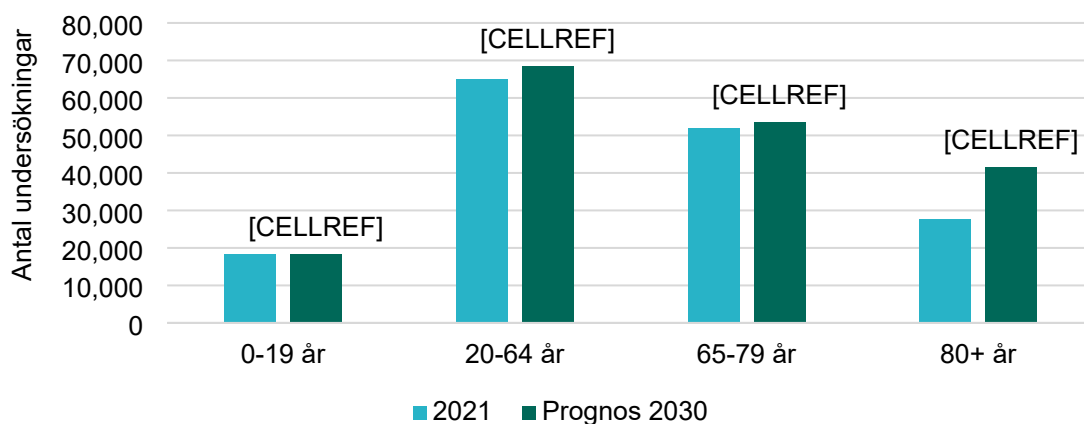
Röntgenverksamheten står inför stora ekonomiska utmaningar, vilka behöver hanteras oavsett val av ekonomisk ersättningsmodell. Verksamheten har 2023 en prognostiserad kostnadsomslutning om ca 385 mnkr och det finns 214 budgeterade heltidstjänster fördelade över 89 sjuksköterskor, 47 läkare, 39 undersköterskor, 22 medicinska sekreterare samt 17 ledningsfunktioner. Årligen genomför verksamheten ca 165 000–170 000 röntgenundersökningar i egen regi.

Verksamheten är investeringstung och befinner sig idag i suboptimala lokaler som försvårar effektiva flöden. Vid varje reinvestering krävs omfattande lokalanpassningar för att kunna få plats och säkra lokalens bärighet för den nya utrustningen, vilket innebär en minskad produktion för verksamheten samt dyra hyresökningar. Dessutom har verksamheten som helhet under flera års tid gått med ett stort underskott, vilket indirekt finansierats genom ett stort överskott för laborativ verksamheterna. För att röntgenverksamheten åter ska nå balans behövs en ökad ersättning. Fr o m 2024 har man tilldelats en utökad ram med 10 mnkr, vilket tillsammans med egna effektiviseringar i motsvarande grad var tänkt att ge en budget i balans utifrån underskottet 2022. För 2023 ser dock underskottet ut att hamna på nästan -40 mnkr, vilket innebär att effektiviseringarna och ramökningen

ändå inte räcker till, utan det behövs ytterligare kapitaltillskott. Men även vid ytterligare kapitaltillskott så är det en kortsiktig lösning eftersom prismodellen har en långsiktig utmaning, där nya underskott kommer uppstå utifrån hur modellen är utformad. Exempelvis kan man redan nu se stora kommande kostnadsökningar för serviceavtal där MTH, som hanterar serviceavtalen för ADHs räkning, har signalerat kostnadsökningar om ytterligare 5,5 mnkr till år 2025. Till det kan läggas att andelen äldre fortsatt kommer öka, se SCBs prognos över antal invånare och hur respektive åldersgrupp kommer utvecklas år 2021-2030.



För att möta utmaningarna med kostnadsökningar och en äldre befolkning så behövs en prismodell som kan hantera detta, vilket allt annat lika på sikt kommer innebära en lägre produktionsökningstakt eller t o m en lägre produktion då undersökningar av multisjuka äldre tar längre tid. Verksamhetens uppskattning är att förberedelsestiden för en 80-åring är ca 10-20 min längre mot en 30-åring, beroende av modalitet. De primära anledningarna till det är att äldre behöver mer omvårdnad vid förflyttning samt att det krävs längre medicinenomgångar.



När andelen 80+ ökar så kraftigt så skulle det innebära att verksamhetens kapacitet minskar med knappt 10 000 undersökningar/år, allt annat lika. Därmed kommer det inte vara möjligt att lösa de ekonomiska utmaningarna med en ständig

produktionsökning enligt gällande modell. Vid byte av prismodell eller anpassning av den befintliga så är det viktigt att hitta en modell som kan fungera inom Region Hallands budget- och styrningsmodell, särskilt med koppling till ersättningen inom vårdvalet.

Röntgenverksamhetens inspel vid val av prismodell är att denna bör styra mot en restriktivitet i vårdanvändningen då man sedan flera år tillbaka ser årliga remissökningar om ca 4-5 %. För att säkerställa att vi nyttjar resurserna rätt så är det viktigt att ha en kvalitetsstyrning som styr mot att begränsa eventuellt överutnyttjande.

En utmaning för regionen är att vi idag inte har en fullständig bild över det totala vårdbehovet kopplat till röntgen. Anledningen till det är att ca hälften av primärvården idag ligger i privat regi och inom vårdvalet har vi inget ”köptvång” av röntgen från regionen, utan man har också möjlighet att köpa sina undersökningar hos andra privata aktörer. Undantaget är Närsjukvården som måste köpa undersökningarna hos regionens egen verksamhet. I detta arbete finns risk för ojämlig vård och orättvisa förutsättningar inom primärvården som riskerar att ge konkurrensfördelar mellan de olika aktörerna. Även om det inte är prismodellens huvudsakliga uppgift att hantera, så lyfts även det perspektivet.

En annan viktig del att fundera över i prismodellen är kopplingen mellan verksamhetens egen kapacitet och vad som ska utföras av externa enheter.

Benchmarking

Gällande benchmarking så har urvalet skett utifrån regioner som idag har anslagsfinansiering på röntgen, vilket var det tydligaste alternativet att utvärdera nuvarande prismodell mot. Dessvärre har enbart svar från Region Kalmar kommit in, vilket ligger till grund i utvärderingen.

Region Kalmar har idag anslagsfinansiering på röntgen, men har testat olika finansieringsformer inom exempelvis laboratorietjänster, IT samt telefoni (anslag, abonnemang och löpande debitering). Kortfattat har man inom dessa delar inte sett någon påverkan alls på volymerna utifrån prismodell, utan enbart att abonnemang och löpande debitering ger en betydligt ökad administration, men till liten eller ingen nytta. Regionen har därför beslutat om att åter gå över till anslagsfinansiering även inom laboratorietjänsterna, IT och telefoni precis som för röntgen. När det gäller laboratorietjänsterna och röntgen så har man en löpande uppföljning av remisser och utförd vård.

Rörlig debitering

Beskrivning av modell

En intäktsfinansierad verksamhet bygger på att verksamheten tar betalt per utförd undersökning av respektive vårdgivare. Prissättningen sker utifrån en självkostnadsprincip där fasta och rörliga kostnader slås ut i förhållande till en prognostiserad undersökningsvolym.

Fördelar

- Det finns en tydlig koppling mellan verksamhetens intäkt och prestation, vilket kan skapa ekonomiska incitament och bidra till en ökad effektivitet och tillgänglighet.
- Verksamheten får tydliga krav på sig och har själv möjlighet att anpassa sig utifrån olika förutsättningar.
- Verksamheten är flexibel att anpassa sig utifrån ökade eller minskade volymer samt att tillgängliga nya undersökningar som efterfrågas.
- Det finns ett tydligt incitament från vårdgivarna att enbart beställa nödvändiga undersökningar eftersom den beställande verksamheten också står för kostnaden.

Nackdelar

- Intäkterna kan variera över tid och påverkas av en minskad efterfrågan där verksamheten inte har en reell möjlighet att minska kostnader i samma utsträckning.
- Ingen möjlighet till prisjustering. Incitamentet att kunna påverka är en teoretiskt bra möjlighet, men eftersom den säljande verksamheten inte har möjlighet att höja priset mer än ett fastställt index utifrån Region Hallands styrnings- och budgetmodell riskerar man snabbt att hamna i svårigheter vid oväntade kostnadsökningar.
- Eftersom varje vårdgivare står för undersökningskostnaderna finns en risk kopplat till att man väljer att avstå att remittera patienter av ekonomiska skäl. Det finns också risk inom vårdvalet att man försöker få patienten som är i behov av dyra undersökningar att söka sig till en annan vårdenhet, exempelvis akutmottagningen, för att skjuta kostnaden till en annan vårdgivare.
- Stor administration. En intäktsfinansierad modell kräver stor administration kopplat till fakturering och uppföljning.

Hantering vid byte av modell

Verksamheten är till största del intäktsfinansierad redan idag.

Fast debitering (abonnemang)

Beskrivning av modell

En fast finansierad verksamhet bygger på att verksamheten tar ett fast pris utifrån beräknad årsvolym. Denna kan exempelvis bygga på ett snitt av de tre senaste årens volymer.

Fördelar

- Abonnemangsavgifter ger stabila och förutsägbara intäkter, vilket underlättar planering och investeringar.
- Kunderna vet i förväg hur mycket de kommer att betala per år.
- Eftersom verksamheten vet vilka medel man har att förhålla sig till behövs mindre administration kopplat till fakturering.

Nackdelar

- Arbetet med att fastställa rätt abonnemangsavgift och volym för att undvika över- eller underskattning av intäkterna blir väldigt viktigt. Om dessa överskattas är risken stor att verksamheten utförs mindre kostnadseffektivt och om de underskattas är risken stor för underskott.
- Eftersom kostnaderna för den beställande vårdenheten slår igenom långt fram i treårsperioden riskerar man att få ett överutnyttjande tidigt samtidigt som man riskerar att hamna i besvärliga diskussioner längre fram när kostnaderna inte motsvarar de årliga beställningarna.
- Om behovet ökar kompenseras verksamheten över tid, men det fungerar mindre bra sett till Region Hallands budgetmodell där man årligen behöver nå en ekonomisk balans. Det innebär svårigheter att få till en bra ekonomisk styrning för verksamheten när förutsättningarna ändras eftersom intäkter och kostnader inte hänger ihop.

Hantering vid byte av modell

Vid en övergång till en fast finansieringsmodell så finns det flera saker att tänka på.

Den första delen är att man behöver fastställa vilka beräkningar som ska ligga till grund för volymunderlaget samt hur ett eventuellt över/underutnyttjande ska hanteras tillsammans med rutiner för uppföljning. I samband med detta bör man även se över ersättningen i förhållande till volymen inkl eventuell omräkning av hälso- och sjukvårdspengen.

Arbete med prislister kommer fortsätta, men verksamhetssystemen kan behöva anpassas kopplat till att bokföringsunderlaget inte ligger till grund för årets fakturering.

Anslag

Beskrivning av modell

En anslagsfinansierad verksamhet bygger på att verksamheten tilldelas en fast finansiering som täcker kostnaden för uppdraget som man förväntas genomföra. I arbetet med att ta fram budgeten bör en målsättning kring produktion tas med för att ha ett mått att utvärdera om verksamheten nyttjat sina medel väl och uppnått vad man kan förvänta sig till en rimlig kostnad. En anslagsfinansierad verksamhet innebär en så kallad ”fri nyttighet”.

Fördelar

- Verksamheten har stabila förutsättningar genom förutbestämda anslag, vilket underlättar både planering och investeringar. Fokus blir primärt på externa kostnader.
- Eftersom alla undersökningar hanteras gemensamt inom regionen så blir det konkurrensneutralt mellan Närsjukvården och privata aktörer inom vårdvalet. Tillgången till vården blir då mer jämlik.
- Bättre statistik och överblick. Genom att alla remisser hanteras av egenregion så får man en fullständig bild över det totala vårdbehovet i Halland. Det gör att det också blir lättare att på sikt planera vilken kapacitet man bör ha inom den egna verksamheten samt vilka tider man bör styra olika undersökningar till för att optimera flödet. Dessutom blir statistikunderlaget (ex kostnad per patient) bättre då man utgår från faktisk kostnad via en efterkalkyl.
- Kostnaden är fastställd enligt en given ram och ex andra regioner eller privata vårdgivare utöver vårdvalet som nyttjar vården får betala för verklig kostnad i stället för ett fastställt pris, vilket innebär att risken för subvention försvinner.
- Eftersom verksamheten vet vilka medel man har att förhålla sig till behövs mindre administration kopplat till fakturering.

Nackdelar

- När tjänsterna är en fri nyttighet finns en risk att för ett visst överutnyttjande av volymerna. Det kan resultera i att det inkommer fler remisser till röntgenkliniken än de har uppdrag att utföra inom ramen för anslagsfinansieringen.
- Brist på incitament för effektivitet. Eftersom intäkterna inte är kopplade till prestation kan det finnas mindre incitament för att öka effektivitet och produktion.
- Verksamheten är begränsad av de tilldelade anslagen och kan inte svara på ökade efterfrågekrav utan att öka budgeten. Anslagsfinansierade verksamheter kan också vara känsliga för budgetnedskärningar.

- Verksamheten har på kort sikt ingen möjlighet att hantera en större utökad produktion i egen regi. Det finns därmed en risk att vårdgarantidelen av marknaden ökar, vilket möjligen kan försämra möjligheterna till framtida kompetensförsörjning inom egenregin.

Hantering vid byte av modell

Vid en övergång till en anslagsfinansierad modell så finns det flera saker att tänka på.

När det gäller de interna köpande förvaltningarna så handlar det om att omfördela budgetramar till röntgenverksamheten. I samband med det behöver man samtidigt värdera om budgetramarna varit tillräckliga, dels på total nivå men dels på förvaltningsnivå. Man behöver därför besluta kring om medel motsvarande köpande förvaltningars budgetramar ska flyttas eller om det ska flyttas utifrån faktiskt nyttjande. Röntgenverksamheten har ett stort underskott idag och då köpande förvaltningar inte har motsvarade överskott så finns ett behov av ett kapitaltillskott totalt, vilket är beskrivet under generella utmaningar.

Man bör införa någon form av kvalitetsstyrning för att hantera risken kring omotiverade remisser och få in detta som krav inom vårdvalet. Det kräver också en omräkning av ersättningen inom vårdvalet, där utgångspunkten bör vara att man tittar på Närsjukvårdens kostnader och sänker ersättningen i motsvarande grad. Om det är så att privata aktörer som erbjuder röntgentjänster kunnat genomföra dessa billigare än regionen så kommer detta minska de privata vårdgivarnas ekonomiska resultat. Om man i förlängningen ser att nyttjandet ökar mer än motiverat bör man se över möjligheten kring någon form av sanktion vid upprepade felaktiga eller omotiverade remisser. Dessutom bör man fundera över vilka produktionsmål som röntgenverksamheten bör ha för att ha en tydlig bild att jämföra mot.

Arbete med prislistor kommer fortsatt att behöva utföras, men kan då beräknas enligt faktiskt kostnad.

Det kommer finnas behov av anpassning av verksamhetssystemens kontering när man inte längre ska fakturera.

Dagens modell

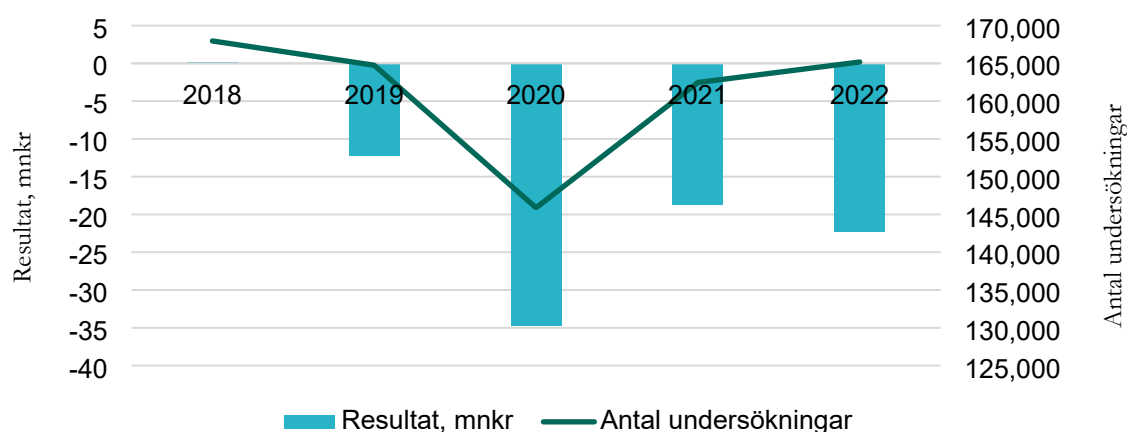
Beskrivning av modell

Dagens modell beskrivs oftast som löpande intäktsdebitering, men det är inte hela bilden utan modellen är en hybrid mellan alla tre tidigare nämnda modeller. Modellen härrör från 2011 och en utredning som genomfördes av Ledningsbolaget. I arbetet gjordes tidsstudier för de olika undersökningstyperna, vilket tillsammans med fasta kostnader ledde fram till olika priser per undersökning. Underlaget som togs fram används fortfarande för prisberäkning av tillkommande nya undersökningar, men när det gäller befintliga undersökningar tillåts dessa maximalt justeras med index, även om beräkningen skulle visa något annat. Eftersom behoven inom akutsjukvården var annorlunda så valde man att lägga abonnemang för de specifika delarna som rörde dessa. Under perioden 2017-2019 gjordes också en justering där man valde att anslagsfinansiera mammografiscreeningen. Tittar man storleksordningen på de olika delarna så består finansieringen av ca 92 % rörligt, 5 % anslag och 3 % abonnemang. Budgethanteringen för anslag går via Region Hallands normala budgetprocess, medan abonnemangen hanteras via interna affärer i samma process. Precis som för intäktsfinansiering finns en begränsning i de interna affärerna som innebär att de enbart tillåts öka med index och här finns också underskott idag om ca -7 mnkr.

När det gäller den rörliga finansieringen i modellen så är utgångspunkten att alla kostnadsökningar ska hanteras genom en ökad produktion inom den säljande verksamheten. Till skillnad från anslagsfinansierad verksamhet får man därmed inte någon uppräknings för demografi eller utveckling samt att effektiviseringskravet är ett annat. Jämfört med en anslagsfinansierad verksamhet blir uppräknings ca 1,2 % lägre varje år. Röntgenverksamheten är en verksamhet som absolut påverkas av en åldrande befolkning, då undersökningar av äldre multisjuka innebär en lägre effektivitet.

Ekonomiskt resultat

I diagrammet syns resultaten för de senaste fem åren kombinerat med antal genomförda undersökningar. Under framför allt år 2020 så var verksamheten kraftigt påverkad av restriktioner under pandemin, vilket delvis också påverkar år 2021 och år 2022. Det ekonomiska resultatet för år 2023 ser dock ut att hamna på nästan -40 mnkr trots en ökad produktion.



Tanken med den rörliga ersättningen är att man ska ha en positiv margineffekt, men utmaningarna inom röntgenverksamheten är mycket kopplade till att man har svårt med den egna rekryteringen. Det har gjort att man använt sig av hyrpersonal, vilka är minst dubbelt så dyra, samt genomfört kökortningsinsatser med egen personal, vilket är tre gånger så dyrt som den vanliga bemanningen. Det innebär att man även om man lyckas höja produktiviteten inte ser någon positiv tendens i ekonomin, utan snarare tvärtom. Det innebär också att möjligheten att hantera sitt underskott genom ökad produktion inte är möjlig trots att det är utgångspunkten för hela modellen.

Utmaningar och anpassningsbehov

Då modellen är en hybrid av de övriga delarna så finns en kombination av fördelar och nackdelar.

Att ha en hybridmodell med tre olika finansieringar är en utmaning för verksamheten och stödprocesserna då modellerna bygger på olika logiker. Med det sagt så är det fortfarande möjligt att ha en hybridmodell som utgångspunkt, men viss anpassning behövs för att det ska fungera över tid.

För att få nuvarande modell att fungera finns ett behov av en friare prissättning över tid, dvs. att prisberäkningar gäller under exempelvis en fyraårsperiod med fasta index för att därefter få räknas om. Eftersom vi har en teknikutveckling samt stora behov av fastighetsanpassningar är det svårt att få till en långsiktigt hållbar intäktsfinansierad modell som enbart kan indexeras över tid. Kombinerat det också med politiska satsningar som går utöver index så får verksamheten ytterligare effektiviseringskrav om inte priserna tillåts justeras. Verksamheten bör därför vid givna tidpunkter kunna ta fram nya beräkningar utifrån faktiska kostnader, men där finns svårigheter kopplat till Region Hallands styrnings- och budgetmodell särskilt kopplat till ersättningen för hälso- och sjukvårdspenningen till vårdvalet. Det finns också en särskild utmaning i att modellen bygger på en ökad produktion, vilket kommer vara svårt utifrån den demografiska utvecklingen.

Slutsats och rekommendation

Rapporten utgår, som tidigare nämnt, primärt från ett ekonomiskt perspektiv och det är viktigt att man vid val av prismodell hittar långsiktigt rimliga förutsättningar för att bedriva verksamheten på ett bra sätt. Alternativet med att enbart göra en stor prishöjning för att därefter fortsätta med nuvarande modell bedöms inte som gynnsamt, då risken är överhängande att problemet återkommer redan om några år igen även om det skulle kunna fungera som en ”quick-fix”.

Arbetsgruppens slutsats är att en övergång till en anslagsfinansierad verksamhet är det som bedöms som mest rimligt ur ett ekonomiskt perspektiv. Verksamheten får då samma förutsättningar som övriga vårdverksamheter och följer också regionens budgetmodell. Det ger också verksamheten bättre rådighet över att planera sina undersökningar med hänsyn till den medicinska prioriteringen samt att det blir lättare att ta ställning till frågan kring tillgänglighet kontra ekonomi samtidigt som den säkerställer en mer jämlik vård än idag, vilket skulle vara gynnsamt ur ett patientperspektiv. Bedömningen är också att det skulle vara svårt att hitta en intäktsfinansierad modell som dels kan ge verksamheten rätt förutsättning, dels kan fungera i regionens budgetmodell med koppling till såväl friare prissättning som hantering av hälso- och sjukvårdspengen. En hybridvariant bedöms inte heller ge önskade effekter då det finns svårigheter i både styrning samt uppföljning.

Verksamheten har lyft risken kring att en anslagsfinansierad modell med en ”fri nyttighet” för vårdvalet är en stor risk kopplad till omotiverad volymökning, vilket man givetvis behöver beakta. Under den benchmarking som genomförts ges inte stöd för denna tes, utan enbart att en intäktsfinansierad modell är mer administrativt betungande utan faktiskt nytta. För Region Hallands del har den också inneburit subvention till externa aktörer under flera år till följd av att det upplevts för krångligt administrativt att hantera frågan. Arbetsgruppens vill dock ge ett inspel gällande att om prismodellen ändras till anslag så bör man säkerställa att kvalitetsstyrningen styrs mot att begränsa eventuellt överutnyttjande tillsammans med tät uppföljning av antal remisser i relevanta forum.

Samtidigt bör man från regionens perspektiv fundera över vad som är en rimlig produktion kontra de resurser som verksamheten har. För att säkerställa att verksamheten fortfarande har en stark koppling till effektivitet så kan man också fundera över om vårdgarantin verkligen bör finansieras centralt som idag. Detta är dock en större fråga där man bör hantera all anslagsfinansierad verksamhet likt eftersom utmaningarna är desamma gällande effektivitet och produktion överallt, inte enbart inom röntgenverksamheten.

Om genomförandet ska ske till år 2025 bör besluts fattas omgående då en omräkning av ersättningen av Hälso- och sjukvårdspengen inom primärvården behöver göras samt att avtalsvillkoren behöver ses över. Dessutom kan det finnas

behov av att upphandla och teckna fler externa avtal för att initialt kunna hantera den totala volymen.

Om bedömningen i stället är att man vill ha kvar en intäktsfinansierad modell av något slag så bör man fundera över om inte alla aktörer inom vårdvalet ska ha köptvång av röntgentjänster från regionens egenregi, för att säkerställa konkurrens och vård på lika villkor. Man behöver också se över hur och med vilka tidsintervall som prisjusteringar kan ske. Är bedömningen att man skulle vilja göra en fördjupad undersökning med en ändrad eller justerad prismodell först till år 2026 bör man ändå se över frågan kring köptvång tidigare, eventuellt kombinerat med ett tillfälligt kapitaltillskott till röntgenverksamheten för att ge verksamheten förutsättningar att nå en ekonomi i balans i väntan på beslut.

Patrik Linné
patrik.linne@regionhalland.se
Diarienummer

Region Halland
Box 517, 301 80 Halmstad
regionen@regionhalland.se
regionhalland.se

Leggo.

Leggo.

Leggo.

Leggo.

Leggo.

Leggo.