

Landstinget Dalarnas resursfördelningsmodell för hälso- och sjukvården – en granskning

Fredrik Westander

Ernst & Young

9 augusti 2004

Sammanfattning	3
<i>Bedömningar</i>	3
<i>Förslag och rekommendationer</i>	3
1 Inledning.....	4
<i>Syfte</i>	4
<i>Metod och disposition.....</i>	5
2 Vad kännetecknar en bra resursfördelningsmodell?	5
3 Sjukvårdsorganisation och styrsystem i Landstinget Dalarna	6
4 Beskrivning av resursfördelningsmodellen	6
5 Värdering av modellens konstruktion och roll i styrningen.....	7
<i>Resursfördelningsmodellens grundläggande konstruktion</i>	8
Kopplingen till fem närsjukvårdsområden är oklar och svår att motivera	8
Valet av ”Ekman” och ”Hjortsberg” som norm för åldersfördelning	8
Effekter av andra fördelningsmodeller än Ekmans – beräkningar	9
Riket som norm - motiv och konsekvenser?	9
Övriga kommentarer om modellens konstruktion	11
<i>Modellens fördelningskraft – illustrerande frågor och svar</i>	11
Hur uppkommer primärvårdsbudgeten, totalt och per vårdcentral?	12
Vad styr psykiatribudgetarnas storlek?	12
Vad styr budgetfördelningen inom Länssjukvården och i NSO Norra-Västra?	13
Hur hanteras olika självförsörjningsgrader och övervältring av patienter?	13
Hur upptäcks och utjämnas produktivitetsskillnader av modellen?	13
Hur upptäcks och utjämnas över- och underkonsumtion av modellen?	14
Hur påverkar sammanslagning av Länssjukvård och NSO Norra/västra?	14
<i>Beslutsfattarperspektivet: Vad kan landstingsledningen besluta om?</i>	15
Fall 1: Stat och landstingsledning vill öka resurserna till psykiatri.....	15
Fall 2: Kvinnosjukvården bedöms ha för hårda prioriteringar	15
Fall 3: Produktivitetjämförelse visar att kirurgin i Dalarna är onödigt dyr	16
Fall 4: Revisionsrapport påvisar stora brister i vård av kronikergrupper	16
Fall 5: Jämförelse påvisar omedvetna prioriteringar i väntetidsdiagnoser	16
Fall 6: Ortopedin i Dalarna inför nytt vårdprogram vid höftfraktur.....	17
7 Sammanfattande bedömning och förslag	18
<i>Sammanfattande bedömning av modellens konstruktion och användning.....</i>	18
<i>Förslag och rekommendationer</i>	19
1 Definiera uppdrag och budgettilldelning längre ut i organisationen	19
2 Koppla budgetar till uppdrag, krav på produktivitet och kvalitet.....	20
3 Utveckla sätten att beskriva och följa upp hälso- och sjukvården.....	20
4 Stärk uppföljningskapaciteten, synliggör ansvaret för uppföljning och analys	20

Sammanfattning

Landstinget i Dalarna beslutade hösten 2003 att införa en ny resursfördelningsmodell för hälso- och sjukvården. Landstinget har vidare en ny organisation och styrmodell. Landstingets revisorer har bett Ernst & Young att granska resursfördelningsmodellen.

Vi stödjer den allmänna ambitionen bakom resursfördelningsmodellen, nämligen målet att etablera stabila grundvalar för sjukvårdens resursfördelning. Vi är samtidigt kritiska mot olika inslag i dess konstruktion och mot den begränsning den medför av landstingsledningens möjligheter att styra resursfördelningen i hälso- och sjukvården.

Utgångspunkten för denna granskningsrapport är att vi betraktar resursfördelningsmodellen som ett första inslag i en process, som ytterst syftar till att utveckla budgetprocess, uppdragsstyrning och underlaget för landstingsfullmäktiges beslut om verksamhetsplan och budget. Våra bedömningar och förslag till förändringar skall ses som stöd för denna successiva utveckling.

Bedömningar

Vad gäller resursfördelningsmodellens konstruktion vill vi bland annat peka på följande:

- Om modellen skall bestå i en utformning liknande dagens, bör landstinget överväga att använda den statliga kostnadsutjämnings samband mellan sjukvårdskostnader och befolkningens ålders- och behovsprofil.
- Användandet av rikets genomsnitt vid fördelning mellan primärvård, psykiatri och somatisk sjukvård kan på goda grunder ifrågasättas; alternativ bör diskuteras.

Bedömningarna av i vilken mån modellen stödjer den nya organisationen och styrmodellen är bland annat dessa:

- Modellen ger både den politiska ledningen och tjänstemannaledningen en *relativt underordnad roll i resursfördelningsbesluten*. Den bidrar därmed i alltför låg grad till att utveckla den nya organisationens fulla potential.
- Produktionen av *sjukvårdens tjänster och vårdgivarnas uppdrag* kommer i bakgrunden. Modellen fokuserar *kostnadsfördelningar* i alltför hög grad.
- Befolkningens *sjukvårdskonsumtion* och *produktiviteten* hos vårdgivarna uppmärksammas i alltför liten grad av modellen.

Förslag och rekommendationer

- *Definiera uppdrag och budgettilldelning längre ut i organisationen*. Successivt bör uppdrag och krav på effektivitet preciseras, utifrån de kostnadsramar som fullmäktige beslutat om.
- *Koppla budgetar till angivna mål, krav på produktivitet och kvalitet*. Väl strukturerade kunskapsunderlag bör tas fram, till stöd för budgetbeslut och beskrivning av bättre preciserade och uppföljningsbara uppdrag till vårdgivarna.
- *Utveckla sätten att beskriva och följa upp hälso- och sjukvården*. Landstinget bör närma sig den nationella utvecklingsfronten, avseende beskrivning av sjukvårdens tjänster, kostnadsredovisning och kvalitetsuppföljning.

- *Stärk uppföljnings- och analyskapaciteten* i den nya administrativa organisationen. Landstinget bör etablera en stark funktion med denna roll och därmed synliggöra ansvaret för detta strategiska utvecklingsområde och ledningsstöd.

1 Inledning

Landstinget i Dalarna beslutade hösten 2003 att införa en ny resursfördelningsmodell för hälso- och sjukvården. Denna införs från och med 2004 års budget, men införandet sker stegvis för att underlätta anpassning till de nya budgetramarna. I vissa fall var skillnaderna mellan bedömd kostnad 2003 och modellens budgetutfall för de olika ansvarsområdena stora. Detta berodde även på att totalramen minskades med 80 miljoner kronor.

Landstinget har vidare en ny organisationen för hälso- och sjukvården. I denna är sju ansvarsområden samlade i en gemensam förvaltning, med landstingsstyrelsen som politisk nämnd. Landstingsdirektören är linjeförman i den sammanhållna tjänstemannaorganisationen.

Hälso- och sjukvårdsplaneringen skall ske utifrån ett länsperspektiv. Samverkan i länet betonas starkt. Vidare skall en styrning via uppdrag ersätta den tidigare modellen med beställare och utförare. Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören ett uppdrag, som i sin tur formulerar uppdragen för de ansvariga cheferna för de sju ansvarsområdena i hälso- och sjukvården.

Landstingets revisorer har bitt Ernst & Young att granska resursfördelningsmodellen och värdera dess konsekvenser och ändamålsenlighet ur olika synvinklar.

Läsaren bör notera att rapporten till sina huvuddrag färdigställdes ställdes under våren 2004. Några exempel och beskrivningar avser den organisation som gällde fram till april 2004 och för budgetfördelningen inför 2004. I april 2004 fick Länsjukvården och NSO Norra-Västra en gemensam chef. Inför 2005 kan ytterligare organisationsjusteringar och –preciseringar komma att ske. Frågan om hur resursfördelningsmodellens fördelning kraft påverkas av en sammanslagning av Länsjukvården och NSO Norra-Västra diskuteras i avsnitt 5. Rapportens slutsatser och bedömningar påverkas dock inte av denna organisatoriska förändring.

Vid ett möte 9 augusti diskuterade revisorerna, revisorernas konsult och ledamöterna i planeringsutskottet resursfördelningsmodellen och flera av de slutsatser och bedömningar som gjorts i denna rapport.

Syfte

Granskningens syfte är att värdera resursfördelningsmodellens för- och nackdelar utifrån

- allmänna utgångspunkter, som till exempel huruvida den stöder den nya organisationen och det nya styrsystemet på ett bra vis
- kravet att den skall stödja eller resultera i rättvis sjukvårdskonsumtion; i att ge befolkningen behovsbaserad och lika tillgång till hälso- och sjukvårdens tjänster
- dess förmåga att stödja effektivisering av hälso- och sjukvården, till exempel genom att resultera i budgetar som svarar mot definierade uppdrag och utförda prestationer.

Införandet av den nya resursfördelningsmodellen har under våren 2004 kopplats samman med det projekt kring hälso- och sjukvårdens struktur som bedrivs i landstinget och med fördelningen av de kommande årens planerade kostnadsminskningar i hälso- och sjukvården.

Vår bedömning av resursfördelningsmodellen har inte något samband med frågan om hur man i landstinget arbetar med frågor om hälso- och sjukvårdens struktur. Denna fråga berörs inte i granskningen. Detsamma gäller det aktuella ekonomiska läget. Vår bedömning av modellen skulle vara lika relevant i ett annan ekonomisk situation.

Metod och disposition

Underlaget för arbetet har varit

- en genomgång och tolkning av resursfördelningsmodellen tillsammans med de tjänstemän som arbetat fram modellen och svarat för beräkningarna i den
- ett begränsat antal intervjuer med ytterligare tjänstemän i landstinget; dock ej med politiker
- inhämtning av det underlag som refereras som resursfördelningsmodellens grundvalar, samt jämförelser med alternativa underlag.

Vidare har ett möte med landstingsdirektören och några ledande och berörda tjänstemän hållits, där resursfördelningsmodellen diskuterades. I hög grad baseras bedömningarna på det anlitate konsultföretagets egen bedömning av modellen och vår värdering av dess förmåga att stödja en ändamålsenlig sjukvårdsstyrning. Huvudfrågan för granskningen är således inte hur *de intervjuade* ser på modellen, även om detta självfallet är relevant.

Rapportens dispositionen är denna:

I *avsnitt två* beskrivs översiktligt några generella krav man bör ställa på en resursfördelningsmodell för hälso- och sjukvård. I *avsnitt tre* beskrivs kort styrmodell och organisation i Landstingets Dalarnas sjukvård. I *det fjärde avsnittet* beskrivs grunddragen i resursfördelningsmodellen och de olika steg den innehåller. *Avsnitt fem* består av analys, kommentar och bedömningar av resursfördelningsmodellen. Slutligen ges i *det sjätte avsnittet* några rekommendationer och förslag.

2 Vad kännetecknar en bra resursfördelningsmodell?

Med en resursfördelningsmodell i hälso- och sjukvården avser man det grundläggande regelverk och principer som styr tilldelningen av resurser till

- de befolknings- och finansieringsansvariga sjukvårdsområden eller distrikt, och/eller
- till de direkta vårdgivarna, således ersättningsmodellen för sjukvårdens producenter – rambudgetar, prestations- eller uppdragsbaserad resurstilldelning.

Motivet för resursfördelningsmodeller är att man vill basera resursfördelningsbeslut i sjukvården på *genomtänkta, i förväg bestämda och allmänt accepterade principer*. Politiska beslutsfattare och sjukvårdens chefer skall tvingas att förhålla sig till principerna, och inte i hastigt mod fatta beslut som undergräver dessa. Modellen utgör en slags *grundlag* för sjukvårdens beslutsfattare.

Vilka krav bör man ställa på en ändamålsenlig resursfördelningsmodell? Bland annat är det viktigt att modellen

- harmonierar med övriga inslag i landstingets styrmodell, till exempel ledningarnas ambition att besluta om prioriteringar mellan olika sjukvårdsområden;
- är förståelig och överblickbar även för icke-experten, så att konsekvenserna är lätta att härleda och bedöms lika rimliga som de principer modellen vilar på;
- är rimligt lätt att tekniskt hantera och inte förutsätter omfattande årliga beräkningar och analyser;
- stödjer en behovsbaserad sjukvårdskonsumtion och befolkningsgruppers lika tillgänglighet till sjukvården samt slutligen
- stödjer effektivitet (produktivitet) i produktionen av sjukvårdens tjänster

3 Sjukvårdsorganisation och styrsystem i Landstinget Dalarna

Resursfördelningsmodellen skall stödja helheten i organisation och styrning. Hur ser då organisation och styrsystem ut i Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård? En beskrivning i punktform är denna:

- Fullmäktige och landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören ett uppdrag och en årlig sjukvårdsbudget. Fullmäktiges budgetbeslut innebär, via resursfördelningsmodellen, att en budget faller ut för de sju ansvarsområdena (och för ett åttonde, för gemensamma sjukvårdskostnader).
- Hälso- och sjukvården är organiserad i sju ansvarsområden, med linjeansvariga chefer för var och en av eller flera av dessa. Dessa driftsansvariga chefer har landstingsdirektören som chef, och ingår även i dennes ledningsgrupp.
- Modellen styr *tilldelningen* av medel till respektive chefsområde, men inte *fördelning och användning* av dem inom de sju ansvarsområdena. De linjeansvariga cheferna tilldelas rambudgetar; ersättningen är inte strikt prestationsbaserad.
- Ansvarsområdena är olikartat uppbyggda: Ett innehåller enbart psykiatri, ett annat enbart sjukhusbaserad vård. Två innehåller huvudsakligen primärvård. Ytterligare två innehåller primärvård, geriatrik och akut internmedicin

De fem närsjukvårdsområdena har således *inte* ansvar för att beställa och finansiera den sjukvård som den egna befolkningen konsumerar. Budgeten fördelas i realiteten från landstingsnivån till de sju ansvarsområdena, utan att ”passera” de fem närsjukvårdsområdena och utan att påverkas av budgetbeslut i de fem lokala nämnderna.

4 Beskrivning av resursfördelningsmodellen

Fördelningsmodellens syfte är att

- resultera i budgetramar för åtta ansvarsområden, varav ett avser gemensamma sjukvårdskostnader och de sju övriga är linjechefsområden

- etablera en normbaserad resursfördelning, baserad på i förväg beslutade variabler, och därmed bryta med traditionen att basera budgetar på tidigare ("historiska") budgetar och kostnader.

När modellen konstruerades var en restriktion att den inte skulle medföra omfattande köp av sjukvård mellan olika ansvarsområden. Modellen beskrivs här. Stegindelningen är egen, men är snarlik den som används i de formella beslutsunderlagen.

I *steg 1* bestäms nivån på de gemensamma hälso- och sjukvårdskostnader som inte fördelas enligt den egentliga resursfördelningsmodellen, till exempel ambulans, sjukresor och läkemedel i öppen vård. Resterande delen av sjukvårdsbudgeten, ungefär 70 procent, går vidare in i modellen.

I *steg 2* definieras vilken sjukvårdskostnad individer i olika åldersgrupper kan förväntas ha, i förhållande till varandra. Man väljer en nationellt baserad "viktlista". Den valda viktlistan beskrivs som "Ekman's", efter namnet på författaren till en artikel i Läkartidningen.

I *steg 3* används det valda sambandet mellan ålder och sjukvårdskostnad till att fördela ut en *fiktiv* kostnadsram till de fem närsjukvårdsområdena, utifrån befolkningarnas antal och ålder.

I *steg 4* fördelas kostnaderna per åldersgrupp i kostnader för öppen vård och i kostnader för sluten vård. Den valda fördelningen kallar man för "Hjortsbergs", efter namnet på den artikelförfattare/forskare man hämtat underlaget från.

I *steg 5* fördelas kostnaderna per individ i olika åldersklasser i öppen respektive sluten vård på vårdgrenarna primärvård, psykiatri och somatisk vård. Som fördelningsnyckel används rikets genomsnittliga kostnadsandelar mellan dessa tre olika vårdgrenar. Landstingsförbundets basårsstatistik är källan.

I *steg 6* används underlaget i steg 5 till att bilda budgetar för sju ansvarsområden. Då först kommer linjeorganisationen och verkliga budgetar in i bilden. För de ansvarsområden där befolkningen konsumerar vård dels i det "egna" närsjukvårdsområdet, dels i annat ansvarsområde, görs en fördelning av budgeten. Fördelningen bestäms av de andelar av vård dygn och läkarbesök som konsumeras lokalt respektive i annat ansvarsområde. Inom somatisk vård gör man uppdelning även på opererande och icke-opererande specialiteter.

Respektive ansvarsområde får en samlad budgetpott via flera olika penningströmmar, beroende på vilken verksamhet man har: Alla närsjukvårdsområden får en "primärvårdspeng"; alla ansvarsområden med sluten internmedicinsk verksamhet får en "peng" för sluten internmedicin etc. Budgetmedlen är *inte* öronmärkta, utan, "primärvårdspengen" kan användas till annan vård.

5 Värdering av modellens konstruktion och roll i styrningen

I detta avsnitt kommenterar och bedömer vi resursfördelningsmodellen ur olika synvinklar. De avser modellens

- grundläggande konstruktion
- kraft att påverka resursfördelningen på olika nivåer i sjukvården och dess
- samspel med landstingsledningens sannolika ambition att påverka resursfördelningen mellan olika verksamhetsområden i sjukvården

Resursfördelningsmodellens grundläggande konstruktion

Aspekter och teman diskuteras under separata rubriker: Modellens koppling till de fem närsjukvårdsområdena, valet av Ekman respektive Hjortsbergs fördelningar, användningen av rikets kostnadsfördelningar mellan primärvård, psykiatri och somatisk vård är bland de frågor som tas upp.

Kopplingen till fem närsjukvårdsområden är oklar och svår att motivera

Modellen syfte är att fördela ut budgetar i en driftsorganisation, inte att fördela resurser till fem geografiska områden med ett samlat befolknings- och finansieringsansvar. Dock, i beslutsunderlaget beskrivs modellens olika steg *som om* resurserna först läggs ut geografiskt och därefter, i sista steget, återförs till de sju ansvarsområdena. Detta är förvillande och kan skapa osäkerhet om vilken styrmodell landstinget egentligen har.

Ta till exempel NSO Falun. I budgettermer får NSO Falun resurser för att driva primärvård och även viss geriatrik. Budgetbeloppet är avsevärt mindre än kostnaden för befolkningens samlade vårdkonsumtion. Huruvida befolkningen över- eller underkonsumerar vård i länssjukvården eller psykiatrin är ingen fråga för resursfördelningsmodellen. Det kan vara en fråga för uppföljning, men påverkar inga budgetar.

Skälet till att modellen har en (skenbar) koppling till fem NSO har av en intervjuad angetts vara att arbetet med den påbörjades när beställar - utförarmodellen fanns kvar. Nu, i det nya styrsystemet, är denna koppling emellertid ologisk.

Valet av "Ekman" och "Hjortsberg" som norm för åldersfördelning

Vårdbehov och kostnader relateras enbart till individens ålder i den modell landstinget valt. Detta kan jämföras med den nationella kostnadsutjämnings så kallade standardkostnader för hälso- och sjukvård. Däri ingår även andra variabler, till exempel faktisk sjukdomsförekomst i kostnadsmässigt tunga diagnoser.

I en bilaga till Utjämningskommitténs betänkande om inkomst- och kostnadsutjämnings (SOU 2003:88, bilaga 9: "Utvärdering av sjukvårdsmodellen i landstingens kostnadsutjämnings", sidorna 177-178), behandlar man frågan om olika faktorer förmåga att förklara skillnaderna mellan landstingens sjukvårdskostnader. Lägst förklaringsgrad har modellen med enbart ålder och kön som variabler. Den förklarar 16 procent av kostnadsskillnaderna, medan dagens utjämningsmodell, inklusive variabeln "vårdtunga grupper" förklarar 46 procent av skillnaderna. Att använda enbart ålder är en förenkling, vilket medför vissa fördelar, men samtidigt minskar träffsäkerheten.

I landstingets beslutsunderlag anges som referenser till fördelningsmodellen a la "Ekman" och "Hjortsberg" artiklar i Läkartidningen. Ekman-artiklens huvudsakliga tema är ett annat än åldersmönstret i sjukvårdens kostnadsfördelning. I artikeln återges en tabell med sjukvårdskostnader per individ i olika åldersgrupper, men källan är oklar. Beskrivningen av Ekmanmodellens grundvalar är kort sagt otillräcklig. Detsamma gäller Hjortsbergs modell, för fördelning av kostnader i öppen och slutna vård.

Frågan är om inte landstinget lika gärna hade kunnat använda den av staten tillämpade fördelningsmodellen, eller en variant av denna. Statens modell analyseras och diskuteras ständigt, förändras och förhoppningsvis förbättras, i och med att den har en officiell status och tillämpas. Den uppdateras varje år. Det är möjligt att från Statistiska Centralbyrån köpa tjänsten att hålla modellen aktuell för landstinget.

Effekter av andra fördelningsmodeller än Ekman – beräkningar

Vilken skulle effekterna ha blivit om ett annat samband mellan ålder och sjukvårdskostnad valts? För att illustrera detta har vi räknat på tre alternativa modeller. Modellerna är

- ”Örebro”: En kostnadsfördelning på åldersgrupper som framräknats i Örebro-landstinget, baserad på konsumtion av vårddygn och läkarbesök. Den har använts i ett projekt som Socialstyrelsen drivit. Den kommande slutrapporten från projektet heter ”Om primärvårdens domän och strategier”.
- ”Skåne”: Region Skåne har en årlig rutin att räkna fram kostnad per individ i olika åldersklasser. Detta underlag används även i den nationella kostnadsutjämnningen. Den fördelning vi använt oss av här avser år 2000.
- ”Hjortsberg”: I landstingets fördelningsmodell används ”Hjortsberg” enbart för att fördela kostnader mellan öppen och sluten vård. Man kan även använda denna åldersfördelning som ett alternativ till ”Ekman”.

Som synes nedan pekar alla tre alternativen åt samma håll: Befolkningarna i Mellersta och Faluns NSO skulle vara berättigade till lägre total sjukvårdskostnad. I ökande grad skulle Södra, Västerbergslagen och Norra/Västra få mera resurser. Särskilt ”Hjortsberg” skulle ge Västerbergslagen (8,2 mkr) och Norra/Västra (20,5 mkr) ökade resurser. Observera att kalkylen *inte* beskriver budgeteffekter för de sju chefsområdena. I budgettermer skulle effekterna bli mindre, men i vissa fall, särskilt i fallet Hjortsberg och NSO Norra-Västra, ändå påtagliga.

Effekter av andra fördelningsmodeller än ”Ekman”. Milj kr

NSO	”Hjortsberg”	”Örebro”	”Skåne”
Södra	3,4	0,3	0,7
Västerbergslagen	8,2	2,4	2,4
Mellersta	-16,0	-5,3	-4,3
Falun	-16,1	-5,6	-4,8
Norra/Västra	20,5	8,3	6,0
Summa	0,0	0,0	0,0

Riket som norm - motiv och konsekvenser?

En mycket viktig aspekt av modellens grundläggande konstruktion är att rikets kostnadsfördelning i öppen och sluten vård mellan vårdgrenarna primärvård, psykiatri och somatisk sjukvård används. Detta bygger på uppfattningen att landstinget i Dalarna *borde ha* samma kostnadsfördelningar och därmed samma prioriteringar mellan vårdgrenar som genomsnittet av landstingen, rikets fördelning.

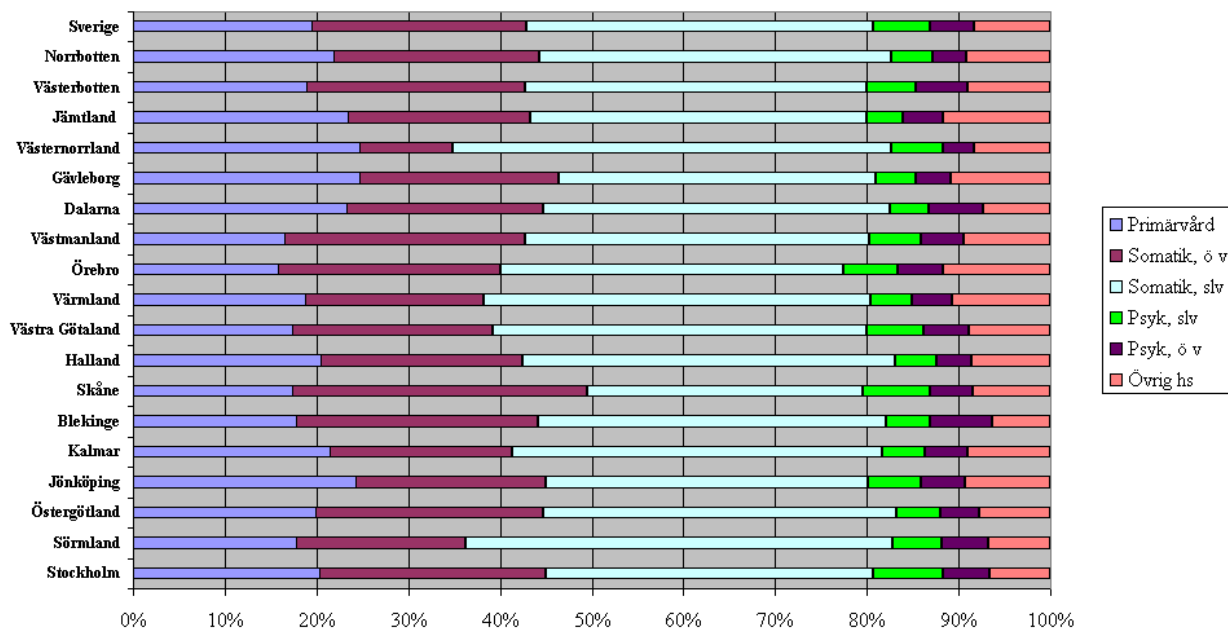
Ur en synvinkel låter detta sunt. Landstinget Dalarna borde inte behöva skilja sig från riket i övrigt. Möjligen skulle man kunna ha valt ett genomsnitt av landsting som liknar Landstinget Dalarna vad gäller geografi, befolkningsstruktur m m.

Men ur en annan synvinkel kan man ha invändningar. Varför skall Landstinget Dalarnas sjukvårdspolitiska och andra utvecklingsambitioner underkasta sig ett statistiskt genomsnitt? Vilka är egentligen argumenten för att välja ett statistiskt genomsnitt av kostnadsför-

delning mellan vårdgrenar? Borde inte denna fördelning vara ett resultat av de uppdrag man ger olika vårdgivare och grupper av vårdgivare?

Betrakta diagrammet nedan. Det påvisar variationen mellan landstingen. En viktig poäng är att det är svårt att veta vilken fördelning som är den ”bästa”, den som leder till högsta effektivitet i det samlade sjukvårdssystemet.

Vårdgrenars andel av total sjukvårdskostnad, öppen och slutenvård, 2002. Källa: Landstingsförbundet



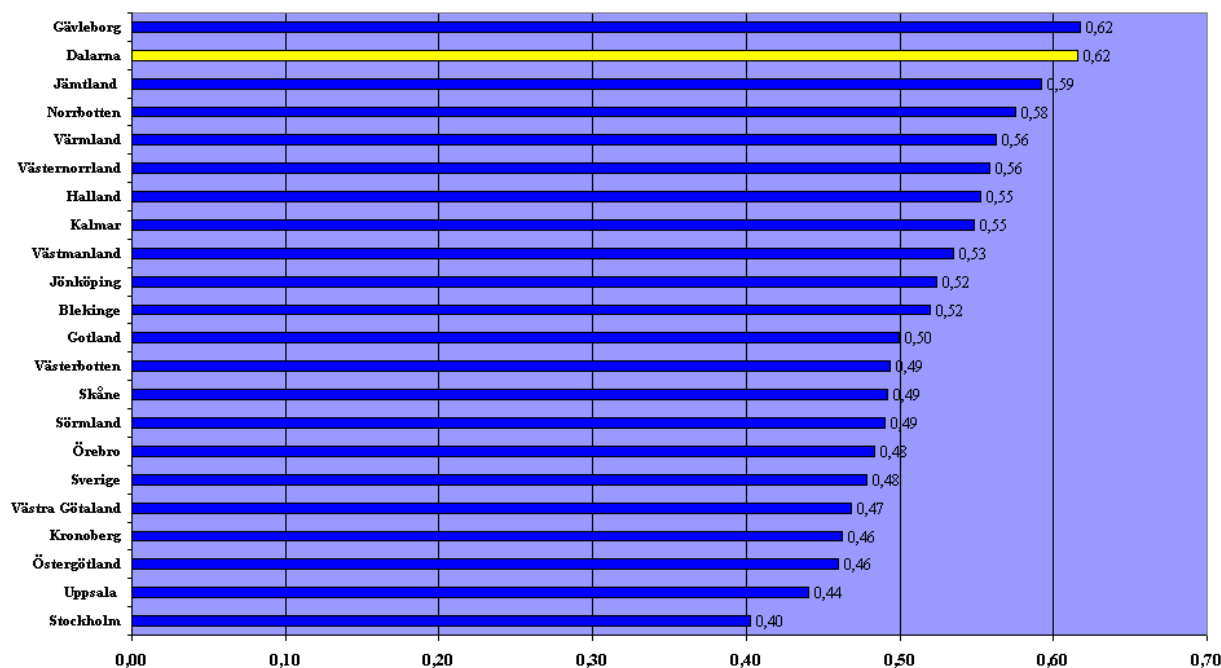
En effekt av kopplingen till rikets kostnadsfördelning är att primärvården i Dalarna sätts under tryck att minska sina resurser. Detta är en effekt av att primärvårdskostnaderna i Dalarna är högre än genomsnittet för riket.

Denna effekt kommer att förstärkas i budgeten 2005. I budget 2004 har man använt rikets kostnadsfördelning år 2001. Nu är riksstatistiken för år 2002 tillgänglig. Det visar sig att kostnaderna för primärvården ökar betydligt mindre än de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Primärvårdens andel minskar. Detta betyder, för Dalarnas del, att budgetramarna för 2005 kommer att innehålla en ännu mindre ”primärvårdspeng” än vad de gjorde för 2004.

Diagrammet nedan visar distriktsläkarbesökens andel av totala antalet läkarbesök i landstingen, enligt Landstingsförbundets statistik. Jämförelsen visar att andelen i Dalarna är hög, och antyder att primärvården har ett mera omfattande uppdrag i Dalarna än i flertalet andra landsting. Uppdraget kan ju även variera internt i Dalarna. Borde inte budgeten eller ersättningen dels på dalanivå, dels på vårdcentralsnivå, avspegla skillnader i faktiskt uppdrag, i s k självförsörjningsgrad?

Avslutningsvis – det är fullt möjligt att primärvården i Dalarna är ”för dyr” och därför borde minska sina kostnader. Men kostnadsjämförelser med rikets genomsnitt borde bara vara en faktor i en sådan diskussion. Även interna kostnadsjämförelser, uppdragets omfattning, prioriteringsaspekter med mera borde vara underlag för beslutet.

Andel läkarbesök allmänmedicin av samtliga läkarbesök, 2002. Procent



Övriga kommentarer om modellens konstruktion

Det finns några ytterligare aspekter att peka på. En är att både regionsjukvård och läkemedel i öppen vård i nuläget ligger utanför modellen. Ur ett befolknings- och "rättviseperspektiv" är det viktigt att följa upp hur regionsjukvården utnyttjas av olika befolkningar. Detsamma gäller läkemedel.

Sådan uppföljning kan ske ändå. Men det är ändå en poäng att peka på att resursfördelningsmodellen egentligen inte förutsätter att uppföljning sker av sjukvårds konsumtionen i de fem närsjukvårdsområdena. Detta trots att man i ett steg i modellen (fiktivt) fördelar ut alla sjukvårdsresurser till områdena.

En annan aspekt är att andelar av läkarbesök och vårddygn inom internmedicinsk sjukvård används vid fördelningen av kostnader mellan NSO Norra-Västra och Länssjukvården även för opererande specialiteter. Självförsörjningsgrad inom ett verksamhetsområde bör inte användas för budgetfördelningar på andra områden. Denna brist går lätt att åtgärda.

Slutligen finns det alternativ till att använda vårddygn som fördelningsnyckel mellan sjukhusen. Vårddygn fångar inte skillnader i vårdtyngd mellan sjukhusen. Möjligen är därmed Länssjukvården missgynnad i nuläget. Socialstyrelsen grupperar varje år all relevant slutenvård och även delar av öppenvården enligt DRG-systemet. Därmed kan så kallade DRG-poäng användas istället för det grövre måttet vårddygn.

Modellens fördelningskraft – illustrerande frågor och svar

I detta avsnitt försöker vi bedöma vilken fördelningskraft modellen har. Med fördelningskraft avses hur budgetar uppkommer och hur stark styrning av budgetarna modellen kan förväntas ge inom olika ansvarsområden. Vi utgår från illustrerande exempel och disku-

terar dem. Återigen, när vi använder uttrycket ”peng”, som primärvårdspeng, innebär detta inte att budgetmedel är öronmärkta.

Hur uppkommer primärvårdsbudgeten, totalt och per vårdcentral?

Modellen resulterar i en primärvårdspeng för de ansvarsområden som innehåller primärvård, således för fem stycken närsjukvårdsområden. Pengens storlek bestäms i tre steg: För det första när fullmäktige beslutar om nivån på den totala sjukvårdsbudgetens storlek och om det belopp som förs till de sju ansvarsområdena. För det andra när Dalarnas primärvårdspeng sätts till primärvårdens andel i riket av den öppna hälso- och sjukvården tre år tidigare. För det tredje genom att antal och ålder på befolkningen styr tilldelningen till de fem NSO.

Modellen säger sedan ingenting om hur fördelningen på vårdcentralsnivå sker. Uppdraget eller åtagandets omfattning (till exempel i termer av s k självförsörjningsgrad per vårdcentral) kan då komma in, men detta beror på respektive chef. Kärnan är att modellen inte tar hänsyn till detta när fördelning sker till närsjukvårdsområdena.

I praktiken har cheferna olika stort handlingsutrymme att påverka primärvårdsbudgeten. I NSO Falun bestäms fördelningen i hög grad av modellen. I NSO Norra-Västra kan chefen föra budgetmedel mellan sjukhuset i Mora och primärvården. I NSO Södra kan överföringar ske mellan psykiatri, intermedicin/geriatrik och primärvård, i NSO Västerbergslagen mellan internmedicin/geriatrik och primärvård.

Detta är en viktig och generell iakttagelse: Modellens styrande kraft beror på ansvarsområdenas innehåll. Ju flera verksamhetsgrenar chefen förfogar över, desto större möjlighet att föra budgetmedel mellan olika delar av sjukvården. Organisationens utformning påverkar på detta vis modellens reella fördelningskraft. Detta är ett problem. Dock har det varit ett medvetet val att ge cheferna möjlighet att flytta budgetmedel inom sitt ansvarsområde. Härigenom skapas lokal frihet, även om dess omfattning varierar.

Vad styr psykiatribudgetarnas storlek?

Den specialiserade psykiatrin, inkl BUP, är samlat i ett chefskap, bortsett från verksamheten i NSO Södra. NSO Södra är även beställare och finansär av den psykiatri som den egna befolkningen konsumerar i ansvarsområdet Psykiatri.

Samma samband mellan ålder och vårdbehov används för psykiatri, som för den somatiska vården. Detta kan ifrågasättas, eftersom behovet av psykiatri inte ökar med stigande ålder, generellt sett. Internt i Dalarna påverkar detta dock bara ”psykiatripengen” för NSO Södra, som troligen överkompenseras något. Man har en något äldre befolkning än dalasnittet och får härigenom mera budgetmedel.

I övrigt bestäms psykiatribudgetens storlek i Dalarna utan koppling till befolkningens ålder i olika sjukvårdsområdena. Istället kommer resurserna i två strömmar: En som avspeglar psykiatriandelen för riket i slutenvård, och en som avspeglar psykiatriandelen för riket i öppenvård. Dalarna har en äldre befolkning (andel 75 år och äldre) än rikets snitt. Detta gör att man borde konsumera mindre psykiatri än riket, men man får rikets andel. Modellen överkompenserar troligen psykiatrin. Om primärvården vidare har ett annat och mera omfattande åtagande i förhållande till patienter med psykisk ohälsa, än det som gäller i riket, kompenserar modellen inte för detta.

Det politiska beslutet om nivån på den totala sjukvårdsbudgeten bestämmer psykiatribudgetens storlek. Då genereras en budget för psykiatri, på basis av de kostnadsandelar som psykiatri hade i riket tre år tidigare - för 2004 används uppgifter avseende 2001. Landsstyrelsens prioriteringar eller arbetsfördelningen mellan primärvård och psykiatri påverkar inte budgetens storlek.

Vad styr budgetfördelningen inom Länssjukvården och i NSO Norra-Västra?

I vilken mån styr modellen till exempel kvinnosjukvårdens budgetar i Mora och Falun? Fullmäktige fattar beslut om den samlade sjukvårdsbudgetens storlek. Nästa fördelning avser den somatiska vårdens kostnadsandel i förhållande till psykiatri och primärvård. Därefter sker en fördelning mellan opererande specialiteter och icke-opererande. Slutligen sker en fördelning mellan NSO Norra-Västra (Mora) och Länssjukvården (Falun), utifrån den internmedicinska verksamhetens konsumtionsandelar (läkarbesök, vårddygn).

Där upphör resursfördelningsmodellens fördelningar. Respektive chef får en peng som avser bland annat kvinnosjukvårdens verksamhet. Men de specifika budgetarna för kvinnosjukvård, kirurgi respektive ortopedi bestäms inte av modellen, utan i den lokala budgetprocessen. Efter vad som framkom under intervjuer används i nuläget (2004 års budgetar) inte modellens fördelningsprinciper i denna lokala budgetprocess. Cheferna har även möjlighet att föra medel mellan opererande och icke-opererande specialiteter.

Hur hanteras olika självförsörjningsgrader och övervältring av patienter?

Med "självförsörjningsgrad" brukas avses hur stor del av det egna upptagningsområdets behov de lokala vårdgivarna täcker. Frågan rör, i en vidare mening, i vilken mån vårdgivarna uppfyller det åtagande man enligt budgettilldelningen tänkes ha.

Ta den akuta internmedicinen. Det finns fyra vårdgivare i Dalarna, medicinklinikerna i Falun, Avesta, Ludvika och Mora. Modellen tar i detta fall hänsyn till självförsörjningsgraden. Drar Falun ned på sitt åtagande och detta medför att patienter överförs till de tre andra klinikerna, så överförs i nästa års budget medel till dessa närsjukvårdsområden. Samma direkta mekanism finns inte för kirurgin i Mora och Falun, men kan skapas.

Ett ytterligare exempel: Antag att primärvården i Falun hanterar sitt budgetbeting genom att i ökad utsträckning remittera ifrån sig patienter till sjukhusets läkare. Man får som resultat av detta en annan "självförsörjningsgrad" vad gäller läkarbesök, än vissa andra delar av Dalarna. Dessa skilda åtaganden och denna "övervältring" av patienter hanteras inte av modellen. Det finns ingen mekanism som kopplar samman primärvårdens åtagande med resurstilldelningen.

Generellt sett kan sägas att modellen bygger på *kostnadsfördelningar*, inte på beskrivning av uppdrag och åtagande i termer av sjukvårdstjänster. Förskjutning av åtaganden hanteras enbart i vissa fall. Övervältring av patienter mellan vårdgrenar hanteras inte av modellen.

Hur upptäcks och utjämnas produktivitetsskillnader av modellen?

Modellen sätter generellt sett inte skillnader i produktivitet (kostnad per prestation) mellan enheter i fokus. För *primärvården* anges en peng per invånare och ålder som kostnadsmåttstock för de olika närsjukvårdsområdena, som cheferna kan inspireras av. Inga mått på prestationer ingår i modellen. *Psykiatrins* budget är i princip en konsekvens av en ren kostnadsfördelning utan att bedömning av produktivitet sker.

Produktivitetsskillnader inom *internmedicin/geriatrik* upptäcks i modellen, eftersom det finns chefsområden som har stor andel internmedicin/geriatrik. Kostnader utjämnas troligen, men inte nödvändigtvis fullt ut, eftersom alla chefer har möjligheter att föra medel mellan vårdgrenar.

Men dessa skillnader i produktivitet är kända redan tidigare. Ta exemplet internmedicin i Avesta och Ludvika, som har likartad patientmix. Landstinget har för båda verksamheterna räknat fram en förkalkylerad självkostnad per vårddygn. Denna prislista finns tillgänglig. Ett överslag visar att om Ludvika har samma antal vårddygn som idag, men hade haft Avestas kostnad per vårddygn, skulle kostnaderna för Ludvika ha varit knappt 20 miljoner lägre. (Viss försiktighet i tolkningen kan vara befogad – skillnaden i pris per vårddygn förefaller misstänkt stor)

Produktivitetsskillnader inom *opererande specialiteter* fokuseras i liten grad och på en för grov nivå för att ha någon styrkraft på kliniknivå. För Länssjukvården, som inte har någon primärvård, är den dominerande effekten att man drar nytta av den allmänna överföringen av budgetmedel från primärvården. Denna omfördelning är sannolikt viktigare än de som eventuellt uppkommer som följd av kostnadsskillnader mellan de opererande verksamheterna i Falun och Mora.

Några slutsatser är att

- modellen sätter ljuset på produktivitetsskillnader bara indirekt och grovt, och främst på några områden, inte generellt
- det är enklare och mera tydligt att göra direkta jämförelser av produktivitet, än att härleda sådana skillnader ur modellens budgetutfall

Hur upptäcks och utjämnas över- och underkonsumtion av modellen?

Vårdkonsumtion beskrivs i sjukvården genom att man relaterar de konsumerade sjukvårdstjänsterna (mätt genom besök, vårdtillfälle, vårddygn m fl mått) till befolkningens storlek och ålder i olika geografiska områden. Befolkningars förväntningar, olika vårdkulturer och utbudet på sjukvård kan ge upphov till variation i vårdkonsumtion.

Skillnader i vårdkonsumtion inom Dalarna kan till exempel förekomma för olika planerade behandlingar. Tillgång på operations- eller behandlingsresurser och närhet till diagnostik kan påverka. Om annat än vårdbehov tillåts styra vilken vård som ges, utgör detta ett rättviseproblem.

Modellen använder sig bara vårdkonsumtionsuppgifter (inom internmedicinsk verksamhet) som stöd för kostnadsfördelningar. Den sätter därmed heller inte sökarljuset på skillnader i vårdkonsumtion inom landstinget, och bidrar således egentligen inte till att utjämna dessa.

Hur påverkar sammanslagning av Länssjukvård och NSO Norra/västra?

Dessa båda områden fick i april 2004 en gemensam chef. Antag att landstinget vill gå vidare och formellt lägga samman dessa båda ansvarsområden till ett. Chefen får då möjligheter att föra budgetmedel mellan de båda sjukhusen. Vad händer då med modellens fördelande kraft?

En aspekt är att det nya ansvarsområdet tillsammans blir mycket stort. Även om primärvården i NSO Norra-Västra exkluderas, uppgår verksamheten till över 50 procent av den

sjukvårdsbudget som fördelas via resursfördelningsmodellen. Ju färre enheter som modellen fördelar medel till, desto mindre blir modellens styrande eller utjämnande kraft.

Ett nytt, sammanslaget ansvarsområde skulle innehålla budgetmedlen för alla opererande specialiteter. Ur den samlade ”dalapengen” för somatisk sjukvård skulle enbart kostnader för internmedicin och geriatrik fördelas ut till Ludvika och Avesta. Resten skulle ligga kvar i ett stort ansvarsområde.

Resursfördelningsmodellen har idag en viss utjämnande effekt, genom resurstillflödet till de båda ansvarsområdena. Man får till exempel en ”peng” för slutna vård inom opererande specialiteter, som bland annat är baserad på åldern hos befolkningen i upptagningsområdet. Vid en sammanslagning försvinner denna utjämnande effekt ur själva modellen. Viktiga resursfördelnings- och prioriteringsbeslut skulle fattas *inom* detta stora ansvarsområde, utom räckhåll för budgetbeslut på landstingsledningsnivå. Till denna frågeställning vänder vi oss nu.

Beslutsfattarperspektivet: Vad kan landstingsledningen besluta om?

Exemplen i detta avsnitt är hypotetiska fall. De är konstruerade för att belysa en särskild aspekt, nämligen beslutsfattarnas möjlighet att fatta olika resursfördelningsbeslut. Vilka beslut om prioriteringar och effektiviseringskrav ”tillåter” modellen? Exemplen är konstruerade, men realistiska.

Fall 1: Stat och landstingsledning vill öka resurserna till psykiatri

Antag att resursbehovet inom psykiatri i Dalarna bedöms vara stort och att landstingsstyrelsen därför vill öka resurserna där. Dessutom vill staten, i detta scenario, öronmärka ökade statsbidrag till psykiatri.

Landstingsledningens ambition att genom budgetbeslut öka psykiatrins kostnadsandelar stöds inte av modellen. Landstinget Dalarna har genom modellen förbundit sig att ha samma kostnadsandel som riket. Beslut i annan riktning innebär att avsteg från modellen görs.

Statliga öronmärkningar av medel kan vara förenliga med modellen. Även rikets kostnadsandelar kommer ju då att ändras på sikt. Men det finns ett timing-problem: Staten vill att budgetbesluten för *kommande* år skall förändras, medan resursfördelningsmodellen bygger på *tidigare* års kostnadsandelar. Detta går att hantera med särlösningar, men modellen måste modifieras.

Fall 2: Kvinnosjukvården bedöms ha för hårda prioriteringar

Antag att kvinnosjukvården i Dalarna efter jämförelser med andra delar av Sverige bedöms ha för hårda prioriteringar: Behov tillfredställs inte, vårdinsatser med säkerställd patientnytta ges i för liten utsträckning. Väntetider är för långa. Landstingsledningen vill agera. Vilka handlingsalternativ har man?

Man kan be verksamhetscheferna att ta fram handlingsplaner som medför ökad verksamhetsvolym. Om denna kan finansieras genom ökad produktivitet i kvinnosjukvården är problemet löst. Detsamma gäller om chefen för de berörda ansvarsområdena för över budgetmedel till kvinnoklinikerna genom interna omfördelningar, utan större negativa effekter

för andra patientgrupper. Om inte detta kan ske, uppstår frågan hur kvinnosjukvården skall tillförsäkras öronmärkta resurser.

Modellen stödjer inte beslutsfattande på landstingsledningsnivå, när det gäller att fördela resurser till kvinnosjukvården. Öronmärkta tillskott skulle behöva gå vid sidan av den.

Fall 3: Produktivitetjämförelse visar att kirurgin i Dalarna är onödigt dyr

Ett likartat förhållande gäller för scenariot att stora produktivitetsskillnader påvisas mellan kirurgisk verksamhet i Dalarna och i näraliggande landsting. Samma verksamhetsvolym bedöms kunna fås till 10 miljoner kronors lägre kostnad. De berörda klinikcheferna delar denna bedömning, genomför rationaliseringar och frigör 10 miljoner kronor.

Landstingsledningen brottas samtidigt med ett växande underskott i läkemedelsbudgeten, som följd av den ökande användningen av dyra, men effektiva, läkemedel vid reumatisk sjukdom. Frågan väcks: Kan man flytta de 10 frigjorda miljonerna från kirurgin till läkemedelsbudgeten?

Resursfördelningsmodellen stödjer inte en sådan överföring. Man kan minska den ram som går in i modellen med 10 miljoner och lägga dessa i läkemedelsbudgeten. Men då minskas även resurserna för primärvård, psykiatri och de internmedicinska verksamheterna i Avesta och Ludvika. Orsaken till detta är att modellens fördelning mellan vårdgrenar är låsta av kostnadsandelarna i riket.

Fall 4: Revisionsrapport påvisar stora brister i vård av kronikergrupper

Antag att en revisionsrapport påvisar stora brister i omhändertagandet av vissa stora kronikergrupper i Dalarna. Dessa patienter är samtidigt potentiella högkonsumenter av sjukvård. De svarar för en betydande andel av de totala sjukvårdskostnaderna. Landstingsledningen vill därför förbättra kvaliteten i vården av patienter med kroniska sjukdomar.

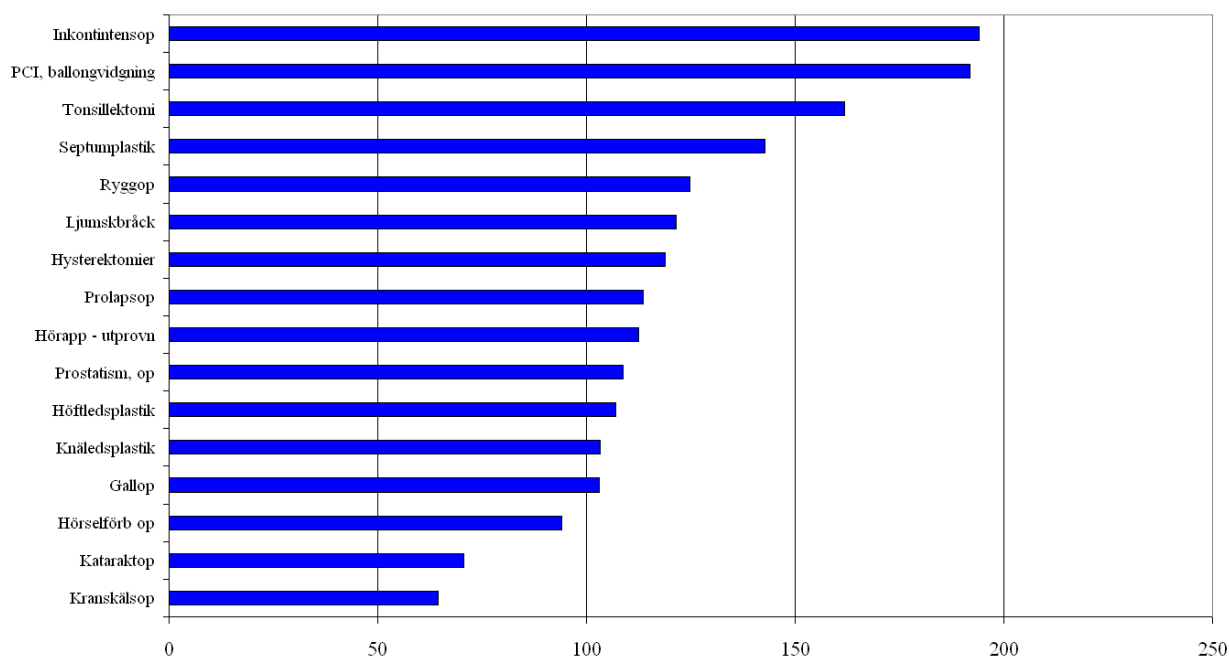
Konkreta förslag om detta väcks. De innebär att primärvårdens åtagande påtagligt ökar. Man gör bedömningen att bättre vårdinsatser i primärvården kan minska slutenvårds-konsumtionen betydligt. Resurser från specialiserad somatisk vård borde därför föras över till primärvården. Men omfördelningar mellan vårdgrenar stöds inte av modellen. Det krävs särlösningar, eller att modellen modifieras.

Fall 5: Jämförelse påvisar omedvetna prioriteringar i väntetidsdiagnoser

Antag att Landstingsförbundet publicerar en nationell jämförelse av de olika landstingens konsumtion i de mest omtalade väntetidsdiagnoserna. Stora variationer inom landstingen påvisas. (Jämförelsen existerar. Brister i data gör den dock osäker) För Dalarna visar jämförelsen - se diagram nedan - att man har en hög konsumtion vid vissa sjukdomar, men en låg konsumtion vid andra, jämfört med riket.

Landstingsledningen vill i detta scenario först göra en analys, till exempel belysa sambandet mellan vårdkonsumtion och väntetider. Man vill därefter besluta om den långsiktiga konsumtionsnivå landstingets befolkning bör ha, för de olika behandlingarna och operationerna. Detta kan betyda att budgetmedel behöver flytta mellan olika specialiteter.

Konsumtionsprofil för 16 väntetidsdiagnoser, Dalarna 2001. Index, riket =100
(Antal behandlingar i förhållande befolkning i relevanta åldrar)



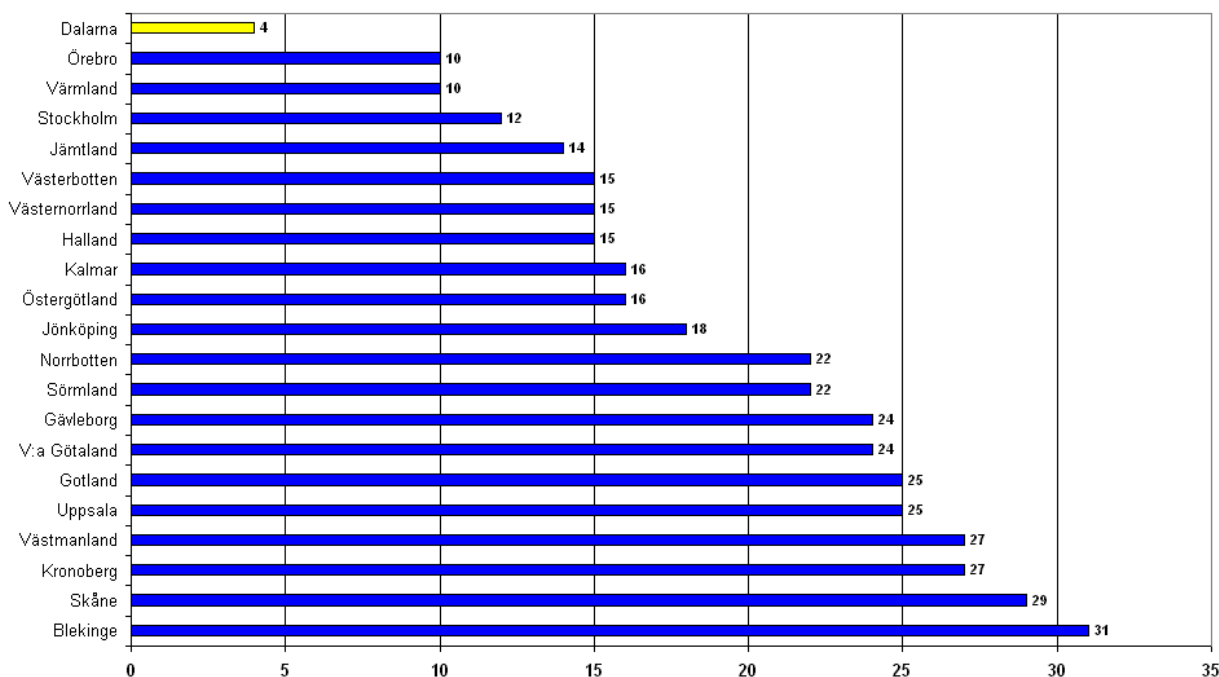
En möjlighet är att landstingsledningen fattar ett principbeslut, och ålägger de berörda cheferna att fördela om budgetmedel. I nuläget ligger budgetmedlen i två ansvarsområden, Länssjukvården och NSO Norra-Västra. Resursöverföringar mellan chefsområden stöds inte av modellen. Om dessa två områden slås samman till ett område kommer saken i annat läge. Då skulle chefen kunna disponera om i den samlade budgeten.

Fall 6: Ortopedin i Dalarna inför nytt vårdprogram vid höftfraktur

Betrakta diagrammet nedan. Det visar att Dalarna (under 2001) förefaller ha en klart avvikande praxis vid omhändertagande av patienter med höftfraktur. I andra landsting plastiker ortopederna i högre grad denna patientgrupp. Man anser att resultatet för patienten blir bättre. Dock är insättande av höftprotes dyrare än metoden att med spikning laga den gamla leden.

I detta scenario uppmärksammas frågan av landstingsledningen. Diskussioner med ortopedens företrädare resulterar i att ortopederna i Dalarna ökar andelen plastikoperationer vid höftfraktur. Kostnaderna ökar. Hur skall detta finansieras? Läget är detsamma som vid kvinnosjukvårdsexemplet ovan – modellen stödjer inte öronmärkta omfördelningar.

Andel plastikopererade (DRG 209) av alla höftfrakturpatienter 2001, procent. Källa: Patientregistret



7 Sammanfattande bedömning och förslag

Vi stödjer den allmänna ambitionen bakom resursfördelningsmodellen, nämligen målet att etablera stabila grundvalar för sjukvårdens resursfördelning. Det är viktigt att betona detta, eftersom vi i denna rapport har redovisat olika kritiska synpunkter på modellen. Vi summerar här de viktigaste inslagen i vår bedömning och ger förslag och rekommendationer.

Sammanfattande bedömning av modellens konstruktion och användning

Vad gäller resursfördelningsmodellens konstruktion vill vi peka på följande:

- Att fiktivt först ”lägga ut” modellens samlade budgetmedel till fem närsjukvårdsområden är ett uttryck för en mental koppling till en sjukvårdsorganisation som inte längre finns; den är ologisk och kan ge upphov till felaktiga tolkningar av vilket styrsystem som gäller i landstinget.
- Valet av ”Ekman’s” fördelning av kostnader på åldersgrupper kan diskuteras. Om modellen skall bestå, bör landstinget undersöka effekterna av att använda den statliga kostnadsutjämningsmodell och dess variabler, bland dem faktisk sjukdomsförekomst i befolkningen.
- Användandet av rikets genomsnitt vid fördelning mellan primärvård, psykiatri och somatisk sjukvård bör ifrågasättas. Om modellen skall bestå bör landstinget efter egen värdering och utformning av uppdrag inom vårdgrenarna årligen besluta om vilken fördelning som skall användas.
- Det är inte lämpligt att använda uppgifter hämtade från internmedicinsk verksamhet, när resurser fördelas mellan opererande specialiteter mellan ansvarsområden.

De viktigaste slutsatserna berör dock inte modellens ”tekniska” konstruktion. Kärnfrågorna är enligt vår bedömning istället i vilken mån modellen stödjer eller hämmar sjukvårdsstyrningen i allmänhet. Vi vill peka på följande:

- Modellen ger *både den politiska ledningen och tjänstemannaledningen en mer underordnad roll*, än den som följer av den nya organisationen. Modellen begränsar landstingsledningens möjligheter att fatta övervägda prioriterings- och resursfördelningsbeslut. Den bidrar därmed inte till att utveckla den nya organisationens fulla potential.
- *Uppdragets och tjänsternas omfattning och inriktning* för olika vårdgivare och organisatoriska enheter kommer i bakgrunden. Modellen fokuserar *kostnadsfördelningar* i alltför hög grad. Att bättre beskriva sjukvårdens tjänster och vårdgivares uppdrag är en viktig utvecklingsfråga. Modellen stimulerar dock inte detta.
- Vare sig befolkningens *sjukvårdskonsumtion* eller *produktiviteten* hos vårdgivarna uppmärksammas i nämnvärd grad av modellen. De fördelningar som tillämpas är som regel för grova för att ha någon utjämnande kraft avseende vårdkonsumtion och produktivitet på exempelvis kliniknivå. Modellen uppmuntrar därmed heller inte till analys av vårdkonsumtion och produktivitet.

Vår samlade slutsats är att modellen egentligen inte skulle behövas, när landstingsledningen etablerat den styrning som, enligt vår tolkning, är avsikten med den nya organisationen. Då skall en klarare koppling mellan uppdrag, effektiviseringskrav och budgettilldelning ha etablerats, i princip i hela sjukvårdsorganisationen.

Likaså gör vi bedömningen att landstingsledningen i olika praktiska beslutssituationer kommer att ha svårt att acceptera de begränsningar för beslutsfattandet som modellen medför. Alltför många viktiga beslut blir i modellen enbart en fråga för cheferna för de olika ansvarsområdena.

Förslag och rekommendationer

De förslag som här ges innebär ett successivt överskridande av resursfördelningsmodellen, och att den ersätts av andra beslutsunderlag i budgetprocessen. Förslagen är förenliga med den linjeorganisation som idag gäller. Frågan om vilka resursfördelningsbeslut som skall fattas av landstingsstyrelsen respektive av tjänstemannaledningen berörs inte.

1 Definiera uppdrag och budgettilldelning längre ut i organisationen

De sju ansvarsområdenas budgetar bör komponeras underifrån. Landstingsledningen bör *tillsammans* med respektive chef driva en budgetprocess och uppföljningsdialog gentemot klinik- och vårdcentralschefer. Successivt bör uppdrag och krav på effektivitet preciseras, utifrån de kostnadsramar landstingsfullmäktige beslutat om. Budgeten för respektive av de sju ansvarsområdena blir då en summering av de ingående enheternas budgetar, till exempel kirurgkliniken i Mora, kvinnokliniken i Mora etc.

Fokus i uppdragsstyrningen, budgetprocess och uppföljningsdialog kommer att förändras. Budgetfördelningen *inom* ansvarsområdena kommer i ökad utsträckning att tas upp till diskussion upp till den gemensamma landstingsledningen. Respektive chef kommer att få sin verksamhet genomlyst av andra och av landstingsledningens gemensamma analys- och uppföljningsfunktion.

2 Koppla budgetar till uppdrag, krav på produktivitet och kvalitet

Successivt bör allt bättre strukturerade och jämförbara kunskapsunderlag tas fram, till stöd för budgetbeslut och beskrivning av mer preciserade och uppföljningsbara uppdrag. Jämförelser av vårdkonsumtion, produktivitet och även av kvaliteten i den givna vården bör göras. I princip bör det vara ett mål att en utbyggnad av till exempel gymmottagningen i Mora skall kunna ställas mot en satsning på öppenvårdsteam inom BUP.

Beslutsunderlagen kommer aldrig att bli perfekta, men motiveringarna för budgetbesluten kan blir avsevärt bättre än idag. Sjukvårdssystemet bör bli mera genomskinligt.

3 Utveckla sätten att beskriva och följa upp hälso- och sjukvården

Landstinget Dalarna bör sträva efter att befinna sig vid den nationella utvecklingsfronten, när det gäller att tillämpa sätt att beskriva och följa upp sjukvårdsverksamheten. Detta innebär bland annat

- att sjukvårdens tjänster bör fokuseras och beskrivas på annat vis än genom vårdtillfällen, vårddygn och läkarbesök. En snabb nationell utveckling sker nu vad gäller DRG. Även för psykiatrisk sjukvård utvecklas nya beskrivningssystem. Till denna utveckling bör landstinget ansluta sig.
- att resursförbrukningen i hälso- och sjukvården skall kunna knytas till sjukvårdens processer och de tjänster som patienterna får i dessa, inte bara till organisatoriska enheter. Landstinget bör överväga att etablera patientrelaterad redovisning, så kallad KPP-redovisning (= kostnad per patient).
- att medverkan i kvalitetsregister och information från dessa blir en naturlig del av uppföljningsdialogen.

Landstinget bör, i den mån detta inte skett i samband med den nya kansliorganisationens tillkomst, ta fram en handlingsplan för i vilken riktning uppföljningsarbetet skall utvecklas. Ett viktigt syfte är att analys- och uppföljningsinsatser skall öka landstingsledningens styrkapacitet, till exempel avseende budget- och verksamhetsplaneringsprocessen.

4 Stärk uppföljningskapaciteten, synliggör ansvaret för uppföljning och analys

Att utveckla uppföljnings- och analyskapaciteten är ett arbetskrävande och långsiktigt arbete. Landstinget bör etablera en väl dimensionerad funktion i den nya administrativa organisationen med denna roll. Då skulle också ansvaret för detta strategiska utvecklingsområde och ledningsstöd synliggöras.