

Granskning av åtgärder för ekonomi i balans

Region Jönköpings län



Innehåll

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Sammanfattning..... | 3 |
| 2 | Inledning | 6 |
| 2.1 | Bakgrund..... | 6 |
| 2.2 | Syfte | 6 |
| 2.3 | Avgränsningar | 7 |
| 2.4 | Revisionskriterier | 7 |
| 3 | Utgångspunkter | 9 |
| 3.1 | Specialiserad somatisk vård – Ekonomiskt utfall..... | 9 |
| 3.2 | Åtgärdsplan 2014 - 2015..... | 9 |
| 4 | Organisation och ansvar..... | 13 |
| 4.1 | Förändrad organisation fr.o.m. 2015..... | 13 |
| 4.2 | Förändring av hälso- och sjukvårdens organisation | 14 |
| 4.3 | Ansvaret för specialiserad somatisk vård i den politiska organisationen | 15 |
| 5 | Styrning, planering och uppföljning 2015 inom regionen | 16 |
| 5.1 | Styrmodell | 16 |
| 6 | Budget och verksamhetsplan 2015..... | 18 |
| 6.1 | Beslut i fullmäktige..... | 18 |
| 6.2 | Budgetar för förvaltningens verksamhetsområden | 19 |
| 6.3 | Revidering av budget 2015..... | 20 |
| 6.4 | Upprättandet av budgetar inom kirurgisk och medicinsk vård | 20 |
| 6.5 | Budgetansvar och ekonomiskt ansvar | 21 |
| 7 | Uppföljning 2015 av budget och åtgärdsplan..... | 23 |
| 7.1 | Inledning..... | 23 |
| 7.2 | Delårsrapport 1..... | 23 |
| 7.3 | Delårsrapport 2..... | 24 |
| 7.4 | Åtgärdsplan för ekonomi i balans..... | 25 |
| 8 | Svar på revisionsfrågorna | 27 |
| | Bilaga 1 – Åtgärdsplaner | 1 |
| 8.1 | Åtgärdsplan medicinsk vård – delår 2 | 1 |
| 8.2 | Åtgärdsplan kirurgisk vård – delår 2..... | 1 |

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Region Jönköpings län genomfört en granskning med syftet att ge revisorerna underlag för att bedöma om Nämnden för Folkhälsa och sjukvård/Regionstyrelsen/Regionstyrelsens AU vidtagit tillräckliga åtgärder för att uppnå en budget i balans för hälso- och sjukvården.

Sammanfattande svar på revisionsfrågorna lämnas i rapportens kapitel 8.

I förhållande till granskningens övergripande frågeställning enligt syftet är bedömningen att regionstyrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att uppnå en budget i balans för hälso- och sjukvården i enlighet med utgiftsramen för specialiserad somatisk vård. Den åtgärdsplan som landstingsstyrelsen beslutade om i mars 2014 har hittills inte haft den kostnadsreducerande effekt som förväntats, d.v.s. att kostnaderna fram t.o.m. 2015 reduceras med 150 mnkr. Trots att verksamheten under 2015 tillförts ytterligare 70 mnkr är avvikelserna vid delårsrapport 2 i det närmaste lika stora som föregående år.

En bidragande orsak till den ekonomiska obalansen 2015 inom i första hand specialiserad somatisk vård är enligt vår bedömning att det på klinisknivå upprättades budgetar baserade på föregående års redovisade kostnader, vilket sammantaget har medfört underbalanserade budgetar på verksamhetsområdesnivå. Dessutom pågår arbetet med att ta fram verksamhetsplaner som syftar till att realisera kostnadsbesparingarna enligt åtgärdsplanen, vilket medfört att förväntad effekt ännu inte har uppnåtts. När det gäller underbalanseringen av budgeterna är det vår bedömning att det har gjorts i konflikt med det av fullmäktige fastställda styrkortets mål om att nettokostnaden per verksamhetsområde inte ska överstiga budget. En påverkande faktor kan också vara att det inom regionen inte finns fastställda principer för ekonomistyrning och verkställandet av budget. Vår slutsats är att det finns en otydlighet i vilka styrprinciper som gäller och att detta förhållande utgör en brist som försvagar styrningen och försvårar ansvarsutkrävande.

När det gäller den politiska organisationen så finns otydligheter i ansvar och roller mellan regionsstyrelsen och nämnderna. Denna slutsats, som också bekräftar i den här granskningen, har revisorerna redovisat i en tidigare granskning. Nämnden för folkhälsa och sjukvård har bl.a. ansvaret att tillse att verksamheten bedrivs inom av fullmäktige fastställd budget, verksamhetsplan och flerårsplan. Även om det inte är självklart vad som menas med att tillse så måste nämnden fortlöpande följa upp både verksamhet och ekonomi. I formell mening har dock nämnden, enligt vår bedömning, inte ett specifikt ansvar att följa upp åtgärdsplanen. Nämnden för folkhälsa och sjukvård har vid sina sammanträden regelbundet fått en månadsrapportering om verksamhet och ekonomi samt av åtgärdsplanen. När det gäller den obalans i ekonomin som framkommit inom område medicin samt område kirurgi har det inte visat sig att nämnden agerat och påkallat åtgärder från regionsstyrelsen sida. Det har inte heller framgått att nämnden utifrån den rapportering som gjorts i förhållande till åtgärdsplanen har agerat och påkallat åtgärder från regionstyrelsen eller regionfullmäktige.

Åtgärdsplanen som landstingsstyrelsen beslutade om i mars 2014 hade identifierat en möjlig potential till kostnadsreduktion. Själva åtgärdsplanen var inte operativ i den meningen att genomförandet av den kunde påbörjas direkt. Det underliggande arbetet för att identifiera faktiska möjligheter att minska vårdplatser, samordna vården och utveckla arbetssätt/vårdformer samt beräkna den kostnadsreduktion som är möjlig, måste sedan göras i verksamheten. Genomförandet av åtgärdsplanen hade inte fördelats till olika ansvar i organisationen eller byggts upp underifrån. Om en åtgärdsplan i sin helhet ska vara

trovärdig måste i princip varje åtgärd vara nerbruten i aktiviteter som ska genomföras av vem, hur och när. Åtgärdsplanen saknade dessutom en integration med planerings- och budgetprocessen. De möjliga kostnadsreduceringar som presenterades i åtgärdsplanen var inte väl underbyggda utan baserade på schabloner som inte hade tagit hänsyn till alla relevanta påverkande faktorer.

Ansvar för genomförandet av åtgärdsplanen i tjänstemannaorganisationen är enligt vår bedömning otydligt definierat. Det framgår att hälso- och sjukvårdsdirektören ska leda och följa upp det samlade arbetet och att förvaltningsdirektörer (sjukvårdsdirektörer?) ska bidra i det gemensamma arbetet och genomföra inom sitt ansvarsområde. Dessutom framgår att medicinska programgrupper är mycket viktiga i det gemensamma arbetet. Ansvar för genomförandet av åtgärdsplanen bör följa budgetansvaret enligt linjeorganisationen och integreras i den ordinarie styrningen av verksamheten. Ansvar för ett antal åtgärder lades på medicinska programgrupper som inte i sig har ett linjeansvar och som dessutom fram till den sista januari 2015 ingick i olika organisatoriska enheter.

Arbetet med att genomföra åtgärdsplanen drivs dock tydligare i organisationen efter det att en organisation med verksamhetsområden införts. Det kan konstateras att den kostnadspåverkande effekten av åtgärderna under 2015 bedöms i verksamhetsområdenas delårsrapport 2 till sammanlagt 8 mnkr.

En sammanfattande bedömningen är regionsstyrelsens styrning inte har varit tillräcklig för att uppnå en ekonomisk balans inom hälso- och sjukvården och för att genomföra åtgärdsplanen i enlighet med styrelsebeslutet. Nämnden för folkhälsa och sjukvård har inte, i enlighet med reglementet, tillsett att hälso- och sjukvården bedrivits inom av fullmäktige beslutad utgiftsram. Det som framkommit i granskningen ger stöd för den rekommendation som revisorerna lämnade i "Granskning av beredning av reglementen och bestämmelser för politiska organ inom Region Jönköpings län" om att föreslå regionfullmäktige att i reglementen utforma en mer ändamålsenlig ansvarsfördelning inom regionens politiska organisation.

Mot bakgrund av vad som har framkommit i granskningen föreslås regionsstyrelsen:

- ▶ Överväg att tidigarelägga regionfullmäktiges beslut om utgiftsramar.
- ▶ Definiera en planerings- och budgetprocess som omfattar samtliga ansvarsnivåer från fullmäktige till verksamhetsnivå.
- ▶ Fastställ riktlinjer för ekonomistyrning.
- ▶ Överväg hur verksamheten ska kunna ges realistiska budgetförutsättningar. Det väsentliga är att ramarna är väl underbyggda och att krav på kostnadsreduceringar baseras på identifierade möjligheter att förbättra kostnadseffektiviteten.
- ▶ Säkerställ att fastställd budget på olika nivåer i organisationen hanteras som ett åtagande.
 - ▶ Budgethållning förutsätter att budgeten har säkrats och att medveten underbudgetering inte förekommer.
 - ▶ Vid upprättande av budget bör en prognos och riskanalys göras för att identifiera samtliga förändringskrav och åtgärder för att möta dessa. Handlingsplaner för budgethållning bör finnas som ett komplement till upprättade budgetar.
- ▶ Revidera åtgärdsplanen.

- ▶ Förbättra förutsättningen att göra analyser för att identifiera möjligheter att reducera kostnader. Säkerställ att rättvisande kalkyler upprättas för att beräkna hur kostnaderna påverkas av föreslagna åtgärder.
- ▶ Säkerställ en ändamålsenlig uppföljning av åtgärdsplanen. Av uppföljningen bör det framgå vilka specifika aktiviteter som genomförts och planerats, vilken effekt på kostnaderna de haft eller förväntas ha, när de har genomförts eller kommer att genomföras, m.m.
- ▶ Gör ansvarig styrelse/nämnd bedömningen att det inte är möjligt att vidta de åtgärder som krävs för att hålla budgeten bör frågan föras till regionfullmäktige.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

I budgetarbetet inför 2014-2016 bedömdes att det behövdes en kostnadsminskning med 20 miljoner kronor i tandvården och 100 miljoner kronor i hälso- och sjukvården. Resultatet i bokslutet för 2013 visade på att det fanns behov av ytterligare kostnadsminskningar med 30 miljoner kronor i hälso- och sjukvården.

I mars 2014 beslutade landstingsstyrelsen om en åtgärdsplan med syftet att reducera kostnaden i somatisk vård med 150 miljoner kronor. Av de 150 mnkr avsåg 130 mnkr behovet för att uppnå budgetbalans och 20 mnkr för att finansiera utökade behov. Den förväntade kostnadsreduceringen fördelar sig på 80 mnkr 2014 och 70 mnkr 2015.

Av årsredovisningen för 2014 framgår väsentliga avvikelser mot budget inom vissa verksamhetsområden, främst specialiserad somatisk vård. Den specialiserade somatiska vården redovisade en budgetavvikelse på ca 185 mnkr. Föregående år (2013) uppgick budgetavvikelsen för den specialiserade somatiska vården till 148 mnkr. Av utfallet att döma har åtgärdsplanen ännu inte givit avsedd effekt med hänvisning till att avvikelsen istället har ökat. Av verksamhetsberättelsen 2014 framgår att då sjukvårdsområdets resultat åter har försämrats så behöver arbetet med åtgärdsplanen revideras och intensifieras.

Revisorerna har bedömt det som angeläget att göra en granskning av genomförandet av åtgärdsplanen.

2.2 Syfte

Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om Nämnden för Folkhälsa och sjukvård/Regionstyrelsen/Regionstyrelsens AU vidtagit tillräckliga åtgärder för att uppnå en budget i balans för hälso- och sjukvården. I granskningen har även ingått att bedöma om de åtgärder som vidtas på operativ nivå resulterar i önskat resultat.

2.2.1 Revisionsfrågor

I granskningen besvaras följande frågor:

- ▶ Har åtgärdsplanen baserats på väl underbyggda kalkyler för beräkning av möjliga kostnadsreduceringar?
- ▶ Har Regionstyrelsen/Nämnden för folkhälsa och sjukvård en tillräcklig styrning av genomförandet av den beslutade åtgärdsplanen.
 - ▶ Är åtgärdsplanen implementerad i verksamheten?
 - ▶ Har åtgärdsplanen brutits ned i aktiviteter med en tydlig ansvarsfördelning och tidplan?
 - ▶ Har de planerade åtgärderna vidtagits i enlighet med åtgärdsplanen?
 - ▶ Har genomförandet av åtgärdsplanen regelbundet följts upp av styrelsen?
- ▶ Har Regionstyrelsen/AU/Nämnden för folkhälsa och sjukvård analyserat orsakerna till varför inte planerade effekter av åtgärdsplanen hittills har uppnåtts?
- ▶ Har åtgärdsplanen reviderats med anledning av att den ekonomiska obalansen i regionens hälso- och sjukvård har ökat under 2014?

2.3 Avgränsningar

Granskningen avgränsas till Regionstyrelsen, Regionstyrelsens arbetsutskott och Nämnden för folkhälsa och sjukvård och på verksamhetsnivå till områdena medicinsk vård och kirurgisk vård.

Granskningen omfattar Regionstyrelsen, regionstyrelsens arbetsutskott samt Nämnden för folkhälsa och sjukvård.

2.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Regionens verksamhetsplan och budget.
- ▶ Regionfullmäktiges beslut.
- ▶ Regionens ekonomistyrregler.

2.4.1 Metod

Granskningen har genomförts i form av intervjuer med nyckelpersoner och dokumentgranskning.

Följande intervjuer har genomförts

- ▶ Regionstyrelsens 1:e vice ordförande.
- ▶ Regionstyrelsens 2:e vice ordförande.
- ▶ Ordförande i nämnden för folkhälsa och sjukvård.
- ▶ Regiondirektör.
- ▶ Ekonomidirektör.
- ▶ Hälsa- och sjukvårdsdirektör.
- ▶ Sjukvårdsdirektörer, Medicinsk vård och Kirurgisk vård.
- ▶ Ekonomichef, Medicinsk vård och Kirurgisk vård.
- ▶ Verksamhetschef, vårdenhetschef/biträdande vårdenhetschef och controller från kirurgkliniken Eksjö, operations- och intensivvårdskliniken Värnamo och urologkliniken
- ▶ Verksamhetschef medicinkliniken Eksjö, verksamhetschef och vårdenhetschef geriatriska kliniken Värnamo, verksamhetschef, vårdenhetschef och controller barnkliniken.

2.4.2 Dokument

Exempel på dokument som har granskats är:

- ▶ Åtgärdsplan.

- ▶ Årsredovisning 2014.
- ▶ Budget med verksamhetsplan 2015.
- ▶ Styrkort och handlingsplan för medicinsk vård och kirurgisk vård.
- ▶ Styrkort och handlingsplan för kliniker.
- ▶ Delårsrapport 1 och 2 för 2015.

3 Utgångspunkter

3.1 Specialiserad somatisk vård – Ekonomiskt utfall

Under de senaste fem åren har specialiserad somatisk vård haft negativa budgetavvikelser.

Figur 1 – Budgetavvikelse, specialiserad somatisk vård, mnkr

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|------|-------|-------|--------|--------|
| Avvikelse (mnkr) | -56 | -73,7 | -83,2 | -148,3 | -185,3 |

Det framgår av tabellen att avvikelsen ökade succesivt från 2010 och att det mellan 2012 och 2013 skedde en påtaglig ökning av avvikelsen.

3.1.1 Bedömning

Specialiserad somatisk sjukvård har fr.o.m. 2010 haft en obalans mellan anvisade ramar och faktiskt utfall. Obalansen har dessutom ökat kraftigt fr.o.m. 2013. Utifrån perspektivet att verksamheten ska bedrivas inom den ekonomiska ram som fullmäktige anvisat borde åtgärder ha vidtagits i ett tidigare skede för att uppnå en balanserad ekonomi. Att så inte har skett indikerar att ekonomistyrningen har varit bristande samt att ansvarstagandet för att hålla budgeten inte har varit tillräcklig.

3.2 Åtgärdsplan 2014 - 2015

Landstingsstyrelsen beslutade om en åtgärdsplan den 18 mars 2014. Bakgrunden till åtgärdsplanen var en kartläggning och analys som hade visat att kostnaden för somatisk vård var cirka 135 miljoner kronor högre än genomsnittet i riket med hänsyn tagen till befolkningens sammansättning och geografiska förhållanden. Dessutom visade resultatet i bokslutet på behov av kostnadsminskningar med cirka 130 miljoner kronor.

Av missivet till förslaget framgår att länet har 60 vårdplatser fler än genomsnittet i riket och fler vårdtillfällen. Besök i öppenvård är samtidigt färre än rikets genomsnitt. Enligt beslutsunderlaget talar det för att sluten vård och därmed vårdplatser och vårddygn kan minskas genom att se över och utveckla arbetssätt.

Målet med åtgärdsplanen är att den ska bidra till att minska kostnaderna i somatisk vård med 150 miljoner kronor för att komma till rätta med ett för högt kostnadsläge i förhållande till budget med ca 130 mnkr samt med 20 miljoner kronor för att skapa utrymme för satsningar inom angelägna områden. Åtgärdsplanen utgår från budget och verksamhetsplan och den kraftsamling som startade 2012 för bättre hälsa, bättre vård och lägre kostnader. Viktiga förutsättningar är att engagera medarbetare i utvecklingen av nya arbetssätt, arbete på olika nivåer inom regionen, tydliga mål, tidsplaner och kontinuerlig uppföljning.

Åtgärdsplanen ska stödja arbetet med "Från mycket bra till bästa möjliga varje gång" inom följande områden:

- ▶ Personcentrerad vård
- ▶ Prevention och planering av nästa steg
- ▶ Minska under-, över- och felanvändning
- ▶ Standardiserade arbetssätt, specialisering
- ▶ Snabbare spridning, jämlik vård

Åtgärdsplanen innehåller inom ovanstående områden en redovisning av problem-/förbättringsområden, planerade åtgärder, besparing, ansvariga och tidplan. I åtgärdsplanen ingår totalt åtgärder som ska reducera kostnaderna med 200 mnkr under perioden 2014 – 2015. Genomförandet av föreslagna åtgärder bedöms samtidigt leda till kostnader för nya vårdformer på ca 50 mnkr.

De åtgärder som planeras förväntas leda till:

- ▶ 60 färre vårdplatser.
- ▶ 4 000 färre vårdtillfällen.
- ▶ 17 500 färre vårddygn.
- ▶ Lägre kostnader för röntgen, lokaler och utrustning, köpt vård, hyrläkare, läkemedel.

Enligt åtgärdsplanen så ska kostnaderna reduceras med:

- ▶ 80 miljoner kronor under 2014.
- ▶ 70 miljoner under 2015.

Det framgår inte av planen om kostnadsreduktionen innebär att kostnaderna ska minska med angivet belopp per kalenderår (budgetår) eller om åtgärder ska vidtas respektive år som minskar årskostnaden med angivet belopp.

De besparingseffekter som framgår av åtgärdsplanen bygger på uppskattningar och/eller relativt grova schablonberäkningar. Det är till viss del svårt att följa de beräkningar som gjorts t.ex. att en minskning med tre procent av återinskrivningar/onödig inläggning leder till en besparing på 36 mnkr och en ytterligare minskning med två procent leder till en sammanlagd besparing på 50 mnkr. Det förefaller som de första tre procentens reduktion ger en relativt sett större besparingseffekt. Ytterligare exempel är variationerna i kostnad per vårddygn. I en beräkning framgår att kostnaden bedöms till ca 5 800 skr per vårddygn och i en annan till 8 300 skr.

För vissa åtgärder kan det vara svårt att följa sambandet mellan åtgärd och bedömd besparingseffekt, t.ex. vad gäller eHälsosatsningar, samtida vård, specialiserade enheter. Flera inslag i åtgärdsplanen handlar dessutom om åtgärder som syftar till att höja kvaliteten i vården genom att "på rätt vårdnivå göra rätt saker på rätt sätt". Ett problem i sammanhanget är att det inte alltid är känt hur det "tidsmässiga" sambandet mellan kvalitetsförbättringen och när kostnadsreduktionen blir realiserbar, samt i vilken utsträckning som kostnader tillkommer för nya vårdformer.

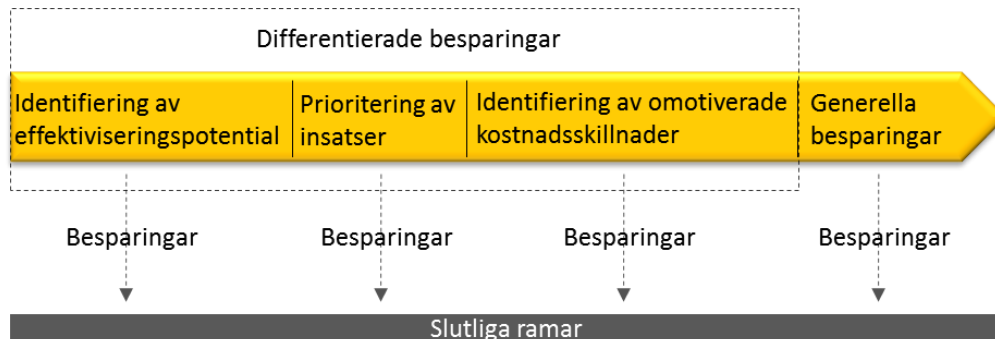
När det gäller ansvaret för åtgärdsplanen så framgår att hälso- och sjukvårdsdirektör har i uppdrag att leda och följa upp det samlade arbetet med hjälp av stödresurser inom ekonomi, personal, utveckling etc. I det gemensamma arbetet anges att medicinska programgrupper är mycket viktiga. Vidare framgår att förvaltningsdirektörer (sjukvårdsdirektörer?) har ansvar för att bidra i det gemensamma arbetet och genomföra åtgärder inom sitt eget ansvarsområde med hjälp av stödresurser.

3.2.1 Bedömning

Med hänvisning till den ekonomiska obalans som finns för specialiserad somatisk vård mellan redovisade kostnader och budget är det positivt att styrelsen har beslutat om en åtgärdsplan.

Arbetet med att reducera kostnader inom hälso- och sjukvården kan ske på olika sätt. I nedanstående figur framgår olika alternativa tillvägagångssätt för att reducera kostnader.

Figur 2 - Modell för kostnadsreducering



I en principiell mening är det mest önskvärda tillvägagångssättet att behovet av att reducera kostnader i första hand uppnås genom ett medvetet och systematiskt arbete för att effektivisera verksamheten. Det kan ske genom att kvaliteten förbättras och/eller att produktiveten ökar. Detta förutsätter att kartläggningar och analyser har gjorts både verksamhetsövergripande och verksamhetsspecifikt för att identifiera de potentialer som kan finnas till förbättringar. Kvalitetsförbättringar och förmågan att uppnå god kvalitet kräver dessutom att det finns ett etablerat ledningssystem för kvalitet. Analyserna bör riktas både mot processer och strukturer.

Kostnader kan också reduceras genom prioritering av insatser som leder till utbudsreducering. Tillvägagångssättet används dock på vissa håll tillsammans med inprioritering av insatser. I det sammanhanget är det viktigt att inprioritering föregås av att ett faktiskt utrymme har skapats efter genomförd utprioritering. I annat fall riskerar tillvägagångssättet att bli kostnadsdrivande.

Åtgärder för att minska kostnaderna kan också vidtas mot bakgrund av att jämförelser med andra har identifierat kostnadsskillnader som inte kan motiveras. Det kan t.ex. handla om höga kostnader för olika vårdåtgärder eller aktiviteter inom en vårdprocess. Möjligheten att göra denna typ av jämförelser underlättas om KPP¹ har införts.

Gemensamt för de tillvägagångssätt som redovisas ovan är att besparingskraven är baserade på ett analysunderlag och individuellt differentierade för olika verksamheter. Dessutom gäller att kravet på kostnadsreducering har integrerats i den ordinarie styr- och budgetprocessen.

Slutligen finns alternativet generella besparingar (s.k. osthyvel) d.v.s. att besparingskrav uttryckt som andel av kostnaderna som ska reduceras riktas till all verksamhet. Metoden är enkel men samtidigt okänslig. Det drabbar prioriterad och oprioriterad verksamhet lika mycket. Den känner inte heller av vilka verksamheter som redan har en hög effektivitet eller vilka verksamheter som har betydande utrymme att uppnå förbättringar. Slutsatsen är att metoden inte är att rekommendera åtminstone inte som förstahandsalternativ.

Den potential till kostnadsreduktion som har identifierats och som ligger till grund för åtgärdsplanen baseras på jämförelser utifrån hälso- och sjukvårdsdata som tas fram på

¹ Kostnad Per Patient.

nationell nivå. Framförallt har det då noterats att kostnaderna för somatisk vård ligger 135 mnkr högre än rikets snitt med hänsyn tagen till befolkningens sammansättning och geografin. Vidare har noterats att det finns ca 60 fler vårdplatser jämfört med rikssnittet. När det gäller den övergripande kostnaden för hälso- och sjukvården² per invånare har vi inte kunnat se, baserat på de underlag som finns i öppna jämförelser (2014) avseende 2013, att den strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnaden per invånare överstiger rikets snitt med 135 mnkr. Enligt uppgift har den beräkning som har gjorts baserats på öppna jämförelser 2013 avseende 2012. Vi har inom ramen för granskningen inte kunnat verifiera beräkningen av 135 mnkr.

Den åtgärdsplan som landstingsstyrelsen beslutade om i mars 2014 identifierade en möjlig potential till kostnadsreduktion. Planen redovisar ett antal åtgärder med en bedömd kostnadsbesparing. Planen var inte operativ i den meningen att genomförandet av den kunde påbörjas direkt. Det underliggande arbetet för att identifiera faktiska möjligheter att minska vårdplatser, samordna vården och utveckla arbetssätt/vårdformer samt beräkna den kostnadsreduktion som är möjlig måste sedan göras i verksamheten. Den plan som landstingsstyrelsen fattade beslut om hade varken brutits ned och fördelats till olika ansvar i organisationen eller byggts upp utifrån faktiskt identifierad besparingspotential i verksamheten. Om en åtgärdsplan i sin helhet ska vara trovärdig måste i princip varje åtgärd vara nerbruten i aktiviteter som ska genomföras av vem, hur och när. Åtgärdsplaner måste dessutom fortlöpande följas upp på en detaljerad nivå. Vid avvikelser måste alternativa åtgärder övervägas. Åtgärdsplanen saknade dessutom en integration med planerings- och budgetprocessen på klinisknivå där inte en åtgärdsplan i förhållande till regionens genomgående har upprättats.

De beräkningar av hur planerade aktiviteter i åtgärdsplanen förväntas reducera kostnaderna är inte väl underbyggda. Det är särskilt svårt att förstå vilka ekonomiska besparingar som uppnås genom nedläggning av vårdplatser. Avgörande för vilka effekter som uppstår är i vilken grad en nedlagd plats leder till en faktisk reduktion av personal och vilka tillkommande kostnader som kan följa om sjukvårdsbehovet t.ex. tillgodoses polikliniskt. Om en plats kan dras in p.g.a. att vårdskadorna har minskat tillkommer inga andra vårdåtgärder men indragningen av vårdplatsen måste samtidigt leda till att personalkostnaderna reduceras för att någon påtaglig besparing ska uppstå. Ytterligare en aspekt är om vårdplatser avvecklas som redan är stängda p.g.a. personalbrist om det leder till någon faktisk besparingseffekt på personalkostnaden. En annan parameter är om lokalkostnaden kan påverkas i samband med platsreduktion.

En annan osäkerhet som finns är att det t.o.m. kan vara så att när åtgärder genomförs för att förbättra kvaliteten tillkommer kostnader samtidigt som det tar en tid innan satsning leder till minskade kostnader.

Syftet med planen är egentligen att reducera kostnaderna i befintlig verksamhet med 200 mnkr, varav 50 mnkr ska användas för nya vårdformer. Vår bedömning är att dessa två aspekter måste hållas isär. Verksamheten måste dels identifiera och planera genomförandet av besparingar på 200 mnkr samt inom ramen för 50 mnkr identifiera och planera tillkommande vårdåtgärder.

Ansvar för genomförandet som det beskrivs i åtgärdsplanen är enligt vår bedömning otydligt genom att det inte direkt speglar det ansvar som finns i linjeorganisationen. Det framgår av planen att hälso- och sjukvårdsdirektören ska leda och följa upp det samlade

² Exklusive primärvårdsansluten primärvård, tandvård och omstruktureringskostnader.

arbetet och att förvaltningsdirektörer ska bidra i det gemensamma arbetet och genomföra inom sitt ansvarsområde. Dessutom framgår att medicinska programgrupper är mycket viktiga i det gemensamma arbetet. Ansvar för genomförandet av åtgärdsplanen bör följa budgetansvaret enligt linjeorganisationen och integreras i den ordinarie styrningen av verksamheten. Flera av de åtgärder som avser reducering av vårddygn har lagts på medicinska programgrupper som inte i sig har ett linjeansvar och som dessutom fram till den sista januari 2015 ingick i olika organisatoriska enheter. Detta har enligt vår uppfattning försvårat genomförandet av åtgärdsplanen.

Sammantaget görs bedömningen att det initialt inte fanns en plan för åtgärdsplanens genomförande. Krav på kostnadsreduktion hade inte fördelats ut i organisationen. De aktiviteter som krävs för att realisera åtgärdsplanen hade inte definierats och fördelats ut i organisationen. Målet att uppnå en reduktion av kostnaderna med 80 mnkr 2014 och 70 mnkr 2015 var i princip realistiskt redan då styrelsen fattade beslut om planen.

Det finns två perspektiv på kostnadsreducerande åtgärder. Det ena avser åtgärder som behöver vidtas inför eller under ett budgetår för att hålla budgeten. Det andra avser åtgärder för att säkerställa en långsiktigt hållbar kostnadseffektivitet. Sammantaget handlar det senare perspektivet om åtgärder som förbättrar kvaliteten och som samtidigt kan bidra till att reducera kostnader. Åtgärdsplanen försöker att kombinera dessa två perspektiv men lyckas inte att integrera arbetet på ett tydligt sätt i den ordinarie planeringen och styrningen av verksamheten.

4 Organisation och ansvar

4.1 Förändrad organisation fr.o.m. 2015

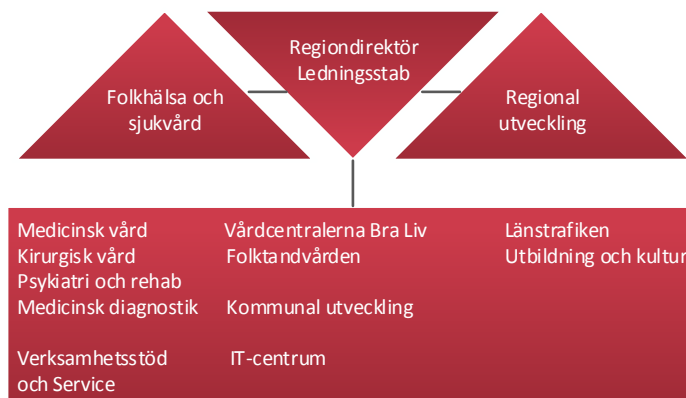
Den 1 januari 2015 ombildades Landstinget i Jönköpings län till Region Jönköpings län. I och med regionbildningen blev ansvaret samlat för den regionala utvecklingen, kollektivtrafiken till regionen samt hälso- och sjukvården.

Regionbildningen innebar även att en politisk organisation infördes som förutom en regionstyrelse består av nämnder. Följande nämnder kopplade till regionens verksamhet inrättades:

- ▶ Folkhälsa och sjukvård.
- ▶ Trafik, infrastruktur och miljö.
- ▶ Arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet.

Även verksamhetens organisation förändrades i och med regionbildningen.

Figur 3 - Verksamhetens organisation



Regionens ledningskontor är organiserat i tre enheter:

- ▶ Ledningsstab.
- ▶ Folkhälsa och sjukvård.
- ▶ Regional utveckling

Inom respektive enhet (folkhälsa och sjukvård samt regional utveckling) finns ansvariga direktörer som inte har ett linjeansvar för verksamheten. Enheterna för folkhälsa och sjukvård samt regional utveckling utgör stöd till nämnderna.

Regionens egen verksamhet är organiserad i elva olika verksamhetsområden med var sin ansvarig direktör under regiondirektören. Ansvaret för verksamhetsområdena psykiatri och rehabilitering samt medicinsk diagnostik är dock samlat under en sjukvårdsdirektör.

4.2 Förändring av hälso- och sjukvårdens organisation

Den tidigare organisationen med tre geografiska sjukvårdsområden förändrades fr.o.m. den 1 februari 2015 till tre medicinska områden: medicinsk vård, kirurgisk vård och psykiatrisk vård (och rehabilitering). För respektive verksamhetsområde finns en ansvarig sjukvårdsdirektör.

I de intervjuer som har gjorts har det framkommit att det har funnits förhållandvis stora skillnader mellan de tidigare sjukvårdsområdena vad gäller budgetering, redovisning, hantering av interna kostnader, uppföljning, m.m. Enligt uppgift har detta förhållande försvårat interna jämförelser och analyser samt gjort arbetet med åtgärdsplanen mer komplicerat.

4.2.1 Bedömning

Den förändring som har gjorts av organisationen bör kunna leda till att förutsättningarna att uppnå åtgärdsplanens mål har förbättras. I och med att kirurgisk vård och medicinsk vård har samlats under var sitt ansvarsområde skapas andra möjligheter, jämfört med tidigare organisation, att specialisera och samordna verksamheterna i ett länsperspektiv. Den vidtagna organisationsförändringen bedöms i förhållande till den tidigare underlätta arbetet med att förbättra vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet.

För genomförandet av åtgärdsplanen har väsentliga uppdrag lämnats till de medicinska programgrupperna. I den tidigare organisationen fanns ansvaret för kliniker som inte utgjorde länskliniker i tre olika sjukvårdsorganisationer. Nu har det sammanförts till ett och

samma verksamhetsområde. Under sjukvårdsdirektören är dock ansvaret vanligtvis fördelat på tre verksamhetschefer när det inte är fråga om länskliniker.

I efterhand har det visat sig att det har funnits olikheter mellan de tidigare sjukvårdsområdena vad gäller tillämpad styrning, budgetering, redovisning och uppföljning. En konsekvens av detta har bl.a. blivit en försvårande omständighet som bidrar till att fördröja arbetet med att genomföra åtgärdsplanen. Samtidigt är det något oväntat att det trots en sedan länge gemensamt tillämpad modell för styrning, att det inom organisationen inte har funnits en högre grad enhetlighet och samordning i den interna styrningen av verksamheten.

4.3 Ansvaret för specialiserad somatisk vård i den politiska organisationen

4.3.1 Inledning

Revisorerna har i en tidigare granskning under 2015 "Granskning av beredning av reglementen och bestämmelser för politiska organ inom Region Jönköpings län" konstaterat att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan regionsstyrelsen och nämnderna. Nedan redovisas med avseende på hälso- och sjukvården kortfattat vad som framgår i nuvarande reglementen.

4.3.2 Regionsstyrelsen

Av reglementet framgår att regionsstyrelsen är regionens "högsta verkställande och beredande organ och har det övergripande ansvaret för regionens utveckling. I styrelsens lednings- och styrfunktion ingår "att ha ett samlat ansvar för verksamhet, ekonomi, finansiering och verksamhetsuppföljning". Styrelsen ska leda och samordna samtliga nämnders verksamhet utifrån budget med verksamhets- och flerårsplan.

4.3.3 Regionsstyrelsens arbetsutskott

Regionstyrelsens arbetsutskott har som huvuduppgift att leda och samordna arbetet med budget, verksamhetsplan och flerårsplan. Dessutom ska arbetsutskottet särskilt initiera och bereda ärenden av strategisk karaktär inom ekonomi, personal, kommunikation/information, upphandling, fastigheter och IT.

4.3.4 Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Nämnden för folkhälsa och sjukvård har ansvar för regionens hälso- och sjukvård i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer och som en konsekvens av 6 kap. 7 § KL ansvar för regionens uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vidare följer av reglementet att nämnden inom sitt verksamhetsområde aktivt ska följa utvecklingen, agera och föreslå styrelsen de förändringar som krävs.

Nämnden har också att tillse att verksamheten bedrivs inom av fullmäktige fastställd budget, verksamhetsplan och flerårsplan och fatta erforderliga beslut samt bereda ärenden i övrigt till styrelsen inom sitt verksamhetsområde, vilket även innefattar yttrande på remisser avseende offentliga utredningar, promemorior samt motioner. Nämnderna skall enligt reglementena svara för uppföljning av sina verksamhetsområden och rapportera till styrelsen.

4.3.5 Bedömning

I enlighet med vad som framkom i revisorernas tidigare granskning enligt ovan är bedömningen att det finns otydligheter kring styrelsens och nämndernas ansvar för verksamhet, ekonomi och personal. Med tanke på denna gransknings inriktning är ansvaret för ekonomin och ytterst för den av fullmäktige fastställda budgeten av största intresse.

Utifrån vad som framgår av reglementena så görs bedömningen att regionsstyrelsens arbetsutskott inte har ett budgetansvar.

När det gäller regionstyrelsen och nämnden för folkhälsa och sjukvård så är ansvarsfrågan mer komplicerad. Regionstyrelsen har ett samlat ansvar för verksamhet, ekonomi, finansiering och verksamhetsuppföljning. Vad detta samlade ansvar egentligen betyder framgår dock inte i klartext och hur det förhåller sig till nämnden för folkhälsa och sjukvårds ansvar för hälso- och sjukvården förblir oklart. Nämnden ska aktivt följa utvecklingen och vid behov föreslå styrelsen åtgärder. Dessutom ska nämnden tillse att verksamheten bedrivs inom av fullmäktige fastställd budget, verksamhetsplan och flerårsplan och fatta erforderliga beslut samt bereda ärenden i övrigt till styrelsen inom sitt verksamhetsområde. Samtidigt har nämnden inga direkta beslutsbefogenheter i förhållande till verksamheten och ingen av fullmäktige anvisad ekonomisk ram för verksamhetens genomförande.

En samlad bedömning utifrån vad som står i reglementena och den av fullmäktige fastställda budgeten är att nämnden inte har ett formellt budgetansvar. Nämnden har ett uppföljningsansvar för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs, vilket är en konsekvens av nämndernas skyldighet att tillse att verksamheten bedrivs inom av fullmäktige beslutad budget och verksamhetsplan. Däremot har nämnden inte enligt reglementet en skyldighet att följa upp den av styrelsen beslutade åtgärdsplanen. Det finns dock inget som hindrar att nämnden faktiskt gör det. Ett grundläggande problem för nämnden är samtidigt att den i förhållande till verksamheten varken har ett uppdragsförhållande eller ett utföransvar samt att den dessutom saknar beslutsbefogenheter.

5 Styrning, planering och uppföljning 2015 inom regionen

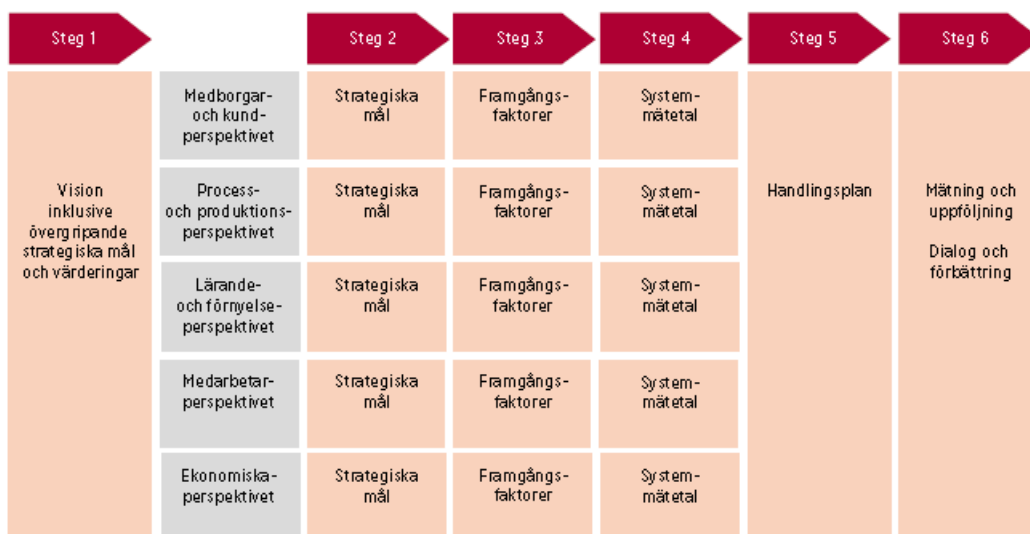
5.1 Styrmodell

En utgångspunkt för regionens styrning är att genom god hushållning förverkliga visionen "För ett bra liv i en attraktiv region". Budgeten och flerårsplanen utgör regionens viktigaste styrdokument. Förutom visionen så framgår i budgeten för 2015 värderingar och övergripande strategiska mål:

- ▶ Bra folkhälsa.
- ▶ God vård.
- ▶ Regional utveckling.
- ▶ Kostnadseffektivitet.
- ▶ Systemsyn och förbättring/förnyelse.
- ▶ Långsiktig och uthållig finansiering.

Styrmodellen enligt vilken budgeten och flerårsplanen redovisas bygger på principen Balanced Scorecard (balanserat styrkort). Modellen innebär att verksamheten beskrivs, planeras och följs utifrån fem perspektiv; medborgare/kund, process/produktion, lärande/förnyelse, medarbetare och ekonomi.

Figur 4 - Styrmodellen



I varje perspektiv har strategier och framgångsfaktorer för att genomföra strategierna formulerats. I nästa steg formuleras ett antal systemmätetal som ska fungera som indikatorer på hur väl de strategiska målen uppnås. Vissa av måtten följs upp varje månad, andra i delårsrapport 1 och 2 samt några som bara redovisas årsvis.

Målen och måtten bildar sedan utgångspunkt för verksamhetsområdenas/förvaltningarnas styrkort och handlingsplaner.

5.1.1 Budget och uppföljning

I landstingets budget och verksamhetsplan 2015 framgår en översiktlig beskrivning av budgetprocessen.

Figur 5 - Budgetprocess



I samband med behovsinventeringen förs en dialog avseende investeringar, verksamhetsförändringar m.m. Därefter tas det under ledning av regiondirektören fram ett underlag till budget och flerårsplan. Efter det att nämnderna har berett budget och verksamhetsplan behandlas den i regionsstyrelsens arbetsutskott under september och oktober. Därefter lämnar regionstyrelsen förslag till regionfullmäktige för beslut i november. I december beslutar regionsstyrelsen om verksamhetsområdenas budget/uppdrag. Under året kan tilläggsbudget beslutas löpande av fullmäktige, regionsstyrelsen eller ekonomidirektören på delegation.

Under året, förutom i februari och juli, görs en månadsuppföljning inom samtliga förvaltningar (verksamhetsområden). Uppföljningen omfattar ett antal systemmätetal enligt budget och flerårsplan. En sammanställning av uppföljningen presenteras i ledningsgrupper, storgrupper, nämnder, regionstyrelsens arbetsutskott och regionstyrelsen.

Det har inte framgått att det finns en samlad beskrivning/dokumentation av regionens planerings- och budgetprocess, som inbegriper verksamhetsområdena, ut till enhetsnivån.

6 Budget och verksamhetsplan 2015

6.1 Beslut i fullmäktige

Budget med verksamhetsplan 2015 och flerårsplan 2016- 2017 fastställdes vid fullmäktigesammanträdet 2014-11-25—26.

Den driftbudget som fullmäktige beslutat om är fördelad per huvudområde, hälso- och sjukvård och regional utveckling, samt delområden. Budgeten avser regionens driftkostnad och är inte fördelad per nämnd eller på förvaltning och verksamhetsområde.

I ett särskilt avsnitt redovisas regionfullmäktiges direktiv till regionstyrelsen för budget 2015. Av texten framgår att region Jönköpings län har tre nämnder. Dessa ska se till att verksamheten drivs inom den utgiftsram och verksamhetsplan som fullmäktige beslutat. Budgeten med verksamhetsplan för 2015 anger utgiftsramar och verksamhetsmål som ska uppnås för regionens samlade åtagande, oavsett vem som producerar tjänsten.

För de delar av verksamheten som utförs i egen regi, ska regionstyrelsen senast i december 2014 fastställa budgetar. I dessa budgetar konkretiseras verksamhetsuppdrag och grunder för finansiering. Landstingsstyrelsen fastställde den 16 december 2014 budgetar för förvaltningens verksamhetsområden 2015. En revidering av beslutet gjordes av regionstyrelsen den 20 januari 2015 med hänvisning till den organisationsförändring som skett genom att hälso- och sjukvården inte längre organiseras i sjukvårdsområden.

För hälso- och sjukvården framgår under styrkortsperspektivet ekonomi tre systemmätetal utifrån framgångsfaktorn hög produktivitet.

| Systemmätetal | Mätmetod | Mål 2015 |
|-------------------------------------|----------------------------|---|
| Nettokostnad per verksamhetsområde. | Ekonomisystemet. | Nettokostnaden per verksamhetsområde ska inte överstiga budget. |
| Sjukvårdskostnad per invånare. | SKL och öppna jämförelser. | Bland de fem lägsta i riket. |
| Kostnad per DRG-poäng. | Öppna jämförelser. | Bland de fem lägsta i riket. |

Dessutom finns ett systemmätetal i förhållande till framgångsfaktorn kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning.

| Systemmätetal | Mätmetod | Mål 2015 |
|---------------------------------|----------|------------------------------|
| Läkemedelskostnad per invånare. | SKL. | I nedre kvartil bland länen. |

I budgeten redovisas handlingsplanen för hälso- och sjukvården. En hänvisning görs till regionens åtgärdsplan för 2014–2015 och den kraftsamling som startade 2012 för bättre hälsa, bättre vård och lägre kostnader. Åtgärdsplanen utgår från höga kostnader i somatisk vård, men arbetsätten omfattar hela verksamheten. Kraftsamlingen är både ett förhållningssätt i all verksamhet och särskild fokusering inom områden där verksamheten kan förbättras och kostnader minskas. I handlingsplan specifikt för specialiserad somatisk vård framgår att fokus för den somatiska vården under nästa år är att "Gå från mycket bra till bästa möjliga" för att skapa mervärde för invånarna och minska kostnaderna. Under 2015 fortsätter satsning på dagkirurgi och öppenvård, som på sikt kan leda till minskning av vårdplatser.

6.2 Budgetar för förvaltningens verksamhetsområden

I avvaktan på det då pågående arbetet med att organisationen för specialiserad somatisk vård, fastställde landstingsstyrelsen den 16 december 2014 verksamhetsbudgetar för respektive sjukvårdsområde. Samtidigt framgick av beslutet att dessa budgetar kommer att omformas till verksamhetsbudgetar för medicinsk vård, kirurgisk vård och psykiatri när omorganisationen genomförs.

Vid regionstyrelsens första sammanträde 2015, den 20 januari, fastställdes budgetar för bl.a. medicinsk och kirurgiska vård. I huvudsak har dessa budgetar samma struktur och innehåll som för sjukvårdsområdena fränsett att en anpassning har gjorts i förhållande till den förändrade organisationen.

I den av regionsstyrelsen fastställda budgeten framgår hur den totala utgiftsramen för specialiserad somatisk vård har fördelats.

Figur 6 - Regionstyrelsens fördelning av utgiftsramen för specialiserad somatisk vård, tkr

| Område | Budget |
|---|------------------|
| Riks- och regionsjukvård | 597 400 |
| Egen regi | 4 116 600 |
| varav kvalitetsersättningar 3 % | |
| - tillgänglighet 41 200 | |
| - systematiskt förbättringsarbete 41 200 | |
| - övriga kvalitetsvariabler 41 200 | |
| | 123 600 |
| Vårdval ögon | 66 000 |
| Länssjukvård övergripande: | -16 400 |
| Statsbidrag, asyl- och utomlänsintäkter, köpt specialistsjukvård, central läkemedelskommitté mm | |
| Summa somatisk vård | 4 763 600 |

Därutöver har en fördelning av utgiftsramen för specialiserad somatisk vård i egen regi gjorts till respektive verksamhetsområde

Figur 7 - Budet för specialiserad somatisk vård i egen regi, tkr

| | Medicinsk vård | Kirurgisk vård | Psykiatri och rehabilitering | Summa |
|-----------------------------|----------------|----------------|------------------------------|-----------|
| Specialiserad somatisk vård | 1 878 700 | 2 111 100 | 126 800 | 4 116 600 |

Den totala budgeten för respektive verksamhetsområde innehåller även medel för primärvård samt övrig hälso- och sjukvård. Den sammanlagda driftbudgeten per verksamhetsområde fastställdes till:

- ▶ Medicinsk vård = 2 171,4 mnkr
- ▶ Kirurgisk vård = 2 207,4 mnkr

År 2013 infördes en ersättningsmodell för specialiserad somatisk vård som syftar till att resurserna ska följa patienten och att stimulera samverkan. Den av fullmäktige beslutade

utgiftsramen utgör tak för ersättningsmodellen. Av beslutsunderlaget till revideringen av budgeten framgår att all ersättning kommer att bokföras centralt för respektive verksamhetsområde. Ersättningen ska dock redovisas på ett sådant sätt att det ska gå att utläsa vilka intäkter som varje klinik genererat.

Budgeten för respektive verksamhetsområde redovisas i form av ett balanserat styrkort tillsammans med en handlingsplan med aktiviteter för att nå målen. En notering är att när det gäller det ekonomiska perspektivet och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning så saknas systemmätetal och mål.

Aktiviteter i handlingsplanerna för kirurgisk och medicinsk vård utgår från de fem områdena för bättre hälsa, bättre vård och lägre kostnader.

- ▶ Personcentrerad vård
- ▶ Prevention och planering av nästa steg
- ▶ Minska under-, över- och felanvändning
- ▶ Standardiserade arbetssätt, specialisering
- ▶ Snabbare spridning, jämlik vård

Under rubriken övergripande/gemensamma aktiviteter inom området ”snabbare spridning, jämlik vård”, framgår att för att uppnå en kostnadsreducering så kommer det att krävas såväl ett minskat utbud av framförallt slutenvård men också en högre produktivitet. Vidare framgår av budgeten att en konkret handlingsplan per medicinskt verksamhetsområde bör tas fram i början av 2015. Vidare redovisas det som en aktivitet att en ny utvärdering ska göras av antalet tillgängliga vårdplatser, utnyttjandet av dessa och förslag till förändringar utifrån landstingsgemensamma analyser och beslut om dimensionering.

6.3 Revidering av budget 2015

Med hänvisning till att det efter det att fullmäktige antog budgeten för 2015 har inträffat händelser som föranleder att budgeten revideras och att förändringar görs i de av fullmäktige fastlagda utgiftsramarna. Regionstyrelsens förslag innebar en höjning av budgeten för verksamhetens nettokostnad med 100 mnkr. Förslaget har finansierats genom en höjning av posten statsbidrag och kommunal utjämning, p.g.a. ökat statsbidrag för läkemedelsförmånen, samt genom sänkning av budgeterat överskott med 80 miljoner kronor.

Fullmäktige beslutade om revideringen av budgeten den 26 maj 2015. För specialiserad somatisk vård höjdes utgiftsramen med 70 mnkr till 4 828 mnkr. Av beslutsunderlaget framgår att hälso- och sjukvården redovisade en obalans i ekonomin med ca 220 mnkr 2014. En förnyad jämförelse av kostnaderna för hälso- och sjukvård har gjorts med region Östergötland, landstinget i Kalmar län och region Kronoberg som ger stöd för en kostnadsanpassning med 150 mnkr i enlighet med antagen åtgärdsplan. En förstärkning med 70 mnkr motsvarar mellanskillnaden mellan redovisat underskott 2014 och behovet av kostnadsanpassning.

6.4 Upprättandet av budgetar inom kirurgisk och medicinsk vård

Det har inte framkommit att det har funnits skriftliga anvisningar eller direktiv för upprättandet av budget på verksamhetsområdet och underliggande ansvar. Enligt en muntlig överenskommelse på ledningsnivå inom regionen blev resultatet att klinikerna inom berörda verksamhetsområden skulle upprätta kostnadsbudgetar med utgångspunkt från föregående års redovisade kostnader och kända verksamhetsförändringar.

Med hänvisning till att föregående års utfall översteg innevarande års utgiftsram, som hade fördelats till område medicin och område kirurgi, uppstod en differens eller avvikelse d.v.s. en skillnad mellan den utgiftsram som regionsstyrelsen hade beslutat om och klinikernas kostnadsbudgetar. Utgiftsramen motsvarar i princip den förväntade ersättningen till klinikerna enligt ersättningsmodellen. Tekniskt sett hanteras verksamhetsområdet som en övergripande resultatenheter där den förväntade intäkten utgörs av utgiftsramen och kostnaderna utgör summan av klinikernas kostnadsbudgetar. Skillnaden däremellan blir i det här fallet en budgeterad avvikelse eller budgeterat negativt resultat i den övergripande resultatenheter.

Förutom budget så tar klinikerna, med utgångspunkt från det balanserade styrkortet, fram en verksamhetsplan och en handlingsplan. För 2015 har inte klinikerna åtgärdsplaner/handlingsplaner i förhållande till regionens åtgärdsplan.

För närvarande pågår ett arbete utifrån respektive medicinsk programgrupp med att ta fram verksamhetsplaner för att sänka kostnadsnivån i enlighet med åtgärdsplanen. Av de 150 mnkr som åtgärdsplanen omfattar så har 75 mnkr fördelats på respektive verksamhetsområde inom specialiserad medicinsk vård.

6.5 Budgetansvar och ekonomiskt ansvar

Det har inte framgått att det i regionen finns, vare sig på politisk eller tjänstemannanivå, fastställda ekonomistyrregler eller principer för ekonomistyrning. Däremot framgår det av regionens budget 2015 att budgeten ska hållas på verksamhetsområdesnivå enligt följande mål: "Nettokostnaden per verksamhetsområde ska inte överstiga budget".

I tjänstemannaorganisation följer ansvarsfördelningen linjeorganisationens nivåer där regionsdirektören har det yttersta ansvaret. I tjänsteskrivelsen med förslag till landstingsstyrelsen för beslut om budgetar för förvaltningens verksamhetsområden 2015 finns en beskrivning av ansvar och befogenheter. Där framgår att regiondirektören är ytterst verkställande tjänsteman som på regionstyrelsens uppdrag operativt leder regionens verksamhet i enlighet med fastställd budget och regionstyrelsens riktlinjer. Regiondirektören rapporterar till regionstyrelsen. Verksamhet som regionen driver i egen regi är organiserad i verksamhetsområden. Budgeten för verksamhetsområdena är en precisering av regionstyrelsens uppdrag till regiondirektören där operativt ansvar fördelas till verksamhetsdirektör. Verksamhetsdirektör rapporterar i sin tur till regiondirektören. För varje verksamhetsområde utses i särskild ordning beslutsattesteranter som med sin attest godkänner/styrker att utgift följer budget, beslut eller direktiv för verksamheten.

6.5.1 Bedömning

Fullmäktige fastställer en driftbudget som avser regionen i sin helhet och som är fördelad i ramar per huvudområde och delområde. Samtidigt ger fullmäktige direktiv till styrelsen att fastställa budget och verksamhetsuppdrag till den verksamhet som bedrivs i egen regi. Enligt styrelsens beslut utgör budgeten för verksamhetsområdena en precisering av uppdraget till regiondirektören som därefter överförs i linjen till verksamhetsdirektörer som i sin tur återrapporterar till regiondirektören.

Till nämnderna anslås inte utgiftsramar i fullmäktiges budget.

Kännetecknande för budgetprocessen i övrigt är att budgetbeslutet tas relativt sent av fullmäktige. Enligt vår bild är det dock relativt vanligt i landsting eller regioner att fullmäktige beslutar om budgetramen i juni året innan budgetåret. En fördel som kan finnas med tidiga rambeslut är att verksamheterna ges möjlighet att i god tid innan verksamhetsåret

analysera de förändringskrav som följer av budgetförutsättningarna samt planera och påbörja genomförandet av de åtgärder som krävs för att säkerställa budgethållning.

En gemensam nämnare i den tillämpade styrprocessen är att styrkort fastställs på nivåerna: fullmäktige, verksamhetsområde och klinik. I styrmodellen ingår även att handlingsplaner fastställs på dessa nivåer. Däremot finns det inte en tydlig koppling mellan fullmäktiges budget samt styrningen av ekonomi på verksamhetsområdes- och klinikknivån. Åtgärdsplanen är ännu inte heller integrerad i den ordinarie styrprocessen. Ett syfte med åtgärdsplanen är att uppnå en ekonomi i balans inom verksamhetsområdena kirurgi och medicin. Därför måste den också vara en del av styrningen som syftar till att hålla budgeten.

En notering är att regionsstyrelsen och övriga nämnder inte upprättar egna verksamhetsplaner eller motsvarande. I den meningen blir inte styrkedjan tydlig och sammanhållen i och med att regionstyrelsen inte i en egen plan definierar ett åtagande i förhållande till fullmäktiges uppdrag i budget.

Internbudgeten på verksamhetsområdesnivå med klinikernas detaljbudgetar har inte fastställts politiskt. Regionsstyrelsen beslutar om budget i form av fördelning av utgiftsramar till verksamhetsområdena och uppdraget enligt balanserade styrkort och handlingsplaner. Regiondirektören ges samtidigt uppdraget att genomföra verksamheten i enlighet med redovisade budgetar.

De kostnadsbudgetar som sedan har upprättats i verksamheten har baserats på föregående års kostnader vilket sammantaget har medfört en underbalanserad budget på verksamhetsområdesnivå. Underbalanseringen som framstår som en avvikelse för den övergripande resultatenheten ska sedan fördelas till verksamheten och realiseras i verksamhetsplanerna. Arbetet med att ta fram verksamhetsplaner pågår dock fortfarande och därför finns det inget direkt samband mellan årets underbalanserade budgetar och verksamhetsplanerna för att hantera den ekonomiska obalansen som definierades i början av 2014. Vår bedömning är att verksamhetsområdenas budgetar är underbalanserade och att underbalanseringen har gjorts i konflikt med styrkortets mål om att nettokostnaden per verksamhetsområde inte ska överstiga budget.

Det är också vår bedömning att det ur styrsynpunkt är motsägelsefullt att dels budgetera utifrån tidigare års kostnader, dels att styra mot att reducera den avvikelse som blev konsekvensen av den första åtgärden.

I regionen måste både behovet av åtgärder för att hålla budgeten i det korta perspektivet hanteras tillsammans med ett mer långsiktigt och systematiskt arbete för att säkerställa kvalitet och kostnadseffektivitet. Det senare perspektivet är ur strategisk synpunkt det mest viktiga. Kan vårdskador påtagligt reduceras, vården i större utsträckning ges på rätt vårdnivå samtidigt som behovet av hyrpersonal minimeras så bidrar det till en högre kvalitet och en förbättrad kostnadseffektivitet. Det behöver finnas en tydlig ledning och styrning dels av processen för att reducera kostnader i det korta perspektivet, dels av processen som syftar till att skapa förutsättningar för en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

En viktig förutsättning för en effektiv ekonomistyrning är att verksamheten har en budget som uppfattas som realistisk i förhållande till de aktuella förutsättningarna. Om skillnaden mellan vad som kan uppnås genom avvikelsehantering (åtgärder) och vad som krävs för att hålla budgeten är för stort finns en risk att styrningen inte får önskvärd effekt. Dessutom kan effekten bli att ekonomistyrningen kan komma att brista i trovärdighet i och med att ekonomistyrreglerna inte kan upprätthållas/tillämpas om konsekvenserna för verksam-

heten bedöms som oacceptabla. En generell utgångspunkt är därför att verksamheterna måste få realistiska förutsättningar tillsammans med entydiga krav på att respektera styrreglerna. I realistiska förutsättningar ingår att de förändringskrav i form av riktade kostnadsreduceringar måste vara väl underbyggda och utgå ifrån en analys där potentialer att reducera kostnaderna har identifierats. Ytterst är det regionsstyrelsen som dels genom sin ledande och samordnande roll har ett övergripande ansvar för att styrmodellen fungerar som det är avsett, dels i egenskap av "driftnämnd" har ett direkt ansvar för att budgeten hålls. Vi gör inte någon bedömning av om verksamheterna har realistiska budgetförutsättningar eller ej.

Ett primärt syfte för budgetprocessen är att skapa en tydlighet beträffande verksamheternas ekonomiska villkor samt att förutsäga resultatet. För att detta ska kunna bli möjligt måste upprättade budgetar:

- ✓ Vara säkrade, d.v.s. trovärdiga.
- ✓ Respekteras.

Upprättade budgetar på verksamhetsområdes- och klinisknivå bör betraktas som ett ekonomiskt åtagande. Om ett åtagande ska uppfattas som trovärdigt måste det kunna beskriva vilka huvudsakliga aktiviteter som har vidtagits/kommer att vidtas för att uppnå ett balanserat resultat. En säkring kan innebära att t.ex. förkalkyler har gjorts där samtliga kostnader tagits med för den planerade verksamheten och där det framgår att verksamheten kan producera den efterfrågade vården med de resurser som fördelas i budgetprocessen. Upprättade budgetar och underliggande kalkyler måste bedömas av respektive ledning. Enheternas budgetförslag ska vara realistiska. Om inte måste detta uppmärksammas och leda till att åtgärder vidtas.

En säkring av budgeten kräver dessutom en fungerande ekonomisk uppföljning. Den ekonomiska uppföljningen måste då innehålla regelbundna resultatrapporter där väsentliga avvikelser är analyserade tillsammans med en åtgärdsplan. Genomförandet av åtgärderna följs sedan fortlöpande upp.

Det finns inte dokumenterade fastställda ekonomistyrprinciper eller riktlinjer för ekonomistyrning som klargör ansvar och roller för budgetansvariga. Vår bedömning att detta förhållande utgör en brist som försvagar styrningen och försvårar ansvarsutkrävande.

Om det visar sig att en av fullmäktige fastställd utgiftsram inte kan hållas och att regionstyrelsen samtidigt vidtagit de åtgärder som är rimliga för att åtgärda avvikelsen då bör frågan lyftas till fullmäktige. Styrelsen kan då begära en ombudgetering eller att fullmäktige, godkänner ett underskott i förhållande till den anvisade ramen.

7 Uppföljning 2015 av budget och åtgärdsplan

7.1 Inledning

I detta avsnitt görs en kortfattad genomgång av delsårsrapport 1 och delårsrapport 2, för medicinsk vård och kirurgisk vård.

7.2 Delårsrapport 1

I delårsrapport 1 per 30 april 2015 redovisas följande prognoser avseende årsresultatet:

Tabell 1 - Delår 1 - Resultatprognos

| Utgiftsområde (mnkr) | Medicinsk vård | Kirurgisk vård | Medicin & Kirurgi | Resultat 2014 |
|-----------------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| Primärvård | -4,3 | -6,7 | -11 | -4,7 |
| Specialiserad somatisk vård | -114,2 | -115,9 | -230,1 | -238,2 |
| Övrig hälso- och sjukvård | -6,5 | 0 | -6,5 | -24,7 |
| Summa | -125 | - 122,6 | -247,6 | -267,6 |

I delårsrapporten för medicinsk vård anges som förklaring till avvikelserna att nettokostnaderna har ökat med 4,4 procent (justerat med läkemedelskostnaden för hepatit C). Lönekostnaderna har ökat med ca 4,1 procent exklusive hyrläkare. Intäkterna för tillgänglighet kommer inte upp till budgeterad nivå. Kostnaderna för hyrläkare har varit något lägre än föregående år. I övrigt noteras högre kostnader för läkemedel (framförallt för hepatit C), lab och röntgen och hyror. När det gäller produktionen så har antalet läkarbesök och antalet vårdtillfällen ökat. Kostnaden per producerad DRG poäng har ökat både inom öppen och sluten vård.

I delårsrapporten för kirurgisk vård anges som förklaring till avvikelserna att kostnaderna har ökat mer än index. Kostnadsökningarna finns främst inom löner, medicinsk diagnostik och läkemedel. Jämfört med föregående år är antalet årsarbetare oförändrat. Personalkostnaderna har ökat med 3 procent exklusive hyrläkare som förväntas bli 69 procent högre än föregående år. Produktivitetens utvecklingen inom den specialiserade vården har försämrats jämfört med föregående år. När det gäller produktionen så har antalet besök ökat medan antalet vårdtillfällen, antalet vård dagar och medelvårdtiden minskat. Intäkterna är lägre än förväntat beroende på ett lägre utfall för tillgänglighet och kvalitet.

7.3 Delårsrapport 2

I delårsrapport 2 per 31 augusti 2015 redovisas följande prognoser avseende årsresultatet:

Tabell 2 - Delår 2 - Resultatprognos

| Utgiftsområde (mnkr) | Medicinsk vård | Kirurgisk vård | Medicin & Kirurgi | Resultat 2014 |
|-----------------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| Primärvård | -8 | -5 | -13 | -4,7 |
| Specialiserad somatisk vård | -118 | -116,9 | -234,9 | -238,2 |
| Övrig hälso- och sjukvård | -4 | 0 | -4 | -24,7 |
| Summa | -130 | - 121,9 | -251,9 | -267,6 |

I delårsrapport 2 för medicinsk vård anges i huvudsak samma förklaringar till det prognosticerade negativa resultat som i delårsrapport 1. En skillnad gäller dock hyrläkare där kostnaderna nu ligger något över motsvarande period föregående år.

I delårsrapport 2 för kirurgisk vård anges också i huvudsak samma förklaringar till det prognosticerade negativa resultat som i delårsrapport 1. Antalet årsarbetare har dock ökat. Det gäller både läkare och sjuksköterskor. Hyrläkarkostnaderna är på en lägre nivå jämfört med föregående år.

En iakttagelse är att årets prognosticerade resultat för specialiserad somatisk vård sammantaget i det närmaste motsvarar föregående års avvikelse. Samtidigt har verksamheten under året tillförts 70 mnkr i en ombudgering.

7.4 Åtgärdsplan för ekonomi i balans

I delårsrapporterna redovisar medicinsk vård och kirurgisk vård respektive åtgärdsplan för ekonomi i balans och ekonomiska effekter 2015 och 2016. Respektive område har krav att reducera kostnaderna med 75 mnkr, d.v.s. tillsammans 150 mnkr.

7.4.1 Medicinsk vård

I delår 1 innehåller åtgärdsplanen två aktiviteter: neddragning av totalt 46 vårdplatser och minska antalet beredskapslinjer gällande dialys/njurmedicin från tre till en beredskapslinje. När det gäller neddragningen av beredskapslinjen så framgår inte någon ekonomisk effekt utan "utredning pågår". Vårdplatsneddragningarna har påbörjats och kostnadsminskningen bedöms till 10 mnkr 2015 och 65 mnkr 2016. Sammanlagt stängdes 26 vårdplatser på grund av brist på sjuksköterskor. Medicinkliniken Eksjö 16 platser, geriatriska rehabiliteringskliniken Värnamo 6 platser, medicinkliniken Ryhov 4 platser.

Vid delår 2 redovisas åtgärder/aktiviteter (se bilaga 1) som beräknas leda till kostnadsminskning med 5,4 mnkr 2015 och 37,9 mnkr 2016/2017. Det framgår också att verksamhetsområdet under året kommer att fastställa en besparingsplan på 75 mnkr. Besparingen ska genomföras under åren 2015 och 2016.

Av delårsrapport 2 framgår att inom verksamhetsområde medicinsk vård har en vårdplatsreducering skett med anledning av sjuksköterskebristen. Antalet disponibla vårdplatser under perioden har varierat men var vid periodens slut 36 vårdplatser färre än vid årsskiftet. För att göra en långsiktig planering av vårdplatser och organisation inom medicinklinikerna och de geriatriska klinikerna har medicinska programgrupperna för medicin och geriatrik fått ett gemensamt uppdrag att titta på framtida möjliga samarbetsområden, organisation och vårdplatsreducering. Geriatriska kliniken på Länssjukhuset Ryhov har dessutom ett uppdrag att tillsammans med ortopedkliniken titta på organisationstillhörighet för geriatrisk vårdenhets A, där patienter över 65 år med höftfrakturer och andra ortopediska åkommor i dag vårdas.

7.4.2 Kirurgisk vård

I delårsrapport 1 redovisas att respektive medicinsk programgrupp inom verksamhetsområdet arbetar med att ta fram verksamhetsplaner för att sänka kostnadsnivån med 75 miljoner kronor inför 2017. Kirurgisk vård behöver minska med 40 vårdplatser inklusive personal, arbeta med läkemedelskostnader och kostnader för medicinsk diagnostik samt lokaler. Hittills planerade vårdplatsreduceringar kommer dock inte att reducera kostnaderna i tillräcklig omfattning. Ytterligare åtgärder kommer därför att behövas. Verksamhetsområdet anger att de fortsätter att arbeta aktivt med verksamhetsplanerna för att realisera hela besparingen.

Åtgärdsplanen som presenterades i delårsrapport 1 innehöll aktiviteter som beräknades ge ekonomiska effekter motsvarande 4,5 mnkr 2015 och 27,3 mnkr 2016. Det framgick att samtliga medicinska programgrupper och kliniker inom verksamhetsområdet arbetar med att ta fram planer på förändringar som leder till lägre kostnader. Alla åtgärder är ännu inte beräknade i detalj. Verksamhetsområdet arbetar med en samlad bedömning av möjligheter att minska antalet vårdplatser baserad på beläggningsnivåer tertiär 1 2015. I bedömningen har hänsyn tagits till skillnader mellan angivet antal disponibla vårdplatser och det antal fastställda vårdplatser som kliniken har. Totalt sett bedöms att verksamhetsområdet kan minska 31 vårdplatser, bedömningen är gjord utifrån det antal fastställda platser som enheten har i relation till beläggningen. Alla minskningar ger dock inte ekonomisk effekt om det inte går att justera bemanningen.

I åtgärdsplanen i delårsrapport 2 görs bedömningen att det finns möjlighet att reducera antalet vårdplatser med 38 platser (se bilaga 1). Den ekonomiska effekten beräknas bli 9,1 mnkr fr.o.m. 2016. Övriga åtgärder som framgår av bilaga 1 bedöms reducera kostnaderna med 2,6 mnkr 2015 och 37,8 mnkr 2016. Hittills, enligt verksamhetsområdets egen bedömning, uppgår vårdplatsreduceringar och andra planerade besparingar till 50 miljoner kronor. Det leder dock inte till att kostnaderna reduceras i tillräcklig omfattning utifrån föreliggande helårsprognos. Ytterligare åtgärder kommer att behövas. Enligt delårsrapporten fortsätter verksamhetsområdet att arbeta aktivt med verksamhetsplanerna för att realisera hela besparingen.

7.4.3 Nämnden för folkhälsa och sjukvård och regionsstyrelsens uppföljning

Uppföljningen ekonomi och budget har under året redovisats för regionsstyrelsen och nämnden samt till RSAU. Nämnden har fått en redovisning vid varje sammanträde medan styrelsen har fått det under året. Återredovisningen till nämnden har varit mer omfattande jämfört med den som har gjorts till regionsstyrelsen.

En genomgång av protokollen 2015 från nämnden visar på att den inte vidtagit några åtgärder med anledning av den redovisning som gjorts av ekonomin och av åtgärdsplanen. Motsvarande bild framkommer av protokollet från regionsstyrelsen, d.v.s. att inga åtgärder har vidtagits med anledning av rapporteringen. Vid styrelsens sammanträde i mars framkom ett önskemål från en ledamot om uppföljning av åtgärdsplanen. Regionstyrelsen har dock inte heller agerat i förhållande till den rapportering som givits i samband med budgetuppföljningen.

I intervjuerna framkommer att nämnden har begärt en tydligare uppföljning av åtgärdsplanen, vad som har gjorts i förhållande till den beslutade planen och vilka effekter som uppnåtts.

7.4.4 Bedömning

Delårsrapporterna för medicinsk vård och kirurgisk vård indikerar att verksamheten i princip kommer att redovisa ett negativt resultat i nivå med föregående år. Kostnaderna har ännu inte på något avgörande sätt reducerats. En notering är att nettokostnaderna har ökat mer än indexuppräknningen och att kostnaderna för vissa läkemedel har haft en kraftig ökning samt att ersättningar för tillgänglighet och kvalitetsarbetet understiger budget. Den helt avgörande orsaken till det negativa resultatet är dock att verksamheten enligt upprättade budgetar har planerat för högre kostnader än vad utgiftsramen tillåter samtidigt som åtgärdsplanen hittills i mycket liten utsträckning har haft en kostnadspåverkande effekt. Verksamheten har förenklat uttryckt budgeterat samma kostnader som innan.

Trots att 70 mnkr har tillförts verksamheten under året så är det inte tillräckligt att reducera kostnaderna med 150 mnkr för att uppnå ett balanserat resultat. Dessutom är förväntningarna att kostnaderna ska reduceras med 200 mnkr i befintlig verksamhet och därigenom skapa ett utrymme för nya vårdformer för 50 mnkr. Vår bedömning är att implementeringen av åtgärdsplanen i verksamheten inte i tillräcklig grad tagit hänsyn till att åtgärder måste vidtas för att reducera kostnaderna med 200 mnkr.

Ett problem vid genomförandet av åtgärdsplanen och framförallt när det gäller att realisera kostnadsbesparingar är att arbetet med verksamhetsplanerna fortfarande pågår. Åtgärdsplanens tidplan vad gäller de besparingar som skulle uppnås 2014 och ska uppnås 2015 är inte i fas med vart arbetet med att realisera planen befinner sig i verksamheten. Genomförandet av åtgärdsplanen i verksamheten har påverkats (fördröjts) av den organisationsförändring som har gjorts inom hälso- och sjukvården. Det kan konstateras att den

kostnadspåverkande effekten av åtgärderna under 2015 bedöms i delårsrapport 2 till sammanlagt 8 mnkr.

Den rapportering som har gjorts av åtgärdsplanens genomförande lämnas på övergripande nivå. Kvaliteten på rapporteringen behöver dock höjas samtidigt som detaljeringsgraden bör öka. Det bör framgå vilka specifika aktiviteter som genomförts och planerats, vilken effekt på kostnaderna de haft eller förväntas ha, när de har genomförts eller kommer att genomföras, m.m. Beroende på åtgärd bör även tillkommande kostnader för nya vårdformer ingå i uppföljningen.

Under 2015 har inte nämnden och regionsstyrelsen agerat med anledning av de budgetavvikelser som framkommit inom verksamhetsområdena medicinsk vård och kirurgisk vård. Nämnden bör ha agerat utifrån ansvaret att tillse att verksamheten bedrivs inom de ramar som fullmäktige har fastställt. Nämnden har utifrån vår tolkning av gällande reglementen inte beslutsbefogenheter i förhållande till verksamheten men borde ha föreslagit regionsstyrelsen vad som behöver göras. Vidare har nämnden enligt vår bedömning inte utifrån reglementet någon skyldighet att följa upp åtgärdsplanen och föreslå åtgärder. Beslutet om åtgärdsplanen togs av den tidigare landstingsstyrelsen.

Regionstyrelsen har beslutat om budgeten och uppdraget till verksamhetsområdena och har ytterst ett ansvar för att fullmäktiges utgiftsramar hålls. Utifrån detta ansvar, är det vår bedömning att styrelsen har ett uttalat ansvar att agera då utgiftsramen för specialiserad somatisk vård inte kan hållas. Ytterligare åtgärder utöver den gällande åtgärdsplanen borde ha vidtagits. Anser styrelsen att det inte är möjligt att vidta åtgärder som leder till att utgiftsramen kan hållas borde frågan föras till regionfullmäktige.

Regionsstyrelsen har under året fått rapportering om åtgärdsplanens genomförande. Vid delårsrapport 1 var det uppenbart att den inte skulle ge de förväntade effekterna i enlighet med tidplanen. Styrelsen har dock inte agerat med anledning av rapporteringen som gjorts. Regionstyrelsen har ett ansvar för att säkerställa att det beslut som tagits om åtgärdsplan får den effekt som avsetts.

8 Svar på revisionsfrågorna

I detta avsnitt ges kortfattade svar på granskningens revisionsfrågor.

| Fråga | Svar |
|---|---|
| Har åtgärdsplanen baserats på väl underbyggda kalkyler för beräkning av möjliga kostnadsreduceringar? | Nej. Åtgärdsplanen utgår från en övergripande analys av hälso- och sjukvårdskonsumtionen i länet och kostnaderna för att producera den i jämförelse med andra landsting och regioner. Underliggande kalkyler som har beräknat besparingseffekterna bygger på schabloniserade uppskattningar. Risken för att besparingseffekterna har överskattats är sannolik. |
| Har Regionstyrelsen/Nämnden för folkhälsa och sjukvård en tillräcklig styrning av genomförandet av den beslutade åtgärdsplanen. | Nej. Åtgärdsplanen har inte implementerats på ett sådant sätt att förväntade effekter har uppnåtts i tid. De åtgärder och aktiviteter som behöver vidtas i verksamheten för att uppnå besparingseffekten har ännu inte till fullo identifierats. Uppföljningen av planen har gjorts men inte redovisats på ett sätt så att aktiviteter och faktiskt uppnådd kostnadsre- |

| Fråga | Svar |
|---|---|
| | <p>duktion blivit tillräckligt tydliga. Trots att besparingsmål inte har uppnåtts enligt planen har ingen dokumenterad analys gjorts som grund för revidering av planen. Av protokollen från 2015 framgår inte att nämnden eller styrelsen vidtagit några åtgärder med anledning av den uppföljning av planen som redovisats.</p> |
| <p>Är åtgärdsplanen implementerad i verksamheten?</p> | <p>Nej. Åtgärdsplanen har delvis implementerats i verksamheten. Planen är känd och uppdragen att identifiera, planera och beräkna de faktiska åtgärderna för att uppnå besparingsmålen har i huvudsak lämnats till de medicinska programgrupperna.</p> |
| <p>Har åtgärdsplanen brutits ned i aktiviteter med en tydlig ansvarsfördelning och tidplan?</p> | <p>Nej. Arbetet pågår fortfarande att utforma de verksamhetsplaner som ska säkerställa att åtgärdsplanens mål ska kunna uppnås.</p> |
| <p>Har de planerade åtgärderna vidtagits i enlighet med åtgärdsplanen?</p> | <p>Nej. Till viss del. Antalet vårdplatser har i viss utsträckning reducerats. Inte alltid till följd av planen i sig utan i vissa fall p.g.a. brist på sjuksköterskor. Olika aktiviteter pågår för att utveckla och effektivisera vården.</p> |
| <p>Har genomförandet av åtgärdsplanen regelbundet följts upp av styrelsen?</p> | <p>Ja i stor sett (se svar på fråga 2). Styrelsen har i samband med redovisningen av månadsuppföljningen fått en övergripande lägesredovisning i förhållande till åtgärdsplanen.</p> |
| <p>Har Regionstyrelsen/AU/Nämnden för folkhälsa och sjukvård analyserat orsakerna till varför inte planerade effekter av åtgärdsplanen hittills har uppnåtts?</p> | <p>Nej, det har inte framkommit att nämnden eller styrelsen hittills gjort sådana analyser.</p> |
| <p>Har åtgärdsplanen reviderats med anledning av att den ekonomiska obalansen i regionens hälso- och sjukvård har ökat under 2014?</p> | <p>Nej.</p> |

Bilaga 1 – Åtgärdsplaner

8.1 Åtgärdsplan medicinsk vård – delår 2

| Åtgärd/aktivitet (belopp i mnkr) | Ekonomiska effekter 2015 | Ekonomiska effekter 2016 - 2017 |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|
| Neddragning av vårdplatser (totalt 35 vårdplatser) | 5 | 31 |
| Flytt geriatriska mottagningen Nässjö till Eksjö | 0,4 | 6,4 |
| Flytt barnmottagning Gislaved till Värnamo | | 0,5 |
| Gemensam barnmottagning Höglandet | | |
| Gemensam barnmottagning Jönköping | | |
| Minska antalet beredskapslinjer i länet gällande dialys/njurmedicin från tre till en beredskapslinje | Utredning pågår | Utredning pågår |
| Arbete i länsövergripande tvärprofessionella processgrupper. Kliniska processer, FAKTA, organisation. | | |
| Summa mnkr | 5,4 | 37,9 |

8.2 Åtgärdsplan kirurgisk vård – delår 2

| Neddragningar Vpl | | | | | |
|----------------------|------------|-------------|------------|-------------|--|
| | 2015 | 2016 | 2017 | Totalt | Kommentar |
| Totalt | 23 | 15 | 0 | 38 | |
| KK | 10 | 3 | | 13 | 10 på KK VMO av teknisk karaktär |
| Ortoped | 13 | 6 | | 19 | 8 HGL 5 VMO, ca 6 JKP kopplat till samordning geriatrisk |
| Kirurg inkl urolog | | 6 | | 6 | 3 Kir och 3 Uro HGL |
| Neddragningar Mnkr | | | | | |
| | 2015 | 2016 | 2017 | Totalt | |
| Totalt | 0,0 | 9,1 | 0,0 | 9,1 | |
| KK | 0,0 | 0,0 | | 0,0 | |
| Ortoped | | 6,1 | | 6,1 | |
| Kirurg inkl urolog | | 3,0 | | 3,0 | |
| Neddragningar Mnkr | | | | | |
| | 2015 | 2016 | 2017 | Totalt | Kommentar |
| Totalt | 2,6 | 37,8 | 0,0 | 40,4 | |
| Hyra | | 0,6 | | 0,6 | Hyra mm KK mott Nässjö |
| Hyrläkare | 2,6 | 0,7 | | 3,3 | Ögon, KK och ÖNH |
| Biologiska läkemedel | | 20,0 | | 20,0 | Reumatologen (finansiering, byte av VO?) |
| Avastin | | 15,0 | | 15,0 | Kostnad då alla patienter har bytt, process ej klar |
| Lab och röntgen | | 1,5 | | 1,5 | Diverse åtgärder KK, Op/IVA, ÖNH och ortoped |