

Granskning av incitament till produktivitet

Avrapportering 2007-03-22

Jan von Heland
Deloitte

Innehåll

Sammanfattning

3

- Observationer
 - Granskningskriterier och granskningsresultat
 - Kommentarer och rekommendationer
-

Uppdrag

4

- Beslutet om granskning
 - Disposition
-

Bakgrund

- Styrning av vård 6
- Incitament 7
- Ersättningsystem I styrningen 8
- Ekonomiska incitament till utveckling 9

Granskningskriterier

10

- Summering av diskussionen och start på granskningen
 - Granskningskriterier
-

Iakttagelser

- Hur Regionen ersätter vården 12
 - Blev det någon utveckling 2006? 13
 - Klaras granskningskriterierna? 14
 - Habilitering och tandvård – två motpoler 15
-

Sammanfattande rekommendationer

17

- Utvecklingstrappa
 - Synpunkter på fortsatt utvecklingsarbete
-

Sammanfattning

Uppdrag

Granskningen berör hur incitament för produktivitet har utformats inom vården. Granskningen omfattar, på en översiktlig nivå, ersättningssystemet för de fyra vårdlogikerna samt habilitering och tandvård. Granskningen ska, så långt möjligt, presenteras kortfattat och lättillgängligt.

Observationer

- Ersättningssystemet omfattar de fyra vårdlogikerna och infördes i full skala 2006. Året innan sjösattes den vårdstruktur som arbetats fram inom Skånsk Livskraft
- Ersättningssystemet är infört i en relativt snabb införandeprocess, men med en väl genomarbetad ersättningsmodell.
- Ersättningen består av en fast del som baseras på 60% av förväntad kostnad för beställd vård + kostnad för respektive logiks specifika verksamheter. Därutöver finns en rörlig del som baseras på 40% av kostnaden för beställd vård, denna del utbetalas i relation till faktiskt producerad vårdvolym upp till beställd nivå (tak). Ersättning för kvalitet provas inom strokevård
- Beställningarna av vård görs per vårdlogik. Sjukhusen har inte under 2006 kunnat "kvitta" vård mellan ingående logiker.
- Det finns inom sjukhusen en kritik mot att ersättningssystemet är svårförståeligt, stelbent i styrningen av logiker och svårt att koppla till enheternas interna styrning.

Granskningskriterier och granskningsresultat

I ärendet som gav riktlinjer för utformningen av ersättningssystemet angavs bl.a. att "ersättningssystemets viktigaste funktioner är att ge incitament till ökad produktivitet och effektivitet".

Eftersom ersättningssystemet varit i drift i enbart ett år har granskningskriterierna satts försiktigt till att ett ekonomiskt incitament för produktivitet ska finnas samt att det ska finnas en utvecklingsplan för ersättningssystemet.

Granskningen visar att det finns ett incitament till produktivitet, en "piska", som på kort sikt kan bidra till att upprätthålla produktion om ersättningen reellt sett minskar. Incitament till aktiv utveckling av produktivitet saknas dock. Det saknas även en utvecklingsplan för ersättningssystemet,

Kommentar och rekommendation

Under premiäråret för region Skånes ersättningssystem så har kostnadskontroll och strukturstyrning fått dominera.

För att fullfölja syftet med systemet krävs en utvecklingsplan som anger mål, process, ansvar och uppföljning för fortsatt utvecklingen av styrsystemet.

Utvecklingsplanen bör på kort sikt beröra utveckling av kvalitetsmått och volymmått, anpassning av ersättningar till skilda verksamheter, hur effektivitetsökningar ska hämtas hem ekonomiskt mm.

På längre sikt finns frågor om hur en sammanhållen strategi för efterfrågestyrning ska påverka styrning av struktur och ersättning, hur regionen ska kunna förstärka styrningen av standard inom vården samt hur samverkan nationellt ska utformas.

Uppdrag

Beslutet om granskning

- Deloitte har av Regionens revisorer getts i uppdrag att översiktligt granska hur och om verksamheten får ekonomisk stimulans att skapa vård.
- Revisorerna avser att med denna granskning få ett underlag för att översiktligt bedöma hur Region Skåne arbetar för att styra produktivitet utvecklingen.
- Granskningen ska utöver denna översiktliga genomgång konkretisera granskningskriterier och redovisa resultatet av prövningen.
- Granskningen kan ge underlag för revisorernas val av fördjupningsgranskningar

Genomförande

- Den information som har legat till grund för granskningen har samlats in genom dokumentstudier och intervjuer
- Insamling av information och analys har skett med avsikt att skapa en översiktlig beskrivning. Även intervjuerna har använts till att få fram åsikter och erfarenheter rörande övergripande frågor
- Granskningskriterierna sattes i inledningen av arbetet, men inriktningen på granskningen justerades senare i den meningen att rapporten (inom ramen för granskningens tidsutrymme) skulle göras så kortfattad och tillgänglig som ämnet medger.
- Presentationen har inriktats på det för vården gemensamma ersättningssystemet. Habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningen samt tandvårdsförvaltningens ekonomiska styrning redovisas i huvudsak som referenser i rapporten

Intervjuade

- Tjänstemän inom Regionledningen
- Tjänstemän inom HSL
- Två sjukhusdirektörer och ekonomichefer vid sjukhus
- Tandvårdsdirektör och chef folktandvården samt ekonomichef folktandvården
- Chef och ekonomichef vid habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningen
- Primärvårdschef Nordväst
- Utöver intervjuerna ovan har kortare avstämningar med medarbetare inom Regionen och experter.
- Ett halvdags "expertseminarium" har genomförts med bl.a. Ulf-Johan Olsson och Sven-Erik Bergman

Förväntat resultat

Följande konkreta leveranser kan förväntas som resultat av uppdraget:

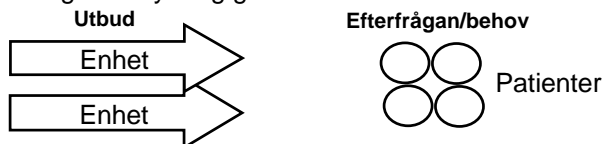
- En översiktlig beskrivning av beställarnas styrverktyg
- En beskrivning av Region Skånes ersättningssystem
- En bedömning utifrån granskningskriterierna
- En sammanfattande beskrivning av utvecklingsmöjligheter

Bakgrund

Bakgrund: Styrning av vård

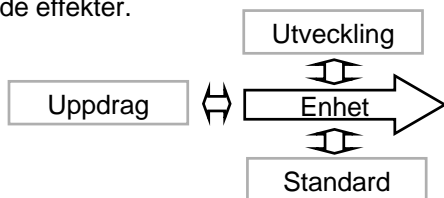
Sätta spelplan och styra enheter

Regionens beställares styrning av vård kan ske på två nivåer. För hela regionen styrs vilken typ av vård som ska finnas, var den ska finnas, vilken volym den ska ge etc. Därmed bestäms utbudet av vård. På denna övergripande nivå sätts även patienternas roll i finansiering och styrning genom avsnivåer, vårdcheckar,



pengsystem, vårdgarantier etc. Därmed sätts förutsättningarna för att patientens efterfrågan ska få påverka utbudet. Genom att styra utbud och sätta förutsättningarna för patienternas påverkan skapar regionen "spelplanen" för vården.

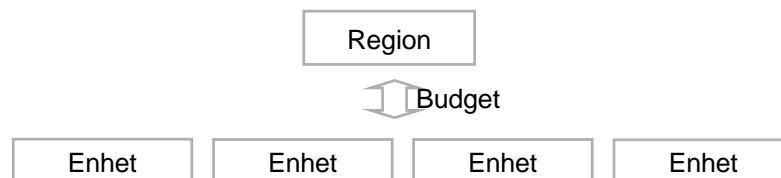
När denna övergripande "spelplan" väl är satt styr beställaren enheternas utveckling genom att ange ett uppdrag. Uppdraget kan beskriva vårdens inriktning, omfattning, förväntade standard och förväntade effekter.



Ur uppdraget är det möjligt att lyfta fram det som är särskilt viktigt att följa upp under året, t.ex. viktiga utvecklingsmål ifråga om produktivitetökning och kvalitetsförbättring, men också viktiga standardkrav som verksamheten ska klara. Utveckling och standard kan sedan följas upp löpande, medan enhetens resterande uppdrag, t.ex. vårdens inriktning (utbudet), ligger fast över en längre period och följs upp samt utvärderas en gång per år eller än mer sällan. Mellan dessa tre delar finns också en möjlighet att skapa ett flöde. Utvecklingsmål som uppnåtts blir standardkrav, standardkrav som blivit lätta att nå läggs i uppdraget där de följs upp mer sällan och nya utvecklingsmål tas först upp i uppdragets vision.

Varför går det inte lika bra med vanlig budgetstyrning?

Traditionell budgetstyrning har fokus på att förbrukningen vid årets slut inte ska överskrida den summa som angetts i ramen. Styrningen av verksamhetens volymutveckling, kvalitetsutveckling och standard är vanligen svag och underordnad målet om budgethållning.



En svaghet med traditionell budgetstyrning är att enheten säkert kan få mer pengar genom att förhandla framgångsrikt med den centrala ledningen, men inte säkert genom att producera bättre vård.

Fokus på kostnader istället för resultat ger också snedvridna incitament ur ett ekonomiskt perspektiv. Det är "lönsamt" för en enhet att visa upp troliga kostnadsökningar och "olönsamt" att visa upp besparingsmöjligheter.

Ytterligare ett problem är att budgethållning blir det viktigaste målet för en enhet. Den prioriteringen strider både mot den kultur som finns inom vården och de förväntningar som medborgarna har på vården, därmed tappar styrningen legitimitet och målet att hålla budget försvagas.

Ändå har hårdhänt budgetstyrning gång på gång räddat ekonomin inom offentlig verksamhet. Ett skäl är att ekonomiskt utfall mäts med stor tillförlitlighet. Ett annat skäl är att den hierarkiska organisationen gör det lätt att visa på vem som har ansvar för överskridanden. Därför har en koppling mellan budgethållning och chefers framtida karriär gett en avtagande resursförbrukning. En lärdom av detta är självklar och lätt att ta till sig, det går bara att styra på det som mäts. Därför är det nödvändigt att tydliggöra vad vården levererar om styrningen ska bidra till en effektivare vård. Det är också nödvändigt att koppla någon slags förutsägbar konsekvens, ett incitament, till verksamhetens resultat.

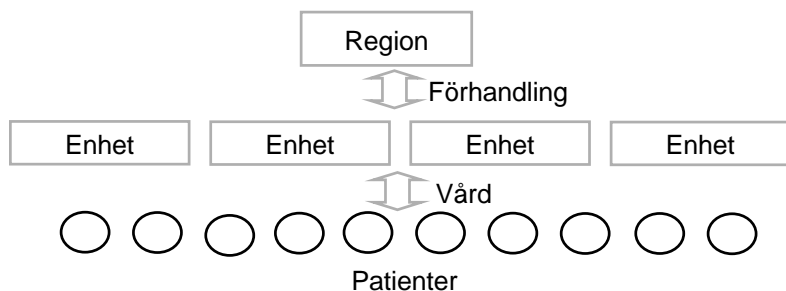
Bakgrund: Incitament

Hur kan beställaren styra incitament?

Incitament kan vara av skiftande slag, t.ex. att få karriärmöjligheter, vidareutbildning, positiv uppmärksamhet, patienternas uppskattning, professionell tillfredsställelse, resurser till utvecklingsarbete och få högre egen ekonomisk ersättning.

För beställaren finns två sätt att påverka utvecklingen av incitament, det ena är att kräva att enheterna arbetar med att motivera sina anställda att uppnå målen för verksamheten (i styrning av uppdrag/standard) och det andra är att knyta ekonomisk ersättning till ökad måluppfyllelse (i styrning av utveckling).

Tanken med att koppla ersättning till utveckling är att en framgångsrik enhet ska få ekonomiskt utrymme att satsa i ny teknik, nyanställning etc samt få utrymme för att ge medarbetarna ekonomiska incitament i form av lönehöjning och andra incitament som drar resurser, t.ex. utbildning. På så vis stärker kopplingen till ersättning utvecklingsarbetet samtidigt som resultatet av arbetet blir betydelsefullt även för enhetens ekonomi.



En av de viktigaste effekterna är att enheterna får en förutsägbar intäkt genom att åstadkomma bättre och mer vård. Det lönar sig att "utveckla istället för att förhandla".

Avvägning av ekonomiska incitament

Men ekonomiska incitament ger inte bara fördelar, utan också risker. I beställarens perspektiv är den mest uppmärksammade risken att budgetramen inte räcker till om verksamheten utvecklas snabbt. Ju mer produktion och ju mer kvalitet, ju mer kostnader. Visserligen blir ju vården "värd mer" om mer och bättre vård utförs, men det måste ju finnas skattemedel nog att betala för den.

Vid sidan av risken för överskridanden finns ett i många avseenden värre problem i det att det svårt att mäta rätt. Få mått har en perfekt koppling till målet som man vill uppnå. Mer vård är ju inte detsamma som fler "besök", bättre vård är ju inte exakt detsamma som nöjdare patienter etc. Nästan alla mått har dessutom störningar av olika slag som påverkar mätresultatet till synes slumpmässigt. För att möta de problemen krävs både fler och bättre mått som tillsammans kan ge en rättvisande bild.

En iakttagelse som kan göras i alla landsting som infört ersättningssystem är att ersättningen lett till att måtten utvecklats. Därför är det rimligt att först testa några mått, sedan koppla dem till en mindre ersättning för att få alla att enheter att registrera/rapportera och sedan öka ersättningen allteftersom beskrivningarna av verksamheten och måtten förbättras.

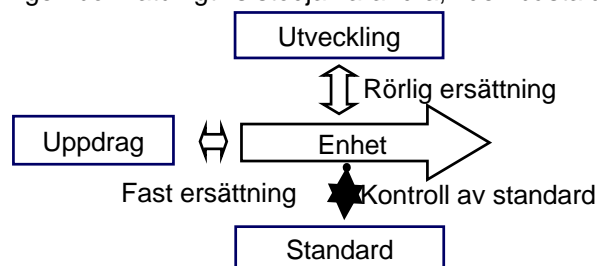
Men ska incitamenten bli verkningsfulla så måste de på något sätt kopplas till de som utför arbetet. Därmed uppstår en ytterligare risk med incitamentet när det ska utformas inom enheterna.

Om ekonomiska incitament utformas så att de motverkar andra drivkrafter för medarbetarnas handlande, t.ex. drivkraften att handla etiskt, så uppstår naturligtvis en betydande risk. Därför är det viktigt att riskerna med ekonomiska incitament går igenom noga och förebyggs innan de införs för chefer och personal.

Bakgrund: Ersättningsystem i styrningen

Fast och rörlig ersättning

För att få en balans mellan långsiktiga och löpande incitament finns anledning att dela upp ersättningen i en "fast" del som är tänkt att vara ganska oförändrad över åren och en "rörlig" del som löpande ska variera med resultaten. I styrningen kan den fasta ersättningen kopplas till hur enheterna klarar det långsiktiga uppdraget (inriktning) och den rörliga till hur de klarar utvecklingsmålen (produktivitet/kvalitet). De båda delarna i styrningen bör naturligtvis stödja varandra, i den bästa av världar.



Fast ersättning. Kopplas till de delar av uppdraget som löper på längre sikt, och som kan utvärderas årligen t.ex. förändringar i vårdens inriktning. Den fasta ersättningen kan också kopplas till beställda grundnivåer ifråga om volym och kvalitet. **Rörlig ersättning.** Kan kopplas till enheternas utvecklingsmål. Ska ge incitament, dvs. ekonomisk möjlighet och risk åt enheterna i syfte att påskynda utveckling av volym (produktivitet) och kvalitet. Följs upp löpande och ger direkta förutsägbara ekonomiska konsekvenser.

Vilka andelar som ska fördelas mellan fast och rörlig ersättning beror på måttens kvalitet, prioriteringar mellan långsiktig och kortsiktig utveckling (tidsspännet i utvecklingsarbetet), verksamhetens kostnadsbild etc.

Styrningen av standard bör inte vara kopplad till en viss ersättningsnivå, utan till rätten att få producera vård. En viss grundläggande standard ifråga om säkerhet, kvalitet etc, är rimligen ett villkor, inte ett mål. På så vis ges starka incitament för enheten att också för egen del löpande övervaka att krav på intern kontroll uppfylls.

Delar i fast och rörlig ersättning

De olika delar som ingår i fast och rörlig ersättningen har i olika landsting getts lite olika namn. I det följande används namn som lagts nära syftet med ersättningen.



Uppdragsersättning och sambandet mellan struktur och uppdrag

Uppdraget är beställarens (regionens) sätt att uttrycka vad som förväntas av enheten för den ersättning som ges. Uppdraget är utgångspunkten i styrningen av enheten.

Men uppdragen måste också kopplas till hela vårdstrukturens utveckling. Till skillnad från beställare av privat ägd verksamhet kan Regionens beställare inte använda konkurrens och kreativ förstörelse som motor i strukturutveckling. Istället måste de kunna fördela om och avveckla/skapa i ett samspel mellan större strukturbeslut och den vardagliga effekten av incitamenten i ersättningen. Med andra ord måste de i uppdragen föra vård från mindre effektiva enheter till mer effektiva för att på så vis på ett kontrollerat sätt skapa både hot och möjlighet. Den "osynliga handen" blir på så vis mer synlig och sannolikt mindre effektiv, men den kan fungera inom offentligt finansierad vård.

Avsaknaden av det starka hot som ligger i konkurrens gör också att beställaren måste kunna fösa på effektiviseringsarbetet vid behov. Men det krävs också att beställaren kan driva på med mildare metoder, t.ex. genom analyser, jämförelser, krav på samverkan och överföring av kompetens mellan enheter. Beställaren måste också kunna kräva att enheterna arbetar intensivt med utveckling av beskrivningar och mått inom vården för att skapa transparens.

Bakgrund: Ekonomiska incitament till utveckling

Ersättning för mer vård

Avsikten med att ge ersättning för mer vård är att det ska uppstå en produktivitetökning, dvs att kostnaden för vårdinsatserna ska sjunka. Samtidigt ska incitamentet inte vara så starkt att budgetramen hotas.

Som nämnts kan riskerna hållas någorlunda i schack genom att incitamenten införs i lugn takt. Men även med denna försiktighet kan incitamentet aldrig bli perfekt avvägt. En möjlig väg att balansera risker och möjligheter är att produktion över en viss grundbeställning ger en lägre och successivt avtagande ersättning ju mer vård som produceras.

På så vis bestämmer varje producent hur mycket extra vård som kan produceras. Producenternas olika val av vårdvolym ger i sin tur signaler till beställaren om hur incitamentet fungerar och om det kan behöva anpassas. Denna metod innehåller en "morot" dvs en ökad ersättning om vårdvolymen ökar.

En annan metod är att helt enkelt minska ersättningen per vårdinsats och behålla volymkravet (det sk taket). Då "piskas" producenten att effektivisera sin vård, om överskridanden ska undvikas.

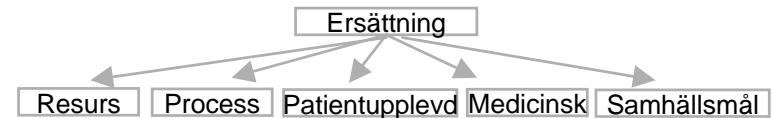
Om enheterna ska få mer betalt för mer vård så kommer inte resurserna till vården att medge en ständig ökning av vårdvolymerna och kvaliteten.

I praktiken kommer enheter som utvecklar produktivitet att få större volymer vård och bättre ekonomi, medan de som inte utvecklas i samma takt kommer att få mindre eller oförändrade volymer med sämre ekonomi som följd.

För att den styrningen ska få legitimitet krävs att även kvaliteten i vården kan påverka utvecklingen.

Ersättning för högre kvalitet

I landstingens styrning har ordet kvalitet ofta använts som ett samlingsbegrepp för vad som skulle kunna kallas resurskvalitet (förutsättningar för kvalitetsskapande processer, tex kompetens, teknik mm), processkvalitet (standard i kvalitetsskapande processer) och resultatkvalitet (medicinsk kvalitet, patientupplevd kvalitet och uppnådd samhällsnytta).



Förenklat kan man säga att ju längre till höger man kommer i kvalitetsfaktorerna ovan ju närmare kommer man syftet med landstingets sjukvård/friskvård. De mått som använts i landstingens styrning har också utvecklats i den riktningen. Men fortfarande finns i styrningen mycket få mått på medicinskt resultat och nästan inga alls som berör samhällsmål. Självklart finns inom vården en kunskap om vad som är bra vård och vilka effekter den kan ha, men denna kunskap har inte hittills översatts till styrningen.

Ett syfte med att koppla ersättning till kvalitetsmått är att det ska uppstå en positiv spiral där både kvalitet och mått på kvalitet förbättras.

Ett problem är att det är känsligt att använda mått som inte är helt rättvisande, även om syftet är att utveckla måtten.

En möjlighet är att kombinera flera kvalitetsmått i ett index och ge ersättning efter hur enheten placerar sig på detta index. Genom att vikta och rangordna måtten efter hur träffsäkra de är så kan man efter hand låta nya "bättre" mått tas med i indexet. I den processen kan enheterna ta huvudansvaret.

Granskningskriterier

Summering av diskussionen och start på granskningen

I bakgrundsavsnittet har sagts att ersättningssystem fungerar bra med:

- En genomarbetad vårdstruktur och en process för regelbunden översyn av strukturen så att utvecklingsbehov kan fångas upp
- En genomtänkt strategi för hur patienternas efterfrågan ska påverka vårdens struktur och leveranser
- Ett tydligt långsiktigt uppdrag
- Volym- (produktivitet) och kvalitetsmål som följs upp löpande
- Ekonomiska incitament som är väl balanserade och direkt kopplade till utvecklingsmål samt med fördröjning/förhandling till uppdrag
- Minimistandard som kontrolleras löpande
- **Ett möjlighet att fånga upp och stödja uppnådda effektiviseringar över åren**

Förutsättningarna för införandet av ett nytt ersättningssystem

Regionen har vandrat framåt mellan olika organisationslösningar och styrsystem. Det har funnits parsjukvård, konkurrens, beställare-utförare, samverkan, budgetstyrning med kostnadsfokus mm. Arbetet med Skånsk Livskraft gav en återstart i den något utmattade organisationen

Ersättningssystemet infördes för hela vården samtidigt. Förberedelsestiden var kort för enheterna och införandet sammanföll med strukturförändringarna enligt Skånsk Livskraft. På den positiva sidan kan sägas att kunskapsmassan som byggts upp inom Skånsk Livskraft kunnat bidra till arbetet. Det fanns också en positiv förväntan på ett mer utvecklat ersättningssystem inom verksamheterna.

Vad kan förväntas vara infört?

Förväntningarna på ersättningssystemet

I ärendet som angav riktlinjer för utformningen av ersättningssystemet angavs bl.a. att "ersättningssystemets viktigaste funktioner är att ge incitament till ökad produktivitet och effektivitet". Därutöver angavs enhetlighet, jämförbarhet och transparens som viktiga principer. Det förutsattes att incitamenten skulle kombineras med kostnadskontroll.

Granskningskriterier:

Efter enbart ett års drift bör det vara rimligt att förvänta att systemets huvudsakliga delar finns på plats, men knappast att de fungerar som avsett. Mot bakgrund av erfarenheter som gjorts i andra landsting kan det förväntas att det finns en utvecklingsplan som anger mål och process för fortsatt utveckling av systemet. För incitamenten till produktivitet utveckling bör det efter ett år vara rimligt att sådana incitament finns på plats och fungerar på övergripande nivå.

Syftet med dessa, trots allt, ganska "snälla" granskningskriterier är att fullfölja uppdraget att ge en övergripande bild av ersättningssystemet styrkor och svagheter med fokus på incitament till produktivitet..

Det finns alla möjligheter och sannolikt också skäl för revisorerna att successivt skärpa ansatsen i kommande granskningar av ersättningssystemet.

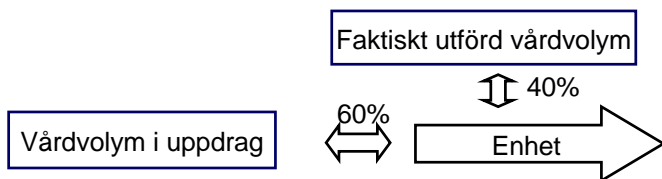
Samtidigt måste understrykas att Regionen redan genom ansatsen att överge den traditionella budgetstyrningen har tagit ett steg som kan öka möjligheterna till utveckling inom vården på ett avgörande sätt.

—— **Region Skånes ersättningssystem för vården** ——

Hur regionen ersätter vården

Iakttagelser: Grundmodellen

1. Alla enheter får en fast patientrelaterad ersättning som baseras på den i uppdragen angivna vårdvolymen och kostnaden för de verksamheter som skiljer vårdlogikerna åt (t.ex, jourlinje inom akutvård). Därutöver finns en rörlig patientrelaterad del som följer utförd vårdvolym.
Genom att den ersättning för jourlinjer mm som är specifik för respektive vårdlogik skiljs ut så kan samma vårdinsats ges samma ersättning inom alla sjukhus.
2. Om vi inte räknar med den ersättning som är specifik för vårdlogikerna så fördelas den med 60% fast och 40% rörlig del.



Beställd volym utgör ett produktionstak, vård utöver beställningen ersätts inte. När enheten å andra sidan inte upp till produktionstaket så minskas den rörliga ersättningen.

3. Uppdragen för sjukhusen är tydliga, särskilt gäller detta den elektiva vården där volymen och typ av operation är angivna, men även övriga delar i uppdragen är väl specificerade.
4. Kvalitetsersättningar saknas utöver ett utvecklingsarbete inom stroke processen.
5. Standard på intern kontroll klargörs inte särskilt i uppdraget, hänvisning sker till lagar, regler och policys.
6. Ökad produktivitet/kvalitet ett år ger inte större vårdvolym etc nästa år.

Kommentarer

1. Ambitionen att skilja ut det som är specifikt för olika vårdlogiker (utbildning, jourlinjer etc) för att på så vis få en "grundersättning" som räknas fram på samma sätt för alla vårdenheter är god och kan bidra till ökad trovärdighet och jämförbarhet.
2. Om den rörliga ersättningen ska ge ett incitament till volymökning/produktivitet så måste den vara högre än de rörliga kostnader som uppstår i verksamheten för att skapa ökad volym. Nu fördelas ersättningen för volym schablonartat för all verksamhet oavsett om den är prioriterad eller ej och utan kunskap om dess kostnader. I princip innebär det att det kan vara lönsamt för enheterna att inte producera upp till beställd nivå. I alla händelser är det oklart i vad mån den rörliga ersättningen verkligen ger alla enheter ett ekonomiskt incitament till att upprätthålla sin produktivitet. Däremot ger den ett mycket starkt incitament att registrera utförda prestationer vilket i sig är bra för att utveckla uppföljningen och skapa ökad transparens, nya frågor osv.
3. Uppdragen är kopplade till vårdlogikerna, dvs till strukturen, vilket är rimligt. Men i och med att ersättningen för volym fördelats och redovisats per logik, utan möjlighet till kvittning mellan de olika logikerna inom samma sjukhus så har sjukhusens interna styrning till viss del låsts upp, vilket varit svårt att hantera för sjukhusen.
4. Ekonomiska incitament till kvalitetsutveckling ger i sig en snabbare utveckling av mått, därför hade nog ett större steg varit önskvärt.
5. Det återstår en möjlighet att skärpa styrningen av standard i uppdraget. Även den styrningen tar tid att införa.
6. Möjligheterna att få dynamik i utvecklingen är inte tillvaratagna.

Blev det någon utveckling 2006?

Blev det någon produktivetsutveckling?

2005 – 2006 ökade produktionen av somatisk vård med nära 4%, jämfört med knappt 2% året innan, En stor del av förklaringen ligger sannolikt i två faktorer

1. Strukturförändringen som har genomförts inom ramen för Skånsk Livskraft har gett en möjlighet till ökad produktivitet inom vården.
2. När ersättningen för 2006 lades innebar beställd vård ett inbyggt krav på produktivetsökning om 2-3%. Pengarna räckte således inte till att fullt ut betala den beräknade kostnaden för all den vård som beställdes.

Det är rimligt att anta att incitamentet till produktivitet, dvs "piskan" att upprätthålla vårdvolymerna upp till beställd nivå har fungerat. För att få in intäkter som behövs för att klara löneökningar etc har enheterna tvingats utföra mer vård.

Vid sidan av den somatiska vården ökar psykiatrin med 2.2% jämfört med nära noll året innan. Även om ökad registrering, snarare än ökad produktivitet, står för en del av ökningen så är förändringen relativt stor. Snabbast ökar primärvården, vilket sannolikt hänger samman med att primärvården prioriterats.

En intressant fråga är naturligtvis om det hade gått att få ut än mer i produktivetsökning, bl.a. med tanke på de omfattande strukturförändringar som trots allt skett inom ramen för Skånsk Livskraft. Men något svar på den frågan går naturligtvis inte att få.

Vad sägs i intervjuerna om systemet?

Generellt sett finns en förhoppning om att ett ersättningssystem ska ge ökad stabilitet, större självständighet och bidra till utveckling. Dvs det som ersättningssystemet, som idé, är avsett att göra. Samtidigt finns en insikt om att Regionen har en lång bit kvar i utvecklingsarbetet.

Det som tycks grumla lyckan av att nu ha ett ersättningssystem med prestationsersättning i drift är framför allt att

- sjukhusen har svårt att internt hantera uppdelningen i logiker och det finns en stark oro för hur detta ska lösas 2007
- införandet av systemet gick mycket fort och sammanföll delvis med Skånsk Livskraft vilket har upplevs ha skapat två samtidiga förändringsprocesser och därmed en del "röra"
- det saknades pengar i systemet från början vilket bidrar till att uppdrag och ersättning inte stämmer överens
- det finns en kritik mot att systemet är svårt att förstå och mycket svårt/omöjligt att föra neråt i organisationen

Det fanns också, vid tiden för intervjuerna en viss undran över hur den politiska organisationen med nämnd och utskott skulle fungera.

Det kan konstateras att kritiken är starkast inom sjukhusen, primärvården har också en något enklare situation eftersom de enbart berörs av en vårdlogik.

Klarar Regionens ersättningssystem granskningskriterierna?

Summering - i jämförelse med en idealbild

- En genomarbetad vårdstruktur och en regelbunden översyn av strukturen.
 - Har gjorts i Skånsk Livskraft. Det är nu viktigt att fortsatt utveckling av struktur påverkas av enheterna och patienterna och att den centrala ledningen fångar upp förbättringar.
- En genomtänkt strategi för hur patienternas efterfrågan ska påverka vårdens struktur och leveranser
 - Det har varit svårt att identifiera en tydlig övergripande och sammanhållen strategi. Frågan är också politiskt omstridd.
- Ett tydligt långsiktigt uppdrag till respektive enhet
 - Här finns utrymme för att utveckla långsiktiga uppdrag för enheterna.
- Volym- (produktivitets-) och kvalitetsmål som följs upp löpande. Denna punkt berör hela uppföljningen och har ej granskats här.
- Ekonomiska incitament som är väl balanserade och direkt kopplade till utvecklingsmål samt till uppdrag. En bra bit kvar i utvecklingsarbetet, se kommentarer på sid 12.
- Minimistandard som kontrolleras löpande
 - Kraven på standard (intern kontroll av säkerhet, vårdprocess, medicinsk kvalitet etc) är inte uttryckligen angivna i uppdraget. Regionen har, som andra landsting, en liten del i denna kontroll.
- En process för att fånga upp och stödja uppnådda effektiviseringar över åren. Bör utvecklas. Se kommentarer om dynamik på sid 12.

Granskningens resultat

Den egentliga prövningen i denna granskning begränsar sig till det som nämns i följande beskrivning:

”Efter enbart ett års prövotid bör vara rimligt att förvänta att den införda modellen har en tydlig utvecklingsinriktning och att denna fullföljs successivt. För incitamenten till produktivitetsutveckling bör det vara rimligt att sådana incitament finns på plats och fungerar på övergripande nivå”.

Granskningen visar följande:

Vad gäller incitamenten till produktivitet uppfylls granskningskriterierna. Det finns incitament, en ”piska” att nå upp till beställd produktion och det incitamentet fungerar på en övergripande nivå. Däremot kan konstateras att kriteriet på utvecklingsstrategi inte uppfylls, vilket innebär att det råder en oklarhet om vad som kommer att ske med det system som utgör kärnan i regionens styrning av vården.

En rekommendation är att ta fram en utvecklingsplan för ersättningssystemet. I en sådan utvecklingsplan är det rimligt att hantera de områden som granskningen i övrigt berört och vars övergripande innebörd anges i punkterna till vänster på denna sida. I utvecklingsplanen bör givetvis anges hur processen för utveckling ska se ut, hur enheter och profession ska engageras, hur ansvaret ska fördelas och hur utvecklingsarbetet ska följas upp.

Habilitering och tandvård - två motpoler sett ur styrperspektiv

Habilitering

Habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningen har i huvudsak en traditionell budgetstyrning. Det saknas egentliga incitament för produktivitet, vilket bl.a. beror på att det inte finns några användbara mått på produktionen vare sig för bedömningen av handikappade vuxnas vårdbehov eller för arbetet med att tillgodose behov hos handikappade barn och ungdomar.

För hjälpmedelsverksamheten kan konstateras att flera nyckeltal används i styrningen, men produktivitet beräknas ännu inte. Kostnaderna för hjälpmedel är budgeterade på nämnden, men besluten om tilldelning tas av anställda inom andra förvaltningar. Några incitament för att effektivisera hjälpmedelshanteringen eller användningen av hjälpmedel finns inte.

Kommentarer habilitering

Inom förvaltningen pågår ett utvecklingsarbete som syftar till att tydliggöra vårdprocesser och utveckla uppföljningen inom habiliteringen. Det bör vara möjligt att ta fram användbara mått på prestationer, men det kan vara mindre relevant att ge ekonomiska incitament till ett ökat antal vårdinsatser. Istället kan den ekonomiska styrningen få tonvikt på att ge incitament till kvalitetsutveckling. Efter hand kan också standardkrav användas för att säkra grundläggande kvalitetsnivåer i vårdarbetet.

Inom hjälpmedelsverksamheten är det möjligt att utveckla mätningar av produktivitet och stegvis koppla mått till incitament.

Tandvård

Inom tandvården finns en variation av ersättningssystem, från anslag och patientavgift (specialistvård) över kapitering (barn- och ungdom) till prestationsersättning och patientavgift (vuxna). Inom tandvården finns både privata och landstingsdrivna enheter. Även inom den av landstinget i egen regi bedrivna folktandvården finns en väl utvecklad mätning av tandhälsa/tandvårdsstatus, patientnöjdhet och produktivitet. Det finns också tydliga incitament för personalen, bl.a. finns en koppling mellan tandläkarnas lönenivåer och deras prestationer.

Tandvården har för vuxentandvården en relativt hög andel patientavgift som lägger en stor del av den ekonomiska risken för tandohälsa på patienten. Bl.a. för att ge patienterna möjlighet att fördela kostnaderna över tid har folktandvården infört en möjlighet till abonnemang. Vuxna patienter födda efter 1962 har möjlighet att med en månadsvis avgift som varierar med tandhälsostatus slippa kostnader för eventuella tandvårdsinsatser.

Kommentarer tandvård

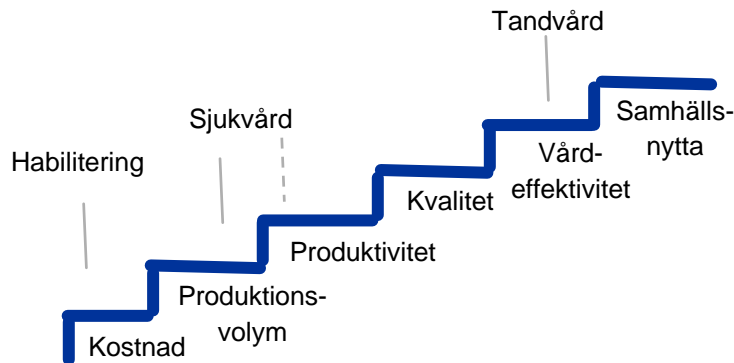
Tandvården har ett välutvecklat ersättningssystem, men framför allt en mycket välutvecklad styrning inom den landstingsdrivna tandvården med incitament till produktivitet och kvalitet.

Folktandvårdens abonnemangstandvård är en intressant försäkringslösning som kapar bort höga risker för patienterna med ett utvecklat avgiftssystem som ger lägst premie för de vuxna som har 15 mycket god tandhälsa. Men den avgörande fördelen med abonnemangstandvård är att incitamenten till förebyggande insatser blir starka och gemensamma för vårdenhet, patient och ytterst för samhället.

—— **Sammanfattande synpunkter och rekommendationer** ——

Sammanfattande synpunkter och rekommendationer

- Syftet med koppling mellan prestation och ersättning är i teorin att ge ökad stabilitet och förutsägbarhet i styrningen samt ge incitament till utveckling av vården. Utvecklingen av ersättningssystem innebär inte att budgetstyrning överges, en korrekt beskrivning är att styrningen utvecklas inom ramen för totalkostnadskontroll.
- Under premiäråret för region Skånes ersättningssystem så har kostnadskontroll och strukturstyrning fått dominera. För dem som förväntat sig mer har detta naturligtvis varit en besvikelse.
- Ändå har ersättningssystemet inneburit ett viktigt steg på vägen för att få en styrning som kan bidra till utveckling.
- Det som nu behövs är att vidareutvecklingen av ersättningssystemet kommer igång. För det kan det krävas en utvecklingsplan som klargör takt, omfattning, process och ansvar.
- Ett sätt att illustrera utvecklingsspannet är att sätta regionens olika verksamheter i en utvecklingstrappa som visar fokus i styrningen. I illustrationen nedan är enheternas interna styrning inräknad.



Avsikten med ovanstående trappa är enbart att illustrera att det går att göra enkla jämförelser av styrningen inom Regionens verksamheter. Det är naturligtvis glädjande att Folk tandvården har inlag i sin styrning som ligger mycket högt på utvecklingstrappan.

I granskningen har gjorts några iakttagelser som kan vara värda att lyftas fram och bedömas i det fortsatta utvecklingsarbetet.

- Det förefaller inte helt nödvändigt att förhindra "kvittning" mellan vård i olika vårdlogiker. Strukturen kan även med kvittning upprätthållas genom att uppdraget följs upp och större avvikelser hanteras. Förändring av strukturen drivs framåt av vårdens/enheternas utveckling och patienternas påverkan. Uppdragsgivaren ska nära initiativkraft och stödja en långsiktig inriktning, men inte försöka detaljstyra utvecklingen. För 2007 har viss kvittning tillåtits inom Regionen.
- Flera av begreppen som används i Regionen t.ex. "fast patientrelaterad ersättning" är onödigt svårbegripliga.
- Det är viktigt att snabbt utveckla kvalitetsmätningar och prestationsmätningar om styrningen ska kunna fungera. Som nämnts i redogörelsen för styrning av kvalitet kan en möjlighet vara att använda mätningar som sätts samman i index där varje enskild mätning viktas efter träffsäkerhet och kan bytas ut efter hand. Därmed skapas en process för utveckling av mått.
- För att få en kontinuerlig produktivetsutveckling så måste ersättningarna utformas så att de hämtar hem en del av effektiviseringsutrymmet. En ersättningsmodell med avtagande ersättningsnivå bör därför prövas.
- Styrningen av standard bör kunna förstärkas. På så vis uppstår också ett samspel mellan olika delar i styrningen.
- Det är också viktigt att i utvecklingsarbetet klargöra hur sambandet mellan styrning av struktur och enhet ska utformas.
- I hela utvecklingsarbetet behövs en fortsatt koordinering internt inom regionen, men också en starkare koordinering med andra landsting som arbetar med samma typ av frågeställningar.