



**Landstingsrevisionen
Landstinget i Jönköpings län**

**Revisionsrapport avseende
granskningsprojektet ”Primärvårdens
resurser”**

KPMG Offentlig sektor
2 april 2007
Antal sidor: 20

Innehåll

	Sammanfattning	1
1.	Uppdraget	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	Granskningens syfte och inriktning	3
1.3	Metod och genomförande	4
2.	Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården	4
2.1	Handlingsplan och uppföljning avseende Landstinget i Jönköpings län	5
2.2	Kommentar och bedömning	6
3.	Samverkan och samordning – medicinska programgrupper	7
4.	Budget och flerårsplaner	8
4.1	Budget 2002 med flerårsplan	8
4.2	Budget 2003 med flerårsplan	9
4.3	Budget 2004 med flerårsplan	9
4.4	Budget 2005 med flerårsplan	9
4.5	Budget 2006 med flerårsplan	10
4.6	Kommentar och bedömning	10
5.	Ekonomiska resurser	10
5.1	Resursfördelning på landstingsnivå	10
5.2	Resursfördelning på sjukvårdsområdesnivå	14
5.3	Kommentar och bedömning	18
6.	Sammanfattande bedömning och rekommendationer	18

Sammanfattning

Revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har givit KPMG i uppdrag att genomföra en granskning med syfte att kartlägga och bedöma om primärvården tilldelats resurser i enlighet med intentioner i nationell handlingsplan för hälso- och sjukvård, fullmäktigebeslut, m.m. I slutrapporten avseende nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården anges att intentionerna med planen var att skapa ”en omfördelning av resurserna från den specialiserade somatiska vården till primärvården”.

Granskningens resultat grundar sig på studier av för uppdraget relevant dokumentation på nationell nivå. Vidare har vi studerat landstingets budget och flerårsplaner åren 2002 till och med 2006, övriga budgetdokument, samt årsredovisningarna för åren 2002 till och med 2005. Landstingets lokala handlingsplan, uppföljning och redovisning utifrån nationell handlingsplan samt gällande överenskommelse har också ingått i granskningsunderlaget. Därutöver har vi intervjuat ett antal nyckelpersoner centralt inom landstinget samt inom respektive sjukvårdsområde.

Utifrån vår granskning kan vi konstatera att brister i redovisning och uppföljning medför att det är svårt att utan djupare utredning få fram tillfredställande underlag för bedömning av om primärvården tilldelats resurser i enlighet med intentioner på nationell nivå samt landstingsfullmäktigenivå. Enligt den budget, redovisning och uppföljning som sker på landstingsövergripande nivå kan vi inte finna att Landstinget i Jönköpings län har omfördelat resurser från den somatiska specialistvården till primärvården. Olika former av satsningar görs bl.a. för att förbättra tillgänglighet och kvaliteten i övrigt, vilket dock även gäller den somatiska specialistvården. Med tanke på den osäkerhet som finns i möjligheterna att jämföra uppgifter mellan åren på grund av förändrad redovisning, överföring av kostnadsansvar för läkemedel, m.m. ska man dock vara försiktig med att dra allt för långtgående slutsatser. I våra intervjuer på sjukvårdsområdesnivå ges dock samma bild där de intervjuade anger att det inte sker någon omfördelning av resurser från den somatiska specialistsjukvården till primärvården (med undantag av några specifika fall).

Enligt vår bedömning framgår det inte tydligt i budget och verksamhetsplan vad landstinget har för mål när det gäller eventuell omfördelning av resurser från den somatiska specialistvården till primärvården. Övergripande formuleringar avseende framgångsfaktorer finns som till exempel ”Förbättrade och utvecklade vårdkedjor och vårdprogram leder till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppenvård”. Mål och mått samt måluppfyllelseanalys bör utvecklas med en tydligare koppling till det övergripande målet. Arbetet med att fastställa vårdprogram m.m. anges vara ett viktigt område och förbättrade vårdprogram bedöms av landstinget leda till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppen vård. Enligt vad som framkommit i våra intervjuer sker dock inte någon diskussion avseende resurser när vårdprogrammen tas fram och några resurser omfördelas inte heller utifrån vårdprogrammets effekter på verksamhetsområdenas resursbehov.

Landstingsfullmäktige beslutar om en resursram till primärvården. Enligt vår bedömning finns inte tillräckliga redovisnings- och uppföljningssystem som möjliggör en uppföljning av att beslutade resurser går till primärvården.

Sammanfattningsvis bedömer vi att redovisning och uppföljning behöver utvecklas så att det går att följa att primärvården får beslutade resurser i enlighet med de intentioner som finns i överenskommelsen på nationell nivå samt i landstingets budget och flerårsplan. Detta kräver också en ökad tydlighet vad gäller mål och måloppfyllelseanalys.

Utifrån genomförd granskning vill vi lämna följande rekommendationer:

- Redovisning och uppföljning utvecklas så att det går att följa primärvårdens resurstilldelning över tid och i förhållande till övrig verksamhet. Redovisning och uppföljning ska ge en helhetsbild där eventuella satsningar/resurstillskott sätts in i sitt sammanhang.
- Mål avseende vad som ska uppnås förtydligas och uppföljningsbara mått anges. Målen ska vara desamma i olika styrdokument som budget och flerårsplan, årsredovisning, handlingsplaner, m.m.
- En översyn görs av resursfördelningssystemet för att utreda om nuvarande system på rimligt sätt speglar resursbehovet grundat på en behovsanalys. En redovisning av sjukvårdsområdenas modell för resursfördelning tas fram med krav på årlig redovisning av hur av LS beslutad förvaltningsram har fördelats.
- Vårdprogrammets planerade och bedömda effekter kopplas till resursbehov. Beslut om förändringar i andra verksamhetsområden som påverkar primärvården ska föregås av en konsekvensanalys och vad det får för effekter på resursbehovet.

1. Uppdraget

1.1 Bakgrund

Primärvården ska vara förstahandsvalet vid behov av hälso- och sjukvård. Akutsjukhusen ska svara för länsinvånarnas behov av specialistvård. Utifrån intentionerna med Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården och diskussioner i planerings- och budgetsammanhang har det under flera år påtalats att det ska satsas på primärvården, vilket borde innebära viss omfördelning av resurser till primärvården. Svårigheten med detta brukar sägas vara att akutsjukvården inte kan "släppa ifrån sig resurser" så länge patienterna kommer till akutsjukvården och primärvården anser sig ha svårt att öka tillgänglighet, m.m., utan ökade resurser.

Revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har givit KPMG i uppdrag att genomföra en granskning avseende resurser till primärvården.

1.2 Granskningens syfte och inriktning

Granskningens syfte har varit att kartlägga och bedöma om primärvården tilldelats resurser i enlighet med intentioner i fullmäktigebeslut, m.m..

Granskningen har främst inriktats på följande frågeställningar:

- Vilka politiska beslut finns avseende primärvårdens uppdrag och tilldelning av resurser?
- Hur mycket resurser har primärvården fått relativt andra verksamheter under 2002, 2003, 2004, 2005 och 2006? Är detta en ökning av resurser relativt andra verksamheter?
- Hur görs prioriteringar vid tilldelning av resurser? Finns en behovsanalys som grund för prioritering?
- Finns några "hinder" när det gäller att styra resurserna i enlighet med fullmäktiges intentioner?
- Hur styrs patientströmmarna?

Avgränsning

I granskningen har intervjuerna avgränsats till att omfatta primärvården samt centrala nyckelpersoner på landstingsnivå och sjukvårdsområdesnivå. Det har inte ingått i uppdraget att granska om resursfördelningen upplevs ha fördelats "rättvist" utifrån slutenvårdens respektive primärvårdens perspektiv. Vi har i granskningen utgått från de intentioner som angivits avseende resursfördelning på nationell nivå samt landstingsnivå.

1.3 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom studier av relevant dokumentation såsom ”Uppföljning av nationell handlingsplan avseende hälso- och sjukvård”, landstingets budget och flerårsplaner, övriga budgetdokument avseende resurstilldelning, årsredovisningar, m.m.. Vi har även fått material avseende resurstilldelning från landstingets centrala ekonomifunktion.

Intervjuer har genomförts med ett antal nyckelpersoner såsom landstingets budgetchef samt företrädare för sjukvårdsområdesledningen, primärvården och ekonomifunktionen på de tre sjukvårdsområdena.

Granskningens resultat och rekommendationer redovisas i denna rapport.

2. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården¹ som antogs av riksdagen i november 2000, anges att hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning ska utvecklas genom insatser på några strategiska områden. Målsättningen är att åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet. Genom att bl.a. utveckla samarbetet mellan sjukhus och primärvård i landsting och kommuner ska huvudmännen kunna erbjuda befolkningen en hälso- och sjukvård som är mer tillgänglig och präglas av förbättrad kontinuitet och kvalitet. Inriktningen och åtgärderna för att utveckla hälso- och sjukvården uttrycks av regering och riksdag vilket anges i handlingsplanen.

I Socialstyrelsens slutrapport avseende nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården anges att primärvårdens uppdrag är vitt formulerat i lagstiftningen. Arbetet med att precisera primärvårdens uppdrag har enligt slutrapporten inte haft någon framträdande roll i de lokala handlingsplanerna av landstingens uppföljning att döma. *”Få landsting har uttryckligen behandlat frågan om hur man ska få balans mellan uppdrag och resurser”*.

Vid en genomgång av landstingens uppföljningar konstaterar Socialstyrelsen att flera landsting har fasat in handlingsplanen i den modell man hade sedan tidigare eller höll på att utveckla. *”Exempelvis menar Jönköping att intentionerna i handlingsplanen har legat i linje med landstingets budget och flerårsplan”*.

”Med resurstillskottet ville statsmakterna underlätta en omfördelning av resurserna från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin”. I slutrapporten anges att om man ser till landstingens hälso- och sjukvård så har tillskottet inte inneburit att kostnadsandelarna för primärvård och psykiatrin har ökat på nationell nivå. *”Förhoppningen att resurstillskottet skulle kunna underlätta omprioritering av resurserna mellan olika områden – att det skulle vara lättare att bygga ut primärvården med nya pengar istället för att först dra ner på den specialiserade vården – har hittills inte infriats”*.

Vid en samlad bedömning anger Socialstyrelsen att handlingsplanen med dess olika komponenter tycks ha haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. *”Landstingen har inte lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin”*.

Det utvecklingsavtal som legat till grund för handlingsplanen löpte ut vid årsskiftet 2004/2005 och handlingsplanen avslutades. Slutrapport lämnades 2005.

Staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har tecknat en ny överenskommelse om det fortsatta arbetet avseende primärvården för åren 2005-2007. Parterna är överens om att inriktning och åtagande i det ursprungliga utvecklingsavtalet ska ligga fast vad gäller primärvården ².

2.1 Handlingsplan och uppföljning avseende Landstinget i Jönköpings län

Till grund för nationella handlingsplanen låg ett avtal mellan staten och Landstingsförbundet. Det är ett antal åtaganden som landstingen ska fullfölja ³:

- Berör hela hälso- och sjukvården
- Öka tillgängligheten
- Tydliggöra primärvårdens uppdrag
- Förbättra stöd till gruppen med psykisk ohälsa
- Förbättrad samverkan med vårdgrannar
- Avtal med kommuner om läkarmedverkan
- Utveckling av arbetsformer

En handlingsplan skulle redovisas till Socialstyrelsen före utgången av 2001. I landstingets handlingsplan anges att Landstingsstyrelsen har gjort ställningstagandet att den nationella handlingsplanen skulle integreras i arbetet med budget och flerårsplan. I handlingsplanen finns en precisering av primärvårdens uppdrag. Där finns även ett gemensamt styrkort för primärvården. Nedan anges de strategiska mål samt nyckeltal (resultatmål) som vi bedömer som relevanta för denna granskning.

Mål	Mått
En ökande andel av läkarbesöken ska göras inom primärvården.	Andel läkarbesök i primärvården (ökande och >50% av antal besök i sjukvårdsområdet).
Primärvårdens andel av sjukvårdsområdets budget ska öka. En andelsökning motsvarande 1 % ska tillföras för ny och utökad verksamhet.	Andel av sjukvårdsområdets budget (en ökning med minst 1 %).
Primärvårdens resurser ska fördelas utifrån prestationer (kvalitet och kvantitet).	Uppföljning av prestationer avseende antal och kvalitet i förhållande till erhållna resurser.

I vår granskning har vi tagit del av uppföljningen av handlingsplanen för landstinget i Jönköpings län. Kort kommentar till vad redovisningen omfattat sammanfattas nedan.

Uppföljningsår	Kommentar
2003	Redovisningen beskriver måluppfyllelse på ett antal områden avseende tillgänglighet samt ett antal aktiviteter för att förbättra tillgängligheten. Den ekonomiska redovisningen avser en redovisning av hur de ekonomiska resurserna fördelats på olika satsningar/resurstillskott. Det saknas dock en redovisning av ovan redovisade mål och mått.
2005	Även denna redovisning beskriver måluppfyllelse på ett antal områden avseende tillgänglighet samt ett antal aktiviteter för att förbättra tillgängligheten. Den ekonomiska redovisningen avser en redovisning av hur de ekonomiska resurserna fördelats på olika satsningar. Det lämnas också en samlad bedömning avseende handlingsplanens betydelse, m.m., i enlighet med Socialstyrelsens anvisningar. Landstinget anger att intentionerna i nationella handlingsplanen legat i linje med landstingets budget och flerårsplan. Vidare anges att "resurstillskottet har inneburit att planerade satsningar har kunnat tidigareläggas." Även i denna uppföljning saknas en redovisning av ovan redovisade mål och mått.

Som tidigare nämnts så löpte det utvecklingsavtal som legat till grund för handlingsplanen ut vid årsskiftet 2004/2005 och handlingsplanen avslutades. En ny överenskommelse avseende bl.a. primärvården tecknades. I mars 2006 lämnades en uppföljning från landstinget till Socialstyrelsen avseende överenskommelsen. Enligt socialstyrelsens skrivelse (Dnr 51-10739-2005) med instruktioner om uppföljningen av överenskommelsen anges att det åligger respektive landsting att fortsätta att följa upp de lokala handlingsplanerna från 2001. Den redovisning landstinget lämnat till Socialstyrelsen innehåller liksom tidigare uppföljningar redovisning av måluppfyllelse på ett antal områden avseende tillgänglighet samt ett antal aktiviteter för att förbättra tillgängligheten. Redovisningen avseende resurser är en redovisning av hur de ekonomiska resurserna fördelats på olika satsningar. Någon redovisning av ovan redovisade mål och mått från handlingsplanen har inte heller lämnats i denna uppföljning.

2.2 Kommentar och bedömning

I Socialstyrelsens uppföljning av den nationella handlingsplanen anges att "få landsting har uttryckligen behandlat frågan om hur man ska få balans mellan uppdrag och resurser". Av vad som framgår av den uppföljning och redovisning som landstinget har lämnat avseende handlingsplanen och nu gällande överenskommelse, har inte heller Landstinget i Jönköping behandlat detta. Vidare anges i Socialstyrelsens slutrapport att "med resurstillskottet ville statsmakterna underlätta en omfördelning av resurserna från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin". Att så har skett i Landstinget i Jönköpings län har vi inte funnit någon uppföljning och redovisning av. Landstinget anger att intentionerna i nationella handlingsplanen legat i linje med landstingets budget och flerårsplan. Vi anser dock att uppföljning och redovisning kan utvecklas så att det går att göra en mer samlad bedömning av att så skett.

3. Samverkan och samordning – medicinska programgrupper

Landstinget har ett antal medicinska programgrupper (MPG) och en av dessa avser primärvård. De medicinska programgrupperna är länsövergripande och organisatoriskt underställda sjukvårdens ledningsgrupp, i första hand företrädda av planeringsdirektören vid hälso- och sjukvårdsavdelningen. Enligt direktiv för medicinska programgrupperna (beslut i Sjukvårdens ledningsgrupp 2006-05-05) ska ”arbetet i de medicinska programgrupperna präglas av systemtänkande, vilket innebär samverkan och samordning mellan olika verksamheter och vårdnivåer, internt och externt. Gruppen har befogenheter att besluta i länsövergripande frågor inom ramen för deltagarnas beslutsbefogenheter och förutsatt att enighet uppnås. Ordföranden har alltid rätt att hänskjuta frågor till sjukvårdens ledningsgrupp. Gruppens beslut är endast rådgivande i frågor där respektive förvaltningsledning har ledningsansvaret.”

Landstingets budget och flerårsplan anges i direktiven vara styrdokument och målbeskrivning för de medicinska programgruppernas arbete. I programgruppernas arbete ingår att bedriva förbättringsarbete i enlighet med landstingets inriktning och ambitionsnivå. Sammansättningen bedöms göra grupperna särskilt lämpade för lärande och spridande av goda idéer.

En huvuduppgift för MPG är att säkerställa att gemensamma vårdprogram/riktlinjer/medicinska PM finns och tillämpas. Grupperna ska vidare verka för deltagande i relevanta nationella kvalitetsregister och även i övrigt säkerställa enhetlighet i klassificering, verksamhetsuppföljning och informationsförsörjning.

I våra intervjuer har det framkommit att den medicinska programgruppen för primärvård inte har diskussioner kring budget, ekonomi och resurser. Målet att primärvårdens andel av budgeten skulle öka med 1 % per år har dock enligt uppgift inte uppfyllts.

I samband med att handlingsplanen för Landstinget i Jönköpings län togs fram 2001, utifrån den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården gick landstinget igenom primärvårdens uppdrag och preciserade det.

För drygt ett år sedan byttes delar av programgruppen ut och ledningspersoner finns nu med i gruppen. Programgruppens roll har förändrats över tiden, vilket har varit en medveten förändring. Programgruppens arbete ska vara en ”spjutspets” och vara inspirerande för primärvården.

Programgruppen kan påpeka om det finns skillnader i vården mellan sjukvårdsområdena. Framöver kommer gruppen att ha mer fokus på uppföljning av bl.a. kliniska resultat. För 2006 avser man att följa upp hela primärvården på årsbasis. Gruppen har diskuterat en samordnad uppföljning för att kunna bedöma om vården fungerar någorlunda likvärdigt i länet. Programgruppen för primärvård arbetar med att ta fram enkla mätetal som gruppen ska följa upp. Landstinget arbetar också med att ta fram vårdtyngdsmätningar inom hemsjukvården, vilket kommer att ge kopplingar till resurser. Någon behovsanalys har inte genomförts för länet som helhet.

Länsövergripande vårdprogram tas fram i de medicinska programgrupperna. Uppföljning och redovisning görs bl.a. i årsredovisningen. För närvarande har landstinget ca 11-12 fastställda vårdprogram. Nästan alla program berör primärvården, som ska godkänna/pröva dessa vårdprogram. Vårdprogrammen förskjuter en del uppgifter från slutenvården till öppenvård. När

det gäller hur resurser kopplas till detta kan det komma som en diskussionspunkt framöver. Just nu har det inte diskuterats.

4. Budget och flerårsplaner

I slutrapporten avseende "Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården" anges att statsmakterna med resurstillskottet ville underlätta en omfördelning av resurserna från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin. I granskningen har vi studerat budget med flerårsplan från år 2002 till och med 2006 för att se hur landstinget uttryckt denna inriktning i detta för landstinget centrala styrdokument. Vi har också studerat årsredovisningarna för åren 2002 till och med 2005 för att få fram hur uppföljning skett av uppsatta mål, m.m. Detta kommenteras närmare nedan.

4.1 Budget 2002 med flerårsplan

I budget 2002 med flerårsplan anges som en kritisk framgångsfaktor inom process- och produktionsperspektivet att man ska utveckla öppenvården och att "Förbättrade och utvecklade vårdkedjor och vårdprogram leder till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppenvård." Vidare anges avseende aktivitetsmål bl.a. att utveckling av öppenvården ska mätas med måttet "Antal läkarbesök och sjukvårdande behandlingar totalt och inom primärvården". När det gäller vårdkedja och vårdprogram anges vidare att "Vårdprogram som syftar till att ge vård på lika villkor utifrån medicinska utgångspunkter ska därför fastläggas av programgruppen för primärvård. Inriktningen är att arbetsuppgifter omfördelas från slutenvård till öppenvård, i en verksamhet där hela sjukvården samverkar med primärvården som bas". I ett avsnitt avseende primärvården anges att "Nya former för samverkan mellan specialiserad vård och primärvård ska utvecklas och stimuleras" samt "Att under planeringsperioden sträva efter att en större andel av vården tillgodoses inom primärvården".

I de skrivningar vi refererat till ovan anges både öppenvård och primärvård. Det är inte helt tydligt men vi tolkar skrivningarna som att resurser bör överföras från slutenvård till primärvård men också annan öppenvård. När det gäller ekonomiska resurser lämnas en redovisning över vilka förstärkningar som görs på olika områden för att förbättra tillgängligheten enligt intentionerna i nationella handlingsplanen.

I årsredovisningen avseende 2002 lämnas en översiktlig redovisning bl.a. avseende ovan nämnda förstärkningar. I övrigt lämnas det delvis en redovisning av resultat med koppling till ovan nämnda inriktning, mål och mått. I årsredovisningen anges att "Det finns en strävan att den slutna vården ska minska till förmån för den öppna vården. Målet är att minst 55 procent av det totala antalet läkarbesök ska ske i primärvård." Någon redovisning av vad utfallet blev lämnas dock inte. Däremot anges att läkarbesöken i öppenvård på sjukhusen minskade (- 1 %) jämfört med föregående år samt att även läkarbesöken avseende primärvården minskat (- 4 %). Minskningen avseende primärvården anges delvis bero på överföring av vissa arbetsuppgifter till andra personalkategorier men att målet avseende ökad andel besök i primärvården inte blivit uppfyllt.

4.2 Budget 2003 med flerårsplan

I budgeten för 2003 återkommer till stor del de områden som vi redovisat ovan avseende budget 2002. Följande inriktning, mål och mått, som vi bedömer relevant för denna granskning, anges för planeringsperioden:

- Förbättrade vårdprogram leder till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppen vård.
- Utvecklingen av öppenvård mäts med måttet ”Andel besök inom primärvården”.
- Fortsatt utveckling av primärvård och psykiatri enligt program i den nationella handlingsplanen.

I årsredovisningen avseende 2003 redovisas en mätning av fördelningen mellan besök i primärvård och öppenvårdsbesök på sjukhus. 2003 var andelen läkarbesök i primärvården 53 procent vilket ska jämföras med målet på 55 procent. En redovisning lämnas också av olika nysatsningar som genomförts under året.

4.3 Budget 2004 med flerårsplan

I budgeten för 2004 hänvisas till nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården och anges bl.a. att det i planen har markerats krav på utveckling av primärvården med särskilt ansvar för tillgänglighet till telefonrådgivning och patientkontakt med kontinuitet. Inriktningen och kraven på tillgänglighet och valfrihet anges få stor betydelse de närmaste åren. Vidare anges liksom tidigare år att ”Förbättrade vårdprogram leder till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppen vård”.

I årsredovisningen avseende 2004 lämnas ingen redovisning med koppling till förskjutning av resurser från slutenvård till öppen vård. En prestationsredovisning lämnas dock.

Utifrån vad som går att läsa i budget och årsredovisning avseende 2004 är inriktningen om förskjutning av resurser från slutenvård till öppen vård mindre tydlig än tidigare år.

4.4 Budget 2005 med flerårsplan

I budgeten för 2005 hänvisas på samma sätt som 2004 till nationell handlingsplan bl.a. vad gäller krav på utveckling av primärvården med särskilt ansvar för tillgänglighet till telefonrådgivning och patientkontakt med kontinuitet. Vidare anges liksom tidigare år att ”Förbättrade vårdprogram leder till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppen vård”. Nytt för 2005 är att man anger att man ska mäta andel öppenvård/slutenvård och andel primärvård/specialistvård. Detta som ett mått på vårdnivån.

I årsredovisningen avseende 2005 redovisas måluppfyllelse avseende måttet ”vårdnivå” som mäter målet ”0,5 procent ökning av nettokostnaden på årsbasis för öppenvård jämfört med slutenvård”. Målet anges vara uppfyllt då andelen öppenvård uppgick till ca 59 procent. Någon redovisning avseende andel primärvård/specialistvård lämnas inte.

4.5 Budget 2006 med flerårsplan

I budgeten för 2006 kvarstår ”Vårdprogram som utvecklas i samverkan med alla vårdgivare (kommuner, primärvård, länsdelssjukhus, länsjukhus och regionvård). Förbättrade vårdprogram leder till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppenvård ” och med tillägget ”samt att vården ges efter var och ens behov” som kritisk framgångsfaktor. Som mått på detta ska mätning ske av ”Kostnadsandel för öppenvård/slutenvård”.

Vid granskningstillfället var ej årsredovisningen för 2006 klar varför vi inte kan kommentera hur måluppfyllelsen redovisas.

4.6 Kommentar och bedömning

Vi har tidigare nämnt att det i slutrapporten avseende ”Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården” anges att statsmakterna med resurstillskottet ville underlätta en omfördelning av resurserna från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin. När det gäller primärvården i Landstinget i Jönköpings län är det inte tydligt utifrån budget och flerårsplanering att landstinget vill föra resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården även om det nämnts i några sammanhang. Däremot anges att inriktningen är att resurser ska förskjutas från slutenvård till öppen vård genom förbättrade vårdprogram.

Redovisningen i årsredovisning avseende måluppfyllelsen på detta område har varierat mellan åren, delvis på grund av att redovisningen utvecklats men också att mål och inriktning förändrats en del. Måluppfyllelseanalysen har dock inte varit tydlig varför det är svårt att dra några slutsatser utifrån den mer än att landstinget anger att de uppfyllt målet avseende kostnadsandel öppenvård/slutenvård. Sammanfattningsvis bedömer vi att de politiska besluten på fullmäktigenivå inte varit helt tydliga när det gäller de ekonomiska resurserna. Enligt vår bedömning är det otydligt vad man ska mäta. Ibland används öppenvård och primärvård samt slutenvård och specialiserad somatisk vård på ett otydligt sätt. Vidare har vi inte kunnat återfinna målet att primärvårdens andel av budgeten på sjukvårdsområdesnivå ska öka med 1 procent, vilket anges i handlingsplanen för landstinget.

5. Ekonomiska resurser

Som vi tidigare nämnt anser vi att fullmäktiges beslut i form av budget och flerårsplan inte är helt tydlig vad det gäller mål och inriktning med koppling till nationell handlingsplan. När vi nu resonerar kring de ekonomiska resurserna har vi därför utgått ifrån intentionerna i nationell handlingsplan och tittat på resurserna avseende primärvård i förhållande till specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.

5.1 Resursfördelning på landstingsnivå

I juni innan aktuellt verksamhetsår behandlar Landstingsfullmäktige Landstingsstyrelsens förslag till budget och flerårsplan. Landstingsstyrelsens förslag utgör sedan planeringsförutsättningar för det kommande året. I november året innan budgetåret fastställer fullmäktige budgeten. Därefter fastställs förvaltningsbudgetarna av Landstingsstyrelsen. Budgetfördelningen till primärvården

bygger enligt uppgift på kronor per invånare. Under verksamhetsåret tas en aktuell budget fram varje månad som är reviderad utifrån de beslut om förändringar som skett under året av Landstingsfullmäktige, Landstingsstyrelsen samt Landstingsstyrelsens beredning. Aktuell budget omfattar även beslut fattade enligt ekonomidirektörens delegation.

Nedan redovisas en sammanställning av budgetramarna för åren 2002 – 2006 utifrån aktuell budget per december för respektive budgetår. Budgetramarna inkluderar de förändringar som sker under verksamhetsåret. Ändrade redovisningsregler m.m. gör att det blivit mycket tekniska justeringar, vilket försvårar uppföljningen i förhållande till budget samt jämförelsen mellan åren. Det är därför viktigt att ha detta i åtanke vid tolkning av vad uppgifterna står för. Bland annat påverkar följande faktorer möjligheterna att göra jämförelser:

- Kostnadsansvaret för vissa läkemedel har förflyttats från primärvården till den specialiserade vården.
- Kostnadsredovisningen har justerats för att anpassas till nationella riktlinjer, vilket exempelvis innebär att vissa kostnader som tidigare redovisats inom primärvården numera redovisas som specialiserad somatisk vård.
- Mellan 2004 och skedde en översyn av internhyresnivåerna som resulterade i en budgetförstärkning till sjukvårdsområdena.
- Övriga tekniska justeringar bl.a. på grund av förändringar avseende kostnadsansvaret för rikssjukvården, diverse omfördelningar inom sjukvårdsområdet samt omfördelningar mellan primärvård och specialiserad somatisk vård.

Budgetramar 2002 – 2006 uppdelat på verksamhetsområden (Mkr)

Verksamhetsområde	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring 2002-2006	Procentuell förändring
Primärvård*)	1 322	1 570	1 580	1 552	1 583	261	20%
Somatisk specialistvård	2 192	2 292	2 531	2 753	2 831	639	29%
Psykiatrisk specialistvård	434	444	494	517	601	167	38%
Summa	3 926	4 282	4 580	4 797	4 990	1 064	

Källa: Aktuell budget per december för respektive år, Landstinget i Jönköpings län

*) Inklusivt Aneby vårdcentral

Av sammanställningen ovan framgår att budgetramen för primärvården ökat med 20 procent jämfört med den somatiska specialistvården som ökat med 29 procent mellan 2002 till 2006. Budgetramarna inkluderar läkemedelsbudgeten. I tabellen nedan redovisas läkemedelsbudgeten. I dessa uppgifter ingår inte de förändringar som skett under verksamhetsåret utan det är de budgetar som fastställts i respektive sjukvårdsområdes förvaltningsbudget.

Läkemedelsbudgetens andel av verksamhetsområdets totala budget 2002 - 2006

Verksamhetsområde	2002	2003	2004	2005	2006
Primärvård	42%	41%	35%	33%	33%
Somatisk specialistvård	3%	3%	6%	6%	6%
Psykiatrisk specialistvård	0%	0%	0%	0%	0%

Källa: Landstinget i Jönköpings län, central ekonomiavdelning samt av landstinget fastställd förvaltningsbudget

Redovisningen ovan visar att läkemedelsbudgetens andel av primärvårdens budget har minskat med 9 procent mellan åren 2002 och 2006. För den somatiska specialistvården har läkemedelsbudgetens andel däremot ökat. I förvaltningsbudgeten för 2005 anges att en teknisk justering bl.a. skett i budgeten på grund av att en större andel av läkemedel betraktas som sjukhusspecifika läkemedel samt att cytostatikaläkemedel fr.o.m. 2005 är slutenvårdsläkemedel. Detta har bl.a. påverkat läkemedelsbudgetens andel. Psykiatrin har enligt uppgift från landstinget ingen läkemedelsbudget.

I tabellen nedan visas respektive verksamhetsområdes procentuella andel år 2002 och 2006, samt hur den har förändrats. Primärvårdens andel har minskat med 1,9 procent under dessa år, vilket ska jämföras med den somatiska specialistvårdens ökning på 0,9 procent. Samtidigt visar uppgifterna avseende läkemedelsbudgeten att läkemedelsbudgetens andel av primärvårdens totala budget har minskat. För somatisk specialistsjukvård är förhållandet det motsatta, det vill säga att läkemedelsbudgetens andel av den totala budgeten ökat. Utifrån de uppgifter som avser verksamhetsområdenas totala budget per verksamhetsår kan vi inte finna att primärvårdens resurser i förhållande till den somatiska specialistvården har ökat. Samtidigt har bl.a. vissa läkemedelskostnader överförts till slutenvården vilket innebär att primärvårdens resurser har ökat mer än vad förändringen av totalramen visar. Detta innebär svårigheter att kunna bedöma om primärvårdens resurser ökat i jämförelse med övriga verksamhetsområden. Vi har valt att inte enbart utgå från de uppgifter som är exklusive läkemedelsbudgeten på grund av att det i budget och årsredovisning inte sker någon sådan redovisning samt att läkemedelsbudgeten vid ett överskott kan täcka eventuella underskott i övrig verksamhet.

Respektive verksamhetsområdes resursandel år 2002 och 2006

Verksamhetsområde	2002	2006	Förändring 2002 – 2006
Primärvård	33,1%	31,2%	-1,9%
Somatisk specialistvård	55,8%	56,7%	0,9%
Psykiatrisk specialistvård	11,1%	12,0%	1,0%
Summa	100,0%	100,0%	

Källa: Aktuell budget per december för respektive år, Landstinget i Jönköpings län

Vi har även studerat nettokostnaden som redovisats för åren 2003 – 2005, vilken bör återspegla verklig resursförbrukning. Uppgifterna är hämtade i årsredovisningen 2005 och siffrorna för 2003

och 2004 är justerade för ändrad redovisning av bidrag för läkemedelsreformen som från och med 2005 inte ingår i verksamhetens nettokostnad. Enligt landstinget finns även osäkerhet i dessa uppgifter på grund av att kostnadsansvaret för vissa läkemedel har förflyttats från primärvården till specialiserade vården.

Verksamhetens nettokostnad 2003 – 2005 (Mkr)

	2003	Andel	2004	Andel	2005	Andel
Primärvård	1 560	32,2%	1 624	32,2%	1 647	31,4%
Somatisk specialistvård	2 820	58,1%	2 930	58,1%	3 089	58,9%
Psykiatrisk specialistvård	470	9,7%	491	9,7%	509	9,7%
Summa:	4 851		5 045		5 244,1	

Källa: Årsredovisning 2005, Landstinget i Jönköpings län

Om man ser till verksamhetens nettokostnad och respektive verksamhetsområdes andel i förhållande till de två övriga så är primärvårdens andel densamma 2003 och 2004 men har minskat med 0,8 procent 2005 jämfört med 2004.

De slutsatser vi kan dra av redovisningen ovan är att primärvården inte fått en större andel av resurserna i förhållande till den specialiserade vården utan snarare fått en minskad andel. Man ska dock vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser utifrån detta material på grund av att ändrade redovisningsprinciper och andra tekniska justeringar försvårar jämförelsen mellan åren. För att få fram ytterligare underlag krävs en djupare utredning.

5.2 Resursfördelning på sjukvårdsområdesnivå

Budgetramar 2002 – 2006 per sjukvårdsområde uppdelat på verksamhetsområden (Mkr)

Verksamhetsområde	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring 2002-2006	Procentuell förändring
Primärvård	1 322	1 570	1 580	1 552	1 583	261	20%
Jönköping	554	671	708	675	688	134	24%
Höglandet	437	533	499	502	513	73	17%
varav Aneby VC	22	24	25	25	25	3	14%
Värnamo	331	366	373	375	382	51	15%
Somatisk specialistvård	2 192	2 292	2 531	2 753	2 831	639	29%
Jönköping	1 191	1 222	1 337	1 480	1 529	338	28%
Höglandet	558	581	668	708	725	167	30%
Värnamo	443	489	526	565	577	134	30%
Psykiatrisk specialist vård	434	444	494	517	601	167	38%
Jönköping	257	269	303	320	379	122	47%
Höglandet	100	96	105	109	123	23	23%
Värnamo	77	79	86	88	99	22	29%
Summa	3 926	4 282	4 580	4 797	4 990	1 064	27%

Källa: Aktuell budget per december för respektive år, Landstinget i Jönköpings län

Av tabellen framgår att primärvården som helhet har fått en budgetram som ökat med 20 procent mellan år 2002 och år 2006. Bryter vi ner det på sjukvårdsområdesnivå har dock ökningen varierat mellan sjukvårdsområdena där Jönköping fått den största ökningen med 24 procent och Värnamo den minsta ökningen med 15 procent.

Nedan redovisar vi läkemedelsbudgetens andel av verksamhetsområdets totala budget uppdelat på sjukvårdsområden. Av redovisningen framgår att det finns vissa skillnader mellan sjukvårdsområden vad gäller hur stor andelen är inom primärvården om man jämför 2002 med 2006. För Jönköpings sjukvårdsområde har andelen minskat med 11 procent medan den minskat med 8 procent för Höglandets sjukvårdsområde och 7 procent för Värnamo sjukvårdsområde.

Läkemedelsbudgetens andel av verksamhetsområdets totala budget 2002 – 2006 fördelat på sjukvårdsområde

Verksamhetsområde	2002	2003	2004	2005	2006
Primärvård	42%	41%	35%	33%	33%
Jönköping	41%	39%	33%	30%	30%
Höglandet	44%	43%	36%	36%	36%
Värnamo	41%	43%	37%	35%	34%
Somatisk specialistvård	3%	3%	6%	6%	6%
Jönköping	4%	4%	7%	6%	6%
Höglandet	4%	3%	6%	5%	5%
Värnamo	2%	2%	5%	4%	4%
Psykiatrisk specialistvård	0%	0%	0%	0%	0%
Jönköping	0%	0%	0%	0%	0%
Höglandet	0%	0%	0%	0%	0%
Värnamo	0%	0%	0%	0%	0%

Källa: Landstinget i Jönköpings län, central ekonomiavdelning samt av landstinget fastställd förvaltningsbudget

Översiktlig beskrivning av sjukvårdsområdenas resursfördelning till primärvården

För att få fram en översiktlig bild av hur resursfördelningen till primärvården går till har vi intervjuat representanter för de olika sjukvårdsområdena. Den beskrivning vi lämnar i detta avsnitt bygger på dessa intervjuer.

Utifrån fullmäktiges beslut fattar Landstingsstyrelsen beslut om förvaltningsbudgetar. Enligt uppgift är det sedan upp till respektive sjukvårdsområde att besluta om hur sjukvårdsområdets totala ram ska fördelas. Det betyder att det inte fullt ut går att följa om den ram fullmäktige beslutar avseende primärvården verkligen går till primärvården. Samtliga sjukvårdsområden anger dock att nya resurser i form av riktade åtgärder oavkortat går till primärvården. Däremot ser det olika ut på de tre sjukvårdsområdena när det gäller fördelning utifrån den ursprungliga budgetramen. Att det inte finns en direkt koppling mellan sjukvårdsområdenas resursfördelning och av fullmäktige beslutade ramar medför enligt uppgift extra arbete vid återrapportering i samband med bokslutet, m.m. Detta på grund av att hela den av Landstingsstyrelsen tilldelade ramen inte återfinns under verksamhetsområde primärvård i redovisningen på förvaltningsnivå.

De tre sjukvårdsområdena har inte samma organisation för primärvården och har inte heller ett enhetligt system för fördelning av resurser till primärvården. De tre sjukvårdsområdena kommenteras nedan.

Jönköpings sjukvårdsområde

För primärvården inom Jönköpings sjukvårdsområde finns en egen organisation med en primärvårdschef. Där finns administrativa resurser avseende ekonomi, personal och verksamhetsutveckling. Primärvårdschefen och ekonomen för Jönköpings sjukvårdsområde sitter med i den medicinska programgruppen för primärvård. Ekonomen representerar inte endast

Jönköpings sjukvårdsområde utan representerar samtliga sjukvårdsområden med uppdrag att bevaka de ekonomiska aspekterna på frågor som behandlas i programgruppen.

I budgetarbetet utgår sjukvårdsområdet från föregående års budget. Andelen primärvård i förhållande till sjukvårdsområdets totalram har i stort varit konstant de senaste åren. Med föregående års budget som utgångspunkt görs en uppräknings för löner, hänsyn tas till kända tillskott samt avdrag och på så sätt får man fram en ny ram. I sjukvårdsområdets budgetprocess tar man också hänsyn till egna bedömningar avseende behov av satsningar. Någon egentlig behovsanalys görs inte som grund för primärvårdens resursbehov utan den "gamla" ersättningsmodellen lever kvar, dock i förändrad form. Den "gamla" ersättningsmodellen byggde på antal invånare, ålder, kön samt socioekonomiska faktorer.

Förvaltningen anger att de satsar på alla verksamhetsområden vilket innebär att man inte förändrar resursandelen. Exempelvis kräver hjärtsjukvården mycket resurser. Förvaltningen vill också påminna om att investeringar också är satsningar, exempelvis har man byggt en ny fastighet som inrymmer en vårdcentral. Primärvården har klarat att hålla sig inom sina budgetramar, vilket gör det svårt att föra över resurser från verksamheter som har ett underskott. Förvaltningen anger att de inte "skickat med" pengar när det flyttats uppgifter från sjukhuset till primärvården.

På sjukvårdsområdesnivå finns ett budgetdokument. Mål finns för förvaltningsnivån som tas fram av Landstingsstyrelsen. Åtterrapporering till Landstingsstyrelsen sker via månadsrapportering, tertialrapportering samt årsredovisning. På resultatniveån finns enligt uppgift också verksamhetsplaner. Den ekonomiska uppföljningen görs utifrån sjukvårdsområdets internbudget. Primärvården har haft god följsamhet till budgeten. För läkemedelskostnaderna finns en separat läkemedelsbudget på vårdcentralerna som hålls åtskild från övrig verksamhet.

Primärvårdsorganisationen anger att det i budgetprocessen inte ges möjlighet att ange hur mycket resurser som behövs. Enligt uppgift får de inte några ytterligare resurser för befolkningsökning. Vissa resurstillskott kommer i form av riktade satsningar. Primärvården har haft en budget i balans eller ett överskott. De anser sig vara sparsamma. Incitamenten för detta upplevs dock som små eftersom de "blir av med pengarna". För 2006 fick primärvården ett sparbetning på 4 Mkr samtidigt som de fick nya resurser (5,5 Mkr) bl.a. för att inrätta psykosociala enheter och genomföra hälsokurvor på BVC. Enligt förvaltningen innebär detta att de fick nya resurser för att starta ny verksamhet men att de samtidigt fick ett sparbetning/rationaliseringskrav som nästan åt upp hela nysatsningen. Detta innebär enligt förvaltningen att befintlig verksamhet måste minskas/rationaliseras för att kunna bygga upp ny verksamhet. När det gäller läkemedel får primärvården budgeten fördelad på primärvårdsområden. En del av primärvårdsramen går till förvaltningsgemensamma kostnader. Primärvården anser att det skulle vara bra med en redovisning av vad det går till.

Även primärvården anger att inga resurser omfördelas till primärvården från sjukhusen trots att uppgifter förs över. Som exempel ges att patienter inom ortopedin ska vara utredda och klara innan de kommer till sjukhuset. Tidigare gjordes detta enligt uppgift på sjukhuset. Lab och röntgen inom primärvården ökar också. Förvaltningen anger att det är viktigt att se helheten och beskriva konsekvenser för andra verksamheter vid förändringar.

Primärvården anger att de får fram befolkningens behov dels genom sitt samarbete med kommunen samt verksamhetsutvecklarens arbete. Primärvårdens uppdrag är omfattande och

uppgift är preciserat i handlingsplanen. Det är viktigt att se var patienten vårdas bäst. Primärvården ska arbeta med prevention men anser att de inte har tillräckliga resurser för detta. För folkhälsoinsatser anger man att man inte heller fått särskilda resurser. Primärvården ska enligt uppgift genomföra "hälsokurvan" men anger att det gäller att också ha resurser att kunna ta hand om resultatet också.

Primärvården hänvisar till att det har sagts att en viss procent av budgeten ska föras från slutenvården till primärvården. Detta har enligt förvaltningen ersatts av att primärvården kan få konsultstöd utan att behöva betala för det, vilket de fått göra tidigare. Detta är exempelvis aktuellt när det gäller palliativ vård.

Höglandets sjukvårdsområde

Primärvården inom Höglandets sjukvårdsområde har inte någon separat organisation utan primärvårdens frågor hanteras av sjukvårdsområdets ledning och administration.

Sjukvårdsområdet får en ram tilldelad efter beslut i Landstingsstyrelsen. Budgeten meddelas via landstingets centrala ekonomifunktion. Vissa uppräknings görs av budgeten varje år. I övrigt sker inga stora förändringar av budgetramen. Enligt förvaltningen bygger resursfördelningen på en modell som togs fram 1998 där hänsyn togs till socioekonomiska faktorer. När det gäller fördelning av tilläggsbudgetar tas det enligt förvaltningen inte någon hänsyn till socioekonomiska faktorer utan fördelningen är relaterad till befolkning. Sjukvårdsområdet tror att en socioekonomisk beräkning skulle gynna Höglandet eftersom de har en äldre befolkning. Sjukvårdsområdet har också en mer spridd verksamhet än övriga, vilket bl.a. gör att mycket tid går åt till resor. Centrala satsningar i form av ekonomiska resurser meddelas via E-cirkulär från centrala ekonomiavdelningen.

Det finns ingen tydlig modell för fördelningen av budgeten avseende primärvården inom sjukvårdsområdet. Grunden är dock fördelningsmodellen från 1998 där man tog hänsyn till befolkning samt vissa socioekonomiska faktorer. I den interna budgetprocessen utgår sjukvårdsområdet från föregående år och diskuterar behov om eventuella omfördelningar. Vid tilläggsbudgetar diskuteras hur de ska fördelas utifrån behov. Någon strukturerad analys av behovet görs inte för sjukvårdsområdet. Sjukvårdsområdet behåller en del av primärvårdens budgetram för en del sjukvårdsområdesgemensamma kostnader. Tilläggsbudgetar som är destinerade till primärvården går dock enligt förvaltningen oavkortat till primärvården. Som regel finns ett centralt landstingsbeslut avseende hur tilläggsbudgeten ska fördelas.

Sjukvårdsområdet anger att uppgifter under en tid förts över från slutenvården till öppenvården/primärvården i linje med uppsatta mål. Landstinget och sjukvårdsområdet har dock inte tillfört eller omfördelat resurser för detta vilket enligt förvaltningen medfört att primärvårdens andel av resurserna relativt sett är densamma eller lägre än tidigare. Sjukvårdsområdet anser att konsekvensanalyser bör göras då förändringar eller förskjutningar i vårdkedjan sker.

Värnamo sjukvårdsområde

Värnamo sjukvårdsområde har ingen separat organisation med ansvar för primärvården utan det finns en person i ledningen med särskilt ansvar för utvecklingsfrågor inom primärvården. I övrigt

hanteras det administrativa stödet till primärvården i sjukvårdsområdets administrativa organisation. Personen med ansvar för utvecklingsfrågor inom primärvården är också sjukvårdsområdets representant i den medicinska programgruppen för primärvård.

I budgetarbetet och vid fördelning av resurser till primärvården utgår sjukvårdsområdet från av Landstingsstyrelsen beslutad förvaltningsbudget och den ram som tilldelats primärvården. Därefter justeras denna ram utifrån ett antal faktorer. Sjukvårdsområdet har en tydlig redovisning av vilka avdrag som görs och hur man kommer fram till den ram som sedan fördelas till primärvårdsområdena. Denna ram fördelas utifrån antal invånare samt antal som är 80 år och äldre. Den "gamla" landstingmodellen ligger delvis som grund. Sjukvårdsområdet har tidigare försökt väga in socioekonomiska faktorer men har tagit bort det. Ett antal andra justeringar görs också bl.a. görs avdrag för närhet till sjukhus. För läkemedel finns en separat budget som fördelas. Någon egentlig behovsanalys vid fördelning av resurser görs inte. Förvaltningen har efterlyst bättre underlag för prioriteringar och skulle vilja ha ett underlag för detta från folkhälsoavdelningen.

Förvaltningen anger att primärvårdens resurser har ökat över tiden. Det förekommer olika satsningar. Men sjukhuset har också fått mer resurser. Det är tilläggsresurser som styr eventuell omfördelning. Sjukvårdsområdet tar inte resurser från slutenvården för att omfördela till primärvården.

5.3 Kommentar och bedömning

I vår granskning har vi inte funnit att det sker någon samlad bedömning av hur resursfördelningen ser ut och har förändrats mellan verksamhetsområdena. Har resursfördelningen skett i enlighet med intentionerna i handlingsplan samt budget och flerårsplan? Av vad som framkommit finns grunden i resurstilldelningen i ett system som togs fram för många år sedan. På sjukvårdsområdesnivå har sedan olika resursfördelningssystem utvecklats beroende på organisation, m.m.. Någon samlad behovsanalys har varken gjorts på landstingsnivå eller sjukvårdsområdesnivå. Inte heller har det gjorts någon analys av hur överföring av uppgifter till primärvården från den somatiska specialistvården påverkat resursbehovet. Vårdprogrammets effekter på resursbehovet redovisas inte, såvitt vi kan bedöma.

6. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Utifrån vår granskning kan vi konstatera att brister i redovisning och uppföljning medför att det är svårt att utan djupare utredning få fram tillfredställande underlag för bedömning av om primärvården resurser tilldelats i enlighet med intentioner på nationell nivå samt landstingsfullmäktigenivå. Enligt den budget, redovisning och uppföljning som sker på landstingsövergripande nivå kan vi inte finna att Landstinget i Jönköpings län har omfördelat resurser från den somatiska specialistvården till primärvården. Olika former av satsningar görs bl.a. för att förbättra tillgänglighet och kvaliteten i övrigt, vilket dock även gäller den somatiska specialistvården. Med tanke på den osäkerhet som finns i möjligheterna att jämföra uppgifter mellan åren på grund av förändrad redovisning, överföring av kostnadsansvar för läkemedel, m.m. ska man dock vara försiktig med att dra allt för långtgående slutsatser. I våra intervjuer på sjukvårdsområdesnivå ges dock samma bild där de intervjuade anger att det inte sker någon omfördelning av resurser från den somatiska specialistsjukvården till primärvården (med

undantag av några specifika fall). Satsningar sker ibland i form av att resurser riktas mot ett specifikt område eller som en specifik insats. Vid fördelning av dessa medel grundas fördelningen på behovet och hur det är tillgodosett. Detta kan ibland upplevas som orättvist på grund av att de som redan prioriterat detta område inte då får något tillskott.

I vår granskning har det framkommit att det inte görs behovsanalyser i någon större utsträckning. Fördelningen av resurser mellan verksamhetsområdena sker till stor del utifrån föregående år och befintlig verksamhet. Bristen på behovsanalyser försvårar enligt vår bedömning diskussioner om eventuella behov av omfördelning mellan olika verksamhetsområden. I intervjuerna har det också angivits att det kan vara svårt att omfördela resurser från den somatiska specialistvården till primärvården när slutenvården haft underskott i flera år medan primärvården i stort hållit sin budget. Även avseende den somatiska specialistsjukvården ställs krav på ökad tillgänglighet och en del behandlingar blir dyrare och kräver mer resurser. Genom landstingets vårdprogram ska bl.a. patienten ges vård på rätt vårdnivå. Vårdprogrammen är därför en del i att styra patientströmmarna och bör vara en del av beslutsunderlaget vid resursfördelning.

Enligt vår bedömning framgår det inte tydligt i budget och verksamhetsplan vad landstinget har för mål när det gäller eventuell omfördelning av resurser från den somatiska specialistvården till primärvården. Övergripande formuleringar avseende framgångsfaktorer finns som till exempel "Förbättrade och utvecklade vårdkedjor och vårdprogram leder till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppenvård". Mål och mått samt måluppfyllelseanalys bör utvecklas med en tydligare koppling till det övergripande målet. Arbetet med att fastställa vårdprogram m.m. anges vara ett viktigt område och förbättrade vårdprogram bedöms av landstinget leda till en förskjutning av resurser från slutenvård till öppen vård. Enligt vad som framkommit i våra intervjuer sker dock inte någon diskussion avseende resurser när vårdprogrammen tas fram och några resurser omfördelas inte heller utifrån vårdprogrammets effekter på verksamhetsområdenas resursbehov.

Landstingsfullmäktige beslutar om en resursram till primärvården. Enligt vår bedömning finns inte tillräckliga redovisnings- och uppföljningssystem som möjliggör en uppföljning av att beslutade resurser går till primärvården. Detta beror bl.a. på att sjukvårdsområdenas organisationer är olika och att viss del av resursramen går till sjukvårdsgemensamma kostnader. Exempelvis kan primärvården få sparkrav på sin verksamhet trots att de klarar att hålla sig inom givna resursramar.

Sammanfattningsvis bedömer vi att redovisning och uppföljning behöver utvecklas så att det går att följa att primärvården får beslutade resurser i enlighet med de intentioner som finns i överenskommelsen på nationell nivå samt i landstingets budget och flerårsplan. Detta kräver också en ökad tydlighet vad gäller mål och måluppfyllelseanalys.

Utifrån genomförd granskning vill vi lämna följande rekommendationer:

- Redovisning och uppföljning utvecklas så att det går att följa primärvårdens resurstilldelning över tid och i förhållande till övrig verksamhet. Redovisning och uppföljning ska ge en helhetsbild där eventuella satsningar/resurstillskott sätts in i sitt sammanhang.

- Mål avseende vad som ska uppnås förtydligas och uppföljningsbara mått anges. Målen ska vara desamma i olika styrdokument som budget och flerårsplan, årsredovisning, handlingsplaner, m.m.
- En översyn görs av resursfördelningssystemet för att utreda om nuvarande system på rimligt sätt speglar resursbehovet grundat på en behovsanalys. En redovisning av sjukvårdsområdenas modell för resursfördelning tas fram med krav på årlig redovisning av hur av LS beslutad förvaltningsram har fördelats.
- Vårdprogrammets planerade och bedömda effekter kopplas till resursbehov. Beslut om förändringar i andra verksamhetsområden som påverkar primärvården ska föregås av en konsekvensanalys och vad det får för effekter på resursbehovet.

*Maria Lindgren Persson
Projektledare och konsult, KPMG*

Referenser

-
- ¹ Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – Slutrapport juni 2005, Socialstyrelsen
- ² Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldreomsorg och psykiatri – Delrapport oktober 2006, Socialstyrelsen
- ³ Handlingsplan för landstinget i Jönköpings län. Sammanställning av vårdutveckling enligt nationella handlingsplanen, 2001-10-30, Landstinget i Jönköpings län