

Koncernkontorets arbetsgrupp för uppföljning av köpt specialiserad vård
Västra Götalandsregionen
2019-05-13

Köpt specialiserad vård VGR

Kostnadsutveckling 2016–2018

Budget och prognos 2019



Innehåll

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	4
Syfte och målgrupp	4
Om rapporten	5
Definition köpt specialiserad vård	5
Analysgrupp	6
KOSTNADSUTVECKLING KÖPT SPECIALISERAD VÅRD	6
Budget och prognos 2019	7
Nämndernas Vårdavtal	8
Idéburet offentligt partnerskap	8
Samverkansavtal enligt Lagen om läkarvårdsersättning (LOL)	9
Översyn nationella taxesystemet	10
Vårdgaranti	10
Centralt finansierad vårdgarantivård	12
Sjukhusen köper vårdgarantivård inom egen budgetram	13
Vårdgarantivård köps inom flertal medicinska verksamhetsområden	13
Vård enligt valfrihet	15
Valfrihetsvård per medicinskt verksamhetsområde	16
Oplanerad vård enligt riksavtal	17
Nationell högspecialiserad vård	19
Vård enligt specialistvårdsremiss	20
Rehabiliteringsmedicinsk vård	20
Specialistvårdsremiss per medicinska verksamhetsområden	21
Utlandsvård	22
Patientrörlighetsdirektivet	22
Vilken vård efterfrågas	22
Kostnadsutveckling	22
Övrig sjukhusvård och specialiserad vård	24
Rätt psykiatrisk vård	24
Konsekvenser och effekter	25
Utveckling köpt specialistvård på tillgänglighetsavtal	25
Privata vårdgivare tillgänglighetsavtal	25
Utveckling digitala vårdkontakter	26
Lägesrapport – förbättrade möjligheter till uppföljning av köpt specialistvård	27

Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att ge en detaljerad bild av kostnadsutvecklingen för köpt specialiserad vård som Västra Götalandsregionen (VGR) köper utanför sin egen organisation. Rapporten behandlar inte köpt primärvård eller tandvård samt heller inte köp av bemanningspersonal eller separat köpt medicinsk service (labb och röntgen). Rapporten ska:

- bidra till att öka kunskapen om;
 - vilken specialistvård VGR köper
 - av vilka orsaker VGR köper specialiserad vård
 - vem som bekostar köpt specialiserad vård
 - vad som påverkar kostnadsutvecklingen
- vara en plattform för analys, problematisering och förbättringsförslag
- innehålla en prognos per delområde

Primära målgrupper för rapporten är de parter inom Koncernkontoret som har kostnads- och/eller uppföljningsansvar för köp av specialist- och sjukhusvård. Rapporten är framtagen av en mindre gruppering, inom arbetsgruppen för uppföljning av köpt specialiserad vård. Uppdraget kommer från regiondirektören.

2018 års totala kostnadsutfall för köpt specialist- och sjukhusvård var 1 678 mnkr. Kostnaderna har ökat med 10 procent eller 154 mnkr jämfört med 2017 års utfall. Kostnadsutfallet 2018 var 236 mnkr högre än budget. Prognosen för köpt specialist- och sjukhusvård 2019 är 1 765 mnkr.

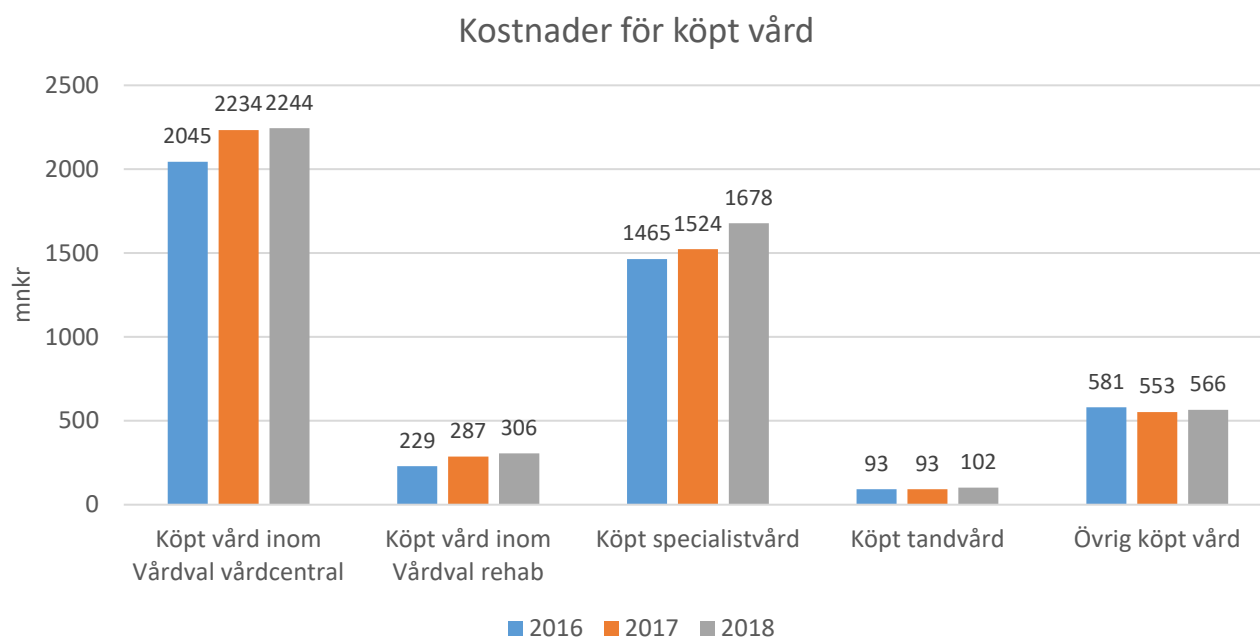
Det största kostnadsutfallet finns inom nämndernas vårdavtal (427 mnkr) följt av vård enligt lagen om vårdgaranti (322 mnkr), valfrihetsvård (253 mnkr) nationella taxan (218 mnkr) och oplanerad vård enligt riksavtal (207 mnkr). Störst procentuell kostnadsökning mellan 2017 och 2018 har köpt vårdgarantivård stått för (94 procent). Detta till följd av en ökad satsning på att korta vårdköerna inom VGR.

Arbetsgruppen vill i årets rapport särskilt peka på några utvecklingsspår och behov som kan leda till konsekvenser för VGR:s kostnader för köpt specialistvård eller möjligheterna till att följa upp dessa kostnader. Denna analys utvecklas i rapporten under rubrikerna:

- Utveckling köpt specialistvård på tillgänglighetsavtal
- Privata vårdgivare som levererar vård till regionens invånare
- Utveckling digitala vårdkontakter
- Lägesrapport – förbättrade möjligheter till uppföljning av köpt specialistvård

Inledning

Västra Götalandsregionen (VGR) köper hälso- och sjukvård (primärvård, specialiserad vård och tandvård) från privata och offentliga externa vårdgivare i Sverige och även i utlandet. Sammantaget köpte VGR primärvård, specialiserad vård och tandvård för 4 897 mnkr under 2018. En del av denna vård har VGR själv avtalat om och en del betalar man för till följd av lagar och regelverk. I vissa fall har hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) eller hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) det direkta kostnadsansvaret och i vissa fall är det utförarförvaltningarna som bär kostnaderna.



Figur 1: beloppen är hämtade från Raintance.

I diagrammet ses VGR:s totala kostnader för köpt vård fördelat på övergripande kategorier. Den vård som HSS finansierar inom ramen för de två vårdvalen på primärvårdsnivå, Vårdval vårdcentral och Vårdval rehab utgör majoriteten av kostnaden följt av kostnader för specialiserad vård och sjukhusvård. I denna rapport beskrivs och analyseras endast VGR:s kostnader för köpt specialiserad vård¹ vilka under 2018 uppgick till 1 678 mnkr. Kostnadsökningen jämfört med 2017 är 10 procent.

Syfte och målgrupp

Denna årsrapport ger en mer detaljerad bild av kostnadsutveckling för köpt specialiserad vård än vad som är möjligt i koncernens årsredovisning. Den ska:

- bidra till att öka kunskapen om
 - vilken specialiserad vård VGR köper
 - av vilka orsaker VGR köper specialiserad vård
 - vem som bekostar köpt specialiserad vård
 - vad som påverkar kostnadsutvecklingen

¹ I kostnader för köpt specialiserad vård inkluderas inte köpta tjänster som exempelvis bemanningspersonal eller separat köpta labb- och röntgentjänster.

- vara en plattform för analys, problematisering och förbättringsförslag
- innehålla en prognos per delområde

Primära målgrupper för rapporten är de parter inom Koncernkontoret som har kostnads- och/eller uppföljningsansvar för köp av specialist- och sjukhusvård. Tjänstemannaledning avgör om rapporten eller delar av dess innehåll ska presenteras för politisk ledning.

Detta är den andra årsrapporten och dess syfte och innehåll kommer, om skäl finns, att förändras och utvecklas. Det arbete som bedrivs av Koncernkontorets arbetsgrupp för uppföljning av köpt vård kommer ytterligare förbättra och förenkla möjligheterna till uppföljning.

Om rapporten

Då uppdraget är att följa kostnadsutveckling inom köpt specialiserad vård följer rapportens struktur den nya kontostrukturen som utvecklades inför utskick av 2018 års budgetriktlinjer.

Kostnadsredovisning och analys har fokus på koncernnivå och systemövergripande effekter, därför redovisas utfall och budget mot extern motpart.² De kostnadsutfall som redovisas i rapporten är inte inflationsjusterade eller rensade för befolkningsutvecklingseffekter. Allt annat lika bör kostnadsutfallen därmed uppvisa en svagt ökande trend.

Kostnadsutfallen och budgetbeloppen som redovisas i denna rapport är främst hämtade från ekonomisystemet Raindance. För vissa diagram är kostnadsutfallen hämtade från ersättningssystemet Freja eller vårdstatistikdatabasen VEGA för uppdelning på medicinska verksamhetsområden (MVO). I vissa fall är utfallen på kontonivå justerade för bättre jämförbarhet.

Definition köpt specialiserad vård

Köpt specialiserad vård innefattar följande:

- Vårdavtal tecknade av Västra Götalandsregionen enligt lagen om offentlig upphandling (LOU)
- Idéburet offentligt partnerskap (IOP) tecknade av Västra Götalandsregionen
- Samverkansavtal enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) (exklusive allmänläkare) tecknade av Västra Götalandsregionen
- Vård som utförs i offentlig eller privat regi utanför Västra Götaland då annat landsting tecknat avtal
- Vårdavtal inom Västra Götaland tecknat av annat landsting

Köpt specialiserad vård innefattar **inte** följande:

- Hälso- och sjukvård som utförs av Västra Götalandsregionens egna förvaltningar såsom Närhälsan, Beställd primärvård, Folk tandvården, Habilitering och Hälsa och Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.
- Vårdval Rehab
- Vårdval Vårdcentral
- Samverkansavtal enligt Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) tecknade av Västra Götalandsregionen

² Med undantag för vårdgarantin är det den som finansierar vården som också tar kostnaden mot extern motpart. För vårdgarantivård som HSS eller HSN finansierar gäller överenskommelse att sjukhusen först tar kostnaden mot extern motpart för att sedan få ersättning från HSS (vissa fall HSN) via Freja.

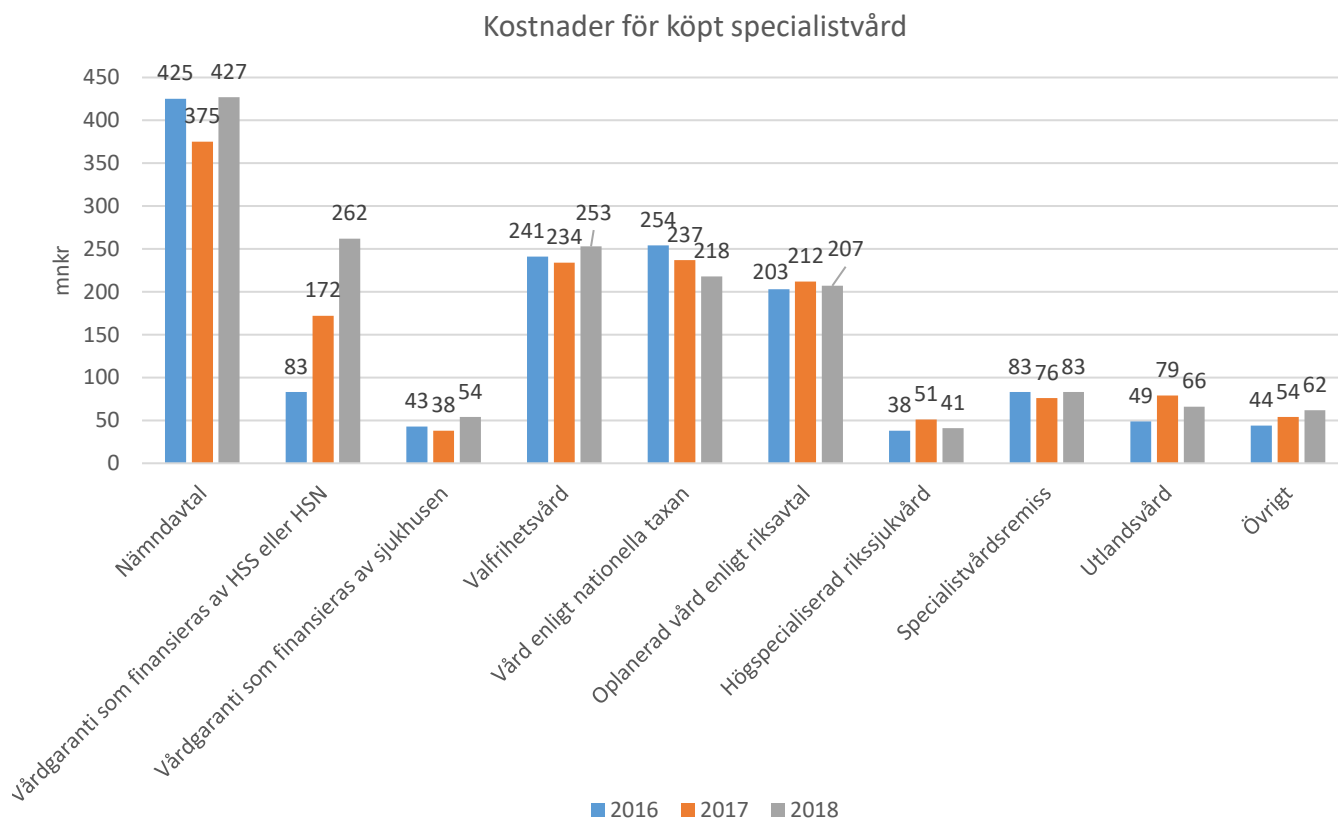
- Samverkansavtal med allmänläkare enligt Lagen om läkarvårdsersättning (LOL) tecknade av Västra Götalandsregionen

Analysgrupp

Rapporten är framtagen av en mindre gruppering, inom arbetsgruppen för uppföljning av köpt specialiserad vård, bestående av: Kristina Edström, Johan Norén, Monica Skotte Sjögren, Emma Attemo, Katarina Flyborg och Sofia Angel.

Kostnadsutveckling köpt specialiserad vård

För att kunna följa utvecklingen från 2016 - 2018 har totala kostnaderna för köpt specialiserad vård beräknats och fördelats ut i enlighet med den kontostruktur som infördes 2018. Enligt koncernens redovisning var 2018 års totala kostnadsutfall för köpt specialist- och sjukhusvård 1 678 mnkr. Kostnaderna har ökat 10 procent eller 154 mnkr jämfört med 2017 års utfall. Sedan 2016 har kostnaderna ökat 15 procent. Kostnadsutfallet 2018 avviker 236 mnkr negativt mot budget.



Figur 2: beloppen är hämtade från Raindance ³

³ Kontot för oplanerad vård enligt riksavtal visar ett utfall på 212 mnkr i Raindance för 2018. I diagrammet ovan visas beloppet 207 mnkr och beror på att förlossningsvård i Norge är exkluderat då det är ett nämndavtal

Budget och prognos 2019

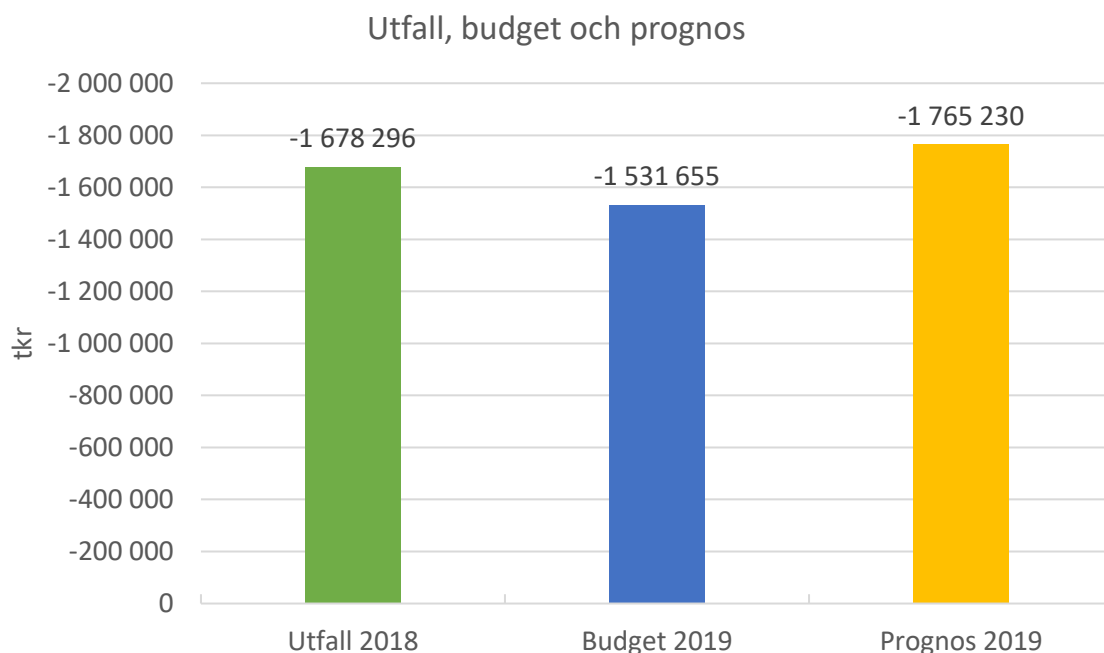
Förvaltningarnas samlade budget (inrapporterad i Raindance) för köp av specialist- och sjukhusvård 2019 uppgår till 1 532 mnkr.

Arbetsgruppen för uppföljning av köpt specialiserad vård har, baserat på historiskt utfall och information om beslut rörande avtalad vård, prognosticerat kostnader för köpt specialist- och sjukhusvård.

Prognosen för köpt specialist- och sjukhusvård totalt är 1 765 mnkr.

Kostnader för köpt specialistvård prognosticeras till 233 mnkr högre än budget. Avvikelsen förklaras främst av att:

- I förhållande till föregående års utfall beräknas kostnader för nämndernas vårdavtal och specialiserad vård enligt nationella taxan att bli 30 mnkr lägre än budget⁴
- Kostnader för centralt finansierad vårdgaranti bedöms bli 145 mnkr högre än budget
- I förhållande till föregående års utfall underbudgeterar sjukhusen kostnader för högspecialiserad vård och specialiserad vårdsremiss -26 mnkr
- I förhållande till föregående års utfall underbudgeterar sjukhusen kostnader för egenfinansierad vårdgaranti – 50 mnkr
- I förhållande till föregående års utfall underbudgeterar sjukhusen kostnader för valfrihet – 37 mnkr



Figur 3: beloppen är hämtade från Raindance.

⁴ Avvikelsen på 30 mnkr mellan budget och prognos förklaras av att budgeten ligger på en aggregerad nivå och avser även kostnader redovisade på andra konton.

Nämndernas Vårdavtal

Hälso- och sjukvårdsnämnderna upphandlar specialiserad vård i privat regi enligt lagen om offentlig upphandling (LOU). Orsakerna till detta kan vara flera. Det kan handla om en politisk vilja att konkurrensutsätta viss del av vården. Eller att nämnderna har gjort bedömningen att en privat aktör är bättre lämpad att bedriva viss vård än den offentliga vården, de kanske kan erbjuda samma vård till ett bättre pris eller dylikt. Nämndernas vårdavtal som vi syftar på här är en del av den grundläggande vårdutbudsstrukturen i regionen. Detta till skillnad från de tillgänglighetsavtal som tecknas av hälso- och sjukvårdsstyrelsen och som specifikt syftar till förbättrad måluppfyllelse av vårdgarantin.

Vården upphandlas som komplement till vårdöverenskommelserna och innehåller liksom dessa en takkonstruktion för ersättningen. I ett fåtal avtal sker en del av ersättningen som riktade uppdrag. Patienter remitteras till de privata vårdgivarna från:

- Egenremiss
- Primärvård
- Taxeläkare
- Sjukhus (gäller inte alla avtal)

Nämndernas vårdavtal tecknas normalt på tre till fem år med möjlighet till förlängning upp till 3 år. Av avtalet framgår uppräkningsregler, t.ex. att ersättningen justeras årsvis med vårdprisindex (VPI) efter den första tolv månadsperioden. Det vanligaste är att den privata vårdgivaren producerar upp till ersättningstak och därmed kan budget liksom prognos läggas utifrån nivån på ersättningstaket för respektive avtal.

Idéburet offentligt partnerskap

Nämnderna tecknar även så kallade IOP-avtal (Idéburet offentligt partnerskap) som är en partnerskapsrelation mellan den offentliga och den idéburna sektorn. Inom Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdssektor finns IOP exempelvis i relation med Svenska Röda Korset angående behandlingscenter för krigsskadade och torterade och med Ågrenska AB angående föräldrastöd till familjer med barn med sällsynta sjukdomar.

IOP är en relativt ny form av finansiellt stöd som inte ska förväxlas med verksamhetsstöd till organisationer/föreningar. Kännetecknande för dessa avtal är att kontrakten uppgår till relativt små belopp samt att vårdgivaren inte alltid ger vare sig renodlad primärvård eller specialiserad vård. Detta i kombination med att det hade krävts en stor arbetsinsats att söka ut kostnaden innebär att analysgruppen har valt att inte ta med dessa avtal i rapporten. I den ekonomiska redovisningen kostnadsförs IOP-avtalen under Övrig köpt vård, som vare sig är primärvård eller specialiserad vård. Om kostnaderna för IOP-avtal ökar i framtiden kan kommande årsanalyser inkludera uppföljning även av dessa.

Samverkansavtal enligt Lagen om läkarvårdsersättning (LOL)

Ett samverkansavtal enligt LOL innebär att en privatpraktiserande läkare får rätt till offentlig finansiering av sin verksamhet enligt de grunder och på de villkor som framgår av lagen om läkarvårdsersättning. Verksamheten ersätts utifrån det nationella ersättningssystemet som kallas nationella taxan. En läkare med samverkansavtal kallas ofta taxeläkare.

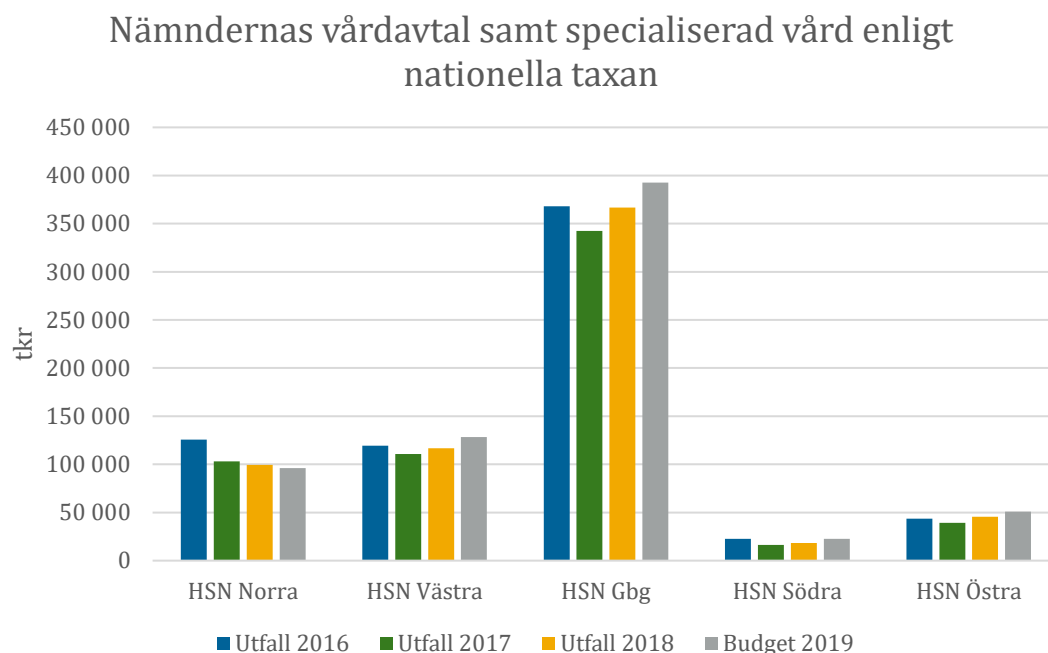
LOL innebär att läkaren har ett samverkansavtal knuten till egen fysisk person även om själva verksamheten sedan bedrivs i bolagsform. Villkoren för läkarens verksamhet regleras i den aktuella lagen (LOL) och den ekonomiska ersättningen fastställs i [Förordningen om läkarvårdsersättning](#). Lagen ger möjlighet för läkaren att genom försäljning överlåta sin rätt till ersättning inom sin specialitet till en efterträdare

- Primärvården och taxeläkare remitterar på dessa avtal
- Sjukhus kan i undantagsfall remittera på dessa avtal
- Patienten kan söka via egenremiss
- Det finns ett begränsat antal etableringar inom respektive specialitetsområde

Idag finns det i Västra Götalandsregionen knappt 100 specialistläkare verksamma enligt nationella taxan. Flest avtal finns inom gynekologi, vissa opererande specialiteter och psykiatri. Det tecknas inga nya etableringar men nämnderna tecknar nya samverkansavtal som överlåts genom försäljning av befintliga etableringar. Antalet avtal kan minska då en etablering kan flytta till annan nämnd. Det finns även taxeläkare inom allmänmedicin samt fysioterapeuter, de ingår dock inte inom ramen för denna uppföljning av köpt specialiserad vård.

Totalkostnad för nämndernas vårdavtal och specialiserad vård enligt nationella taxan uppgår till 679 mnkr 2016, 612 mnkr 2017 och 647 mnkr 2018. Kostnadsminskningen 2017 beror framförallt på senarelagda avtalsstarter, utgåendet avtal, ett i förtid avslutat avtal inom psykiatri, avslutade etableringar och glapp i klinikernas verksamhet när nya läkare tagit över etableringar.

Inrapporterad budget för 2019 avseende nämndernas vårdavtal och specialiserad vård enligt nationella taxan summeras till 690 mnkr. Prognos för 2019 beräknas till 660 mnkr. Avvikelsen på 30 mnkr mellan budget och prognos förklaras av att budgeten ligger på en aggregerad nivå och avser även kostnader redovisade på andra konton.



Figur 4: beloppen är hämtade från Raindance och Freja.

Översyn nationella taxesystemet

Socialdepartementet gav hösten 2016 en nationell utredare i uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet. Landstingens uppfattning är att det inte finns samma möjligheter att följa kvaliteten i den vård som utförs enligt nationella taxan eller planera för den på motsvarande sätt som för övrig vård samt att systemet med nationell taxa inte heller understödjer samverkan i vårdprocesserna. Utredningen resulterade i en promemoria som under hösten 2018 gick ut på remissrunda där Västra Götalandsregionen har skickat in sina yttranden under november 2018.

Vårdgaranti

Lagen om vårdgaranti innebär inom den somatiska specialiserade vården att patienter har rätt till ett första läkarbesök inom 90 dagar från dess att vård söks, och rätt till behandlingsstart inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattas. Västra Götalandsregionen (VGR) köper vårdgarantivård på egna ”tillgänglighetsavtal” och på andra landstings avtal med privata vårdenheter. Västra Götalandsregionens tillgänglighetsavtal finns i två varianter⁵:

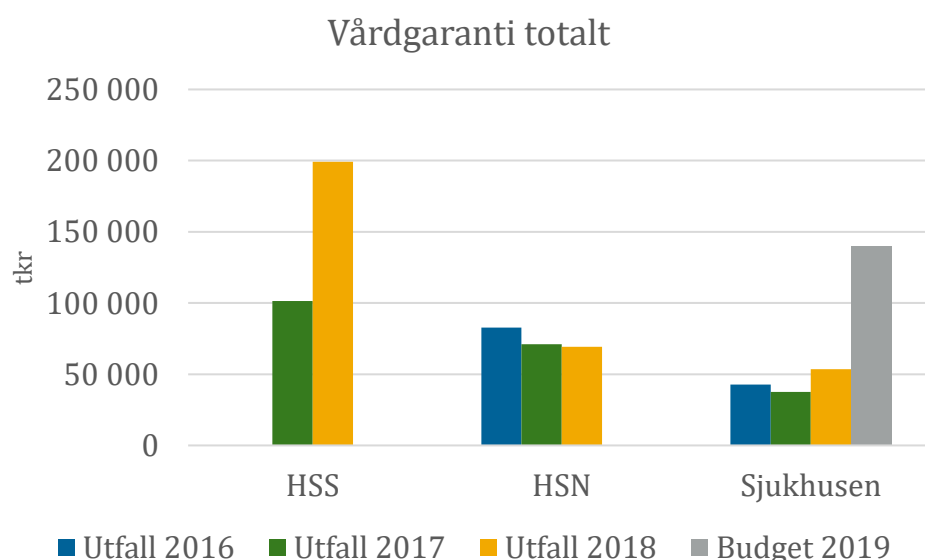
- Volymavtal som innebär att sjukhusen kan avropa specifika volymer enligt tilldelning
- Rangordningsavtal innebär att avrop måste ske mot en viss leverantör innan avrop kan ske mot annan leverantör. Här finns inga garanterade volymer

⁵ Internt köpt/såld vårdgaranti avser då ett av VGR:s sjukhus utför (säljer) vårdgarantivård åt annat sjukhus inom VGR. Det hanteras inte i denna rapport.

De patienter som får vårdgarantivård remitteras från sitt hemsjukhus och betalningsförbindelse skickas till den vårdgivare som ska utföra besök eller behandling. Till skillnad från valfrihetsvården där patienten, vid öppenvård, själv kan söka upp den vårdgivare man önskar få hjälp från utan att det krävs betalningsförbindelse eller kontakt med hemsjukhuset. Patienten kan inte söka vårdgarantivård direkt till vårdgivare med tillgänglighetsavtal genom egenremiss. Undantaget är Capio Lundby sjukhus nuvarande avtal "Option 2 Tillgänglighet", som gäller till och med 2020. Får patienten vårdgarantivård har den även rätt till ersättning för sjukresor vilket inte är fallet om den söker valfrihetsvård.

För 2018 uppgick VGR:s totala kostnader för vårdgarantivård till 322 mnkr (HSS 199 mnkr, HSN 69 mnkr och sjukhusen 54 mnkr). Motsvarande utfall 2017 var 210 mnkr (HSS 101 mnkr, HSN 71 mnkr och sjukhusen 38 mnkr).⁶ Detta inkluderar inte vård som köps på de avtal som Region Halland tecknat för tillgänglighetsavtal. Dessa kostnader visas under avsnittet Vård enligt valfrihet och uppgår till ca 45 mnkr, till allra största delen inom ögonsjukvård och ortopedi.

Hälso- och sjukvårdsnämndernas (HSN) kostnader minskade något mellan 2016 och 2017 för att nästan helt fasas ut i budget 2018. Därmed renodlades finansieringsansvaret i tillgänglighetssatsningarna enligt principen att hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) köper volymer från externa vårdgivare och HSN finansierar internt utförd vård över basvolym till sjukhusen.



Figur 5: beloppen är hämtade från Raindance.

HSS:s kostnader för köpt vårdgaranti ökade kraftigt mellan 2017 och 2018, från 101 mnkr till 199 mnkr. För 2018 hade HSS en budget på 138 mnkr vilket innebär en negativ budgetavvikelse på 61 mnkr. Då den interna tillgänglighetsbudgeten, som för 2018 låg på HSN, inte nyttjades fullt ut finansierade HSN del av HSS budgetunderskott (52 mnkr).

Sjukhusen budgeterar för 2019 kostnader för externt köpt vård enligt vårdgaranti med 140 mnkr (varav 130 mnkr avser centralt finansierad vårdgarantivård). Förutsatt att sjukhusen skickar patienter enligt utfördelade volymer prognosticeras kostnader för vårdgaranti med central

⁶ Diagrammet visar kostnadsutfall per finansiär vilket skiljer sig åt mot den som primärt har tagit kostnaden mot extern motpart. Budgetsiffran däremot visar hur budget är lagt i Raindance och inte finansiär.

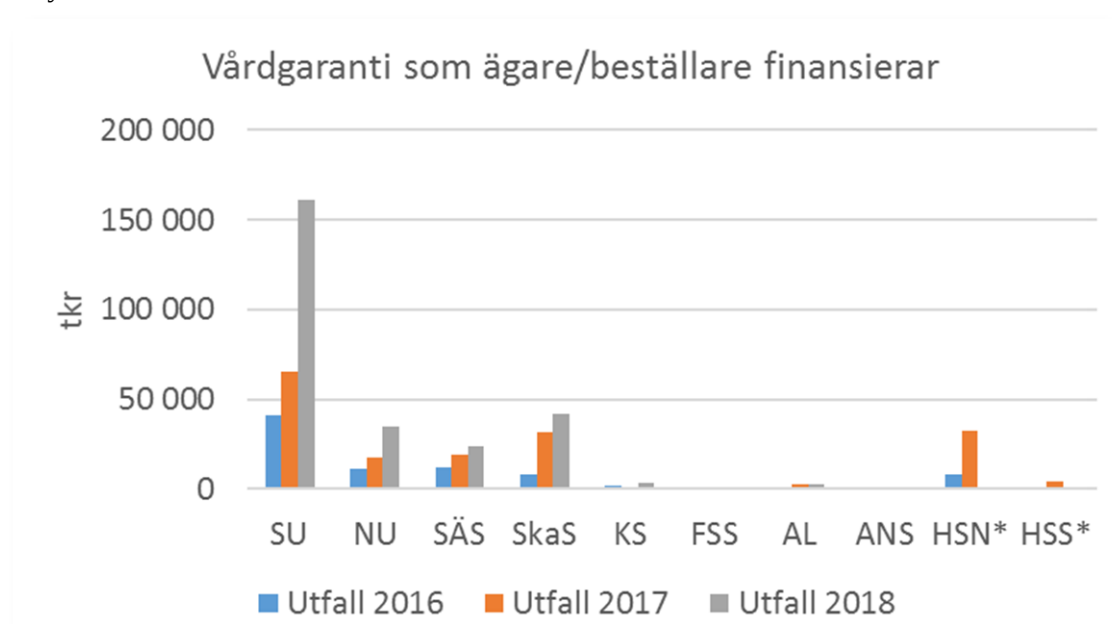
finansiering att uppgå till 275 mnkr. Kostnaderna för centralt finansierad vårdgaranti bedöms därmed att bli 145 mnkr högre än budget.

Centralt finansierad vårdgarantivård

I syfte att förbättra tillgängligheten har HSS under 2018 fortsatt öka sin finansiering av vårdgarantivård och slutit flera nya avtal. Inom de områden där VGR saknar egna avtal har andra landstings avtal med privata leverantörer nyttjats. Sjukhusen tar initialt kostnaden mot externa leverantören med HSS som slutfinansiär.

Sjukhusen måste ha utfört sina basvolymerna för att få köpa vård med central finansiering. Om inte basvolymerna nås finns ändå möjlighet för sjukhusen att köpa vård via avtalen, men då med egen finansiering.

Volymerna i avtalen fördelas till sjukhusen utifrån bedömt behov (t ex antal väntande över 90 dagar). Beslut om fördelning fattas av Operativa styrgruppen för tillgänglighets- och produktionsstyrning där alla sjukhus är representerade. Sjukhusen har i stort nyttjat tilldelade volymer.



Figur 6: beloppen är hämtade från Raindance.

* Kostnadsstaplarna på HSN och HSS innehåller den vård som ersatts via Privera och som på grund av registrering inte är möjlig att fördela ut per sjukhus.

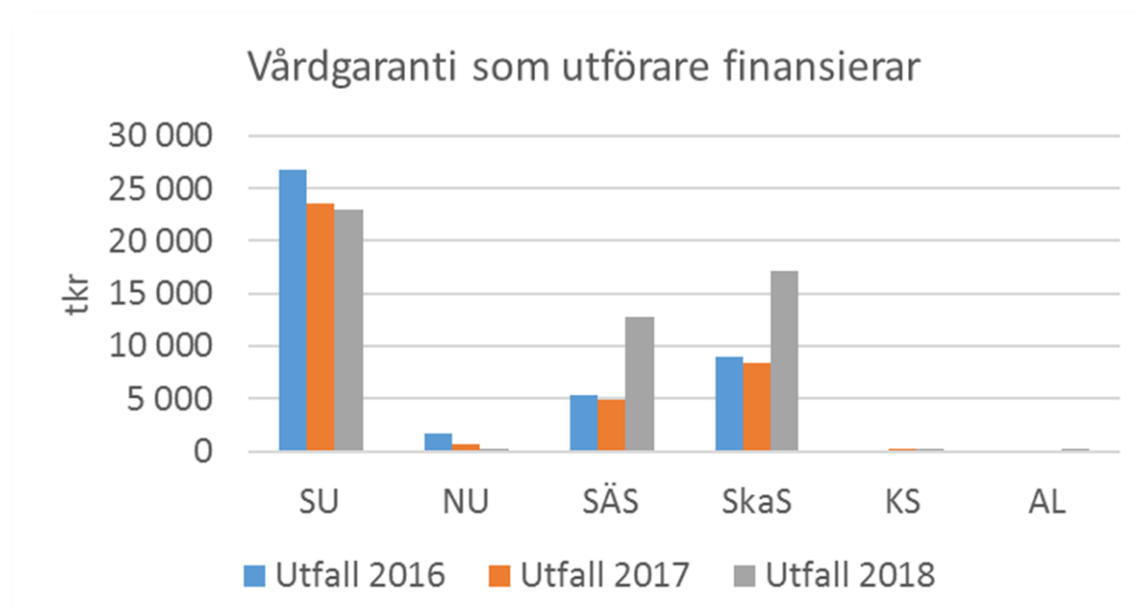
Diagrammet ovan visar kostnader för vårdgaranti som sjukhusen initialt tagit men som HSN eller HSS sedan finansierat. Kostnaden har ökat från totalt 172 mnkr 2017 till 268 mnkr 2018. Kostnaden har under 2018 ökat mest på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och NU-sjukvården.

Sjukhusen köper vårdgarantivård inom egen budgetram

För att klara vårdgarantin väljer VGR:s sjukhus att köpa vård inom egen budgetram på avtal som regionen tecknat med privata vårdgivare. De köper till största del inom ortopedi.

Sjukhusens kostnader för egenfinansierad vårdgarantivård var 43 mnkr 2016, 38 mnkr 2017 och 54 mnkr 2018. Kostnaden har under 2018 ökat mest på Södra Älvsborgs sjukhus och Skaraborgs sjukhus.

Sjukhusen har budgeterat 9 mnkr för egenfinansierad vårdgaranti för 2019. Prognos för 2019 är 60 mnkr.



Figur 7: beloppen är hämtade från Raindance.

Vårdgarantivård köps inom flertal medicinska verksamhetsområden

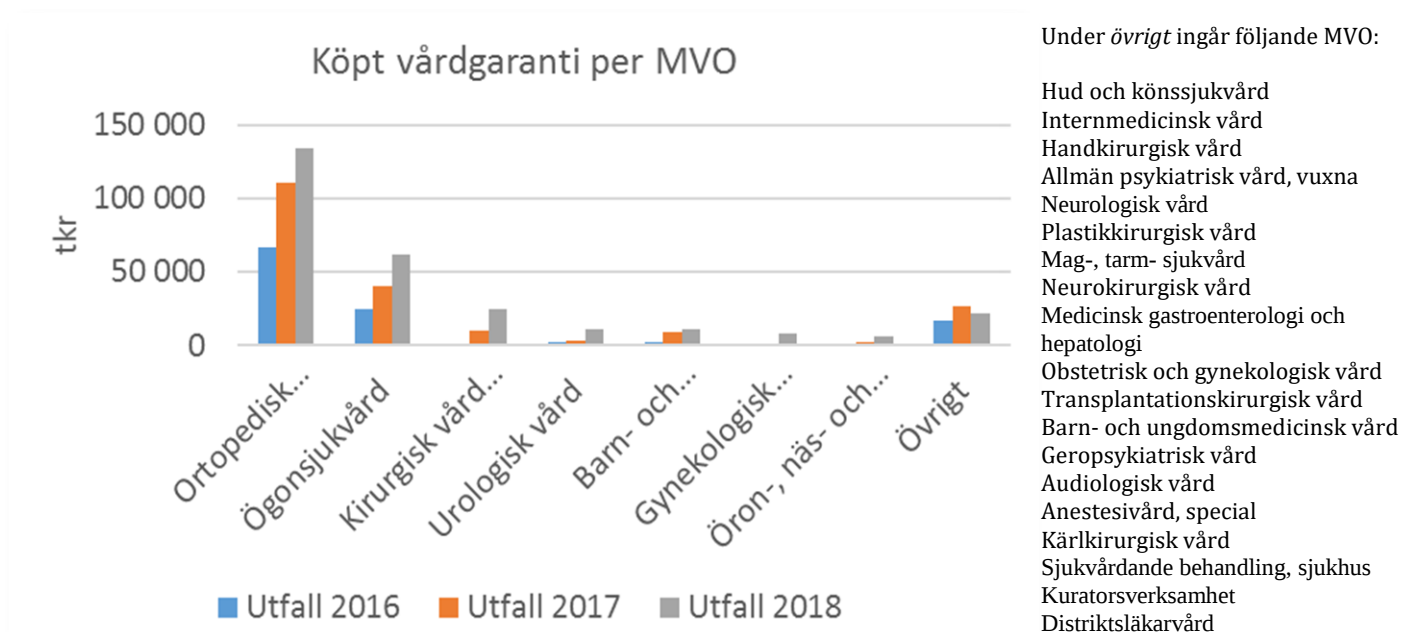
För att klara vårdgarantin inom planerad specialistvård har Västra Götalandsregionen tecknat avtal inom allmänkirurgi, gynekologi, handkirurgi, hud, ortopedi, ögonsjukvård, öron-, näs- och halssjukvård samt urologi.

Dessutom används andra landstings avtal för köp av vård eftersom VGR inte har egna avtal inom alla områden eller att kapaciteten inom de egna avtalen inte är tillräcklig. Aktuella områden för köp på andra landstings avtal under 2018 var allmänkirurgi, gynekologi och protes.

Avtalen finansieras av HSS, undantaget är ögonsjukvård som finansieras av både HSS och HSN.

Köp på andra landstings avtal förväntas minska i takt med att VGR tecknar egna avtal.

Utöver de ovan beskrivna medicinska verksamhetsområdena köper sjukhusen själva vård från andra offentliga sjukhus, till exempel thoraxkirurgisk vård och kardiologisk vård.



Figur 8: beloppen är hämtade från VEGA.

Diagrammet ovan visar inom vilka medicinska verksamhetsområden som HSS, HSN och sjukhusen sammanslaget köper vårdgaranti. Det är betydande skillnader i pris per behandling verksamhetsområdena emellan. Det innebär att ett diagram över förändringen mätt i volym skulle skilja sig åt mot kostnadsbilden.

Det område med högst kostnader är ortopedisk vård inkl. ryggkirurgi. Avtalet för ryggsjukvård som tecknades under sommaren 2016 gav helårseffekt från 2017. För övrig ortopedi skedde en kraftig ökning av köp hösten 2016 och detta har fortsatt 2017 och 2018. Under 2018 tecknades nya avtal inom ortopedi.

Inom ögonsjukvården tecknades ett avtal för kataraktoperationer under hösten 2016 och ett avtal för övrig ögonsjukvård under våren 2017. Under 2017 och 2018 sågs helårseffekter, dessutom användes optioner i båda avtalen under dessa år.

Ett nytt avtal inom allmänkirurgi tecknades våren 2017. Helårseffekt samt effekt av option gjorde att kostnaderna ökade under 2018.

Under 2018 tecknades avtal inom urologi, ÖNH och gynekologi, varför kostnader inom dessa områden har ökat. Barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom främst neuropsykiatriska utredningar köps framförallt av Skaraborgs sjukhus.

Vård enligt valfrihet

Lagen om valfrihet omfattar planerad öppen- och slutenvård inklusive dagkirurgi hos offentliga vårdgivare och hos privata vårdgivare som har avtal med något landsting. Den nya lag som infördes 2015 innebär att valfriheten även omfattar regional och nationell högspecialiserad vård inom öppenvården samt öppenvård hos privata vårdgivare.

Landsting får inte i sina avtal med privata vårdgivare begränsa möjligheten för andra landstings patienter att söka vård på dessa avtal. Om vårdutbud finns vid något av landstingen i Sverige har medborgare från hela landet rätt att söka denna vård. För de tillgänglighetsavtal som tecknas inom Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Halland gäller att patienten måste stå i kö till något av VGR:s sjukhus för att få söka valfrihetsvård.

Det finns en pågående diskussion inom VGR avseende patienter som står i kö på ett sjukhus som inte kan uppfylla vårdgarantin och där patienten själv initierar att få vård hos en annan vårdgivare. Vissa sjukhus ser detta som vård enligt vårdgarantin och vissa sjukhus betraktar det som vård enligt valfrihet. Detta kan innebära att patienter får olika rättigheter vad gäller exempelvis sjukresa. Ett arbete pågår med att få en enighet inom VGR.

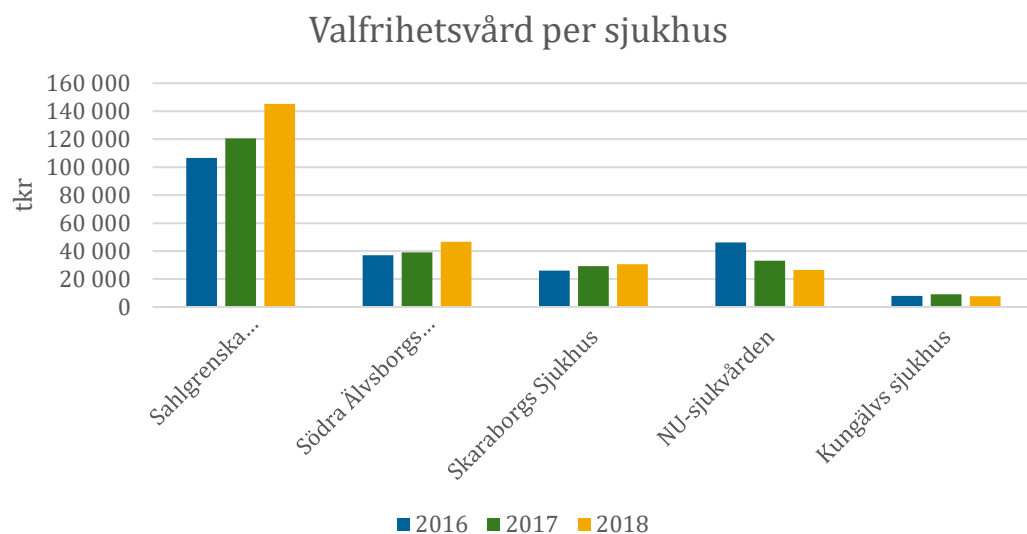
VGR:s utförare bekostar den valfrihetsvård som patienterna inom deras upptagningsområde sökt hos andra vårdgivare⁷. Det är rimligt att anta att det finns koppling mellan sökt valfrihetsvård och tillgänglighetsproblematik vid regionens sjukhus.

Totalkostnad för valfrihetsvården 2018 uppgår till 253 mnkr vilket är en ökning mot 2017 års utfall motsvarande ca 10 procent, vilket till stora delar beror på ökad konsumtion på tillgänglighetsavtal som tecknats av Region Halland med vårdgivare som är geografiskt belägna inom Västra Götaland.

Utfallet inkluderar vård som köps på de avtal som Region Halland tecknat för vård enligt vårdgaranti. Kostnaderna för detta uppgår till ca 45 mnkr och avser till allra största delen ögonsjukvård och ortopedi.

Inrapporterad budget 2019 summeras till 223 mnkr. Prognos för valfrihetsvården beräknas till 260 mnkr för 2019 vilket är i nivå med föregående år.

⁷ Justerat för medicinska verksamhetsområden, exempelvis har Kungälv's sjukhus inte ansvar för ögonsjukvård för patienter inom sitt geografiska upptagningsområde. Det har istället främst Sahlgrenska Universitetssjukhuset som därmed även bekostar eventuell valfrihetsvård inom ögonspecialiteter för Kungälv's patienter.



Figur 9: beloppen är hämtade från Freja.

Valfrihetsvård per medicinskt verksamhetsområde

Kostnaderna för valfrihetsvård uppstår inom en lång rad olika verksamhetsområden. De största kostnadsposterna finns under ortopedisk vård, ögonsjukvård, allmän psykiatrisk vård för vuxna och barn- och ungdomspsykiatrisk vård.

Till största delen består valfrihetsvården av vård som konsumerats hos privata vårdgivare som har avtal med Region Halland alternativt på Region Hallands egna sjukhus. Inom till exempel barn- och ungdomspsykiatrisk vård finns vårdgivare med avtal med annan region, men som har etableringar inom Västra Götalandsregionen.

Det förekommer indikationer på att neuropsykiatriska utredningar inom främst barn- och ungdomspsykiatri inte håller önskad kvalitet för de avtal som tecknats av andra regioner. Frågan ligger nu hos enhet Kunskapsstöd ledning för vidare utredning.

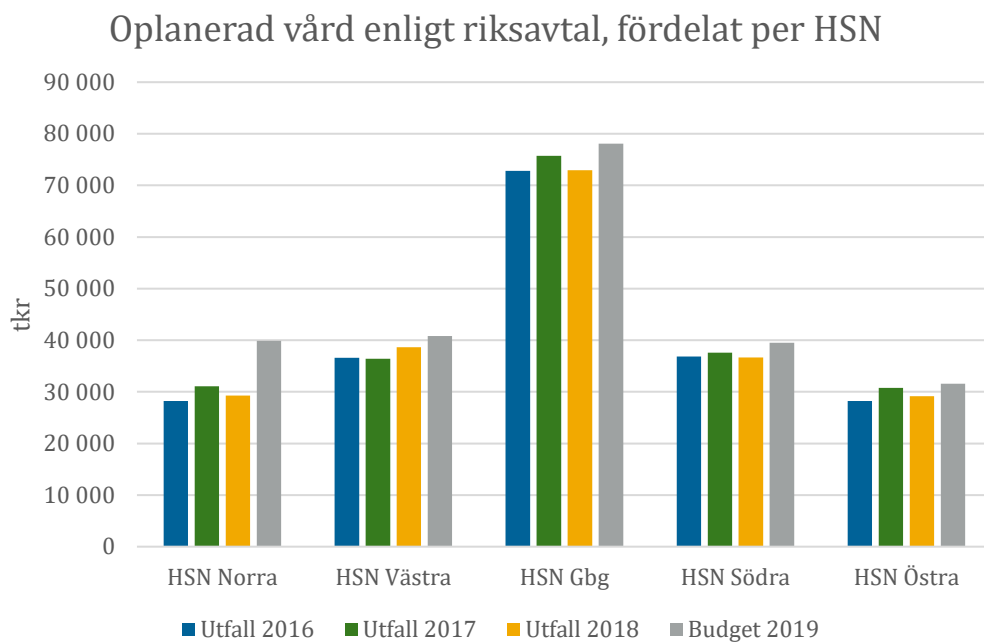
Till största delen avser ökningen inom område ortopedi vård som konsumerats hos vårdgivare som är geografiskt belägna inom Västra Götaland men som har avtal med annat landsting.

Valfrihetsvården inom ögonsjukvården sker hos privata vårdgivare geografiskt belägna inom Västra Götalandsregionen men med avtal med annan region, främst Region Halland. Det finns också en ökning inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård som utförts hos offentliga och privata vårdgivare i Halland (från cirka 3 mnkr till cirka 8,5 mnkr). För vuxenpsykiatrisk vård ses en ökning hos vårdgivare som utför ätstörningsvård.

Oplanerad vård enligt riksavtal

Oplanerad vård regleras i Riksavtalet för utomlänsvård. Det innebär att invånarna har rätt till oplanerad vård oavsett var man befinner sig i landet. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har kostnadsansvar för oplanerad länssjukvård som utförs av annat landsting eller privat vårdgivare, till exempel akutvård eller förlossningsvård.

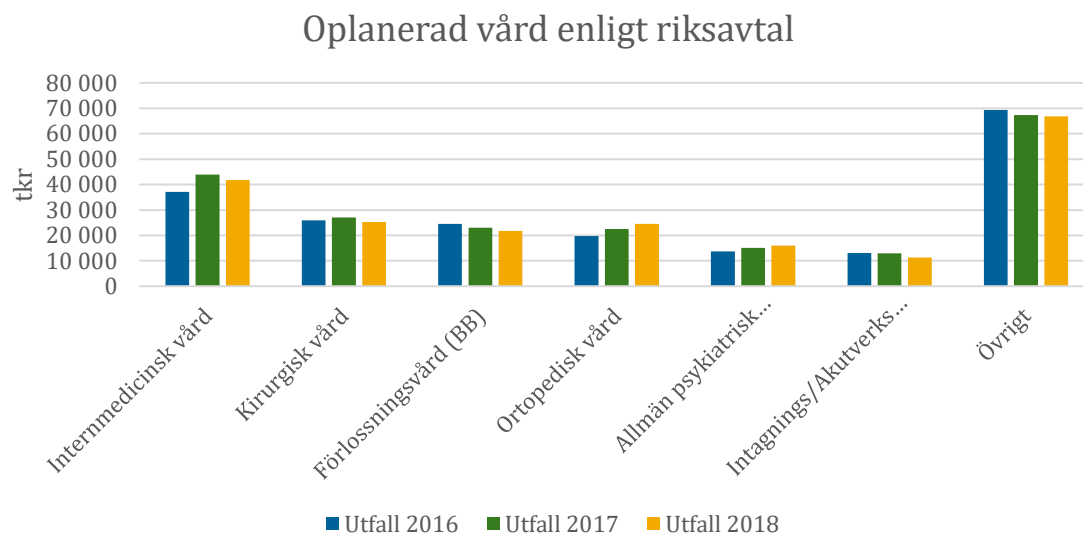
Kostnaden har minskat något mellan år 2017 och 2018, från 212 mnkr till 207 mnkr⁸. Budget och prognos för 2019 är 230 mnkr.



Figur 10: beloppen är hämtade från Freja och Raindance.

⁸ Kontot för oplanerad vård enligt riksavtal visar ett utfall på 212 mnkr i Raindance för 2018. I diagrammet visas ett utfall på 207 mnkr och beror på att förlossningsvård i Norge är exkluderat då det är ett nämndavtal.

Den oplanerade länssjukvården som Västra Götalandsregionens invånare nyttjar inom andra landsting fördelas på en mängd olika medicinska verksamhetsområden, se diagram nedan. När det gäller förlossningsvård är utfallet 22 mnkr för 2018, varav 19 mnkr kommer från Hallands sjukhus. Under kolumnen Övrigt ingår bland annat barn- och ungdomsmedicinsk vård, kardiologisk vård och gynekologisk vård.



Figur 11: beloppen är hämtade från Freja.

Nationell högspecialiserad vård

Nationell högspecialiserad vård innebär att en viss definierad högspecialiserad vård centraliseras till ett eller två sjukhus för att uppnå högre kvalitet och bättre resursutnyttjande. För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs tillstånd från Socialstyrelsen. Exempel är brännskadevård, behandling av barn med cochleaimplantat⁹ samt ECMO¹⁰.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har ansvar för att utföra nationell högspecialiserad vård inom Västra Götalandsregionen (VGR) och får därför ta kostnaden för de patienter som av olika skäl behövt få nationell högspecialiserad vård eller högspecialiserad vård inom annat landsting. Undantag gäller för ECMO och brännskadevård som NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus, Södra Älvsborgs sjukhus och Kungälv's sjukhus har kostnadsansvar för.

Under 2017 köpte SU på grund av kompetensbrist vård från Region Skåne inom barnkardiologi. För 2018 fanns inte längre detta behov.

Det finns svårigheter hos sjukhusen att särskilja vårdnivåerna nationell högspecialiserad vård, regionsjukvård och länssjukvård då inte dagens IT-stöd möjliggör en sådan uppdelning med rimlig arbetsinsats.

Den enskilt största kostnaden för nationell högspecialiserad vård avser brännskadevård, drygt 17 mnkr 2018, vilket är i nivå med 2017.

⁹ Ett hörselimplantat som ersätter hörselsinnet och leder signaler direkt till hörselnerven så att döva och gravt hörselskadade kan höra ljud och tal (källa: Akademiska sjukhuset).

¹⁰ Extracorporeal Membran Oxygenation – en modifierad hjärtlungmaskin som syresätter blodet utanför kroppen via ett membran (källa: Karolinska Universitetssjukhuset).

Vård enligt specialistvårdsremiss

Specialistvårdsremiss används för:

- Kompletterande medicinsk bedömning
- Nischad verksamhet, ex rehabiliteringsmedicinsk vård
- Områden som inte omfattas av vårdgarantin men som sjukhusen har kapacitetsproblem inom
- Specialkompetens hos andra vårdgivare

Om remissen rör länssjukvård och regionsjukvård ska det registreras som specialistvårdsremiss, men om det rör sig om nationell högspecialiserad vård ska det registreras som högspecialiserad vård och konteras på ett annat konto. På grund av att dagens ersättningssystem (Köpt vård) inte fullt ut kan skilja ut vilken vårdnivå som specialistvårdsremissen avser, är kostnadsutfallet på detta konto osäkert. I synnerhet Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har svårt att skilja specialistvårdsremiss från nationell högspecialiserad vård.

Det råder ofta oklarheter mellan sjukhusen angående huruvida vård enligt specialistvårdsremiss ska utfärdas och finansieras av SU eller av patientens hemsjukhus. Med anledning av detta finns ett förtydligande framtaget "Tillämpningsregler avseende vårdansvar för högspecialiserad vård" HS112-2015. Det finns ändå önskemål från sjukhusen om att ytterligare tydliggöra för vilken vård SU har remitterings- och kostnadsansvar för. Detta för att inte riskera att remitteringsprocesser fördröjs och kostnader belastar "fel" sjukhus på grund av oklarheter.

Remiss till rehabiliteringsmedicinsk vård står för de största kostnaderna följt av internmedicinsk vård, ögonsjukvård, plastikkirurgi, onkologisk vård samt prematurvård. Totalt uppgick sjukhusens kostnader för vård enligt specialistvårdsremiss till 83 mnkr 2016, 76 mnkr 2017 och 82 mnkr 2018.

Prognos för 2019 beräknas i enlighet med tidigare års utfall till 85 mnkr.

Rehabiliteringsmedicinsk vård

Den som har en varaktig funktionsnedsättning som inte kräver sjukhusvård och behöver återkommande rehabiliteringsperioder för att behålla eller förbättra funktionstillståndet kan söka ett externt rehabiliteringsprogram. Möjligheten avser flera patientgrupper, men med tonvikt på hudsjukvård och patienter med neurologiska och reumatologiska sjukdomar.

Behandlande läkare skriver och skickar remissen till aktuellt sjukhussekretariat. Uttagningar görs av specialistläkare tillsammans med sekretariatets handläggare baserat på den medicinska bedömningen och prioritering av de remisser/patientansökningar som har inkommit.

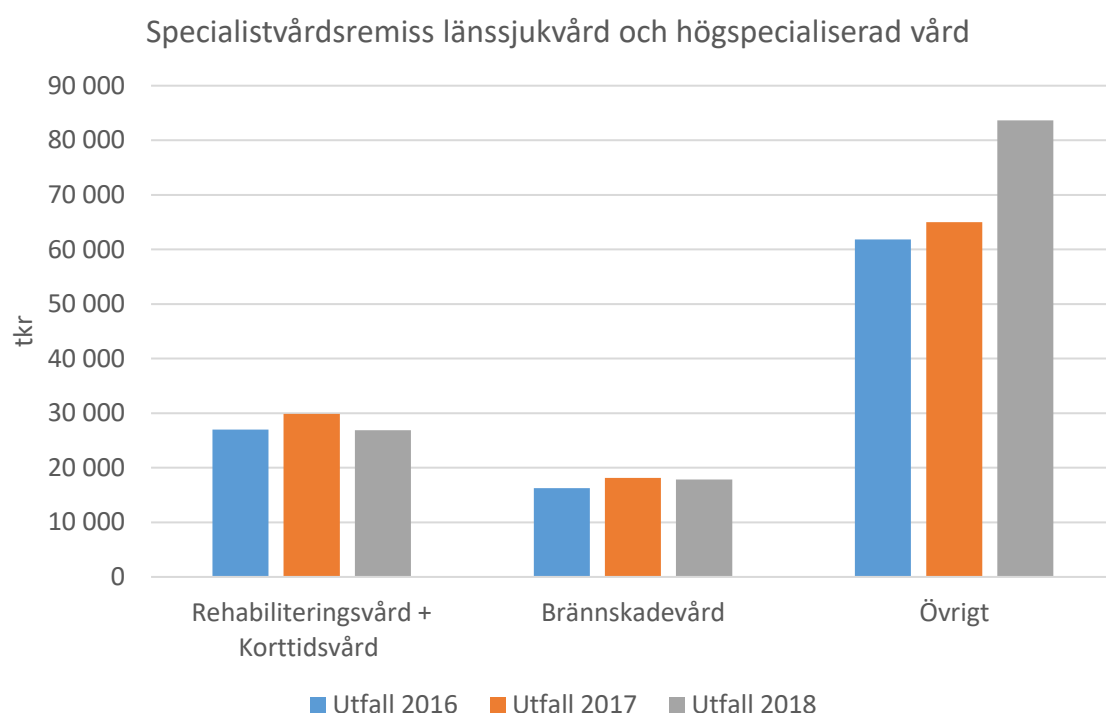
De fyra större sjukhusen har i sina respektive vårdöverenskommelser ett riktat uppdrag med en fastställd summa som avser externa rehabiliteringsprogram. Det innebär att kostnaden för denna vård normalt inte varierar mellan åren och prognos för 2019 blir sjukhusens samlade nivå på de riktade uppdragen; 52,5 mnkr. (NU 10,5 mnkr, SKAS 8,5 mnkr, SÄS 9,8 mnkr och SU 23,7 mnkr).

Det är inte helt klarlagt om rehabiliteringsmedicinsk vård per definition är specialiserad vård men den finns med i denna rapport på grund av att sjukhusen har kostnadsansvar för denna.

Specialistvårdsremiss per medicinska verksamhetsområden

När det gäller specialistvårdsremiss länssjukvård och högspecialiserad vård är det för 2018 rehabiliteringsvister och korttidsvård efter bland annat stroke (27 mnkr) och brännskadevård (18 mnkr) som står för de enskilt största kostnadsutfallen.

Under kolumnen Övrigt är det internmedicinsk vård, plastikkirurgisk vård och reumatologisk vård som står för de största kostnadsutfallen. I kolumnen ingår även kostnader för allmän psykiatrisk vård, ögonsjukvård, ortopedisk vård, onkologisk vård med flera. Ökningen av Övrigt är inte säkerställd, då registreringen som ligger till grund för denna uppföljning i vissa fall varit bristfällig. Ökningen kan bero på ökad följsamhet till uppsatta rutiner vad gäller registrering men det finns fortfarande brister. Ett nytt IT-stöd som är under utveckling syftar till att underlätta för verksamheten att följa dessa.



Figur 12: beloppen är hämtade från Freja. Diagrammet exkluderar köpt rättspsykiatri som finns under avsnittet Övrig sjukhusvård och specialiserad vård.

Utlandsvård

Patientrörlighetsdirektivet

Den 1 oktober 2013 genomfördes patientrörlighetsdirektivet i Sverige genom att lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat EES-land, den så kallade ersättningslagen, trädde i kraft. I samband med den nya lagens ikraftträdande övertog regionerna kostnadsansvaret för den gränsöverskridande vården från staten. Statsbidragen flyttades från staten till regionerna.

Patientrörlighetsdirektivet syftar till att göra det lättare för medborgare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet och uppmuntra till samarbete mellan medlemsstaterna på hälso- och sjukvårdsområdet.

Enligt ersättningslagen har landsting och regioner kostnadsansvar för viss hälso- och sjukvård och tandvård samt för läkemedel, hjälpmedel, förbrukningsartiklar som en patient har tagit emot vid vård i ett annat EES-land. I ersättningslagen regleras möjligheten för patienter att söka förhandsbesked för planerad vård i ett annat EES-land. Ersättning beviljas endast om vården har utförts av vårdgivare som är anslutna till det offentliga sjukvårdssystemet.

Mot uppvisande av det europeiska sjukförsäkringskortet (EU-kort) har en person rätt till nödvändig vård. Med nödvändig vård avses sådan vård som av medicinska skäl blir nödvändig under en tillfällig vistelse i annat medlemsland. Även vård av kroniska sjukdomar omfattas, så länge syftet med resan inte är att söka vård. Vid avsaknad av EU-kort, kan ersättning prövas enligt ersättningslagen. Nödvändig vård benämns ibland turistvård.

Kontaktfunktion EES på Koncernstab hälso- och sjukvård handlägger förfrågningar från Försäkringskassan. Tidigare år har inflödet av ärenden uppgått till cirka 1 500 per år. 2018 ökade antalet inkomna förfrågningar till cirka 2 500 ärenden. Handläggningen av dessa är fortsatt arbetskrävande.

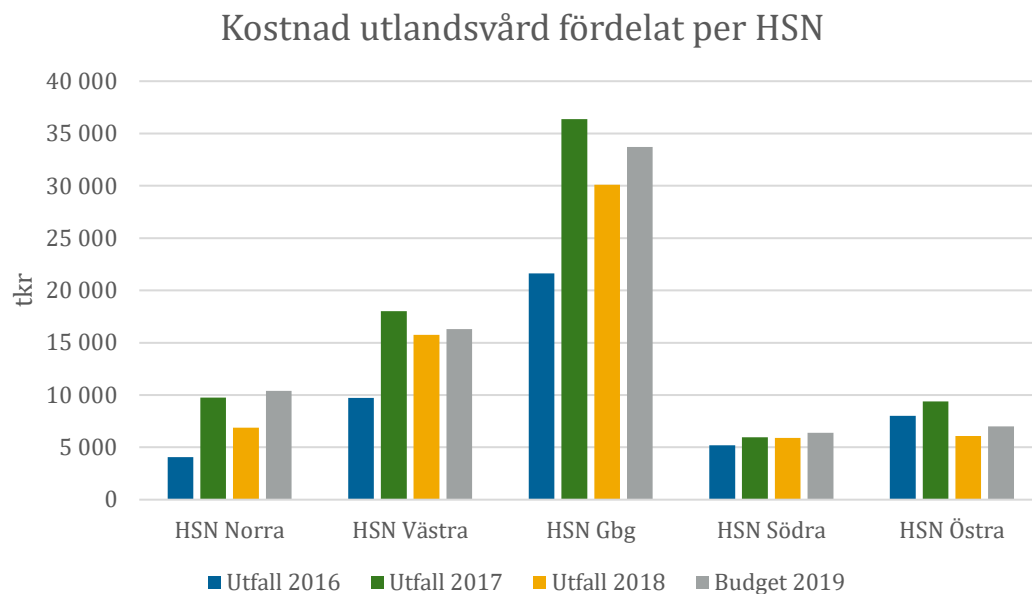
Vilken vård efterfrågas

Den vanligaste planerade vården är behandling mot överdriven svettning. Vården ges i Danmark och utgör cirka en tredjedel av antalet inkomna förfrågningar. Behandlingsresultaten är inte bestående utan måste upprepas med jämna intervall. Vården är också dyrare än om den hade utförts i regionen. Det är fortsatt vanligt att i Danmark söka neuropsykiatrisk utredning samt behandling mot ofrivillig barnlöshet. Patienter söker intensivrehabilitering efter stroke, vid förvärvade hjärnskador samt för neurologiska sjukdomar i Spanien. I Spanien utförs även en stor del av turistvården. I Finland efterfrågas cancerbehandlingar. Inom ortopedi har flera patienter sökt ersättning för bland annat höftproteser.

Kostnadsutveckling

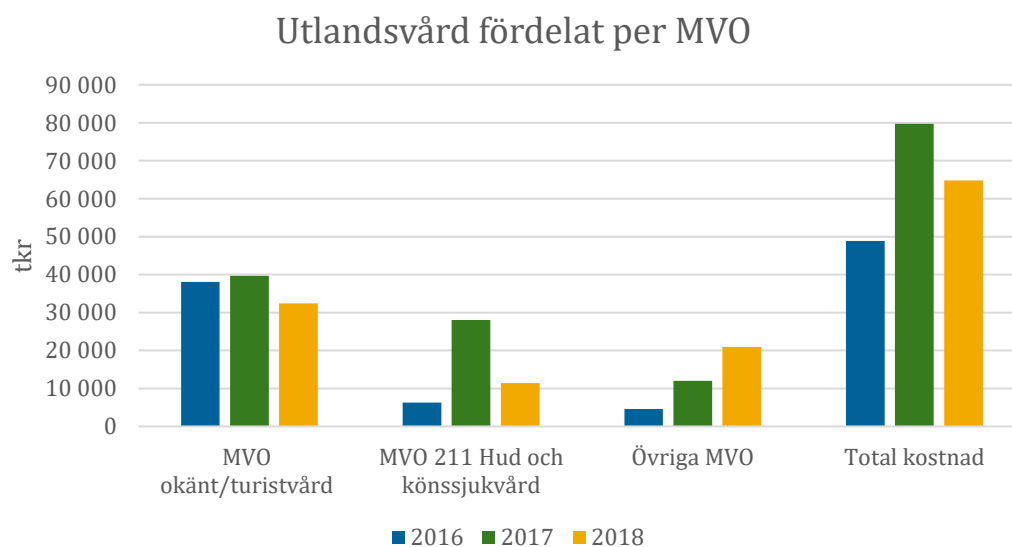
Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad för EES-vård har under perioden 2014 till 2017 successivt ökat. Under 2018 har kostnaden dock minskat från 80 mnkr 2017 till 65 mnkr. Om minskningen på 15 mnkr är en tillfällig minskning går inte att avgöra i dagsläget. Det finns en fördröjning i Försäkringskassans fakturering och cirka 42 mnkr av kostnadsutfallet 2018 avser vård som utförts under 2017.

Den totala kostnaden för utlandsvård budgeteras 2019 till 74 mnkr. Prognos beräknas till 80 mnkr.



Figur 13: beloppen är hämtade från Freja och Raindance.

2018 var antalet förfrågningar avseende behandling mot överdriven svettning något färre än tidigare år. Antalet bifall hos Försäkringskassan har minskat med anledning av förändrad tillämpning av lagen. Den förändrade tillämpningen har medfört att regionens kostnad för utlandsvård inom område hud- och könssjukvård har minskat från 28 mnkr 2017 till drygt 11 mnkr 2018. Kostnaden för övriga medicinska verksamhetsområden har ökat och uppgick till 21 mnkr 2018, att jämföra mot 2017 då kostnaden var 12 mnkr. Ökningen beror bland annat på ökade kostnader för reproduktionsmedicin och onkologi. Kostnaden för turistvård har minskat från drygt 40 mnkr 2017 till drygt 32 mnkr 2018.

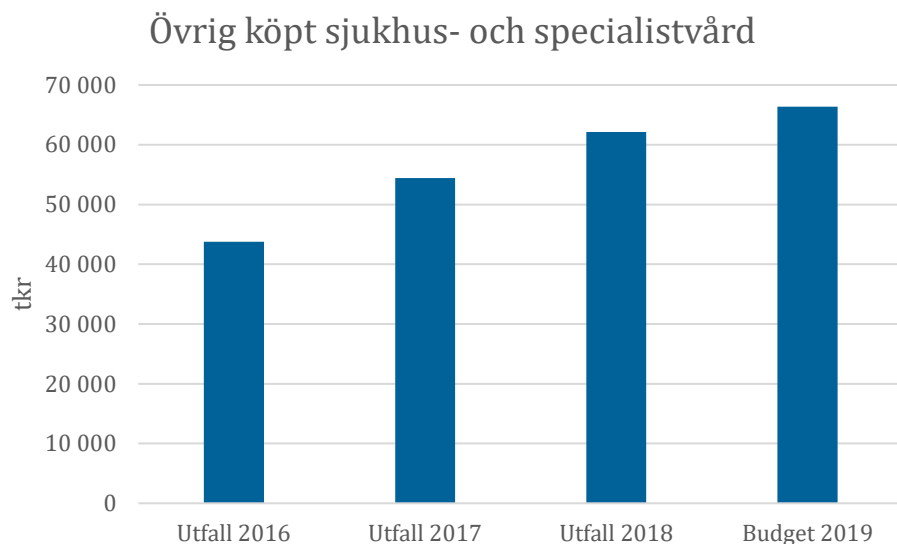


Figur 14: beloppen är hämtade från Freja.

Övrig sjukhusvård och specialiserad vård

Under denna rubrik har vi samlat resterande kostnader för köpt specialiserad vård. Det rör kostnader för rättspsykiatrisk vård, vård till personer folkbokförda utanför Västra Götalandsregionen (VGR) samt övriga kostnader för köpt sjukhus- och specialiserad vård. Huvudsakligen kostnader som finansieras av hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Totalkostnaden för denna vård var 44 mnkr 2016, 54 mnkr 2017 och 62 mnkr 2018 och en majoritet av dessa kostnader rör rättspsykiatrisk vård. Prognos för 2019 är 62 mnkr.



Figur 15: beloppen är hämtade från Rindance.

Rättspsykiatrisk vård

Lag om rättspsykiatrisk vård ([1991:1129](#)), förkortat LRV omfattar personer som är anhållna eller häktade och i behov av rättspsykiatrisk vård liksom personer som efter beslut av domstol ska ges rättspsykiatrisk vård. Sluten rättspsykiatrisk vård ges vid SU, NU och SkaS. I de fall patienter kräver en högre säkerhetsklass än vad sjukhusen kan erbjuda, särskild kompetens erfordras, alternativt platsbrist köper Västra Götalandsregionen rättspsykiatrisk vård.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har idag det direkta kostnadsansvaret för den köpta rättspsykiatriska vården och har avsatt drygt 30 mnkr. Uppföljning av köpt rättspsykiatrisk vård sker i samverkan mellan representanter för den rättspsykiatriska verksamheten och Koncernkontoret.

Konsekvenser och effekter

I detta avslutande avsnitt vill Koncernkontorets arbetsgrupp för uppföljning av köpt specialiserad vård lyfta fram några områden som utifrån vissa hänseenden uppfattas som problematiskt eller som kan behöva utredas vidare.

Utveckling köpt specialistvård på tillgänglighetsavtal

Idag finns avtal med externa vårdgivare inom kirurgi, gynekologi, handkirurgi, hud, ortopedi, ögonsjukvård, öron-, näs-, och halssjukvård samt urologi. Avtalen löper på relativt kort tid och syftet är att uppfylla vårdgarantin. Dessutom nyttjas andra landstings avtal för köp av vård, främst inom de områden där Västra Götalandsregionen inte har egna avtal tex inom proteskirurgi.

Sjukhusen nådde inte beställda volymer 2017 och 2018, vilket är en förutsättning för att kunna uppfylla vårdgarantin genom produktion i egen regi. Troligtvis kommer behovet av köpt vård att finnas kvar för att hantera situationer med kapacitetsbrist i framtiden.

Privata vårdgivare tillgänglighetsavtal

Västra Götalandsregionen har avtal med externa vårdgivare inom kirurgi, gynekologi, handkirurgi, hud, ortopedi, ögonsjukvård, öron-, näs-, och halssjukvård samt urologi. Mest vård, ur kostnadssynpunkt, köps inom ortopedi och ryggkirurgi därefter följer ögonsjukvård samt kirurgi.

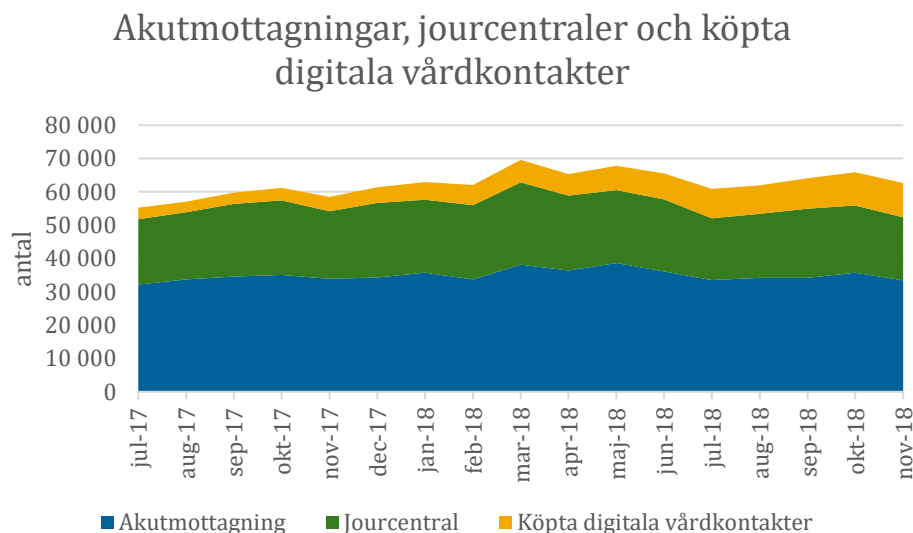
Avtalen är tecknade med följande leverantörer:

- Aleris Sjukvård AB, gynekologi, klinik i Göteborg
- Art Clinic AB, ryggkirurgi och ortopedi, klinik i Göteborg och Jönköping
- Aveny Ögonklinik AB, ögonsjukvård, klinik i Göteborg
- Capio Medocular AB, ögonsjukvård, klinik i Göteborg
- Capio Movement AB, ortopedi, klinik i Halmstad
- Cevita Care AB, gynekologi, klinik i Stockholm
- CitySjukhuset+7 KB, öron-, näs-, och halssjukvård, klinik i Göteborg
- Derma Cure Sverige AB, hudsjukvård, klinik i Göteborg
- Diagnostiskt Centrum Hud i VGR AB, hudsjukvård, klinik i Göteborg
- GHP Ortho Center Göteborg, ortopedi, klinik i Göteborg
- GHP Spine Center Göteborg AB, ryggkirurgi, klinik i Göteborg
- Hagakliniken AB, hudsjukvård, klinik i Göteborg
- HandCenter Göteborg AB, ortopedi, klinik i Göteborg
- Scanloc Healthcare AB, ögonsjukvård, klinik i Göteborg
- Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset, kirurgi, klinik i Göteborg
- Urologkliniken vid Carlanderska AB, urologi, klinik i Göteborg

I de fall vård köps på andra landstings avtal är detta oftast samma leverantörer som regionen redan har egna avtal med. Till exempel köps proteskirurgi av Art Clinic AB och Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset.

Utveckling digitala vårdkontakter

Mätning av digitala vårdkontakter på primärvårdsnivå finns från och med juli 2017. Här kan konstateras att volymerna har ökat från drygt 3 000 vårdkontakter per månad till drygt 10 000 vårdkontakter per månad i dagsläget. (2018–11). Högst antal besök sker i åldersgruppen barn 0-10 år (27%) därefter personer som är 20-29 år (21%).



Figur 16: siffrorna är hämtade från VEGA.

Utifrån diagrammet ovan, tycks inte de digitala vårdkontakterna avlasta jourcentraler eller akutmottagningar. Det syns ingen minskning inom de vanligaste åldersgrupperna.

För den specialiserade vården (som inte visas i diagrammet) går det inte att få fram någon tillförlitlig statistik eftersom det inte finns någon nationellt beslutad kod som anger att det är en digital vårdkontakt och ingen specifik prissättning. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram ett nationellt kodverk.¹¹

¹¹ Idag finns ingen nationell standard för att koda dessa besök när en region fakturerar patientens hemlandsting. Därför bygger statistiken på den prissättning som är beslutad av SKL som avser primärvård (t.ex. är priset för ett läkarbesök 650 kr). Detta innebär att det är svårt att få exakta belopp, eftersom det kan finnas vårdgivare enligt Lagen om läkarvårdsersättning som blir ersatta med liknande belopp. Lagen om läkarvårdsersättning är dock marginella volymer och ganska konstant över tid.

Lägesrapport – förbättrade möjligheter till uppföljning av köpt specialistvård

Status förbättrade möjligheter till uppföljning av köpt specialistvård

Det finns fortfarande förbättringsmöjligheter vad gäller registrering av den köpta vården på sjukhusen, följsamheten har inte förändrats i någon större omfattning. Detta i kombination med problem med ett flertal inblandade IT-stöd gör att det kan vara svårt att få fram korrekta uppgifter.

Det pågår utveckling av nytt IT-stöd för den köpta vården, Ivard. Nuläget inom projektet Köpt vård är att sjukhusen ska börja registrera betalningsförbindelser i systemet. Skaraborgs sjukhus (SkaS) är pilot och planen är att de ska börja att registrera betalningsförbindelser i Ivard med start i maj 2019. Det gamla Köpt vård-systemet planeras att tas ur drift efter årsskiftet 2019/2020 men då finns inte fullständig funktionalitet på plats. Under hösten 2020 beräknas de delar som främst kommer att ge bättre kvalitet på uppföljningen att vara driftsatta.

Ett nytt IT-stöd kommer generellt att ge bättre möjligheter till uppföljning, då det kommer bli lättare att följa regionala riktlinjer. Digitalisering av fakturaunderlag (uppgifter rörande den köpta vården) och minskad manuell registrering kommer innebära både enklare och snabbare hantering men medför också en del begränsningar mot dagens hantering.

I och med att ett nationellt digitalt fakturaunderlag håller på att införas vid fakturering mellan landsting, möjliggörs att få en mer komplett bild av den köpta vården från andra landsting. Dock kan andra regioner tillämpa andra principer än Västra Götalandsregionen (VGR) vid kodning av vård. Uppgifter som till exempel är väsentliga för att VGR ska kunna fördela ut kostnader internt enligt nuvarande regelverk är inte obligatoriska, såsom vårdnivå.

Den manuella registreringen som sker idag har inneburit möjligheter att registrera information enligt VGR:s interna principer för registrering. I och med att den manuella registreringen minskar, kommer utdatan att förhålla sig till den information som andra landsting skickar digitalt istället för att som idag registreras in manuellt.