

HANDELSHÖGSKOLAN
vid Göteborgs Universitet
Företagsekonomiska Institutionen
Ekonomistyrning

01/02:61

Ekonomistyrning av slutenvården inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset

– En fallstudie om Västra Götalandsregionens tillämpning av DRG, som grund för
prestationsersättning för slutenvård, i beställar-/utförarorganisationen

Grupp: Marika Fixell, 660616
Gunilla Ström, 710623
Inlämningsdag: 2002-05-31

Handledare: Hossein Pashang

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

KAPITEL 1.....	5
1.1. INLEDNING.....	5
1.2. BAKGRUND.....	6
1.2.1. <i>Den offentliga sektorns framväxt och utveckling</i>	6
1.2.1.1. Budget som styrmedel.....	6
1.2.1.2. Målstyrning.....	7
1.2.1.2.1. Beställarstyrning.....	8
1.2.2. <i>Professionella organisationer</i>	8
1.2.3. <i>SU:s organisation inför 2000-talet</i>	10
1.2.3.1. Beställar-/utförarmodellen i Västra Götalandsregionen.....	10
1.2.3.2. Prestationsersättning med DRG.....	11
1.3. PROBLEM.....	12
1.4. SYFTE.....	12
1.5. AVGRÄNSNING.....	12
KAPITEL 2.....	13
2.1. TEORI.....	13
2.1.1. <i>Framväxt och tillämpning av DRG</i>	13
2.1.1.1. DRG i USA.....	14
2.1.1.2. DRG i Sverige.....	14
2.1.1.2.1. En studie kring prestationsersättning i Sverige.....	14
2.1.1.2.2. Prestationsersättning och DRG i Sörmlands landsting.....	14
2.1.1.2.3. DRG i Västra Götalandsregionen.....	15
2.1.2. <i>Framväxt och tillämpning av beställar-/utförarmodellen</i>	16
2.1.2.1. Prioriteringar.....	17
2.1.2.2. Praktiskt försök i Enköping/Häbo 1993-1994.....	18
2.1.2.3. Beställar-/utförarmodellen i Bohuslandstinget.....	19
2.1.3. <i>DRG-modellen i samband med en beställar-/utförarorganisation</i>	20
2.1.3.1. Vårdöverenskommelse.....	20
KAPITEL 3.....	21
3.1. METOD.....	21
3.1.1. <i>Datainsamling</i>	21
3.1.1.1. Litteratur.....	21
3.1.1.2. Intervjuer.....	21
3.1.1.3. Källkritik.....	22
3.1.2. <i>Databehandling</i>	23
KAPITEL 4.....	24
4.1. RESULTAT AV INTERVJUUNDERSÖKNING.....	24
4.2. RESULTAT AV LITTERATURSTUDIEN.....	24
4.3. ANALYS.....	26
KAPITEL 5.....	27
5.1. RESULTAT AV INTERVJUUNDERSÖKNING.....	27
5.2. RESULTAT AV LITTERATURSTUDIEN.....	28
5.3. ANALYS.....	29
KAPITEL 6.....	30
6.1. RESULTAT AV INTERVJUUNDERSÖKNING.....	30
6.2. RESULTAT AV LITTERATURSTUDIE.....	31
6.3. ANALYS.....	33

KAPITEL 7.....	34
7.1. DISKUSSION.....	34
7.1.1. Otydliga roller.....	34
7.1.1.1. Ägarstyrelsens roll.....	35
7.1.1.2. Beställarstyrelsens roll	35
7.1.1.3. Utförarstyrelsens roll.....	35
7.1.2 Synpunkter på DRG-systemet.....	36
7.1.3. Rapportens svagheter.....	36
7.1.4. Förslag på vidare studier.....	36
KÄLLFÖRTECKNING.....	37

BILAGOR

BILAGA 1. INTERVJUGUIDE.....	1
BILAGA 2. INTEVJUUTSKRIFTER.....	3
BILAGA 3. RIKTLINJER FÖR PRIORITERINGAR.....	43
BILAGA 4. DRG-PRISER INOM VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN.....	44

KAPITEL 1

I det inledande kapitlet presenteras Sahlgrenska universitetssjukhuset och några av de ekonomiska styrproblem som finns inom Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård. För att belysa problemens komplexitet beskrivs den svenska sjukvårdens framväxt och utveckling ur ett ekonomistyrningsperspektiv. Förutom att sjukvårdens ekonomiska förutsättningar förändrats över tiden har också aktörerna givits nya roller. Allt större krav på kostnadsmedvetenhet ställer stora krav på prioriteringar och det är ibland svårt att förena olika aktörers intressen. Mot denna bakgrund framlägger vi vårt syfte med rapporten och de problem den är avsedd att besvara.

1.1. INLEDNING

Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) bildades den första januari 1997 och är nordeuropas största sjukhus. I SU ingår de tre tidigare fristående sjukhusen Sahlgrenska, Östra och Mölndal och här bedrivs den huvudsakliga verksamheten. SU svarar för bassjukvården för storgöteborgs cirka 700 000 invånare samt regionsjukvården för cirka 1,7 miljoner västsvenskar. Dessutom har SU kliniker med spjutspetskompetens inom ett flertal områden dit patienter från hela landet kan remitteras.¹ Sammanslagningen av de tre sjukhusen var redan under planeringsstadiet ifrågasatt och diskuterades flitigt. Det rådde delade meningar om sammanslagningen verkligen skulle gagna sjukvården. Förändringsarbetet genomdrevs emellertid men debatten fortgick och allt sedan starten har SU dragits med stora problem, såväl ekonomiska som organisatoriska. På fem år har redan fyra sjukhusdirektörer slutat och år 2001 tillsattes den femte i ordningen. Under dessa fem år har SU dessutom genomgått ett flertal omorganisationer. Upprepade chefsbyten och omorganisationer har bidragit till svaga ekonomiska utfall och stora svårigheter att nå budgetmål.² Ett kärvat ekonomiskt läge och ständigt pågående förändringar har medfört ett utbrett missnöje bland SU:s anställda och många har tappat förtroendet för sjukhusledningen.

Den ständigt pågående debatten och den skarpa kritik som ofta riktas mot SU och dess ledning har väckt både förundran och intresse hos oss. Vi ställer oss frågande inför ledningens till synes oförmåga att ens på kort sikt kunna stabilisera verksamheten och skapa förutsättningar för arbetsro inom organisationen. Vår avsikt är att närmare studera delar av den ekonomistyrning inom SU som rör slutenvården³ för att om möjligt finna komponenter som bidrar till den negativa ekonomiska utvecklingen. Egna erfarenheter från såväl SU som andra sjukvårdsorganisationer har bidragit till vårt engagemang i denna fråga.

¹ SU:s hemsida: <http://www.sahlgrenska.se/> (2002-04-04).

² Ur artikel i TT Nyhetsbanken, *Omorganisation och chefsbyten bakom Sahlgrenskas förlust*, (2001-12-06).

³ Slutenvård innebär vård på sjukhus.

1.2. BAKGRUND

För att öka förståelsen för dagens styrproblem inom den offentliga sektorn gör vi en tillbakablick på dess framväxt och utveckling. Vi behandlar budgetstyrningens utveckling och det faktum att denna styrform idag ifrågasätts och i vissa fall ersätts med en köp-/säljmodell⁴. Vidare behandlar vi den komplicerade situation som uppstår när professionella organisationer tvingas använda företagsekonomiska effektivitetsmått. Därefter beskriver vi de komplicerade förhållanden som karaktäriserar professionella organisationer i allmänhet och avslutningsvis följer en inblick i SU:s organisation och de specifika styrproblem som finns här.

1.2.1. Den offentliga sektorns framväxt och utveckling

Tanken om en välfärdsstat växte fram redan under perioden mellan de två världskrigen men realiserades först under femtiotalet. Sveriges industrialisering, från 1850 och framåt, tillsammans med vårt lands neutralitet under de två stora krigen innebar att Sverige hade ett mycket gynnsamt ekonomiskt utgångsläge. BNP per capita var mer än dubbelt så högt som genomsnittet för de europeiska länderna och därmed högst i Europa.⁵ Den offentliga sektorns framväxt stöttades av i stort sett alla samhällsgrupper och de kritiska rösterna var få. Det samförstånd som fanns mellan den politiska och ekonomiska makten kom att kallas för *Den svenska modellen*. Expansionen av den offentliga sektorn krävde många anställda och sektorn blev starkt centraliserad genom att många beslut fattades i de stora ämbetsverken i Stockholm. Finansieringen skedde genom allt högre skatter och den offentliga sektorn växte sig större i Sverige än i andra västeuropeiska länder. För att möjliggöra skattefinansiering genomfördes indelningsreformer i syfte att skapa bärkraftiga kommuner avseende ekonomiska och personella resurser.⁶ Femtiotalets Storkommunreform utvecklades under sextiotalet genom Kommunblocksreformen.⁷

1.2.1.1. Budget som styrmedel

Under mitten av femtiotalet genomfördes en förändring av budgeteringsmodellen inom offentlig förvaltning. Den gamla modellen byggde på äskanden ifrån de olika förvaltningarna och kommunallagen fastslog att de utgifter som inte kunde täckas på annat sätt skulle finansieras genom högre skatter. Den nya budgetmodellen innebar i stället att skattesats och upplåning fastslogs i förväg och tillsammans utgjorde det en totalram. Utifrån den fastställda totalramen fick förvaltningarna i uppdrag att ta fram egna budgetförslag. Genom rambudgeten infördes således ett utgiftstak och varje förvaltning hade att hushålla med sina respektive tilldelade medel.⁸

Under sextiotalet växte den offentliga sektorn avsevärt med ett kraftigt ökat skatteuttag som följd. Grunden till dagens ekonomiska problem inom sjukvården kan till stor del härledas till denna period då basen för den omfattande sjukvårdsstrukturen utvecklades. I takt med att Sveriges BNP per capita steg släppte många ekonomiska restriktioner och många stora, till synes planlösa,

⁴ I Västra Götalandsregionen kallas köp-/säljmodellen för beställar-/utförarmodellen.

⁵ Rojas. M. (1999, s. 55).

⁶ Jönsson. S. (1988, s. 7ff).

⁷ Wallin. G., Andersson. H.G., Andrén. N. (1973, s. 38).

⁸ Jönsson. S. (1988, s. 61).

investeringar gjordes inom sjukvården. Många beslutsfattare inom olika kärnverksamheter saknade i hög grad kostnadsmedvetenhet.⁹ I mitten av sextioalet tenderade budgetprocessen att bli mer inriktad på planering i form av programbudgetering. Tanken var att genom heltäckande och långsiktig planering öka effektiviteten i verksamheten. Genom programbudgetering försökte den privata sektorns målorienterade beteende efterliknas för att appliceras på den offentliga sektorn. Den operativa verksamheten skulle styras genom rationella beslut. Programbudgetering tillämpades främst inom det amerikanska försvaret men även i Sverige förekom försök inom olika myndigheter från 1968. Denna modell fick dock inget egentligt genomslag och en viktig anledning till detta torde vara att modellen förutsätter en viss politisk stabilitet för att de långsiktiga planerna skall kunna förverkligas.¹⁰

Mauricio Rojas beskriver i sin bok *Efter folkhemmet* tre oroande förändringar i den svenska samhällsutvecklingen som ägde rum inför sjuttioalet. Dessa förändringar kom på sikt att påverka de tillväxtgenererande mekanismer som kännetecknat svenska förhållanden under efterkrigstiden. Den första förändringen var att industrisysselsättningen började krympa. Det här var första tecknet på en förskjutning från industrisamhälle till tjänstesamhälle, en process som förr eller senare äger rum i alla industrialiserade samhällen. Den andra förändringen rör lönebildning och transfereringssystem. Transfereringssystemet möjliggjorde arbetsfria inkomster och hade en mycket negativ effekt på Sveriges ekonomiska utveckling. Den tredje och avgörande förändringen är den kraftiga expansionen av den offentliga sektorn.¹¹ De ekonomiska problem som grundlagts redan under sextioalet kom till ytan och förstärktes under sjuttioalets krisår. I Sverige gjordes emellertid försök att bromsa lågkonjunkturen genom den s.k. överbrygningspolitiken och sjukvården var en av de offentliga verksamheter som tillfördes ytterligare medel. I slutet av sjuttioalet gjordes försök att hålla tillbaka expansionen av den offentliga sektorn genom införandet av nollbasbudgetering. Nollbasbudgetering är en utveckling av programbudgetering och kräver en djupare analys av alla aktiviteter som skall presteras. Verksamheten delas upp i minsta verksamhetsområde där varje krona måste motiveras varpå samtliga aktiviteter rangordnas i en central prioriteringsprocess.¹² Nollbasbudgeteringen fick emellertid inget egentligt genomslag. Under sjuttioalet ökade den reala kommunala konsumtionen med 70 procent i förhållande till BNP och mellan åren 1955 och 1980 sjudubblades resurserna till sjukvården. Inom landstingen bildades nya nämnder och det innebar att ett stort antal nya förtroendevalda tillsattes.¹³

1.2.1.2. Målstyrning

Åttiotalet inleddes med en period av anpassning till de nya allt mer självständiga kommunernas frihet gentemot staten. Den traditionella anslagsstyrningen ersattes på vissa håll med målstyrning vilket innebar att de förtroendevalda skulle sätta upp mål för verksamheten och ange dess ramar. Det var sedan upp till den lokala driftledningen att avgöra hur resurserna skulle disponeras för att uppnå målen. Det visade sig emellertid vara svårt att formulera användbara mål. Ofta var målen alltför allmänt hållna vilket gjorde det svårt att utvärdera utfallen. Det var i efterhand svårt att

⁹ Aidenmark. L. G. (1998, s. 17).

¹⁰ Jönsson. S. (1988, s. 110).

¹¹ Rojas. M. (1999, s. 69ff).

¹² Jönsson. S. (1988, s. 111).

¹³ SOU 1996:169 (1996, s. 10).

bedöma rimlighet och relevans hos de enskilda målen och de ramar som ställts upp.¹⁴ I enlighet med idéerna om målstyrning ökade kraven från enskilda professionella att få större frihet att lösa sina uppgifter. Generellt tilläts kommuner och landsting experimentera med större frihet och mindre detaljerade krav. Detta innebar varierande utfall mellan olika kommuner, dock under politiskt överinseende. Först under senare delen av åttiotalet insåg man på allvar att det var dags att sanera i statsfinanserna. Efterkrigstidens expansion måste hejdas av ekonomiska skäl och nya styrformer med rationaliseringskrav började införas. Inom kommunerna började vissa verksamheter medvetet utsättas för konkurrens.¹⁵

Nittiotalet innebar helt nya förutsättningar för all offentlig verksamhet. Efter sextio- och sjuttiotalets snabba expansion var situationen nu ohållbar och man tvingades fokusera på kostnadskontroll och omprioriteringar var ofrånkomliga. För första gången sedan andra världskriget krympte nu den offentliga sektorn. Den traditionella anslagsstyrningen (budget) hade uppenbara brister och måste frångås eftersom den i flera avseenden gav felaktiga signaler. På en sjukvårdsklinik som styrdes med hjälp av en anslagsbudget fanns inga incitament att höja produktiviteten eller ens hålla budget. I de fall som kliniken lyckades hålla budget eller t.o.m. minska sina totalkostnader var risken uppenbar att anslagen skars ner och flyttades över till verksamheter där ramarna inte hållit.¹⁶

1.2.1.2.1. Beställarstyrning

Inför nittiotalet börjar tanken om ett beställar-/utförarsystem växa fram inom sjukvården. Basen för detta system liknar till viss del målstyrning genom att den politiska ledningen frigörs ifrån driftansvaret. Till skillnad ifrån målstyrning finns emellertid i beställarstyrningen ett köp-/säljförhållande där den politiska ledningen är beställare av verksamhet medan säljaren utgörs av bl.a. sjukhus och primärvård. Denna modell är ett sätt att efterlikna den privata sektorns förhållande och det är ett försök att införa resultatansvar.¹⁷

1.2.2. Professionella organisationer

Enligt Mintzbergs teori om organisationsstrukturer kan sjukvården klassificeras som en professionsbyråkrati. Den operativa kärnan utgörs av personer som utför det grundläggande arbetet och inom sjukvården motsvaras dessa personer av bl.a. läkare och sjuksköterskor. De professionella yrkespersonerna är relativt fria i sin yrkesutövning eftersom man litar på deras expertis och kompetens. Ett problem inom sjukvården är dock att det i dessa professioner inte per automatik ingår ett ekonomiskt tänkande. Mintzberg menar att professionsbyråkratier ofta reagerar långsamt på förändringar eftersom dessa uppfattas som irritationsmoment som stör verksamheten. Det är inte ovanligt att en enhet som befinner sig vid forskningsfronten inom sitt kunskapsområde helt har lämnat organisationsstrukturen åt sitt öde.¹⁸

En sjukvårdsorganisation kan beskrivas enligt Kouzes och Micos domänteori för Human Service Organizations (HSO). Enligt denna teori finns det inom sjukvårdsorganisationen tre domäner där

¹⁴ Landstingsförbundet (1992, s. 16).

¹⁵ SOU 1996:169 (1996, s. 11).

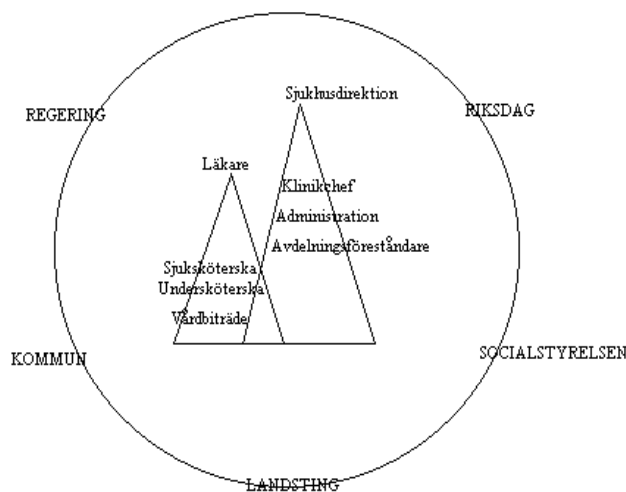
¹⁶ SOU 1996:169 (1996, s. 12f).

¹⁷ Landstingsförbundet (1992, s. 17).

¹⁸ Bolman, L.G., Deal, T.E. (2000, s.89f).

varje enskild domän är funktionellt organiserad och innehåller en viktig roll. De tre domänerna är den politiska, den administrativa och den professionella domänen. Mellan dessa råder vissa spänningar och den främsta anledningen till motsättningar är att de enskilda domänernas framgångsfaktorer, principer, strukturer och arbetsformer skiljer sig åt. Förändringsförslag som leder till förbättringar inom en domän medför ofta problem för åtminstone en av de andra domänerna. Att förflytta sig mellan domänerna och verka inom en ny är ofta förenat med svårigheter. Personer inom en och samma domän har ofta en gemensam bakgrund t.ex. utbildning eller ansvar och vid en förflyttning förlorar personen mycket av sin identitet. Ett exempel på detta kan vara en läkare som intar en position inom den administrativa domänen. Att gå från ett primärt medicinskt ansvar till ett ekonomiskt ansvar medför en risk för mistro bland före detta kollegor. Detta kan leda till konflikt för såväl den enskilde läkaren som organisationen som helhet.¹⁹

Även Gustavsson har beskrivit sjukvårdssektorns organisatoriska sammanhang genom sin akutvårdsmodell, se figur 1. Denna modell har vissa likheter med domänteorin och den beskriver en sammansmältning av två hierarkier som verkar inom politiska ramar. De två hierarkierna är den medicinska och den administrativa hierarkin. Det politiska sammanhanget utgörs av regering, riksdag, kommun, landsting och socialstyrelse. I motsats till domänteorin rangordnar Gustavsson de tre sektorerna. Den politiska sfären definierar ramarna och det övergripande ansvaret för såväl medicinsk som administrativ hierarki har sjukvårdsdirektören. I akutvårdsmodellen mäts effektivitet med olika mått beroende på vilken hierarki man utgår ifrån. Den medicinska hierarkin mäter effektivitet utifrån naturvetenskapliga effektivitetsmått medan den administrativa hierarkin tillämpar företagsekonomiska effektivitetsmått. Det faktum att man har olika utgångspunkter leder ofta till konflikter och det kan vara svårt att förena olika intressen.²⁰



Den medicinska hierarkin
(naturvetenskapliga effektivitetsmått)

Den administrativa hierarkin
(företagsekonomiska effektivitetsmått)

Figur 1: Akutvårdsmodellen enligt Gustavsson.²¹

¹⁹ Aidenmark. L. G. (1998, s. 36f).

²⁰ Aidenmark. L. G. (1998, s. 12ff).

²¹ Aidenmark. L. G. (1998, s. 12).

1.2.3. SU:s organisation inför 2000-talet

Sammanläggningen av de tre sjukhusen Mölndal, Sahlgrenska och Östra resulterade 1997 i SU. Den nya organisationen har stora problem inte minst vad gäller den ekonomiska styrningen. Den allvarligaste kritiken mot SU har kommit ifrån revisorerna i samband med revisionsberättelse²² och årspromemoria²³ för verksamhetsåret 2001. Revisorernas kritik riktas främst mot sjukhusledningens uppenbara oförmåga att knyta ihop den övergripande styrningen med den professionella styrningen (läkarstyrningen). Man menar att styrning och ledning måste fokusera på delaktighet och förankring i alla led samt att åtgärder måste vidtagas för att i varje led öka förståelsen för ekonomiska restriktioner. En starkt budgetdisciplin ute i verksamheterna anses nödvändig. Ovan nämnda rapporter bygger till stor del på de oberoende granskningar som KPMG och Ernst & Young utfört på uppdrag av Västra Götalandsregionens förtroendevalda revisorer.

Den bristande budgetdisciplinen inom SU har medfört att mer verksamhet har bedrivits än vad det funnits pengar till. Resultatet för år 2001 slutade på minus 271 miljoner kronor.²⁴ Det anmärkningsvärda är att detta svaga resultat inte är någon engångsföreteelse²⁵ utan snarare en upprepning av tidigare års utfall. Alltsedan starten 1997 har revisorerna påpekat i stort sett samma styrproblem. Sjukhusledningen tycks dock inte ta till sig av kritiken vilket medför att de signaler som sänds ut i verksamheten i stort kan tolkas som att ekonomin är mindre väsentlig.²⁶ Den bristande styrningen visar sig inte minst när det gäller prioriteringsansvaret. Detta ansvar som egentligen ligger på politisk nivå skjuts ofta över på den operativa nivån. När prioriteringsansvaret förskjuts på det här sättet är det naturligt att läkare fokuserar på och gör medicinska ställningstaganden där patienten i alla lägen kommer i första hand oavsett prislapp.²⁷ Ansvarsförskjutningen leder också till stor frustration på operativ nivå p.g.a. otydliga riktlinjer ifrån den politiska ledningen.²⁸

1.2.3.1. Beställar-/utförarmodellen i Västra Götalandsregionen

I samband med att Västra Götalandsregionen bildades den 1 januari 1999 infördes en ny styrmodell, den s.k. beställar-/utförarmodellen, se figur 2. Tanken med en sådan modell är att den politiska ledningen skiljs ifrån driftansvaret och istället fungerar som beställare av verksamhet. I Västra Götaland utgörs de tre styrelserna av politiker och till sin hjälp har varje styrelse ett eget kansli. Ägarna har det övergripande ansvaret medan beställarna skall fastställa befolkningens behov och utifrån effektiviteten i tillgängliga behandlingsformer prioritera möjliga alternativ. Med utförarna avtalas sedan vad som skall produceras.²⁹ Utförarna i modellen kan verka såväl i offentlig som i privat regi. Modellen som sådan är alltså oberoende av vem som bedriver verksamheten utan tar istället fasta på att den folkvalda församlingen skall göra prioriteringarna.³⁰

²² Revisorernas revisionsberättelse (2001).

²³ Revisorernas årspromemoria (2001).

²⁴ Ur Västra Götalandsregionens Årsredovisning (2001, s. 21).

²⁵ Ur artikel i Göteborgs Posten, *Kronisk brist i sjukvården?*, (1998-09-25).

²⁶ Ur artikel i Göteborgs Posten, *Vi måste vara beredda att erkänna fel*, (1998-06-07).

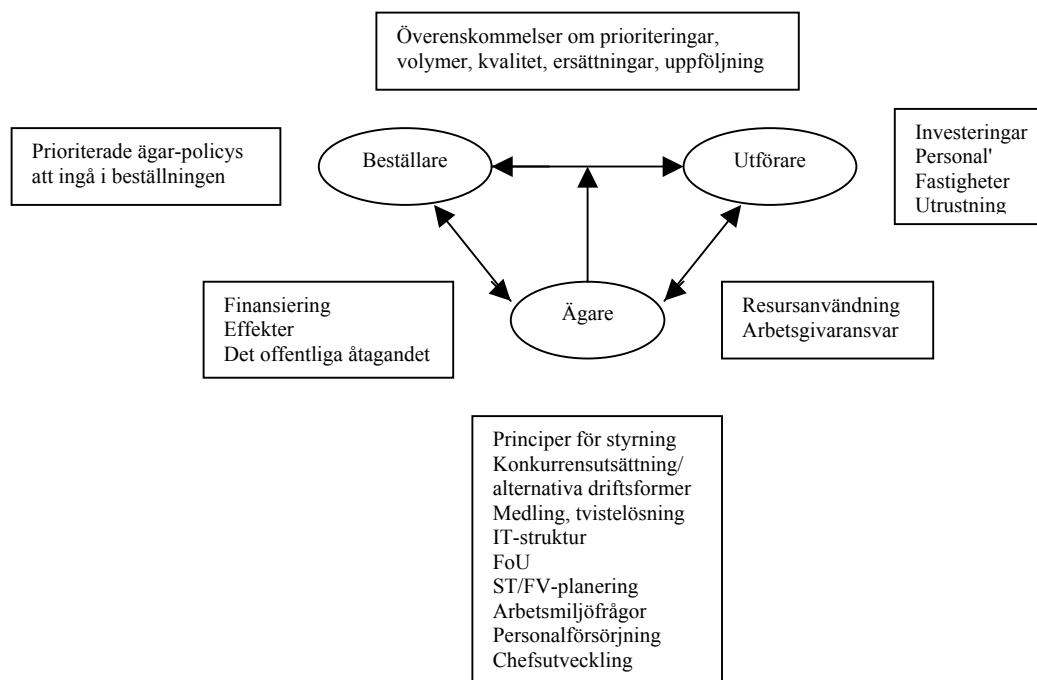
²⁷ Andersson. E. (1998, s. 30).

²⁸ Revisorernas årspromemoria (2001, s. 1).

²⁹ Olson. U. m.fl. (2002, s. 31).

³⁰ Landstingsförbundet (1992, s. 17).

Beställarna av hälso- och sjukvård i Västra Götaland utgörs av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) medan såväl offentliga som privata vårdinrättningar är utförare. I Ernst & Youngs rapport om sjukhusens styrning i Västra Götaland framkommer att regionen vid implementeringen av beställar-/utförarmodellen gjort vissa avsteg ifrån modellens grundförutsättningar.³¹ Enligt modellen ska beställaren utifrån befolkningens behov besluta om vilken vård som skall prioriteras.



Figur 2: Schematisk bild över beställar-/utförarmodellen.³²

1.2.3.2. Prestationsersättning med DRG³³

När de ekonomiska förutsättningarna förändrades mot slutet av åttiotalet synliggjordes bristerna i det gamla systemet som byggde på budgeterade anslag. Det gamla systemet sände ut felaktiga signaler vilket gynnade oönskade beteenden. Då systemet baserades på budget bestraffades de som var sparsamma genom att anslagen för nästa verksamhetsperiod minskade. Det blev uppenbart att man måste finna en ny modell och prestationsersättning utifrån DRG-poäng infördes. DRG-systemet utvecklades i USA under slutet av sextioalet men infördes först 1983. I slutet av åttiotalet kom de första översättningarna till Sverige. DRG innebär en indelning av patienterna i diagnosgrupper varpå diagnoserna viktas utifrån resursförbrukning. DRG-ersättningen räknas om en gång per år.³⁴

³¹ Olson. U. m.fl. (2002, s. 32).

³² Meuller. A. (2000, s. 9).

³³ DRG står för Diagnosrelaterade grupper.

³⁴ Andersson. E. (1998, s. 13).

Beställarna inom Västra Götalandsregionen beställer vård ifrån sjukhusen utifrån behov uttryckt i prestationer. Utförarna ersätts till 50 procent med anslag och till 50 procent med prestationsersättning. Förutom DRG-poäng räknas även öppenvårdsbesök, riktade uppdrag, vårdtillfällen, vård dagar och abonnemang som prestationer.³⁵

1.3. PROBLEM

Den praktiska ekonomistyrningen inom Sveriges offentliga sektor har under flera decennier, i hög utsträckning, varit oförändrad. Under årens lopp har visserligen vissa försök gjorts för att förbättra styrmodellen men det var först på åttiotalet som man verkligen insåg allvaret i den ekonomiska situationen och radikalt tvingades förändra ekonomistyrningen. För att vända trenden med allt större offentliga utgifter hämtades idéer ifrån den privata sektorn och dess marknadstänkande. Inför nittiotalet började beställar-/utförarsystem tillämpas på flera håll i syfte att uppnå en marknadssituation. Även i sjukvården infördes denna styrmodell och det blev därför nödvändigt att finna en metod för att sätta pris på och ersätta sjukvård. I samband med regionsammanslagningen i Västra Götaland infördes beställar-/utförarmodellen med DRG som grund för ersättning för viss slutenvård. Detta system har nu tillämpats under nästan en hel mandatperiod och mot bakgrund av detta ställer vi oss följande frågor:

- Uppfylls Västra Götalandsregionens ursprungliga mål och syften med DRG som grund för prestationsersättning för slutenvård?
- Finns det brister och begränsningar i dagens DRG-system som förhindrar fullständig måluppfyllelse?
- Uppfylls Västra Götalandsregionens ursprungliga syfte med ett beställar-/utförarsystem som styrmodell för slutenvården och hur fungerar prioriteringsarbetet i praktiken?

1.4. SYFTE

Rapporten syftar till att undersöka om DRG som grund för prestationsersättning är effektiv i kombination med en beställar-/utförarorganisation inom SU. Vi vill också ta reda på hur man praktiskt arbetar med prioriteringsfrågor i Västra Götalandsregionen.

1.5. AVGRÄNSNING

Effektivitet kan definieras på många sätt. Den definition som vi använder beskriver effektivitet som graden av måluppfyllelse.³⁶ I övrigt begränsar vi undersökningen till att endast omfatta Västra Götalandsregionens beställar-/utförarorganisation och DRG-system för slutenvård inom SU.

³⁵ Olson. U. m.fl. (2002, s. 6).

³⁶ Andersson. G. (1997, s. 17).

KAPITEL 2

I kapitel två presenteras den teori som vår rapport baseras på. Här beskrivs framväxt och utveckling av såväl DRG som beställar-/utförarmodellen. Vi redovisar också resultat av tidigare studier på området.

2.1. TEORI

En av de teorier vi utgår ifrån är R. B. Fetters klassificeringssystem av diagnoser, DRG. Utöver Fetters vetenskapliga rapport *Case-Mix definition by diagnosis related groups* har vi studerat rapporter ifrån Spri och Åke Andrén-Sandbergs bok om DRG. Dessutom har vi tagit del av ett flertal granskningsrapporter om hur DRG tillämpas i Västra Götalandsregionen. Den teori vi studerat kring beställar-/utförarorganisationer och prioriteringsarbete är hämtad ifrån Johan Calltorps (red.) bok *Att beställa hälso- och sjukvård*.

I och med regionsammanslagningen i januari 1999 förändrades sjukvårdens och därmed SU:s ekonomiska styrsystem. I den nya beställar-/utförarmodellen implementerades det redan kända DRG-systemet och detta system kom därmed att få en vidare tillämpning. Mot bakgrund av denna delvis förändrade kontext finner vi Fetters teori om DRG högst relevant. I teoriframställningen utgår vi ifrån DRG-modellens grundantaganden och därefter beskriver vi hur den tillämpas i såväl USA som Sverige. Detta gör vi för att skapa en plattform för den fortsatta undersökningen.

2.1.1. Framväxt och tillämpning av DRG

DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för klassificering av patienter. Systemet utvecklades av Robert B Fetter vid Yale universitetet i USA under sextio- och sjuttioalet. Syftet var att jämföra kostnadsstruktur och produktivitet mellan olika sjukhus där också sjukhusens patientsammansättning beaktades. Idag har man definierat mer än 8000 diagnoser och operationer inom den slutna akutsjukvården. Dessa diagnoser är i sin tur fördelade på cirka 500 grupper och det finns cirka 25 huvuddiagnoskategorier. Ett mål med indelningen av diagnoser är att erhålla så få grupper som möjligt vilket förenklar det administrativa arbetet. Förutom diagnos klassificeras patienter utifrån patientrelaterade data t.ex. ålder och kön. Patienter med samma klassificering förväntas kräva likartade resursinsatser. Varje grupp tilldelas en DRG-vikt som motsvarar den genomsnittliga vårdinsatsen för gruppen. Den vårdinsats som en genomsnittspatient, alla kategorier, kräver har givits DRG-vikten 1,000.³⁷

³⁷ Spri rapport (1988, s. 5).

2.1.1.1. DRG i USA

Fetter presenterade sin modell 1980 och tre år senare togs den i bruk och då som underlag för ett prestationsersättningssystem. Anledningen till att prestationsersättning infördes i USA var att man behövde skära i sjukvårdskostnaderna och förbättra resurskontrollen. Tidigare hade ersättningen ökat ju fler åtgärder och vård dagar som tagits i anspråk. Skillnaden mellan det gamla systemet och DRG-systemet är att prestationer ersätts med en i förväg bestämd taxa. Ersättningen som utgår vid tillämpning av DRG-systemet baseras på att DRG-vikten multipliceras med ett DRG-pris. I USA utgår sjukhusen från samma DRG-pris till vilket tillägg görs för vissa extra kostnader så som utbildningsåtaganden och skillnader i geografiskt läge. På detta vis erhåller varje sjukhus ett specifikt DRG-pris. Varje år revideras såväl DRG-vikten som DRG-priset för att kompensera för både medicinsk utveckling och kostnadsutveckling. I så gott som alla diagnosgrupper finns extrema fall, d.v.s. patienter som kräver mycket mer eller mycket mindre vårdresurser än genomsnittspatienten. Dessa patienter benämns som ytterfall och eftersom resursbehovet är mycket stort utgår särskild taxa. Trots att DRG används för beräkning av prestationsersättning säger modellen ingenting om vårdens kvalitet. DRG-modellen bör därför kompletteras med ett kvalitetssäkringssystem.³⁸

2.1.1.2. DRG i Sverige

I slutet av åttiotalet introducerades DRG-systemet i Sverige. Socialstyrelsen har givits ansvar att förvalta och utveckla DRG och de nordiska länderna har bildat samarbetsorganet NOMESKO för bl.a. patientklassificeringsfrågor. På samma sätt som i USA har varje sjukhus ett unikt DRG-pris som utgår per DRG-poäng. Vid beslut om prissättningen är utgångspunkten respektive sjukhus senaste kostnadsbokslut och därefter görs justeringar för kända och/eller planerade förändringar.

2.1.1.2.1. En studie kring prestationsersättning i Sverige

Ernst Jonsson gjorde en jämförelse mellan fem landsting³⁹ som införde prestationsersättning och en kontrollgrupp som utgjordes av fjorton landsting som tillämpade traditionell anslagsstyrning. Studien behandlar verksamhetsåren 1990-93. De resultat han presenterar talar för att prestationsersättning är produktivetsfrämjande så till vida att det mer eller mindre tvingar fram kostnadsmedvetenhet. Detta förhållande gäller även om sjukhusen inte är konkurrensutsatta. I stort sett genomgående har de landsting som infört prestationsersättning ökat sin produktivitet påtagligt mer än de landsting som inte ersätter sjukhusen utifrån prestation. Två av landstingen i kontrollgruppen hade uppnått en liknande produktivetsutveckling. Dessa två landsting hade riktat prestationskrav av annat slag mot sina respektive sjukhus.⁴⁰

2.1.1.2.2. Prestationsersättning och DRG i Sörmlands landsting

Under första halvan av nittiotalet infördes prestationsersättning och DRG som instrument för att mäta sjukvårdsproduktionen i Sörmlands landsting. Tanken var att klinikerna i efterhand skulle få

³⁸ Spri rapport (1988, s. 4ff).

³⁹ Södermanland, Örebro, Dalarna, Stockholm och Bohus.

⁴⁰ Jonsson. E., (1996, s. 101f).

betalt för den vård de utfört. Prestationsersättningen skulle utgå så länge volymerna inte översteg de som avtalats.

I en uppföljning framkom att flera av basenhetscheferna hade förväntat sig att prestationsersättningssystemet skulle ha medfört att man fick betalt för den faktiska vårdproduktionen. De frågade sig varför systemet införts eftersom de i praktiken uppfattade att det liksom tidigare var en budgettram som styrde. De såg DRG och prestationsersättningssystemet som ett sätt att tillfredställa landstingsadministrationens krav på information.⁴¹

2.1.1.2.3. DRG i Västra Götalandsregionen

1993 infördes DRG på sjukhusen i Västsverige. I Västra Götaland har Kommunalförbundet Västra Götaland (KVG) byggt upp och utvecklat rutiner för DRG. KVG har tjugo medicinska sektorsråd till sitt förfogande. Dessa sektorsråd utgörs av läkare och ordförande i respektive grupp bildar regionens medicinska råd. Det medicinska rådet är rådgivare till hälso- och sjukvårdsdirektörerna i Västra Götaland. Ett problem före regionbildningen var att KVG:s arbete inte var förankrat i sjukvårdsorganisationen. I samband med att Västra Götalandsregionen bildades införlivades KVG i organisationen. Genom att i Sverige tillämpa de amerikanska koderna för DRG är det möjligt att ta tillvara den kontinuerliga utveckling som sker i USA inom området. De amerikanska koderna anpassas med hjälp av omkodningsprogram till svenska förhållanden. Redan sedan introduktionen av DRG i Sverige har de Västsvenska sjukhusen varit ledande på området. Prestationsersättning enligt DRG-systemet avser här den slutna akutsjukvården medan öppenvårdens prestationer ersätts enligt andra modeller.⁴²

I Västra Götaland har HSS beslutat införa en blandmodell för ersättning till sjukvården från 1999. Namnet blandmodell syftar på att ersättningen består av en fast och en rörlig del. Den del av ersättningen till slutenvården som är prestationsbaserad grundas på DRG-systemet. Sjukhusen har olika patientsammansättningar och för att inte s.k. ytterfallspatienter ska snedvrیدا materialet är det vedertaget att man exkluderar fem procent av antalet vårdtillfällen inför en jämförelse. I Västsverige beräknas vikter och priser för DRG på ett trimmat material. DRG-vikten 1,000 anger genomsnittspatienten beräknat på underlag från SU, Kungälv's sjukhus, Skaraborgs sjukhus och delvis Uddevalla sjukhus. Priset för DRG-vikten 1,000 fastställs enligt självkostnadsprincipen och beräkningarna grundas på sjukhusens kostnadsbokslut. Liksom i övriga Sverige görs även här förändringar för redan kända och/eller planerade förändringar. Varje sjukhus får ett specifikt pris per DRG-poäng. I de fall som ersättningen avser ett ytterfall utgår en viss extraersättning. I Västra Götaland har DRG-systemet utformats med ett tak för ersättningsnivån. Priset för en DRG-poäng grundas på självkostnads kalkyler och motsvarar de insatser som sjukhuset gör för patienten. Priset motsvarar alltså respektive sjukhus befintliga kostnadsstruktur. De kostnadslag som sjukhus har är t.ex. löner, material och hyror. Dessa kostnader påförs insatsfaktorer så som operation och röntgen. Slutligen påförs insatsfaktorerna kostnadsbäraren d.v.s. patienten. Vid införandet av DRG i Västsverige uppstod också kravet på likvärdig patientregistrering för en rättvis debitering. Varje år vid prissättningsarbetet sker uppföljning och utvärdering av DRG-materialet, kontrollen sker mot kostnadsboksluten. I stort sett samtliga sjukhus beräknar kostnad per patient (KPP) och vårdtillfälle. Beräkning av KPP innebär att den verkliga kostnaden för

⁴¹ Lundin R. A., Söderholm. A. (1997, s. 100f).

⁴² Andersson. E. (1998, s. 10ff).

varje diagnosgrupp fastställs för att de verkliga kostnaderna skall kunna jämföras med DRG-gruppens intäkt.⁴³

Syftet med att införa DRG-systemet som grund för ersättning för slutenvård i Västra Götalandsregionen var enligt de hälso- och sjukvårdspolitiker som vi talat med att:

- Införa ett system som tar hänsyn till de kostnader som sjukhusen har för att bedriva vård och ersätta utifrån det, d.v.s. sätta en prislapp på den vård som utförs.
- Införa en objektiv styrmodell som fungerar oavsett om producenten är privat eller offentlig.
- Införa ett system som ger incitament till ökad produktion.
- Få en ökad tydlighet som underlättar såväl beställning som uppföljning.

Intervjuerna återges i sin helhet i bilaga 2.

2.1.2. Framväxt och tillämpning av beställar-/utförarmodellen

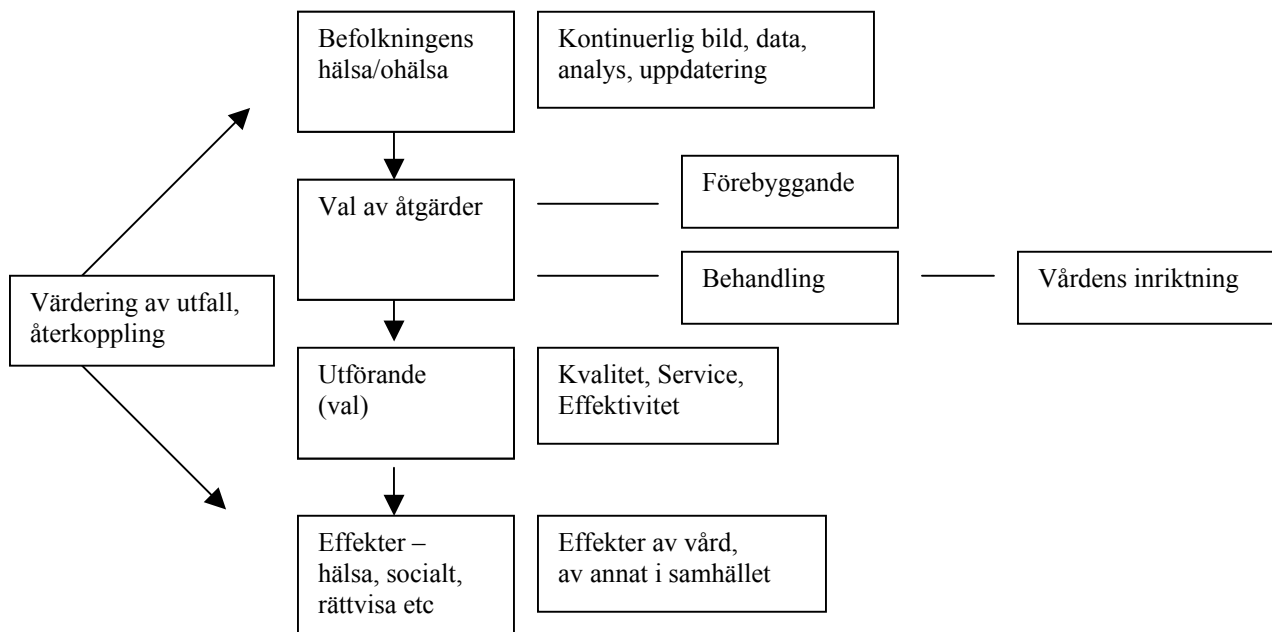
Sedan nittioalet har det blivit allt vanligare att politiker använder sig av marknaden för att styra offentligt finansierad produktion av service i såväl Sverige som internationellt. Politikernas mål är att generellt höja effektiviteten och öka valfriheten och marknaden ses som ett verktyg för att realisera målen.⁴⁴

När beställar-/utförarorganisationer formas kan de ses som utvecklade och utvidgade traditionella sjukvårdsadministrationer med en mer aktiv roll som befolkningsföreträdare. Beställarorganisationen ska se till befolkningens hälsosituation och behov. I studier ifrån sextio- och sjuttitalen visas att behoven, efterfrågan och konsumtionen av hälso- och sjukvård relaterar till varandra men att behov och efterfrågan inte är identiska. Det finns dels dolda behov dels efterfrågan som styrs av andra faktorer än behov. I beställarorganisationen utgör befolkningens hälsa/ohälsa utgångspunkten och i figur 3 beskrivs den process som en beställarenhet ska utföra.⁴⁵

⁴³ Andersson. E. (1998, s. 10ff).

⁴⁴ Norén. L. (2001, s. 1).

⁴⁵ Calltorp. J. Red. (1998, s. 8ff).



Figur 3. Beställarprocessen för hälso- och sjukvård. Källa: Calltorp.

I en beställar-/utförarorganisation har de olika enheterna olika uppgifter. En väsentlig del av beställarens uppgift är att ta ställning till helheten. Beställaren ansvarar för att resurserna, d.v.s. budgeten för en viss period, används på bästa sätt utifrån befolkningens samlade behov. Eftersom resurserna är begränsade krävs välgrundade avvägningar och prioriteringar. Prioritering betyder att ”sätta något före” och konkret innebär det att rangordna i angelägenhetsgrad. I beställar-/utförarorganisationen är prioriteringar en beställaruppgift eftersom beställaren ska fördela den samlade resursen så att maximala hälsovinster uppnås.⁴⁶

2.1.2.1. Prioriteringar

Samhällets kostnader för hälso- och sjukvård har under 1900-talet tagit en allt större del i anspråk av den totala ekonomin. Problemet är internationellt och beror på förändrade villkor för hälso- och sjukvården.⁴⁷ De nya förutsättningarna kan förklaras av följande faktorer:

- Den medicinska utvecklingen har medfört större möjligheter att hjälpa människor. Detta märks framför allt i livets början och vid livets slut.
- Den demografiska utvecklingen innebär att det kommer att bli stora påfrestningar på den yngre generationen både ekonomiskt och arbetsmässigt.

⁴⁶ Calltorp J. Red. (1998, s.15).

⁴⁷ Calltorp J. Red. (1998, s.15f).

- Den successivt höjda utbildningsnivån i samhället förändrar attityden till hälso- och sjukvård. IT-samhället gör medicinsk information tillgänglig och människor ställer större krav på vården.

Emedan sjukvårdens resurser inte står i proportion till den växande efterfrågan på sjukvård är det nödvändigt att prioriteringar görs mellan olika patientgrupper och vårdinsatser. Att prioritera inom sjukvården innebär att man måste rangordna behov, välja att behandla en viss patientgrupp på bekostnad av en annan samt att tillstå eller avstå skattesubventionerad behandling.⁴⁸ 1997 fattade riksdagen beslut om prioriteringar i sjukvården.⁴⁹ Beslutet innebär att det nu finns en rangordning av fyra breda behovsgrupper, se bilaga 3, samt att grundläggande etiska principer för det praktiska prioriteringsarbetet finns definierade. Samtidigt som Riksdagen fattade sitt beslut passade man på att ändra i Hälso- och sjukvårdslagen 2 § (HSL 2 §) som nu lyder:

"Den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vård."

Anställda inom sjukvården i Västra Götaland har lång erfarenhet av prioriteringsarbete. De prioriteringar som gjorts har emellertid varken varit enhetliga inom regionen eller öppna för insyn.⁵⁰ I regionens budget finns dock, sedan budgetåret 2001, ett tydligt uppdrag ifrån regionfullmäktige att enhetliga prioriteringsgrunder skall gälla i hela regionen. Att få behandling eller inte ska inte få avgöras av vid vilket sjukhus eller vårdcentral man blir undersökt.⁵¹

Prioriteringar görs på olika nivåer i Västra Götalandsregionens sjukvårdsorganisation. Beställare och förvaltning har, genom beställnings- och budgetprocess, ansvar för de horisontella prioriteringarna vilket innebär att de skall göra avvägningar mellan verksamhetsområden och stora sjukdomsgrupper. Yrkesutövare i den professionella organisationen ansvarar i sin tur för de vertikala prioriteringarna, d.v.s. att prioriteringar görs inom de olika patientgrupperna.⁵²

2.1.2.2. Praktiskt försök i Enköping/Håbo 1993-1994

1993 infördes en beställar-/utförarorganisation i Enköping/Håbo på prov. Landstingsstyrelsen hade behov av att effektivisera vårdproduktionen eftersom det finansiella läget var ansträngt. Man menade att själva upphandlingsförfarandet i sig skulle leda till bättre prioriteringar och konkurrens bland utförarna samt självstyre i produktions-/utförarenheterna. Förutom effektivisering ansåg man det viktigt att förbättra politikernas möjlighet att företräda medborgarna. Försöket skulle pågå under två år och de utvärderingsparametrar som definierats motsvarade de mål man ställt upp: politikernas upplevelse av förtroendemannarollen skulle ange framstegen med demokratin och prestationer per insatt resurs i produktionen skulle ange graden av effektivisering. Prioriteringar och konkurrens angavs ej som utvärderingsparametrar. Det praktiska arbetet innebar att beställarnämnden förfogade över skattemedel och förberedde upphandling av länssjukvård och primärsjukvård. Utförarna tog fram offerter som baserades på klinikernas prisuppgifter enligt principen standardkostnad per diagnos. (DRG-systemet var ej

⁴⁸ Olson. U., Roland. A., Ljungberg. E. (2001, s. 6).

⁴⁹ Regeringens prop. 1996/97:60, *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*

⁵⁰ Olson. U., Roland. A., Ljungberg. E. (2001, s. 2).

⁵¹ Västra Götalandsregionens Budget 2001 och 2002

⁵² Olson. U., Roland. A., Ljungberg. E. (2001, s. 6).

infört i Enköping/Håbo). Det första årets avtalsarbete var problematiskt då det uppstod en differens om 12 miljoner kronor. Avtalet kunde därför inte slutas på tjänstemannanivå utan fick lyftas upp till de politiska församlingarna.

Den första utvärderingsrapporten var kritisk men den andra, som skrevs ungefär ett år efter införandet, var försiktigt positiv. Beställar-/utförarmodellen som införts på prov gav inte svar på några konkreta problem och förväntades inte heller fungera som det var tänkt före 1995 års avtalstäckning. I en intervjustudie som genomfördes i början av 1994 framkom dock att de flesta inblandade ändå helst såg att försöket fortsatte. Denna slutsats upprepades senare i 1994 års förtroendemannautredning. Den nya politiska ledningsorganisationen infördes permanent från och med 1995.⁵³

2.1.2.3. Beställar-/utförarmodellen i Bohuslandstinget.

1992 infördes beställar-/utförarmodellen i Bohuslandstinget.⁵⁴ I Bohusmodellen ville man möta produktivetsproblem genom att förändra rollerna inom organisationen och både politiker- och tjänstemannaroller förändrades. De nya roller som infördes var finansiär, beställare och utförare. Utförarna fick ansvar för produktionen och produktivetsutvecklingen. Det verktyg som skulle främja produktivetsutvecklingen var prestationsstyrd intäktsfinansiering. Beställarna förväntades skaffa sig kunskaper om medborgarnas behov och därmed kompetens att prioritera mellan olika behov. Deras beställningar skulle fördela resurserna till de producenter som kunde utföra de efterfrågade tjänsterna till de bästa villkoren. Finansiärerna skulle svara för policyfrågor och fördela resurser till beställarna.

Då Bohusmodellen utvärderades redovisade tjänstemännen i utförarorganisationen problem med att finna balans mellan uppgiften att öka produktiviteten och kravet på samordning mellan verksamhetsenheterna. Utförarna uppfattade också att det administrativa arbetet ökat och man såg därför kontrollsystemen som onödiga. Professionen var nöjd med decentraliseringen och det utvidgade ansvaret men de var kritiska till att beställarna skulle prioritera. De professionella ansåg inte att politikerna hade den kompetens som krävs i medicinska frågor. I en enkätundersökning svarade majoriteten av beställarna och finansiärerna att de var positiva till de effekter som styrmodellen medfört avseende demokrati och inflytande. Vidare tyckte man att Bohusmodellen haft tydliga positiva konsekvenser på effektiviteten. Vid utvärderingen framkom att beställare och ägare ansåg att de i sina nya roller lyckats bäst med att analysera behov, identifiera förebyggande behov och samverka med andra aktörer. Minst framgångsrik ansågs själva beslutsfasen vara där det handlar om att ta fram prioriteringsunderlag och underlag för strukturella beslut. Beställarna delade utförarnas åsikt om att det fanns brister i beställarnas medicinska kompetens. Effektiviteten i styrningen var därför inte tillräckligt hög och beställningarna låg på en alltför övergripande organisatorisk nivå.⁵⁵

⁵³ Lundin R. A., Söderholm. A. (1997, s. 80ff).

⁵⁴ Landstingsförbundet. (1992, s. 22).

⁵⁵ Brorström. B. m.fl. (s. 14ff).

2.1.3. DRG-modellen i samband med en beställar-/utförarorganisation

När beställar-/utförarmodellen infördes i samband med regionbildningen 1999 kom DRG-systemets funktion som underlag för ersättning att fokuseras. Tidigare hade DRG främst använts för att göra jämförelser såväl inom kliniker som mellan kliniker men nu utökades alltså DRG-systemets användningsområde. En av tankarna med beställar-/utförarmodellen är att efterlikna den privata sektorns marknadsförhållanden. Detta medför att det uppstår en förhandlingssituation mellan beställaren som kravställare och utföraren som ansvarig för prestationen. Denna förhandlingssituation anses medföra en högre effektivitet än den tidigare anslagsmodellen. Genom att tillämpa DRG-systemet i beställar-/utförarmodellen så har både beställarorganisation och utförarorganisation kännedom om kostnaden för olika patientkategorier. När vi har frågat hälso- och sjukvårdspolitiker i Västra Götalandsregionen om syftet med att införa en beställar-/utförarmodell har de angivit följande skäl:

- Politikerrollen ska renodlas och politikerna ska i första hand företräda medborgarna. Befolkningens vårdbehov skall kartläggas av politiker och de skall prioritera mellan olika patientgrupper medan de professionella utförarna ansvarar för prioriteringar inom grupperna.
- De svaga offentliga finanserna kräver kostnadsmedvetenhet och bättre kontroll över ekonomin.

2.1.3.1. Vårdöverenskommelse

Under våren arbetar hälso- och sjukvårdsnämnderna med att ta fram behovsbeskrivningar och beställningsunderlag. Utifrån dessa uppgifter fattar HSS i juni ett beslut om nästa års ersättningsutrymme för regionens sjukhus. Efter sommaren presenterar HSS förutsättningarna inför det kommande årets överenskommelse för områdescheferna i utförarorganisationen. Denna preliminära överenskommelse ligger till grund för utförarorganisationens interna budgetarbete som pågår under hösten. Avsikten är att budgetprocessen ska resultera i balans mellan kostnader och intäkter. Vårdöverenskommelsen fastslås senast under december månad.⁵⁶ Avtalen som sluts mellan HSS och utförarstyrelserna är treåriga medan ersättningsnivåer avtalas för ett år i taget.⁵⁷ Anledningen till den här utformningen är, enligt de hälso- och sjukvårdspolitiker som vi talat med, att uppnå en långsiktighet genom att ge vissa indikationer på mängden vård som kommer att beställas av respektive utförare de kommande åren. Ersättningsnivåerna kan dock endast avtalas för ett år i taget eftersom de beror av skatteuttaget.

⁵⁶ Olson. U. m.fl. (2002, s. 6).

⁵⁷ Anjou. L. (2002, s. 20).

KAPITEL 3

I kapitel tre presenteras metod och arbetsprocess. Här beskriver vi hur data har samlats in och hur den sedan har behandlats. I anslutning till avsnittet Datainsamling redovisas den kritik vi vill anföra till de källor vi använt.

3.1. METOD

Uppsatsen bygger på en kvalitativ fallstudie över prestationsersättning, baserad på DRG, som komponent i Västra Götalandsregionens beställar-/utförarorganisation. I studien antas ett praktiskt och tolkande perspektiv i syfte att undersöka och värdera hur väl modellen fungerar i praktiken. Vår utgångspunkt när vi tolkar intervju svaren är de ursprungliga syften som politiker i regionen använt som argument till att DRG-systemet i kombination med en beställar-/utförarmodell infördes som styrinstrument för slutenvård. Rapporten avser besvara det problem vi formulerat och utmyнна i en utvärdering av modellen. Den metod vi tillämpar har av Merriam beskrivits som en värderande fallstudie.⁵⁸

3.1.1. Datainsamling

Studien baseras på såväl primär som sekundär information som inhämtats dels genom personliga intervjuer dels genom litteraturstudier. Anledningen till att vi valt att kombinera intervju- och litteraturstudier är att vi vill få problemet belyst ur olika perspektiv samt att vi vill få möjlighet att ställa våra frågor direkt till representanter för de olika styrelserna.

3.1.1.1. Litteratur

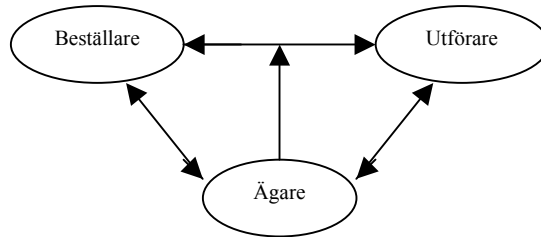
Den sekundära informationen är hämtad ifrån såväl böcker och rapporter som artiklar och hemsidor på Internet. Tryckt material har vi sökt i Göteborgs universitets databas GUNDA, och de sökord vi använt oss av är SU, Sahlgrenska, DRG, budget, ekonomistyrning samt kombinationer av dessa ord. Samma sökord har också legat till grund för sökningar i Mediearkivet, Medline och Affärsdatabasen samt vid sökningar på Internet. De sökmotorer vi utgått ifrån vid internetsökningar är Altavista, Evreka och Yahoo.

3.1.1.2. Intervjuer

För att kunna besvara de frågor som ställts upp i problemformuleringen krävdes att vi vände oss direkt till de personer som är ytterst ansvariga för styrningen av slutenvården inom SU. Dessa personer återfinns i de tre styrelser som är tillsatta att leda den slutna hälso- och sjukvården i Västra Götaland. Styrelserna utgörs av förtroendevalda politiker och representanter för var och en av de olika styrelserna kontaktades, se figur 4. För att undvika att resultatet av

⁵⁸ Merriam, S. B. (1998, s. 42).

intervjuerna i allt för hög grad skulle påverkas av ett eller ett par partiers politiska uppfattning kontaktades representanter från olika partier.



Figur 4. Schematisk bild över de tre styrelserna som leder hälso- och sjukvården i Västra Götaland. Källa: Meuller.

Totalt tillfrågades åtta personer (hälften män och hälften kvinnor) varav tre representanter för ägarstyrelsen, tre för HSS och två för utförarstyrelsen. Den politiska fördelningen hos de tillfrågade var enligt följande:

- Socialdemokraterna (s) tre personer
- Kristdemokraterna (kd) två personer
- Centerpartiet (c) en person
- Miljöpartiet (mp) en person
- Moderata samlingspartiet (m) en person

Att tre av de åtta personerna är socialdemokrater beror på att detta parti för närvarande har flest representanter i regionens styrelser. Av de åtta personer vi kontaktade accepterade sju att medverka vid en intervju. En av de tillfrågade personerna har således inte deltagit. Inför intervjuerna sammanställdes ett intervjuunderlag, se bilaga 1. Två av intervjuerna ägde rum på Handelshögskolan i Göteborg, en i församlingshemmet i Kungälv och fem i lokaler i nära anslutning till intervjupersonernas arbetsplatser. Närvarande vid samtliga intervjutillfällen var förutom intervjupersonen vi båda som författare till uppsatsen. Intervjuernas karaktär kan beskrivas som samtal och diskussioner kring de frågor vi i förväg formulerat. Denna intervjumetod beskrivs av Merriam som delvis strukturerade intervjuer.⁵⁹ Varje intervju registrerades genom bandupptagning varpå de skrevs ut i sin helhet, se bilaga 2.

I innehållsförteckningen finns intervjuutskrifter med som bilaga två. Dessa utskrifter fanns också med inför bedömning och opposition men av hänsyn till de intervjuade personerna har vi valt att lyfta ur denna bilaga.

3.1.1.3. Källkritik

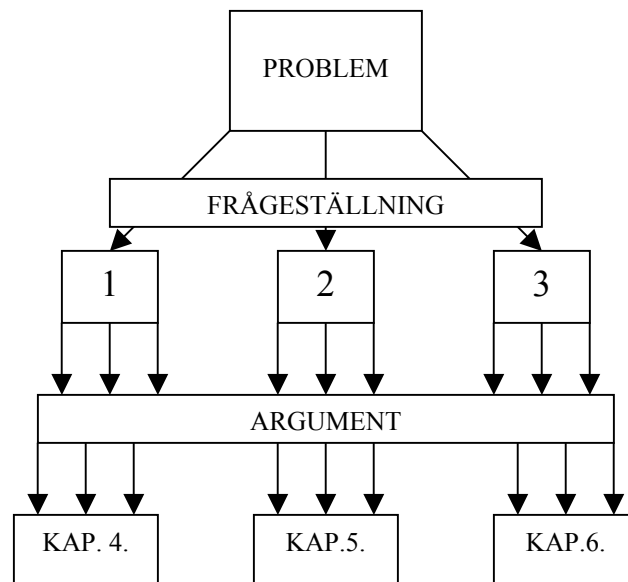
Informationen i den litteratur och de rapporter vi studerat är främst framtagen av externa utredare och man bör därför kunna förvänta sig att det som framställs är en neutral bild av verkligheten. Samtidigt är vi medvetna om att informationen är sekundär och att det därmed finns ett inslag av subjektiva tolkningar. Vidare påverkas framställningen av författarnas förförståelse. Vi är också medvetna om att det sätt på vilket vi själva selekterar information påverkas av vår förförståelse av sjukvårdsorganisationer.

⁵⁹ Merriam, S .B. (1998, s. 88).

Man kan förvänta sig att den information som vi fått genom intervjuerna till viss del är påverkad av det faktum att innevarande år är valår. Det finns med all sannolikhet en önskan hos de politiker vi talat med att föra fram det egna partiets budskap. Vi vill också påpeka att vi inte är vana vid att hantera en intervjusituation och därför har vi i vissa fall inte riktigt lyckats begränsa icke relevanta utläggningar. Det faktum att uppsatsen är en del av en utbildning och inte skrivs på uppdrag av Västra Götalandsregionen innebär att vi som författare befunnit oss i en slags beroendeställning till de personer som medverkat vid intervjuerna. Samtidigt som vi eftersträvat relevanta och uppriktiga svar har vi inte "haft råd" att stöta oss med de personer som ställt upp på intervju.

3.1.2. Databehandling

Såväl intervjuutskrifter som relevant litteratur har granskats utifrån vår problemformulering. Dessa granskningar har tolkats var för sig och sammanställts i resultat genom att de ursprungliga syftena brutits ner i enskilda argument. Varje argument har analyserats isolerat innan vi dragit slutsatser om huruvida respektive syfte uppfyllts eller ej. Genom att studera samtliga argument kan vi se om och på vilket sätt problemet besvarats. Vår databehandlingsprocess beskrivs i figur 5. Resultatet av vår undersökning redovisas i kapitel 4-6. I dessa tre kapitel behandlas frågeställningarna i problemformuleringen var för sig. Varje kapitel avslutas med en analys av resultatet. Analysen bygger på att det totala resultatet jämförs med den teori som presenterats i kapitel två.



Figur 5. Arbetsprocessen. Källa: Fixell, Ström

KAPITEL 4

I detta kapitel följer en sammanställning av de svar som framkommit på frågan om Västra Götalandregionens ursprungliga mål och syften med DRG som prestationsersättningsmodell för sjukvård uppfyllts. Vi börjar med att presentera resultatet från intervjuundersökningen och sedan följer resultatet av litteraturgenomgången. Kapitlet avslutas med en analys.

4.1. RESULTAT AV INTERVJUUNDERSÖKNING

I denna fråga finns en samstämmighet hos majoriteten av de tillfrågade och ingen har en direkt positiv inställning till modellen. DRG som prestationsersättningsmodell uppfyller endast delvis sina mål och syften. Tack vare DRG har man inom regionen ett ersättningssystem för den slutna sjukvården som tar hänsyn till de kostnader som respektive sjukhus har för att bedriva vård. De tillfrågade politikerna menar dock att ersättningsmodellen har flera brister som gör att ursprungliga mål och syften, se rubrik 2.1.1.2.3. DRG i Västra Götalandsregionen, inte uppfylls. Ett argument är att modellen inte fångar helheten genom att vissa kostnader inte innefattas. Följden blir att man för vissa kostnader måste föra särskilda diskussioner om hur de ska ersättas. Ett annat argument är att då DRG-priset är olika mellan olika sjukhus och sjukhusgrupper uppkommer ofta en diskussion om huruvida systemet är rättvist eller inte. Detta gör att det finns en risk att någon känner sig förfördelad, något som bäddar för konflikter. Av de sju tillfrågade politikerna kunde två inte besvara frågan. I det ena fallet hade personen i fråga inte syftet klart för sig. I det andra fallet uppgav den tillfrågade att de egna kunskaperna om systemet var för bristfälliga.

4.2. RESULTAT AV LITTERATURSTUDIEN

De rapporter och utredningar som vi tagit del av ger inte stöd för att Västra Götalandsregionens ursprungliga mål och syfte med DRG-systemet som prestationsersättningsmodell för slutenvård uppfylls. Denna slutsats har vi kommit fram till efter att ha jämfört litteraturen med de fyra argument som hälso- och sjukvårdspolitikerna angivit som syfte till att systemet infördes. Att mål och syfte inte uppfylls beror på att:

- Kostnadstäckningen är ofullständig
- Modellen ej stimulerar till ökad produktion
- Otydligheter kvarstår som försvårar beställning och uppföljning.

Ofullständig kostnadstäckning

DRG-systemet tar inte alltid hänsyn till alla de kostnader som sjukhusen har för att bedriva sjukvård. I de fall när patienter är extra vårdkrävande, s.k. ytterfallspatienter, erhåller sjukhusen visserligen extra ersättning men denna täcker inte alltid de kostnader som är förknippade med

vårdinsatserna.⁶⁰ Genom den höga ambitionsnivå som finns inom den professionella organisationen, tillsammans med medborgarnas förväntningar om optimal behandling, sker en kontinuerlig utveckling inom det medicinska området. Detta gör att de verkliga kostnaderna för vården ibland blir högre än det DRG-pris som avtalats för perioden.⁶¹

Modellen stimulerar ej till ökad produktion

Inom Västra Götalandsregionen och SU anses DRG-systemet inte leda till ökad produktion bland producenterna eftersom systemet är utformat som en blandmodell som dessutom försetts med tak. Takkonstruktionen gör att systemet i stort sett kan jämföras med en budgetfördelningsmodell.⁶² Eftersom den fasta ersättningen uppgår till 50 procent får inte prestationsersättningen något egentligt genomslag. Åtminstone inte på klinisknivå där man i allt väsentligt arbetar med budget som främsta styrinstrument.⁶³ I mötet mellan patient och läkare har prestationsersättning och produktionsnivåer ingen betydelse. Här är det istället den enskilde patientens vårdbehov som styr och eventuell utebliven ersättning hindrar inte adekvat behandling.⁶⁴

Otydligheter kvarstår som försvårar beställning och uppföljning

Genom införandet av ett diagnosrelaterat mått som komponent i en beställar-/utförarmodell finns nu ett verktyg som underlättar mer konkreta beställningar. Endast när en beställning specificeras är det överhuvudtaget möjligt att följa upp verksamhet. Avtalen mellan HSS och utförarna sluts dock än så länge med parter för högt upp i utförarorganisationerna. Först när ersättningsmodellen kan användas som styrinstrument längre ner i utförarorganisationerna, såsom avdelningar och kliniker, kan beställningarna bli mer precisa och medge goda uppföljningsmöjligheter. Idag är den grupp inom HSS som arbetar med sjukvårdsbeställningar gentemot utförarna försvinnande liten vilket försvårar såväl beställning som uppföljning.⁶⁵ Hur konkret en beställning än kan göras kan man dock aldrig förvänta sig att den helt och fullt motsvarar utfallet eftersom patientens behov i första hand styr den behandling som blir aktuell i mötet mellan läkare och patient.⁶⁶ I regionens budgetplan sägs att budgeten är det viktigaste styrdokumentet.⁶⁷

I litteraturen har vi inte funnit belägg för om styrmodellen är objektiv och fungerar oavsett om producenten är privat eller offentlig. Vi kan bara konstatera att det skett en ökning av den andel vård som utförs av privata vårdgivare. Enligt Västra Götalandsregionens årsredovisning för år 2001 har denna andel ökat med fem procent.⁶⁸

⁶⁰ Andersson. E. (1998, s. 39).

⁶¹ Olson. U. m.fl. (2002, s. 2f).

⁶² Andersson. E. (1998, s. 38).

⁶³ Anjou. L. (2002, s. 19).

⁶⁴ Andersson. E. (1998, s. 30).

⁶⁵ Olson. U. m.fl. (2002, s. 9).

⁶⁶ Andersson. E. (1998, s. 30).

⁶⁷ Västra Götalandsregionens Budget (2002, s. 55).

⁶⁸ Västra Götalandsregionens Årsredovisning. (2001, s. 16).

4.3. ANALYS

Såväl intervjuundersökning som litteraturstudie talar för att Västra Götalandsregionens mål och syfte med DRG-systemet som prestationsersättningsmodell för slutenvården inte uppfylls. Därmed uppfylls inte heller dessa mål och syften för SU:s del. Av de fyra syften som angivits som argument för att tillämpa DRG-systemet finner vi belägg för att tre inte uppfylls: Systemet tar ej hänsyn till alla de kostnader sjukhusen har för att bedriva vård, systemet ger ej incitament till ökad produktion, systemet ger ej ökad tydlighet som underlättar beställning och uppföljning. Det fjärde syftet, som avser modellens objektivitet, kan vi inte dra några slutsatser om p.g.a. otillräcklig information.

I den jämförelsestudie som genomförts av Ernst Jonsson, se rubrik 2.1.1.2.1. En studie kring prestationsersättning i Sverige, framkommer att produktiviteten stimuleras när prestationsersättning införs i sjukvården. De rapporter och utredningar som vi studerat avseende Västra Götalandsregionen och SU beskriver hur DRG-systemet uppfattas fungera på ledningsnivå. Jonssons rapport är däremot en studie som granskar faktiska ekonomiska utfall. Den studie som gjorts över Sörmlands landsting, se rubrik 2.1.1.2.2. Prestationsersättning och DRG i Sörmlands landsting, liknar de utredningar som gjorts här i regionen och utfallen överensstämmer bättre. Om en studie liknande den Jonsson gjort upprepas för SU:s del kanske man skulle komma fram till att prestationsersättning faktiskt ökar produktiviteten även här.

KAPITEL 5

I kapitel fem redovisas de brister och begränsningar i dagens tillämpning av DRG-systemet som förhindrar fullständig måluppfyllelse. Resultatet baseras som tidigare dels på intervjuundersökningen dels på litteraturstudier. Kapitlet avslutas med en analys.

5.1. RESULTAT AV INTERVJUUNDERSÖKNING

Samtliga politiker har besvarat denna fråga och det råder en viss enighet dem emellan. Det finns tydliga brister och begränsningar i dagens tillämpning som kan sammanfattas i fyra områden.

- Ersättningen för DRG-poäng varierar mellan sjukhusen i Västra Götalandsregionen vilket leder till konflikter
- Blandmodell med takkonstruktion tillämpas
- Applikationssvårigheter på all slutenvård
- Komplicerat ersättningssystem

Variationer i DRG-ersättningen

I Västra Götalands regionen ersätts DRG-poängen med olika belopp på olika sjukhus. Skillnaden mellan högsta och lägsta pris för en och samma prestation kan vara avsevärd, se bilaga 4. Skillnader i ersättning leder till att många upplever systemet som orättvist vilket resulterar i konflikter mellan olika sjukvårdsproducenter. Ofta handlar diskussionen om själva ersättningssystemet och vad som är rätt ersättningsnivå istället för om det faktiska uppdraget.

Blandmodell med takkonstruktion

Få av de tillfrågade politikerna är nöjda med tillämpningen av DRG-systemet så till vida att det är en blandmodell som dessutom har en takkonstruktion. Blandmodellen kritiserar utifrån två perspektiv, dels ur skattebetalarnas perspektiv dels ur ett styr och verksamhets perspektiv. Eftersom 50 procent finansieras genom anslag är det svårt för sjukhusen att redogöra för vad man gör för varje skattekrona och det finns en risk att verksamheten ifrågasätts. Flera av de tillfrågade anser att styrningen av sjukvårdsverksamheten skulle förbättras om en större andel av ersättningen var prestationsbaserad. En högre andel prestationsbaserad ersättning skulle utgöra ett incitament för större produktionsvolym. Även takkonstruktionen kritiserar av de flesta politikerna. Taket utgör ett bekymmer för de som ska producera vård eftersom ingen eller en lägre ersättning utgår när taket överskrids. Mest kritisk mot takkonstruktionen är politikerna i utförarstyrelsen samtidigt som det finns en generell förståelse, bland alla tillfrågade, för att ekonomin utgör en restriktion. Takkonstruktionen utgör en form av kostnadskontroll. Det är ju skattemedel som finansierar vården och det finns en gräns för skatteuttaget. En av de tillfrågade uttrycker detta på följande vis:

”Jag har ju svårt att se hur politiken skulle fungera om man inte satte skattenivåer, om man inte skulle sätta ett slags tak för vad vården får kosta nästa år, utan man enbart skulle gå efter hur många sjuka har vi, hur många operationer behöver vi genomföra o.s.v.” (Bilaga 2, s. 12).

Applikationssvårigheter på all slutenvård

Ännu en av de påtalade bristerna i tillämpningen av DRG-systemet är att det är bättre anpassat för viss typ av vård, medan annan vård är svårare att ersätta utifrån prestation. Det är lättare att prestationsersätta vård som är avgränsad, så som operativa ingrepp och enskilda mer eller mindre standardiserade behandlingar, än den vård som ges under längre tid t.ex. rehabilitering och kroniska sjukdomstillstånd. En av de tillfrågade uppgav att man fört diskussioner om huruvida DRG-systemet överhuvudtaget är lämpligt för akutsjukvården. Kanske ska det bara tillämpas på planerad vård.

Komplicerat ersättningssystem

Stark kritik riktas också mot DRG-modellen p.g.a. dess komplexitet. Man menar att ett komplicerat ersättningssystem bäddar för konflikter och missförstånd. Vidare anses systemet vara byråkratiskt och kräva en stor administration. Arbetet är tidsödande och en av politikerna frågar sig om systemet egentligen gagnar vare sig patienter eller personal.

5.2. RESULTAT AV LITTERATURSTUDIEN

I litteraturen anges ett antal brister i dagens DRG-system som förhindrar fullständig måluppfyllelse. De brister som framkommer är följande:

- Ersättning per DRG-poäng varierar mellan olika sjukhus.
- Takkonstruktionen
- Blandmodellen
- Systemet är komplicerat

DRG-ersättningen varierar mellan sjukhus

En brist i dagens tillämpning av DRG-systemet är att ersättningen per DRG-poäng varierar mellan de olika sjukhusen i Västra Götalandsregionen. Detta beror på att man även lägger in andra kostnader än sjukvårdskostnader när DRG-priserna fastställs, t.ex. kostnader för utbildnings- och utvecklingsuppdrag. Genom denna utformning försvåras möjligheten att jämföra sjukhusens produktivitet och effektivitet. Dessutom stimuleras inte heller konkurrensen mellan sjukhusen.⁶⁹

Takkonstruktionen

Även det faktum att systemet har en takkonstruktion är en brist eftersom produktion utöver taket i de flesta fall inte ersätts. Det här motverkar dessutom ett av de ursprungliga syftena med modellen som incitament för ökad produktion. Sjukvårdens ekonomiska resurser är emellertid

⁶⁹ Olson. U. m.fl. (2002, s. 33).

begränsade och ju högre produktion desto större kostnader för vården. Därför finns dock en förståelse för att ersättningssystemet har ett tak.⁷⁰

Blandmodellen

Att DRG-systemet är utformat som en blandmodell kan vara både en brist och en styrka. Den rörliga delen av ersättningen anses stimulera till ökad produktivitet medan den fasta delen anses ge en viss trygghet. Blandmodellens brist är att ersättningsandelarnas storlek inte tillåts variera mellan olika diagnoser. Verksamhetsområden med patienter som har tunga diagnoser skulle kunna erhålla en lägre andel rörlig ersättning eftersom enstaka extremt tunga patienter då inte skulle kunna spräcka budgeten. Däremot skulle den rörliga delen kunna vara större inom områden där patienter i stor utsträckning har samma diagnos.⁷¹

Komplicerat system

Ytterligare en brist med DRG-systemet är att det är komplext och svårt att förstå. DRG accepteras dock av professionen eftersom det är det bästa systemet hittills som med rimliga arbetsinsatser kan beskriva vården. Tack vare DRG kan även mjukare specialiteter inom medicinområdet uppmärksammas och utvärderas.⁷²

5.3. ANALYS

Resultatet bekräftar att det finns ett antal brister och begränsningar i dagens DRG-system som förhindrar fullständig måluppfyllelse för Västra Götalandsregionen och således inte heller för SU. På flera punkter råder samstämmighet mellan intervjuundersökningen och litteraturstudien genom att i stort sett samma områden lyfts fram som bristfälliga. Två områden där DRG-systemet brister, såsom det tillämpas i Västra Götalandsregionen kan direkt kopplas till teorin.

När Fetter utvecklade DRG-systemet var det i syfte att skapa ett verktyg för jämförelse av kostnadsstruktur och produktivitet mellan olika sjukhus. Ett sådant system förutsätter att priset för DRG-poängen är samma. Eventuella olikheter utgörs av skilda patientsammansättningar vilket innebär att sjukhusens vårdinsatser varierar. Eftersom priset per DRG-poäng varierar mellan sjukhusen i Västra Götaland finns ingen möjlighet att göra jämförelser på det vis som Fetter avsåg. Regionens olika prisnivåer gör att systemet uppfattas som orättvist vilket i vissa fall leder till konflikter. Det finns tydliga paralleller mellan det missnöje som uppstod i Sörmlands landsting när prestationsersättning och DRG infördes och de brister som framkommer i Västra Götalandsregionen. I Sörmlands landsting handlade missnöjet om takkonstruktionen, se rubrik 2.1.1.2.2. Prestationsersättning och DRG i Sörmlands landsting, och samma kritik finns även här. Materialet ger således stöd för att det finns tydliga brister genom att det på flera punkter finns en samstämmighet.

⁷⁰ Andersson. E. (1998, s. 32).

⁷¹ Andersson. E. (1998, s. 32).

⁷² Olson. U. m.fl. (2002, s. 29f).

KAPITEL 6

Vår tredje och sista fråga rör beställar-/utförarmodellen och huruvida Västra Götalandsregionens ursprungliga syfte med modellen, som styrinstrument för slutenvården, uppfylls. Vi frågar också hur väl själva prioriteringsarbetet fungerar i praktiken. Dessa båda frågor behandlas här i kapitel sex. Kapitlet avslutas med en analys.

6.1. RESULTAT AV INTERVJUUNDERSÖKNING

Majoriteten av de tillfrågade politikerna anser inte att beställar-/utförarmodellen uppfyller sitt syfte, se rubrik 2.1.3. DRG-modellen i samband med en beställar-/utförarorganisation, så som den ser ut i dag. I intervjuerna har olika argument lyfts fram som belyser varför modellen inte fungerar som det är tänkt. De argument som framförts är:

- Rollerna är otydliga
- Prioriteringarna är svaga och otydliga
- Det är politiskt känsligt att omfördela uppdrag mellan sjukhusgrupperna
- Möjligheten att påverka viken vård som verkligen utförs är begränsad
- Sjukvården anses fortfarande vara anslagsstyrd
- Det sitter för många politiker i utförarstyrelserna

Otydliga roller

Den allmänna uppfattningen bland politikerna tycks vara att beställar-/utförarmodellen, efter drygt tre år, fortfarande befinner sig i en inledningsfas där politikerna i de olika styrelserna inte riktigt är klara över sina roller. Denna uppfattning kan förstärkas genom följande citat, hämtat ifrån en av intervjuerna:

“Med den konstitution som är mellan ägarutskott, HSS och utförarstyrelserna så är det en soppa alltihop där rollerna är väldigt diffusa.” (Bilaga 2, s. 41).

En annan av de tillfrågade menar att de här åren egentligen har varit en läroperiod för många och inneburit ett helt nytt sätt att tänka. Personen i fråga anser att det behövs mer utbildning för att de olika politikerna ska kunna förstå och utöva sina roller på det sätt som är tänkt eftersom modellen också kräver att beställarna har kunskap i hur förhandlingar med privata företag bör hanteras. Detta anses särskilt viktigt idag när de externa utförarna i privat regi blir allt fler.

Otydliga prioriteringar

Ingen av de tillfrågade personerna anser att prioriteringsarbetet fungerar väl så som det ser ut idag. I stort sett finns en enighet om att prioriteringarna är alltför otydliga och generella. En av de tillfrågade menar att beställarnas kunskap om sjukvården inte är tillräckligt god och att de därför inte kan göra riktiga beställningar. Beställningen blir en rambeställning som gör att sjukhuset ändå i stor utsträckning får prioritera internt. Prioriteringsarbetet förs således i hög grad

över ifrån HSS till sjukhusen. Ytterligare en brist i prioriteringsarbetet som försvårar sjukhusens verksamhetsplanering är att beställningarna ofta kommer för sent, ibland när redan halva verksamhetsåret har gått. Detta är ett problem som är särskilt tydligt inom SU där det har varit svårt att få till avtal varje gång.

Politiskt känsligt med omfördelningar

Politikerna i HSS och ägarstyrelsen tar endast delvis tillvara möjligheten att omfördela uppdrag mellan de olika sjukhusgrupperna inom regionen. Då detta sker handlar det om att beställa mer vård samt att överföra kompetens mellan sjukhusen. Kunskapsöverföringen sker framförallt från SU till andra sjukhus i regionen. Beslut om nedläggning av sjukhus eller att flytta verksamhet ifrån en producent till en annan har däremot aldrig fattats. Omfördelningsfrågor är kontroversiella och politiskt laddade. En av de tillfrågade politikerna i ägarutskottet menar att detta är den allra svåraste uppgiften. I diskussionen om eventuella omfördelningar uppfattar sig alltid någon som vinnare eller förlorare.

Begränsad möjlighet att påverka

Det faktum att den slutna vården till stor del utgörs av akutsjukvård är en försvårande omständighet när det gäller beställnings- och planeringsarbete. Oförutsedda händelser, som påverkar den ekonomiska situationen och den vård som måste utföras, kan alltid inträffa. Det går förstås inte att neka någon akutsjukvård.

Anslagsstyrning?

Flera av politikerna anser att sjukvården fortfarande är anslagsstyrd. Dels för att prioriteringarna och därmed beställningarna är otydliga, dels för att beställningarna har en ekonomisk begränsning. En av de tillfrågade menar att Västra Götalands beställar-/utförarmodell, så som den ser ut idag, är en ”halvhybrid” som mest liknar en traditionell anslagsmodell.

För många politiker i utförarstyrelserna

Bland de tillfrågade politikerna finns kritiska synpunkter på att det sitter politiker i utförarstyrelsen. Man menar att det finns en konflikt i att sitta som representant för sjukvården när man faktiskt blivit vald att företräda medborgarna. En av de tillfrågade säger bestämt: ”Har man ett beställar-/utförarsystem så har man inga utförarstyrelser!” (Bilaga 2, s. 19). Ytterligare en person uttrycker sin ståndpunkt genom att säga: ”Vi blir någon slags lakejer, så det ska inte vara politiker i utförarstyrelsen!” (Bilaga 2, s. 41).

6.2. RESULTAT AV LITTERATURSTUDIE

I litteraturen har vi inte funnit stöd för att Västra Götalandsregionens ursprungliga syfte med ett beställar-/utförarsystem som styrmodell för sjukhusvården uppfylls fullt ut. Inte heller har vi funnit stöd för att det praktiska prioriteringsarbetet fungerar tillfredsställande. Dessa slutsatser drar vi efter att ha granskat de argument som hälso- och sjukvårdspolitikerna lyft fram som syfte till att beställar-/utförarmodellen infördes. Att syftet inte uppnås beror på följande:

- Otydlig rollfördelning i styrmodellen
- Prioriteringar och beställningar är otydliga
- Omfördelning av uppdrag mellan sjukhusgrupperna har ej skett
- Budget säkras ej på verksamhetsnivå

Otydlig rollfördelning

Många politiker i HSS var vid regionens start inte förberedda och tränade i sina ⁷³ nya roller. Ännu år 2002 har inga effektiva insatser gjort för att utveckla och stärka de förtroendevalda i sina roller i styrmodellen eller för att öka tydligheten i denna.⁷⁴ I Leif Anjous lägesbeskrivning ifrån år 2002 påpekas att de lokala förtroendevalda inte har fått, men heller inte försett sig, med information om uppdraget. Fortfarande, när nästan en hel mandatperiod gått, är det många som undrar hur och vad de skall göra.⁷⁵

Den bristande kompetensen visar sig inte minst i de beställningar och vårdöverenskommelser som görs mellan beställare och utförare. Trots att beställarna skall fungera som befolkningsföreträdare tas inte tillräckligt stor hänsyn till förändringar i demografi, produktion och befolkningens behov när beställningarna görs.⁷⁶ Utförarstyrelsens dilemma är att trots att styrelserna leds av politiker är utföraren opolitisk i förhållande till den politiskt viktiga beställarrollen.⁷⁷ Ytterligare en aspekt på att rollfördelningen inte renodlats är att beställaren i överenskommelsen med SU för 2002 tagit på sig ett ansvar utanför sin roll. Genom att gemensamt med SU ta fram åtgärdsförslag för att komma tillrätta med fjolårets underskott har man, i motsats till sitt uppdrag, blandat sig i driften. Alla oklarheter i beställar-/utförarorganisationen gör att det framstår som oklart vem som bär ansvar för hälso- och sjukvårdens underskott i regionen.⁷⁸

Otydliga prioriteringar

Det prioriteringsarbete beställarna har att göra fungerar i dagsläget otillfredsställande. Prioriteringarna är vaga och HSS varken rangordnar eller lyfter bort verksamhet. De prioriteringar som ändå görs uttrycks dels i alltför allmänna programbeskrivningar, där olika grupper lyfts fram, dels genom beställningar av särskilda prestationer där behandlingar anges till antal och ersättning. Detta förfarande innebär ett ekonomiskt incitament att fullgöra de särskilt angivna beställningarna på bekostnad av andra prioriterade grupper. Prioriteringskonflikterna blir uppenbara och utförarnas tillit till beställaren minskar.^{79 80} Från och med år 2002 skall enhetliga prioriteringsgrunder gälla i hela regionen. Att få behandling eller inte skall inte avgöras av vid vilket sjukhus man blir undersökt.⁸¹

Omfördelning av uppdrag sker ej

Under mandatperioden har förslag tagits fram till omstruktureringar av verksamheter i syfte att sänka kostnader genom samverkan. Förslagen har dock inte realiserats i sin helhet, dels p.g.a.

⁷³ Meuller. A. (2000, s. 7).

⁷⁴ Revisoreernas årspromemoria (2001).

⁷⁵ Anjou. L. (2002, s. 23).

⁷⁶ Olson. U. m.fl. (2002, s. 29f).

⁷⁷ Anjou. L. (2002, s. 11).

⁷⁸ Anjou. L. (2002, s. 12).

⁷⁹ Anjou. L. (2002, s. 17).

⁸⁰ Olson. U., Roland. A., Ljungberg. E. (2001, s. 2).

⁸¹ Västra Götalandsregionens Budget 2001 och 2002.

motsättningar inom de organisationer som berörs av förändringarna, dels p.g.a. den lokala opinionen. Motiven till omstruktureringarna har varit ekonomiska och kvalitetsförbättrande. Det har dock visat sig att dessa strukturfrågor inte löses med en beställar-/utförarmodell. HSS har dock ett övergripande ansvar för initiativ till strukturfrågor inom vården.⁸²

Ingen budgetsäkring på verksamhetsnivå

Det faktum att HSS kan sluta avtal med utförarna utan att man från utförarsidan visat att sjukhusen har verksamhetsplaner, som beskriver hur de tänkt fullgöra uppdragen inom budgetramarna, bidrar till den bristande kostnadskontrollen.⁸³ Under verksamhetsåret 2001 fullgjorde SU sitt uppdrag ifrån HSS med avseende på volym. Däremot överskred kostnaderna den avtalade nivån. SU:s ekonomiska resultat sedan regionsammanslagningen presenteras i tabell 1.

År	2001	2000	1999
Resultat	- 271,1	11,8	-242,7

Tabell 1. Resultatutveckling för SU under innevarande mandatperiod. Resultaten anges i miljoner kronor.^{84 85}

6.3. ANALYS

Både intervjuundersökningen och litteraturstudien visar att beställar-/utförarmodellen inte fungerar på ett tillfredställande sätt. Att modellen inte fungerar visar sig tydligast i politikernas svårigheter att förstå innebörden av de nya rollerna. Därtill finns uppenbara brister i prioriterings- och beställningsarbetet p.g.a. den otydlighet som finns här. Dessa svårigheter kan jämföras med de problem man haft på andra håll där en beställar-/utförarorganisation införts. Se 2.1.2.2. Praktiskt försök i Enköping/Håbo 1993-94 samt 2.1.2.3. Beställar-/utförarmodellen i Bohuslandstinget. Trots de problem som på flera håll visat sig vara förenade med införandet av en beställar-/utförarorganisation har man valt att gå vidare med modellen. I samband med regionsammanslagningen valde man att införa en beställar-/utförarmodell liknande den som tidigare funnits i det gamla Bohuslandstinget. De politiker vi talat med uppger att anledningen till detta är att modellen var det bästa alternativ som trots bristerna stod till buds. Dessutom ansågs modellen vara känd och beprövad.

⁸² Anjou. L. (2002, s. 16).

⁸³ Olson. U. m.fl. (2002, s. 2).

⁸⁴ Ur Västra Götalandsregionens årsredovisning (2001, s. 23).

⁸⁵ Västra Götalandsregionens hemsida: <http://www.vgregion.se/ekonomi/Arsredovisning/ekonomi.pdf> (s. 13).

KAPITEL 7

I det avslutande kapitlet diskuterar vi de resultat och analyser som presenterats i de tre föregående kapitlen. Här framför vi våra egna åsikter och reflektioner kring det material vi samlat in och studerat under arbetets gång. Här redovisas också rapportens svagheter. Avslutningsvis ger vi förslag till fortsatta studier på området.

7.1. DISKUSSION

Ekonomistyrningen inom sjukvården är ett stort och mycket komplicerat område. Hälso- och sjukvårdsfrågor berör alla medborgare eftersom vi alla vid något skede i livet är i behov av vård. Inom hälso- och sjukvården finns många olika professioner och yrkesgrupper vars intressen ibland kan vara svåra att förena. Att styra och leda en sådan verksamhet är förenat med stora svårigheter, inte minst eftersom styrningen påverkas starkt av politiska beslut och ekonomiska ramar. Studier av ekonomistyrning inom sjukvården kräver fokusering på ett område i taget eftersom en övergripande studie riskerar att bli alltför ytlig. Skall alla områden innefattas måste varje enskild verksamhet och samtliga aktiviteter inom dessa studeras. Trots att vi begränsat oss till ekonomistyrning av slutenvård inom SU har vi insett att även ett avgränsat område är svårt att täcka in och förstå till fullo. Vår avsikt har varit att studera ekonomistyrningen inom SU men allt efter arbetets gång har vi insett att det sätt på vilket SU styrs bestäms på regionnivå. Vår uppsats har därför till stor del blivit en studie av ekonomistyrningen av slutenvården inom Västra Götalandsregionen.

Vårt syfte var att undersöka om DRG som grund för prestationsersättning är effektiv i kombination med en beställar-/utförarorganisation inom SU. Med effektivitet menar vi graden av måluppfyllelse. Vidare ville vi ta reda på hur man praktiskt arbetar med prioriteringsfrågor inom regionen. Vår slutsats blir att de förväntningar som fanns på kombinationen prestationsersättning baserad på DRG och beställar-/utförarorganisation inte uppfyllts. Modellen har således ännu inte visat sig vara effektiv. Prioriteringsarbetet i regionen skall ske i HSS som ansvarar för prioriteringar mellan patientgrupper. Den medicinska professionen ansvarar för prioriteringar mellan grupper. Mycket kvarstår att göra innan prioriteringsarbetet fungerar som det är tänkt.

7.1.1. Otydliga roller

Det faktum att man efter nästan fyra år fortfarande inte lyckats reda ut de olika politikerrollerna tycker vi är anmärkningsvärt. Med tanke på den stora omorganisering som regionsammanslagningen innebar anser vi att man borde ha tagit ledningsfrågor på större allvar och avsatt mer resurser för utbildningsinsatser kring beställar-/utförarorganisationen. Vi är förvånade över den kunskapsbrist som finns hos många av politikerna i de olika styrelserna. Vi hade förväntat oss en större kunskap och en större förståelse för det uppdrag man accepterat och åtagit sig att utföra. Då beställar-/utförarorganisationen infördes följde automatiskt ett antal roller och ansvarsområden. Vår uppfattning är att större energi bör ägnas åt att utnyttja dessa roller som

verktyg för att fatta beslut som gynnar verksamheten istället för att fastna i partipolitiska diskussioner. Vi hade förväntat oss att det vid intervjuerna tydligt skulle framgå vilken styrelse respektive person representerade. Vi trodde att personernas styrelsetillhörighet snarare än partitillhörighet skulle präglade svaren. Att så inte var fallet ser vi som ett bevis för att rollerna är diffusa. Trots vår kritik har vi en viss förståelse för politikernas svårigheter att ”hitta rätt” i beställar-/utförarorganisationen. När andra landsting infört snarlika modeller har vi läst att de upplevt liknande problem.

7.1.1.1. Ägarstyrelsens roll

Det ingår i ägarstyrelsens roll att ansvara för policyfrågor och fördela skattemedel mellan de olika verksamheterna. Man kan därför förvänta sig att ägarstyrelsen kräver regelbunden ekonomisk rapportering som underlag för uppföljning och beslut. I frågan om de underskott som uppstått inom några av sjukhusgrupperna tycks det råda oklarheter om varför differenserna uppstått och vem som egentligen bär det yttersta ansvaret. I detta avseende finns stora skillnader gentemot verksamheter som drivs i privat regi eftersom det där ställs helt andra krav på ekonomisk rapportering. Eftersom man infört beställar-/utförarorganisationen, som ett försök att efterlikna den privata marknaden, kanske man även skulle ställa samma krav på rapportering och uppföljning som man gör inom den privata sektorn.

7.1.1.2. Beställarstyrelsens roll

Beställarna är befolkningsföreträdare och denna roll innebär att styrelsen ska kartlägga befolkningens behov och göra prioriteringar och beställningar utifrån det. I våra samtal med politiker har de brister som finns i prioriteringsarbetet bekräftats. Flera uttrycker att det är svårt att välja bort någon del av vården vilket också visar sig genom att prioriteringsarbetet hittills har handlat om att lyfta fram och lyfta in verksamhet. Att man dessutom inte utnyttjat möjligheten att omfördela uppdrag mellan sjukhus och sjukhusgrupper i högre utsträckning hänvisar man till svårigheterna att få med sig den lokala opinionen. Vi anser att Hälso- och sjukvårdsstyrelsen även måste kunna fatta obekväma beslut under förutsättning att de kan försvaras medicinskt. Att inte ta itu med dessa frågor innebär att problemen skjuts på framtiden. Det går inte att gömma sig bakom lokala opinioner. Den demografiska utvecklingen klarar inte att den offentliga verksamheten spränger finanserna så som skedde under sjuttio- och åttiotalet.

7.1.1.3. Utförarstyrelsens roll

I utförarnas roll ingår ansvar för själva produktionen och styrelsen skall se till att de överenskommelser och avtal som slut med beställarna uppfylls. Vi ställer oss tveksamma till att det skall finnas politiker i utförarstyrelserna eftersom vi inte riktigt kan se vad de har att ta ställning till i produktionssammanhangen. De som utför och administrerar vården bör vara bättre skaffade att fatta beslut som rör produktionen. Vi kan inte se att det finns någon politisk aspekt på den operativa nivån. De frågor som innefattar politiska ställningstaganden bör vara avgjorda i ägar- eller beställarstyrelserna. Våra åsikter delas i viss mån av ett par av de politiker vi intervjuat. Även delar av litteraturen ger uttryck för dessa synpunkter.

7.1.2 Synpunkter på DRG-systemet

Eftersom några av de ursprungliga syftena med införandet av DRG som grund för prestationsersättning var att ge incitament för ökad produktion och att få en ökad tydlighet som underlättar beställning och uppföljning tycker vi att det är märkligt att man infört en blandmodell med takkonstruktion. När prestationer till femtio procent ersätts med anslag garanteras utförarna hälften av den ekonomiska ersättningen oavsett produktion. På detta sätt motverkas syftet med prestationsersättning som incitament till ökad produktion. När det gäller beställning och uppföljning tycker vi att blandmodellen verkar försvåra detta arbete. Den tydlighet som eftersträvas grusas till viss del genom att vissa pengar är öronmärkta medan andra fördelas som klumpsummor. Vidare anser vi att DRG-systemets takkonstruktion är ytterligare en begränsande faktor om tanken är att produktionen skall stimuleras. Att produktionen inte alltid ersätts fullt ut verkar oförenligt med den målsättning man har. Samtidigt är vi förstås medvetna om att det finns en gräns för det skatteuttag som skattebetalarna rimligen kan acceptera och att regionens skattemedel måste fördelas mellan olika verksamheter. Vi tycker att det är märkligt att budgeten fortfarande anges vara det viktigaste styrdokumentet. Har man infört en beställar-/utförarorganisation bör beställningarna vara så väl bearbetade att man till fullo litar på dem. Vi är tveksamma till om det alltid är eftersträvansvärt att DRG-priset är lika för alla sjukhus och sjukhusgrupper. Å ena sidan så ger gemensamma priser en större möjlighet att göra jämförelser mellan sjukhus och följa upp effektiviteten. Dessutom skulle man komma ifrån problemet med diskussioner som uppstår till följd av upplevd orättvisa. Å andra sidan så finns det en fördel med variationer i DRG-priserna eftersom olika åtaganden så som forskning och utbildningsuppdrag ryms i samma ersättningsmodell. Ett system med enhetliga priser i hela regionen kräver tilläggssystem för de övriga åtaganden som vissa sjukhus har. Ett system med flera olika ersättningsformer tror vi är minst lika komplicerat som dagens system.

7.1.3. Rapportens svagheter

Länken mellan teori och resultat i analysen har inte den tydlighet som vi hade hoppats på. De kopplingar vi gjort bygger på försök som gjorts i andra landsting men eftersom förutsättningarna mellan olika landsting och kommuner skiljer sig åt har det varit svårt att dra generella paralleller och slutsatser. Kanske borde vi ha intervjuat fler personer, dels fler politiker ur de olika styrelserna dels några av de administratörer som arbetar inom organisationen. Om fler personer intervjuats hade vi förmodligen kunnat dra säkrare slutsatser och administratörerna hade troligen kunnat gå djupare in på detaljer i såväl beställar-/utförarorganisationen som DRG-systemet.

7.1.4. Förslag på vidare studier

Vi kan rekommendera andra att skriva uppsatser inom offentlig förvaltning. Under arbetets gång har vi fått god inblick i och förståelse för de svårigheter som är förenade med styrning av verksamhet i offentlig regi. En studie av samma slag som denna skulle vara intressant att upprepa med den skillnaden att personer i administrationen tillfrågades för intervjuer. Vi tror också att det skulle vara intressant att studera hur prestationsersättning uppfattas på operativnivå.

KÄLLFÖRTECKNING

Litteratur

- Aidemark, Lars-Göran. *Vårdens ekonomi i förändring*. Bokförlaget BAS, 1998, Sverige.
- Andersson, Göran. *Kalkyler som beslutsunderlag*. Uppl. 4. Studentlitteratur, 1997, Lund.
- Andrén-Sandberg, Åke. *DRG*, Liber Utbildning, 1994, Stockholm.
- Bolman, Lee G. Deal, Terrence E. *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*, Uppl. 2., Studentlitteratur, 1997, Lund.
- Calltorp, Johan. Carlsson, Per. Holmström, Stefan. Levin, Lars-Åke. Persson, Jan. *Att beställa hälso- och sjukvård*. LTAB Linköpings tryckeri AB, 1998, Linköping.
- Fetter, Robert B. Shin, Youngsoo. Freeman, Jean L. Averill, Richard F. Thompson, John D. *Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups*, J.B. Lippincott Company, 1980, Philadelphia.
- Jonsson, Ernst. *Har betalning per patient givit mer vård för pengarna?*, Spris förlag, 1996, Stockholm.
- Jönsson, Sten. *Kommunal organisation-från programbudgetering till kommunalnämnder*, Studentlitteratur, 1988, Lund.
- Lundin, Rolf. A. Söderholm, Anders. *Ledning för förnyelse i landsting*. Nerenius & Santéus Förlag AB, 1997, Stockholm.
- Merriam, Sarah. B. *Fallstudien som forskningsmetod*, Studentlitteratur, 1994Lund.
- Rojas, Mauricio. *Efter folkhemmet*. Uppl. 2, Timbro, 1999, Göteborg.
- Wallin, Gunnar, Andersson. Andrén, Hans G. Nils. *Kommunerna i förvandling*, Uppl. 3, Almqvist & Wiksell, 1973, Uppsala

Rapporter och utredningar

- Andersson, Eva. *Granskning av DRG i Västsverige*, 1998.
- Anjou, Leif. *Hur fungerar beställar- utförarorganisationen inom sjukvården i Västra Götalandsregionen?*, 2002, Falun.
- Brorström, Björn. Bengtsson, Ulla. Cwejman, Malgorzata. Edlund, Viveka. Leffler, Marianne. Kfi-rapport nr 37, *Forskning pågår*, Kommunforskning i Västsverige, Övre Fogelbergsgatan 3, 411 28 Göteborg.
- Landstingsförbundet, *Hur ska landstingen styras?*, Landstingsförbundet, 1992, Stockholm.
- Meuller, Anders. *Översyn av lednings- och styrningsfrågor i Västra Götalandsregionen med särskildinriktning mot beställar-/utförarmodellen*, 2002, GW-gruppen AB.
- Norén, Lars. *Styrning av offentliga marknader*, 2001, Göteborg.
- Olson, Ulf-Johan. Roland, Anna. Ljungberg, Else-Marie. *Prioriteringar inom Hälso- och sjukvården*, 2001, Ernst & Young AB.
- Olson, Ulf-Johan. Roland, Anna. Svarén, Stefan. Gavin, Hans. *Sjukhusens styrning i Västra Götaland*, 2002, Ernst & Young AB.
- Regeringens prop. 1996/97:60, *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*
- Revisorernas årsberättelse för Västra Götalandsregionen, 2001.
- Revisorernas årspromemoria avseende verksamhetsåret 2001 i Västra Götalandsregionen, 2002, Vänersborg.

SOU 1996:169 (Inrikesdepartementet). *Förnyelsen av kommuner och landsting*. Nordstedts tryckeri AB, 1996, Stockholm.

Spri rapport. *DRG-ett sätt att sätta värde på vården*. Spri Tryck, 1988, Stockholm.

Svenska Kommunförbundets FoU-råd, *Välfärd i förändring*. Tryckeri Balder AB, 1996, Stockholm.

Västra Götalandsregionens budget 2002 & flerårsplan 2003-2004.

Västra Götalandsregionens årsredovisning (2001).

Artiklar

Göteborgs-Posten. *Vi måste vara beredda att erkänna fel*, (1998-06-07).

Göteborgs-Posten. *Kronisk brist i sjukvården?*, (1998-09-25).

TT Nyhetsbanken. *Omorganisation och chefsbyten bakom Sahlgrenskas förlust*, (2001-12-06).

Internetadresser

SU:s hemsida: <http://www.sahlgrenska.se/> (2002-04-04).

Västra Götalandsregionens hemsida:

<http://www.vgregion.se/ekonomi/Arsredovisning/ekonomi.pdf> (2002-06-04)

1. FRÅGOR RÖRANDE DRG

1.1. Vad var syftet med att införa DRG som grund för prestationsersättning?

- Förväntningar?
- Mål?

1.2. Varför valdes DRG som prestationsersättningsmodell?

- DRGs fördelar gentemot andra modeller?
- KPP / Öppenvård

1.3. Hur upplever Du att DRG som prestationsersättningsmodell fungerar?

1.4. Anser Du att DRG-modellen uppfyller sina syften?

- Om inte, varför?
- Vilka brister finns i nuvarande utformning?

1.5. Hur väl är DRG-modellen förankrad i sjukvårdsorganisationen?

- Beställarorganisationen?
- Utförarorganisationen / Kliniker?

1.6. Vad är syftet med att tillämpa en blandmodell, där ersättningen till 50 procent utgörs av ett fast anslag och till 50 procent utgörs av prestationsersättning?

1.7. I vilket syfte har DRG-modellen försetts med ett tak?

- Vår uppfattning är att takkonstruktionen utgör ett avsteg ifrån köp-/säljmodellens tanke, d.v.s. man ser fortfarande vården som kostnad inte produkt. Hur ser Du på det?

1.8. Finns det idag några planerade förändringar i DRG-systemet eller dess tillämpning?

2. FRÅGOR RÖRANDE BESTÄLLAR- / UTFÖRARMODELLEN

2.1. I vilket syfte infördes beställar-/utförarorganisationen vid regionsammanslagningen 1999?

2.2. I vilken utsträckning uppfyller beställar-/utförarorganisationen sitt syfte?

2.3. Vi har tagit del av rapporter där skarp kritik riktats mot svaga och otydliga prioriteringar. Hur vill Du bemöta den kritiken?

- Vari ligger svårigheten i prioriteringsarbetet?

2.4. Vi har uppfattat att HSS har möjlighet att omfördela uppdragen mellan sjukhusgrupperna i Västra Götalandsregionen men att denna möjlighet ännu inte har utnyttjats. Varför har den inte utnyttjats?

- Effektivitet / ineffektivitet?

2.5. Leif Anjou skriver i en lägesrapport från februari 2002 att avtalen med sjukhusen är treåriga men att ersättningen avtalas för ett år i taget. Varför denna utformning av avtalen?

- Ettåriga avtal ger väl ingen stabilitet eller möjlighet till långsiktig planering?

3. ALLMÄNNA FRÅGOR

3.1. Namn:

3.2. Styrelse:

3.3. Hur länge har Du haft uppdraget?

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

BILAGA 3. RIKTLINJER FÖR PRIORITERINGAR

Regeringen har redovisat följande allmänna riktlinjer för prioriteringar.

Prioriteringsgrupp 1

- Vård av livshotande akuta sjukdomar.
- Sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
- Vård av svåra kroniska sjukdomar.
- Palliativ (lindrande) vård och vård i livets slutskede.
- Vård av människor med nedsatt autonomi.

Prioriteringsgrupp 2

- Prevention.
- Rehabilitering/rehabilitering.

Prioriteringsgrupp 3

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Prioriteringsgrupp 4

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

BILAGA 4. DRG-PRISER INOM VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

2001 tillämpades följand DRG-priser i Västra Götalandsregionen, se tabell 1. Uppgifterna har vi fått ifrån Hälso- och Sjukvårdsstyrelsens kansli i Skövde.

Sjukhus/Sjukhusgrupp	Pris (kr)
SU	28 480
NU-sjukvården	26 532
Södra Älvsborgs sjukhus	26 214
Skaraborgs sjukhus	29 664
Kungälv's sjukhus	22 282
Alingsås lasarett	26 938

Figur 1. DRG-priser för 2001.

Exempel på beräkning av DRG-ersättning:

Antag att en blindtarmsoperation har DRG-vikten 0,75 så får SU $0,75 \cdot 28\,480 \text{ kr} = 21\,360 \text{ kr}$ medan Kungälv's sjukhus får $0,75 \cdot 22\,282 \text{ kr} = 16\,712 \text{ kr}$.