

Svanell Konsult AB

Styrmodellens utveckling – styrning av hälso- och sjukvården

En granskning på uppdrag av Region Skånes revisorer

Januari 2007

Bo Nordestedt
Jan Svanell

Innehåll

1. Sammanfattning.....	3
2. Bakgrund.....	5
3. Uppdraget.....	5
4. Arbetsmetodik.....	6
5. Styrmodellen.....	7
6. Uppdragen till verksamheterna.....	9
7. Resursfördelningsmodellen.....	12
8. Ersättningsmodellen.....	14
9. Uppföljning.....	18
10. Ledningsorganisationen.....	20
11. Diskussion och slutsatser.....	21

Styrmodellens utveckling – styrning av hälso- och sjukvården

1. Sammanfattning

Svanell Konsult AB har fått revisorernas uppdrag att granska hur Region Skåne arbetar med att utveckla och implementera den nya styrmodellen för regionens hälso- och sjukvård. Viktiga frågor som revisorerna har velat få belysta är om de hittills konstaterade effekterna av styrmodellen står i samklang med målsättning och förväntningar, samt på vilket sätt den nya styrmodellen påverkat verksamhetens inriktning, omfattning, effektivitet och kvalitet. Granskningen har skett genom datainsamling och ett stort antal intervjuer på regionnivå och i tre av sjukvårdsdistrikten. De senare intervjuerna har omfattat förvaltningschefer och verksamhetschefer på sjukhus och i primärvård samt distriktsnämndernas kanslier.

När resultatet av granskningen summeras måste det beaktas att endast ett år har gått med den nya styrmodellen i användning. Endast första steget i ett komplicerat utvecklingsarbete är taget. Det är därför tidigt att slutligt utvärdera resultat och effekter av utvecklingsarbetet.

Granskningen visar på de områden där styrmodellen så här långt har bidragit i rätt inriktning och på vilka områden det finns behov av att göra justeringar för att fullt ut nå det som varit avsikten med styrmodellen. Det är också helt naturligt att sådana justeringar behöver ske i en process som denna.

När man ställer den utveckling som skett i relation till regionstyrelsens måldokument från januari 2005 kan noteras att de mål som formulerades, så här långt har uppnåtts i rimligt stor utsträckning. Det konstateras också att styrmodellen haft stor inverkan på verksamhetens inriktning och mål genom uppdragsbeskrivningarna, logikindelningen och den strukturförändring som denna möjliggjort. Uppdragen har också blivit tydligare.

Styrmodellen har genom de preciserade volymbeskrivningarna i uppdragen och den prestationsrelaterade ersättningen haft stor inverkan på inriktning och omfattning av den specialiserade planerade vården. För akutsjukvården är det däremot det akuta patientflödet som styr omfattningen oberoende av volym och ersättningsnivåer i styrmodellen.

En vanlig uppfattning bland de personer som intervjuats i granskningen är att den nya styrmodellen i grunden är bra. De kritiska synpunkter som framförs avser främst brister i genomförandet och tillämpningen.

Granskningen visar på behov av vissa justeringar av modellen i det fortsatta utvecklingsarbetet. Framför allt gäller detta följande:

- Det behövs mer incitament för utveckling av effektivare vårdformer och kostnadseffektivitet samt bättre incitament för hög kvalitet.

- Primärvårdens uppdrag och ersättning behöver harmonieras med närsjukvårdsuppdragen i övrigt.
- Det saknas tillräckligt starka gemensamma incitament för primärvård och sjukhus som stöd för närsjukvårdens utveckling.

Det finns som vi uppfattat det också medvetande om dessa behov i hälso- och sjukvårdsledningen och initiativ i denna riktning kan därför förväntas.

Logikindelningen har spelat en mycket viktig roll i planeringen och genomförandet av strukturförändringarna i Skånsk Livskraft. Detta nya synsätt har varit nödvändigt för att de strukturella förändringarna över huvud taget skulle kunna komma till stånd, både i politiska beslut och i praktisk verklighet. Logikindelningen har även skapat förutsättningar för den övergripande politiska nivån att i resursfördelningen göra en tydlig prioritering.

Men i vårdens vardag är inte logikbegreppet särskilt ändamålsenligt. Den osäkra gränsdragningen i kombination med det faktum att patientflödet rör sig över logikgränserna gör det opraktiskt och närmast obegripligt att resonera i logiktermer på klinisknivå. Att budgetera och följa upp hur klinikens kostnader fördelas mellan logikerna upplevs inte relevant. Vi konstaterar också att detta inte varit målet för den nya styrmodellen.

Den osäkra gränsdragningen bidrar även till att den övergripande uppföljningen på logiknivå inte blir helt tillförlitlig. Ett problem i detta sammanhang är att det inte kan ges någon säker återkoppling på hur den faktiska resursanvändningen motsvarar de politiska prioriteringarna i resursfördelningen.

Det dubbla beställaransvaret fördelat på hälso- och sjukvårdsnämnd och distriktsnämnder har försvårat tillämpningen av styrmodellen. Förändringen av politisk organisation och tjänstemannaledning skapar förutsättningar för en ökad tydlighet i hälso- och sjukvårdens styrning. Samtidigt finns en farhåga att den lokala dialogen och det lokala samarbetet mellan sjukhus och primärvård samt med kommunerna skall komma att försvåras

Regionstyrelsens måldokument från år 2005 och det utvecklingsarbete som skett hittills lägger en god grund för ett fortsatt arbete med att ytterligare förbättra hälso- och sjukvårdens styrning i Region Skåne. Utöver de förbättringsområden som nämnts ovan pekar granskningsresultatet på ytterligare ett par kritiska framgångsfaktorer för denna process.

Det är nödvändigt att finna former för att genom prioritering balansera ambitioner och tillgängliga resurser till en realistisk prisnivå i ersättningsmodellen. När styrmodellen nu etablerats bör budgetprocessen också kunna bli smidigare och leda till en verksamhetsbudget i rimlig tid.

Tydliga spelregler och konsekvens i tillämpningen av dessa avgör om styrmodellen och respekten för denna får möjlighet att utvecklas vidare.

2. Bakgrund

Revisorerna har fortlöpande följt arbetet med Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Ett område som bedömts kräva särskild uppmärksamhet och granskning är utvecklingen av den nya styrmodellen som tillämpas för den skånska hälso- och sjukvården från och med år 2006.

Svanell Konsult AB har därför fått revisorernas uppdrag att genomföra en sådan granskning.

3. Uppdraget

Uppdraget har inneburit att ge revisorerna ett underlag för att bedöma hur Region Skåne arbetar med att implementera den nya styrmodellen. En nyckelfråga är om arbetet organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som kan ge de resultat som förväntas och är önskvärda? Andra frågor som revisorerna vill ha belysta är följande:

- hur hanteras logikerna i styrmodell och ledningsorganisation?
- hur och på vilka nivåer sker budgetering och redovisning utifrån logikbegreppet?
- står de hittills konstaterade effekterna i samklang med målsättning och förväntningar?
- har den nya styrmodellen i något avseende påverkat incitament för effektivisering och kvalitetsutveckling?
- uppfattar verksamheten sina uppdrag som tillräckligt tydliga?

Granskningen har, förutom det regionövergripande perspektivet, även omfattat tre sjukvårdsdistrikt inklusive distriktsnämndens kansli, samt sjukhus- och primärvårdsförvaltningar i de tre aktuella distrikten. De tre distrikt som valts för fördjupad studie har varit sydöstra, nordvästra och mellersta sjukvårdsdistrikten.

I uppdraget har även ingått att ge impulser till förbättringar om granskningen visar på sådana behov.

4. Arbetsmetodik

En viktig fråga för granskningen har varit att identifiera det strategiska måldokument som beskriver mål och syften med den skånska styrmodellen och därmed lägger grunden för styrmodellens utveckling. Vid samtal med representanter för hälso- och sjukvårdsledningen har den av regionstyrelsen fastställda ”Modell för styrning av hälso- och sjukvården 2006” (daterad 2005-01-31) beskrivits som ett avgörande styrdokument. Denna PM har därför även utgjort en viktig avstämningspunkt för denna granskning.

Ytterligare dokumentation som överlämnats och studerats är Regionens budget med åtföljande målbeskrivningar. Till detta kommer mallar och frågor från Hälso- och sjukvårdsledningen och distriktsnämndens kansli med inriktning på verksamhetsuppföljning. Vidare har den av oss tidigare genomförda (2006) granskningen av verksamhetsstyrningen på klinik- och avdelningsnivå utgjort en viktig referenspunkt.

Granskningsmetodiken har, förutom genomgång av skriftligt bakgrundsmaterial, baserats på strukturerade intervjuer inom nordvästra, mellersta och sydöstra distrikten med:

- distriktsnämndernas kanslier,
- den offentliga primärvården (förvaltningsledning samt gruppintervju med verksamhetschefer)
- förvaltningsledningarna resp. gruppintervjuer med verksamhetschefer vid sjukhusen i Ängelholm, Lund och Ystad.

Till ovanstående kommer intervjuer med regionens:

- ekonomidirektör,
- hälso- och sjukvårdsdirektör,
- hälso- och sjukvårdsledningens medicinska rådgivare,
- ansvariga för uppföljning, analys och styrning inom hälso- och sjukvårdsledningen.

5. Styrmodellen

Styrmodellen för hälso- och sjukvård i Skåne skall stödja genomförandet av Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Det innebär att de fyra logikerna i Skånsk Livskraft skall ligga till grund för styrningen. De fyra logikerna är:

- specialiserad akutsjukvård,
- specialiserad planerad vård,
- högspecialiserad vård,
- närsvård.

I det strategiska dokumentet ”Modell för styrning av hälso- och sjukvården 2006” markeras bland annat att:

- styrsystemet ska fokusera på verksamheternas kostnader och resultat i mening att systemet inte får vara kostnadsdrivande,
- styrsystemet ska främja god kvalitet i vården samt bidra till ökad tillgänglighet,
- hälso- och sjukvårdsnämnden och distriktsnämnderna ska ge uppdrag till de olika vårdgivarna.

Styrmodellen för den skånska sjukvården, som vi uppfattat den, omfattar i princip fyra olika styrkomponenter:

- styrning genom uppdrag,
- resursfördelningsmodellen,
- ersättningsmodellen, samt
- system för uppföljning.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om de uppdrag som utgår till de tre specialiserade logikerna medan distriktsnämnderna ansvarar för uppdragen till närsvården. Av uppdragen skall framgå dels volymer, kvalitet och de allmänna eller speciella riktlinjer som skall styra uppdragen, dels hur ersättningen till respektive vårdgivare ska utformas.

I hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag inför 2006 års budget ingick att på gemensam Skånenivå definiera de fyra logikerna samt gränssnitten mellan dem. Särskilt betonas vikten av att närsvården blir tydligt definierad och avgränsad från övriga logiker eftersom dess resurser ska fördelas till de fem distriktsnämnderna.

Med resursfördelningsmodellen avses fördelningen av den totala regionbudgeten för hälso- och sjukvård på de olika logikerna och andra verksamhetsområden.

Ersättningsmodellen styr den ersättning till verksamheterna som ska ses som betalning för utfört uppdrag. Det sägs också att ersättningens viktigaste funktioner är att ge incitament för ökad produktivitet och effektivitet samt att styra mot önskade beteenden. Ersättningen ska ses som en mätare på effektiviteten och ge möjlighet till benchmarking internt och externt.

I styrmodellen betonas vidare vikten av en aktiv uppföljning i kontinuerlig dialog mellan uppdragsgivare och berörda vårdgivare. Hälso- och sjukvårdsnämnden åläggs ansvaret för den övergripande uppföljningen och analysen av den samlade hälso- och sjukvårdssektorn.

Implementeringen av Skånsk Livskraft föregicks av ett omfattande informations- och förankringsarbete. Det har dock uttryckts viss osäkerhet kring om logikuppdelningen även skulle tillämpas internt på sjukhusnivå. Enligt den beskrivning som idag ges från bl.a. hälso- och sjukvårdsledningen har syftet med styrmodellen hela tiden varit att stärka möjligheterna till politisk styrning. Styrmodellen skall därmed ses som ett sätt att styra och finansiera sjukhusnivån från regionens sida. En följd av detta blir att det i sin tur krävs ett internt styr- och ersättningssystem på sjukhusen utöver vad som anges i styrmodellen. Vi konstaterar också att regionstyrelsens måldokument inte anger något om logikindelningens tillämpning på producentnivå.

I det följande beskriver vi hur var och en av styrmodellens olika komponenter implementerats och hanterats i Region Skånes hälso- och sjukvård efter regionstyrelsens beslut.

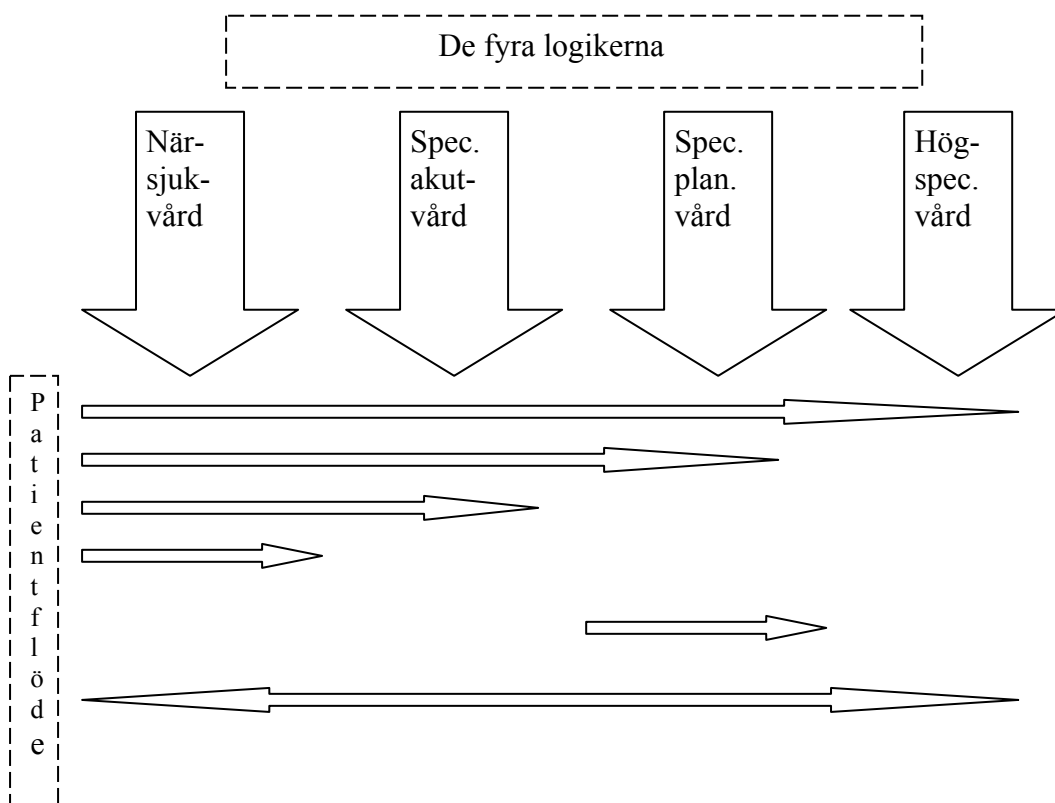
6. Uppdragen till verksamheterna

Styrmodellen tar sin utgångspunkt i en förbättrad styrning av verksamheterna genom tydliga uppdragsbeskrivningar. Härmed finns också en tydlig koppling mellan uppdrag och resursfördelning.

Uppdragen för den specialiserade vården tas fram av hälso- och sjukvårdsledningen. Det finns en uttalad ambition att göra detta i samspel med vårdgivarna. De flesta intervjuade vittnar om att denna dialog fungerar och säkrar kvalitet samt beredskapen för att åta sig uppdragen. Arbets sättet innebär dessutom en mera effektiv beskrivning av verksamheternas uppdrag med beskrivningar av volymer, inriktning, etc. .

Det område som beskrivs som enklast att styra och utforma uppdrag för är den specialiserade, planerade vården. Här förefaller också utvecklingen av uppdragsbeskrivningarna ha kommit längst. Planerad vård ger goda förutsättningar för att precisera både volymer, mål och inriktning. Övriga logiker är mera komplicerade att styra i uppdragsbeskrivningar. Patientströmmarna är svårstyrda, efterfrågan varierar över tiden, logikerna går i viss mån in i och överlappar varandra, etc. En annan komplikation ur styrsynpunkt är att logikerna inte alltid stämmer överens med patientflödet.

Nedanstående bild åskådliggör exempel på patientflöden i vården:



Bilden åskådliggör att patienterna rör sig mellan logikerna och ofta blir gränsöverskridande i förhållande till sjukhusens uppdrag som följer

logikerna. Det är framförallt inom specialiserad planerad vård som patienten i regel stannar inom logiken. Bilden visar också att uppdelningen i logiker i första hand fyller en viktig funktion för övergripande förändring av strukturer samt för resursfördelning. I dessa två delar får den politiska nivån härmed ett verksamt styrinstrument.

På sjukhusnivå blir logikindelningen mera förvillande än klargörande. En klinik kan teoretiskt omfattas av samtliga fyra logiker. Det innebär att fyra uppdrag ska vävas samman till en helhet för denna nivå. Även om uppdragen ges per logik når dessa inte ner till verksamhetsnivå i form av en budget per logik och påverkar bara indirekt den dagliga verksamhetsstyrningen. När uppdragen anger volymer och andra tydliga mål förefaller de ha en mera tydlig inverkan på verksamheterna. Av intervjuerna framgår att i första hand särskilda mål rörande tillgänglighet, vårdgaranti etc. är de styrinstrument som mest påverkar verksamheternas arbete och prioriteringar.

Sammantaget beskrivs från sjukhusen att uppdragen blivit tydligare och detta upplevs som positivt. De intervjuade värdesätter också dialogen inför uppdragsbeskrivningarna. En risk, som det givits konkreta exempel på, är att sjukhusledningarna kan uppleva sig stå vid sidan om dialogen när denna förs direkt mellan hälso- och sjukvårdsledningen och berörd verksamhet.

Närsjukvården utgör en särskild svårighet ur styrningsperspektiv. Bland annat är avgränsningen av närsjukvård vid sjukhus oklar och otydlig. Inget exempel har heller givits t.ex. på att resurser överförts från sjukhusens närsjukvård till primärvård.

Till detta kommer att sjukhusens uppdrag kommit från hälso- och sjukvårdsnämnden för de specialiserade logikerna medan uppdraget för närsjukvård kommit från distriktsnämnden, som tillika varit sjukhusets styrelse. Det har givits exempel där de två uppdragsgivarna dragit åt olika håll i en viktig fråga och givit olika besked till berört sjukhus.

Primärvården utgör en mycket viktig bas i närsjukvården. Primärvårdens styrdokument är den Generella Kravspecifikationen (GK). GK är gemensam för hela Skåne och reviderades under 2006. Uppdraget till primärvården är sålunda generellt för Skåne men kan kompletteras av distriktsnämnd med specifika uppdrag. Mot bakgrund av de genomförda intervjuerna är GK:n ett trubbigt styrinstrument för primärvården. De flesta upplever att GK:n inte ger tillräckliga incitament för att utveckla primärvården utifrån de mål som finns om tillgänglighet, etc. Flera har beskrivit det som att primärvården inte integrerats i den gemensamma styrmodellen utan istället hamnat vid sidan om. Några av de intervjuade har beskrivit GK:n som ett skydd att gömma sig bakom istället för att vara ett mål med incitament att sträva mot.

Ovanstående pekar på att uppdragsbeskrivningar i sig inte är enda lösningen för att bättre kunna styra vården, men att de utgör en viktig del i ett komplext styrsystem. Många har vittnat om att de bl.a. måste följas av att utveckla attityder och ledarskap så att de får genomslag i verksamheten.

Andra har också betonat vikten av ett tydligare åtagande (kanske i form av kontrakt) från verksamheternas sida. Flera av de intervjuade har också upplevt en viss svårighet genom att uppdragen kommit både från en central hälso- och sjukvårdsnämnd resp. distriktsnämnd.

Från flera av de intervjuade har man beklagat att man inledningsvis hade en underbalanserad finansiering i förhållande till de uppdragsvolymerna som skulle utföras. Detta har komplicerats ytterligare av att man under 2006 lagt en tilläggsbudget samt en del riktade projektmedel till närsjukvården, där distriktsnämnderna inte upplever sig ha varit tillräckligt involverade. Metodiken sägs ha bidragit till att för vissa skapa osäkerhet om vilka ramar och begränsningar som gäller för verksamheten under löpande verksamhetsår.

Tydliga uppdrag är grunden för all styrning och är den komponent i styrmodellen som ligger till grund för de andra tre delarna, resursfördelningsmodell, ersättningsmodell och system för uppföljning. Syftet med alla dessa tre är att så långt möjligt stödja förverkligandet av de uppdrag som formulerats.

7. Resursfördelningsmodellen

Den så kallade resursfördelningsmodellen innehåller två olika steg:

Det första steget handlar om fördelningen av det totala regionbidraget för hälso- och sjukvård mellan de fyra logikerna och vissa andra verksamhetsområden. Det vill säga i första hand en modell för politisk prioritering mellan de fyra vårdlogikerna. Därutöver fördelas medel också separat till FoUU, utbildning av ST- och AT-läkare samt till Läkemedel enligt läkemedelsreformen.

Det andra steget i resursfördelningen handlar om att den del av hälso- och sjukvårdsbudgeten som avsätts till närsjukvård skall fördelas geografiskt till var och en av de fem distriktsnämnderna.

Enligt regionstyrelsens ambition skulle Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisa en modell för en befolkningsrelaterad fördelning av närsjukvårdspengar till distrikten. Utfallet skulle sedan analyseras med avseende på de omfördelningseffekter som en sådan modell skulle leda till. Denna analys skulle också innehålla en beskrivning av konsekvenser för sjukvården i olika delar av Skåne med förslag till eventuella åtgärder.

En viktig förutsättning för en riktig resursfördelning var en tydlig definition av innehåll och gränsdragning mellan de olika vårdlogikerna. Här har ett mycket stort arbete lagts ned på att systematiskt gå igenom patientgrupp för patientgrupp, diagnos för diagnos och efter fasta kriterier hänföra varje enskild vårdkontakt till den ena eller den andra av vårdlogikerna. På så vis har man åstadkommit en teoretisk beräkning av fördelningen av prestationer och kostnader mellan logikerna baserade på historiska vårddata.

Trots den mycket omfattande arbetsinsatsen är osäkerheten kring gränssnitten fortfarande förhållandevis stor. Men som grund för en övergripande prioritering och resursfördelning mellan de fyra logikerna har tillförlitligheten ändå ansetts vara tillräcklig.

På detta sätt har de totala resurserna för regionens hälso- och sjukvård, i enlighet med intentionerna, kunnat fördelas mellan logikerna och andra verksamhetsområden. I huvudsak har fördelningen baserats på den historiska kostnadsstrukturen. Men den politiska prioriteringen av t.ex närsjukvård har i denna fördelning resulterat i en högre budgetuppräknings än för andra logiker och verksamhetsområden.

När det gäller det andra steget – den befolkningsrelaterade fördelningen av närsjukvårdsresurserna till distrikten - resulterade analysen av tidigare års utfall i att omfördelningseffekterna bedömdes bli alltför stora för att kunna hanteras utan stora svårigheter.

Det andra stegets fördelning av närsjukvårdsresurserna till distrikten kom därför i 2006 års budget att fördelas i huvudsak efter tidigare resursfördelning och kostnadsnivå. Detta innebar att närsjukvården konsumtionsorienterades utifrån befolkningens faktiska kostnadsandelar år 2004. De riktade närsjukvårdsanslagen för år 2005 och uppräkningsdelen på 4 % för år 2006 fördelades dock enligt den befolkningsbaserade Skånemodellen.

Det första steget i resursfördelningen har med hjälp av logikindelningen skapat förutsättningar för den övergripande politiska nivån att göra en tydlig prioritering av hur resurserna skall fördelas mellan logikerna. Att tex tydligt markera ambitionen att en större del av hälso- och sjukvårdsbudgeten än tidigare skall riktas mot närsjukvården och dess utveckling.

Här har logikindelningen haft en avgörande betydelse för att göra detta möjligt.

Gränssnitten mellan logikerna har visserligen inte kunnat göras så tydligt definierad som var avsikten. Detta får naturligtvis konsekvenser för styrmodellens tillämpning men framför allt för möjligheterna att följa upp och kontrollera om de politiska prioriteringarna mellan logikerna verkligen motsvaras av hur resurserna sen används i praktiken.

Vad gäller det andra steget i resursfördelningen och den befolkningsrelaterade fördelningen, kan vi inte se att det skett någon egentlig utveckling. Vid första försöket bedömdes konsekvenserna bli allt för stora för att kunna hanteras praktiskt. Därefter uppfattar vi att arbetet avstannat, åtminstone tillfälligt. Vi har inte heller uppfattat någon tydligt uttalad ambition att långsiktigt och stegvis närma sig en verkligt befolkningsrelaterad fördelning.

8. Ersättningsmodellen

Ersättningen skall enligt regionstyrelsens intentioner ses som en betalning för de uppdrag olika vårdgivare utför. Det är hälso- och sjukvårdsnämnden och distriktsnämnderna som uppdragsgivare som ansvarar för ersättnings utformning inom ramen för regionens ersättningsprinciper.

Ersättningsens viktigaste funktioner skall vara att ge incitament för ökad produktivitet och effektivitet samt att styra mot önskade beteenden och den kvalitet som anges i uppdraget. Ersättningen förväntas också tydliggöra kopplingen mellan insatta resurser och det värde dessa skapar i verksamheten. Ersättningen skall bli en mätare på effektiviteten i det arbete som utförs och ge möjlighet till benchmarking, internt och externt.

Det förutsätts också att principerna för ersättningsarnas konstruktion och utformning skall vara enhetliga för Region Skåne. I grunden ligger dessutom det övergripande målet att styrmodellen inte får vara kostnadsdrivande.

Den ersättningsmodell som utarbetats av hälso- och sjukvårdsledningen och som använts för första gången under år 2006 bygger på följande principiella ersättningskomponenter:

- En patientrelaterad ersättning utformad så att den består av en hög del fast ersättning (60%) och en lägre rörlig prestationsrelaterad del (40%). För denna ersättning gäller ett gemensamt fastställt Skåneinternt pris med DRG-krontal och övriga vårdpriser.
- Kostnader för s.k. struktur-åtaganden som forskning och utveckling, AT/ST, jour inom akutuppdraget ingår inte i den patientrelaterade ersättningen utan regleras genom särskilda ersättningar, bl.a. som merkostnadsersättning för läkares jour och beredskap. Ambitioner finns att utveckla dessa strukturersättningar till att även omfatta intensivvård och övriga resurser på akutmottagning och lab.
- Försök har gjorts med resultatärsättning för processen stroke parallellt med den vanliga patientrelaterade ersättningen som bonusärsättning för goda medicinska resultat. Ersättningen kommer dock inte att tillämpas för år 2006. Ambitionen finns även att successivt innefatta fler vårdprocesser.
- Särskilda ersättningar för hälsobefrämjande arbete – gäller i första skedet särskild ersättning för motivationsskapande samtal i samband med patientbesök.
- Vissa övriga icke produktionsrelaterade ersättningar för t.ex. hjälpmedel, solidariskt finansierade verksamheter, smittskyddsanalyser, etc.

- För primärvården gäller ersättning enligt familjeläkarsystemets Generella Kravspecifikation (GK) med en motsvarande fördelning på fast och rörlig patientrelaterad ersättning 60/40 %.

Ersättningen skall enligt regionstyrelsens måldokument ses som uppdragsgivarens ersättning till vårdgivaren för det uppdrag som utförs. Intäkternas interna hantering hos vårdgivaren är inte reglerat i styrmodellen som sådan.

Detta innebär att vi också ser olikheter i hur sjukhusens intäkter hanteras internt på sjukhusen. Vissa sjukhus har internt ersättningssystem eller om man så vill ett ”internt växelkontor” på sjukhusnivå, medan andra sjukhus låter de prestationsrelaterade intäkterna gå direkt till respektive klinik.

Ett kritiskt moment i arbetet med ersättningskonstruktionen är att fastställa den gemensamma skåneinterna prisnivån med DRG-krontal mm. Den prisnivå som fastställdes för år 2006 blev resultatet av en i förväg fastställd totalsumma och de höga ambitionerna från förvaltningarna att producera stora volymer. För att få ekvationen att gå ihop fick prisnivån skrivas ned med ca 4%. Detta innebär att ersättningsmodellens prisnivå redan i utgångsläget förutsatte en motsvarande produktivitetsökning.

Efter det första årets användning av den nya ersättningsmodellen kan vi notera att de mål som formulerats till ganska stor del har uppnåtts.

Kombinationen av fast och rörlig ersättning med den takvolym som anges i uppdragen bidrar till att bibehålla kostnadskontrollen samtidigt som man skapat ett visst incitament för ökad produktivitet och förbättrad tillgänglighet.

Ersättningsmodellen har därmed bidragit till att underlätta genomförandet av vårdgarantin enligt många av de vårdgivare vi talat med.

Att den rörliga ersättningen ligger så lågt som 40% innebär ett begränsat incitament att öka volymerna. Tillsammans med det tydliga uppdragstak som finns i uppdragen kan man därmed undvika att styrmodellen blir kostnadsdrivande. Trots detta har totalkostnaderna för regionens hälso- och sjukvård år 2006 överskridit den budgeterade nivån med uppskattningsvis 150 Mkr exklusive läkemedel, enligt beräkning i november 2006. Detta motsvaras av ett prestationsöverskott på ca 1% som helt kan hänföras till den specialiserade akutsjukvården (ca +10%).

Grundprincipen att pengarna skall finnas där uppdraget skall utföras har underlättat genomförandet av strukturförändringen inom den planerade vården. De stora sjukhusen och de verksamhetsansvariga har härigenom fått incitament att flytta ut en del av sin operationsverksamhet till de mindre sjukhusen enligt strukturförändringen i Skånsk Livskraft. Just inom den planerade vården har ersättningsmodellen för övrigt haft särskilt stor påverkan och bidragit till att skapa vältrimmade processer och produktivitetsökning.

Dock finns fortfarande, enligt våra iakttagelser, behov av att vidareutveckla ersättningsmodellen i bland annat följande avseenden:

- Det behövs bättre incitament för utveckling av nya effektivare vårdformer. Det tydligaste exemplet är att det saknas incitament för poliklinisering av olika ingrepp. Vi har mött exempel på att ersättningsmodellen kan ge 10 ggr högre ersättning om patienten läggs in än om samma ingrepp sker i dagkirurgi. Detta motsvarar inte alls den verkliga kostnaden och leder till ett ineffektivt utnyttjande av resurserna.
- Det behövs ännu fler incitament för hög kvalitet. Det har visat sig mycket svårt att skapa sådana utöver de begränsade försök som gjorts med strokeprocessen. Försöken och ambitionerna att utvidga dessa är dock mycket lovvärda.
- Försöken att skapa incitament för Hälsofrämjande insatser genom ersättning för "Motivationsskapande samtal" har inte slagit väl ut.
- Primärvårdens GK är alltför läkarfixerad och besöksorienterad. Det behövs nya incitament för alternativa lösningar med mer teamarbete samt en mer åtgärdsorienterad ersättning för att inte stimulera onödiga återbesök enbart av ekonomiska skäl.
- Det saknas tillräckligt starka gemensamma incitament för primärvård och sjukhus som stöd för närsjukvårdens utveckling

Det kritiska momentet att fastställa den skåneinterna prisnivån med DRG-krontal har tidigare kommenterats. När man ser i backspegeln kan vi notera att den skånska sjukvården som helhet faktiskt klarat av den budgeterade produktivitetsökningen på 4%. Det underskott på ca 1 % som nu trots allt blir resultatet motsvaras helt av den ytterligare volymökning på 1 % som också skett.

Om avvikelserna är små när man ser till helheten, blir de desto större om man analyserar delarna. Prestationer och resultat för de olika sjukhusen fördelat på de olika logiker där man haft uppdrag att utföra varierar mycket. Samtliga sjukhus utom Landskrona har producerat en större mängd akutsjukvård än vad som planerats. Samtliga sjukhus utom UMAS har producerat mindre planerad vård än det uppdrag man haft. UMAS å sin sida har producerat en betydligt större mängd planerade operationer än vad man skulle ha gjort enligt uppdraget. Samtidigt har volymen närsjukvård på UMAS varit ungefär lika mycket mindre än vad som planerats. Även USIL, Hässleholm och Helsingborg har producerat mindre närsjukvård än det uppdrag man haft. Gränsdragningen mellan logikerna är som tidigare nämnts en osäkerhetsfaktor i denna uppföljning.

Ur ersättningssynpunkt är detta intressant, eftersom dessa avvikelser lett till en diskussion om kvittning mellan logikerna i ersättningen till sjukhusen. Är det rätt att tillåta en kvittning mellan logikerna? Kan man säga nej till detta när gränsdragningen mellan akutsjukvård och närsjukvård är så osäker? Vad händer med respekten för modellen och uppdragsbeskrivningar om man tillåter en medveten överproduktion av planerad vård på bekostnad av andra sjukhus? Det finns inga enkla svar på detta, men frågan är levande. Det sista besked vi fått är att kvittning kommer att ske för verksamhetsåret 2006. Granskningen har inte till uppgift att bedöma om detta är rätt eller fel. Många har dock betonat vikten av att vara konsekvent i vilka spelregler som gäller och i tillämpningen av dessa.

En vanlig synpunkt vi mött i våra intervjuer är att tilläggsanslag för olika ändamål, vid sidan om den ersättning som ersättningssystemet ger, riskerar att slå hål på systemet. Även detta på temat spelregler och respekt för modellen.

Ytterligare en synpunkt är att akutsjukhusen anser att akutsjukvårdsuppdraget är underkompenserat i ersättningsmodellen medan den elektiva verksamheten är överkompenserad i relation till de faktiska kostnaderna. En utvidgning av strukturersättningen på det sätt som aviserats kan bidra till att lösa denna diskussion.

9. Uppföljning

Uppföljning av verksamheternas prestationer och ekonomi genomförs kontinuerligt (varje månad och tertial) på varje nivå inom den skånska hälso- och sjukvården. Prestationer och ekonomi aggregeras successivt från verksamhetsnivå till sjukhus- resp primärvårdsnivå, vidare till distriktsnivå och sammanställs på regionnivå. Från sjukhusnivå och uppåt redovisas uppgifterna även per logik.

Det har funnits problem med att finna former och detaljeringsgrad för verksamhetsuppföljningen. Ett av skälen har varit att uppdragen till verksamheterna inte alltid upplevts som helt relevanta/styrande (gäller t.ex. akutlogiken). Då blir de också svårare att följa upp. En annan påtaglig komplikation har varit att härleda vårdtillfällena till ”rätt logik”. Eftersom ett stort antal av vårdtillfällena spänner över två eller flera logiker blir det svårt att klassificera det enskilda vårdtillfället till rätt logik. Utifrån bl.a. DRG-ersättningen har en särskild s.k. räknescurva fördelat prestationerna per logik. Alla är dock medvetna om att denna ”översättning” blir mer en teoretisk logikfördelning än en faktisk. Detta leder till att uppföljningen per logik inte uppfattas som helt tillförlitlig.

Det har utvecklats en ambitiös uppföljningsmall som sänds ut från och sammanställs på central nivå inom regionen. De flesta av de intervjuade är överens om att denna uppföljning är alltför omfattande och nyttan av den ifrågasätts. Framförallt på lokal nivå ser man ingen egen nytta av denna uppföljning. Från både sjukhus- och primärvårdsnivå liksom från distriktskanslierna ställs frågan hur det insända materialet överhuvudtaget kan sammanställas och analyseras? Man efterlyser också bättre feedback på de genomförda uppföljningarna. Även från hälso- och sjukvårdsledningens sida ser man behov av att utveckla och delvis förenkla uppföljningsarbetet.

Det finns även svårigheter att på ett tillfredsställande sätt kunna jämföra det ekonomiska utfallet med verksamhetens prestationer och kvalitet. Många har dock påpekat att detta inte hänger samman med Skånsk Livskraft utan utgör en problematik som finns generellt inom all hälso- och sjukvård.

En särskild problematik kring budgeten är att få ut den i rimlig tid till verksamheterna inför det aktuella budgetåret. Det har givits exempel där budgeten under det senaste verksamhetsåret kommit verksamheten till del först efter fem-sex månader in på året. Motsvarande exempel lämnades i samband med vår tidigare granskning på verksamhetsnivå (2006). Det finns också synpunkter från verksamhetsnivån på att det inom aktuellt sjukhus inte förs en aktiv dialog kring budgeten; ”Vi får oss den tilldelad”. Bland de intervjuade finns verksamhetschefer som säger att de medvetet överskrider budget eftersom de anser att budgeten inte tagit hänsyn till patienttrycket och/eller den medicinsk-tekniska utvecklingen. Om budgeten inte ses som direkt styrande på verksamhetsnivå återspeglas detta sannolikt i uppföljningen av densamma. Från t.ex. hälso- och sjukvårdsledningens sida

ställer man sig också frågan hur man kan veta om pengarna har använts som det varit avsett?

Ett från flera av de intervjuade återkommande uttryck är att ”Vi leker med pengar, det känns inte som om det är inte på riktigt”. Dessa och andra intervjuade menar t.ex. att de inte känner till eller har sett exempel på något sanktionssystem om man inte klarar sin budget. En chef uttryckte detta på följande sätt: ”De som inte klarar sin budget kan belönas nästa år genom att budgeten höjs, medan de som håller budgeten straffas med att få bibehållen budgetram”.

Trots det ovan nämnda citatet tyder granskningen på att man fått en bättre kostnadskontroll genom att det finns tak för uppdragsvolymerna kopplat till en begränsad rörlig del.

De flesta av de intervjuade ser uppföljningen som ett viktigt utvecklingsområde. Det gäller att finna gemensamma mätkriterier, balans mellan arbetsinsats och nytta samt en prioritering av att följa upp måltillfredsställelsen. I vilken mån vet uppdragsgivarna att de mål som ställts upp mötts och att åtagandena blivit genomförda avseende inriktning, volymer, resurser och kvalitet? Exempelvis har närsjukvården beskrivs som ett prioriterat område, men i vilken utsträckning har en resursöverföring gjorts till detta område? Om den politiska nivån ska styra genom att prioritera mellan logikerna förutsätter detta att man får en adekvat uppföljning av genomförda åtaganden och mål. Vid en gruppintervju med tre verksamhetschefer, som var och en ansvarar för stora verksamhetsområden, menade dessa samfällt att de inte verkar i ett politiskt styrt system. I praktiken sker styrningen och uppföljningen inom förvaltningen, menade desamma.

I detta sammanhang kan också nämnas behovet av att följa upp i vilken utsträckning de gemensamma spelreglerna, ledningsprinciperna och andra ”mjuka styrprinciper” efterlevs. Flera har betonat att kunskap om och efterlevnaden av dessa grundvärden och principer utgör fundamentet för att andra mål som rör produktion, ekonomi och kvalitet ska bli genomförda. Bland annat nämns att det finns en vaghet i spelreglerna som bidrar till svårigheter att genomföra och följa upp den angivna riktningen och målen. Detta återspeglas också i att det absoluta flertalet menar att Skånsk Livskraft – vård och hälsa är en bra och gångbar styrmodell men att det funnits brister i genomförandet. Samtidigt är detta en pågående och ständig läroprocess där allt inte kan bli perfekt från början.

10. Ledningsorganisationen

Hälso- och sjukvården i Skåne är en mycket omfattande verksamhet som till sin natur kräver ett enhetligt, tydligt och väldefinierat styrsystem för att dra i en enhetlig och effektiv riktning. Men styrsystemet i sig ger ingen effekt förrän det omsätts i handling. Transmissionen och genomförandet från tanke till handling styrs av ledningsorganisationen och ledningskompetensen.

Flertalet av de intervjuade på central och lokal ledningsnivå ser med stor tillförsikt på styrmodellen. På verksamhetsnivå finns fler frågetecken, vissa är kritiska mot konsekvenserna för den egna verksamheten, andra ställer frågan på vilket sätt styrmodellen egentligen berör dem?

Det finns flera exempel på självrannsakan och självkritik hos de ansvariga på administrativ ledningsnivå kring hur man lyckats implementera styrsystemet. I denna analys inkluderas att man skulle ha varit mera tydlig och konsekvent i genomförandet, att man skulle ha varit mera koncisa i beskrivningen av syftena med systemet, att man inte haft tillräckligt fokus på primärvården, etc. Flera av andra intervjuade har uttryckt detta som att det ibland tycks saknas mod att driva principer på administrativ nivå.

Sett i backspegeln säger de flesta att det nya styrsystemet i första hand är ett verktyg för den politiska nivån och hälso- och sjukvårdsledningen. Verksamheterna har blivit direkt berörda i frågor som handlar om strukturförändringar som t.ex. koncentrationen av den elektiva vården samt genom att man i regel fått en mer genomarbetad uppdragsbeskrivning.

Ett stort ansvar ligger på sjukhusledningarna att översätta och fördela logik-ekonomin till budgets för verksamheterna. Ett nytt styrsystem får genomslag först när det leder till effekter i verksamheterna. Av intervjuerna framkommer att det finns en stor fortsatt utmaning i att stimulera och stödja ett sådant utvecklingsarbete. Som en del i både den gemensamma och lokala styrningen finns behov av drivkrafter och incitament för att nå ställda mål. Från verksamhetsnivå har man idag svårt att se att sådana incitament finns. Å andra sidan kan man inte heller ge exempel på sanktioner om man inte håller budgetrammar eller når angivna mål.

Det har givits flera exempel där det dubbla beställaransvaret utgjort en komplikation. Från uppdragstagarnas sida frågar man ”vem skall vi lyssna på, vem har ansvaret?”. Inte minst har frågan ställts när något inte blivit såsom det var tänkt. Hos de flesta finns en tilltro till att en gemensam politisk beställarfunktion ska underlätta och göra styrningen tydligare. De som är mer skeptiska befarar dock att den lokala dialogen och det lokala samarbetet mellan regionen och kommunerna försvåras.

11. Diskussion och slutsatser

När vi summerar vår granskning av styrmodellens utveckling måste det beaktas att endast ett år har gått med den nya styrmodellen i användning. Man har alltså bara tagit första steget i utvecklingsarbetet och man måste ha respekt för att ett utvecklingsarbete som detta är komplicerat och måste få ta tid. Det är därför tidigt att slutligt utvärdera resultat och effekter av utvecklingsarbetet. Men vi kan ändå se på vilka områden styrmodellen så här långt har bidragit i rätt inriktning och på vilka områden vi ser behov av att göra justeringar för att fullt ut nå det som varit avsikten med införandet av den nya styrmodellen. Det är också helt naturligt att sådana justeringar behöver ske i en sådan process som denna.

När vi ställer den utveckling som skett i relation till regionstyrelsens måldokument från januari 2005 kan vi notera att de mål som formulerades, så här långt har uppnåtts i rimligt stor utsträckning.

En allmän iakttagelse är att gränssnitten mellan logikerna inte har kunnat göras så tydligt definierade som var avsikten. Detta får konsekvenser för styrmodellens tillämpning och behovet av fortsatta justeringar av modellen.

Logikindelningen har spelat en mycket viktig roll i planeringen och genomförandet av strukturförändringarna i Skånsk Livskraft. Logikerna som ett nytt sätt att betrakta och beskriva vårdverksamheten har ”tänt ljus i tidigare mörka rum” för att citera en av de många vi intervjuat. Detta nya synsätt har varit nödvändigt för att de strukturella förändringarna över huvud taget skulle kunna komma till stånd, både i politiska beslut och i praktisk verklighet. Logikindelningen bidrar dessutom till att skapa bättre tydlighet i uppdragen till sjukhusen.

Men när det kommer till den praktiska vardagen i vården är inte logikbegreppet särskilt ändamålsenligt. Den osäkra grändragningen i kombination med det faktum att patientflödet rör sig över logikgränserna gör det opraktiskt och närmast obegripligt att resonera i logiktermer på kliniknivå. Att budgetera och följa upp hur klinikens kostnader fördelas mellan logikerna känns t.ex inte alls relevant. Vi konstaterar också att detta inte varit målet för den nya styrmodellen.

I det följande försöker vi mer specifikt att besvara några av de frågeställningar som väckts i vårt uppdrag från revisorerna:

Styrmodellens inverkan på inriktning, mål, omfattning och kvalitet?

Det kan konstateras att styrmodellen haft stor inverkan på verksamhetens inriktning och mål genom uppdragsbeskrivningarna, logikindelningen och den strukturförändring som denna möjliggjort. Det som anges i uppdragen om verksamhetens inriktning får mycket stort genomslag i den verksamhet som bedrivs. Vi kan också notera att uppdragen har blivit tydligare.

När det gäller verksamhetens omfattning har styrmodellen stor inverkan på den specialiserade planerade vården, där den detaljerade volymbeskrivningen i uppdraget kopplat till ersättningsmodellen haft en starkt styrande effekt. Ett observandum måste dock göras för vad som händer nu när kvittning mellan logikerna godkänts för de sjukhus som haft avvikelser i verksamhetsvolym. Särskilt gäller detta UMAS som producerat betydligt mer planerad vård än vad uppdraget säger, medan övriga sjukhus ligger under sin uppdragsvolym. Detta i kombination med misstanken om att man inte skickat över patienter till andra sjukhus i den utsträckning som varit avsedd, väcker irritation och oro för att styrmodellen kan haverera enligt många av de vi intervjuat.

Akutsjukvårdens volymer däremot styrs helt av patientinflödet och påverkas i princip inte alls, varken av ersättningsmodellen eller av volymangivelser i uppdragsbeskrivningarna. Alla Skånes sjukhus har haft en tydlig ökning av akutpatienter under år 2006 och tar naturligtvis emot och behandlar dessa oberoende av vilken volym som anges i uppdraget och oberoende av om ersättningsmodellen kommer att ge sjukhuset ersättning för detta arbete. Detta förhållande gäller både för den akuta närsjukvården och för den specialiserade akutsjukvården.

Verksamhetens kvalitet har påverkats framför allt genom att strukturförändringen i sig anses främja en förbättrad kvalitet, bl.a. genom att den planerade vården och akutsjukvården skiljts åt. Dessutom har de i uppdragen angivna kvalitetsmålen betydelse för hur kvalitetsarbetet i sjukvården bedrivs. Incitamenten i ersättningsmodellen som stöd för en god kvalitet är dock än så länge begränsade. Lovvärda försök har gjorts med strokeprocessen och ambitioner finns att utveckla detta vidare.

En specifik fråga är huruvida den nya styrmodellen i något avseende påverkat incitamenten för effektivisering? Det mest påtagliga exemplet på detta är den produktivitetsökning och utveckling av vältrimmade processer som blivit resultatet av uppdrag och ersättning till den specialiserade planerade vården. I övrigt saknar många hittills riktiga incitament för effektivisering i den nya ersättningsmodellen. Bland annat saknas helt incitament för behandling i öppenvård som alternativ till inläggning av patienten. Detta leder till ett ineffektivt utnyttjande av sjukvårdens resurser. Detta är tveklöst ett förbättringsområde i det fortsatta arbetet med styrmodellens utveckling.

Sambandet mellan den övergripande resursallokeringen och faktisk resursanvändning

Det har tidigare nämnts att logikindelningen skapat förutsättningar för den övergripande politiska nivån att göra en tydlig prioritering av hur resurserna skall fördelas mellan logikerna. Att tex tydligt markera ambitionen att en större del av hälso- och sjukvårdsbudgeten än tidigare skall riktas mot närsjukvården och dess utveckling. Frågan är dock i vilken utsträckning denna prioritering påverkar den faktiska resursanvändningen i den operativa verksamheten?

Vi tvingas då konstatera att det inte finns något enkelt och rakt samband mellan den övergripande resursallokeringen och den faktiska resursanvändningen. Det finns heller ingen möjlighet att säkert följa upp om den politiskt beslutade resursfördelningen verkligen motsvaras av hur resurserna används i den faktiska vårdverksamheten. I prestationsuppföljningen för år 2006 ser man visserligen en fördelning på logiker, men gränsdragningen är osäker. Prestationsmått är dessutom en dålig värdeåmätare på hur resurserna använts.

Den prestationsuppföljning som sker logikvis baseras på en schablonmässig indelning i logiker efter vilka diagnoser som sätts. Detta är dock en mycket osäker gränsdragning, diagnossättningen kan variera, mellan sjukhusen och olika kliniker. I det praktiska vårdarbetet är det omöjligt att med säkerhet hänföra den ena eller den andra patienten till någon av de fyra vårdlogikerna. En och samma patient kan under ett och samma vårdtillfälle komma i kontakt med flera eller till och med samtliga vårdlogiker. Gränsdragningen i prestationsuppföljningen blir därmed mycket osäker. Att dessutom eftersträva en uppföljning av hur de faktiska kostnaderna fördelar sig på de fyra logikerna skulle i denna situation enbart skapa ett stort administrativt merarbete utan att tillföra något egentligt mervärde. Det finns till och med en risk att detta skulle motverka en utveckling av effektiva vårdprocesser och leda till såväl sämre kvalitet som ökade kostnader.

Utifrån ett övergripande politiskt perspektiv borde det trots detta vara önskvärt att åtminstone göra en teoretisk beräkning som uppföljning av hur de prioriteringar man gjort faktiskt fallit ut.

Styrmodellens och logikbudgeteringens betydelse för regionens och förvaltningarnas budgetprocess

Den nya styrmodellen för Region Skånes hälso- och sjukvård skall som i alla styrmodeller för sjukvården hantera det klassiska dilemma där ständigt ökande ambitioner skall pressas in i en begränsad budget. Alla intressenter i sammanhanget har intresse av att få ut så mycket sjukvård som möjligt av de pengar som finns tillgängliga.

Ekvationen som skall fås att gå ihop kan uttryckas på följande sätt:

$$\text{Ambitioner} \times \text{Produktionskostnad} = \text{Totalkostnad}$$

Totalkostnaden är given från början och styrs till största delen av det utrymme som skatteunderlaget ger. Möjligheten att påverka de medel som finns tillgängliga för fördelning är därför begränsad.

Alla intressenter bidrar till att pressa upp ambitionerna. Politiska löften om tillgänglighet, vårdgarantier, professionella ambitioner i vården, yrkesstolthet hos medarbetarna och patientintressen, verkar alla i samma riktning. Alla vill egentligen att vården skall göra så mycket som möjligt inom en på förhand given totalram. Detta leder till en press på att minska kostnaden (eller om man så vill priset) för varje producerad enhet. Ibland till en orealistiskt låg nivå!

Budgetprocessen inom Region Skåne är en bra illustration på detta. Många av de vi intervjuat upplever just denna obalans mellan uppdragens ambitioner och de resurser som finns tillgängliga. Flera av de personer vi mött beskriver också sina uppdrag som omöjliga.

Detta klassiska dilemma är centralt i all styrning av hälso- och sjukvård och kan inte med automatik lösas i någon styrmodellskonstruktion. Detta gäller även i denna nya styrmodell. Det kritiska för att ekvationen skall gå ihop blir istället:

- Prioriteringar – vem tar ansvar för att inte ambitioner och volymer trissas upp till en nivå som inte kan rymmas inom den redan givna totalramen?
- Arbetet med att öka kostnadseffektiviteten – Här ser vi ett behov av att i styrmodellen fokusera mer på incitament för kostnadseffektivitet än vad som varit fallet hittills.

Budgetprocessen för hälso- och sjukvården är utdragen och ansvariga på verksamhetsnivå upplever ofta att man får sin budget alltför sent för att den skall kunna påverka årets verksamhet och kostnader. Införandet av den nya styrmodellen och första årets komplicerade beräkningar av logikbudgetarna har nog förstärkt detta problem. I fortsättningen bör dock budgetprocessen kunna bli smidigare och leda till en verksamhetsbudget i rimlig tid.

Ändrade spelregler under året upplevs som ett problem för förvaltningarna. Även här kan första årets osäkerhet motivera att man behövt göra successiva justeringar. Men för framtiden är konsekvens i spelregler och tillämpning av dessa av avgörande betydelse för att styrmodellen skall kunna upprätthållas.

Logikbegreppen och incitament för sjukhusens och primärvårdens verksamhet och utveckling

Arbetet med utveckling av den nya styrmodellen har varit väldigt fokuserat på styrning av sjukhusens verksamhet och ekonomi. Primärvården ingår som en basal del i närsjukvården och borde därmed ha påverkats kraftigt av Skånsk Livskraft och prioriteringen av närsjukvårdens utveckling. Men primärvårdens uppdrag och ersättning har styrts av den så kallade generella kravspecifikationen, som visserligen omarbetats, men som av primärvården själva inte uppfattas som helt harmoniserad med närsjukvårdsutvecklingen och styrmodellen i övrigt. Den generella kravspecifikationen har dock inneburit att det skapats produktivitetskrav på primärvården.

Integrationen av primärvårdens och sjukhusens uppdrag när det gäller det gemensamma ansvaret för närsjukvårdens utveckling är följaktligen ett tydligt förbättringsområde för det fortsatta utvecklingsarbetet. Det innebär bland annat att den generella kravspecifikationen för primärvården behöver omarbetas, anpassas och integreras i styrmodellen i övrigt.

Begreppet närsjukvård har säkert kommit för att stanna även om det betyder olika saker i olika landsdelar. Men faktiskt också i olika delar av Region Skånes verksamhet. Försöken att enas om en tydlig närsjukvårdsdefinition i Skåne har inte lyckats.

Det är knappast meningsfullt att eftersträva en helt gemensam och entydigt avgränsad definition av vad närsjukvård är och skall vara i hela Skåne. Närsjukvården bygger ändå på samspelet mellan primärvård, sjukhus och Skånes alla 33 kommuner. Den måste därför kanske se delvis olika ut i olika delar av Skåne eftersom förutsättningarna varierar. Men det skulle enligt vår bedömning kunna vara framkomligt att försöka åstadkomma en beskrivning av ett antal minsta gemensamma nämnare för närsjukvården i Skåne.