

Ersättningsmodell inom hälso- och sjukvården

Augusti 2017

*Dag Boman
Catharina Barkman
Mari Månsson
Göran Stenberg*

Innehåll

<u>1</u>	<u>SAMMANFATTNING</u>	<u>3</u>
<u>2</u>	<u>GRANSKNINGENS BAKGRUND, SYFTE OCH GENOMFÖRANDE</u>	<u>6</u>
2.1	BAKGRUND OCH UPPDRAG	6
2.2	REVISIONSKRITERIER	7
2.3	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	7
<u>3</u>	<u>ERSÄTTNINGSSYSTEM I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</u>	<u>8</u>
3.1	BEGREPPET ERSÄTTNINGSMODELL FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	8
3.2	LAGBUNDNA KRAV	10
3.3	REGION SKÅNES ERSÄTTNINGSMODELLER	10
3.4	ERFARENHETER OCH STUDIER AV ERSÄTTNINGSMODELLER	12
<u>4</u>	<u>REVISIONSFRÅGOR</u>	<u>14</u>
4.1	KOPPLING MELLAN ERSÄTTNING OCH UPPDRAG	14
4.2	ERSÄTTNINGSMODELLENS EFFEKTER	16
4.3	ERSÄTTNINGSMODELLENS HANDHAVANDE	24
<u>5</u>	<u>SLUTSATSER – ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA</u>	<u>30</u>
5.1	IAKTTAGELSER I SAMMANFATTNING	30
5.2	SAMLAD BEDÖMNING	31
5.3	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	31
5.4	SLUTORD	32
	<u>BILAGA – INTERVJUADE PERSONER</u>	<u>33</u>

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit åt Capire Consulting AB att göra en granskning av Region Skånes ersättningsmodell för egenproducerad sjukhusvård. Granskningen har omfattat regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh, servicenämnden samt Medicinsk service. Granskningen ska som övergripande revisionsfråga belysa och bedöma om Region Skånes ersättningsmodell är ändamålsenlig och effektiv på det sätt som förväntas och är önskvärt utifrån medborgares och patienters behov.

Genomförandet av granskningen har skett genom analys av relevanta dokument samt djupintervjuer med företrädare för berörda politiska organ och tjänstemannaorganisationen. Granskningen har genomförts under perioden februari till augusti 2017.

Resultat övergripande revisionsfrågor

Region Skåne beslutade 2012 om en betydelsefull förändring av ersättningsmodellen för akut-sjukhusen i och med att Regionen frångick tidigare DRG-baserade prestationsersättning till förmån för anslagsfinansiering. I den anslagsmodell som infördes preciserades inte längre några volymmuppdrag, utan uppdraget blev att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård med uppfyllelse av ett antal tillgänglighets- och kvalitetsmål. I anslutning härtill beslöts att samla all hälso- och sjukvård i tre förvaltningar; Skånes universitetssjukvård (SUS), Skånevård Sund och Skånevård Kryh.

Ansvarigt övergripande politiskt organ åren 2013 till 2014 var regionstyrelsen främst genom vårdproduktionsberedningen/utskottet. Från och med 2015 inrättades driftsledningsnämnder för var och en av de tre förvaltningarna. Samtidigt överfördes det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården, även för produktionsstyrningen, formellt till hälso- och sjukvårdsnämnden. Inför 2017 har reglementet ytterligare ändrats så att driftsledningsnämndernas ansvar för verksamhet, produktion och ekonomi förstärkts och förtydligats.

Innebörden av förändringarna är bland annat att ansvaret för att organisera och tilldela medel till de enskilda verksamheterna i hälso- och sjukvården i all huvudsak har överförts till de tre driftsledningsnämnderna och deras respektive förvaltning. Vår bedömning är att driftsledningsnämnderna har betydande frihetsgrader att förvalta och utveckla verksamheten inom sina områden inklusive respektive förvaltnings interna modell för ersättning och uppföljning.

Effekterna

Effekterna av anslagsstyrningen av sjukhusvården och övriga förändringar under åren 2013 till 2017 är svåra att utläsa eftersom ingen systematisk uppföljning skett gentemot uttalade ambitioner och målsättningar. Fakta är att kostnadsutvecklingen inte har stävjats och att underskotten fortfarande är omfattande trots betydande reella ekonomiska tillskott. Det har samtidigt skett en produktionsminskning mätt i produktionsmixpoäng sedan 2012. En effektivisering kan dock ha skett eftersom dagkirurgi och poliklinisering har ökat. Verksamhetsföreträdare hävdar dock att den överföring till öppna vårdformer som har skett inte är en effekt av ersättningsmodellen utan hänger samman med en kombination av medicinsk metodutveckling och kapacitets- och personalbrist, vilket tvingat fram nya och effektivare lösningar. Ambitionen om avlastning av akut-sjukhusen från primärvårdens sida verkar däremot inte ha infriats.

Samverkan inom och mellan förvaltningarna har sannolikt ökat inom flera specialiteter. Dock ger flertalet av våra uppgiftslämnare uttryck för att tidigare gränser och revir gör sig gällande. Standardiserade vårdförlopp har etablerats inom allt fler områden och arbete för att inkludera fler patientprocesser pågår. Den drivande kraften bakom detta är i första hand tydlig styrning och ledning och är inte en effekt av ersättningsmodellen. Budgetering sker fortfarande på förvaltning och verksamhetsområde, vilket i den ekonomiskt strama verkligheten snarare förstärker revirbevakning än stimulerar kvalitetsutveckling av patientprocesser med resultatfokus.

I Regionens egna utredningar har lyfts fram att det finns betydande brister i hälso- och sjukvårdens produktionsstyrning. Parallellt har kunskapsstyrningen som har evidensbaserad vård som utgångspunkt stärkts. Inom ramen för denna har det bland annat skett förbättringar av patientsäkerhetsarbetet.

Patientperspektivet har till stora delar saknats vid utvecklingen av ersättningsmodellen. Inte heller har några explicita riskanalyser gjorts avseende den ersättningsmodell som etablerades 2013.

Bedömning avseende övergripande revisionsfråga

Forskningen om hälso- och sjukvårdens ersättningssystem ger ett entydigt svar att ersättningsmodellens betydelse som styrinstrument inom vården inte ska överdrivas. Det är den samlade styrningen och ledningen av verksamheten som är avgörande för hur uppsatta mål och ambitioner uppnås. Varje potentiell ersättningsmodell har dock sina styrkor och svagheter. Till anslagsmodellens styrkor hör, enligt teorin, bland annat kostnadskontroll. Till nackdelarna hör avsaknad av incitament för att upprätthålla en hög produktion.

Det har enligt vår bedömning saknats ett tydligt politiskt ansvarstagande för att hantera ersättningsmodellens styrkor och svagheter. Det har som framkommit inte skett en systematisk uppföljning av effekterna, vilket försvårat möjligheterna att förstå utvecklingen och sätta in relevanta åtgärder. Uppkommen, i princip förutsägbar, produktionsdämpning och otillfredsställande tillgänglighet har hanterats genom att tillskjuta extra medel, inte att effektivisera resursanvändningen. Förvaltningarna har endast i begränsad omfattning omsatt det ansvar och de frihetsgrader som anslagsmodellen inneburit. Det politiska ansvaret för denna passivitet att vårda och utveckla ersättningsmodellen ligger under åren 2015 till 2016 på hälso- och sjukvårdsnämnden. Under 2017 återfinns ansvaret hos driftsledningsnämnderna. Övergripande har regionstyrelsen brustit i att se till att systemeffektiviteten inte har upprätthållits.

Det har även saknats en tydlig gemensam målbild och strategi för den skånska hälso- och sjukvårdens utveckling och satsningar på kunskapsstöd för effektivisering av patientprocesser, verksamheter och organisation. Detta har enligt vår bedömning hämmat utvecklingsarbetet inom de lokala politiska organen och de enskilda verksamheterna i hälso- och sjukvården. Under de aktuella åren har det även existerat ett betydande glapp mellan hälso- och sjukvårdsuppdraget och budgeten. Bristande samband mellan uppdrag och ekonomisk resurstilldelning har försvårat styrning och uppföljning på både förvaltnings- och verksamhetsnivå. En fungerande anslagsmodell kräver en balanserad budget samt tydliga verksamhetsunderlag och effektiviserings- och kvalitetsutvecklingskrav. Detta har inte varit fallet under de senaste åren.

Koncernledningen har under 2017 konstaterat att ersättningsmodellen och den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården inte fungerar och har igångsatt en översyn.

Resultat enskilda revisionsfrågor

1. Vilken koppling finns mellan ersättning och uppdrag?

Vår bedömning är att kopplingen mellan uppdrag och ersättning liksom mellan uppdrag och budget är otillräcklig. Dessa klyftor mellan uppdrag, budget och kostnader bidrar till att undergräva ekonomistyrningens legitimitet och effektivitet. Årliga underskott utifrån kostnadsökningar på mellan fem till sex procent medför ökad obalans mellan uppdrag och budget trots årliga budgettillskott.

2. Vilka incitament finns för effektivisering t ex genom omfördelning från slutenvård till öppenvård och kortare vårdtider

Vår bedömning är att den anslagsmodell som tillämpas för merparten av hälso- och sjukvården vid akutsjukhusen i Region Skåne inte ger tillräckliga incitament för effektivisering eller produktivetsförbättringar. Modellen kan enligt vår bedömning teoretiskt ge stöd för omfördelning från slutenvård till öppenvård, kortare vårdtider eller strukturella förändringar. Det förekommer goda ansatser i många verksamheter, men övergripande saknas inom alla sjukvårdsnämnder tydliga och sammanhållna insatser för att utveckla och optimera dessa möjligheter. Det saknas också, enligt vår bedömning, löpande registrering och uppföljning av vilken utveckling som skett avseende produktivitet och effektivitet.

3. *Främjar ersättningsmodellen vårdprocesser med patienten i centrum exempelvis de nya standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården?*

Vår bedömning är att ersättningsmodellen inte naturligt stimulerar utveckling av patientprocesser med patientens behov i centrum. Införandet av de nya standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården sker framförallt med särskilt ledningsstöd och särskilda statliga medel. I grunden är det den nuvarande styrningen på verksamheter med i huvudsak fokus på ekonomiska resultat som begränsar ett naturligt samarbete i patientprocesserna. Anslagsmodellens brist på incitament för kapacitetsuppbyggnad hämmar en framgångsrik uppbyggnad av sådana processer och/eller ställer olika patientgrupper mot varandra.

4. *Vilka styreffekter ger nuvarande ersättningssystem och är detta i harmoni med hälso- och sjukvårdens övergripande mål för både verksamhet och ekonomi?*

I granskningen framgår att det saknas en gemensam vision och strategi för styrning av hälso- och sjukvården och att nuvarande ersättningsmodell inte främjar ökad produktivitet. Vår bedömning är att det politiska ansvaret för att upprätthålla balansen mellan uppdrag, budget och kostnader är splittrat. Det finns en otydlighet vad gäller driftsledningsnämndernas roll att svara för befolkningens behov av hälso- och sjukvård med god kostnadskontroll. Nuvarande ersättningssystem (anslag) medför oklara styreffekter och harmonierar inte med övergripande målsättningar och riktlinjer. Ersättningsarnas utformning för vårdvalen har brister vad gäller totalkostnadskontroll.

5. *I vilken utsträckning följs kvalitetsbristkostnader upp, används kunskapsstyrning eller nya metoder som värdebaserad vård inom Region Skåne och vilka jämförelser görs med andra regioner och landsting?*

Vår bedömning är att det utvecklingsarbete som kan samlas under begreppet kunskapsstyrning och strategisk verksamhetsutveckling (evidensbaserad vård, standardiserade vårdprocesser, patientsäkerhetsarbete med mera) har en stor utvecklings- och effektiviseringspotential. Under de år som nuvarande ersättningsmodell har tillämpats har det emellertid saknats en tydlig idé om på vilket sätt som modellen har varit användbar för sitt syfte. Det är en brist att de ambitioner som angavs vid modellens införande om samverkan och utveckling av öppna vårdformer inte har följts upp. Det har inte skett ett arbete där nya ersättningsmodeller utvecklas och prövas. Det är även brist att det har saknats en långsiktig målbild, vision och strategi för hur den skånska hälso- och sjukvården ska utvecklas och effektiviseras.

6. *Hur följer ersättningen kostnader och motsvarar detta på ett rimligt sätt t ex vad stöd-funktioner kostar att producera? Finns det risk för överkonsumtion eller "fria nyttigheter"?*

Vår bedömning är det inom Medicinsk service finns en tydlig bild av tjänsternas kostnader och en tydlig mekanism för hur tjänsterna ska ersättas. Modellen innehåller ett tydligt kostnadsansvar för avropande förvaltningar, men dessa saknar instrument för att stävja oplanerade volymökningar. Vår bedömning är vidare att ersättningsformen för Regionservice inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Modellen i sig är inte tydlig och medverkar till bristande möjligheter till styrning och kostnadskontroll både för Regionservice och avnämarna av dess tjänster. Grunden för prissättning av många tjänster är oklar. Underlaget för uppföljning, analys och styrning är likaså bristfällig. I nuvarande modell finns risker för utnyttjande av tjänster utöver planerade volymer.

7. *Vilka effekter kan noteras för patienterna om ersättningssystemet inte fungerar som det är tänkt?*

Det har framgått i granskningen att patientsäkerhetsarbetet liksom arbetet med att stärka patientperspektivet har gått framåt under de berörda åren. Exempelvis har arbetet för att minska vårdskador förbättrats och patienternas delaktighet stärkts. Vår bedömning är emellertid att det inte är möjligt att härleda konkreta samband mellan ersättningsmodellen och den utveckling som har skett utan att det hänger samman med andra faktorer såsom vårdpersonalens egna drivkrafter, ledarskap och kunskapsstöd. Någon explicit uppföljning eller riskanalys av ersättningsmodellens effekter ur patientperspektiv har inte genomförts.

Förbättringsområden

Följande förbättringsområden har identifierats i samband med den aktuella granskningen:

- En gemensam vision, mål och strategi för styrning av hälso- och sjukvården bör tas fram där det tydliggörs vilket ansvar och roll de olika politiska organen har för att uppnå avsedda styreffekter.
- Kopplingen mellan behov, uppdrag (inklusive förväntade prestationer) och budget behöver förtydligas ner på verksamhetsnivå och bilda utgångspunkt för utvärdering av verksamheten både ur ett effektivitets- och patientperspektiv. I det påbörjade utvecklingsarbetet där styr- och ersättningsmodell ska ses över är det centralt att de styrmekanismerna för bland annat ekonomistyrning, behovs- och uppdragsstyrning, produktionsstyrning och kunskapsstyrning synkroniseras och utövas i en gemensam process.
- Oavsett ekonomisk styrmodell behöver ledning, styrning och uppföljning stärkas för att i verksamhet efter verksamhet identifiera möjligheter till förbättringar av processer, omfördelning från slutenvård till öppenvård och andra effektiviseringsåtgärder. Inom ramen för nuvarande ersättningsmodell har respektive sjukvårdsnämnd möjligheter att utforma styrinstrument som ger verksamheterna incitament att genomföra effektiviseringsarbetet.
- För en fungerande ersättningsmodell som baseras på anslag bör en bättre balans åstadkommas mellan uppdrag och ersättning på alla nivåer utifrån skattekraft, statsbidrag samt möjligt effektiviseringsutrymme.
- Uppföljning och utvärdering av ersättningsmodeller behöver göras löpande med nödvändiga justeringar. Det kan exempelvis handla om att anpassa ersättningsnivåerna inom LOV efter utbud och efterfrågan.
- Ett tydligare regioninternt regelverk bör inrättas för kvalitetsutveckling av patientprocesser som sträcker sig över nuvarande förvaltningsgränser och mellan akutsjukhusvården och primärvården och mellan olika verksamhetsområden, vilket tydliggör de medverkande aktörernas roll och ansvar för det gemensamma resultatet.
- Ersättningsformen för Regionservice bör ses över och utformas så att den ger bättre möjligheter till styrning och kostnadskontroll både för Regionservice och avnämarna av dess tjänster. Grunden för prissättning av tjänsterna bör klargöras.
- Riskanalyser bör göras ur ett brett patientperspektiv (patientsäkerhet, delaktighet, tillgänglighet med mera) av existerande och eventuellt reviderade framtida ersättningsmodell.
- Stabila stödsystem framförallt vad gäller uppföljningar och kunskapsstöd för effektivisering inom förvaltningar, verksamheter och patientprocesser liksom fortsatt utveckling av kunskap, kompetens och metoder för verksamhetsstöd bör etableras.
- Med vägledning av aktuell forskning och goda internationella och svenska erfarenheter kan en blandad ersättningsmodell som även innehåller resultat- och prestationsinriktade delar införas. Dynamisk prissättning, särskilt inom vårdval, kan prövas, följas upp och utvecklas för att underlätta kostnadskontrollen.

2 Granskningens bakgrund, syfte och genomförande

2.1 Bakgrund och uppdrag

Region Skånes sjukhusvård ersätts sedan några år tillbaka genom anslag som ersättningsmodell. I samband med en granskning av effektivitet och produktivitet som genomfördes under 2016 noterades att denna modell inte är problemfri. Ersättningsmodellen infördes till stora delar med syftet att underlätta utvecklingen av öppna vårdformer och andra strukturella förändringar vilket delvis uppnåddes men det har samtidigt framkommit synpunkter att modellen inte befrämjar produktivitet och att incitamenten för ökad effektivitet är svaga.

Revisorerna har beslutat att under 2017 genomföra en granskning av Region Skånes ersättningsmodell för egenproducerad sjukhusvård för att bedöma om denna är ändamålsenligt utformad. Vilka parametrar styr organisationen sjukhusvården med och vem styr egentligen?

Granskningen ska utifrån denna bakgrund ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Region Skånes ersättningsmodell är ändamålsenlig och effektiv på det sätt som förväntas och är önskvärt utifrån medborgares och patienters behov. Granskningen ska inledningsvis ge en översiktlig kartläggning av ersättningssystemet för egenproducerad vårds uppbyggnad.

Granskningen ska omfatta regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh, servicenämnden samt Medicinsk service.

Förutom vad som angetts ovan vill revisorerna bland annat även ha nedanstående frågeställningar belysta:

1. Vilken koppling finns mellan ersättning och uppdrag?
2. Vilka incitament finns för effektivisering t ex genom omfördelning från slutenvård till öppenvård och kortare vårdtider?
3. Främjar ersättningsmodellen vårdprocesser med patienten i centrum exempelvis de nya standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården?
4. Vilka styreffekter ger nuvarande ersättningsystem och är detta i harmoni med hälso- och sjukvårdens övergripande mål för både verksamhet och ekonomi?
5. I vilken utsträckning följs kvalitetsbristkostnader upp, används kunskapsstyrning eller nya metoder som värdebaserad vård inom Region Skåne och vilka jämförelser görs med andra regioner och landsting?
6. Hur följer ersättningen kostnader och motsvarar detta på ett rimligt sätt t ex vad stödfunktioner kostar att producera? Finns det risk för överkonsumtion eller ”fria nyttigheter”?
7. Vilka effekter kan noteras för patienterna om ersättningsystemet inte fungerar som det är tänkt?

2.2 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna utgår ofta från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Nedanstående utgör revisionskriterierna för denna granskning:

- Förvaltningslagen 7 §
- Hälso- och sjukvårdslagen 8a §
- Socialtjänstlagen 5 kap 8a § SoL
- Interna policys, regler, styrdokument, avtal och budgetar inom Region Skåne

2.3 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med företrädare för koncernledning, koncernkontor, berörda politiska organ och förvaltningar, olika enheter i hälso- och sjukvårdsorganisationen samt med nationell expertis. Sammanlagt har djupintervjuer genomförts med eller sakuppgifter inhämtats från 35 personer. En workshop har genomförts med representanter för koncernkontoret samt de berörda sjukvårdsförvaltningarna.

Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden mars till juli 2017. Rapportens beskrivande avsnitt har varit föremål för faktagranskning från såväl koncernnivå som berörda förvaltningar.

Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Catharina Barkman, specialist och kvalitetsansvarig, Mari Månsson, specialist och tillika koordinatör samt Göran Stenberg, specialist. Kontaktperson från revisorskollegiet har varit Mats Svanberg och från revisionskontoret yrkesrevisor Fredrik Ljunggren som också är projektledare för granskningen.

3 Ersättningssystem i hälso- och sjukvården

3.1 Begreppet ersättningsmodell för hälso- och sjukvård

Ersättningsmodellens övergripande syfte

Ersättningsmodellen är en del av den styrning som ska bidra till verksamheternas möjligheter att genomföra sina uppdrag med hög kvalitet inom beslutad finansiering. Utformningen av modellen har som syfte att möjliggöra för hälso- och sjukvårdens aktörer att genomföra beslutade uppdrag inom angiven ekonomisk ram och att stimulera deras beteende att ständigt förbättra patientkvaliteten och den ekonomiska effektiviteten. Modellen kan också vara kontrollerande utifrån syftet att nå de mål som angivits av regionfullmäktige.

Ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården fungerar inte isolerat från andra styrsignaler. Medarbetarnas primära uppgift och tillfredsställelse ligger oftast i strävan efter goda patientresultat och möjligheter till forskning och utveckling. Förutsättningarna att nå goda patientresultat finns i hur styrning, ersättning, ledarskap, organisation, resurser och arbetsmiljö samverkar positivt för att stödja en effektiv verksamhet. För patienten är det avgörande att frågor som kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn främjas genom sättet att styra vården.

Olika ersättningsmodeller

Ersättningsmodeller för hälso- och sjukvården i såväl Region Skåne som andra landsting eller regioner i Sverige och i andra länder diskuteras regelbundet och utformas olika från tid till annan. Anslag utifrån en budgetrutin med äskanden från verksamheterna var vanligt i landet fram till införandet av den nya kontoplanen för landsting (L-kontoplanen) i mitten av 1970-talet. Med L-kontoplanen, kom möjligheter att dela upp sjukvårdsförvaltningarnas verksamheter i huvudkostnadsställen (resultatenheter) och hjälpkostnadsställen (serviceenheter) och nya ersättningsmodeller med olika typer av ekonomiska incitament prövades med varierad framgång. Prestationer kartlades och prissattes som underlag för köp – och säljrelationer mellan service och resultatenheter. Prissatta prestationer blev också underlag för fullmäktiges styrning genom mer eller mindre prestationsbaserade ersättningsmodeller.

Inom några landsting i Sverige (bland annat Dalarna, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Sörmland, Gävleborg, Östergötland) utvecklades under 1990-talet en beställar-/utförarmodell för att tydliggöra fullmäktiges uppdrag via hälso- och sjukvårdsnämnder, förvaltningsledning och vidare till verksamheterna. Syftet var att få en tydligare ”kontraktrelation” mellan fullmäktige som befolkningsföreträdare och beställare och verksamheterna som utförare och patientföreträdare. Region Skåne hade under en kort tid runt år 2000 en beställar-/utförarmodell med fem sjukvårdsdistrikt med distriktsnämnder som beställare och sjukhusen och primärvården inom distriktet som utförare. Efter en mandatperiod lades systemet ner och olika typer av ersättnings- och styrmodeller har sedan avlöst varandra.

I litteraturen¹ hänvisas till olika typer av ersättningsmodeller. Nedan ges en kortfattad beskrivning inklusive för- och nackdelar.

- *Anslag* – Ersättningen baseras på en i förväg bestämd budget och är ”fast”. Anslag var till och med 1980-talet den dominerande ersättningsformen för sjukhusvård runt om i Sverige, men har återigen blivit allt vanligare. De flesta landstingen/regionerna har gått över från en tidigare DRG-baserad ersättning till anslag. Undantag är Västra Götaland där ersättning till sjukhusen baseras till 50 procent på DRG. Anslag baseras ofta på historiska data med en viss uppräkning för löner, teknisk utveckling och motsvarande. Anslagen kan också vara beräknade utifrån definierade uppdrag. Kombinationer mellan anslag och en mindre målrelaterad ersättning kopplad till resultatindikatorer finns också.

¹ Se exempelvis ”Ersättning i sjukvården, modeller, effekter och rekommendationer”. Peter Lindgren 2014.

Fördelar som framhålls är att anslag kan erbjuda en större flexibilitet och utrymme för innovation genom lägre grad av detaljstyrning. Om ansvaret hos en vårdgivare sträcker sig över flera vårdformer kan en anslagsmodell utgöra incitament för överföring av patienter från sjukhusvård till dagkirurgi/öppenvård inklusive behandling inom primärvården. Nackdelar som diskuteras är risken att en redan ineffektiv och kostnadskrävande organisation får resurser baserade på historiska data utan något incitament till löpande effektiviseringar. Andra utmaningar handlar om brist på incitament att ta emot patienter i tillräckligt hög utsträckning.

- *Kapitation* – Ersättnings storlek baseras på den population (antal personer) som vårdgivaren har ansvar för (fast ersättning). Kapitering används för all primärvård i Sverige, ofta kombinerad med olika justeringsfaktorer och ibland även målrelaterad ersättning. Inom Skånes vårdval avseende vårdcentraler används till exempel både ACG (adjusted clinical groups) för en beskrivning av förväntat resursbehov av primärvård utifrån de listade medborgarnas sjuklighet och CNI (care need index) som mäter förväntat vårdbehov utifrån socioekonomiska och demografiska faktorer. Andelen kapitation och rörlig ersättning varierar. Inom flera HMO (health maintenance organization) i delstater i USA har man inom primärvård arbetat med en fördelning av ersättningen med 70 procent för kapitation och 30 procent för prestationer.

Fördelar som anförs om kapitering är motsvarande som för anslag, incitament för att ta ett helhetsansvar, tillräckligt med tid för patienter med stora behov och utrymme för innovation. Nackdelar är att det inte finns incitament att ta emot fler besök eftersom kapiteringen utgår oavsett om patienten söker vård eller inte. Snarare finns det risk för att vårdproduktionen kan minska. Enbart kapitering som ersättning inom hälsoval/vårdval kan utgöra ett hinder för nya aktörer att etablera sig eftersom de oftast inte har en befintlig patientstock.

- *Ersättning per produktgrupp* – Exempel på en sådan modell är diagnosrelaterade grupper (DRG). DRG är en vägning av insatser per diagnosgrupp och vårdepisod och ersättning för denna infördes i början på 90-talet inom sjukhusvården. Detta ledde till kraftiga produktivitetssökningar. Positiva erfarenheter av DRG-ersättning handlar om fokusering på produktivitet. Samtidigt har negativa effekter iakttagits kring en alltför detaljerad och krånglig ersättningsmodell som inte ger stöd för ett helhetstänkande och medför risker för felaktiga prioriteringar, övervältring av insatser mellan verksamheter och diagnosglidningar mot mera komplexa diagnoser.
- *Åtgärdsbaserad ersättning* – Vårdgivaren får ersättning i efterhand för varje genomförd åtgärd (retrospektiv, oftast kallad rörlig ersättning eller prestationsersättning). Åtgärdsbaserad ersättning påminner om DRG-ersättning och är kopplad direkt till en ”prestation” och betalas i efterhand. Inom primärvården används ibland åtgärdsbaserad ersättning ofta kombinerad med kapitering. Åtgärdsbaserad ersättning finns i Region Skåne bland annat inom öppenvård för hudpatienter, kataraktoperationer och ögonmottagningsbesök. Ersättningsmodellen stimulerar till ökad ”produktion” och förbättrad tillgänglighet. Totalkostnaderna kan öka om inget volymtak finns. En positiv effekt kan vara lägre kostnader per producerad tjänst. Samtidigt framhålls risker att ”pinnstatistiken” blir viktigare än patientens behov och åtgärdernas effekter.
- *Målrelaterad ersättning (MRE)* – MRE som användes till och med 2015 i Region Skåne baserades på indikatorer som ska spegla kvalitet och effektivitet. Det kan handla om att vårdgivare får ett extra tillskott om vissa målnivåer har uppnåtts. Detta gäller fastställda mål av Hälso- och sjukvårdsnämnden och kan vara patientnöjdhet, tillgänglighet eller liknande. Om målrelaterad ersättning används i form av någon typ av extra bonus utgörs den ofta av en marginell del av den totala intäkten som vårdgivaren erhåller. En svårighet med MRE är möjligheten att ge bonus för god måluppfyllelse till några verksamheter samtidigt som förvaltningens eller sjukvårdens totala ekonomi går med underskott. Ekonomiskt utrymme för MRE förutsätter antingen ekonomi i balans eller att andra verksamheter med mindre lyckad måluppfyllelse får sanktioner med lägre ersättning.

- *Värdebaserade eller resultatbaserade ersättningsmodeller* – Detta är ersättningsmodeller som baseras på det värde som hälso- och sjukvården skapar för patienter och utgör ersättning för en hel patientprocess. Knä- och höftledsoperationer inom Stockholms läns landsting är ett exempel på en modell med ersättning för resultat som till delar uppfyller dessa förutsättningar. Ersättningen ges till en hel patientprocess; undersökning, diagnostik, behandling/operation, efterbehandling och rehabilitering. Goda resultat premieras och kostnaderna för icke tillfredsställande resultat i form av reoperationer belastar den vårdgivare som orsakat dessa. Resultatet av införandet av denna ersättningsmodell i Stockholms läns landsting har lett till ökad produktivitet och kvalitet men även en högre grad av innovation och intresse för samarbete med life science företag för att utveckla verksamheten. Västra Götaland prövar införandet av värdebaserade ersättningsmodeller inom tre specifika områden (obesitas, ryggkirurgi och knä och höftledsoperationer). Detta utgör en del av regionens omställningsarbete inom hälso- och sjukvården.

3.2 Lagbundna krav

Ersättningsystemets utformning och nivåer beslutas av respektive landsting/region med interna policys och riktlinjer. Det lagrum som i viss mån omgärdar ersättningssystem är framför allt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och kommunallagen.

HSL är en ramlag. Det betyder att den innehåller allmänna mål och riktlinjer. Hur lagen ska tillämpas avgörs i stor utsträckning utifrån lokala förutsättningar. Landstinget har en skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i upptagningsområdet samt akut vård till dem som tillfälligt befinner sig där. HSL fastställer bland annat att ledningen av hälso- och sjukvården både ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt att organisationen främjar kostnadseffektivitet. Ersättningsmodellens utformning är en viktig faktor för en hög kostnadseffektivitet.

Kommunallagen fastställer att all offentlig verksamhet ska utövas med en god ekonomisk hushållning. Fullmäktige ska besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning för kommunen eller landstinget. Detta betyder att den övergripande styrningen från fullmäktige och ut i linjen är av avgörande betydelse för hur ekonomisk hushållning upprätthålls. Kommuner och landsting ska varje år upprätta en budget för nästa kalenderår. Budgeten ska upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna. För verksamheten ska anges mål och riktlinjer som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning. För ekonomin ska anges finansiella mål.

Landstingen är vidare sedan 2010 skyldiga att erbjuda primärvård enligt *lagen om valfrihetssystem* (LOV).

3.3 Region Skånes ersättningsmodeller

Anslagsfinansierad verksamhet

År 2012 beslutades om en förändrad ersättningsmodell för sjukhus och psykiatri. Den sjukhusinterna ersättningsmodellen förändrades för att närma sig möjligheten att styra på effektivitet och mot resultat. Förändringen går ut på att den framräknade prestationsrelaterade finansieringen utbetalas periodiserat i förskott. Denna förändring avsåg enligt regionfullmäktige att ge en stimulans för förvaltningarna att optimera sina patientprocesser.

Ersättningsmodellen för sjukhusvård och psykiatri i Region Skåne bygger i huvudsak på fast ersättning – regionbidrag. I budget för Region Skåne 2017 utgår fullmäktige från uppdraget som anges som kärnan för styrning. Det finns en gemensam struktur för uppdragsbeskrivningen och kopplat till detta ersättningar med enhetlig konstruktion.

Förutom det årliga anslaget har framförallt Skånes Universitetssjukhus (SUS) ersättning för högspecialiserad region- och rikssjukvård samt för universitetsuppdraget med forskning och utbildning genom statliga så kallade ALF-medel. Särskilda statliga medel har tillförts olika nation-

ellt prioriterade områden som till exempel standardiserade cancerprocesser och förlossningsverksamhet. Andra satsningar har syftat till att förbättra tillgängligheten.

Ersättning för prestation

Region Skåne har infört fem vårdval inom primärvård med särskilt ersättningsystem. De omfattar vårdcentraler, barnvårdscentraler, barnmorskemottagning samt kognitiv beteendeterapi/interpersonal psykoterapi och multimodal smärtbehandling inom rehabiliteringsgarantin. Vårdvalet avseende vårdcentraler har utökats med tilläggsuppdrag inom hjärtsvikt och gynekologi. Särskilda mottagningar för unga vuxna samt äldre har införts. En satsning på att utöka hemsjukvården implementerades 2015. Det finns även ett vårdval för audionommottagning som provar ut och tillhandahåller hörapparater. Region Skåne har även infört valfrihetssystem inom specialiserad sjukvård för fyra områden inom somatisk specialistvård. Dessa är grå starr, öppen ögonsjukvård, hud och inom psykiatrisk specialistvård läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO).

Vårdvalens styr- och ersättningsmodell ska stödja utvecklingen att erbjuda rätt vård på rätt vårdnivå inom rimlig tid. Ersättningsmodeller för vårdval ska också leda till önskvärt beteende hos vårdgivarna, exempelvis när det gäller att arbeta i enlighet med nya riktlinjer och mot önskvärda mål.

Det finns olika typer av ersättningsmodeller inom Region Skånes vårdval.

- Den ena är en kapitationsersättning som är befolkningsbaserad och innebär att patientens val av vårdgivare styr vad respektive vårdgivare får i fast årlig ersättning. Ersättningens storlek bestäms utifrån hur många listade medborgare vårdgivaren ansvarar för, oavsett hur många besök som görs. Om individen byter enhet (väljer en annan vårdgivare) tar denne ersättningen med sig till den nya vårdgivaren.
- Den andra typen är rörliga ersättningar som i princip utgår för specifika åtgärder i samband med ett besök hos en vårdgivare.

Inom vårdvalet för vårdcentralerna justeras även ersättning beroende på täckningsgraden, vilket är ett mått på hur stor del av de listade patienternas besök hos öppenvården som gjorts på primärvårdsnivå.

Servicefunktionerna

Merparten av serviceverksamheter inom Region Skåne såsom laboratoriemedicin, medicinsk teknik, IT-verksamhet, Regionservice, Regionfastigheter och koncernkontoret (regionarkivet) samt bild- och funktionsmedicin tillämpar olika affärs- och prissättningsmodeller. Kostnader för serviceverksamheterna finansieras av de beställande verksamheterna genom en kombination av fast årsdebitering och månadsvis styckedebitering. Detta genomförs inom ramen för fastställd kostnadsbudget (kostnadstak).

Månadsvis styckedebitering tillämpas för de tjänsteområden där en fast årsdebitering inte är möjlig då den riskerar att snedvrider konkurrensen och där Region Skåne i övrigt förväntas verka för att uppträda konkurrensneutralt på marknaden.

Medicinsk service är i huvudsak intäktsfinansierad. Förvaltningens kunder, där de tre sjukvårdsförvaltningarna Kryh, Sund och SUS utgör de största, finansierar verksamheten som Medicinsk service levererar. Labmedicin har i huvudsak prissättning i kronor per analys samt särskilda anslag, exempelvis forskningsanslag. Ersättning per utförd tjänst utgår från en fastställd prislista per laboratorietjänst gånger antal prover som sjukvårdens verksamheter beställer. Ökade volymer medför ökade kostnader för kunderna. Under de senaste åren har en volymökning skett varje år. Kundernas möjligheter att påverka sina kostnader är att se över sina behov och beställningsrutiner. Medicinsk teknik finansieras genom abonnemang med årsbelopp för respektive kund och serviceavtal med externa leverantörer.

Regionservice finansieras genom en anslagsliknande modell utifrån beräknade volymer från tidigare års utnyttjande. Ersättningen blev fast inför budget 2015 och har sedan räknats upp de kommande åren.

Den budget som Regionservice erhåller motsvarar de delar av sjukvårdsförvaltningarnas budgetar som ska användas för att täcka kostnaderna för Regionservice tjänster. Vissa undantag existerar för vissa avdelningar inom Regionservice, till exempel Skåneteknik som fakturerar per arbetsorder och GSF (Gemensam ServiceFunktion) som har en del rörlig debitering.

Kostnader/intäkter mellan serviceförvaltningar/sjukvårdsförvaltningar regleras i budgetdialoger där parterna kommer överens om en motpartsavstämd budget. Eventuella ökade kostnader mellan åren finansieras av sjukvårdsförvaltningarna inom deras uppdragsersättning (främst uppräknings LPIK och demografimedel), och får på så vis finansieras ur samma pott som ökade kostnader för rekvisitionsläkemedel, personal och övriga omkostnader. Intervjupersoner framhåller att (citat) ”ökade kostnader gentemot serviceförvaltningarna innebär per definition mindre pengar till läkemedel, personal och annat”.

3.4 Erfarenheter och studier av ersättningsmodeller

Alla ersättningsmodeller är förknippade med positiva och negativa aspekter. Enligt en kartläggning 2014² av ersättningsmodeller i Sverige och internationellt samt en genomgång av forskningslitteraturen konstaterades bland annat att ingen av grundmodellerna är förknippade med markant bättre eller sämre kvalitet. Ersättningsmodeller utgör bara en del av ett styrsystem, vilket gör det svårare att isolera effekter enbart från ersättningsmodellerna. Vidare lyfts fram att patientselektion, det vill säga att mindre kostsamma patienter ges vård i första hand, kan vara ett problem internationellt men mindre vanligt i Sverige. En annan slutsats visar att manipulation av ersättningsystemen (till följd av vårdgivarens egen inrapportering) kan vara ett problem om inte tillräckliga kontrollsystem finns (i form av exempelvis medicinska revisioner av journaler).

I en studie i Sverige³ gjordes intervjuer med verksamhetschefer i vården runt om i landet om hur väl ersättningsprinciperna fungerar. I stort sett alla intervjuade verksamhetschefer var kritiska till befintliga ersättningsmodeller trots att alla hade olika system. Detta visar att ”ersättnings-system/modeller” som begrepp ibland får klä skott för problem som kanske bottnar i andra faktorer. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att det är verksamhetscheferna som har både medicinskt ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen och ofta också ekonomiskt ansvar inom landstingets ram för finansiering enligt Kommunallagen.

Experter framhåller i intervjuer att problemet är att många som styr med anslag, har svårt att göra större omfördelningar av resurser. Anslag genom i huvudsak årlig uppräknings kan vara en konserverande faktor. Anslag/ersättningsystem – handlar mycket om hur fördelningen ser ut på olika nivåer. Först sker en fördelning till primärvård å ena sidan och specialistvård å andra. Sen får sjukhus sina budgetmedel och därefter sker fördelningen inom sjukhusen.

Erfarenheter från andra sjukvårdsaktörer

Region Jönköpings län är ett exempel i Sverige på ett landsting/region som har satsat på att systematiskt utveckla organisationen genom att mäta resultat, fokusera på processer och använda ”förbättringsarbete” som metod för effektivisering. Regionens omfattande samarbete med framgångsrika organisationer i USA, exempelvis Intermountain i Utah, har lett till ett starkt fokus på den kraft som finns i jämförande resultat för att förbättra vården. Region Jönköpings har likartade ersättningsystem som Region Skåne för primärvården och LOV - specialistvården. Sjukhusvården i Region Jönköping ersätts i huvudsak via anslag. I öppna jämförelser för 2016 (data från 2016 och 2015) framgår att Kalmar, Östergötland och Jönköping toppar listan när det gäller övergripande indikatorer varav de flesta speglar breda vårdsystemaspekter.

I en nordisk studie har produktivitet vid akutsjukhus jämförts. Resultaten visar dels på en variation mellan svenska akutsjukhus (även inom regioner/landsting) och dels att svenska akutsjukhus generellt har en låg produktivitet jämfört med övriga nordiska länder. I utredningen ”Effektiv vård”, SOU 2016:22 presenteras en rad olika jämförelser av produktivitet och effektivitet som

² Ersättning i sjukvården. Peter Lindgren. SNS. 2014

³ Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningar och kostnadsansvar. SKL 2012. Anell mfl.

också visar på stora variationer mellan landsting och regioner vad gäller både kvalitet och kostnad. Detta ger en tydlig indikation på att det finns möjligheter till produktivitets- och effektivitetsförbättringar. Variationer inom regioner/landsting visar på att ersättningssystemen sannolikt inte har en avgörande påverkan på produktiviteten.

Capio S:t Görans Sjukhus uppvisar generellt högre kvalitet än jämförbara sjukhus i Stockholm med 10 till 15 procent lägre kostnad för landstinget och med personal som rapporterar en högre medarbetarnöjdhet. En viktig aspekt av att uppnå högre kvalitet inom Capio är att göra rätt från början med genomtänkta vårdprogram och patientprocesser.

Under en följd av år har Intermountain Healthcare (Utah, USA) fått utmärkelser för hög vårdkvalitet och låga kostnader ("low-cost and high-quality provider"). Intermountain har rankats på plats ett till tre bland sjukvårdsorganisationer i USA varje år under de senaste 10 åren. Inom Intermountain Healthcare är mätning och uppföljning av den individuella patientens vårdkostnader i olika led av definierade behandlingsprocesser en hörnsten – parallellt med den detaljerade uppföljningen av kliniska mål, åtgärder kostnader och kvalitet. De elektroniska redovisningssystemen, såväl avseende resurser som numera också kliniska data, kan användas interaktivt och gör det möjligt att kombinera data såväl för klinisk utveckling och forskning som för "affärsstrategier".

Gemensamt för framgångsrika organisationer, med avseende på kostnader och kvalitet i Sverige och utomlands, är att fokus ligger på *ständigt förbättringsarbete*. Det handlar om en stark tro på att ökad kvalitet också sänker kostnaderna. Det finns ett systematiskt kvalitetsarbete i hela organisationen som baseras på uppföljning av resultat. Engagerade och kunniga ledare är avgörande. Regelbundna uppföljningar, ofta på basis av robusta, användarvänliga och interaktiva IT-system är en annan viktig faktor. I studier av landsting/regioner i Sverige och organisationer i andra länder har konstaterats att ersättningssystemens utformande verkar spela mindre roll. Det handlar mer om en tydlig målstyrning där målen mäts och följs upp. Utveckling och lärande kombineras av ett tydligt ansvarutkrävande vid icke tillfredsställande resultat.

Grunden för att förbättra patientresultaten är kvalitetsutveckling av patientprocesser vilket stöds av en rad olika studier⁴. Kvalitetsutveckling av patientprocesser syftar till att fastställa olika typer av kvalitetsmått som medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet, patientens upplevelser, livskvalitet och ekonomisk effektivitet. Utifrån mål för dessa mått analyseras patientens väg genom hälso- och sjukvårdens olika funktioner – patientprocesser för olika sjukdomsgrupper – och möjligheter till resultatförbättringar upptäcks som kontinuerligt åtgärdas. En regelbunden uppföljning och kontinuerligt resultatförbättringsarbete krävs. Effekten blir bättre patientkvalitet med lägre kostnader. Viktigt är att ansvarstagandet för patientprocessen och samarbetet mellan berörda verksamheter är definierade.

⁴ Nästa vårdssystem – Jan-Inge Lind, Studentlitteratur

4 Revisionsfrågor

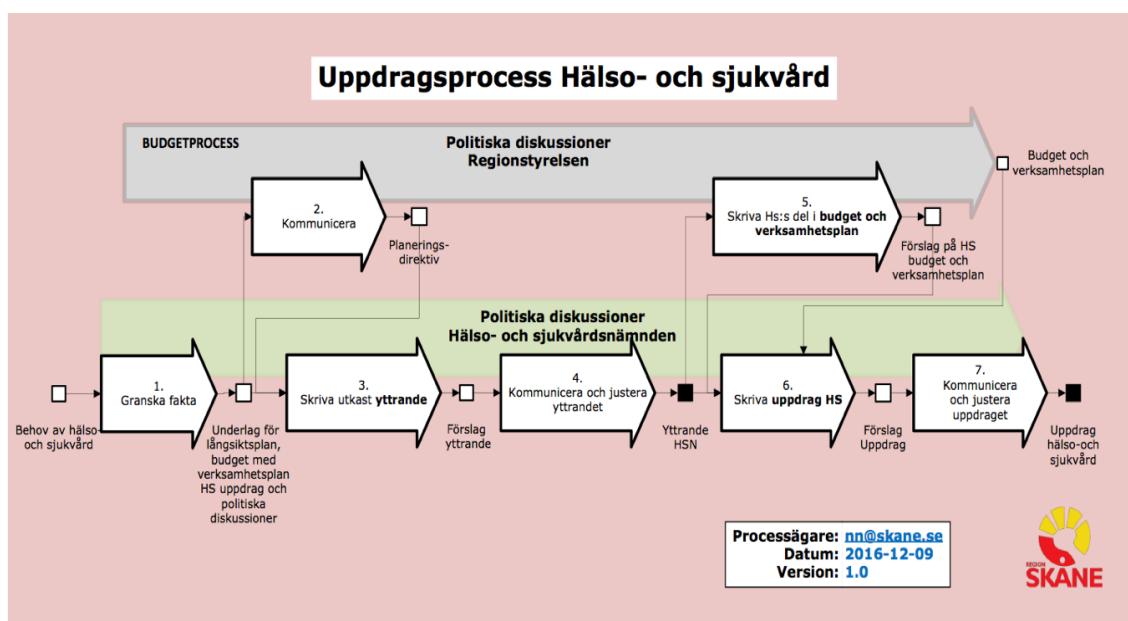
4.1 Koppling mellan ersättning och uppdrag

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser och bedömningar avseende revisionsfråga 1. ”*Vilken koppling finns mellan ersättning och uppdrag?*”

4.1.1 Iakttagelser om koppling mellan ersättning och uppdrag

Den tänkta processen

Uppdragsprocessen för hälso- och sjukvård och dess samspel med budgetprocessen sker enligt nedanstående modell (se bild).



Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård tas fram årligen och beskriver vad som ska åstadkommas under aktuellt år. Uppdragen innefattar mål och inriktning samt prioriterade områden och områden med behov av särskilda satsningar. Hälso- och sjukvårdsuppdraget är övergripande och ligger till grund för nedbrytning av uppdrag för verksamheter i egen regi, ackrediteringsvillkor Hälsoval och andra vårdval, övriga privata vårdgivare och eventuella upphandlingar.

Några av de centrala stegen i processen är framtagande av underlag för att beskriva *behoven* av hälso- och sjukvård. Underlag som används är bland annat behovsunderlag, omvärldsanalys, nationella krav och inriktningar samt uppföljningar. Resultatet ska bland annat kunna ligga till grund för politiska prioriteringar. Behovsanalysen ska sedan vara ett av underlagen för planeringsdirektivet. Analyserna inom hälso- och sjukvården kan även komma till uttryck i samband med HSN:s yttrande över planeringsdirektivet. Regionstyrelsens förslag till budget blir sedan i nästa steg utgångspunkt för att skriva hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Arbetet i budgetprocessen respektive uppdragsprocessen för hälso- och sjukvården sker inom respektive ansvarsområde för ekonomi och hälso- och sjukvård med vissa avstämningar. Dialog sker bland annat vad gäller statsbidrag för särskilda satsningar som till exempel cancersjukvård, förlossningsvård och barn- och ungdomspsykiatri.

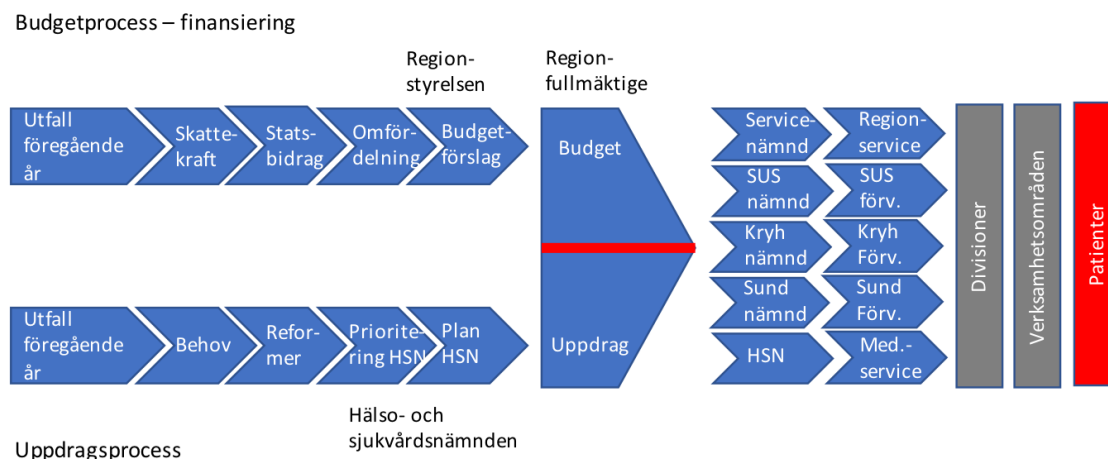
Uppdraget styr inte på produktionsdetaljer utan utifrån mål som ska nås, till exempel tillgänglighetsmål och medicinska kvalitetsmått. Uppföljning inom hälso- och sjukvården från HSN:s sida sker av målen i hälso- och sjukvårdsuppdraget. Uppföljningen utgår från övergripande mål (23 mål 2017) beskrivna i Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård. I Region Skånes Indikatorbibliotek (IB) beskrivs indikatorerna och målnivåerna mer detaljerat. Resultaten inom vissa

områden följs upp med index som beskriver ett sammanvägt värde av måloppfyllelsen för flera uppföljningsindikatorer.

Uppföljning av hälso- och sjukvård omfattar även produktion, ekonomi och resurser vilket sker gentemot regionstyrelsen och driftsledningsnämnderna.

Den verkliga processen

Budget- och uppdragsprocesserna sker enligt våra iakttagelser enligt nedanstående modell.



Trots de kopplingar som indikeras mellan budget- och uppdragsprocesserna har det framkommit i granskningen att en betydande merpart av intervjuade både på central och lokal nivå anser att den fastställda ersättningen (budgeten) har en svag koppling till uppdraget. De förarbeten som görs i form av behovsanalyser, årliga uppföljningar med mera anses ha ett svagt genomslag i arbetet med budgeten.

Fördelningen av budgeten baserades på den fördelningsnyckel som tillämpades 2011. Analysen omfattade då både de dåvarande förvaltningarnas innehåll och volymer utifrån en områdesansvarsprincip. Strukturersättning utgick därutöver för högspecialiserad vård, akutsjukvård och ett samlat skåneansvar inom vissa områden. Denna fördelning har, enligt vad som framkommit i granskningen, fortsatt tillämpats och räknats upp varje år med mindre justeringar för vård som flyttas mellan förvaltningarna. Det har framkommit bland intervjupersonerna att ett stort flertal hävdar att ersättningarna inte korresponderar med de förändringar av behov och förutsättningar som skett under de aktuella åren och att uppdrag och ersättningar inte är balanserade. Obalansen ökar varje år genom att de finansiella underskotten överförs till nästa års budget.

Det hävdas även att hälso- och sjukvårdsuppdraget och de budgeterade ersättningarna centralt har en svag och otydlig koppling. Den tillämpade modellen innebär att det i praktiken är driftsledningsnämnderna som har ansvaret för att prioritera hur de tilldelade medlen ska fördelas i uppdrag inom given ram. Bland verksamhetsansvariga beskrivs denna styrning som otydlig och otillräcklig.

En central iakttagelse är obalansen i regionfullmäktiges beslut årligen mellan uppdraget till driftsledningsnämnderna och den finansiering som ges. Budgeten innehåller effektiviseringskrav motsvarande en procent 2017 medan underskotten fortfarande är ca 740 mkr och kostnadsutvecklingen mellan fem och sex procent årligen under de senaste åren.

4.1.2 Bedömningar och slutsatser om koppling mellan ersättning och uppdrag

I granskningen har det framkommit att det finns en medvetenhet i organisationen om att kopplingarna mellan budget- och behovs-/uppdragsprocesserna är bristfällig. Insatser har även gjorts för att förtydliga dessa för att åstadkomma en starkare koppling dem emellan, men som motverkas av den politiska organisationens struktur med splittrad ansvarsfördelning.

Vår bedömning är att kopplingen mellan uppdrag och ersättning liksom mellan uppdrag och budget är otillräcklig. Dessa klyftor mellan uppdrag, budget och kostnader bidrar till att undergräva ekonomistyrningens legitimitet och effektivitet. Årliga underskott utifrån kostnadsökningar på mellan fem till sex procent medför ökad obalans mellan uppdrag och budget trots årliga budgettillskott.

4.2 Ersättningsmodellens effekter

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser och bedömningar avseende revisionsfrågorna:

- 2. Vilka incitament finns för effektivisering t ex genom omfördelning från slutenvård till öppenvård och kortare vårdtider?
- 3. Främjar ersättningsmodellen vårdprocesser med patienten i centrum exempelvis de nya standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården?
- 4. Vilka styreffekter ger nuvarande ersättningssystem och är detta i harmoni med hälso- och sjukvårdens övergripande mål för både verksamhet och ekonomi?
- 6. Hur följer ersättningen kostnader och motsvarar detta på ett rimligt sätt t ex vad stödfunktioner kostar att producera? Finns det risk för överkonsumtion eller ”fria nyttigheter”?
- 7. Vilka effekter kan noteras för patienterna om ersättningssystemet inte fungerar som det är tänkt?

4.2.1 Iakttagelser

Styreffekter – kostnader och kvalitet

Kostnader och budgethållning

Enligt Region Skånes årsredovisning hade förvaltningarna inom hälso- och sjukvården exklusive HSN en negativ budgetavvikelse år 2016 om 787,4 Mkr. Servicenämndens underskott samma år var 94,8 Mkr. År 2012, före den nuvarande organisationen bildades, hade dåvarande vårdproducenter en avvikelse från budget om knappt 540 Mkr. Under åren däremellan har betydande regionbidrag tillförts hälso- och sjukvården. Sjukvården i Region Skåne har sammantaget de senaste fyra åren redovisat ett underskott motsvarande drygt 2,2 miljarder kr trots tillskott om cirka 4,5 miljarder kr under samma period. Kostnadsökningen för perioden var sammanlagt i rörligt penningvärde cirka 7,7 miljarder kronor. Verksamheten mätt i produktionsmixpoäng har enligt redovisade data inte ökat i motsvarande grad. Dock skedde en ökning mellan åren 2015 och 2016.

Områden med anslag

Det har, enligt vad som framkommit i granskningen, inte skett någon explicit uppföljning från Region Skånes sida huruvida de antydda målsättningarna rörande strukturell samordning, poliklinisering och utökad dagkirurgi har infriats. Det har inte heller ägt rum någon kvalitetssäkrad uppföljning av hur produktionen har utvecklats sedan anslagsmodellen infördes. Däremot omfattar uppföljningen av tillgänglighet även strukturell samordning och produktionsinformation om öppenvård och slutenvård. Poliklinisering redovisas i delårs- och årsredovisningarna.

Enligt den uppföljning som sker har noterats ett *skifte från slutenvård till öppenvård* vid samtliga förvaltningar under de senaste åren. Antalet unika individer som under 2016 jämfört med 2015 behandlats i slutenvården har minskat med 0,4 procent vid Kryh, med 1,2 procent vid SUS och med 3,5 procent vid Sund samtidigt som antalet individer som fått vård i öppenvård har ökat. Antalet producerade vård dagar (periodiserade) har minskat vid Sund och Kryh men ökat vid SUS. Samtliga förvaltningar noterar en ökning av mixpoängen mellan åren 2015 och 2016.

Dagkirurgin har ökat i omfattning de senaste åren. Däremot finns inga tydliga tecken på att specialiserad vård har förts över till primärvården i någon större utsträckning. Produktiviteten har sannolikt fallit även om tendenser till förbättring finns under 2016. I intervjuer lyfts fram att överföring till dagkirurgi i huvudsak beror på brist på vårdplatser, operationskapacitet och personal. Enligt en intern utredning inom Region Skåne under våren 2017 står var femte operationssal tom. Anslagsmodellen i sig sågs inte ha påverkat utvecklingen.

Vad gäller tillgängligheten har det skett en förbättring mellan åren 2015 och 2016. Antalet väntande till besök har minskat från 22 424 i december 2015 till 20 146 i december 2016. År 2016 nåddes 84,2 procent av vård inom max 90 dagar. Väntande till operation/åtgärd minskade likaså. År 2016 erhöll 74,6 procent vård inom max 90 dagar. Samtidigt nådde Region Skåne endast två av de sex tillgänglighetsmål som formulerats.

Samordning av patienter har skett i ökad utsträckning som ett instrument att förbättra tillgängligheten. Särskilt Kryh har tagit emot ett ökat antal patienter främst från SUS. Nivåstruktureringsarbete, som tidigare drevs på strategiskt från central nivå i Region Skåne, sker nu inom olika specialiteter inom de tre förvaltningarna, men enligt vad som framkommit i varierande utsträckning.

Det förekommer också spontana överföringar av patienter mellan förvaltningarna. Det kan ske som ett resultat av dialog inom specialiteten, eller på grund av att kompetensen inom ett visst område försvinner på en förvaltning och patienter därmed hanteras där det finns specialister. Exempelvis har bristen på urologiläkare vid Kryh inneburit att patienter tagits hand om på SUS. När Trelleborg minskar öppettider på akuten åker patienterna till akuten i Malmö. Den sortens spontana överflyttningar hanteras i nuläget inte heller av befintlig ersättningsmodell. Eventuell justering hanteras i varje enskilt fall och enligt intervjupersoner på (citater) ”*ett ganska ostrukturerat sätt*”. De tre driftsledningsnämnderna kan ha olika intresse i att överföra patienter mellan sig. Mottagande nämnd vill att ersättningen för aktuella patienter medföljer medan avlämnande nämnd vill ha kvar ersättningen då verksamheten redan bygger på tilldelad budget.

Flera intervjuade framför även som ett bekymmer att anslagsmodellen *förskjuter ansvaret för prioritering* till vårdens första linje eftersom det inte politiskt fastställs några volymuppsdrag, fast det rätteligen borde föras en diskussion om detta på politisk nivå.

En teoretisk fördel med anslagsmodell kan vara att det ökar utrymmet för *innovation*. I intervjuer har det dock framkommit att så inte är fallet. Flera har i stället uttryckt att anslagsmodellen till viss del konserverar kostnader som bygger på historiska data vilket kan vara problematiskt. Detta anses av många intervjuade, framförallt på verksamhetsnivå, bidra till revirskapande mellan verksamheter.

Patientsäkerhetsarbetet har förbättrats överlag. På SUS har exempelvis förekomsten (prevalensen) av trycksår minskat år 2016 jämfört med 2015. Under 2016 genomfördes två sjukhusövergripande punktprevalensmätningar (PPM). Andelen patienter som utvecklade trycksår kategori 2 – 4 under vårdtiden var 3,7 procent vid båda PPM, jämfört med 6,1 procent 2015. Anledningen, menar intervjuade beror på att patientsäkerhetsarbetet varit i fokus, inte på ersättningsmodellen i sig.

Bland många intervjuade ses det som ett bekymmer att anslagsmodellen, till skillnad från den prestationsbaserade modellen, medverkat till en sämre registrering av åtgärder och diagnoser. Det minskar möjligheterna att följa upp sjukvården. Det medför även att beräkningsgrunden för fördelning av ersättningen har försämrats ytterligare.

Områden med valfrihetssystem

Ersättningen till de områden som omfattas av lagen om vårdvalssystem (LOV) baseras på prestationer. Den faktiska volymen och kostnaderna kommer därför att samvariera. Avtalen saknar produktionsstak, vilket är en effekt av lagens utformning. Enligt vad som framkommit finns det inom koncernledningen uppfattningen att områdena med vårdval bidrar till en oproportionellt stor kostnadsökning. Insatser har gjorts i form av medicinsk revision för att undersöka om det existerar någon form av indikationsglidning, vilket inte har varit fallet.

Diskussioner förs, enligt vad som framkommit, om huruvida de ersättningar som fastställts i auktorisationsvillkoren är adekvata.

Enligt uppföljning av *LOV för specialistvården*⁵ finns flera betydande budgetavvikelser med bland annat (citater) ”*fortsatt mycket höga kostnader för verksamhet som har upphandlats i enlighet med Lagen om Valfrihetssystem (LOV)*”. Samtidigt har det skett en produktionsökning inom

⁵ Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse 2016

LOV-områdena. Vårdvalen för hud- respektive ögonsjukvård visar på en fortsatt hög produktionsutveckling för besök både till läkare och övriga vårdgivarkategorier. Inom ögonvårdvalet har tillgängligheten till injektioner i glaskroppen (gula fläcken) ökat markant. Även åtgärdsbaserade besök inom hudvårdvalet har ökat. Antalet unika patienter som fick vård inom vårdvalet för Ögon 2016 ökade med 12 procent och uppgick till knappt 112 000 individer. Inom Hud var ökningen 11 procent och berörde knappt 80 000 individer. Antalet kataraktoperationer inom vårdvalet Grå Starr har under många år visat på en ökning men ligger nu stabilt på knappt 20 000 operationer per år. I intervjuer framkommer att vårdvalen har "blivit dyra" men har bidragit till ökad tillgänglighet. Utan tak eller justering av avgiftsnivåerna är det naturligt att kostnaderna följer prestationsökningen.

I en studie av *primärvården* efter införandet av *hälsovalet*⁶ framkommer bland annat att nettokostnaden för primärvård per invånare varit högre i Region Skåne jämfört med andra landsting i genomsnitt. Under de två senaste åren har dock Skåne lägre nettokostnad per invånare än riksgenomsnittet. Antal registrerade besök hos läkare i primärvården per invånare i regionen är i stort sett oförändrat sedan 2009 fram till år 2016⁷ samtidigt som antalet besök per invånare hos annan personal än läkare har ökat påtagligt senare år i Region Skåne. Andelen invånare med stort förtroende för vården vid vårdcentraler ökade i samband med införande av hälsovalet men efter 2013 finns en vikande trend.

I en utvärdering⁸ av hälso- och vårdvalet i Region Skåne presenterades positiva effekter i form av en förbättrad tillgänglighet och en ökad mångfald (fler aktörer). Den samlade kapaciteten var i stort sett oförändrad vilket indikerade en produktivitetsökning.

Serviceverksamheterna

Medicinsk service är i huvudsak intäktsfinansierad och har en finansieringsmodell som tydliggör "kundernas ekonomiska ansvar" med olika ersättningsformer för laboratoriemedicin, medicinsk teknik och IT. Medicinsk service hade år 2016 en ekonomi i balans. Resultatet för Labmedicin är positivt med +5,9 Mkr och negativt för IT/MT med -15,7 Mkr. Enligt verksamhetsberättelsen för 2016 har både Labmedicin som IT/MT under år 2016 haft produktionsökningar mellan tre och fem procent. De förvaltningar som utnyttjar tjänster från Medicinsk service kan själva påverka sina kostnader genom att de styr över vilken volym prover eller andra insatser som efterfrågas. Enligt intervjupersoner vid dessa förvaltningar är detta svårt att styra i praktiken. Insatser från Medicinsk service för att hantera denna problematik är bland annat inrättande av "labombud" och verksamhetskontakter på olika organisatoriska nivåer för att effektivisera beställningarna av laboratorieanalyser och begränsa kostnaderna. Inom medicinsk-, bild- och laboratorieteknik följer flera delar Region Skånes styr- och förvaltningsmodell för att effektivisera olika IT-stöd och dess resursåtgång samt med arbetsgrupper för olika typer av medicinteknisk utrustning som till exempel andningshjälpmiddel och infusionspumpar.

Det framkommer synpunkter från intervjupersoner att prislister inom Labmedicin inte ger utrymme för marginalersättning där kostnaderna för producerad analys rimligen borde sjunka i takt med ökat antal analyser.

Regionservice finansieras genom en anslagsliknande modell som utgår till respektive "kundförvaltning" som i sin tur betalar ersättning till Regionservice. Om ramen för respektive kund överskrids till exempel genom att större volymer beställs, får Regionservice bära kostnaden. Under 2016 använde Regionservice följande prismodeller; hyresmodellen inklusive varmhya, fast ersättningsmodell för servicetjänster samt fast- och delvis rörlig ersättningsmodell för administrativa- och verksamhetstekniska tjänster. Resultatet för år 2016 uppgår till -22,7 Mkr vilket är 94,5 Mkr lägre än budgeterat. I uppföljningen av den interna kontrollen för servicenämnden år 2016⁹ framkommer att flera områden bedöms ha hög risk. Det gäller bland annat "*en effektiv verksamhet*

⁶ Översyn av primärvården efter införandet av hälsoval. 2016:4. Anders Anell

⁷ Enligt Anell 2016:4 och statistik från Kolada. SKL

⁸ Utvärdering av hälsoval i primärvården respektive vårdval i specialistvården i Region Skåne. Anders Anell 2015.

⁹ Verksamhetsberättelse Servicenämnden 2016.

med hög kvalitet, verksamhet & resultat i fokus, långsiktigt stark ekonomi och uppföljning av fastställd budget/plan” vilka alla har en koppling till ersättningsmodellen.

I en tidigare granskning av stödfunktionerna¹⁰ konstaterades att nuvarande finansieringsmodell fått till effekt att tjänsterna till del kommit att uppfattas som fria nyttigheter av kunderna i sjukvården. Detta lyfts även fram i intervjuer i denna granskning. Tjänsterna från Regionservice uppfattas (citater) ”till viss del i organisationen som fria nyttigheter” vilket skapar en inlåsnings effekt. Samtidigt uttrycker flera att det är svårt att få grepp om kostnaderna från Regionservice och att man inte kan påverka köpen. (Citater) ”När vi tidigare hade dessa tjänster inom sjukhusförvaltningarna hade man oerhörd koll på styckepris, uppföljning men nu har man tappat allt och nu kan man varken styra eller ha koll på dessa kostnader vilket leder till stor frustration som smittat av sig på resultatet.”

Incitament för effektivisering

Allmänt

Anslagsmodellen infördes i Region Skåne i syfte att gynna ett strukturellt effektiviseringsarbete. Verksamheterna ska exempelvis kunna öka användandet av dagkirurgi eller överföra vård från slutna till öppna vårdform utan att drabbas av sänkt ersättning. I den modell som Region Skåne tillämpar specificeras inga volymer. Volymer kan därför omfördelas mellan olika verksamheter beroende på behov. Inga styrmässiga hinder finns heller för att samordna resurserna inom en och samma förvaltning. Snarare förväntas den anslagsbaserade ersättningsmodellen ge verksamheten starka incitament att organisera och effektivisera sin verksamhet inom givna kostnadsramar. Modellen ger även förvaltningar och driftsledningsnämnder stora frihetsgrader och utrymme för innovationer.

Införandet av anslag som huvudprincip för ersättning av akutsjukhusens och psykiatriens verksamhet i Region Skåne har dock inte åtföljts av någon specifik uppföljning av huruvida de formulerade ambitionerna har infriats.

Koncernledningen har låtit göra en översyn av hälso- och sjukvårdsstyrningen¹¹. I översynen sammanfattas bland annat följande: (citater) ”Det finns ingen tydlig koppling mellan förvaltningarnas uppdrag och budget. Det är en tolkningsfråga vad som ingår, vilket urholkar uppdragets betydelse. Detta leder till svaga ekonomiska incitament för produktivitet och effektivisering och svaga incitament för de lokala driftsledningarna att prioritera och begränsa lokala satsningar.” I rapporten konstateras även att de lokala driftsledningsnämnderna, med nuvarande modell för anslagsfinansiering, saknar incitament att prioritera, begränsa lokala satsningar och bidra till strukturell effektivisering på regional nivå.

Drivkrafter för utveckling och effektivisering

Som tidigare har noterats kan flera trender noteras i den skånska hälso- och sjukvården under de senaste åren. Vissa trender är positiva och indikerar utveckling mot högre effektivitet (till exempel ökad dagkirurgi och effektivare arbete för att förhindra vårdskador). Andra är negativa (exempelvis fallande produktivitet och ökande kostnader). Till bilden hör även att det under den fyra – femårsperiod som dagens ersättningsmodell har tillämpats har skett en fortsatt kraftig medicinsk och medicinteknisk utveckling med ständigt förbättrade behandlingsmetoder och mer avancerad apparatur.

Samtliga intervjupersoner inklusive den nationella expertisen som har intervjuats tonar ned betydelsen av ersättningsmodellen som huvudförklaring till den utveckling som har skett – både det positiva och det negativa. Den generella bilden bland intervjupersonerna är att dagens ersättningsmodell inte fungerar. Ersättningssystemet betraktas snarast som ett hinder, (citater) ”Vi måste få en inriktning mot resultat och att producera värde för patienten. Det handlar om tillgänglighet och omvårdnads kvalitet”. Kritiken omfattar både anslagsmodellen och de delar av verksamheten som

¹⁰ Effektivitet och produktivitet inom stödfunktioner. Granskningsrapport 2016.

¹¹ Översyn av Hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne, Region Skåne 2017

omfattas av lagen av valfrihetssystem. I det senare fallet är det främst volym- och kostnadsutveckling som betraktas som okontrollerbar.

Intervjupersoner på verksamhetsnivå menar att utvecklingen drivs av andra skäl än ekonomiska, framförallt av vårdprofessionens intresse av vårdutveckling och särskilt fokus på vissa områden från ledningen såsom vårdrelaterade infektioner och vårdskador. Flera intervjuade menar att problemet bottnar i att det saknas en tydlighet vad Region Skåne vill ha för pengarna exempelvis att volymangivelser saknas och att kvalitetsmålen ligger på en för övergripande nivå. Problemet med låg tillgänglighet ses endast delvis som en resursfråga utan påverkas av personalbrist och dålig samordning inom organisationen, bland annat vad gäller operationskapacitet. Anslagsmodellen betraktas av flertalet intervjuade som rent kontraproduktiv när det gäller tillgängligheten. Citat: *”Verksamheten styrs inte av att producera mer”. ”Det bästa ur budgethänseende är att jag inte gör någonting alls och inte har några patienter”.*

Även om anslagsmodellen teoretiskt ger både utrymme och incitament för effektivisering, menar flera av de intervjuade att denna utveckling sker inom respektive verksamhet, men inte ur ett helhetsperspektiv (citater) *”Det sker ingen beaktan av hur det påverkar helheten”.* Många menar att modellen skulle kunna gynna en positiv utveckling exempelvis inom e-hälsa, men att verksamheterna är för mycket fast i det gamla.

Flera intervjuade menar också att den utveckling mot vad som antas vara högre effektivitet, exempelvis ökad dagkirurgi och kortare medelvårdtider, inte alls har med ersättningsmodell och styrning att göra utan att det är en nödvändig utveckling som uppstått på grund av bristande operationskapacitet, brist på vårdplatser samt personalbrist. Från intervjupersonerna har framkommit att den berörda verksamheten i dag har avsevärt högre produktion idag jämfört med 2013/2014, men endast 85 procent av de resurser som disponerades för tre till fyra år sedan. (Citat). *”Det är inte budgetmodellen som driver förbättringar. Snarare är det bristen på operationskapacitet som hjälper oss framåt. Vi måste ha en långt driven produktionsplanering.”*

Bland de personer på verksamhetsnivå som intervjuats hävdas att de inte märker av de frihetsgrader som skulle följa med anslagsmodellen. Verksamhetscheferna upplever att de har ett ytterst begränsat beslutsmandat. Bland annat kan de inte styra över sina egna vårdplatser och bemaningsplaneringen av dessa.

Verksamhetscheferna som intervjuats anser vidare att de har haft små framgångar att föra över patienter till primärvården. Det har, enligt dessa intervjupersoner, saknats intresse och kapacitet vid vårdcentralerna. Från primärvårdens sida ses ackrediteringsvillkoren som ett hinder för denna utveckling. Den ersättning som följer med ökad täckningsgrad (citater) *”räcker inte för att finansiera en ”flytt” av besök”.* Från 2014 och framåt har olika speciallösningar för gynekologi, öron och hjärtsvikt lagts till i Hälsovalets ackrediteringar med ökad finansiering men, (citater) *”också med en mycket större detaljeringsgrad i styrningen, dvs man måste jobba exakt enligt ackrediteringsvillkoren för att få den högre ersättningen. Det innebär i sin tur att det inte är så många vårdcentraler som öppnat specialistmottagningar”.*

Intervjupersoner vid SUS beskriver ett aktivt arbetat för en ökad integrering och vid behov flytt av verksamheter. Det uppges ha lyckats inom vissa områden, främst koppling primärvård/akutmottagningar men i övrigt snubblat på såväl kulturella hinder som hinder kopplade till ersättningssystem. Vårdcentralerna uppges ha ett mycket större incitament till lösningar än vad sjukhusen har. Samtidigt efterlyses ett bättre informationsutbyte via gemensam journal och digitala lösningar. Där uppges det saknas incitament för införande såväl inom sjukhusen som i primärvården, eftersom 1177 e-tjänster inte ingår i täckningsgraden, vilket vanliga telefonsamtal gör.

Från *Medicinsk service* framgår att förvaltningen ser en stark fördel för den ersättningsmodell som tillämpas för deras vidkommande. Citat: *”vi får betalt för det vi producerar”.*

Regionservice finansieras såsom framgått genom en anslagsliknande modell utifrån beräknade volymer från tidigare års utnyttjande. Enligt berörda intervjupersoner har tjänsterna som till exempel lokalvård, kost och transporter till viss del kommit att uppfattas som fria nyttigheter av

kunderna. Ersättningen från sjukhusen till de olika servicefunktionerna har redan i början av året fakturerats i en årsfaktura vilket sjukhusens företrädare anser inte ger god insyn i vilken service och nivå det handlar om. Modellen stimulerar inte heller, enligt intervjupersonerna till en god effektivitet på systemnivå. Den skapar dock ett högt kostnadstryck på Regionservice som saknar tillförlitliga data som underlag för en konstruktiv dialog med sjukvårdens företrädare om vilka tjänster och volymer som ska levereras. Denna bild har även bekräftats i tidigare genomförda granskningar.¹²

Standardiserade patientprocesser

Direktiv rörande standardiserade vårdförlopp

Enligt Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2017 ska arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) fortsätta. De ska införas för ytterligare tio diagnosområden enligt nationell plan. Samtidigt ska arbete med att införa liknande vårdförlopp för andra områden än cancer inledas.

I hälso- och sjukvårdsuppdraget betonar HSN att det behövs ett stärkt fokus på förbättringsarbete till exempel avseende rutiner för en säker och effektiv remisshantering. Utveckling av effektiv uppföljning anges som centralt. Även vårdcentralernas roll i arbetet med standardiserade vårdförlopp betonas.

Av betydelse är överenskommelsen 2015 – 2018 om kortare väntetider i cancervården mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. Enligt denna tillförs landstingen 407 Mkr i statliga stimulansmedel. Enligt regionala cancercentrum i samverkan¹³ är det sedan september 2016 ca 1 000 cancerpatienter per månad som omfattas av SVF. Totalt är det till och med maj 2017 5 200 patienter har gått igenom standardiserade vårdprocesser i Skåne. Ledtiderna i cancerprocesserna uppges i vissa fall ha halverats.

Arbete i förvaltningarna

Enligt vad som framkommer arbetar samtliga förvaltningar med SVF (standardiserade vårdförlopp). Även Medicinsk service är inkopplad som en central part i arbetet vad avser provanalys.

Sjukvårdsnämnd Kryh liksom *Sjukvårdsnämnd Sund* fastslår i verksamhetsplanen för år 2017 att arbetet med SVF enligt den nationella planen ska fortsätta. Bland annat ska alla cancerpatienter erbjudas en kontaktsjuksköterska och vården ska samordnas av cancerkoordinatorer. Arbetet med SVF uttrycks vara ett led i arbetet med att öka patienternas delaktighet och utveckling av den personcentrerade vården.

Sjukvårdsnämnd Sund har fastställt att implementeringen ska vara genomförd under 2017 avseende aktuella vårdförlopp utöver cancerområdet. Förvaltningen ska även fortsätta utveckling av följande vårdförlopp: höftledsfraktur, höft- och knäledsprotos samt diabetes typ 2 i primärvården.

Sjukvårdsnämnd SUS framhåller i verksamhetsplanen för år 2017 att standardiserade vårdförlopp införts inom sammanlagt 18 cancerområden under åren 2015 – 16. Arbetet betecknas på ett flertal områden ha varit framgångsrikt. Utmaningar uppges emellertid finnas då det gäller vårdkapacitet, tillgänglighet till diagnostiska metoder samt kring risken för undanträngningseffekter inom andra diagnostiska områden. Under 2017 kommer ytterligare tio standardiserade vårdförlopp att startas. Särskilt fokus kommer att riktas mot cancerrehabilitering. Samtidigt fortsätter arbetet med regional nivåstrukturering för flera cancerområden inom kirurgi, gynekologi och urologi.

Standardiserade vårdförlopp och ersättningsmodellen

Bland intervjupersoner framkommer olika åsikter huruvida ersättningsmodellen är gynnsam för utveckling av SVF eller inte. Många menar dock att arbetet rimligen bör ha gynnats av anslagsmodellen, som inte skapar tryck på att maximera antalet prestationer. Det pekas även på att en stor del av förloppet sker utanför sjukhusen, inte minst på vårdcentralerna.

Det lyfts vidare fram att cancersatsningarna går ett eget spår och påverkas av statliga extrapengar och de medel som tillskjutits som tillgänglighetssatsningar i Region Skåne. (Citat) ”Där man i

¹² Se bland annat ”Effektivitet och produktivitet inom stödfunktioner”, Revisionsrapport nr 11, 2016

¹³ <http://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/resultat-och-statistik/>

övrigt upplevt begränsningar att tillsätta tjänster så kan man ändå ta in tjänster inom cancervården”. Effekten är, menar vissa intervjuade, att satsningen har trängt undan annan verksamhet. Bland annat rör detta operationskapaciteten som inte räcker till för annan verksamhet, som exempelvis godartade (benigna) tumörsjukdomar. Det pekas även på att SVF driver på kostnaderna genom ökad diagnostik både vad gäller laboriemedicin och bild- och funktionsmedicin. SUS har noterat att SVF i det korta perspektivet innebär ökade kostnader även utöver ökad provtagning som inte täcks av statlig finansiering.

Från intervjupersoner som arbetar konkret med SVF hävdas att (citater) ”Ersättningsmodellen främjar ett utvecklingsarbete som SVF”. De standardiserade förloppen, hävdas det, medverkar till en billigare, mer effektiv och mer patientcentrerad vård. Ersättningsmodellen fungerar samtidigt som ett hinder. Inom de områden där det finns underkapacitet eller behoven av insatser förändras på grund av nya vårdprogram får ersättningsmodellen till effekt att befintlig produktion cementeras och att det saknas incitament att öka kapaciteten.

Ersättningsmodell och patientperspektiv

Många respondenter pekar på att den tidigare prestationsmodellen gynnade en god tillgänglighet som möjligen kan gå ut över kvaliteten. Anslagsmodellen har motsatt teoretisk logik. Vårdkvaliteten kan gynnas medan tillgängligheten blir lidande.

Av genomförda intervjuer framgår att det är komplext att härleda direkta effekter för patienten av ersättningsmodellen annat än vad gäller tillgängligheten. Det påpekas samtidigt att bristande tillgänglighet bör ses som en allvarlig patientsäkerhetsfråga, (citater) ”vi vet inte vilka vårdbehov de köande har”.

Flera intervjuade pekar på att patientsäkerhetsarbetet liksom arbetet med att stärka patientperspektivet har gått framåt under de berörda åren. Arbetet för att minska vårdskador har utvecklats. Delaktigheten har stärkts och processerna har förbättrats utifrån patienternas förutsättningar, inte minst vad gäller utvecklingen av standardiserade vårdförlopp. Intervjupersonerna menar dock att de inte kan härleda konkreta samband mellan ersättningsmodellen och den utveckling som har skett utan att det hänger med andra faktorer såsom vårdpersonalen egna drivkrafter, ledarskap och kunskapsstöd.

4.2.2 Bedömningar och slutsatser

Incitament för effektivisering

Anslagsmodellen infördes i Region Skåne i syfte att gynna ett strukturellt effektiviseringsarbete. Verksamheterna kan exempelvis, utan att drabbas av sänkt ersättning, öka användandet av dagkirurgi eller överföra vård från slutna till öppna vårdformer. I den modell som Region Skåne tillämpar specificeras inga volymer. Volymer kan därför omfördelas mellan olika verksamheter beroende på behov. Inga styrmässiga hinder finns heller för att samordna resurserna inom en och samma förvaltning. Modellen ger även förvaltningar och driftsledningsnämnder stora frihetsgrader och utrymme för innovationer.

Regionen har emellertid inte löpande följt upp huruvida de formulerade ambitionerna har infriats. Den överföring av vård från slutna till öppna vårdformer som har skett har, enligt vad som framkommit, i huvudsak varit resultat av brist på vårdplatser och/eller brist på personal. Utöver specificerade ”köpengar” för att minska vårdtider saknas idag incitament i nuvarande ersättningsmodell att korta vårdtiderna. Endast två av regionens sex tillgänglighetsmål uppnåddes under 2016.

Vår bedömning är att den anslagsmodell som tillämpas för merparten av hälso- och sjukvården vid akutsjukhusen i Region Skåne inte ger tillräckliga incitament för effektivisering eller produktivetsförbättringar. Modellen kan enligt vår bedömning teoretiskt ge stöd för omfördelning från slutenvård till öppenvård, kortare vårdtider eller strukturella förändringar. Det förekommer goda ansatser i många verksamheter, men övergripande saknas inom alla sjukvårdsnämnder tydliga och sammanhållna insatser för att utveckla och optimera dessa möjligheter. Det saknas enligt vår bedömning löpande registrering och uppföljning av vilken utveckling som skett avseende produktivitet och effektivitet.

Vårdprocesser med patienten i centrum

Enligt vad som framkommit möter införande av patientprocesser inga negativa incitament från ersättningsmodellen så länge processen återfinns inom en och samma resultatansvarig förvaltning. Däremot har det varit svårare att etablera sådana processer som sträcker sig utöver administrativa gränser inom och mellan sjukvårdsförvaltningarna. Etablering av standardiserade vårdprocesser beskrivs som positiva ur ett patientperspektiv och anges generera goda resultat. Sådana processer beskrivs samtidigt som kostnadsdrivande. Hämmande faktorer kan vara att ersättningsmodellen ger otillräckliga incitament för produktionsutökning och kapacitetsuppbyggnad.

Vår bedömning är att ersättningsmodellen inte naturligt stimulerar utveckling av patientprocesser med patientens behov i centrum. Införandet av de nya standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården sker framförallt med särskilt ledningsstöd och särskilda statliga medel. I grunden är det den nuvarande styrningen på verksamheter med i huvudsak fokus på ekonomiska resultat som begränsar ett naturligt samarbete i patientprocesserna. Anslagsmodellens brist på incitament för kapacitetsuppbyggnad hämmar en framgångsrik uppbyggnad av sådana processer och/eller ställer olika patientgrupper mot varandra.

Styreffekter

Av granskningen har framgått att den samlade styrningen, vari den ekonomiska styrmodellen utgör en del, har haft svårt att uppnå flera av de målsättningar som regionfullmäktige har satt upp. En av de positiva egenskaper som brukar tillskrivas anslagsstyrning nämligen kostnadskontroll har inte uppnåtts. En ogynnsam kostnadsutveckling uppvisas även inom flertalet av de områden som omfattas av fritt vårdval samtidigt som en ökad produktion och tillgänglighet har uppnåtts. Det är oklart hur ersättningsmodellerna bidragit inom andra områden såsom tillgänglighet, kvalitetsutveckling och förbättrad struktur.

Utifrån gällande regelverk såsom hälso- och sjukvårdslagen och kommunallagen ställs höga krav på att hälso- och sjukvårdsorganisationen ska vara effektiv. Verksamheten ska vara ekonomiskt balanserad, tillgodose hög patientsäkerhet, vara av god kvalitet samt bedrivs kostnadseffektivt. Ersättningsmodellen och beslutade ersättningsnivåer är en viktig del av styrningen.

I granskningen framgår att det saknas en gemensam vision och strategi för styrning av hälso- och sjukvården och att nuvarande ersättningsmodell inte främjar ökad produktivitet. *Vår bedömning* är att det politiska ansvaret för att upprätthålla balansen mellan uppdrag, budget och kostnader är splittrat. Det finns en otydlighet vad gäller driftsledningsnämndernas roll att svara för befolkningens behov av hälso- och sjukvård med god kostnadskontroll. Nuvarande ersättningssystem (anslag) medför oklara styreffekter och harmonierar inte med övergripande målsättningar och riktlinjer. Ersättningsarnas utformning vad gäller vårdvalen har brister vad gäller totalkostnadskontroll.

Stödfunktioner

Förvaltningarna upplever svårigheter att påverka kostnader för tjänster från Regionens service och Medicinsk service. Båda verksamheterna har, trots olika typer av prissättning, en fastlagd budgetram varje år vilket avser att begränsa risken för ett överutnyttjande av fria nyttigheter.

Vår bedömning är att det inom *Medicinsk service* finns en tydlig bild av tjänsternas kostnader och en tydlig mekanism för hur tjänsterna ska ersättas. Modellen innehåller ett tydligt kostnadsansvar för avropande förvaltningar, men dessa saknar instrument för att stävja oplanerade volymökningar. *Vår bedömning* är vidare att ersättningsformen för *Regionens service* inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Modellen i sig är inte tydlig och medverkar till bristande möjligheter till styrning och kostnadskontroll både för Regionens service och avnämarna av dess tjänster. Grunden för prissättning av många tjänster är oklar. Underlaget för uppföljning, analys och styrning är likaså bristfällig. I nuvarande modell finns risker för utnyttjande av tjänster utöver planerade volymer.

Patienten

Det har framgått i granskningen att patientsäkerhetsarbetet liksom arbetet med att stärka patientperspektivet har gått framåt under de berörda åren. Exempelvis har arbetet för att förhindra vårdskador förbättrats och patienternas delaktighet stärkts. *Vår bedömning* är att det inte är möjligt att härleda konkreta samband mellan ersättningsmodellen och den utveckling som har skett utan att det hänger på andra faktorer såsom vårdpersonalens egna drivkrafter, ledarskap och kunskaps-

stöd. Någon explicit uppföljning eller riskanalys av ersättningsmodellens effekter ur patientperspektiv har inte genomförts.

4.3 Ersättningsmodellens handhavande

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser och bedömningar avseende revisionsfråga 5. ”I vilken utsträckning följs kvalitetsbristkostnader upp, används kunskapsstyrning eller nya metoder som värdebaserad vård inom Region Skåne och vilka jämförelser görs med andra regioner och län?”

I avsnittet vidgas frågan till att generellt beskriva och bedöma hur den valda ersättningsmodellen hanteras och utvecklas av ansvariga berörda organ.

4.3.1 Iakttagelser om ersättningsmodellens handhavande

Iakttagelser hos berörda politiska organ

Regionstyrelsen har enligt vad som framkommit i granskningen inte explicit behandlat frågor som rör de ersättningsmodeller som tillämpas. Återkommande har dock den kostnadsökningsproblematik som uppstått inom sjukhusen och vårdvalsområden varit föremål för diskussioner och beslut.

Ett starkt fokus från regionstyrelsens sida har varit beslut om kostnadsreducerande åtgärder. Bland annat har en uppföljning av regionfullmäktiges, regionstyrelsens och regiondirektörens beslut om kostnadsreducerande åtgärder under 2015 och 2016¹⁴ genomförts. Den visar att besluten till stora delar är verkställda. Den totala effekten av nämnders och verksamhetens beslut om och verkställda kostnadsreducerande och intäktsförstärkande åtgärder bedöms uppgå till 532 miljoner kronor.

Fortsatt uppföljning sker under 2017 av följande utvalda områden:

- Nämnders och verksamhetens handlingsplaner för en ekonomi i balans 2017
- Arbetet utifrån Strategi för förbättringsarbete i Region Skåne 2016-2020
- Genomförandet av regiongemensam e-hälsostategi
- Arbetet utifrån beslutad strategi för kompetensmixplanering
- Efterlevnaden av strategi för att begränsa beroendet av bemanningsföretag
- Arbetet för hälsofrämjande arbetsplatser och sänkt sjukfrånvaro
- Arbetet utifrån framtagna strategier avseende läkemedel
- Ändrade arbetssätt såsom standardiserade vårdförlopp, produktions- och kapacitetsplanering i hälso- och sjukvården
- Arbetet för en effektivare administration

Regiondirektören beslutade den 6 april 2017 om ”Utredning avseende sjukvårdens ersättning och samband mellan hälso- och sjukvårdsstyrning och ekonomistyrning”. Som motiv till utredningen anförs bland annat att den modell med ren anslagsfinansiering som tillämpats under några år har bristande koppling mellan hälso- och sjukvårdsstyrningen, förvaltningarnas uppdrag och ekonomistyrningen. Syftet med uppdraget är att säkerställa sambandet mellan hälso- och sjukvårdsstyrning och ekonomistyrning, (citater) ”där ersättning och incitament stöder uppdrag och främjar effektivitet utifrån ett helhetsperspektiv”. Några av målen för uppdraget är att:

- skapa en tydlig koppling mellan förvaltningarnas uppdrag och budget
- redovisa förslag till ersättningslösningar som stöder sjukvårdens uppdrag och skapar önskvärda incitament för sjukvårdsnämnder och förvaltningar,
- skapa ett ekonomiskt styrsystem som ger stöd för innovation och nya arbetssätt

¹⁴ Uppföljning av regionfullmäktiges, regionstyrelsens samt regiondirektörens beslut om åtgärder för en ekonomi i balans 2015 och 2016 (april respektive maj 2017)

- särskilt belysa lösningar som främjar systemeffektivitet och effektivitet i patientprocessen utifrån ett helhetsperspektiv,
- särskilt belysa förutsättningar för och konsekvenser av befolkningsansvar i ekonomistyrningen av hälso- och sjukvården.

En delredovisning av uppdraget med eventuella förslag till åtgärder och inriktningar som kan vidtas i budget 2018 ska lämnas i enlighet med tidplanen för budgetarbetet. Uppdraget i sin helhet ska slutredovisas före utgången av år 2017.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) betonar i grunduppdraget till sjukvårdsförvaltningarna att en långsiktigt stark ekonomi kräver insatser som ökar kvaliteten, patientsäkerheten samt eliminerar kvalitetsbristkostnader. Ett exempel som anges är att minska trycksår och vårdrelaterade infektioner inom slutenvården. Enligt HSN ska ett långsiktigt systematiskt arbete med ständiga förbättringar bedrivas. Handlingsplanen ”*Strategi för kvalitetsutveckling i Region Skåne*” har som syfte att frigöra och förbättra tillgängligheten, patientsäkerheten, omvårdnaden och den medicinska kvaliteten. Detta förväntas leda till en ökad kostnadseffektivitet.

HSN trycker vidare på behovet av en ökad kvalitativ produktivitet, det vill säga att använda tillgängliga resurser på rätt sätt och fokusera på nyttan mer än kvantiteten. Enligt nämndens internkontrollplan ska produktiviteten öka. Som medel anges att andelen alternativa besöksformer (till exempel videobesök) ska öka under året.

Med anledning av det ekonomiska läget i Region Skåne föreslog hälso- och sjukvårdsnämnden på sitt sammanträde i maj 2016 sjukvårdsnämnderna att göra en översyn som tar ett samla grepp utifrån helheten för sektor vård och hälsa kopplat till total budget. Områden som aktualiserades var att göra en genomlysning av organisationsstrukturen för att öka effektiviteten i verksamheten och minska administrationen, att undersöka möjligheten att ytterligare öka operationskapaciteten och att utreda möjligheten att även införa standardiserade vårdförlopp inom andra diagnoser än cancer.

Sjukvårdsnämnd Kryh anger i sin verksamhetsplan för år 2017 kvalitetsstyrning som ett centralt område i sina styrdokument bland annat med inriktning på standardiserade vårdförlopp och vårdprogram. Nämnden anger att primärvården ska vara befolkningens förstahandsval och den slutna vården ska utvecklas mot öppna vårdformer som dagkirurgi och behandling i dagvård. Likaså ska eHälsotjänster utvecklas. Hälsostadskonceptet ska implementeras i Hässleholm med omnejd. Kvalitetsbristkostnader ska elimineras (citater) ”*för att uppnå långsiktigt stark ekonomi*”. Från Kryhs sida ska medicinska metoder som inte längre betraktas som värdeskapande för patienten mönstras ut. Förvaltningen ska kontinuerligt arbeta med kostnadsreducerande åtgärder och i enlighet med fastställda handlingsplaner för ekonomi i balans.

Bland Kryhs åtgärder för ekonomi i balans återfinns satsningar för att använda kompetensen på rätt sätt - RAK (Rätt Använd Kompetens). Arbetstidskartläggningar har genomförts under hösten 2016 för att identifiera arbetsuppgifter som kan effektiviseras eller utföras av annan kompetens.

Som en del i Region Skånes arbete med tillgänglighet och arbetsuppgiftsomflyttningar har ett ökande antal patienter samordnats för behandling inom Kryh. 2016 togs 2078 patienter emot, att jämföra med 1000 patienter 2015.

Sjukvårdsnämnd Sund sammanfattar i sin verksamhetsplan för år 2017 under rubriken ”*Tillgänglighet och effektivitet*” (citater) *att arbete ska ske för en köfri och sammanhållen vård. ”För att uppnå en effektiv hälso- och sjukvård måste inte bara den förvaltningsinterna, utan all sjukvårdsverksamhet över de organisatoriska gränserna, vara koordinerad utifrån patientens behov.”* Arbetet med produktions- och operationsplanering, utskrivningsprocessen ska intensifieras och förvaltningen ska kontinuerligt se över nyttjandet av vårdplatser. Arbetet med daglig styrning på Helsingborgs lasarett och i psykiatrin fortsätter och under året kommer triagering (bedömning) i primärvård införas så att patienterna vårdas på rätt vårdnivå från början.

Under 2017 ska förvaltningen göra uppföljning och jämförelse av vårdkvalitet och kostnadseffektivitet, (citater) ”*För en effektiv vård ska verksamheterna, genom att följa patientnytta och resultat*

samt produktions- och kapacitetsplanering utifrån kända variationer, skapa förutsättningar för att bättre och snabbare reagera på avvikelser.”

Förvaltning Sund kommer att prioritera utveckling av följande vårdförlopp:

- Höftfrakturprocessen
- Höft- och knäledsprocessen
- Diabetes typ 2 i primärvård

Sjukvårdsnämnd SUS sammanfattar sina styrprinciper i ett balanserat styrkort. För att uppnå en effektiv vård anges som mål: ”Behovsstyrd och välplanerad produktion med längre framförhållning”. Bland annat följande strategier anges i Skånes universitetssjukvårds (SUS) verksamhetsplan för 2017:

- Strategi för produktionsstyrning
- Kompetensförsörjningsplan
- Arbete för att styra om flöden mellan förvaltningar inom Region Skåne
- Styrning av inflödet av patienter på respektive vårdnivå och identifiera onödiga och fördröjande aktiviteter och utnyttja tillgänglig kapacitet på bästa sätt
- Strategier för att öka antalet disponibla vårdplatser
- Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

För att komma i ekonomisk balans arbetar Skånes universitetssjukvård med ett flertal åtgärder på både förvaltningsövergripande och verksamhetsnivå. Bland dessa återfinns:

- Fortsatt anställningsrestriktivitet 2017, fortsatt aktivt arbete med att minska sjukskrivningar och fortsatt utfasning av bemanningsföretag
- SUS upphandlingsförfarande som helhet ses över i syfte att skapa förbättrade inköpsrutiner och upphandlingar av material, ändamålsenligt sortiment samt köptrohet till avtal
- Ökat fokus på läkemedelsanvändning och kostnader för dessa ute i verksamheterna
- Förbättrad produktionsstyrning
- Fortsatt översyn av användning av bild- och funktionsmedicin samt labprover
- Fortsatt översyn av administrativa processer och staber i syfte att kostnadsreducera, förtydliga uppdrag och mandat samt där möjligt standardisera och automatisera manuella rutiner
- Introduktion av fler e-hälsolösningar och digitala tjänster i syfte att reducera exempelvis personalkrävande arbete
- Riktad satsning på att minska kvalitetsbristkostnader som vårdrelaterade infektioner och fallskador
- Process för ordnat införande respektive ordnad utmönstring

Omorganisation och översyn administration genomförs under 2017 på SUS.

Sjukvårdsnämnderna om ersättningsmodellen

Sjukvårdsnämnd Sund har liksom sjukvårdsnämnd Kryh i sina yttranden över regionstyrelsens planeringsdirektiv verksamhetsplan och budget 2017 med plan för åren 2018 till 2019 tagit upp frågan om ersättningsmodell. Nämnderna lyfter fram flera problem med nuvarande ersättningsmodell och uttrycker behov av en översyn av modellen, (citater) ”*där det finns incitament för ökad prestation*”. Nämnderna tror inte detta löser underskotten, men troligen ger detta ökad produktion och bättre tillgänglighet.

Sjukvårdsnämnd SUS har en avvikande mening i denna fråga och avvisar införandet av prestationsbaserad ersättning/incitamentmodeller¹⁵. Nämnden anför bland annat att incitamentsmodeller riskerar att suboptimera våra resurser och leder till undanträngningseffekter när chefer och medarbetare arbetar för att erhålla prestationsbaserad ersättning istället för att se helheten och arbeta långsiktigt för att effektivisera flöden och processer. Nämnden skriver även att (citater) ”*externa motivationsfaktorer såsom prestationsbaserad ersättning minskar eller tar bort medarbetarnas*

¹⁵ Sjukvårdsnämnd SUS yttrande till Hälso- och sjukvårdsnämnden med anledning av regionstyrelsens direktiv för budget och verksamhetsplan 2016 med plan för åren 2017 till 2018.

interna motivation i komplexa verksamheter såsom i hälso- och sjukvården”. Nämnden skriver att en prestationsbaserad ersättning kopplat till produktion även riskerar att leda till fler och kortare besök utan att kvaliteten blir högre.

Samtliga sjukvårdsnämnder anser att den metod för uppräknig som används inte beaktar den demografiska utvecklingen. Tilldelningen tar inte hänsyn till att befolkningstillväxten skiljer sig markant i olika delar av Skåne och beaktar inte heller förändringar i ålderssammansättningen.

Medicinsk service har HSN som driftsledningsnämnd. För att begränsa kostnadsutvecklingen arbetar Medicinsk service med regionalisering och standardisering av produktsortiment och tekniska lösningar inom medicinsk teknik. Detta arbete innefattar även konsolidering av IT-baserade medicintekniska system, till exempel inom icke-radiologisk bildiagnostik. Under senare år har serviceavtalen för medicinteknisk utrustning omförhandlats med flertalet leverantörer i syfte att skapa regiongemensamma avtal med mer fördelaktiga villkor. Under 2016 arbetade förvaltningen med ett effektiviseringsprogram omfattande 25 mkr. Bruttokostnaderna ökade med 4,8 procent jämfört med 2015.

Service-nämnden har i sitt yttrande över regionstyrelsens budgetdirektiv för verksamhetsplan och budget 2017 med plan för åren 2017 till 2018 skrivit följande (citater): ”Nämnden anser inte att den i planeringsdirektivet föreslagna nivån på Service-nämndens avkastningskrav är ändamålsenlig. Med nuvarande ersättningsmodell för nämndens tjänster bidrar ett högt avkastningskrav varken till en positiv incitamentsstruktur i serviceverksamheten eller till ett effektivt resursutnyttjande totalt sett.”

Kunskapsstyrning

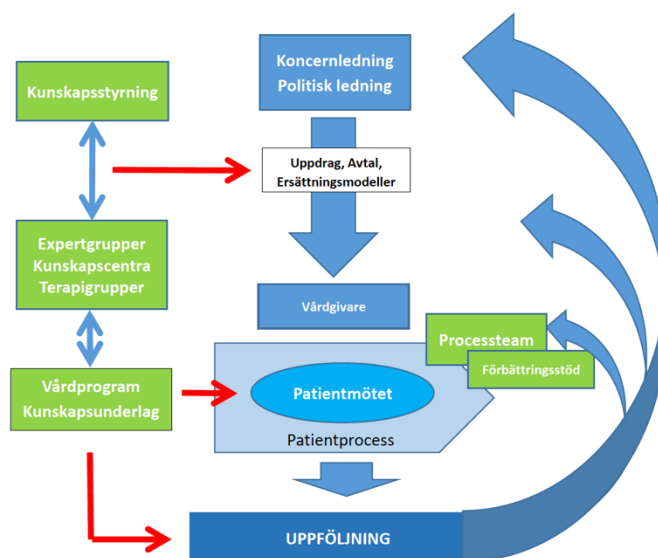
I det gemensamma hälso- och sjukvårdsuppdraget framgår följande (citater) ”En förutsättning för jämlik vård med hög kvalitet och nöjda patienter är att all verksamhet är kunskapsstyrd. Detta innebär att alla beslut ska baseras på bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och alltid ske i samverkan med patient och närstående.”

I uppdraget återfinns övergripande mål med tillhörande indikatorer som följs upp regelbundet via Region Skånes indikatorbibliotek.

Kunskapsstyrningen baseras på följande principer:

- Sakkunnigorganisation med legitimitet hos chefer och politik
- Vårdprogram och beslutsstöd
- Modell för prioritering och ordnat införande av nya metoder
- Aktivt förbättringsarbete och stöd för implementering av nya metoder

Kunskapsstyrningsprocessen framgår av vidstående bild.



I organisationen för kunskapsstyrning återfinns bland annat Region Skånes expertgrupper, vilka är tio till antalet (Obesitas, Ögonsjukdomar, Diabetes, Stroke, Psykisk ohälsa, Smittsamma sjukdomar, Anestesi/IVA, Triage, Förlossning och Trauma). Expertgrupperna har en rådgivande expertfunktion i medicinska frågor. De är tvärprofessionella –tvärdisciplinära och nominerade av linjen. Uppdraget till expert-och kunskapsgrupperna är bland annat att

- bevaka kunskapsläget inom ”sitt område”
- vara ett stöd vid ordnat införande av nya metoder och avveckling av icke värdeskapande metoder
- ta fram förslag till riktlinjer och vårdprogram och föreslå relevanta indikatorer och målnivåer

- vara ett stöd vid analys av medicinska resultat
- genomföra särskilda uppdrag exempelvis implementering av nationella riktlinjer

Parallellt har sedan flera år pågått ett arbete med *ordnat införande av nya läkemedel* i vilket Region Skåne medverkar i det arbete som sker nationellt.

Kvalitetsbristkostnader

Kvalitetsbristkostnader handlar om delvis bristande patientresultat och delvis om onödiga vårdskador, infektioner och andra resultatavvikelser. Kostnader påverkas också av sjukskrivningar, kompetensbrist, bristande arbetsmiljö, bristande vårdorganisation och arbetsmetoder, samverkan med kommuner och patientprocesser med mera. Ett systematiskt arbete med att minska och eliminera kvalitetsbristkostnader är nödvändigt för kvalitetsutveckling och effektivisering. Förståelsen för kopplingen mellan kvalitetsbristkostnader och en effektiv verksamhet präglar framgångsrika sjukvårdsorganisationer.

Enligt intervjuer varierar kunskapen och medvetenhet om kvalitetsbristkostnader i region Skåne. Patientsäkerhetsarbetet har varit i fokus på olika sätt, till exempel när det gäller vårdrelaterade infektioner, vårdskador och hygien. Positiva resultat noteras. Det finns också goda exempel på kunskapsstyrning och följsamhet till riktlinjer. Införandet av sepsis riktlinjer/vårdprogram, standardiserade cancerprocesser som bland annat prostatacancer framhålls.

Arbete med kvalitetsbristkostnader tillskyndas centralt i Region Skånes organisation och ingår även i exempelvis Kryh:s verksamhetsplan. Enligt vad som framkommit sker det i ökande grad insatser för att eliminera kvalitetsbrister, men inte med direkt koppling till den systematik som kan tillämpas för kvalitetsbristkostnader.

Tillitsdelegationen – ersättningsmodell och värdebaserad vård

Regeringen beslutade den 16 juni 2016 att inrätta *Tillitsdelegationen*¹⁶ i syfte att genomföra dels projekt som främjar idé- och verksamhetsutveckling när det gäller kommunal verksamhet, dels projekt som omfattar hela styrkedjan dvs. styrning från den nationella nivån till genomförandet i kommuner och landsting. Syftet med projekten ska vara att långsiktigt bidra till förbättrade förutsättningar för kommuner och landsting att vidareutveckla en rättssäker och effektiv förvaltning.

Ett av tolv delprojekt rör *Ersättningsmodell Sjukvård* där forskare från Lunds Universitet¹⁷ ska belysa följderna av Skånes Universitetssjukhus övergång från ett rörligt DRG-baserat ersättnings-system till ett system med fast anslagsfinansiering. Intervjuer kommer att genomföras som kompletteras med en jämförelse av produktivitet och budgetföljsamhet före och efter avskaffandet av DRG baserat på registerdata. Forskarna kommer även att samla data från sjukvårdsförvaltningarna Sund och Kryh.

Delbetänkande "*Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*" överlämnades den 15 juni 2017 där tre slutsatser framfördes:

- *Det finns ingen perfekt ersättningsmodell.* Alla ersättningsmodeller har för- och nackdelar, de kommer med ett "pris" och det är den samlade effekten som måste beaktas.
- *Vilka effekter ersättningsmodellerna får beror på sammanhanget och den övriga styrningen.* För att utveckla styrningen i riktning mot att vara mer tillitsbaserad är det viktigt att ha ett helhetsperspektiv på styrning.
- *Ersättningsmodellernas betydelse i styrningen ska inte överdrivas.*

Ett annat delområde i delegationen rör *Värdebaserad¹⁸ vård m.m. – Verksamhetsutveckling högspecialiserad vård, inklusive värdebaserad vård – Karolinska sjukhuset, Akademiska sjukhu-*

¹⁶ Fi 2016:03 Tillitsdelegationen

¹⁷ Anna Häger Glenngård, Lina Maria Ellegård

¹⁸ Värdebaserad vård (value-based health care) har som uttalat syfte att nå bästa möjliga resultat för patienterna genom fokus på kompetens, organisation, resursanvändning, utförande och ersättning kopplat till resultat i form av patienternas hälsa, upplevelser av vården och livskvalitet. Aktiviteter som inte skapar värde för patienterna identifieras och tas bort.

set, Skånes Universitetssjukhus. Studien beskriver Karolinska Universitetssjukhusets nya verksamhetsmodell som inbegriper två centrala utgångspunkter: (1) Nätverkssjukvård och (2) värdebaserad vård¹⁹. Karolinskas nya verksamhetsmodell bygger på flera komponenter utifrån sjukhusets behov och förutsättningar, till exempel Karolinskas vårduppdrag, integration av vård och FoU, tematisk organisation, styrning, ledarskap, arbetssätt och informationsmiljö.

Projektet omfattar även utblickar mot andra universitetssjukhus i Sverige som exempelvis den verksamhet inom Skånes universitetssjukvård (SUS) som avser nya modeller för integration av insatser på olika vårdnivåer inkluderande primärvård och primärkommunal vård och omsorg. Uppdraget kring tillsitsdelegationen ska redovisas i en slutrapport senast den 18 juni 2018.

Region Skåne deltar i arbetet inom Sveus. Sveus etablerades 2013 och är en nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården och ett samarbete för vidareutveckling av hälso- och sjukvårdens styrsystem. Sju landsting och regioner deltar i Sveus²⁰. Syftet är att skapa bättre möjligheter för vårdgivare och landsting/regioner att följa upp och analysera den vård som bedrivs. Resultatet av Sveus är en generisk värdebaserad uppföljningsmodell. Modellen möjliggör analys av patientvärde genom hela vårdepisoder och därigenom hälsoutfall i relation till resursanvändande. Genom utvecklad casemixjustering som tar hänsyn till patienternas förutsättningar möjliggörs mer relevanta jämförelser och analyser. Modellen har lagts in i en analysplattform. Plattformen möjliggör ett samarbete mellan berörda landsting/regioner inom olika diagnosområden. Underlaget är baserat på relevant data från flera olika källor. Detta möjliggör mätning och utvärdering i realtid av vårdens medicinska resultat med hjälp av data från en rad olika källor. Modellen är vetenskapligt testad.

I intervjuer har framkommit att Sveusarbetet till stor del handlar om att hitta relevanta kvalitetsmått och inte bör kopplas till utvecklingen av ersättningsmodeller. Samtidigt finns önskemål om att Region Skåne borde använda resultaten från Sveus till att ta fram värdebaserade ersättningsmodeller och genomföra pilotprojekt som kan följas upp och utvärderas.

4.3.2 Bedömningar och slutsatser om ersättningsmodellens handhavande

I granskningen har det framkommit att styrningen av hälso- och sjukvården i Region Skåne i ökande grad baseras på kunskapsstyrning. Exempel på detta är arbetet med ordnat införande och utrangering av gamla metoder, strukturerade patientprocesser samt arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Granskningen har även visat att Region Skåne medverkar i det arbete som pågår nationellt vad gäller kunskapsstyrning och utveckling av nya ersättningsmodeller såsom Sveus och tillsitsdelegationen. Både centralt i Region Skåne och i de tre driftsledningsnämnderna är det aktuellt med insatser för att förbättra effektivitet och ekonomi genom kvalitetsutveckling.

Flera beslut och yttranden såväl centralt som lokalt visar att det finns en växande kritik mot den existerande ersättningsmodellen. Från regiondirektörens sida har nu även initierats ett arbete för att förändra modellen och den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården.

Vår bedömning är att det utvecklingsarbete som kan samlas under begreppet kunskapsstyrning och strategisk verksamhetsutveckling (evidensbaserad vård, standardiserade vårdprocesser, patientsäkerhetsarbetet med mera) har en stor utvecklings- och effektiviseringspotential. Under de år som nuvarande ersättningsmodell har tillämpats har det emellertid saknats en tydlig idé om på vilket sätt modellen har varit användbar för sitt syfte. Det är en brist att de ambitioner som angavs vid modellens införande om samverkan och utveckling av öppna vårdformer inte har följts upp och att det inte har skett ett utvecklingsarbete där nya ersättningsmodeller utvecklas och prövas. Det är även brist att det har saknats en långsiktig målbild, vision och strategi för hur den skånska hälso- och sjukvården ska utvecklas och effektiviseras.

¹⁹ <http://karolinska.se/framtida-karolinska/forandringsresan/vardebaserad-vard/>

²⁰ Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Landstinget i Uppsala Län, Landstinget i Dalarna och Region Jämtland Härjedalen.

5 Slutsatser – övergripande revisionsfråga

5.1 Iakttagelser i sammanfattning

Den nya modellen

Region Skåne beslutade 2012 om en betydelsefull förändring av ersättningsmodellen för akutsjukhusen i och med att Regionen frångick tidigare DRG-baserade prestationsersättning till förmån för anslagsfinansiering. I den anslagsmodell som infördes preciserades inte längre några volymuppsdrag, utan uppdraget blev att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård med uppfyllelse av ett antal tillgänglighets och kvalitetsmål.

Förändringen sammanföll med den stora omorganisationen vid vilken akutsjukvården, psykiatri och primärvården samlades i tre förvaltningar Kryh, Sund och SUS. Inga precisa mål sattes upp för den nya formen för ersättning. Motiv som angavs var dock att avlägsna tidigare negativa ekonomiska incitament för att föra över traditionell slutenvård till dagverksamhet, öppen vård och primärvård. Motivet var även att skapa en starkare totalkostnadskontroll för att eliminera de stora ekonomiska underskotten vid flera av de tidigare sjukhusförvaltningarna. Sammantaget skulle även förändringarna medverka till en ökad samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsresurserna och därigenom bana väg för strukturella förändringar.

Vid sidan av ersättningsmodellen för hälso- och sjukvården existerar vårdval för fyra akutsjukvårdsspecialiteter. Dessa ersätts per prestation enligt en i förväg bestämd prislista. Vårdval existerar även för vårdcentralerna, vilket är ett lagkrav. Vårdcentralerna har kapiteringsmodellen som huvudsaklig ersättningsprincip.

Ansvarigt övergripande politiskt organ åren 2013 till 2014 var regionstyrelsen främst genom vårdproduktionsberedningen/utskottet. Från och med 2015 inrättades driftsledningsnämnder för vart och ett av de tre förvaltningarna. Samtidigt överfördes det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården, även för produktionsstyrningen, formellt till hälso- och sjukvårdsnämnden. Inför 2017 har reglementet ytterligare ändrats så att driftsledningsnämndernas ansvar för verksamhet, produktion och ekonomi förstärkts och förtydligats.

Innebörden av förändringarna är bland annat att ansvaret för att organisera och tilldela medel till de enskilda verksamheterna i hälso- och sjukvården i all huvudsak har överförts till de tre driftsledningsnämnderna och deras respektive förvaltning. Vår bedömning är att driftsledningsnämnderna har betydande frihetsgrader att förvalta och utveckla verksamheten inom sina områden inklusive respektive förvaltnings interna modell för ersättning och uppföljning.

Effekterna

Effekterna av anslagsstyrningen av sjukhusvården och övriga förändringar under åren 2013 till 2017 är svåra att utläsa eftersom ingen systematisk uppföljning skett gentemot uttalade ambitioner och målsättningar. Snarare har underlagen för analys och bedömning försvagats genom att grundläggande uppgifter om produktion och konsumtion blivit mindre tillförlitliga bland annat genom sämre registrering.

Fakta är att kostnadsutvecklingen inte har stävjats och att underskotten fortfarande är omfattande trots betydande reella ekonomiska tillskott. Fakta är vidare att det har skett en produktionsminskning mätt i produktionsmixpoäng sedan 2012. Här kan samtidigt finnas en *effektivisering* eftersom dagkirurgi och poliklinisering har ökat. Verksamhetsföreträdare hävdar dock att den överföring till öppna vårdformer som har skett inte är en effekt av ersättningsmodellen utan hänger samman med en kombination av medicinsk metodutveckling och kapacitets- och personalbrist, vilket tvingat fram nya och effektivare lösningar. Ambitionen om avlastning av akutsjukhusen från primärvårdens sida verkar inte ha infriats.

Samverkan inom och mellan förvaltningarna har sannolikt ökat inom flera specialiteter. Dock ger flertalet av våra uppgiftslämnare uttryck för att tidigare gränser och revir gör sig gällande. Standardiserade vårdförlopp har etablerats inom allt fler områden och arbete för att inkludera fler patientprocesser pågår. Den drivande kraften bakom detta är i första hand tydlig styrning och led-

ning och är inte en effekt av ersättningsmodellen. Budgetering sker fortfarande på förvaltning och verksamhetsområde, vilket i den ekonomiskt strama verkligheten snarare förstärker revirbevakning än stimulerar kvalitetsutveckling av patientprocesser med resultatfokus.

I Regionens egna utredningar har lyfts fram att det finns betydande brister i hälso- och sjukvårdens produktionsstyrning. Parallellt har kunskapsstyrningen som har evidensbaserad vård som utgångspunkt stärkts. Inom ramen för denna har det bland annat skett förbättringar inom ett antal prioriterade patientsäkerhetsområden såsom arbetet att förebygga vårdskador.

Patientperspektivet har till stora delar saknats vid utvecklingen av ersättningsmodellen. Inte heller har några explicita riskanalyser har gjorts avseende den ersättningsmodell som etablerades 2013.

5.2 Samlad bedömning

Forskningen om hälso- och sjukvårdens ersättningsystem ger ett entydigt svar att ersättningsmodellens betydelse som styrinstrument inom vården inte ska överdrivas. Det är den samlade styrningen och ledningen av verksamheten som är avgörande för hur uppsatta mål och ambitioner uppnås. Varje potentiell ersättningsmodell har dock sina styrkor och svagheter. Till anslagsmodellens styrkor hör, enligt teorin, bland annat kostnadskontroll. Till nackdelarna hör avsaknad av incitament för att upprätthålla en hög produktion.

Det har enligt vår bedömning saknats ett tydligt politiskt ansvarstagande för att hantera ersättningsmodellens styrkor och svagheter. Det har som framkommit inte skett en systematisk uppföljning av effekterna, vilket försvårat möjligheterna att förstå utvecklingen och sätta in relevanta åtgärder. Uppkommen, i princip förutsägbar, produktionsdämpning och otillfredsställande tillgänglighet har hanterats genom att tillskjuta extra medel, inte att effektivisera resursanvändningen. Förvaltningarna har endast i begränsad omfattning omsatt det ansvar och de frihetsgrader som anslagsmodellen inneburit. Det politiska ansvaret för denna passivitet att vårda och utveckla ersättningsmodellen ligger under åren 2015 till 2016 på HSN. Under 2017 återfinns ansvaret hos driftsledningsnämnderna. Övergripande har regionstyrelsen brutit i att se till att systemeffektiviteten inte har upprätthållits.

Det har även saknats en tydlig gemensam målbild och strategi för den skånska hälso- och sjukvårdens utveckling och satsningar på kunskapsstöd för effektivisering av patientprocesser, verksamheter och organisation. Detta har enligt vår bedömning hämmat utvecklingsarbetet inom de lokala politiska organen och de enskilda verksamheterna i hälso- och sjukvården. Under de aktuella åren har det även existerat ett betydande glapp mellan hälso- och sjukvårdsuppdraget och budgeten. Bristande samband mellan uppdrag och ekonomisk resurstilldelning har försvårat styrning och uppföljning på både förvaltnings- och verksamhetsnivå. En fungerande anslagsmodell kräver en balanserad budget samt tydliga verksamhetsunderlag och effektiviserings- och kvalitetsutvecklingskrav. Detta har inte varit fallet under de senaste åren.

Koncernledningen har under 2017 konstaterat att ersättningsmodellen och den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården inte fungerar och har igångsatt en översyn.

5.3 Förbättringsområden

Följande förbättringsområden har identifierats i samband med den aktuella granskningen:

- En gemensam vision, mål och strategi för styrning av hälso- och sjukvården bör tas fram i vilken tydliggörs vilket ansvar och roll de respektive politiska organen har för att uppnå avsedda styreffekter.
- Kopplingen mellan behov, uppdrag (inklusive förväntade prestationer) och budget behöver förtydligas ner på verksamhetsnivå och bilda utgångspunkt för utvärdering av verksamheten både ur ett effektivitets- och patientperspektiv. I det påbörjade utvecklingsarbetet där styr- och ersättningsmodell ska ses över är det centralt att de styrmekanismerna för bland annat ekonomistyrning, behovs- och uppdragsstyrning, produktionsstyrning och kunskapsstyrning synkroniseras och utövas i en gemensam process.

- Oavsett ekonomisk styrmodell behöver ledning, styrning och uppföljning stärkas för att i verksamhet efter verksamhet identifiera möjligheter till förbättringar av processer, omfördelning från slutenvård till öppenvård och andra effektiviseringsåtgärder. Inom ramen för nuvarande ersättningsmodell har respektive sjukvårdsnämnd möjligheter att utforma styrinstrument som ger verksamheterna incitament att genomföra effektiviseringsarbetet.
- För en fungerande ersättningsmodell som baseras på anslag bör en bättre balans åstadkommas mellan uppdrag och ersättning på alla nivåer utifrån skattekraft, statsbidrag samt möjligt effektiviseringsutrymme.
- Uppföljning och utvärdering av ersättningsmodeller behöver göras löpande med nödvändiga justeringar. Det kan exempelvis handla om att anpassa ersättningsnivåerna inom LOV efter utbud och efterfrågan.
- Ett tydligare regioninternt regelverk bör inrättas för kvalitetsutveckling av patientprocesser som sträcker sig över nuvarande förvaltningsgränser och mellan akutsjukhusvården och primärvården samt mellan olika verksamhetsområden, vilket tydliggör de medverkande aktörernas roll och ansvar för det gemensamma resultatet.
- Ersättningsformen för Regionservice bör ses över och utformas så att den ger bättre möjligheter till styrning och kostnadskontroll både för Regionservice och avnämarna av dess tjänster. Grunden för prissättning av tjänsterna bör klargöras.
- Riskanalyser bör göras ur ett brett patientperspektiv (patientsäkerhet, delaktighet, tillgänglighet med mera) av existerande och eventuellt reviderade framtida ersättningsmodell.
- Stabila stödsystem framförallt vad gäller uppföljningar och kunskapsstöd för effektivisering inom förvaltningar, verksamheter och patientprocesser liksom fortsatt utveckling av kunskap, kompetens och metoder för verksamhetsstöd bör etableras.
- Med vägledning av aktuell forskning och goda internationella och svenska erfarenheter kan en blandad ersättningsmodell som även innehåller resultat- och prestationsinriktade delar införas. Dynamisk prissättning, särskilt inom vårdval, kan prövas, följas upp och utvecklas för att underlätta kostnadskontrollen.

5.4 Slutord

Region Skånes ersättningsmodell för sjukhusvård har brister vars konsekvenser blir alltmer kännbara över tid. Gapet mellan uppdrag, verksamheternas bedrivande och finansiering ökar i takt med de årliga underskotten. Den bristande kopplingen mellan det politiska uppdraget och ersättningen åskådliggörs tydligt genom obalansen i regionfullmäktiges beslut årligen mellan uppdraget till driftsledningsnämnderna och den finansiering som ges.

Inom Region Skåne och även inom andra landsting/regioner har olika typer av ersättningsmodeller prövats. Erfarenheterna visar dels att ersättningssystem utgör *en* komponent i styrningen och är beroende av andra delar, inte minst ledarskap, kultur, organisation och kompetens. Dels sker fördelning av resurser på flera nivåer vilket kräver mer extensiva analyser av effekterna av den interna fördelningen och styrningen.

Det är viktigt att definiera hur ersättningsmodellen kan stödja resultatförbättring och effektivisering samt att pröva och utveckla systemet. Flera intervjuade och även utomstående experter lyfter fram att det inte finns några perfekta modeller men att en "blandad modell" för sjukhusvård ändå är att föredra. Ersättningsmodellen kan lämpligen innehålla tydliga uppdrag, befolkningsrelaterad ersättning i form av kapitation, med viktning bland annat för olika behovsgrupper och ohälsotal i geografiska områden, där både hälsoinsatser och sjukvårdsinsatser ingår, viss form av prestationsersättning samt ersättning för uppnådda resultat. Fördelningen kan till exempel vara 70/20/10 procent. Uppföljning av resultat bör ske regelbundet och på ett för alla berörda transparent sätt.

De ekonomiska årliga underskotten och avsaknad av löpande analyser av verksamheternas förmåga att uppnå sina mål inom befintliga ekonomiska ramar tydliggör brist på strukturerade insatser av effektiviseringsåtgärder. Behov finns av särskilda insatser att stödja förvaltningarna och patientprocesser i deras utvecklings- och effektiviseringsarbete.

Bilaga – Intervjuade personer

I genomförd granskning har följande personer intervjuats, medverkat i en workshop eller lämnat sakuppgifter till granskningen.

Åke Andersson
Anders Anell, Lunds Universitet
Yvonne Augustin
Eva Bartholdson
Susanne Björkman Nilsson
Johan Cosmo
Magnus Eneroth
Georg Engel, Stockholms läns landsting
Anders Fransson
Peter Graf, Vårdbolaget Tiohundra
Göran Ingvarsson
Maria Ivarsson
Alf Jönsson
Charlotte Karbassi
Stefan Lamme
Ingrid Lennerwald
Frida Lindkvist
Anders Lundin

Göran Magyar
Annika Malmquist
Tobias Nilsson, Västra Götalandsregionen
Stefan Nilsson
Sven Oredsson
Thomas Risberg
Lisbeth Rosén
Lars-Åke Rudin
Jesper Stenberg
Göran Stiernstedt, Regeringens utredare
Anna Stålhammar
Jan Svanell
Åsa Tranesjö
Stefan Thor
Gilbert Tribo
Karin Träff Nordström
Fredrik Wiberg