

Granskningsrapport

Primärvårdens organisation och ekonomi

Teodora Heim
Per Stomberg
Torbjörn Bengtsson
Niklas Westerlund

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	4
3.	Beskrivning av primärvårdens organisation	6
4.	Svar på revisionsfrågor	17
	Bilaga 1: Intervjuade personer	27
	Bilaga 2: Försämrat resultat för 2015	28

1. Sammanfattning

Deloitte har fått i uppdrag från Region Skånes revisorer att granska primärvårdens organisation och vilka effekter uppdelningen av verksamheten på tre olika förvaltningar har haft. I granskningen ingår även att närmare undersöka de vårdcentraler som under flera år har haft underskott i ekonomin för att se vilka incitament de har för att hålla sin budget. Granskningen ska även kartlägga ersättningssystemet och intern kontroll av ersättningar för Region Skånes egna vårdcentraler. Revisorerna avser också att undersöka regionens strategi avseende styrning av vårdcentraler som har stora ekonomiska underskott.

Rapportens inledande del innehåller en beskrivning av primärvårdens organisation, styrning och ersättningsmodell samt kontroller av ersättningar och IT-stödet i verksamheten. Vi gör följande bedömningar:

Organisation

- Den politiska organisationen av hälso- och sjukvårdsområdet som berör primärvården kan inte anses främja effektiviteten i verksamheten.
- Vi bedömer att det är en brist att organisationen inte har ett politiskt organ som hanterar framtidsfrågor för primärvården.
- Den nuvarande förvaltningsorganisationen gynnar intentionen att skapa ett samarbete mellan primärvården och sjukhusvården men den önskade effekten att läkare skulle gå över från sjukhusvård till primärvård har trots detta uteblivit.

Ersättningssystemet och resultathanteringen inom Region Skåne

- Ersättningsmodellen ger inte incitament för de offentligt drivna ackrediterade vårdenheterna att hålla sin budget och att förbättra sin ekonomi.
- Ersättningssystemet är mycket komplicerat och svårt att överblicka och i vissa delar är systemet inte transparent.
- Ersättningssystemet skapar inte tillräckliga förutsättningar för att de ackrediterade enheterna ska kunna styras effektivt på lång sikt.
- Vår sammanfattande bedömning är att ekonomistyrningen inom Region Skåne inte är ändamålsenlig för att uppnå de satta målen för primärvården.

Kontrollsystemet

- Kontrollsystemet med syfte att säkerställa att ersättningens storlek är korrekt bedöms inte vara ändamålsenligt. Kontrollerna är inte systematiserade och dokumenterade. Vårdenheterna själva har inte någon systematisk kontroll över att ersättningens storlek blir korrekt.

IT-stöd

- Vi gör bedömningen att det finns tillräckligt IT-stöd för de ekonomiska funktionerna inom primärvården. Journalhanteringssystemet upplevs dock av användarna inte vara effektivt och ändamålsenligt.

Svar på revisorernas frågor

Granskningens syfte är också att ge revisorerna underlag för att bedöma om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Vi bedömer att ersättningssystemets utformning och hanteringen av primärvårdens ekonomiska resultat inte ger förutsättningar att bedriva verksamheten enligt antagna mål. Mot bakgrund av granskningens iakttagelser gör vi den sammanfattande bedömningen att den politiska styrningen av primärvårdens verksamhet inte är tillfredsställande.

Sjukvårdsnämnderna Kryh, Sund och SUS fattar, trots tillgång till information om brister i primärvårdsenheters ekonomi, inte beslut för att hantera dessa. Därför bedömer vi att sjukvårdsnämnderna brister i sitt ansvar att styra primärvårdens verksamhet avseende de ekonomiska resurserna.

Ersättningssystemet ger inte tillfredsställande och ändamålsenliga förutsättningar för att styra primärvårdens verksamhet och ekonomi. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för ersättningssystemets utformning och efterlevnad och bör därför agera för att detta förändras.

Regionstyrelsen bör agera gentemot sjukvårdsnämnderna och hälso- och sjukvårdsnämnden när brister i primärvårdens ekonomi har uppmärksamats, då detta ligger inom ramen för styrelsens uppsiktsplikt. Regionstyrelsens beredning för framtidens sjukvård brister i sitt ansvar då denna inte behandlar primärvårdens framtid trots att detta inkluderas i beredningens ansvar enligt reglementet.

På vilket sätt påverkas medborgare och patienter till följd av organisationsförändringen?

Den mest synbara påverkan för medborgarna är att det finns en valfrihet sedan införandet av Hälsovalet. Införandet av Skånevård 2.0 i sig kan inte visas ha gett direkt effekt på den producerade vården inom primärvården och därmed på medborgare och patienter. Den politiska omorganisationen har inte gett några mätbara effekter för patienterna.

Vilka effekter har dokumenterats och konstaterats till följd av förändringen?

Organisationen saknar över tid jämförbar relevant statistik för att det skall vara möjligt att kunna påvisa "dokumenterade effekter" av förändringen. Vi noterar därför att det inte går att påvisa dokumenterade effekter av omorganisationen av primärvården. Granskningens resultat tyder på att ansvariga förtroendevalda och tjänstemän inte heller anser att det finns dokumenterade och konstaterade effekter av organisationsförändringen som påverkar medborgarna utöver vad som beskrivs ovan.

Vilka incitament har vårdcentraler för att hålla sin budget?

Ackrediterade vårdenheter inom offentlig regi har inte tillräckliga incitament för att hålla sin budget.

Hur hanterar regionen vårdcentraler som har stora underskott?

Vi bedömer att enheter med ett negativt resultat inte hanteras enligt de gällande föreskrifterna. Det finns ett vedertaget synsätt inom hälso- och sjukvårdsområdet i Region Skåne där de ansvariga nämnderna prioriterar uppdraget före ekonomin i balans.

Vilka ersättningssystem och ersättningar finns och följs dessa?

Ackrediteringsvillkoren anger ramarna för hur ersättningar beräknas och är därmed grunden till ersättningssystemet. Svaret på frågan huruvida ersättningssystemet följs är enligt vår bedömning ja, eftersom de ackrediterade enheterna får ersättning baserat på sina avtal med Region Skåne.

Hur sker uppföljning av att ersättningarna kontrolleras? Är kontrollerna tillräckliga i omfattning, innehåll och antal?

Det finns en brist i form av avsaknad av dokumenterade systematiska kontroller. Vi gör bedömningen att det finns en risk för att ersättningarnas storlek blir felberäknad och att detta inte upptäcks. Vi gör bedömningen att uppföljning av att ersättningarna kontrolleras inte sker.

Hur tillses att ett användbart IT-stöd finns?

En beskrivning av befintliga IT-system samt våra bedömningar därav återfinns ovan samt i rapportens kapitel 3.

Den genomförda granskningen har gett upphov till följande identifierade förbättringsområden:

Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppmärksamma regionfullmäktige på behovet av en central genomlysning av området för att uppnå en effektiv politisk styrning av primärvården. I denna genomlysning bör särskilt fokus riktas mot ackrediteringsvillkorens centrala roll samt arbetet med villkorens utformning och hantering.

Särskilt fokus bör riktas mot hur man kan skapa incitament för primärvården för att hålla ekonomin i balans och åstadkomma positiva ekonomiska resultat.

Som en direkt konsekvens av utvärderingen av styrningen och därmed ersättningssystemet, bör regionstyrelsen också uppmärksamma och åtgärda de brister som påpekas angående ersättningssystemets kontroller.

Mot bakgrund av svårigheten med att få fram relevant statistik för primärvårdens verksamhet gör vi bedömningen att det finns ett behov av att säkerställa att verksamheternas resultat och dess effekter registreras på ett sätt som möjliggör framtagandet av jämförbara statistiska uppgifter på både kort och lång sikt.

För att säkerställa att verksamheten får tillräckligt IT-stöd bör förbättringar av journalhanteringssystemet genomföras. Alternativt bör ett nytt system införskaffas med fokus på användarvänlighet och långsiktighet.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Region Skånes revisorer har uppdragit åt Deloitte att granska primärvårdens organisation och vilka effekter uppdelningen av verksamheten på tre olika förvaltningar har haft. I granskningen ingår även att närmare undersöka de vårdcentraler som under flera år har haft underskott i ekonomin för att se vilka incitament de har för att hålla sin budget. Granskningen ska även kartlägga ersättningsystemet och intern kontroll av ersättningar för Region Skånes egna vårdcentraler. Revisorerna avser också att undersöka regionens strategi avseende styrning av vårdcentraler som har stora ekonomiska underskott.

2.2 Uppdraget

Granskningens övergripande syfte är att granska vilka effekter uppdelningen av verksamheten på tre olika förvaltningar har haft. Deloitte ska med utgångspunkt från det ovan nämnda ge revisorerna underlag för att bedöma om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Rapporten kommer att inledas med en kartläggning av verksamheten som bland annat beskriver hur den är organiserad, hur styrning av verksamheten sker och hur ersättningsystemet är utformat.

Förutom vad som angetts ovan kommer även följande frågeställningar besvaras:

1. På vilket sätt påverkas medborgare och patienter till följd av organisationsförändringen?
2. Vilka effekter har dokumenterats och konstaterats till följd av förändringen?
3. Vilka incitament har vårdcentraler för att hålla sin budget?
4. Hur hanterar regionen vårdcentraler som har stora underskott?
5. Vilka ersättningsystem och ersättningar finns och följs dessa?
6. Hur sker uppföljning av att ersättningarna kontrolleras? Är kontrollerna tillräckliga i omfattning, innehåll och antal?
7. Hur tillses att ett användbart IT-stöd finns?

2.3 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, jämförelse av statistik, intervjuer samt stickprovskontroll.

Dokument som har granskats är bland annat regionens styrdokument, rutinbeskrivningar, protokoll, budget, ekonomiska rapporter, interna kontrollplaner och dokumentation av genomförda kontroller, åtgärdsplaner, manualer till IT-system.

Genomgång av statistik har gjorts för att finna dokumenterade effekter av förändringen.

Intervjuer har genomförts med ansvariga nämnders presidier samt med ansvariga tjänstemän i ledande positioner, se bilaga 1.

Stickprov har gjorts för att kontrollera ersättningarnas storlek.

Rapporten är sakgranskad av de intervjuade personerna.

2.4 Avgränsning

Granskningen avser primärvårdens verksamhet. Med primärvård menas ackrediterade enheter bedrivna inom offentlig regi.

2.5 Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har använts:

Kommunallagen (1991:900) 3 kap 13-14 §§ och 6 kap

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Region Skånes styrdokument.

2.6 Granskade nämnder

Följande nämnder har granskats:

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sjukvårdsnämnden Kryh

Sjukvårdsnämnden Sund

Sjukvårdsnämnden SUS

Beredningen för framtidens sjukvård inom regionstyrelsen.

3. Beskrivning av primärvårdens organisation

Revisorerna framförde ett särskilt önskemål om att granskningen skulle innehålla en deskriptiv del för att kartlägga och genomlysna primärvården inom Region Skåne. Följande kapitel beskriver hur primärvården är organiserad, hur styrning av verksamheten sker och hur ersättningsystemet är utformat.

Primärvården – definition och historisk bakgrund

Primärvården har i denna granskning definierats såsom vård som bedrivs av vårdcentraler, barnavårdscentraler och barnmorskemottagningar i Region Skåne. Fokus ligger på primärvård som bedrivs i offentlig regi men till viss del berörs även de privata vårdgivarna vid beskrivning av ersättningsystemet.

I kommande avsnitt beskrivs hur förändringarna inom Region Skåne har påverkat primärvårdens organisation. Förändringar som tas i beaktande är:
2009 – införandet av hälso- och vårdval ("Hälsovalet")
2013 – införandet av en ny förvaltningsorganisation, Skånevård 2.0
2015 – införandet av en ny politisk organisation

I samband med denna granskning har vi fokuserat mindre på att försöka knyta våra bedömningar till en enskild organisationsförändring och mer på idag rådande situation.

2009 – införandet av hälso- och vårdval

Region Skåne införde 2009 vårdval enligt Lag om valfrihetssystem inom primärvården för vårdcentraler och barnavårdscentraler. Detta benämns inom regionen som "Hälsovalet". Det infördes vårdval för barnmorskemottagningar i 2012 och detta vårdval inkluderas också i begreppet Hälsovalet. Införandet av Hälsovalet innebar att privata vårdgivare fick fri etableringsrätt i primärvården. Tidigare kunde privata vårdgivare endast etablera sig via vårdavtal med Region Skåne. Medborgaren fick frihet att välja vilken vårdgivare han eller hon ville gå till. Det betyder att primärvårdens verksamhet konkurrensutsattes då det inte är enbart offentliga enheter som kan erbjuda vård utan även privata aktörer.

Alla vårdgivare som ingår i hälso- och vårdval i Skåne måste uppfylla särskilda krav som Region Skåne ställer. Dessa krav beskrivs i de så kallade ackrediteringsvillkoren. Ackrediteringsvillkoren kan således ses som Region Skånes "upphandlingsvillkor" för köp av vård.

I denna granskning har vi studerat vårdcentraler, barnavårdscentraler och barnmorskemottagningar inom hälsovalet.

Samtliga intervjuade politiker och tjänstemän menar att införandet av hälsovalet var en nödvändig åtgärd för att förbättra tillgängligheten, vilket anses ha skett. Det råder enighet bland de intervjuade om att införandet av hälsovalet har satt ekonomin i fokus inom primärvården som ett resultat av konkurrensutsättningen.

2013 – Införandet av Skånevård 2.0

Skånevård 2.0 var en omorganisation av förvaltningsorganisationen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Omorganisationen innebar för den offentligt drivna primärvården att verksamheten delades upp i tre primärvårdsdivisioner, en i varje sjukvårdsförvaltning, till skillnad från tidigare då den hade drivits som en enda primärvårdsförvaltning. Förvaltningarna Kryh, Sund och SUS fick därmed ansvaret även för primärvården. Förändringen innebar också att primärvårdens verksamhet skulle styras tillsammans med sjukhusförvaltningarnas. Den uttalade förhoppningen var att primärvården och slutenvården skulle få ett bättre samarbete vilket skulle främja patienterna.

Samtliga intervjuade framförde att man inte helt lyckats med att integrera de två verksamheterna, även om framsteg har gjorts. Som exempel på lyckat samarbete mellan slutenvården och primärvården nämndes vårdcentraler som har etablerats i anslutning till akutmottagningarna. Däremot har man inte lyckats att få fler läkare som arbetar på sjukhus att gå över till primärvårdens verksamhet, vilket var ett av målen.

2015 – politisk omorganisation av hälso- och sjukvårdssektorn

I januari 2015 infördes en ny politisk organisation i Region Skåne vilket innebar att HSN, utöver ansvaret för planeringen (beställningen) av vården, även fick ansvar för vårdproduktionen. För produktionsansvar inrättades tre underställda sjukvårdsnämnder (Kryh, Sund och SUS) som ansvarar för de redan tidigare inrättade sjukvårdsförvaltningarna.

Dessa förändringar har var och en i olika grad och på sitt sätt präglat och påverkat hur primärvården styrs och organiseras idag.

3.1 Politisk organisation och styrning av primärvården

Sedan 2015 styrs hälso- och sjukvård i Region Skåne av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Enligt Region Skånes reglemente har HSN ett samlat ansvar för ledningen av hälso- och sjukvården i regionen.

Gällande primärvården specifikt ansvarar HSN för ackrediteringsvillkoren för vårdcentraler, barnvårdscentraler och barnmorskemottagningar, det vill säga för enheter som ingår i Hälsovalet. Det är också HSN eller i vissa fall HSN:s utskott (se nästa stycke) som har mandat att besluta om att teckna avtal med nya leverantörer. De intervjuade politikerna menar att genom att utforma ackrediteringsvillkoren styrs primärvården i den riktning som politiken önskar.

Under HSN finns beredningen/utskottet för psykiatri, primärvård och tandvård (PPT) med särskild uppgift att bereda och i vissa fall besluta i ärenden som gäller bland annat primärvård. Beredningen/utskottet ska

också följa utvecklingen inom primärvården och göra HSN uppmärksam på erforderliga insatser från politiskt håll. Beredningen arbetar med att utforma ackrediteringsvillkoren samt med att godkänna och avslå ansökningar om ackrediteringar. PPT är även det politiska organ som har ansvar för dialogen med primärvården. PPT är även en del av de så kallade REKO-mötena vilket är möten mellan regionen och kommunerna i Skåne. På dessa möten deltar verksamhetsledning för den offentligt drivna primärvården, privat drivna verksamheter och kommunala verksamheter med koppling till hälso- och sjukvården.

Det finns tre underställda sjukvårdsnämnder under HSN vars uppgift enligt reglementet är att säkerställa att den egna förvaltningens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet. Reglementet nämner vidare att driftsledningsnämnderna ska besluta om vilka enheter som får omfattas vid ackrediteringsansökan i egen regi samt om vilka enheter som ska avackrediteras. Nämnderna beslutar således inte om ackrediteringar för privata vårdgivare utan detta sker i HSN.

Granskningen visar på en otydlighet i ansvarsfrågan för avackrediteringar, då det i ett beslut taget av regionstyrelsen¹ framgår att förvaltningscheferna har möjlighet att föreslå avveckling av egna vårdenheter. Till vem de ska föreslå detta framgår inte, men den allmänna uppfattningen bland politiker och förvaltningschefer är att detta ska göras till sjukvårdsnämnderna.

Granskningen visar att reglementet inte beskriver sjukvårdsnämndernas ansvar specifikt för primärvården. Det anges istället i förvaltningsuppdraget². Enligt förvaltningsuppdraget ska sjukvårdsförvaltningarna tillhandahålla akut- och planerad hälso- och sjukvård, specialistsjukvård samt primärvård. (Se vidare under 3.2 Förvaltningsorganisationen kring primärvården.)

Förutom ovan beskrivna nämnder och utskott finns även beredningen för framtidens sjukvård under regionstyrelsen. Enligt det gällande reglementet ska beredningen för framtidens sjukvård "lägga förslag kring strukturella framtidsfrågor för vården". En genomgång av beredningens protokoll visar att beredningen främst arbetar med den långsiktiga strategiska planeringen av sjukvården med fokus på investeringarna gällande de nya sjukhusen i Skåne. Under 2015 och 2016 har beredningen inte behandlat några ärenden som berör primärvårdens verksamhet.

Under granskningens gång fann vi inget annat politiskt organ (förutom beredningen för framtidens sjukvård) inom regionen som har ansvar för att långsiktigt planera primärvårdens verksamhet. Beredningen för framtidens sjukvård fokuserar på sjukhusvården och inte på primärvården när det gäller att utforma visioner och långsiktiga strategier. Granskningen visar också att beredningen för framtidens sjukvård och beredningen för primärvård,

¹ Beslutsförslag daterat 2013-10-04 med dnr 1102221 "Tillämpning av frihetsgrader och regelverk för den offentligt drivna hälsovalsverksamheten".

² Uppdrag 2016 till förvaltningarna Skånes universitetssjukvård, Skånevård Kryh, Skånevård Sund.

tandvård och psykiatri inte har något formaliserat samarbete som fokuserar på primärvården.

Bedömning

Baserat på ovan beskrivna iakttagelser gör vi bedömningen att den politiska styrningen av hälso- och sjukvårdsområdet som berör primärvården inte kan anses främja effektiviteten i verksamheten. De offentligt drivna primärvårdsenheterna verkar under samma konkurrensneutrala ackrediteringsvillkor som de privata enheterna. De tre underställda driftsledningsnämnderna har ansvar för primärvårdens verksamhet och det bör därför säkerställas att de ges förutsättningar för att kunna styra på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt. Den ekonomiska styrningen av vårdenheter bör ske på ett liknande ekonomiskt fokuserat sätt inom det offentliga som i de privata vårdenheter för att kunna klara konkurrensen.

Driftsledningsnämndernas möjlighet att påverka primärvårdens verksamhet begränsas till att internt kunna omorganisera ackrediterade enheter. Detta sker dock endast i undantagsfall varför vi bedömer att det mera är en teoretisk möjlighet än ett faktiskt styrverktyg.

Vi bedömer att det finns en brist i att organisationen inte har ett politiskt organ som hanterar framtidsfrågor för primärvården. Regionstyrelsens beredning för framtidens sjukvård brister i sitt ansvar då denna inte behandlar primärvårdens framtid trots att detta inkluderas i beredningens ansvar enligt reglementet.

3.2 Förvaltningsorganisationen kring primärvården

Den offentliga vårdproduktionen i Skåne sker i de tre sjukvårdsförvaltningarna Kryh, Sund och SUS. Sedan 2013 är primärvårdens verksamhet en del av de tre sjukvårdsförvaltningarnas uppdrag. Uppdragsbeskrivningen³ anger att offentlig primärvård bedrivs vid vårdcentraler och är en integrerad del av förvaltningens verksamhet. Ackrediterade vårdenheter som bedrivs av förvaltningarna ingår således i förvaltningsorganisationen och resultatet av dessa enheters verksamhet är en del av varje förvaltnings och divisions ekonomiska resultat.

Bedömning

Vi gör bedömningen att den nuvarande förvaltningsorganisationen, där primärvårdens verksamhet är en del av de tre förvaltningarnas verksamhet gynnar intentionen att skapa ett samarbete mellan primärvården och sjukhusvården. Trots detta har det visat sig att den önskade effekten att läkare skulle gå över från sjukhusvård till primärvård har uteblivit.

Ersättningsmodellens utformning och dess implementering i den nuvarande organisationsformen gör att incitamentet för de offentligt drivna ackrediterade vårdenheter att hålla sin budget och att förbättra sin ekonomi inte fungerar ändamålsenligt. Detta eftersom primärvårdsenheternas ekonomiska resultat är en del av hela förvaltningens ekonomiska resultat.

³ Uppdrag 2016 till förvaltningarna Skånes universitetssjukvård, Skånevård Kryh, Skånevård Sund beslutat av HSN 2015-12-02.

Vi bedömer att fördelningen av primärvårdens verksamhet på tre olika förvaltningar innebär en risk för att patienterna i olika delar av länet inte får samma tillgång till och samma kvalitet på primärvård.

3.3 Ersättningssystem för primärvården

Ackrediterade enheter

Sedan 2009, när hälsovalet infördes i Region Skåne, bestäms ersättningen till de ackrediterade enheterna genom avtal. Avtalen är baserade på ackrediteringsvillkoren⁴ som HSN beslutar om. Ackrediteringsvillkoren gäller lika för privata vårdgivare som för Region Skånes egna vårdenheter.

Granskningen visar att ackrediteringsvillkoren ändras årligen och det förekommer också att villkoren ändras under året. Flera av de intervjuade personerna påpekade svårigheten med att styra efter ständigt nya villkor. Flera intervjuade tjänstemän menade att de årliga ändringarna gör att planeringen blir kortsiktig. Det har också nämnts att villkoren är omfattande och allt mer detaljerade vilket gör att det kan vara svårt att få en överblick över samtliga delar. Ackrediteringsvillkoren för 2016 är till exempel ett dokument som omfattar 87 sidor.

Under granskningen har vi fått signaler om att det finns en uppfattning bland tjänstemännen om att de styrande politikerna inte alltid har förståelse för konsekvenserna av förändringarna i ackrediteringsvillkoren. Politiska intentioner resulterar i praktiken i helt annat utfall än vad som förväntas.

Grunden till hälsovalet och därmed även för ersättningsmodellen är patientens valfrihet. Varje medborgare som har sin hemvist inom regionen väljer sin egen vårdcentral och blir "listad" på denna vårdenhet. Om man inte gör ett aktivt val listas man på den i förhållande till folkbokföringsadressen geografiskt mest närliggande enheten. Ersättningsmodellen är densamma för de privata vårdgivarna som för de offentliga enheter som drivs i Region Skånes regi.

Ersättningsmodellen för de ackrediterade enheterna bygger på ett grundbelopp som utgår för varje patient som är listad på enheten. Grundbeloppet 2015 var 2 904 kr per år och patient. Beloppet påverkas sedan av två index. ACG (Adjusted Clinical Groups) är en indikator avseende en patients vårdtyngd, vilket är ett sammantaget värde av patientens sjukdomshistorik och diagnoser. En patient med en kronisk sjukdom genererar ett högre index än en som inte har besökt läkare de senaste 18 månaderna. CNI (Care Need Index) är den förväntade risken för patientens vårdbehov som baseras på socioekonomiska faktorer såsom utbildning, civilstånd, sysselsättning, mm. Till exempel förväntas en arbetslös patient med låg utbildningsnivå ha större framtida vårdbehov än en högutbildad patient med fast anställning.

⁴ "Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne"

Som ytterligare ersättning tillkommer en läkemedelsersättning för varje listad patient med 612 kr per år. En del av de faktiska kostnaderna för uthämtade läkemedel belastar sedan vårdenheten⁵.

Förutom ovanstående grundersättningar finns det målrelaterade ersättningar kopplade till kvalitetsmål. Målrelaterade ersättningar är sådana som ges om enheten uppnår vissa kvalitetsmål som anges i ackrediteringsvillkoren⁶. Det kan även göras avdrag om en enhet inte når upp till en bestämd nivå. Exempel på sådana kvalitetsmål är telefontillgänglighet, arbete med levnadsvanor, minskning av antibiotikabehandling, mm.

En ytterligare faktor för beräkningen av ersättningens storlek är den så kallade täckningsgraden. Täckningsgraden är relationen mellan det totala antalet primärvårdsbesök som en enhets listade patienter har gjort och hur många besök patienten totalt gjort inom öppenvården i Region Skåne (vari primärvården ingår). Täckningsgraden som ska uppnås för full ersättning för år 2016 är bestämd till 63 %. Om en vårdenhet uppnår en täckningsgrad av 63 % betalas hela ersättningen ut. I annat fall minskas ersättningen med 1,6 % för varje understigande procentenhet. Högre täckningsgrad ger 1,6 % extra ersättning för varje procentenhet över gränsvärdet.

Årets målstyrande täckningsgrad bestäms efter en tillbakablick på samtliga enheters sammantagna historiska täckningsgrad.

Täckningsgradens storlek påverkar direkt ersättningarna till de ackrediterade enheterna vilket medför att genom att fastställa täckningsgraden styrs enheterna mot politiskt bestämda mål. Som ett exempel kan nämnas hembesök. Det beslutades att ändra ersättningsmodellen för hembesök och ge ett fast belopp för varje genomfört hembesök i 2015. Ersättningen finansierades genom att exkludera hembesöken vid beräkningen av besök på en enhet och till viss del genom en utökad budget. Resultatet för enheterna är att de får ett engångsbelopp och en försämrad täckningsgrad. Ersättningen för hembesök överstiger dock vad enheten hade fått om patienten hade kommit till vårdcentralen istället.

Om en patient som är listad på en enhet söker vård hos en annan ackrediterad vårdgivare belastas enheten för denna kostnad. Ersättningen till den enhet som tar emot patienten är 350 kr (på dagtid en vardag) och avdraget för vårdcentralen där patienten är listad är också 350 kr. Täckningsgraden för den enhet där patienten är listad påverkas positivt.

Vårdenheterna får dessutom ersättning för tilläggsåtaganden. Sådana kan till exempel vara hjärtsviktsmottagning, äldrevårdsmottagning, eller öron-näsa- halsspecialismottagning. Dessa åtaganden är frivilliga och valbara för enheterna. Vilka tilläggsåtaganden som ger ersättning anges i ackrediteringsvillkoren.

⁵ Vanligt förekommande läkemedel (så kallat basläkemedel) som förskrivs av läkare på vårdcentral eller på sjukhus belastar vårdcentralen med 75 % av kostnaden.

⁶ Dessa villkor beskrivs även detaljerat i dokumentet "Definitioner och beskrivningar av kvalitetsindikatorer för vårdcentral i Hälsöval Skåne 2016" gällande vårdcentraler.

Vårdersättningen betalas ut månadsvis i efterskott till samtliga enheter, privata och offentliga, från Region Skåne. Mårelaterade ersättningar betalas ut senast tre månader efter mätperiodens slut. GSF (gemensam servicefunktion) hanterar centralt administrationen av antalet listade patienter och beräkningen av vårdersättningens storlek liksom själva utbetalningen.

Vårdgivande enheter tar ut en patientavgift. Patientavgiftens storlek bestäms av Region Skåne och gäller för privata likväl som för offentliga enheter. Patientavgifterna ingår i vårdersättningen. Avgiften avräknas från enhetens vårdersättning, det vill säga om en enhet får till exempel 100 000 kr i patientavgifter i en månad så dras detta av från ersättningen som utbetalas från Region Skåne. En eventuell kundförlust belastar vårdenhetens resultat.

Anslagsfinansierad verksamhet

Verksamhet som bedrivs inom de förvaltningar där primärvården ingår men är utanför ackrediteringarna är följande.

I sjukförvaltningen Kryh:

- Specialiserad palliativ vård och ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) och palliativt utvecklingscentrum (inom Kryh)
- Ungdomsmottagning.

I sjukförvaltningen Sund:

- Kompetenscentrum primärvården Skåne
- Centrum för primärvårdsforskning
- Kunskapscentrum barnhälsovård
- Kunskapscentrum kvinnohälsa
- Kunskapscentrum migration och hälsa.

I sjukförvaltningen SUS

- Geriatrik inklusive Kunskapscentrum geriatrik
- Minnessjukdomar inklusive Kunskapscentrum demenssjukdomar
- Smärtrehab inklusive Kunskapscentrum långvarig smärta
- Barnmottagningen i Eslöv
- Barn- och mödravårdspsykologer
- Hälsoenheten (delvis anslagsfinansierad).

Dessa verksamheter bedrivs genom anslagsfinansiering. Anslagsfinansierad verksamhet bedrivs med principen att förvaltningen får ett uppdrag samt en budget. Till skillnad från ackrediterade ersättningar bestäms inte uppdragets volym i detta fall.

Bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att ersättningssystemet inte är ändamålsenligt. Systemet är mycket komplicerat och svårt att överblicka och i vissa delar är systemet inte transparent. Med det senare menar vi att delar av beräkningsmodellen inte är tillgängliga för den enskilda vårdenheten, att den inte går att påverka eller att det inte är möjligt att kontrollera dess riktighet. Exempel på sådana delar är täckningsgraden eller ACG- och CNI-index.

Ersättningsystemet skapar inte tillräckliga förutsättningar för att de ackrediterade enheterna ska kunna styras effektivt på lång sikt. De ofta förekommande förändringarna i systemet gör det svårt för enheterna att långsiktigt planera en effektiv och ändamålsenlig verksamhet. Resultatet av att de ekonomiska förutsättningarna ständigt förändras försämrar möjligheten till långsiktiga investeringar och utvecklingsarbete.

Vi bedömer också att det finns en risk för förtroendeskada från både de privata och de offentligt drivna vårdenheternas sida gentemot Region Skåne. De ständiga förändringarna i villkoren, de svåröverskådliga detaljerna samt de icke-transparenta delarna av beräkningen av ersättningen i systemet kan skada förtroendet för uppdragsgivaren.

3.4 Ekonomisk hantering av vårdenheter inom hälsovalet bedrivna i offentlig regi

Vårdenheter inom Region Skåne som ingår i hälsovalet (ackrediterade enheter) ska enligt ambitionen ges samma förutsättningar för att bedriva sin verksamhet som de privata enheterna. De får ersättning enligt samma modell som de privata vårdgivarna, men är samtidigt en del av Region Skåne som beskrivs ovan.

Det finns ett så kallat ägardirektiv⁷ inom regionen som anger principer för resultathantering för hälsovalsverksamheten som bedrivs av Region Skåne i egen regi. Det anges i dokumentet att utgångspunkten för resultathanteringen är att "införa ett starkt incitament på verksamhetsnivå för att tydligt koppla ekonomiskt resultat till möjligheten att ytterligare utveckla såväl verksamhet som medarbetare".

Dokumentet anger att de offentligt drivna hälsovalsenheterna förutom en egen resultaträkning även ska bygga upp ett " eget kapital" bestående av balanserade över- eller underskott. Detta ska redovisas för varje enhet som disponibelt eget kapital. Ett positivt resultat för året förs till enhetens "egna kapital" till 85 % medan 15 % tillgodoräknas förvaltningens och divisionens egna kapital avseende hälsovalsverksamheterna för att skapa ett utrymme för åtgärder från divisions- eller förvaltningsnivå. Ett negativt resultat balanseras till 100 % i enhetens egna kapital. Uppkomna underskott i det egna kapitalet förväntas täckas inom en treårsperiod.

Av det egna disponibla kapitalet har enheterna möjlighet att få förbruka högst 50 % för utveckling av verksamheten. Detta förutsätter dock i praktiken att förvaltningen inte har ett underskott på divisions- eller förvaltningsnivå. Detta gör att den ursprungliga intentionen att ge ett förstärkt incitament till enheterna att förbättra det ekonomiska resultatet inte får avsedd effekt om inte hela divisionen och förvaltningen går med ett ekonomiskt överskott.

⁷ Beslutsförslag från vårdproduktionsberedningen daterat 2013-09-09 med titeln "Utveckling av den egendrivna hälsovalsverksamheten i Region Skåne - detaljutformad principmodell för resultathantering", beslutat av Regionstyrelsen 2013-10-10.

Bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att ekonomistyrningen inom Region Skåne inte är ändamålsenlig för primärvården. Denna bedömning bygger på våra iakttagelser som visar att det beslutade målet att ge vårdcentraler incitament för att utveckla verksamheten och medarbetarna inte uppfylls. Tvärtom ger den faktiska resultathanteringen och det faktum att ackrediteringsvillkoren ändras ofta litet utrymme för den enskilda vårdenheten att i praktiken strategiskt och långsiktigt styra verksamheten.

3.5 Kontroll av ersättningar

Informationen som ligger till grund för beräkningen av ersättningar för varje vårdenhet, både för enheter inom offentlig och privat regi, grundas på antalet listade patienter samt på patientbesöken. Antalet listade patienter hämtas ur databasen "Lizzy". Antalet besök och besökens art registreras av de vårdgivande enheterna och hämtas ur journalsystemet. Varje patientbesök kodas i systemet för att sedan generera korrekt ersättningsbelopp.

Den insamlade informationen hanteras av Vårdgivar-service som är en intern enhet inom Region Skåne. Vårdgivar-service samlar informationen i en databas som heter "Hälsodeb". Här görs en översiktlig kontroll av att totalbeloppet för månadens utbetalning inte nämnvärt avviker från förra månadens. Denna kontroll dokumenteras inte.

Beräkningen av ersättningens storlek för varje enskild enhet görs automatiskt i Hälsodeb och genererar en utbetalningsorder. Innan denna order blir till en faktura görs det automatiska kontroller för att upptäcka stora avvikelser. Kriterierna för dessa kontroller bestäms från centralt håll och kan till exempel vara en ökning av ersättningens storlek över en viss procentenhet eller en beloppsgräns. Dessa kontroller dokumenteras inte.

Fakturan skickas sedan till Region Skånes ekonomisystem och attesteras enligt gällande attestregler i Region Skåne. Den person som attesterar dessa fakturor har dock inte tillgång till eller insyn i underlaget, varför attesteringen är snarare en administrativ uppgift än en kontroll.

Beräkningen av den fasta ersättningen grundas på data som inte är registrerad av vårdenheterna själva. Sådana är till exempel antalet listade patienter och patienternas CNI. Den data som vårdenheterna registrerar själva är patientbesök, diagnoser och kodning av besökets art. Någon systematisk kontroll av huruvida denna registrering är korrekt görs inte, vare sig på vårdcentralerna eller i den specialiserade vården. Det är värt att notera att patienterna har tillgång till sina egna journaler, vilket gör att det öppna systemet har en viss inbyggd kontrollmekanism, då felregistrering kan upptäckas av patienten själv. Sådant skulle dock vara mera på undantagsbasis.

Från centralt håll görs stickprovskontroller av befintliga ekonomiska data för att upptäcka större avvikelser. Dessa kontroller är inte dokumenterade. Att några iakttagelser görs vid kontrollerna förutsätter ofta också ett förändrat beteende hos den registrerande enheten, vilket gör att systematiska felregistreringar är svåra att upptäcka.

Vi har fått indikationer om att registrering av besök kan göras olika hos de olika enheterna. Inte sällan ingår det ett bedömningsmoment och därför kan samma besök registreras på olika sätt av vårdenheter. Någon systematisk kontroll görs inte för att upptäcka skillnader.

Bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att kontrollsystemet för att säkerställa att ersättningens storlek är korrekt inte är ändamålsenligt.

Bedömningen baseras på att kontrollerna inte är systematiserade och dokumenterade. Flera av kontrollerna bygger på en bedömning hos den tjänsteman som utför kontrollen och vederbörandes tidigare erfarenhet och kunskap. Några kontrollmoment förutsätter ett mönster som avviker mot tidigare varför det finns en risk för att systematiska felregistreringar kan förbises. Någon systematisk kontroll av hur bedömningar och inmatning av data sker hos de registrerade enheterna finns inte.

Vi bedömer att vårdenheter själva inte har någon systematisk kontroll över att ersättningens storlek blir korrekt. Vi gör bedömningen att detta till stor del beror på att vårdenheter inte har förutsättningar för att kunna göra kontroller eftersom underlagen för beräkningarna inte är tillgängliga i sin helhet på grund av att uträkningsmodellen innehåller icke-transparenta komponenter.

3.6 IT-stöd

Idag har olika former av IT-stöd fått en allt mera central roll. I vårdens dagliga arbete hanteras i princip all patientinformation med hjälp av IT-baserade verksamhetsstöd. All planering, uppföljning av ekonomiska utfall och administration är beroende av ett välfungerande IT-stöd. Ett tillräckligt och användarvänligt IT-stöd har därmed en avgörande roll för kvaliteten på arbetet, hur effektivt arbetet utförs och den upplevda arbetsbelastningen.

Region Skåne ska tillhandahålla regiongemensamma IT-stöd som används i verksamheten och i första hand ska fungera som ett verktyg i arbetet för att tillgodose patientens behov och säkerhet. I ackrediteringsvillkoren framgår det vilka regiongemensamma IT-stöd som tillhandahålls, tillgänglighetsnivåerna för systemen, förväntningarna på vårdcentralerna kopplat till systemen och att utbildningar ska anordnas för skapa förutsättningar för att systemen ska kunna användas enligt intentionerna.

Det mest centrala IT-stödet inom primärvården är journalsystemet PMO (Profdoc Medical Office), som tillhandahålls av leverantören CGM. PMO implementerades under 2013-2014, med syfte att uppnå ett enda journalsystem mot att det tidigare fanns ett flertal journalsystem. PMO används av samtliga vårdcentraler och har funktionalitet för journaldokumentation och administrativ patientdokumentation samt en modul för kassa, med funktionalitet för att registrera betalningar.

Under granskningen uttryckte de intervjuade ett missnöje med PMO. Systemet anses svårnavigerat och ineffektivt att arbeta i. Det finns även stora tekniska utmaningar för de privata vårdcentralerna att arbeta i

systemet eftersom det krävs en inloggning på Region Skånes interna nät och denna lösning har inte fungerat på ett tillfredställande sätt.

Redan vid implementeringen av PMO upplevdes systemet som föråldrat. Det hade också ett antal "barnsjukdomar". Dessutom var inte samtliga funktioner som leverantören hade utlovat vid beställningen utvecklade. Löpande dialog har förts med leverantören för att åtgärda uppmärksammade problem samt att införa återstående kravställd funktionalitet. Dock har detta ännu inte genomförts fullt ut.

Region Skåne har beslutat att fasa ut PMO och ersätta det med ett nytt journalsystem. Avsikten har varit att i samarbete med Västra götaland-regionen och Stockholms läns landsting upphandla ett gemensamt system för journalföring. Region Skåne har dock valt att avsluta detta samarbete då man bedömde att behovet av ett nytt journalsystem var mer akut än vad den nuvarande tidplanen inom samarbetet skulle tillfredsställa. Den nuvarande planen är att självständigt upphandla ett nytt journalsystem för att möta verksamhetens krav. Enligt den nuvarande planen ska det nya systemet finnas på plats under 2017-2018.

För ekonomisk uppföljning används i stor utsträckning applikationen Qlikview. Qlikview är kopplat till ett antal system vilket möjliggör för användarna att sammanställa information och generera rapporter för ekonomisk uppföljning och analys. Under granskningen diskuterade vi systemets användarvänlighet och undersökte rapporter som systemet genererade och noterade att Qlikview fungerar på ett tillfredställande sätt. Det är möjligt att generera rapporter för att åskådliggöra ekonomisk uppföljning på ett effektivt sätt.

Bedömning

Vi gör bedömningen att det finns tillräckligt IT-stöd för de ekonomiska funktionerna inom primärvården. Baserat på de uppgifter som framkom under granskningen bedömer vi däremot att journalhanteringssystemet inte upplevs vara effektivt och ändamålsenligt av användarna.

Gällande kommande upphandling av journalsystem bör Region Skåne i möjligaste mån tänka långsiktigt och dra lärdomar av de misstag och brister som förekom i den förra upphandlingen och som resulterat i de nuvarande problemen med journalhanteringssystemet.

4.Svar på revisionsfrågor

I detta avsnitt besvarar vi revisorernas frågor. Vi hänvisar till kapitel 3 gällande granskningens iakttagelser. I de fall svaret redan finns i förra kapitlet avstår vi från att upprepa detta. Således innehåller följande avsnitt våra bedömningar och resonemang kring de ställda frågorna i de delar som inte framgår av tidigare avsnitt i rapporten.

Granskningens övergripande syfte är att granska vilka effekter uppdelningen av verksamheten på tre olika förvaltningar har haft. Svaret på denna fråga framgår i huvudsak av beskrivningen i kapitel 3 där organisationen och ersättningsystemet detaljerat beskrivs.

Granskningens syfte är också att ge revisorerna underlag för att bedöma om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Vi bedömer att ersättningsystemets utformning och hanteringen av primärvårdens ekonomiska resultat inte ger förutsättningar att bedriva verksamheten enligt antagna mål. Mot bakgrund av granskningens iakttagelser gör vi den sammanfattande bedömningen att den politiska styrningen av primärvårdens verksamhet inte är tillfredsställande.

Sjukvårdsnämnderna Kryh, Sund och SUS fattar, trots tillgång till information om brister i primärvårdsenheters ekonomi, inte beslut för att hantera dessa. Därför bedömer vi att sjukvårdsnämnderna brister i sitt ansvar att styra primärvårdens verksamhet avseende de ekonomiska resurserna.

Ersättningsystemet ger inte tillfredsställande och ändamålsenliga förutsättningar för att styra primärvårdens verksamhet och ekonomi. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för ersättningsystemets utformning och efterlevnad och bör därför agera för att detta förändras.

Regionstyrelsen bör agera gentemot sjukvårdsnämnderna och hälso- och sjukvårdsnämnden när brister i primärvårdens ekonomi har uppmärksamrats, då detta ligger inom ramen för styrelsens uppsiktsplikt. Regionstyrelsens beredning för framtidens sjukvård brister i sitt ansvar då denna inte behandlar primärvårdens framtid trots att detta inkluderas i beredningens ansvar enligt reglementet.

1. På vilket sätt påverkas medborgare och patienter till följd av organisationsförändringen?

De organisationsförändringar som berör primärvårdens verksamhet beskrivs utförligt i kapitel 3. Granskningen har främst fokuserat på primärvårdens nuvarande organisation och situation då det inte går att fastställa vilken förändring som har lett till ett visst resultat.

Den mest synbara påverkan av organisationsförändringen för medborgarna är att det finns en valfrihet idag som inte fanns innan införandet av

Hälsovalet. Vi vill dock påpeka att denna påverkan i grunden är ett resultat av en lagändring. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är varje landsting och region sedan 2008 skyldigt att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården.

Införandet av Skånevård 2.0 delade upp primärvårdens verksamhet på tre förvaltningar istället för som tidigare en egen primärvårdsförvaltning. Denna organisationsförändring i sig kan inte visas ha gett direkt effekt på den producerade vården inom primärvården och därmed på medborgare och patienter.

I en tidigare granskningsrapport⁸ konstaterades att den politiska omorganisationen som ägde rum 2015 inte hade gett märkbara effekter för patienterna. Den nuvarande granskningens resultat tyder inte på att detta skulle ha förändrats. Däremot vill vi peka på de brister som den politiska organisationens utformning innebär för de tre sjukvårdsnämndernas möjlighet att styra primärvårdens verksamhet och som beskrivs i detalj i förra kapitlet.

2. Vilka effekter har dokumenterats och konstaterats till följd av förändringen?

Inledningsvis konstaterar vi att det har varit svårt att få fram relevant statistik för att kunna påvisa ”dokumenterade effekter” av förändringen.

Generellt kan det sägas att statistik har varit svåråtkomlig och svårtolkad eftersom det har gjorts förändringar i hur data registreras, i mätmetoder m.m., vilket leder till svårigheter att kunna göra jämförelser och se långsiktiga trender och förändringar. Det ska också tilläggas att avvikelser i mätningarna kan bero på, och troligtvis beror på, sammantagna effekter av flera förändringar i både den egna organisationen och i omvärlden. Därför ska statistiken tolkas med försiktighet.

För att kunna svara på revisorernas frågor om dokumenterade och konstaterade effekter av förändringarna inom primärvården har vi studerat statistik från följande källor:

- Region Skånes årsredovisningar
- Region Skånes Patientnämnd
- Vårdbarometern⁹
- Väntetider i vården

Årsredovisningarna från Region Skåne

Sedan 2009, vilket var tidpunkten för införandet av Hälsovalet, pekar regionens årsredovisning årligen på trenden att fler besök görs hos vårdgivare inom privat regi och färre inom offentlig.

En långsiktig trendförändring som påvisas i Region Skånes årsredovisning är också att fler sjukvårdsbesök görs inom primärvården jämfört med slutenvården. I exempelvis årsredovisningen 2013 framgår det att

⁸ Granskningsrapporten ”Effekterna av förändrad organisation” från 2016

⁹ Vårdbarometern är en undersökning som genomförs i hela landet. Årligen intervjuas ungefär en halv procent av den vuxna befolkningen.

”Slutenvården har minskat under 2013 med 1,9 procent, vilket delvis kan förklaras av en förskjutning från slutenvård till öppenvård”¹⁰.

Vi har försökt att sammanställa statistik som visar dessa förhållanden, men tillgängliga siffror är svårtolkade på grund av olikheter i information från år till år. Därför är informationen inte fullständig. Sedan 2009 ser förändringarna ut enligt följande tabell¹¹:

	Vårdtillfälle per 1000 invånare	Antal sjukhusvård	Totalt inom PV	Varav inom privat PV-enhet
2009	153	170 908	1 068 146	-
2010	155	192 024	1 050 996	40,5 %
2011	155	193 932	1 056 537	41,6 %
2012	152	180 395	1 033 561	43,5 %
2013	148	177 192	988 880	45,0 %
2014	145	187 000		46,0 %

Det framgår också tydligt av årsredovisningens analyser att primärvården som bedrivs inom privat regi växer och tar ”marknadsandelar” från de offentligt drivna vårdenheterna.

Patientnämnden

Vi har sammanställt statistik av antalet ärenden hos Patientnämnden som berör primärvården. Det ska noteras att avvikelser i antalet ärenden hos patientnämnden varierar stort beroende på medborgarnas kunskap om möjligheten att vända sig till Patientnämnden. Därför manar man från kansliets sida till försiktighet med tolkning av statistik. Det har också gjorts förändringar i Patientnämndens rutiner för registrering av ärenden varför delar av underlaget fick sammanställas manuellt. Utvecklingen ser ut enligt följande:

År	Offentlig	Privat	Totalt
2008	745	310	1055
2009	656	349	1005
2010	525	345	870
2011	666	445	1111
2012	648	511	1159
2013	919	421	1340
2014	909	481	1390
2015	952	413	1365

Statistiken från Patientnämnden visar en ökning av antalet inkomna ärenden sedan 2013, samma år som Skånevård 2.0 infördes. Om ökningen beror på regionens omorganisation av primärvården går inte att fastställa. Det kan dock konstateras att ökningen är markant och bestående.

¹⁰ Region Skånes årsredovisning för 2013, sida 27.

¹¹ Källa: Region Skånes årsredovisningar för åren 2009-2015

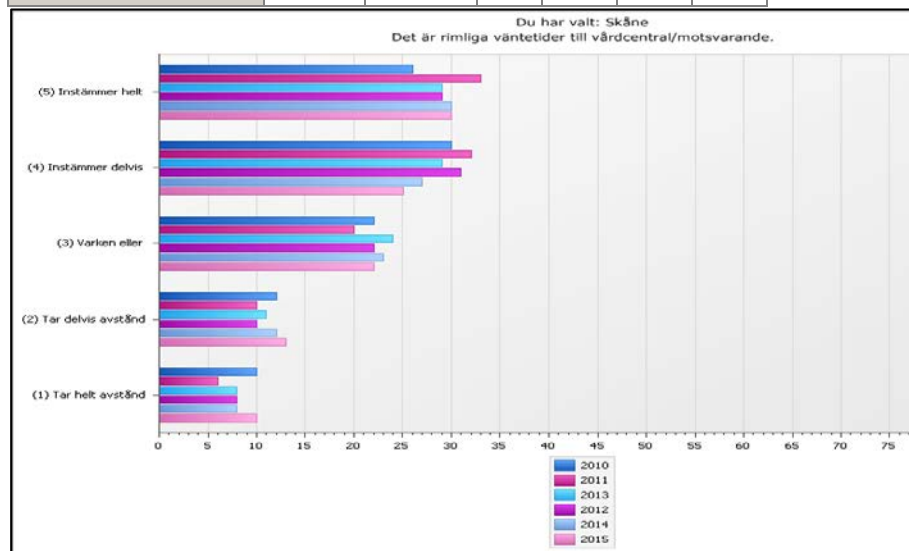
Vårdbarometern

Vårdbarometern är ett instrument som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen genomförs årligen i alla landsting och regioner, bland annat i Region Skåne.

Indikatorn visar hur befolkningen (oavsett om man haft kontakt med vården eller inte under de senaste sex månaderna) svarat på påståendet "Det är rimliga väntetider till vårdcentral" De som svarar "vet ej" eller inte svarat på frågan är exkluderade.

I mitt landsting/region är väntetider till besök på vårdcentral/motsvarande rimliga.

Svarsalternativ	Tidpunkt					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
(5) Instämmer helt	26%	33%	29%	29%	30%	30%
(4) Instämmer delvis	30%	32%	31%	29%	27%	25%
(3) Varken eller	22%	20%	22%	24%	23%	22%
(2) Tar delvis avstånd	12%	10%	10%	11%	12%	13%
(1) Tar helt avstånd	10%	6%	8%	8%	8%	10%

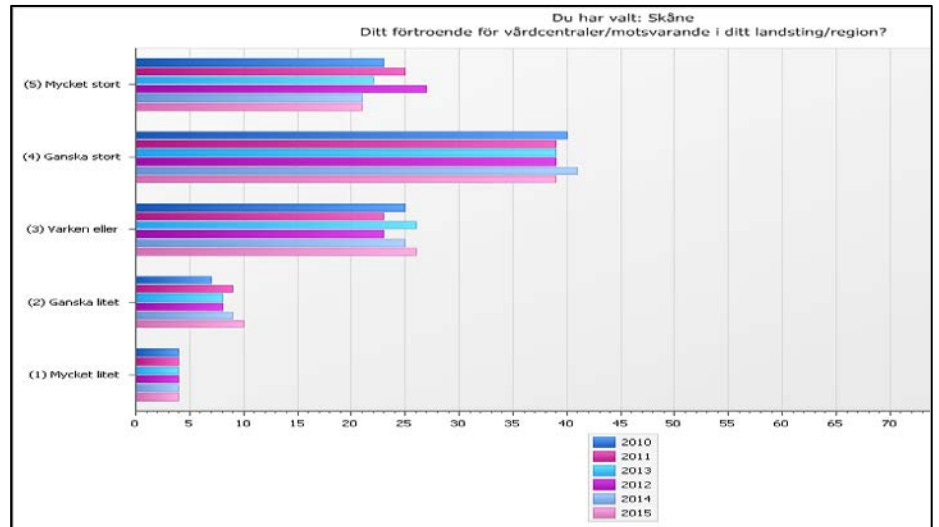


Tabellen och bilden ovan är tagna från www.vardbarometer.se

Förtroendet för vårdcentraler eller motsvarande utvecklades enligt följande:

Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/motsvarande i ditt landsting/region?

Svarsalternativ	Tidpunkt					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
(5) Mycket stort	23%	25%	27%	22%	21%	21%
(4) Ganska stort	40%	39%	39%	39%	41%	39%
(3) Varken eller	25%	23%	23%	26%	25%	26%
(2) Ganska litet	7%	9%	8%	8%	9%	10%
(1) Mycket litet	4%	4%	4%	4%	4%	4%

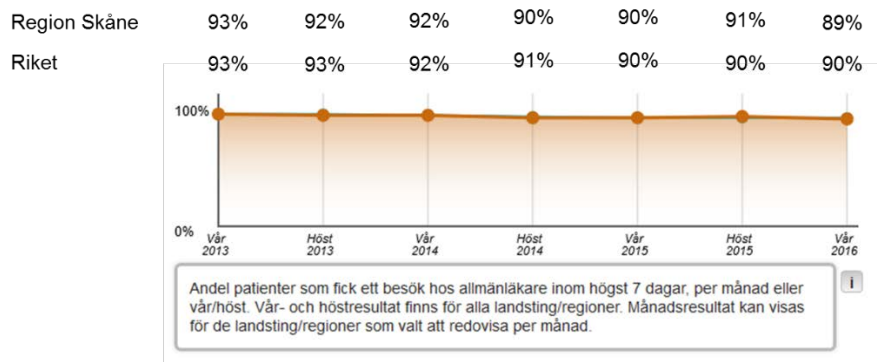


Tabellen och bilden ovan är tagna från www.vardbarometer.se

Vi konstaterar att statistiken inte visar några tydliga trender i dessa frågor.

Väntetider i vården

Sveriges kommuner och landsting (SKL) mäter två gånger om året tillgängligheten till vården. Enligt den nationella vårdgarantin ska alla patienter, efter bedömning, få tid hos en allmänläkare inom 7 dagar. Statistik finns tillgänglig från 2013 och framåt.



Statistiken visar en trend som tyder på en försämring av tillgängligheten till allmänläkare i både Skåne och nationellt.

Bedömning

Vår bedömning är att införandet av fritt hälsoval har gett medborgarna och patienterna en större frihet, vilket också utnyttjas. Detta kan tydligt påvisas i statistiken då antalet besök hos privata vårdenheter ökar i jämförelse med besök i vårdenheter inom offentlig regi. Samtidigt betyder det för Region Skåne att mer vård utförs i privat regi och mindre av regionen själv.

Vi tolkar statistiken från Patientnämnden som att medborgarna har vänt sig i fler ärenden till Patientnämnden sedan införandet av Skånevård 2.0 men vi gör detta utan att kunna påstå att ökningen beror på just denna förändring.

Vi bedömer att några säkra och tydliga effekter av den upplevda tillgängligheten eller förtroendet till primärvården inte kan utläsas av statistiken från Vårdbarometern.

Den försämrade tillgängligheten till allmänläkare tycks vara en nationell trend varför vi drar slutsatsen att detta inte beror enbart eller alls på förändringar som är genomförda i Region Skåne.

Sammantaget gör vi bedömningen att statistiskt är det svårt att påvisa effekter av omorganisationen av primärvården. Granskningens resultat tyder på att ansvariga förtroendevalda och tjänstemän inte heller anser att det finns dokumenterade och konstaterade effekter av organisationsförändringen som påverkar medborgarna utöver vad som beskrivs ovan.

3. Vilka incitament har vårdcentraler för att hålla sin budget?

Ersättningssystemets utformning beskrivs detaljerat i kapitel 3. I avsnittet 3.4 beskrivs hur ackrediterade vårdenheter hanteras ur en ekonomisk synpunkt i Region Skåne.

Enligt ett beslut antaget av regionstyrelsen i 2013¹² ska incitamentet till enheterna att förbättra det ekonomiska resultatet förstärkas. Eftersom vårdenheternas resultat hanteras på divisions- och förvaltningsnivå kan en enhet bara disponera över årets positiva resultat kommande år om hela divisionen och förvaltningen har ett positivt resultat. Enheterna kan i praktiken bara utnyttja sina ackumulerade vinster om hela divisionen och förvaltningen går med ett ekonomiskt överskott, vilket inte har skett de senaste åren. Intervjuade tjänstemän som leder de berörda vårdenheterna påtalade också att det saknas tillräckligt incitament för att hålla budgeten.

Förvaltningen Kryh införde 2015 ett incitamentsprogram för vårdenheterna. Incitamentprogrammet beskrev detaljerat förutsättningarna, bonusberäkningen och fördelningen, mm, för att personalen skulle erhålla extra ersättning om vårdenheten lyckades att uppnå sina verksamhetsmål och ett positivt ekonomiskt resultat. Programmet lades ner redan inför 2016.

Bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att ackrediterade vårdenheter inom offentlig regi inte har tillräckliga incitament för att hålla sin budget eftersom primärvårdsenheternas resultat ingår i förvaltningens totala ekonomiska resultat. Vi hänvisar till kapitel 3 där hanteringen av ekonomin beskrivs i detalj.

4. Hur hanterar regionen vårdcentraler som har stora underskott?

Regler för hur vårdenheter med underskott ska hanteras framgår av dokumentet "Tillämpning av frihetsgrader och regelverk för den offentligt drivna hälsovalsverksamheten"¹³: "Om vårdenheten, trots åtgärdsplaner, ej uppnår balans inom planerad tidsperiod, enligt åtgärdsplanen, har

¹² Beslutsförslag från vårdproduktionsberedningen daterat 2013-09-09 med titeln "Utveckling av den egendrivna hälsovalsverksamheten i Region Skåne - detaljutformad principmodell för resultathantering", beslutat av Regionstyrelsen 2013-10-10.

¹³ Beslutsförslag från vårdproduktionsberedningen till Regionstyrelsen daterat 2013-10-04, Dnr 1102221, antagen av Regionstyrelsen 2013-10-10.

förvaltningschefen möjlighet att, efter samråd med regiondirektören, föreslå sammanslagning med annan ackrediterad offentlig vårdenhet alternativt avveckling av vårdenheten." Den tidsperiod som nämns är tre år.

I praktiken tolkar nämnderna och tjänstemännen det som att förvaltningen ska signalera till ansvarig nämnd om en enhet inte lyckas nå ekonomisk balans inom tre år. Flera intervjuade tjänstemän liksom sjukvårdsnämndernas representanter sade att detta har gjorts.

Det finns flera enheter som har visat ett negativt resultat under de tre senaste åren och inte hade uppnått balans vid utgången av 2015¹⁴:

	Totalt antal vårdcentraler i egen regi	Antal vårdcentraler med negativt resultat 2013	Antal vårdcentraler med negativt resultat 2014	Antal vårdcentraler med negativt resultat 2015	Antal vårdcentraler med ackumulerad negativ balans för åren 2013-2015 ("negativt eget kapital")
Kryh	21	11	4	10	10
Sund	27	6	6	15	10
SUS	37	11	17	27	18

Granskning av sjukvårdsnämndernas protokoll visar trots detta att enbart ett sådant ärende har tagits upp. Detta resulterade i att den aktuella vård-enheten avackrediterades.

Vi har fått indikationer om att avackreditering av vårdenheter är en politiskt känslig fråga. Flera av de förtroendevalda nämnde vid intervjuerna att Region Skåne, i motsats till privata vårdgivare, har en skyldighet att erbjuda vård till medborgarna trots att det inte är ekonomiskt lönsamt.

Bedömning

Vi bedömer att enheter med ett negativt resultat inte hanteras enligt de gällande föreskrifterna. Vi gör bedömningen att Region Skåne inte har lyckats att effektivt och ändamålsenligt hantera de vårdcentraler som har stora underskott.

Våra iakttagelser i denna granskning och även i samband med tidigare genomförda granskningsprojekt tyder på att det finns ett vedertaget synsätt i Region Skåne inom hälso- och sjukvårdsområdet där de ansvariga nämnderna prioriterar uppdraget före ekonomin i balans. Uttalandet om att Region Skåne måste erbjuda vård till medborgarna trots att det inte är ekonomiskt lönsamt tolkar vi som en bekräftelse av vårt påstående. Vi gör

¹⁴ Då det är oklart vad man exakt menar med att "uppnå balans" eller vad det ingående värdet är på det "egna kapitalet" 2013 utgår vi ifrån att man syftar på de senaste årens sammanräknade resultat.

bedömningen att primärvårdens organisation och styrning inte främjar en förändring för att uppnå ett effektivt arbetssätt.

5. Vilka ersättningssystem och ersättningar finns och följs dessa?

En utförlig beskrivning av ersättningssystemets utformning och vilka ersättningar som finns redogörs för i kapitel 3.

Bedömning

Våra iakttagelser som beskrivs i kapitel 3 visar att ackrediteringsvillkoren anger ramarna för hur ersättningar beräknas och därmed är grunden till ersättningssystemet. Svaret på frågan huruvida ersättningssystemet följs är enligt vår bedömning ja, eftersom de ackrediterade enheterna får ersättning baserat på sina avtal med Region Skåne.

6. Hur sker uppföljning av att ersättningarna kontrolleras? Är kontrollerna tillräckliga i omfattning, innehåll och antal?

För att kunna ge svar på revisorernas fråga om uppföljning och kontroller av ersättningar har vi genomfört en stickprovskontroll. Stickprovskontrollen gjordes genom att både från centralt håll och från divisionernas håll begära in information om genomförda kontroller avseende ersättningarna för februari månad 2016.

För att få informationen från centralt håll kontaktade vi gemensamma servicefunktionen, där en särskild avdelning, Vårdgivarservice, arbetar med hälsovalsenheterna. Vi efterfrågade dokumentation från genomförda kontrollmoment samt rutinbeskrivningar för arbetsrutinerna med att genomföra kontrollerna.

lakttagelser baserade på svar från GSF

Ersättningarna till samtliga vårdenheter, både privata och offentliga, beräknas och kontrolleras på samma sätt. Ersättningen beräknas automatiskt av systemet baserat på i systemet inmatad information. Informationen kommer från två håll:

- från ackrediteringsvillkorens ramar (nerbrutna till matematiska beräkningar) och
- från vårdenheterna som registrerar patientbesök.

Ackrediteringsvillkorens data i sig innehåller flera komponenter för beräkningen, till exempel beräkningen av ACG och CNI (se i kapitel 3 för beskrivning av ersättningssystemet). Detta leder, enligt uttalande från GSF, till att kontroll av beräkningen kan sägas göras vid inmatning av beräkningsmodellen. Därutöver görs inga kontroller av att den automatiska beräkningen blir korrekt.

Någon kontroll av inmatning av data på vårdenheterna görs inte.

Vid större avvikelse av ersättningsbeloppen jämfört med föregående period skapas en varning och en manuell kontroll är möjlig. Vi har inte kunnat få ta del av dokumentation från faktiskt genomförda kontroller för den efterfrågade perioden.

Enligt erhållna svar utförs främst och nästan uteslutande "rimlighetskontroller" av ersättningsansvariga. Dessa rimlighetsbedömningar dokumenteras inte.

Det finns centralt framtagna rutinbeskrivningar för hur beräkningen av ersättningar sker. I rutinbeskrivningarna framgår det att vissa översiktliga kontroller kan göras men några sådana dokumenterade kontroller har vi inte fått ta del av.

lakttagelser baserade på svar från divisionerna

Enheterna är själva ansvariga för att kontrollera att ersättningsansvaret är korrekt. Enligt de svar som vi har fått gör verksamhetscheferna detta främst genom att kontrollera intäkterna mot budgeten. Även i detta fall handlar det om rimlighetsbedömningar, där avvikelser mot föregående period eller mot budget uppmärksammas. Vid större avvikelse signaleras detta till Vårdgivar-service och en fortsatt analys begärs. Vi har fått ta del av genomförda kontroller i form av en analytisk genomgång av ersättningsansvaret för februari månad på divisionsnivå. Sammanställningen var dock inte daterad eller signerad.

Det har påpekats från divisionerna att ersättningssystemet har flera komponenter som är svåra att förstå och eller svåra att få insyn i. De komponenter som särskilt nämns är täckningsgradens beräkning, CNI och ACG samt de målrelaterade ersättningarna.

Divisionerna upplever det också som ett problem att ackrediteringsvillkoren för 2016 färdigställdes först efter att budgetarna var klara. Detta medför att det finns stora differenser mot budget. Dessa stora differenser försvårar kontrollerna av andra parametrar.

Det har också påpekats från divisionernas sida att kontrollerna försvåras av att vissa rapporter inte är tillgängliga vid ersättningstidpunkten. Som exempel nämns att i Qlikview eftersläpar Hälsovalets rapporter en månad. Även den delen av ersättningen som baseras på täckningsgraden är svårt att följa upp då denna rapport eftersläpar med två månader. Information om faktisk täckningsgrad per vårdcentral för januari månad 2016 blev först tillgänglig den 20 mars.

Bedömning

Ansatsen att genomföra stickprovskontroll visar tydligt på brister i dokumenterade systematiska kontroller. De genomförda kontrollerna dokumenteras inte. Vi gör bedömningen att det finns en risk för att ersättningsansvaret blir felberäknad och att detta inte upptäcks.

Baserat på våra iakttagelser gör vi bedömningen att uppföljning av att ersättningarna kontrolleras inte sker.

7. Hur tillses att ett användbart IT-stöd finns?

En beskrivning av befintliga IT-system samt våra bedömningar därav återfinns i kapitel 3.

Rekommendationer

Den genomförda granskningen har gett upphov till följande identifierade förbättringsområden:

Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppmärksamma regionfullmäktige på behovet av en central genomlysning av området för att uppnå en effektiv politisk styrning av primärvården. I denna genomlysning bör särskilt fokus riktas mot ackrediteringsvilkorens centrala roll samt arbetet med villkorens utformning och hantering.

Särskilt fokus bör riktas mot hur man kan skapa incitament för primärvården för att hålla ekonomin i balans och åstadkomma positiva ekonomiska resultat.

Som en direkt konsekvens av utvärderingen av styrningen och därmed ersättningssystemet, bör regionstyrelsen också uppmärksamma och åtgärda de brister som påpekas angående ersättningssystemets kontroller.

Mot bakgrund av svårigheten med att få fram relevant statistik för primärvårdens verksamhet gör vi bedömningen att det finns ett behov av att säkerställa att verksamheternas resultat och dess effekter registreras på ett sätt som möjliggör framtagandet av jämförbara statistiska uppgifter på både kort och lång sikt.

För att säkerställa att verksamheten får tillräckligt IT-stöd bör förbättringar av journalhanteringssystemet genomföras. Alternativt bör ett nytt system införskaffas med fokus på användarvänlighet och långsiktighet.

Bilaga 1: Intervjuade personer

Anna-Lena Hogerud, hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande
Anders Åkesson, hälso- och sjukvårdsnämndens förste vice ordförande
Gilbert Tribo, hälso- och sjukvårdsnämndens andre vice ordförande

Ingrid Bengtsson-Rijavec, hälso- och sjukvårdsdirektör
Maria Antonsson-Anderberg, enhetschef för Enheten för uppdragsstyrning
Anders Wallner, hälso- och sjukvårdsstrateg
Håkan Ewéo, controller ekonomistyrningsstaben, vårdval och hälsoval Skåne
Ingrid Bergman, områdeschef ledning, administration
Magnus Kåregård, strateg Hälsoval
Inga-Lill Rohdin, strateg
Jan Eric Andersson, ledningsstrateg, ekonomistyrning
Lars Kristensson, förvaltningschef medicinsk service

Joakim Sandell, sjukvårdsnämnden SUS ordförande
Stefan Lamme, sjukvårdsnämnden SUS andre vice ordförande

Jan Eriksson, förvaltningschef SUS
Karin Träff Nordström, divisionschef div 5 SUS
Patrik Persson, controller SUS

Yvonne Augustin, sjukvårdsnämnden Sunds ordförande
Aina Andersson, sjukvårdsnämnden Sunds förste vice ordförande
Annette Linander, sjukvårdsnämnden Sunds andre vice ordförande
Fanny Johansson, politisk sekreterare (S)

Björn Zackrisson, förvaltningschef Sund
Sofia Ljung, divisionschef Primärvården Sund
Stefan Ringström, controller SUND

Maria Nyman-Stjärnskog, sjukvårdsnämnden Kryhs ordförande
Irene Nilsson, sjukvårdsnämnden Kryhs förste vice ordförande
Per Einarsson, sjukvårdsnämnden Kryhs andre vice ordförande

Pia Lundbom, förvaltningschef Kryh
Karin Melander, divisionschef Kryh, divisions primärvård
Anders Lundin, ekonomichef Kryh
Marcus Riedel, controller Kryh

Bilaga 2: Försämrat resultat för 2015

Under granskningen noterade vi ett kraftigt försämrat resultat 2015 för primärvården som helhet i hela Region Skåne. Som framgår nedan var det många fler enheter som hade ett negativt resultat och beloppen var också mycket större än 2014. Även om denna fråga inte var en del av vårt uppdrag menar vi att informationen och vår översiktliga analys ger en bättre förståelse för övriga delar av rapporten varför vi valde att redovisa den i denna bilaga. (Texterna är delvis tagna ur rapportens andra delar.)

Det finns flera enheter som har visat ett negativt resultat under de tre senaste åren och inte har uppnått balans vid utgången av 2015¹⁵:

	Totalt antal vårdcentraler i egen regi	Antal vårdcentraler med negativt resultat 2013	Antal vårdcentraler med negativt resultat 2014	Antal vårdcentraler med negativt resultat 2015	Antal vårdcentraler med ackumulerad negativ balans för åren 2013-2015 ("negativt eget kapital")
Kryh	21	11	4	10	10
Sund	27	6	6	15	10
SUS	37	11	17	27	18

Vad som händer om underskottet inte täcks inom den föreskrivna tidsperioden av tre år framgår inte i något styrdokument. Det anges istället i "Tillämpning av frihetsgrader och regelverk för den offentligt drivna hälsovalsverksamheten"¹⁶ att "Om vårdenheten, trots åtgärdsplaner, ej uppnår balans inom planerad tidsperiod, enligt åtgärdsplanen, har förvaltningschefen möjlighet att, efter samråd med regiondirektören, föreslå sammanslagning med annan ackrediterad offentlig vårdenhet alternativt avveckling av vårdenheten." I praktiken tolkar nämnderna och tjänstemännen det som att förvaltningen ska signalera till ansvarig nämnd om problemet. Flera intervjuade tjänstemän liksom sjukvårdsnämnderna sade att detta har gjorts.

¹⁵ Då det är oklart vad man exakt menar med att "uppnå balans" eller vad det ingående värdet är på det "egna kapitalet" 2013, tolkar vi det som att man syftar på de tre senaste årens sammanräknade resultat.

¹⁶ Beslutsförslag från vårdproduktionsberedningen till Regionstyrelsen daterat 2013-10-04, Dnr 1102221, antagen av Regionstyrelsen 2013-10-10.

Granskning av sjukvårdsnämndernas protokoll visar att ett sådant ärende har tagits upp en gång då en vårdenhet avackrediterades.

Det råder enighet bland de intervjuade tjänstemännen liksom bland de förtroendevalda att några enstaka faktorer hade stor påverkan på varför resultatet försämrades 2015.

Ledande tjänstemän påpekade vid intervjuerna att primärvårdens kraftigt försämrade ekonomiska resultat 2015 (jämfört med 2014) till stor del berodde på att beräkningen av täckningsgraden hade ändrats. Tidigare registrerades en patients besök samma dag på samma enhet hos två olika personer (till exempel hos en sjuksköterska och sedan hos en läkare) som två besök. I oktober 2015 upptäcktes detta och en omräkning gjordes för hela 2015. Detta påverkade resultatet genom att täckningsgraden och därmed ersättningarna sjönk kraftigt. Förvaltningarnas ledning menar att förutsättningarna ändrades retroaktivt på ett sätt som de inte kunde påverka. De menar också att förändringen innebar att alla vårdcentralers täckningsgrad minskade utan att nivåerna för vilken täckningsgrad som krävs för ekonomisk ersättning sänktes. Samtidigt, när nivåerna för finansiering genom täckningsgraden fastställdes, ingick de besök som reducerades i samband med omräkningen. De sade till och med att förtroendet för systemet hade tagit skada. Från centralt håll menar man att det gjordes en korrigerande av tidigare felaktigt registrerade besök.

Dessutom råder det stor brist på läkarkompetens bland specialister i allmänmedicin. Bristen på läkare leder till att det är svårt att anställa personal vilket i sin tur leder till ökade kostnader för hyrläkare.

Kostnad för hyrläkare inom primärvården per förvaltning (tkr)	Totalt antal vårdcentraler i egen regi	2013	2014	2015
Kryh	21	16 538	21 689	40 845
Sund	27	25 849	37 142	47 238
SUS	37	16 283	26 612	41 968

En genomgång av samtliga vårdcentralers kostnader för hyrläkare visar att det i vissa fall har skett en ökning liksom för förvaltningarna totalt. Det finns dock även enheter som har sänkt sina kostnader för hyrläkare.

Genomgången tyder på att antalet enheter med bemanningsproblematik har ökat liksom beloppens storlek. Vi noterar att den största ökningen gällande antalet enheter skedde mellan 2013 och 2014 och gällande beloppen mellan 2014 och 2015.

Antal enheter med kostnad för hyrläkare inom primärvården per förvaltning	Totalt antal vårdcentraler i egen regi	2013	2014	2015
Kryh	21	8	13	16
Sund	27	16	17	20
SUS	37	9	17	18

Deloitte erbjuder tjänster inom revision, skatterådgivning, business consulting och finansiell rådgivning till offentliga och privata klienter inom en mängd branscher. Med ett globalt nätverk av medlemsfirmor i mer än 150 länder, kan Deloitte erbjuda spetskompetens av världsklass och djup lokal expertis för att hjälpa klienter med de insikter de behöver för att ta itu med sina mest komplexa utmaningar. Samtliga 200 000 medarbetare i nätverket arbetar för att nå den gemensamma visionen – To be the standard of excellence.

Med Deloitte avses en eller flera av Deloitte Touche Tohmatsu Limited, en brittisk juridisk person, och dess nätverk av medlemsfirmor, som var och en är juridiskt åtskilda och oberoende enheter. För en mer detaljerad beskrivning av den legala strukturen för Deloitte Touche Tohmatsu Limited och dess medlemsfirmor, besök www.deloitte.com/about.