

Diarienummer: REV 2019-00077

Revisionsenheten

Västra Götalandsregionen

2020-02-18

Fördjupad granskning

Styrmodellen, uppfattningar och föreställningar

Innehåll

Sammanfattning	3
Granskningens utgångspunkter	4
Bakgrund	4
Granskningens syfte	4
Avgränsning	4
Revisionskriterier	5
Metod	5
Granskningsansvarig	6
Resultat av granskningen	6
Beställar-/utförarmodellen	6
Inledning/bakgrund	6
Iakttagelser	7
Bedömning	10
Resursfördelningsmodellen	10
Inledning/bakgrund	10
Iakttagelser	12
Bedömning	12
Ersättningsmodellen	13
Inledning/bakgrund	13
Iakttagelser	14
Bedömning	15
Slutsats	15

Sammanfattning

Under flera år har ekonomiska obalanser hos nämnder och styrelser inom sjukvården i Västra Götalandsregionen delvis förklarats med att systemen för tilldelning av ekonomiska resurser har varit bristfällig. Revisorerna bedömde att det finns en risk för att det förekommer olika syn på delar av styrmodellen och dess konsekvenser vilket riskerar att nämnder och styrelser styr mer mot föreställningar om styrsystemet än dess faktiska innehåll och konsekvenser. Därför beslutade revisorskollegiet att genomföra en granskning av uppfattningar och föreställningar om beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen för sjukhusvård.

Granskningen har utgått från intervjuer avseende delar av ersättningssystemet för hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen och har begränsats till frågor om beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen för sjukhusvård. Intervjuerna har genomförts med tjänstepersoner på koncernkontoret och på regionens sjukhus.

Syftet med granskningen har varit dels att kartlägga och beskriva de olika aktörernas föreställningar och uppfattningar om styrmodellens olika delar samt deras föreställningar och uppfattningar om orsaker till övriga aktörers agerande i styrmodellen.

Avseende de tre granskade modellerna är bristande kunskap om dem en utbredd uppfattning. I flera fall anses kunskapsbristen vara generell medan andra pekar ut vissa led i aktörskedjan som särskilt berörda.

Behov av utveckling anses vara angeläget för alla tre modellerna. Åsikter om att modellerna har gällt under lång tid utan nödvändiga uppdateringar, att de medför snedvriden fördelning och att de är krångliga och otydliga lyfts fram i intervjuvaran.

I flera intervjuer påtalas att beställningar tillkommer utöver de VÖK- och TÖK:ar som avtalats. Dessa tillkommande beställningar till sjukhusen kommer från olika håll och exempel ges på regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Att beställningar till sjukhusen kommer från olika beställare anges i flera fall som negativt och beskrivs som bidragande till den uppfattade otydligheten i ersättningsystemet.

Slutsats:

Av granskningen framgår att det finns flera skilda uppfattningar om beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen och att det finns brister som behöver hanteras. Kunskapen och förståelsen för styrsystemet och de tre modellerna upplevs som dålig. En vanlig uppfattning är att det saknas förståelse för helheten, hur modellens olika delar hänger ihop och påverkar varandra. För att få bättre acceptans för den sammantagna styrmodellen bedöms att det är viktigt att information och utbildning ges där samma bild av de tre modellerna förmedlas till både tjänstemän och förtroendevalda. Svaren i granskningen handlar också till stor del om ägarens ansvar att vårda-, utveckla och styra modellerna på ett sätt så att berörda parter upplever delaktighet och att styrsystemet och modellerna är tydliga och förståeliga att hantera och arbeta med.

Granskningens utgångspunkter

Bakgrund

De senaste tre åren har det ekonomiska resultatet för hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) varierat stort mellan nämnderna. HSN Västra har haft ett negativt resultat alla tre åren som totalt uppgår till 220,9 mnkr. HSN Göteborg däremot har haft ett positivt resultat de senaste tre åren som totalt uppgår till 84,9 mnkr. Utifrån skillnaderna i resultat fick regiondirektören i uppdrag att utreda vad det berodde på. Under 2018 genomfördes därför en analys vilket utmynnade i rapporten ”Ekonomiska obalanser västra hälso-och sjukvårdsnämnden - analys och förslag på åtgärder”. I rapporten lyfts förslag till olika justeringar i resursfördelningsmodellen fram för att minska den ekonomiska obalansen i HSN Västra. I rapporten konstateras också att justeringarna skulle påverka övriga HSN om de genomfördes.

Ersättningsmodellen till sjukhusen samt kostnaderna för hälso- och sjukvårdsnämnderna har varit under utredning tidigare. Utredningarna har utgått från de underskott som redovisats. Trots utredningarna kvarstår ekonomiska obalanser och variationer mellan nämnderna.

På revisorskollegiets arbetsgruppsmöten har ersättningsmodellen till sjukhusen diskuterats under de senaste åren. Även resursfördelningsmodellen har lyfts vid flera tillfällen och olika vinklar på modellerna och dess konsekvenser har diskuterats. Revisorerna bedömde att det finns risk för att olika syn på modellerna och dess konsekvenser kan innebära att nämnder och styrelser styr mer mot föreställningar om styrsystemet än dess faktiska innehåll och konsekvenser. Detta kan försvåra väsentligt för både revisorerna, nämnder och styrelser att värdera resultat i verksamheterna på ett trovärdigt vis. Det bedömdes även risk att revisorerna inte kan bedöma regionstyrelsens uppsikt då regionen inte fullt ut belyst orsakerna till nämnders underskott/överskott. Det kan medföra svårigheter att bedöma både nämnders och utförarstyrelsers ekonomiska resultat.

Granskningens syfte

Syftet med granskningen var dels att kartlägga och beskriva de olika aktörernas föreställningar och uppfattningar om styrmodellens olika delar – beställar-/utförarmodell, ersättningsmodell och resursfördelningsmodell samt deras föreställningar och uppfattningar om orsaker till övriga aktörers agerande i styrmodellen, dels att göra en jämförelse mellan dessa föreställningar och hur styrmodellens olika delar faktiskt är utformade och beskrivna.

Avgränsning

Granskningen och intervjuerna har avgränsats till beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen för sjukhusvård. Rapporten avgränsas

till att redovisa uppfattningar som framförts i samband med intervjuer med ansvariga tjänstepersoner under perioden juni – december 2019.

Revisionskriterier

- KL 6:6. Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt
- Nämnders och styrelsernas reglementen för 2019 - i delar som berör beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen
- RF:s budget 2019 – i delar som berör beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen

Metod

För att beskriva de olika aktörernas uppfattning och föreställning om styrmodellen och övriga aktörers roll och agerande i styrmodellen använde sig revisionen av ett fenomenologiskt angreppssätt som metod.

Metoden bygger på öppna intervjuer där den intervjuade beskriver hur de uppfattar en viss situation, relation, konsekvens av en organisation, styrmodell etcetera. Det samlade materialet sammanställdes och sorterades utifrån olika kluster av återkommande uppfattningar av granskat fenomen. Fokus i metoden är de tolkningar som aktörerna i styrmodellen gör av densamma och vad det innebär för deras agerande i styrmodellen och i relation till andra aktörer i modellen.

Intervjuerna har genomförts med tjänstepersoner på koncernkontoret och på regionens sjukhus. De intervjuade har svarat på frågor om de tre modellerna i granskningen, beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen. Frågorna som besvarats är:

- Beskriv hur du uppfattar modellen ställt till uppdraget att bedriva en ändamålsenlig och effektiv verksamhet.
 - Styrkor
 - Svagheter
 - Hinder
 - Möjligheter
- Vad bedömer du är mest angeläget att utveckla i modellen i syfte att stärka dess funktionalitet.
- Vilken fråga har skapat mest svårigheter i dialogen med övriga aktörer inom ramen för modellen?
- Är modellen ändamålsenlig för ert uppdrag
- Har ni kommunicerat er bild av modellens styrkor och svagheter med övriga aktörer i modellen?
- Har alla aktörer samma förståelse för modellens tillämpning?

I tio intervjuer har samtliga frågor i enkäten ställts. Dessa har främst avsett företrädare för beställare och utförare. För att belysa bakgrunden och utvecklingen av modellerna har även intervjuer genomförs med sakkunniga tjänstemän där delar av förfrågningsunderlaget tagits upp och i de intervjuerna har också andra frågor besvarats. Dessa intervjuer har främst avsett historik och uppbyggnad av de granskade modellerna.

I rapporten redovisas uppfattningar från de genomförda intervjuerna. Dessa uppfattningar är inte gemensamma för alla intervjuade utan sammanfattar vad flera har svarat. Vi har inte återgett uppfattningar där en specifik aktör anges eller där det framgår vem/vilken verksamhet som har lämnat svaret. Citat från intervjusvaren återges i några fall i den löpande texten och omges då med citationstecken.

I intervjuerna har de som svarat fått beskriva sina uppfattningar kring respektive fråga. Vi har inte ställt följdfrågor för att utveckla vad de menar med olika begrepp i svaren. Förklaringar till innebörden av vissa begrepp framgår därför inte i rapporten. Rapporten redovisar uppfattningar och föreställningar som framkommit i intervjuerna även om dessa inte beskriver modellerna korrekt.

I rapportens avsnitt Inledning/bakgrund för respektive modell görs en kort beskrivning av modellen. Dessa beskrivningar är överskådliga och ger inte en komplett eller detaljerad bild av respektive modell.

Granskningsansvarig

Granskningsansvarig revisor har varit Martin Andersson.

Kvalitetsgranskare har varit Kari Aartojärvi.

Kvalitetsansvarig har varit Vilhelm Rundquist.

Gun Alexandersson Malm och Sven Liljegren är av revisorskollegiet utsedda kontaktrevisorer.

Resultat av granskningen

Beställar-/utförarmodellen

Inledning/bakgrund

Beställar-/utförarmodellen har i nuvarande form tillämpats av kommuner och landsting sedan slutet av 1980-talet. Den användes till exempel i flera av de landsting som i dag utgör Västra Götalandsregionen.

En viktig egenskap med modellens idé och princip är att den medger flexibilitet. Beställaren behöver inte anlita samma utförare utan kan anlita utförare som har andra huvudmän, till exempel privata aktörer. Modellen medger också att beställa verksamhet

från andra geografiska delar av en region än den som beställarnämnden hör till. På detta sätt antas det skapas förutsättningar för konkurrens mellan utförarna.

När regionfullmäktige beslutade om ny politisk organisation 2014 inför mandatperioden 2015–2018 angavs i underlaget: ”Västra Götalandsregionens övergripande styrmodell ska även fortsättningsvis organiseras utifrån beställare, utförare och ägare. Det innebär att de politiska uppdragen som ägare, beställare och utförare av hälso- och sjukvård har separerats och renodlats. De fem hälso- och sjukvårdsnämnder beställer hälso- och sjukvård av olika utförare. Hälso- och sjukvårdsnämnderna företräder befolkningen i sina respektive områden och ska i sitt uppdrag föra dialog med invånarna på olika sätt. Utförare är till exempel ett sjukhus eller en sjukhusgrupp, primärvårdsförvaltningen, folktandvården, habilitering & hälsa. Var och en av dessa förvaltningar har en politisk styrelse som svarar för att det som beställts utförs enligt avtal och beslut. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har också avtal med ett flertal privata vårdgivare/utförare. Denna styrmodell gäller fortsatt för mandatperioden 2019–2022.

lakttagelser

Av de intervjuade är det fler som är negativa till- och påtalar brister i beställar-/utförarmodellen i förhållande till de positiva synpunkter som lämnas. De positiva synpunkter som anges skiljer sig åt och återger inte en gemensam syn på ett område eller detalj i modellen som uppfattas som bra.

Brister avseende kunskap och förståelse för modellen utgör sammantaget den största kritiken mot beställar-/utförarmodellen. I flera fall anses dålig kunskap om modellen vara generell både bland ägare/beställare/utförare och politiker/tjänstemän, i andra fall anses bristande kunskap råda i ett visst aktörsled. Det framförs också förslag om att rollerna i modellen behöver förtydligas och förankras bland både förtroendevalda och tjänstemän för att modellen skall fungera bättre

I några svar tar de intervjuade upp att organisationen är för tjänstemanastyrd vilket sägs leda till att det fattas ”dåliga” beslut och att besluten fattas på fel organisatorisk nivå. Det sägs medföra att politiken har svårt att ta ansvar för besluten då tjänstemän tar på sig makt och befogenheter de inte har.

En återkommande uppfattning är att beställar-/utförarmodellen behöver utvecklas. Så som regionen styrs idag och med de ambitioner kring hur hälso- och sjukvården ska utvecklas uppfattas inte modellen i sin nuvarande form ändamålsenlig som styrinstrument. Gränssnittet mellan ägarintresset och beställarintresset beskrivs vidare som svårt att hantera vilket riskerar att leda till spänningar, oklarheter och konflikter. Det finns inte en tydlig gemensam linje vad utvecklingen skall bestå av men en återkommande beskrivning för att nå en positiv utveckling av modellen är ”transparens” kombinerat med:

- gemensam målbild för beställare och utförare
- klargöra vilka frågor ägaren respektive beställaren hanterar
- olika förslag om finansieringen

Att ansvar och finansiering behöver följas åt är en uppfattning som lyfts fram. I några svar anges att det förekommer finansiering av verksamheter där man inte styr över beställningen vilket upplevs som negativt.

Beställar/utförar- modellen

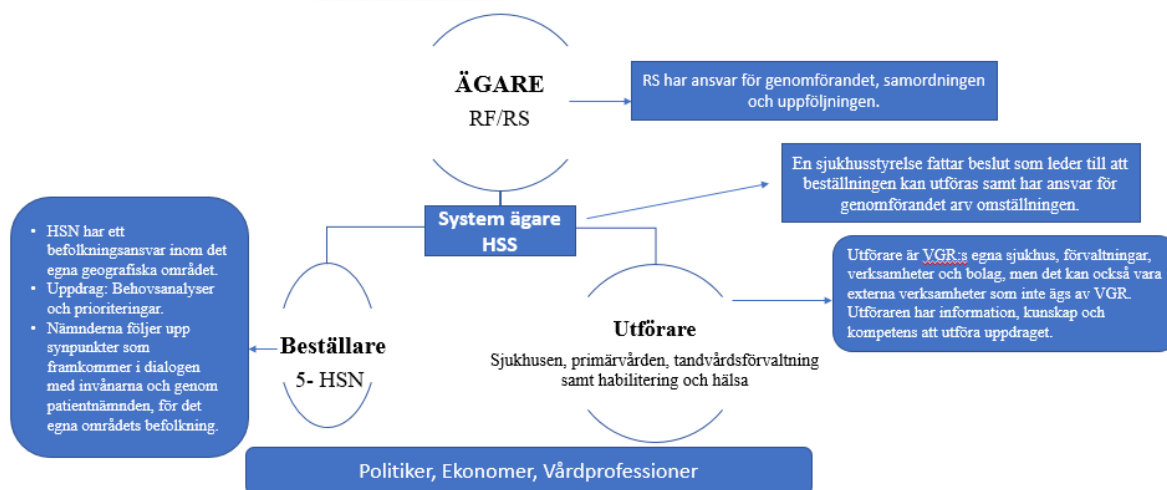


Bild 1. Schematisk beskrivning av beställar-/utförarmodellen i Västra Götalandsregionen

Även tidigare undersökningar¹ visar att det finns skilda uppfattningar om styrkor och svagheter i styrmodellen inom VGR både bland tjänstemän och förtroendevalda. Några synpunkter som framkommit i tidigare granskningar och rapporter är:

- modellen i vissa delar stödjer demokratiutveckling
- begränsade möjligheter för politiker att i praktiken utöva inflytande över verksamheten
- stödjer inte effektivitetsutveckling inom hälso- och sjukvården.
- Komplex modell med otydlig ansvarsfördelning
- Beställningar kommer inte bara från beställarnämnderna utan kan komma från många olika håll.
- Det förefaller föreligga en allmän acceptans avseende ekonomiska underskott

Uppfattningar som framkommer i denna granskning överensstämmer i stort med uppfattningar som beskrivits i andra undersökningar. I vår granskning framhålls dessutom i flera svar att den geografiska spridningen i VGR behöver tydliggöras i modellen vilket vi har tolkat som att regionens storlek kan innebära långa avstånd från boende till sjukhus och bör beaktas mer.

¹UTVÄRDERING AV VÄSTRAGÖTALANDSREGIONENS POLITISKA ORGANISATION – DELRAPPORT 13
BESTÄLLARUTFÖRAR-MODELLEN –VARA ELLER INTE VARA Björn Brorström och Rolf Solli

Här återges några citat som beskriver uppfattningar om beställar-/utförarmodellen från de genomförda intervjuerna:

Det har blivit ett starkt fokus på produktion och inte på befolkningens behov i de olika delarna av regionen. Det saknas en förståelse för hur styrmodellen och dess olika delar hänger ihop. På tjänstemannasidan finns kunskap och förståelse för olika delar, men inte för helheten.

Ett stort hinder för att beställar-/utförarmodellen ska fungera är att det saknas kunskap i organisationens olika delar för hur modellen är tänkt att fungera. Ett annat hinder är att de underlag som resurs- och ersättningsmodellerna bygger på är produktion och inte behov. Det blir ett förskjutet fokus från beställare till utförare som inte speglar behovsanalys och grundanalys inför VÖK-diskussioner.

Det är inte många av utförarna som ens vet att det finns en styrmodell. De är i första hand fokuserade på att ta hand om sina vardagsuppdrag, vilket är lika med att ta hand om patienter och patientflöden. Samtidigt ser ägaren på det hela som en rad produktionsenheter som ska styras via beställningar av vård och vårdproduktion. De två bilderna krockar.

Samtliga aktörer i modellen har någon form av förståelse, men samtliga brister i sin förståelse för helheten. Man har många föreställningar om hur det hela fungerar, men man vet inte.

Regionfullmäktige ser på sin fördelning av resurser till beställarna som en form av resursfördelning till utförarna, men som beställarna ska förvalta på bästa sätt utifrån de behov som finns av vård hos medborgarna i regionen. Detta krockar med att utförarna inte uppfattar att de är styrda av beställarna och beställningarna.

”B/U-modellen har börjat spela ut sin roll. Så som regionen styrs idag och med de ambitioner kring hur hälso- och sjukvården ska utvecklas är inte modellen ändamålsenlig som styrinstrument. Det uppstår spänningar, oklarheter och konflikter.”

Modellen är till viss del ändamålsenlig, men behöver utvecklas, är oklart vem som äger utvecklingsfrågan. Det borde vara en central fråga och därmed en fråga för Regiondirektören och fullmäktige.

Det finns så många olika idéer om modellen och den har kantrat till att bli en tjänstemannaorganisation och inte en politisk organisation. Det saknas hos flera en insikt kring det demokratiska uppdraget och den demokratiska grundtanken med modellen.

Modellen driver produktivitetstänket men stödjer inte alltid önskvärd medicinsk-/verksamhetsmässig utveckling och har lågt fokus på kvalitet.

Ett viktigt hinder för oss utförare att klara vårt uppdrag är att nämnden inte hanterar sitt ansvar som rör prioriteringar. Det blir upp till utförarna att hantera. Ett annat hinder är att beställarna fastnar i gamla begrepp gällande lokalisering av vårdutbudet. Det gäller framförallt definitionen av Nära vård, som nämnden uppfattar som att det ska finnas en lokal nära där man bor – när definitionen snarare är att vården sker i hemmet – oavsett distans till lokalen/sjukhuset.

Möjligheterna kring modellen, att det ska fungera bättre är om nämnden tog sin roll på allvar och fokuserade på vad som ska utföras, när det ska utföras och hur mycket – men överlåter till utförarna att hantera hur och var detta ska ske.

Bedömning

En inriktning av svaren är att flera aktörer delvis uppfattar modellen som ändamålsenlig och att det är positivt att den varit gällande under en länge tid eftersom den är känd. Flera svar i granskningen pekar dock ut otydligheter i beställar-/utförarmodellen och det framhålls också att förståelsen för modellen varierar bland dem som skall hantera den. En vanlig uppfattning är att det saknas förståelse för helheten, hur modellens olika delar hänger ihop och påverkar varandra.

Vår samlade bedömning är att det främst är två områden som är angelägna att fokusera på:

- det finns behov av att utveckla modellen där fortsatt samråd med inblandade parter är en framgångsfaktor
- förståelsen för modellen behöver öka bland alla parter som omfattas. Detta avser särskilt kunskapen kring hur modellens olika delar hänger ihop och påverkar varandra.

För dessa områden bedömer vi att initiativ för att driva arbetet ligger på ägarnivå.

Resursfördelningsmodellen

Inledning/bakgrund

Resursfördelningsmodellens syfte är att utifrån ett befolkningsperspektiv fördela medel till hälso- och sjukvårdsnämnderna som underlag för deras beställning av vård av utförarstyrelserna. Denna fördelning görs utifrån statistik från kommunernas befolkningsunderlag och beskrivs i några intervjuer som en ideologisk fördelning.

Resursfördelning inför budget 2019 baserades på kostnadsdata från helåret 2016 och befolkning den 31 december 2016. Fördelningen görs i tre delar:

Resursfördelningsmodellen i sammanfattning

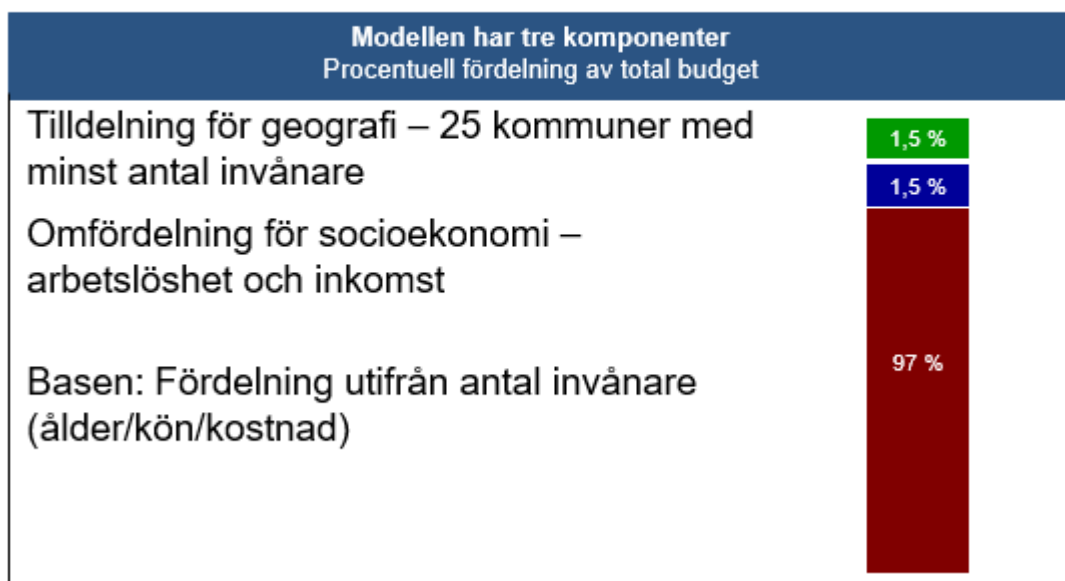


Bild 2. Schematisk bild av hur medel fördelas enligt resursfördelningsmodellen i Västra Götalandsregionen

- 1) Basen sker utifrån antal invånare, ålder, kön och kostnad. Denna bas utgör 97 procent av fördelningen och underlagen hämtas från SCB:s databaser. Det finns en treårig eftersläpning avseende befolkningsunderlaget. Inför varje år beräknas regionala kostnadsvikter fördelad på ålder och kön – ”hur mycket har den vård som finansieras av hälso- och sjukvårdsnämnderna kostat i genomsnitt för en kvinna eller man i en viss ålder”. Även mixen av åldrar och kön och deras kostnadsvikter påverkar och förändras mellan åren.
- 2) Vidare görs en omfördelning för socioekonomiska faktorer som till exempel arbetslöshet och inkomst. Denna omfördelning utgör 1,5 procent av fördelningen. Omfördelning görs från områden med god socioekonomi (20% av befolkningen) till områden med sämre socioekonomi (10% av befolkningen). Tilldelning utifrån socioekonomi baseras på uppgifter avseende valda socioekonomiska parametrar nedbrutna per valkrets som publiceras i mars, drygt ett år efter det år som siffrorna avser. Data avseende 2017 publiceras därmed i mars 2019. Om beräkningen ska vara klar innan publicering av budgetunderlag är det därmed data som är drygt två år gamla som används som underlag.
- 3) Det görs också en tilldelning för geografi/befolkning genom att 1,5 procent av budgetramen dras av från alla hälso- och sjukvårdsnämnder och tilldelas de nämnder som har de 25 kommuner i VGR med lägst invånarantal. Skälet till den geografiska komponenten är ett antagande om att det generellt är dyrare att bedriva hälso- och sjukvård i glesbefolkade områden än i tätbefolkade.

Politikerna har möjlighet att i sina respektive budgetförslag ange vilka resurser som totalt ska gå till hälso- och sjukvårdsnämnderna och hur dessa ska fördelas mellan nämnderna

även baserat på andra prioriteringar och fördelningsprinciper än de som resursfördelningsmodellen omfattar. Överlag har ändå den resursfördelningsmodell som utarbetats också tillämpats. För kommande period görs dock fördelning utifrån en generell uppräknings på två procent.

lakttagelser

Av de svar som lämnas är det få som är positiva till resursfördelningsmodellen och det finns ingen gemensam styrka som delas av flera svarande. En ofta påtalad brist är att modellen inte tar hänsyn till konsumtionen utan att resursfördelningsmodellen bygger på fördelning av "hur det skulle bli om befolkningen konsumerar som den borde". En uppfattning är att eftersläpningen i hur resursfördelningen beräknas inte ger en korrekt fördelning baserad på aktuella behov och innebär underfinansiering hos de nämnder vars befolkning växer. I flera svar anges att resurser inte fördelas "rättvist" och att kunskapen om modellen är för dålig.

Vad gäller den geografiska faktorn påpekas att det inte är självklart att antal invånare per kommun är en bra definition på glesbygd. Det finns geografiskt små kommuner som inte nödvändigtvis har låg befolkningstäthet. Ett förbättringsförslag av modellen som framkom är att i stället för valdistrikt, som förändras ibland, kan modellen baseras på DeSO-områden som är mer stabila (DeSO står för Demografiska statistikområden som SCB infört 2018-01-01). Indelningen följer läns- och kommungränserna. Om någon förändring sker i dessa indelningar kommer DeSO att följa efter.

Här återges några citat från intervjuerna som beskriver uppfattningar om resursfördelningsmodellen:

Resursfördelningsmodellen är tänkt att vara en demokratisk drivkraft. Det finns parametrar i modellen som gynnar den som behöver mest, de får också mest.

En utbildningsinsats är gjord för alla nämnder. Utförarna har inte varit med. De förstår inte modellen. Utbildningsinsatsen mottogs positivt av de som deltog. Det var bra att gå tillbaka till grunderna och grundtanken med modellen.

Alla, både tjänstemän och förtroendevalda, förväntas kunna modellen men de kan den inte. Samtidigt är det ingen som vågar säga att de inte förstår. Det blir lite av kejsarens nya kläder över det hela.

Alla tolkar modellen utifrån sina egna fördelar, man strävar efter att få ett så bra utfall som möjligt för den egna verksamheten. Oftast är det de som upplever att de förlorar på modellen som ifrågasätter de parametrar som är till ens egen nackdel.

Till viss del fungerar modellen, men inte fullt ut ändamålsenligt. Problemet är att fördelningen bygger på historiska data som inte speglar dagens situation på ett bra vis.

Modellen tar hänsyn till relevanta parametrar, det den inte tar hänsyn till är konsumtionen

Bedömning

Utifrån lämnade svar gör vi bedömningen att resursfördelningsmodellen uppfattas sakna ett bra och accepterat sätt att mäta och åskådliggöra behov på, det saknas också instrument för

att rikta medel till de som har behoven. Två områden bedöms vara viktiga att arbeta med för att förbättra modellen vilka är:

- öka förståelsen för resursfördelningsmodellen, den upplevs som otydlig och inte transparent.
- ta hänsyn till konsumtionen, fördelningen bygger på historiska data som inte speglar aktuell situation.

Inom ramen för regionstyrelsens ansvar att vårda och utveckla modellen bör dessa synpunkter följas upp.

Ersättningsmodellen

Inledning/bakgrund

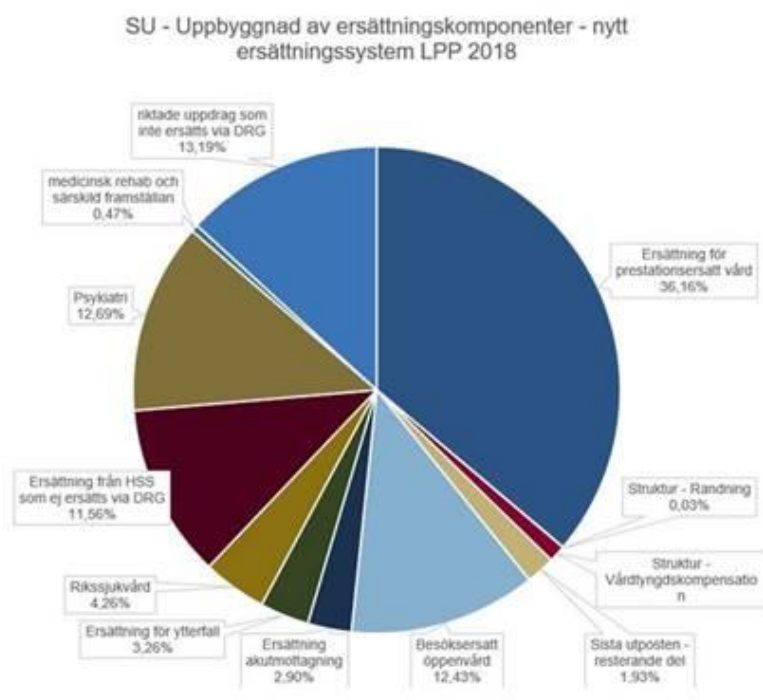
I slutet av 2013 beslutade ägarutskottet att påbörja arbete med ett nytt ersättningssystem. Uppdraget kompletterades 2014 och året därpå beslutade regionstyrelsen att tillsätta en politisk styrgrupp för arbetet som även skulle vara styrgrupp för översynen av ersättningssystemet för sjukhusvården.

Utvecklingsarbetet har resulterat i ett antal piloter och förslag. Arbetet med att utveckla ersättningssystemen drevs parallellt med tre inriktningar:

- Ersättning för mobil närvård
- Vårdepisodersättning
- Gemensamt DRG-pris

Ersättningssystemet avseende regionens sjukhus består idag av ett flertal olika ersättningsmodeller. Det är dels prestationsersättning utifrån DRG (DiagnosRelaterade Grupper), dels ersättning för vårdtillfällen och vård dagar (gäller psykiatrisk vård) samt för besök. Det finns också några specifika ersättningsformer såsom ytterfallsersättning och besöksersättning. Utöver det sker ersättning för viss verksamhet i form av riktade uppdrag.

Det har vid några tillfällen gjorts förändringar i delar av ersättningssystemet genom åren.



Schematisk bild av ersättningsmodellen olika delar för SU

lakttagelser

Avseende ersättningsmodellen framförs att ett positivt utvecklingsarbete pågår och att förändringar som genomförts anses ha gjort modellen mer rättvis och transparent. Införandet av gemensamma DRG-priser anses ha medfört diskussioner mellan beställare och utförare som ytterligare lyft utvecklingsarbetet och lett till bra analyser.

En utbredd uppfattning är att det saknas dynamik i modellen som möjliggör styrning mot kvalitets- och effektivitetsfrågor. En annan svårighet i ersättningsmodellen anses vara att den genom att spegla historisk konsumtion försöker förutse kommande behov.

En brist som påtalas i flera fall avser beställningar som tillkommer under ett verksamhetsår från andra beställare än hälso- och sjukvårdsnämnderna där regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen namnges. Detta beskrivs som negativt och otydligt av företrädare för både utförare och beställare. I ett svar uttrycks det med - ”ingen vet till slut varifrån olika ersättningar/intäkter kommer och vilka prestationer som är kopplade till vilka ersättningar”.

Det finns misstänksamhet avseende prissättning och registrering av produktion mellan olika aktörer. Av svaren framgår brist på förtroende kring hur modellen används av andra utförare genom att prissättning och registrering används felaktigt för att gynna den egna enheten. Denna misstänksamhet gäller även justeringar i modellen som ibland uppfattas som åtgärder för att kunna styra medel i en viss riktning för att mildra ”negativa ekonomiska effekter” för enskilda utförare.

Här återges några citat som beskriver uppfattningar om ersättningsmodellen från de genomförda intervjuerna:

En stor missuppfattning som måste tas bort är att utförarna tror att nämnderna ska betala för tjänster som utförts men som de faktiskt inte har beställt.

Tror inte sjukhusen förstår ersättningsmodellen. De förstår inte konsumtion som parameter och det faktum att medborgaren/invånaren faktiskt kan och får konsumera sin sjukvård någon annanstans än hos just dem. Sjukhusen tror att de övriga sjukhusen registrerar fel för att få högre ersättningar från de "rörliga" patienterna.

Utförarna måste bli bättre på att inte skriva under beställningar de inte kan leverera. De är i dagsläget för snälla eller för rädda att tacka nej.

Tjänstemannaorganisationen är inte ändamålsenlig ställt till uppdraget, politiken måste veta vart de ska vända sig med sina frågor, synpunkter och uppdrag.

Bedömning

I likhet med svaren avseende beställar-/utförarmodellen och resursfördelningsmodellen varierar uppfattningarna om ersättningsmodellen. I en del fall döms ersättningsmodellen ut som icke ändamålsenlig medan andra ser positiva möjligheter i likriktade förutsättningar och priser inom VGR. En del svar bedöms utgå från delar i ersättningsmodellen som nu har förändrats till exempel att modellen tidigare haft en del som varit målrelaterad och då kunde kopplas till kvalitetsutfall.

Grund- och tilläggsuppdragen för den hälso- och sjukvård som skall genomföras under ett år avtalas i vård- och tilläggsöverenskommelser och bereds i samråd mellan utförarna och hälso- och sjukvårdsnämnderna. Dessutom tillkommer uppdrag från andra instanser i VGR vilket är i överensstämmelse med gällande reglementen. Exempelvis hanterar hälso- och sjukvårdsstyrelsens en del satsningar via statsbidrag som kan vara svåra att få till via den ordinarie VÖK-processen. Av svaren framgår att de olika beställningarna kan leda till osäkerhet, otydlighet och förvirring i kommunikationen. Eftersom ersättningsmodellen upplevs som komplex och svår att överblicka bedömer vi att förståelsen för modellen i organisationen behöver förbättras. Insatser för att öka kunskapen om hur den är uppbyggd och fungerar bör genomföras för alla inblandade parter.

Slutsats

Av granskningen framgår att det finns flera skilda uppfattningar om beställar-/utförarmodellen, resursfördelningsmodellen och ersättningsmodellen och att det finns brister som behöver hanteras. Kunskapen och förståelsen för styrsystemet och de tre modellerna upplevs som dålig. En vanlig uppfattning är att det saknas förståelse för helheten, hur modellens olika delar hänger ihop och påverkar varandra. För att få bättre acceptans för den sammantagna styrmodellen bedöms att det är viktigt att information och utbildning ges där samma bild av de tre modellerna förmedlas till både tjänstemän och förtroendevalda. Svaren i granskningen handlar också till stor del om ägarens ansvar att

vårda-, utveckla och styra modellerna på ett sätt så att berörda parter upplever delaktighet och att styrsystemet och modellerna är tydliga och förståeliga att hantera och arbeta med.