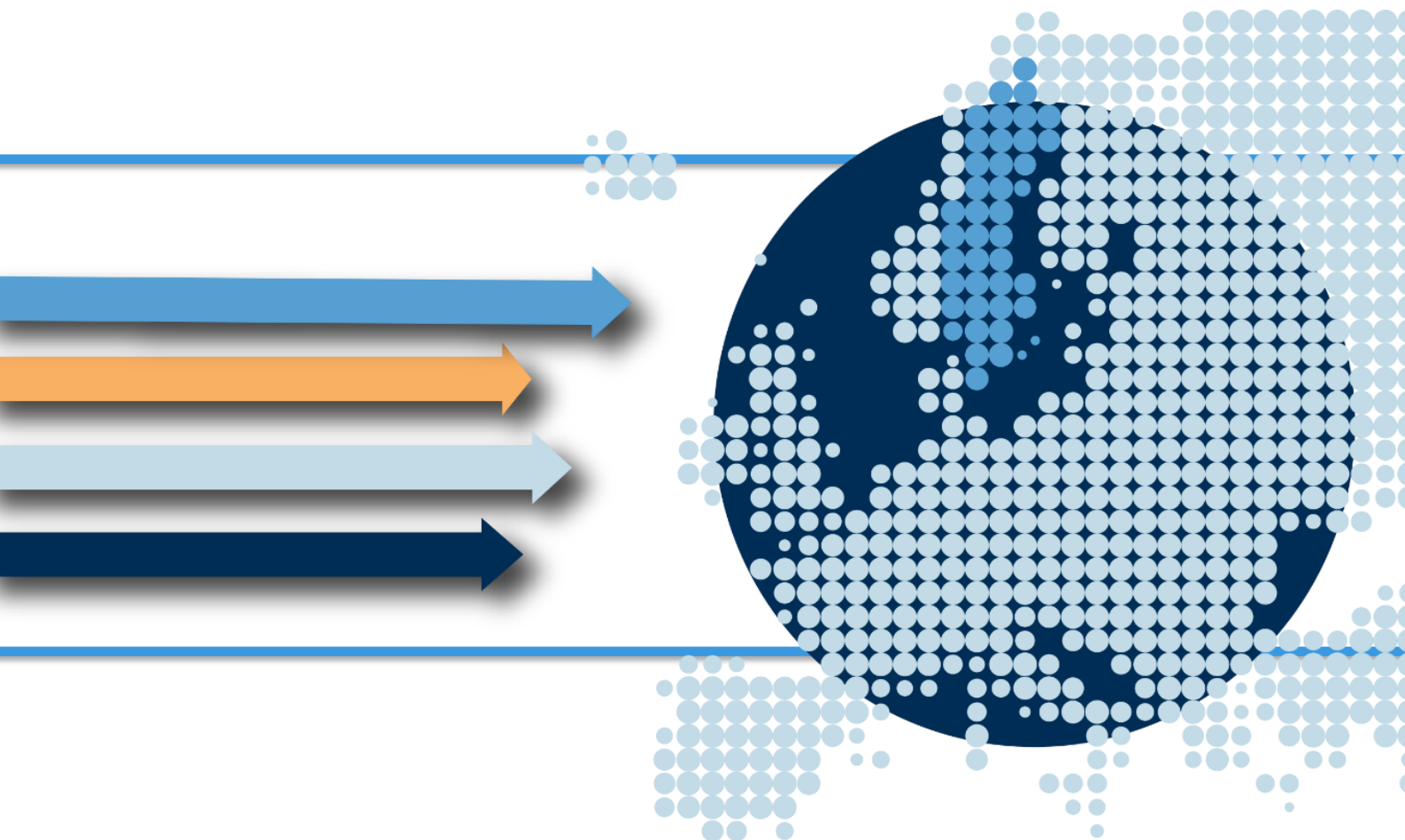


Budget och finansiering inom hälso- och sjukvården

– exempel från tre regioner



Katarina Gralén
Jenny Norlin
Ulf Persson



IHE Rapport
2022:1

BUDGET OCH FINANSIERING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN
– EXEMPEL FRÅN TRE REGIONER

Katarina Gralén
Jenny Norlin
Ulf Persson

IHE – Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Citera rapporten som:

Gralén K, Norlin J, Persson U. Budget och finansiering inom hälso- och sjukvården – exempel från tre regioner. IHE Rapport 2022:1, IHE: Lund.

Studien finansierades av Roche AB. Författarna ansvarar själva för analys, resultat och tolkning.

IHE RAPPORT 2022:1

e-ISSN: 1651-8179
ISSN: 1651-7598

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida.

Förord

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP har ökat från 5,5% 1970 till omkring 11% (innan covid-19 pandemin). Budgetering utgör ett viktigt och lagstadgat styrinstrument för regionerna. Den största delen av dessa kostnader administreras av Sveriges 21 regioner som har att hantera ökad efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster och en kostnadsbild som ökar samtidigt som skatteunderlaget inte ökar i samma takt. Styrningen av sjukvårdens resurser är därför en central fråga.

I denna studie beskriver författarna regionernas budgetarbete med fokus på hälso- och sjukvård, samt belyser vilka utmaningar och möjligheter som hälso- och sjukvården möter kring budget och finansiering.

Studien finansierades av Roche AB. Författarna ansvarar själva för analys, resultat och tolkning.

Vi vill rikta ett stort tack till intervjupersonerna i regionerna som trots pågående pandemihantering tagit sig tid att bidra till denna studie.

Lund, januari 2022

Peter Lindgren

Verkställande direktör, IHE

Sammanfattning

Sveriges 21 regioner ansvarar för att tillhandahålla bland annat hälso- och sjukvård, som till största del finansieras via skatt. En ökad kostnad och efterfrågan på vård har ökat trycket på regionerna, samtidigt som skatteunderlaget inte håller samma takt. Dessutom tillkommer nya innovationer och teknologier som ibland sätter andra krav på finansiering och implementering. Detta tillsammans innebär stora utmaningar för regionerna, samtidigt som de ska uppfylla kravet på en budget i balans. Styrning av resurser och omprioritering är därför frågor som återkommande diskuteras, och i ljuset av pandemin har det ytterligare aktualiserats.

Syftet med denna studie var att beskriva regionernas budgetprocess för hälso- och sjukvården, samt att belysa utmaningar samt lösningar kring budget och finansiering inom hälso- och sjukvården. Studien genomfördes som en kombination av dokumentgranskning och intervjuer med regionrepresentanter i de tre största regionerna i Sverige.

Genomgången visar att budgetsystemen är komplexa och att processen ofta sker stegvis med olika aktörer och nivåer. Utformningen av budgetprocessen och dess styrdokument påverkar förutsättningarna för en god ekonomisk hushållning och transparens. Ett exempel är att regionernas budgetar har ettårsperspektiv vilket skapar utmaningar eftersom större förändringar ofta kräver längre tidsperspektiv. I granskningen framkom från både revisionsdokument och intervjuer att budgetens storlek till stor del baseras på föregående års budget och räknas upp med index, vilket inte nödvändigtvis speglar kostnadsutvecklingen framåt. Studien fann också att det var vanligare att nya åtgärder skulle prioriteras och införas än att gamla skulle prioriteras ned och fasas ut.

Trots svåra utmaningar inom hälso- och sjukvård visar studien att vården trots allt hittar sätt att hantera dessa utifrån de förutsättningar som finns. Ett exempel på en preventiv åtgärd var att sjukhusen kan hålla inne medel i början på året som en buffert, för att sedan kunna fördela dessa när nya utgifter uppstår till följd av ändrade förutsättningar. I andra fall resulterade utmaningarna i att områden gick med underskott vilket krävde åtgärdsplaner, eller att man fick göra en generell neddragning genom den så kallade osthyvel-principen. En viktig väg att försöka möta utmaningarna är effektivisering. Där det dock är viktigt att titta på verksamhetens behov för att identifiera åtgärder som kan åstadkomma effektivisering för systemet i sin helhet. Utan ett helhetsperspektiv kan resultatet bli ett stuprörstänk där man genomför en åtgärd inom ett område utan att tänka på om det får negativa följder inom andra områden. En väg till effektivisering som nämndes i flera sammanhang i studien var digitalisering, men det betonades att värdet uppstår först om det är till nytta för vården i praktiken. Slutligen lyftes även vikten av att dela erfarenheter och kunskap mellan kollegor och mellan sjukhus. Genom samarbete med varandra kan organisationer lära av varandra och dra nytta av varandras kunskap.

Studien visar att vården hittar innovativa sätt och konkreta åtgärder för att hantera budget och finansiering av nya utgifter. Trots detta är det viktigt att regionerna och vårdens olika aktörer och nivåer i nära dialog utvecklar budgetprocesserna för att underlätta och stötta upp vårdens arbete så att det blir långsiktigt hållbart för alla parter.

Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning	3
1. Inledning	8
1.1 Syfte.....	9
1.2 Disposition	10
1.3 Metod och material	11
2. Regionernas budgetprocess.....	12
3. Utmaningar med budget och finansiering	13
3.1 En komplex budgetprocess	13
3.2 Budgetens ettårsperspektiv och stuprör	15
3.3 Kostnadsutveckling och uppräknings.....	15
3.4 Otydliga prioriteringar, underlag och åtgärdsplaner	17
3.5 Kostnader som är svåra att påverka	19
4. Möjligheter och lösningar inom budget och finansiering	21
4.1 Hålla inne medel	21
4.2 Ökat tillskott för läkemedel	21
4.3 Underskott och avskrivningar	22
4.4 Omprioriteringar och besparing.....	22
4.5 Effektivisering	23
5. Avslutande reflektioner.....	26
Källförteckning	29
Bilagor B1-B7	36
B1 Intervjuguide.....	37
B2 Utgifter för hälso- och sjukvård i Sverige	38
2.1 Offentliga sektorns utgifter per verksamhetsområde.....	38
2.2 Hälso- och sjukvårdens utgifter.....	38
B3 Regionernas styrning och budget	41
3.1 Regionernas styrning och organisation.....	41
3.2 Budgetprocessen.....	42
3.3 Uppräknings av budget	42
3.4 Regionernas kostnader per område.....	43
3.5 Regionernas finansiering	44
3.5.1 Generella statsbidrag.....	45
3.5.2 Statsbidrag för läkemedelsförmånerna.....	45
3.5.3 Riktade statsbidrag inom området vård och omsorg.....	46
B4 Kunskapsstyrning	47
4.1 Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård	47

4.1.1 Programområden och samverkansgrupper.....	47
4.1.2 Nationellt ordnat införande av läkemedel.....	48
4.2 Stöd för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.....	50
4.2.1 De tre principerna i den etiska plattformen.....	50
4.2.2 Den nationella modellen för öppna prioriteringar.....	50
B5 Region Stockholm	52
5.1 Organisation	52
5.2 Region Stockholms budget 2020.....	53
5.3 Hälso- och sjukvården	54
5.3.1 Ersättningsmodell för sjukhusen.....	54
5.3.2 Kostnadsansvar för läkemedel	54
5.3.3 Mål för hälso- och sjukvården 2020	55
5.3.4 Budget 2020 för hälso- och sjukvården	55
5.3.5 Årsredovisning 2019.....	56
5.4 Granskning av hälso- och sjukvårdens kostnader.....	56
B6 Västra Götalandsregionen.....	58
6.1 Organisation	58
6.2 Västra Götalandsregionens budget 2020.....	59
6.3 Hälso- och sjukvården	60
6.3.1 Ersättningsmodell	60
6.3.2 Kostnadsansvar för läkemedel	60
6.3.3. Prioriterade områden.....	60
6.3.4 Budget 2020 för hälso- och sjukvården	61
6.3.5 Sahlgrenska Universitetssjukhuset.....	62
6.3.6 Årsredovisning 2019.....	63
6.3.7 Ordnat införande och introduktionsfinansiering av läkemedel och medicinska metoder	63
6.4 Granskning av Västra Götalandsregionen	66
6.4.1 Granskning av vårdöverenskommelsen	66
6.4.2 Granskning av ekonomiska obalanser inom hälso- och sjukvården	66
B7 Region Skåne.....	68
7.1 Organisation	68
7.2 Region Skånes budget 2020	69
7.3 Hälso- och sjukvården	70
7.3.1 Ersättningsmodell för sjukhusvård.....	70
7.3.2 Kostnadsansvar för läkemedel	70
7.3.3 Prioriterade områden för hälso- och sjukvården 2020	71
7.3.4 Budget 2020 för hälso- och sjukvården	72

7.3.5 Sjukhusstyrelse Sus.....	73
7.3.6 Årsredovisning 2019.....	74
7.3.7 Läkemedelskostnader 2019.....	74
7.4 Granskningar av Region Skåne	76
7.4.1 Granskning av budgetprocessen.....	76
7.4.2 Granskning av läkemedel.....	76

1. Inledning

Sveriges regioner ansvarar för bland annat hälso- och sjukvård, som till största del finansieras via skatt. Vårdbehovet har ökat till följd av att befolkningsantalet har ökat och att vi lever längre, men också genom att en större andel patienter överlever svåra sjukdomar när det finns fler och nya behandlingsmöjligheter inom både läkemedel och medicinteknik. Samtidigt stiger kostnaderna inom hälso- och sjukvårdssektorn, vilket delvis kan förklaras av den så kallade Baumoleffekten.¹(1) Situation kompliceras ytterligare av att skatteintäkterna inte håller samma ökningstakt vilket har bidragit till att flera av Sveriges regioner haft svårt att klara att hålla en budget i balans på hälso- och sjukvårdsområdet. År 2019 klarade endast två av 21 regioner, Halland och Jönköping, sin vårdbudget.(2) Pandemin har dock medfört att regionernas ekonomi för år 2020 och även åren 2021 och 2022 ser positiv ut, bland annat till följd av statsbidrag till följd av pandemin. De långsiktiga utmaningarna kvarstår dock med behov av effektiviseringar för att klara det ökade vårdbehovet, investeringar och god ekonomisk hushållning, och därmed ett prognosticerat underskott för regionerna år 2023.(3) Revisionsgranskningar från regionerna har visat att regionernas budgetarbete är komplicerat, komplext och icke-transparent, vilket i sin tur kan försämra förutsättningarna för att uppnå en god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. (4-7)

Offentliga verksamheter ska enligt lag använda sig av budgetering. Budgetering är ett viktigt styrinstrument² som används för att påverka och styra verksamheters inriktning och omfattning. Genom ökad kunskap om budgetprocessen och dess aktörer kan det skapas en större förståelse för offentlig sektors möjligheter och utmaningar. För att hantera ett ökat behov med en bibehållen budget i balans krävs olika åtgärder, till exempel effektivisering av verksamhet, besparing och/eller prioriteringar inom och mellan verksamheter.

Innovationer och nya teknologier ger nya möjligheter att vårda och ibland bota, och utvecklingen inom läkemedel och medicinteknik innebär att hälso- och sjukvården får fler behandlingsmöjligheter. Exempelvis ger immunterapi CAR-T nya behandlingsmöjligheter för cancerpatienter som tidigare saknat andra verksamma behandlingsalternativ.(8) Ett annat intressant område är precisionsmedicin som kan beskrivas som ”diagnostiska metoder och terapi för individanpassad utredning, prevention och behandling av sjukdom, applicerade på individnivå eller på delar av befolkningen.” Genom

¹ Baumoleffekten kan bidra till att förklara produktivetsproblem och löneutveckling inom tjänsteintensiva sektorer som hälso- och sjukvårds- och kultursektorn. Dessa sektorer är personalintensiva vilket medför att det är svårt att substituera arbete mot kapital med bibehållen kvalitet. Lönekostnader inom tjänsteintensiva sektorer som hälso- och sjukvård behöver följa löneutvecklingen i andra sektorer för att behålla arbetskraft. Det går däremot inte att effektivisera tjänsteproduktion på samma sätt som industriproduktion, det vill säga en maskin kan effektiviseras och producera fler och fler produkter per timme, medan en läkare inte kan öka antalet behandlade patienter per timme över en viss nivå. Om läkarens löneutveckling då ska följa övriga sektorer löneutveckling samtidigt som läkaren behandlar samma antal patienter så innebär det strikt sett att effektiviteten minskar. Det medför hälso- och sjukvårdssektorns kostnader kommer att fortsätta öka, även om nivån på vårdproduktionen är konstant.

² En annan typ av styrinstrument är regelstyrning, det vill säga lagstiftning.

genetisk testning kan man således skräddarsy behandlingen för varje patient. I den nationella life science strategin som antogs år 2019 skrivs att Sverige ska vara ett föregångsland för införandet av precisionsmedicin i vården. (9)

Innovationer har också bidragit till att vissa typer av operationer, som tidigare krävde slutenvårdskirurgi, numera kan genomföras som dagkirurgi och därför innebär mindre resurser per ingrepp. Ett annat exempel på innovativ teknik är kateterburen klaffimplantation (TAVI).³ I stället för ett traditionellt kirurgiskt ingrepp sker implantationen via kateter i lumsken, vilket innebär ett mindre omfattande ingrepp där patienten även kan slippa att bli sövd och kan återhämta sig snabbare. (10) En annan typ av innovation är digitala vårdbesök som också är mindre resurskrävande per enhet än ett fysiskt besök.

En ny innovativ behandlingsmetod som kräver mindre resurser än tidigare metod på samma område medför att *kostnad per enhet* sjunker och att *priset per enhet* kan sänkas. De totala kostnaderna påverkas i sin tur av *volym*, där en konstant volym och ett lägre pris kan leda till besparingar. Däremot om priset blir väldigt lågt kan efterfrågan öka så mycket att kostnaderna ökar till följd av ökade volymer. En behandlingsmetod som är helt ny och saknar motsvarighet inom området sedan tidigare skapar en ny efterfrågan som inte kunde mötas tidigare, och därmed nya kostnader och utgifter.

När efterfrågan blir större än utbudet och hälso- och sjukvården samtidigt har en begränsad budget krävs att politiker och vårdgivare prioriterar vilken vård som ska ges när och till vem. I en studie av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys beskrivs att regionernas arbete med prioritering och styrning av resurser tycks svårt att omsätta i praktiken, och att regionernas övergripande resursfördelning mellan sjukdomsområden till största del baseras på tidigare års fördelning.(11) Prioritering mellan åtgärder är viktigt för att kunna ha en ekonomi i balans, eftersom om man fortsätter införa nya prioriterade åtgärder utan att samtidigt fasa ut andra mindre prioriterade åtgärder så kommer budgeten kontinuerligt att öka.

1.1 Syfte

Syftet med denna studie är dels att beskriva regionernas budgetarbete med fokus på hälso- och sjukvård, dels belysa vilka utmaningar och möjligheter som hälso- och sjukvården möter kring budget och finansiering. Utöver en allmän bild på nationell nivå så beskrivs de tre största regionerna i Sverige: Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Granskningen utgår från budgetdokument som

³ Transcatheter Aortic Valve Implantation, TAVI

fanns tillgängliga i början av 2020.⁴ Detta omfattar budgetförslagen för år 2020, men ej eventuella ändrings- och tilläggsbudgetar till följd av pandemin.

De tre huvudfrågorna är:

- Hur ser budgetprocessen för hälso- och sjukvård ut i regionerna?
- Vilka är utmaningarna kring budget och finansiering inom hälso- och sjukvård?
- Vilka är möjligheterna och lösningarna kring budget och finansiering inom hälso- och sjukvård?

Området budget och finansiering inom hälso- och sjukvård är stort och komplext eftersom den samverkar och påverkas av många faktorer, bland annat att Sverige har 21 regioner som alla har sina egna processer och rutiner. Det finns en omfattande mängd studier och dokument på området. Denna studie belyser den sjukhusbaserade somatiska vården de tre regionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne, med fokus på ett akutsjukhus per region (Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus). Rapportens fokus är att beskriva utmaningar och lösningar kopplade till budget- och finansieringsprocessen, och i bakgrunden återges vissa budgetsiffror för att beskriva situationen i stora drag.

1.2 Disposition

Rapporten tar upp utmaningar samt möjligheter och lösningar kring budgetering och finansiering inom hälso- och sjukvården. I första delen beskrivs översiktligt regionernas budgetprocess. Andra delen beskriver de utmaningar som representanter på olika nivåer i regionerna möter kring budgetering och finansiering, och den tredje delen tar upp exempel på olika möjligheter och lösningar som har beskrivits i regionerna för att hitta finansiering för ökade utgifter. Därefter presenteras reflektioner kring utmaningar, möjligheter och lösningar.

I bilagorna finns ett mer omfattande material som beskriver regionernas övergripande arbete avseende budget, kunskapsstyrning och nationellt stöd för prioritering. I bilagorna presenteras även budgetarbetet i Region Stockholm, Region Västra Götaland och Region Skåne med exempel för budgetförslaget för år 2020 avseende Regionfullmäktige, Hälso- och sjukvårdsnämnden och ett akutsjukhus per region.

⁴ Revisionsgranskningar återges så som de beskrevs i dokumenten vid den tidpunkt som granskningarna genomfördes. Regionerna kan ha följt upp och vidtagit åtgärder efter revisionsgranskningen, men inom ramen för detta projekt har det inte varit möjligt att följa upp.

1.3 Metod och material

I denna studie har använts en kombination av dokumentgranskning och intervjuer. Dokumentstudierna har omfattat budget och verksamhetsplanering, riktlinjer för budgetprocessen och ett urval revisionsgranskningar av relevanta frågor. Dokument och underlag har sökts på regioners, myndigheters och Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) hemsidor. För att beskriva utgifterna på nationell nivå har främst data och rapporter från Statistiska centralbyrån (SCB), OECD och SKR använts.

Tre personer från var och en av de tre regionerna har intervjuats. Personerna arbetar med budget och prioritering i sin vardag, och har valts ut för att kunna belysa olika perspektiv och representera olika nivåer: en person i central position vid sjukhuset, verksamhetschef vid sjukhuset samt regionpolitiker som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor. Personerna kontaktades per mail där studien och dess syfte beskrevs och de tillfrågades om att delta i en telefonintervju på 45-60 minuter. Intervjun var semi-strukturerad med fem breda frågor kring prioritering och finansiering som informanterna fick resonera kring, bilaga 1. Rapportens bakgrund kring övergripande frågeställningar påbörjades under våren 2020. Eftersom pandemin samtidigt tog fart och satte stor press på hälso- och sjukvårdssektorn, så fick intervjuerna pausas och genomfördes i stället framför allt under hösten 2020. Två intervjuer genomfördes våren 2021, vilka kortades ned till 30 minuter och innebar även att frågorna justerades och gjordes färre.

En svårighet i arbetet har varit att mängden budgetdokument som finns på regionernas hemsida är mycket omfattande. Struktur och tillgång varierar mellan regionerna, och ofta finns flera versioner av samma dokument vilket kan innebära att de anger något olika budgetsiffror. I något fall har det mest aktuella dokumentet med beslut inte gjorts tillgängligt. Dessutom presenteras informationen på olika sätt och har olika detaljeringsgrad, vilket innebär att eventuella skillnader mellan regioner ska tolkas med försiktighet.

2. Regionernas budgetprocess

Budgetprocessen är central för att fördela resurser till verksamheterna. Kommunallagen (2017:725) reglerar att offentliga verksamheter ska använda sig av budgetering som ett styrinstrument (12). I lagen framgår att förslag till budget upprättas av *styrelsen* före oktober månads utgång och att budgeten ska fastställas av *fullmäktige* före november månads utgång. Under fullmäktige och styrelse finns ett system av olika *nämnder*, till exempel Hälso- och sjukvårdsnämnden, vilka ansvarar för den löpande verksamheten, förbereder ärenden och genomför beslut som fattas i regionfullmäktige. Parallellt till dessa finns ett tillhörande förvaltningsorgan. Regionstyrelsen har enligt Kommunallagen (6 kap) ett ansvar för att leda och samordna förvaltning av regionens angelägenheter, bland annat den ekonomiska och se till att det bedrivs ändamålsenligt och effektivt. Den ska också ha uppsikt över övriga nämnder och styrelser. En mer utförlig beskrivning av regioner och budgetprocess återfinns i bilagan.

I praktiken börjar budgetarbetet tidigt på våren året innan med planering och ekonomiska utgångspunkter, även om processerna kan skilja sig åt mellan regioner. Det sker kontakter med direktörer och förvaltningschefer där det lyfts större behov, utmaningar och prioriteringar. Tidpunkten för regionfullmäktiges budgetbeslut kan skilja sig åt mellan regionerna: I Västra Götalandsregionen (13) och i Region Skåne (14) tas budgetbeslut normalt i juni, medan i Stockholm tas det i november (15). Därefter är det dags för nämnder och styrelser att ta beslut om internbudget och verksamhetsplan, i bilagan finns mer information om regionernas budgetprocesser. Ett tidigt budgetbeslut ger större möjlighet för verksamheterna att planera, medan ett senare beslut kan ge mer korrekta prognoser eftersom fler förutsättningar är kända.

Budgetfördelningen sker stegvis: från Regionfullmäktiges beslut på mer aggregerade nivå som fördelas per nämnd, till Hälso- och sjukvårdsnämndens fördelning per sjukhus, primärvård etc., till respektive sjukhus interna fördelning först på verksamhetsområden och sedan på enheter. (11, 16)

3. Utmaningar med budget och finansiering

3.1 En komplex budgetprocess

Budgetprocessen regleras på ett övergripande plan genom Kommunallagen, sedan kan budgetarbetet skilja sig åt mellan de 21 regionerna. Hur budgetprocess, budgetarbete och styrdokument utformas påverkar förutsättningarna för en god ekonomisk hushållning och en budget i balans. Det kan handla om hur och när beredning, beslut och förankring sker i verksamhetens olika delar, samt hur konkret och systematiskt det är utformat.

I revisionsgranskningar för de tre undersökta regionerna framkommer att det finns brister i budgetprocess och budgetstyrning. I Region Stockholm och Skåne har revisorer granskat budgetstyrning och budgetprocess, som konstaterat att de inte fungerar tillräckligt väl för sitt syfte.(5, 7) Även Region Västra Götaland har haft revisionsgranskning kring budgeten, då med fokus på Regionstyrelsens åtgärder för ekonomiska obalanser inom hälso- och sjukvården.(6)

Revisorernas samlade bedömning av styrdokument kring långsiktig ekonomisk styrning i Region Stockholm är att dokumenten inte ger tillräckligt stöd för att budgetprocessen ska kunna leda till en god ekonomisk hushållning.(5) En aspekt som lyfts fram är att det i styrdokumenterna inte finns tydliga kopplingar och preciseringar mellan hållbar kostnadsutveckling eller effektiviserad verksamhet och en ekonomi i balans. Revisionen föreslår att budgetprocessen behöver göras tydligare kring bland annat hur budgetunderlagen ska ställas samman och beredas med syfte att göra budgetprocessen mer transparent och kvalitetssäkrad. Eftersom nya form av avtal med akutsjukhusen infördes 2020 så kan det påverka hur det ser ut framöver.

Revisionens bedömning för Region Skåne är att regionens budgetprocess inte är ändamålsenlig och effektiv, och att *”det saknas ett dokumenterat, systematiskt och enhetligt arbetssätt”*.(7) Det minskar i sin tur möjligheten att nå en ekonomi i balans. Det framgår bland annat att regionstyrelsen och dess arbetsutskott inte begärt yttranden från alla nämnder och styrelser, utan låtit mycket ansvar ligga på Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). HSN hade sedan i sitt yttrande till Regionstyrelsen inte tagit hänsyn till de yttranden som lämnats från övriga hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhusstyrelserna. Revisionen konstaterar också att mallen som Regionstyrelsen tagit fram för att nämnderna ska lämna yttrande på budgeten har reviderats inför år 2020. Förändringen innebar att fokus flyttats från ekonomiska perspektiv till verksamhetsmål och utmaningar. Orsaken till förändringen uppgavs vara att yttranden för tidigare år uppfattades mer som önskelistor och äskanden om mer medel, utan att kompletteras med lösningar inom befintlig budget. Det beskrivs vidare att i de intervjuer som revisorerna genomförde visats både *”frustration och förvåning”* när man inte bitt om det ekonomiska perspektivet i yttrandena. Revisorerna *”ser det som angeläget att mallen för*

yttrande även efterfrågar ekonomiska perspektiv” och att det bidrar till att regionstyrelsen får ändamålsenliga underlag i budgetarbetet.

Västra Götalandsregionens granskning om Regionstyrelsen åtgärder för att hantera ekonomiska obalanser i hälso- och sjukvården påvisar att den styrmiljö som sjukhusen verkar i är ”*alltför komplex, instabil och otydlig*”. Det innebär att det blir svårare för sjukhusstyrelserna att styra verksamheterna. I rapporten beskrivs att ”*styrmodellen inom hälso- och sjukvården har lappats och lagats i så stor utsträckning att det idag kan ifrågasättas om regionen har någon tydlig styrmodell efter alla justeringar.*” (6)

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys beskriver i sin studie om prioriteringar (11) att dialoger mellan regionerna och verksamhets- och klinikchefer mer tycks handla om akuta frågor, men mer sällan dialoger för att identifiera behov av förändringar i resursfördelning på längre sikt. Myndigheten konstaterar samtidigt att det finns vissa formaliserade processer för att rangordna förslag från verksamheterna. Vård- och omsorgsanalys ser i sin analys få konkreta och öppet redovisade exempel på att regionernas budgetar grundas i systematiska analyser av hälso- och sjukvårdsbehov.

Ett intryck vi får är att dialogerna ofta handlar om akuta frågor som budgetunderskott, svårigheter att hitta personal och höga kostnader för hyrpersonal. (Vård- och omsorgsanalys (11))

I intervjuerna för vår studie lyfts budgetprocessen fram, och det beskrivs att prognosarbetet är centralt, men också svårt. I intervju med en verksamhetschef poängteras vikten av att prognoserna kommer i god tid för att möjliggöra en god planering av verksamheten. Sex månader beskrivs vara ett minimum för att kunna göra neddragningar, omplaceringar eller rekryteringar. Samtidigt förtydligas att man baserat på tidiga signaler ofta kan dra vissa slutsatser även om själva siffran kommer relativt sent.

I intervjuer med sjukhusen framkommer att fördelningen av medel sker i flera olika steg mellan nivåerna inom regionernas organisationer. Hälso- och sjukvårdsnämnden fördelar ner till vårdgivaren, exempelvis sjukhusnivå, som i sin tur fördelar vidare på teman eller verksamhetsområden, som i sin tur fördelar på enheter. I två av intervjuerna med verksamhetschefer beskriver de hur en ”klumpsumma” kommer till verksamhetsområdet/temat och filtreras vidare ner på nästa nivå, där chefen på respektive nivå tillsammans med sin ledning och/eller controller bestämmer hur man fördelar det ned.

Liknande stegvisa förfarande för att fördela resurser inom regionerna beskrivs av Vård- och omsorgsanalys i deras rapport om prioriteringar. I rapporten konstaterar myndigheten att fördelningen till specifika verksamheter överläts från regionpolitiker till förvaltningens tjänstemän.(11)

3.2 Budgetens ettårsperspektiv och stuprör

Regionernas budget har ett ettårsperspektiv, då de enligt Kommunallagen varje år ska upprätta en budget för nästkommande kalenderår. Budgeten ska dock också innehålla en plan för ekonomin för en period på totalt tre år. En tidsram på ett år kombinerat med kravet på god ekonomisk hushållning kan bidra kring vissa svårigheter, som dock måste hanteras då kravet är lagstadgat. Även Vård- och omsorgsanalys konstaterar att det är mycket svårt att göra större förändringar i en budget på ett års sikt, eftersom det försvårar möjligheten att göra större omprioriteringar. De föreslår i stället små årliga förändringar som på sikt ger mer konkreta resultat.

I denna studie problematiserade två av personerna vid sjukhusen kring ettårsperspektivet, och det beskrivs som att man tappar det långsiktiga perspektivet och att en långsiktig verksamhet som sjukhus inte kan styras med kortsiktiga incitament. Det beskrevs vidare att när det finns underskott i verksamheten så är det inte lämpligt att kräva en ekonomi i balans på ett år.

En annan försvårande omständighet är att budgetens olika delar ibland fungerar som separata stuprör. Ett exempel som nämndes i en intervju gällde skillnaden mellan investeringsbudget för ex. IT-system och personalkostnader på klinikerna. Eftersom det är olika budgetar och olika typer av kostnader så kan det ibland vara svårt att genomföra investeringar på ett område, om kostnadsbesparingen hamnar på ett annat område och har en annan budget även om besparingen överstiger kostnaden. Utöver att det är separata budgetområden så kan investeringen ofta vara en engångskostnad, medan kostnadsbesparingen faller ut under flera år. Ett konkret exempel som nämndes i en intervju var att det kan vara lättare för ett sjukhus att överkompensera med personal för en dålig administrativ rutin som kräver dubbelregistrering av uppgifter, än att köpa in ett nytt system som löser det och därigenom frigör tusen sjukskötersketimmar. Orsaken till detta är att IT-lösningar tas från en annan del av budgeten än sjuksköterskornas timmar på klinik, och förändringen blir därför svårare att motivera.

Genom att hantera olika resurser och/eller olika delar inom hälso- och sjukvården separat och isolerat i stuprör så försämras möjligheterna för en effektiv vård och en effektiv mix av dess delar och insatsfaktorer. (17, 18)

3.3 Kostnadsutveckling och uppräknig

En utmaning som nämns i flera intervjuer är att budgetens storlek i praktiken till stor del baseras på föregående års budget och sedan uppräknat med ett index, och att dessa uppräknigar dessutom inte speglar den verkliga kostnadsutvecklingen. Även Vård- och omsorgsanalys beskriver i sin rapport kring prioriteringar att regionernas övergripande resursfördelning mellan olika sjukdomsområden till största del baseras på hur det såg ut tidigare år.(11)

I en revisionsgranskning av Regions Skånes budgetprocess (7) konstaterar revisionen att regionstyrelsen inte tagit tillräcklig hänsyn till de ekonomiska förutsättningarna och riskerna för budgeten 2020, exempelvis genom att ta hänsyn till tidigare års underskott och verkliga kostnadsutveckling. Vidare beskrivs att det var en stor förändring mellan de budgetanvisningar som beslutades av regionstyrelsen i början på budgetprocessen (februari 2019) och det förslag till budget för 2020 och verksamhetsplan 2021–2022 som beslutades i juni år 2019, se Tabell 1. För hälso- och sjukvården minskade uppräkningsgraden från 4,2% i budgetanvisningen till 1,0% i budgetbeslutet.

Revisorerna skrev att det fanns en risk att mönstret med underskott upprepas och att hälso- och sjukvården inte skulle klara en ekonomi i balans 2020.

Tabell 1. Budgetförändringar Region Skåne 2020

	Enligt budgetanvisningarna i februari	Regionfullmäktiges beslut i juni
Uppräkning sjukvård	2,8%	2,5%
Uppräkning övriga	3,3%	3,0%
Demografiuppräkning	1,4%	0,0%
Medicinteknisk uppräkning	1,0%	0,5%
Effektiviseringskrav	1,0%	2,0%
Hälso- och sjukvård	4,2%	1,0%
Övrig verksamhet	4,7%	1,5%

I Västra Götalandsregionens revisionsgranskning kan man läsa att sjukhusen i sina detaljbudgetar själva beskriver att ett av problemen för budgetarbetet är låg indexuppräkning jämfört med beräknade löne- och prisökningar. (6)

Om budgeten till stor del baseras på tidigare år och/eller om uppräkningsgraden inte speglar verklig kostnadsutveckling är så försvåras möjligheten till en budget i balans. Verklig kostnadsutveckling påverkas av flera faktorer, och både i dokumentgranskningen och intervjuer nämns exempelvis att nationella riktlinjer ofta innebär ökade kostnader till följd av ändrade rekommendationer kring typ eller antal behandlingar och/eller undersökningar. Även Vård- och omsorgsanalys (11) beskriver att nationella riktlinjer leder till ökade behov inom hälso- och sjukvården. Kostnader till följd av nya nationella riktlinjer är svårt att påverka för vården eftersom det kommer som en extern påverkan, där nationella riktlinjer ska ses som stöd vid prioriteringar och som ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. För att inte behöva öka budgeten krävs dock att vården samtidigt fasar ut andra åtgärder med motsvarande kostnad.

Ett område som lyftes fram av flera intervjupersoner vid sjukhusen var läkemedelsområdet, där indexuppräkningsgraden ställer till svårigheter. En budgetförändring baserad på en indexuppräkning tar nämligen inte hänsyn till de nya, dyra läkemedel som införs. I en av intervjuerna beskrivs att inom vissa sjukdomsområden vet man att läkemedelskostnaderna de senaste åren ökat betydligt, uppemot 10-15

procent. Det innebär att när indexuppräknningen för läkemedel är lägre så innebär det en underfinansiering.

Revisionsgranskningen år 2019 av Region Skånes läkemedelshantering (19) beskriver också att det framkommit att läkemedelskostnader för rekvisitionsläkemedel räknats upp med prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK), vilka upplevs ha stora skillnader i ökningstakt. Revisionsgranskningen beskriver också att det i en enkät till verksamhetschefer framkommit att 68 procent angett att läkemedelsbudget var för liten för att täcka verksamhetens läkemedelskostnader, medan 32 procent ansett att den täckte behoven. Samtidigt hade en knapp majoritet av verksamhetschefer (56 procent) svarat att de inte kan påverka läkemedelsbudgeten.

En annan viktig faktor som nämndes i en intervju var att fler och bättre behandlingsmöjligheter, både läkemedel och metoder, ökar sannolikheten för att patienter överlever sin sjukdom och/eller lever längre med sin sjukdom samtidigt som patienternas behandling fortsätter, ibland livet ut. Det innebär att antalet patienter som står på läkemedel, framför allt när det gäller cancerläkemedel, ökar över tid eftersom fler överlever, i stället för att vara konstant.

Intervjupersonerna beskriver att denna skillnad mellan verklighet och teori leder till ett gap på områden där kostnadsökningen är större än indexuppräknningen, där sjukhusen själva måste hantera denna diskrepans och prioritera mellan olika områden. Om ett sjukhus i princip får samma budgettilldelning samtidigt som vissa sjukdomsområden har ökade kostnader, så innebär det att andra områden måste tilldelas mindre budget. I några intervjuer efterfrågades vägledning vilka områden och/eller åtgärder som ska prioriteras ned för att klara en budget i balans.

3.4 Otydliga prioriteringar, underlag och åtgärdsplaner

Fler behandlingsmöjligheter, större utbud av både läkemedel och medicinteknik samt välinformerade patienter innebär att efterfrågan på hälso- och sjukvården ökar. Samtidiga krav på god tillgänglighet kan ytterligare driva efterfrågan på vård. Om efterfrågan överstiger utbudet krävs tydliga prioriteringar mellan åtgärder eftersom ett kontinuerligt införande av nya effektiva åtgärder utan samtidig utfasning av andra mindre prioriterade och mindre effektiva åtgärder skulle leda till en kraftig budgetökning. Även vid en fortsatt effektivisering av vården krävs prioriteringar för att kunna kontrollera budgetens storlek.

För att underlätta arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården finns ett nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Syftet med detta nationella system är att tillhandahålla vård av hög kvalitet som är kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv. Systemet beskrivs mer i bilagans avsnitt 4.1. Prioriteringarna i hälso- och sjukvården ska bygga på en värdegrund som innehåller tre principer och kallas den etiska plattformen: *Människovärdesprincipen* som innebär att alla

människor har lika värde och samma rätt; *Behovs- och solidaritetsprincipen* som betyder att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården; *Kostnadseffektivitetsprincipen* som lyder att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt av behandlingen. Principerna har beslutats av riksdagen (Prop 1996/97:60) (20) och beskrivs närmare i bilagans avsnitt 4.2.

I rapporten från Vård- och omsorgsanalys om prioriteringar (11) konstateras att underlag och analyser ofta pekar på behov av resursförstärkningar till följd av ex. ökande befolkning, nationella riktlinjer etc. Däremot bedöms att underlagen inte är tillräckliga för att kunna fatta beslut om prioriteringar. De beskriver också att även om flera studerade regioner har systematiska prioriteringsprocesser kring exempelvis nya behandlingar, så i praktiken innebär dessa framför allt att nya saker prioriteras in och mer sällan att gamla saker prioriteras ned eller bort. I rapporten beskriver myndigheten även att det kan vara svårt att omfördela medel mellan verksamhetsområden för att använda resurserna på ett effektivare sätt. En möjlig orsak till detta som nämns är att omfördelningar av resurser kan resultera i konflikter mellan verksamhetsområdet.

Även i vår studie visades att det kan finnas svårigheter att omfördela resurser inom och mellan verksamheter, eftersom de flesta verksamhetsområden och enheter också har svårt att klara budgeten. Intervjuerna visar på att även om det i teorin talas om att omfördela medel så är det i praktiken inte helt enkelt att flytta pengar mellan budgetar.

I Vård- och omsorgsanalys rapport beskriver de vidare att en bidragande orsak till svårigheten att omprioritera kan vara kritik från medborgare och medier, samt att det finns ett starkt tryck på att bevara saker som de varit, både från medborgare och profession.(11) Denna bild om att det är lättare att satsa på något nytt än att stänga ned något gammalt återspeglades även i intervjuerna för vår studie, både från politiker, verksamhetschefer och representanter centralt vid sjukhusen. En intervju-person gav exempel på hur vårdverksamheten föreslagit att dra ner på en klinik för att nå besparingskraven, men när detta togs upp i media medförde opinionen att politiker backade. I en annan intervju beskrevs i stället att när förslag möter motstånd kan det vara lättare att låta politiken ta de besluten.

I intervjuerna lyfts också svårigheterna kring hur prioriteringar bör göras. Detta kan vara kopplat till att man diskuterar vilken typ av vård som vårdgivare på olika nivåer i organisationen ska tillhandahålla, eller att man diskuterar vad den offentliga vården ska tillhandahålla inom ramen för sitt uppdrag och/eller i vilken utsträckning.

Prioriteringar kräver även att man är tydlig i vad som ska göras, eftersom korrekta prioriteringar endast kan genomföras om det är tydligt vad olika åtgärder ger för effekter. Vård- och omsorgsanalys (11) beskriver att kvalitet i underlagen inte alltid ger tillräcklig information kring behovsanalys och behovstäckning för att kunna avgöra om vårdbehoven i en verksamhet kan täckas av nuvarande tilldelning av resurser eller om de är för stora, samt om eventuell obalans beror på för låg resurstill-

delning eller på ineffektivt resursutnyttjande. I revisionsgranskningen av Västra Götaland (6) beskrivs att sjukhusens åtgärdsplaner var för vaga. Det framkom att flera åtgärder återkommer år från år utan att något egentligen förändrats. Dessutom beskrivs i revisionsgranskningen att sjukhusen i sina åtgärdsplaner använder svepande begrepp såsom ”mer effektiva vårdkedjor”, ”förbättrad produktionsplanering”, ”ökad produktivitet”, utan att det konkretiseras eller resulterar i några stora förändringar. Revisionen skriver vidare att för att handlingsplaner ska kunna ha effekt så krävs det att de beskrivs så konkret som möjligt, har en tidplan och att effekterna av åtgärderna behöver vara tydligt beräknade.

Tydligheten kan också kopplas till att besparingar och effektiviseringar ska vara verkliga och inte bara en ”dold” förflyttning av kostnader. Om en förvaltning till exempel drar ner på vårdutbud så blir det visserligen mindre kostnader för just den förvaltningen, men om vårdbehovet kvarstår utan att resurserna används mer effektivt så kan detta innebära antingen att vårdkvaliteten försämras eller att behovet och kostnaden flyttar till en annan förvaltning. Samtidigt kan det finnas fall där man genomför en mer uttalad, medveten växling för att uppnå ökad effektivitet, exempelvis när viss vård flyttas från sjukhus till primärvård. En sådan förflyttning behöver dock åtföljas av förstärkning i personal och resurser.

I någon intervju framkom att det sällan flyttas medel mellan områden, till exempel att överföra medel från kollektivtrafik till hälso- och sjukvård eller tvärtom. I stället skedde omprioriteringar inom respektive politikområde, t.ex. mellan olika områden inom hälso- och sjukvården såsom mellan primärvård och sjukhusvård.

Några av politikerna i våra intervjuer resonerade kring vilka beslut som politiken kan ta eftersom ”...politiken ska ju inte fatta medicinska beslut.” Beslut om att flytta medel mellan sjukhusvård och primärvård kunde därmed delegeras till sjukhusdirektörer och primärvårdschefer, eftersom det är där man sitter på kunskap om hur det påverkar verksamheten.

3.5 Kostnader som är svåra att påverka

Vissa typer av kostnader är svårare att påverka och prognosticera än andra. Något som lyftes i de flesta intervjuerna var svårigheterna att prognosticera kostnaderna för läkemedel. Även om man vet att ett läkemedel är på ingång så kan EMA-godkännande och/eller NT-rådets rekommendationer komma snabbare eller långsammare än förväntat. Det kan också hända att det blir begränsningar i NT-rådets rekommenderade patientpopulationer eller i TLV:s subvention, jämfört med den medicinskt godkända indikationen. I intervjuer med verksamhetschefer framkommer att man som budgetansvarig behöver försvara sina siffror och förklara varför en läkemedelsbudget ökar. Orsaker till ökningarna kan vara exempelvis nya nationella rekommendationer eller nya regionala prioriteringar.

I flera av intervjuerna nämns att det på just läkemedelssidan görs ett ambitiöst och uppskattat prognosarbete med regionernas läkemedelsenheter, och att detta prognosarbete uppfattas som värdefullt. Detta lyfts fram som viktigt arbete både av verksamhetschefer, politiker och personer centralt vid sjukhusen. I en av intervjuerna beskrivs att processen för läkemedelsprognos upplevs som transparent, men att det för andra omkostnader inte finns motsvarande processer. Även i några revisionsgranskningar lyfts prognosarbetet för läkemedel fram som positivt.

Inom läkemedelsområdet finns det samtidigt tydliga möjligheter till besparingar, till följd av att patent går ut eller att biosimilarer blir tillgängliga. En av de intervjuade verksamhetscheferna beskriver just att om man är snabb på att införa ”nyheter” i form av generika och biosimilarer eller regimer som ges en gång i veckan i stället för två, så kan man spara pengar och skapa visst utrymme för andra läkemedel.

I en revisionsgranskning år 2019 av Region Skånes läkemedelshantering (19) beskrivs att det finns uppbyggda strukturer och rutiner för hur läkemedelsbudgeten beräknas på en regionövergripande nivå. Prognosarbetet beskrivs vara en kombination av tidigare års försäljningsdata, omvärldsbevakning och identifiering patientpopulationer, nya läkemedel, läkemedelspatent på väg att löpa ut etc. Det beskrivs samtidigt att grunden för beräkningarna är året före, och att ändringar i läkemedelsbehandlingar och kostnader ofta sker hastigt, vilket innebär att det är det svårt att fånga i prognosarbetet.

En annan faktor kopplat till läkemedel som nämndes i intervjuer var återbäring och rabatter, där alla tre regionerna har ett decentraliserat kostnadsansvar där även återbäring och rabatter är decentraliserade. Det som nämndes som svårighet var att de kom ojämnt över tid, däremot framgick inte i intervjuerna om det berodde på de interna administrativa processerna eller om det hade andra orsaker. En verksamhetschef beskrev i intervjun att det kräver en del extra arbete för att räkna om och hålla koll på vilka kostnader som redovisas och om det är med eller utan rabatter, både på enheten och på ekonomisidan. Vissa månader kan det se ut som att *”resultaträkningen håller på att gå i taket.”* En annan verksamhetschef liknade resultatet för läkemedelsbudgeten vid ett EKG som hoppar upp och ner till följd av att återbäring och rabatter kommer i skov.

I intervjuerna framkom att budgetar för förmåns- respektive rekvisitionsläkemedel till stor del hölls isär. Detta tycktes hänga samman med att för förmånsläkemedel blir regionerna kompenserade av staten via det specialdestinerat statsbidrag, se vidare bilagans avsnitt 3.5. För rekvisitionsläkemedel ligger kostnaden kvar på regionen och enheten. Det kan i vissa fall bidra till komplicerade val mellan att behandla med rekvisitionsläkemedel eller förmånsläkemedel i de fall båda alternativen var tillgängliga för samma sjukdom.

4. Möjligheter och lösningar inom budget och finansiering

När nya, prioriterade utgifter uppstår finns olika metoder att underlätta och hitta möjligheter och lösningar till finansiering. En större total regionalbudget skulle kräva ökat skatteuttag, medan en ökad hälso- och sjukvårdsbudget med konstant total regionalbudget skulle kräva omfördelning av medel från andra regionala utgiftsområden som exempelvis Trafiknämnden eller Kulturnämnden. Ett annat alternativ är att omprioriteringar sker inom respektive utgiftsområde.

I revisionsgranskningar för regionerna Västra Götaland och Skåne rekommenderades tydligare instruktioner för att få en tydligare styrning och därmed skapa bättre förutsättningar att arbeta för en budget i balans. (6, 7)

I flera intervjuer konstaterades att man i princip utgick från en relativt oförändrad budget från föregående år och undersökte hur man kunde lösa det ökade vårdbehovet med de resurser man har.

Nedan redovisas olika sätt att lösa ökade utgifter som framkom i dokumentgranskning eller intervjuer. Vissa av lösningarna sker på mer aggregerad region- eller sjukhusnivå, medan ytterligare andra kan genomföras på verksamhetsområdes- eller enhetsnivå.

4.1 Hålla inne medel

Eftersom budgetprognoser görs tidigt året innan är inte alla förutsättningar kända och osäkerheten kan vara stor. Ett sätt som kan användas är att man ”håller inne” en del av budgeten som egentligen skulle fördelats i den ordinarie budgetprocessen. På så sätt har man marginaler i de fall det visar sig att de förutsättningar som ligger tillgrund för prognoserna ändras. Dessa buffertar kan ligga både på enhets-, områdes- och sjukhusnivå, men kräver naturligtvis även prioriteringar i de fall när behovet överstiger storleken på bufferten.

4.2 Ökat tillskott för läkemedel

För att möta utmaningen och underlätta införandet av nya läkemedel eller nya metoder har Region Västra Götaland och Region Skåne infört extra medel på olika sätt.

I Västra Götaland har man gett möjlighet till introduktionsfinansiering av nya läkemedel och nya medicinska metoder. Finansieringen har skapats genom en omfördelning av befintliga resurser, och är alltså inte tillskott av nya medel. Introduktionsfinansieringen avser ca 2 år och efter det ansvarar förvaltningarna för finansieringen. Verksamheterna ska lösa finansieringen dels genom förbättring

och effektivisering, dels genom att dra ner på befintlig vård som är lägre prioriterad. Det beskrivs att beslut hellre ska tas etappvis än löpande, eftersom det underlättar en horisontell prioritering mellan områden och åtgärder.(21) I en granskning av Revisionsenheten framkommer att intervjupersoner inom verksamheten beskrivit att det dels saknas bryggor över till vårdöverenskommelsearbetet och till budgetarbetet, dels är oklart vad som ska avvecklas för att ge plats åt kostnader för nya läkemedel och metoder.(22) Enligt Hälso- och sjukvårdsstyrelsens detaljbudget för 2020 uppgår anslaget för ordnat införande till 423 miljoner kronor.(23) Introduktionsfinansieringen i VGR beskrivs i bilagans avsnitt 6.3.7.

I Region Skåne har man presenterat en ny läkemedelsstrategi för åren 2021-2024, som bland annat genererat en extra satsning i budgeten för 2021 som är öronmärkta för nya läkemedel. Satsningen uppgår till 369 miljoner utöver ordinarie läkemedelsuppräknig, vilket motsvarar en ökning på 12 procent jämfört med föregående års budget. Det beskrivs att informationsarbetet är viktigt i regionen för att säkerställa att patienten får de läkemedel som både är till bäst nytta och mest kostnadseffektiva. (24) I en artikel kring den nya läkemedelsstrategin beskriver Gilbert Tribo att *”Vi vill ligga i framkant vad gäller läkemedelsanvändningen- fasa in nya och fasa ut gamla som är mindre effektiva.”* (25)

4.3 Underskott och avskrivningar

När ett område går med underskott så beskrivs i intervjuerna att olika åtgärds- och handlingsplaner ska tas fram som konkret visar hur man avser hantera det. Exempel på åtgärder som kan användas i en sådan plan skulle kunna vara förändringar på bemanningssidan med inhyrning, övertid, jourersättningar och så vidare. Detta följs sedan upp månadsvis.

I de fall man vid årets slut fortfarande har ett underskott så följer det normalt med in i nästa budgetår. Det innebär att ytterligare besparingar, effektiviseringar och så vidare måste genomföras det året.

I vissa fall kan en sista utväg vara att ”nolla”, d.v.s. skriva av skulden. Detta gjordes bland annat i Västra Götaland när regionernas akutsjukhus 2019 fick sina skulder avskrivna efter beslut i regionfullmäktige. Det fanns dock en viss oenighet där vissa politiker pekade på att en avskrivning gav felaktiga incitament, medan andra menade att underskottet var omöjligt att hämta hem givet storleken och att det var bättre om sjukhusen fick börja om. (26, 27)

4.4 Omprioriteringar och besparing

Omprioritering av budgetmedel kan ske med olika tidsperspektiv: vid en akut situation kan omprioriteringar ske under pågående budgetår, och för en mer långsiktig omprioritering skulle man kunna göra det på längre sikt med små förskjutningar varje år. Detta kräver dock nytt politiskt beslut

inför varje nytt budgetår. Omprioritering kan också göras på olika nivåer: inom enheten, mellan enheter inom samma verksamhetsområde eller samma sjukhus, eller inom olika områden av hälso- och sjukvården (exempelvis mellan primärvård och sjukhusvård) och i vissa fall även mellan regionens olika områden som trafik, kultur etc. Som framkom i avsnitt 3.4 kan det vara enklare att prioritera upp än att prioritera ned. Nedan återges några exempel som framkommit kring hur man kan prioritera ned och därmed kan göra besparingar och på så sätt möjliggör för andra områden att öka.

Om det inte framgår tydliga prioriteringar som vidhålls genom hela processen, det vill säga en tydlig omprioritering med ökning av ett område och minskning av ett annat, så krävs att man för att undgå en ökad totalbudget måste skära i budgeten med vad som i vardagstal kallas ”osthyvel-principen”. Det är en metod som inte är den lämpligaste från ett samhällsekonomiskt perspektiv, men det kan bli ett alternativ om man inte kommer framåt i en prioritering mellan områden.

Även om det är viktigt att identifiera områden för att prioritera ned, kan det i praktiken vara lättare eller svårare att prioritera vissa områden eller vissa åtgärder. Exempelvis påpekades i några intervjuer att det kan vara svårt att göra besparingar inom intensivvård och akutmottagningar, eftersom om en patient behöver vård på IVA så måste den ha det. I en intervju nämndes också att det tycktes något vanligare att göra besparingar på läkemedelsområdet än på undersökningar, eftersom de senare upplevdes svårare att spara på.

I intervjuerna nämndes även att det var viktigt att ha tydliga och väl underbyggda underlag för att möjliggöra beslut om prioriteringar, som både beskriver kliniska effekter och hälsoekonomisk utvärdering. En aspekt som lyftes i en intervju med en av politikerna var att samtala med flera delar av organisationen vid samma tillfälle och möte för att på så sätt få en större förståelse av hur förändring i en del av organisationen påverkar andra delar. Den informationen upplevdes som viktig för att kunna väga av om åtgärden var värd förändringarna på de andra delarna av organisationen.

4.5 Effektivisering

I både budgetdokument och intervjuer betonas vikten av effektivitet som ett sätt att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar. Det är dock viktigt att hålla isär produktivitet och effektivitet. Med *produktivitet* avses mängden producerade tjänster eller prestationer i relation till resursinsatsen (kostnad) och vilka resurser (insatsmix) som används för att producera vård och hälsa, till exempel läkare, sjuksköterskor, lokaler, teknisk utrustning och vårdplatser. Med *effektivitet* avses vilka resultat (ex. förbättrad hälsa) som uppnås i förhållande till insatta resurser. En hög produktivitet med försämrat resultat är knappast eftersträvansvärt, utan dessa i kombination som måste belysas. I en revisionsrapport från Region Stockholm konstateras att vårdens effektivitet och dess utveckling är

svår att mäta, och produktivitet och kvalitet behöver vägas samman. (28) Man bör också komma ihåg att effektivisering bara kan genomföras till en viss gräns.

För en god effektivitet är det viktigt att se på hälso- och sjukvården som en enhet, och att undvika att skapa och/eller agera i separata stuprör. Stuprören kan finnas mellan olika resurser (insatsfaktorer) och/eller mellan olika delar inom hälso- och sjukvården. Genom att se på dessa separat och isolerat så påverkas produktion och utfall på ett mindre optimalt sätt än om man såg på det som en helhet, där stuprör hindrar en effektiv mix av olika resurser och/eller olika delar inom hälso- och sjukvården. (17, 18)

Det finns flera områden där sjukvården redan gjort effektiviseringar som bidragit till kostnadsminskningar, exempelvis har man över tid inom svensk vård kortat vårdtiderna eller att vård flyttats från sjukhus till primärvård.

En aspekt som framfördes från både - verksamhetscheferna och personerna centralt på sjukhusen var vikten av att ställa om och effektivisera med utgångspunkt från *verksamhetens behov*. Utifrån de behov som lyfts av verksamheterna själva behöver man i dialog få till en bra lösning som möter de verkliga behov som verksamheten har. Det som inte ger så mycket nytta till verksamheterna kan man sluta göra. Relaterat till detta är också frågan *identifiera åtgärder och förändringar* som verkligen åstadkommer effektiviseringar, så att man tittar på helheten och inte tar kortsiktiga beslut. För personalsidan gäller det då bland annat att titta på vilka roller som olika personer har och vilka arbetsuppgifter det innebär, så att kombinationen av personal blir optimal för den specifika verksamheten.

I en intervju beskrevs att det finns mycket administration på sjukhusen, men att man samtidigt i tidigare i rationaliseringar ofta har fokuserat på antalet personer i stället för kostnad. Det har lett till att man tagit bort administratörer och att man därför nu har exempelvis sjuksköterskor som behöver göra administrativt arbete. Samma problematik nämndes i en intervju med ett annat sjukhus, det vill säga att man inte ska ta bort fel personer utan man måste se alla nyckelpersoner som ingår i en vårdprocess. Det beskrevs att administratörer och medicinska sekreterare ofta har många viktiga uppgifter som inte kan ersättas av datasystem, så det är inte självklart att det är just dem man ska spara in på. En brasklapp här att intervjun inte gick in på vilka personalgrupper och arbetsuppgifter man avsåg när man nämnde administratörer eftersom det kan finnas flera undergrupper.

I en intervju poängterades att det var viktigt att *utnyttja den kapacitet* man har i så stor utsträckning som möjligt. Det gäller exempelvis maskinpark och teknologi som sjukhusen har investerat i så att den används under ett större antal timmar av dygnet, och inte bara exempelvis mellan klockan 7 och 16.

Ett område som ofta lyfts i den allmänna debatten som ett sätt att öka effektiviseringen i vården är *digitalisering*. Digitalisering i sig har inget värde, utan för att få ett värde måste det omsättas i praktiken med positiva effekter på vården.

Ett konkret exempel som nämndes i intervjuer från Region Skåne var att ett nytt journal- och informationssystem, Skånes Digitala Vårdsystem SDV, ska införas som både kan vara beslutsstöd och minska dubbelarbete.(29) Avsikten är att kunskapsstyrningen ska följa ända ut till mötet mellan patient och läkare. Systemet är dock försenat, (30) och planeras att införas under 2022.

Det beskrivs i några intervjuer att pandemisituationen skyndat på den digitala omställningen med exempelvis nya sätt att kommunicera med patienten. Den förberedelse och planering för att införa digital teknik som hittills gått ganska långsamt har under pandemins krav på bland annat social distansering bidragit till att exempelvis digitala besök och monitorering på distans snabbinförts.

Slutligen så kan man i anslutning till området effektivisering knyta förslaget om att *lära av varandra*, samarbete, diskussion av lösningar av liknande problem samt spridning av goda exempel mellan verksamheter, organisationer och regioner. En intervjuperson lyfte att svensk hälso- och sjukvård borde bli bättre på att lära av kollegor inom samma sjukdomsområde i andra delar av regionen och/eller Sverige där de arbetat framgångsrikt med processförbättringar.

Det finns förhoppningar om att den nya kunskapsstyrningsorganisationen med de nya lokala programområdena ska kunna förbättra kunskapsspridning och effektivisering. Den nya kunskapsorganisationen driver en utveckling att verka mer tillsammans som ett system vilket kan öka värdet för patienter och frigöra resurser. I konsekvensbeskrivningen som är en del av dokumentationen av vårdförloppen ingår både en del om kostnadseffektivitet och en del om budgetpåverkan, vilka kan bidra till att tydliggöra påverkan på resursanvändning. (31)

5. Avslutande reflektioner

En ökad kostnad och efterfrågan på vård i Sverige tillsammans med nya innovationer och teknologier, samt kravet på en budget i balans skapar utmaningar för hälso- och sjukvården. Frågan om prioritering och styrning av resurser är därför viktig. Frågan kompliceras ytterligare av att hälso- och sjukvårdssektorn är komplex med krav och önskemål från flera håll: politiker, tjänstemän, vårdpersonal, patienter och allmänheten i form av skattebetalare. I denna rapport beskrivs budgetprocessen för hälso- och sjukvård i regionerna, och vidare beskrivs utmaningar och lösningar kring budget och finansiering inom hälso- och sjukvården.

Budgetprocessen är reglerad i Kommunallagen (2017:725) som sätter de yttre ramarna för regionerna, medan detaljer i processen kan skilja sig åt mellan regioner. Även om regionerna skiljer sig åt i storlek och politisk styrning så påminner svårigheterna och utmaningarna om varandra. Budgetsystemet och dess process är komplext, och mängden dokument kombinerat med en rik flora av politiska och kliniska mål från både nationell och regional nivå kan bidra till målkonflikter och en svårighet att kunna prioritera mellan vilka mål som är viktigast. En tydlig konflikt står till exempel mellan hög tillgänglighet, vård efter behov och en balanserad budget.

En av utmaningarna som framkommer i studien är att det finns en viss otydlighet i vem som ska göra vilka prioriteringar. Politiker har ansvar för att besluta om budgeten och därmed en stor möjlighet att styra medel mot de områden som ska prioriteras. Samtidigt ska politiker inte göra en medicinsk prioritering kring exempelvis vilka patienter som har störst vårdbehov. Beslut och rekommendationer som tas på nationell nivå, exempelvis nationella riktlinjer behöver implementeras på regional nivå, och blir därmed en extern faktor som måste hanteras inom ramen för regionernas årliga budgetarbete.

En annan viktig utmaning som återkom både i dokumentgranskning och intervjuer var att hälso- och sjukvårdsbudgetens olika delar i princip utgick från föregående år och räknades upp med en faktor som enligt sjukvården inte motsvarade de verkliga behoven. Sammanfattningsvis kan detta leda till en budget som blir relativt statisk över tid, som kan göra det svårare att härbärgera utgifter för nya effektiva behandlingar. Det tycktes dock samtidigt framkomma i intervjuerna att man inom sjukvården på något sätt ändå lyckades lösa situationen kring att hitta finansiering för nya åtgärder och behandlingar. Det kan eventuellt tolkas som att det i budgetarbetet sker en sakta rörelse mot en omprioritering över tid eftersom man lyckas finansiera nya åtgärder och behandlingar inom en relativt begränsad budget. Detta visar dock på att prognosarbetet är viktigt och att korrekta och väl beskrivna prognoser är nödvändiga för att hamna så rätt som möjligt i budgetprocessen. Det tycktes i vår studie som att prognoser på läkemedelssidan, både avseende priser och volym fungerade relativt väl. En reflektion är om det skulle vara möjligt att dra lärdomar från prognosarbetet på läkemedelssidan, och tillämpa på de andra insatsfaktorerna.

Ett intressant område som är på uppgång och som kan komma att skapa nya utmaningar för hälso- och sjukvården är utvecklingen av diagnostik för att identifiera sjukdomar och riktade behandlingar. Detta kan dock samtidigt leda till bättre effektivitet genom att ge rätt behandling till rätt patient vid rätt tid, så kallad precisionsmedicin. Potentiella utmaningar gäller både organisation där behandlingen är beroende av att diagnostiksidan har resurser (personal, lokaler och material) nog att hinna testa och diagnosticera i den takt som är kliniskt önskvärd, och kostnad som kan hamna på olika enheter och verksamhetsområden inom hälso- och sjukvårdssektorn. Detta illustrerar den så kallade stuprörproblematiken där beslut om de tas isolerat baserade vad som gäller för en enhet eller ett verksamhetsområde, kan få stora, negativa icke-avsedda effekter på andra enheter och verksamhetsområden. Det leder till försämrade effektivitet för hälso- och sjukvården i sin helhet där en optimal mix av insatsfaktorer inte uppnås.

Även om hälso- och sjukvården dagligen ställs för svåra utmaningar visar studien att man inom de förutsättningars om råder hittar olika lösningar. Ett exempel var att skapa buffertar inom budgeten genom att hålla inne medel i början på året, så att dessa kan fördelas ut under resten av året när nya behov och förutsättningar uppstår. När underskott uppstod ställdes krav på åtgärdsplaner, medan en annan hantering var göra en generell neddragning genom så kallade osthyvel-princip. En annan lösning som ofta framkom i både dokumentgranskning och intervjuer var effektivisering där det samtidigt är viktigt att se till verksamhetens i sin helhet och att det bidrar till verklig nytta för vården.

Genomgående i detta arbete framkom att arbetet inom hälso- och sjukvården, och därmed även inom budgeten, utgör en komplex väv av system och processer, olika personalkategorier och patienter, läkemedel och medicinteknik, lokaler och sängplatser, forskning och vård. Många, både inom och utanför hälso- och sjukvården, har försökt identifiera dels problemen dels lösningarna på de utmaningar som vårdsystemet och dess personal ställs inför. Sannolikt är det på flera plan som arbetet bör ske, men hela tiden i dialog med de berörda som påverkas i sin vardag. På ett övergripande plan torde det vara en förutsättning för alla andra åtgärder att först sortera i vilka mål som ska vara viktigast för vården. Därefter blir effekten att andra mål inte har lika hög prioritet, och det behöver kommuniceras utåt och att man kan stå fast vid det även när det är obekvämt. På ett mer konkret vardagsplan behöver man se på vårdsituationen i sin helhet med alla delar som genererar vård. Såsom framkom i intervjuerna är det exempelvis inte enskilda personalkategorier som kan pekas ut som ”överflödiga” och därmed kan rationaliseras bort. En viktig aspekt av detta är att beskrivningar av både nya behov, besparingar och åtgärdsplaner behöver vara tydliga, transparenta och konkreta avseende vilka effekter som kommer uppstå både kliniskt, personal- och lokalmässigt, budgetärt etc. Det innebär också att alternativkostnaderna av ett beslut eller icke-beslut bör beskrivas. Först när alla områden är identifierade ges möjlighet till ett välinformerat prioriteringsbeslut för politiker och andra beslutsfattare.

Studien visar flera exempel på hur vården hittar lösningar och åtgärder för att hantera utmaningar inom budget och finansiering av nya utgifter. Även om det tycks att vården har lyckats hantera de utmaningar och omständigheter som råder, så ligger det i allas intresse att regionerna och vårdens olika nivåer i tät dialog utvecklar budgetprocesserna för att underlätta och stötta upp vårdens arbete så att arbetet blir långsiktigt hållbart för alla.

Källförteckning

1. Gralén K, Hjalte F, Persson U. Hälsa- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige. Lund: 2019.
2. Vårdfokus. Stora besparingar väntar inom vården nästa år. 2019.
3. Sveriges kommuner och regioner. Ekonomirapporten, oktober 2020 Om kommunernas och regionernas ekonomi. 2020.
4. Landstingsrevisorerna i Stockholm läns landsting. Hälsa- och sjukvårdens kostnader. Analys och uppföljning av konsekvenser. Projektrapport 2017:10. 2017.
5. Region Stockholm Regionrevisorerna. Budgetstyrning i Region Stockholm. RAPPORT NR 9/2020. 2020.
6. Västra Götalandsregionen. Regionstyrelsens åtgärder för att komma till rätta med ekonomiska obalanser inom hälsa- och sjukvården. revisionsenheten Dnr REV 2019-00183. 2019.
7. Region Skåne Revisionsrapport. Budgetprocessen Region Skåne. 2019.
8. Regionala cancercentrum i samverkan. CAR-T-behandling. 2020.
9. Näringsdepartementet. En nationell strategi för life science. 2019.
10. Region Örebro län. Aortklaff inkl TAVI. 2013.
11. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar Rapport 2020:07. 2020.
12. Kommunallagen (2017:725).
13. Västra Götalandsregionen. Övergripande ramverk för budgetprocessen i Västra Götalandsregionen. 2020.
14. Region Skåne. Budget- och uppföljningsplan 2019. 2019.
15. Region Stockholm. Budgetprocessen. 2020.
16. Region Stockholm Regionrevisorerna. Årsrapport 2019 Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2020.
17. Drummond M, Jönsson B. Moving Beyond the Drug Budget Silo Mentality in Europe. Value in Health. 2003;6.
18. Garrison L, Towse A. The Drug Budget Silo Mentality in Europe: An Overview. Value in Health. 2003;6.
19. Helseplan Consulting Group. Granskning av Läkemedel. Granskning på uppdrag av Region Skånes revisorer 2019.

20. Regeringen. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Proposition 1996/97:60. 1996.
21. Västra Götalandsregionen. Finansieringsprinciper för ordnat införande. 2019.
22. Västra Götalandsregionen Revisionsenheten. Fördjupad granskning. Ärendeberedning inför ekonomiska beslut. 2020.
23. Västra Götalandsregionen. Detaljbudget 2020 Hälso-och sjukvårdsstyrelsen. 2019.
24. Region Skåne. Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021 med plan för 2022–2023. 2020.
25. Kirsebom L. Skåne vill ta täten inom läkemedel. life-time 2020;8 december 2020.
26. Dagens medicin. Sjukhus får miljardskuld avskriven. 2019.
27. VGR Fokus. Ekonomiskt tyngda sjukhus får skulder avskrivna. 2019.
28. Region Stockholm Regionrevisorerna. Produktivitet och effektivitet i vården. Förutsättningar att styra, mäta och följa upp. RAPPORT NR 11/2019. 2019.
29. Bergman T. Region Skåne inför nytt vårdssystem. MedTech. 2020;11 december 2020.
30. Dagens Medicin. Ivo granskar region Skånes nya journalsystem. 2021.
31. SHEA Swedish Health Economics Association, editor. Webinarium: Hälsoekonomiska analyser – hammare, fil eller skruvmejsel i vårdförloppens verktygslåda? 21 maj 2021. 2021.
32. Eurostat. Government expenditure by function- COFOG. 2019.
33. Statskontoret. Den offentliga sektorn i korthet 2018. 2018.
34. Statistiska centralbyrån. Hälsoräkenskaperna 2018. 2019.
35. Statistiska centralbyrån. Instruktioner Räkenskapssammandrag 2018. 2018.
36. OECD. A system of health accounts 2011-revised edition. 2017.
37. Sveriges Kommuner och Regioner. Regionernas åtaganden.
38. Sveriges Kommuner och Regioner. Så styrs regioner.
39. Region Stockholm. Organisation.
40. Västra Götalandsregionen. Förvaltningarnas organisation.
41. Region Skåne. Organisation tjänsteman.
42. Västra Götalandsregionen. Planeringsunderlag. Med ekonomiska förutsättningar för 2020-2022. 2019.

43. Sveriges Kommuner och Regioner. Prisindex.
44. Sveriges Kommuner och Regioner. Löne- och prisförändringar för regioner 2018–2019 Ekonominytt. 2020;03/2020.
45. Sveriges Kommuner och Regioner. Diagram för regionerna.
46. Sveriges Kommuner och Regioner. Statsbidrag.
47. Regeringskansliet. Kommunala utjämningsystemet.
48. Regeringskansliet, SKR. Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020
49. Sveriges Kommuner och Regioner. Statsbidraget för läkemedelsförmånerna 2020. EkonomiNytt. 2019;13/2019.
50. Sveriges Kommuner och Regioner. Överenskommelse läkemedelskostnader 2020.
51. SOU2018:89. Tydligare ansvar och regler för läkemedel. 2018.
52. Sveriges Kommuner och Regioner. Överenskommelser mellan SKR och regeringen inom vård och omsorg.
53. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.
54. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationella programområden.
55. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationella samverkansgrupper.
56. Janusinfo. Så arbetar vi.
57. Janusinfo. Beslut om samverkan.
58. Janusinfo. Nationellt ordnat införande av nya läkemedel.
59. Så funkar NT-rådet. Life Science Sweden
60. Janusinfo. NT-rådet (Nya terapier).
61. Janusinfo. Horizon scanning.
62. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Klinikläkemedelsuppdraget. Available from: <https://www.tlv.se/lakemedel/kliniklakemedelsuppdraget.html>
63. Janusinfo. Förhandling/upphandling.
64. Janusinfo. Nationellt ordnat införande -rekommendationer. Available from: <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinförande/rekommendationer.4.728c0e316219da813569b2c.html>

65. Janusinfo. Införande. Available from: <https://www.xn--ntrdet-kua.se/nationelltinforandeavlakemedel/saarbetarvi/arkiv/inforande.5.4771ab7716298ed82ba97d73.html>.
66. Prioriteringsutredningen. Vårdens svåra val. SOU 1995:5. 1995.
67. Linköpings universitet. Den etiska plattformen för prioriteringar styr prioriteringar i hälso- och sjukvården. Available from: <https://liu.se/artikel/den-etiska-plattformen-for-prioriteringar>
68. Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30.
69. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård - Ett verktyg för rangordning. Rapport 2017:2. 2017.
70. Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2019 [database on the Internet]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--kommun-lan-och-riket/folkmangd-i-riket-lan-och-kommuner-31-december-2019-och-befolkningsforandringar-2019/>
71. landsting Sl. Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder. Fastställt av landstingsfullmäktige 2018-12-12, § 185 LS 2018-0731. 2018.
72. Region Stockholm. Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO. Available from: <https://www.sll.se/om-regionstockholm/Organisation/Stockholms-lans-sjukvardsomrade-SLSO/>.
73. Region Stockholm. Politiska organ. Available from: <https://www.sll.se/politik/politiska-organ/>
74. Region Stockholm. Regionledningskontoret. Available from: <https://www.sll.se/om-regionstockholm/Organisation/forvaltningar/regionledningskontoret/>.
75. Region Stockholm. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Available from: <https://www.sll.se/om-regionstockholm/Organisation/forvaltningar/halso-och-sjukvardsforvaltningen/>.
76. Region Stockholm. Region Stockholms läkemedelskommitté. Available from: <https://janusinfo.se/lakemedelskommitten/regionstockholmslakemedelskommitte.4.10adba9e1616f8edbc912aca.html>.
77. Region Stockholm. Metodrådet Stockholm-Gotland. Available from: <https://vardgivarguiden.se/utveckling/Vardutveckling/HTA/metodradet-sll-gotland/>.
78. Region Stockholm. Budgeten i siffror. 2019.
79. Region Stockholm. Budget 2020 för Region Stockholm. Regionfullmäktige den 19–20 november 2019 2019.

80. Region Stockholm. Första beslutet om ny avtalsmodell och nya avtal för akutsjukhusen. 2019. Available from: <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2019/10/forsta-beslutet-om-ny-avtalsmodell-och-nya-avtal-for-akutsjukhusen/>.
81. Region Stockholm. Sjukhusavtal för de regionägda akutsjukhusen. Tjänsteutlåtande. 2019.
82. Region Stockholm. Principer för vårdgivares kostnadsansvar för läkemedel, hjälpmedel och medicinsk service. Tjänsteutlåtande. 2017.
83. Region Stockholm. Kostnadsansvar för läkemedel i öppenvård, KÖL.
84. Region Stockholm. Verksamhetsplan 2020 för hälso- och sjukvårdsnämnden och planering för åren 2021-2023. 2019.
85. Region Stockholm. Årsredovisning 2019. 2020.
86. Västra Götalandsregionen. Reglemente för regionstyrelsen i Västra Götaland. 2019.
87. Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Available from: <https://www.vgregion.se/politik/politisk-organisation/namnder-och-styrelser-for-halso--och-sjukvard/halso--och-sjukvardsstyrelsen/>.
88. Västra Götalandsregionen. Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnd i Västra Götalandsregionen 2019.
89. Västra Götalandsregionen. Organisation och verksamhet.
90. Västra Götalandsregionen. Läkemedelskommittén.
91. Västra Götalandsregionen. Program- och prioriteringsråd.
92. Västra Götalandsregionen. Regionfullmäktige fastställde budget 2020. 2019.
93. Västra Götalandsregionen. Budget 2020 samt plan för ekonomin åren 2021–2022 för Västra Götalandsregionen. 2019.
94. Västra Götalandsregionen. Så styrs hälso- och sjukvården.
95. Västra Götalandsregionen. Planeringsunderlag 2020. 2020.
96. Glansén A. E-post korrespondens 20210128. In: Galén K, editor. 2021.
97. Västra Götalandsregionen. Prognosrapport. Kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2020-2022. 2020.
98. Västra Götalandsregionen. Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd - Mål och inriktning 2020. 2019.
99. Västra Götalandsregionen. Verksamhetsplan och detaljbudget 2020. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2019.
100. Västra Götalandsregionen. Årsredovisning 2019.

101. Västra Götalandsregionen. Årsredovisning 2019. Sahlgrenska Universitetssjukhuset
102. Västra Götalandsregionen. Ordnat införande.
103. Västra Götalandsregionen. Kriterier för ordnat införande.
104. Västra Götalandsregionen. Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag, etapp 1 2020. Tjänsteutlåtande Koncernkontoret 2020-03-05.
105. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Metodbeskrivnin.
106. Hake C-M. Cancerpatienter tvingades vänta på terapi. Dagens Medicin. 2017.
107. Västra Götalandsregionen. Vårdöverenskommelsen - analys. 2019.
108. Västra Götalandsregionen. Granskning av ändamålsenligheten i HSNs utövande av beställarrollen – utifrån fastställda reglementen. 2018.
109. Region Skåne. Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne 2018.
110. Region Skåne. Delegationsordning för regionstyrelsen. 2019.
111. Region Skåne. Så styrs hälso- och sjukvården.
112. Region Skåne. Kunskapsstyrningsrådet.
113. Region Skåne. Rådgivande organ.
114. Region Skåne. Läkemedelsrådet.
115. Region Skåne. Metod- och prioriteringsrådet.
116. Region Skåne. Arbetsordning för Region Skånes Metod- och prioriteringsråd. 2019.
117. Region Skåne. Budget- och uppföljningsplan 2019 (beskrivning av förändringar av regionstyrelsens budget- och uppföljningsarbete). 2019.
118. Region Skåne. Region Skånes verksamhetsplan och budget 2020 med plan för 2021-2022. 2019.
119. Capire. Ersättningsmodell inom hälso- och sjukvården. 2017.
120. Region Skåne. Kostnadsansvar för läkemedel i Region Skåne. 2020.
121. Region Skåne. Läkemedelsuppföljning. Klassificering av bas respektive klinik-läkemedel (Exceldokument).
122. Region Skåne. Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2020. prioriterade områden. Available from: <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppdrag-halso-sjukvard/uppdrag-2020/#150522>

123. Region Skåne. Strategisk plan för psykisk hälsa 2017-2023 Available from: <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/strategisk-plan-for-psykisk-halsa/>.
124. Region Skåne. UPPDRAG 2020 Sjukhusstyrelse Skånes universitetssjukhus... och övriga sjukhusstyrelser 2019.
125. Region Skåne. Sjukhusstyrelse Sus Verksamhetsplan och internbudget 2020
126. Region Skåne. Sjukhusstyrelse Sus Reviderad budget 2020 2019.
127. Region Skåne. Region Skånes årsredovisning 2019. 2020.
128. Region Skåne. Region Skånes bokslutsrapport 2019. 2020.
129. Region Skåne. Läkemedelskostnader i Region Skåne 2019. 2020.

Bilagor B1-B7

[B1 Intervjuguide](#)

[B2 Utgifter för hälso- och sjukvård i Sverige](#)

[B3 Regionernas styrning och budget](#)

[B4 Kunskapsstyrning](#)

[B5 Region Stockholm](#)

[B6 Västra Götalandsregionen](#)

[B7 Region Skåne](#)

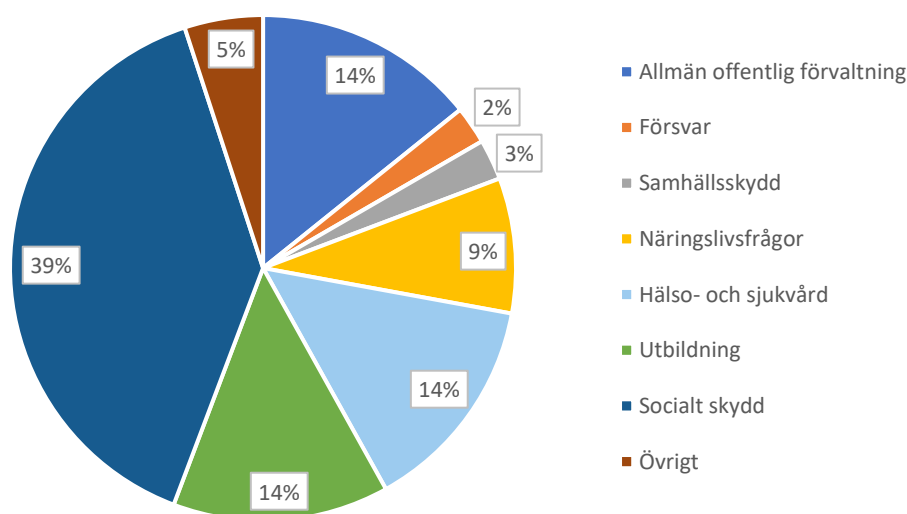
B1 Intervjuguide

- 1. Hur sker sjukhusets prioritering mellan olika utgiftsområden inför årsbudget?**
Ex. Prioritering mellan kliniker, sjukdomsområden, personal, lokaler, läkemedel, medicintekniska produkter etc. Utgångspunkt/modell för prioritering, omvärldsbevakning etc.
- 2. Hur hanteras utgifter för nya prioriterade utgifter under pågående budgetår?**
Ex. Utgångspunkt/modell för prioritering, omprioritering, äska mer medel, underskott.
- 3. Hur hanteras riktade statsbidrag samt återbäring?**
Ex. Tilldelning till respektive klinik eller sjukhus eller region.
- 4. Hur följs budget upp, dels under pågående budgetår, dels efter avslutat budgetår?**
Ex. Vilka konsekvenser/sanktioner uppstår vid underskott?
- 5. Vad ser du som de största svårigheterna med att hitta finansiering för nya prioriterade utgifter och innovationer? Lösningar?**
Ex. Finns det tillräckliga verktyg/instrument idag? Förslag på möjliga åtgärder för att ytterligare säkerställa finansiering vid nya prioriterade behov (med bibehållen budgetdisciplin).

B2 Utgifter för hälso- och sjukvård i Sverige

2.1 Offentliga sektorns utgifter per verksamhetsområde

Den offentliga sektorns utgifter i Sverige uppgick år 2018 till 2 407 miljarder kronor, vilket motsvarar nästan hälften av Sverige bruttonationalprodukt (BNP)⁽³²⁾. Den offentliga sektorn är indelad i olika verksamhetsområden efter funktion eller verksamhet enligt det internationella klassificeringssystemet COFOG (Classifications of Functions of Government).⁽³³⁾ Det största utgiftsområdet i Sverige är socialt skydd som står för 39 procent av de offentliga utgifterna, figur 1. Det omfattar stora delar av transfereringssystemet, äldreomsorg samt omsorg för personer med funktionsnedsättning. Andra stora utgiftsområden är hälso- och sjukvård, utbildning och allmän offentlig förvaltning⁵ som står för knappt 15 procent vardera. Området ”Hälso- och sjukvård” omfattar hälso- och sjukvård, tandvård samt läkemedel, vilka uppgick till 338 miljarder kronor.⁽³²⁾ Utgiftsområdet ”Övrigt” omfattar miljöskydd, bostadsförsörjning och samhällsutveckling, fritidsverksamhet, kultur och religion.



Figur 1. Offentliga utgifter fördelade på verksamhetsområde, år 2018 (2 407 miljarder kronor)

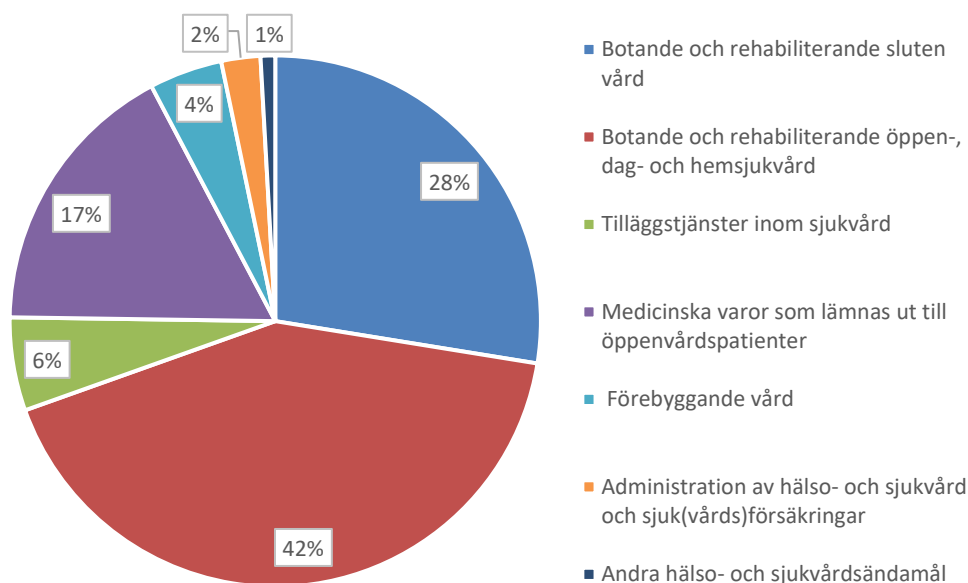
2.2 Hälso- och sjukvårdens utgifter

Utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige publiceras i SCB:s Hälsoräkenskaperna och beskriver Sveriges totala utgifter för hälso- och sjukvård. Dessa motsvarar det inhemska användandet av varor

⁵ Allmän offentlig förvaltning omfattar bland annat utgifter för grundforskning, offentlig skuld, internationellt bistånd, kommunal förvaltning och kostnader för statliga myndigheter.

och tjänster samt sjukvårdsproducenternas investeringar. Enligt hälsoräkenskaperna uppgick dessa utgifter till 386 miljarder kronor år 2018.⁽³⁴⁾ Orsaken till skillnaden mot nivån i avsnitt 2.1 är att beräkningar i hälsoräkenskaperna istället görs i enlighet med manualen SHA 2011 (A System of Health Accounts 2011), som är gemensam för OECD, Eurostat och OECD. För denna rapport har kategorin ”Hälso- och sjukvård inom omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning” exkluderats eftersom den till största del består av omvårdnad inom ex. hemtjänsten.⁶

Den största andelen av hälso- och sjukvårdens utgifter avser ”Botande och rehabiliterande öppen-, dag- och hemsjukvård (42 procent), följt av ”Botande och rehabiliterande slutenvård” inklusive rekvisitionsläkemedel (28 procent) och ”Medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter” exempelvis förmånsläkemedel (17 procent), figur 2.⁷ (35, 36) Andra utgifter avser tilläggstjänster, exempelvis laboratorium och ambulans (6 procent), förebyggande vård (4 procent), offentliga myndigheters administration samt administration av privat hälso- och sjukvård (2 procent) och andra hälso- och sjukvårdsändamål (1 procent).⁸



* Exklusive kategorin ”Hälso- och sjukvård inom omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning”.

Figur 2. Utgifter för hälso- och sjukvård fördelad per ändamål år 2018 (386 miljarder kronor)

⁶ Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning omfattar de särskilda boendeformerna (särskilt boende), ordinärt boende (hemtjänst) samt dagverksamhet och korttidsboende. Både den medicinska delen och omvårdnadsdelen (födointag, toalett och hygien) omfattas.

⁷ Slutenvård som innebär att patienten är inskriven vid en vårdenhet, hemsjukvård som innebär att patienten får vård i bostaden och att ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid, öppenvård som är hälso- och sjukvård som inte ingår i slutenvård eller hemsjukvård, samt dagsjukvård som ges på specialistmottagning. Medicinska varor avser förmånsläkemedel (d.v.s. receptbelagda), receptfria läkemedel, hjälpmedel som hörapparater samt övriga produkter som bandage och sprutor. Rekvisitionsläkemedel inkluderas i slutenvård.

⁸ För en beskrivning av förändringar över tid av hälso- och sjukvårdskostnadernas utveckling i Sverige, se rapporten [Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige - IHE](#)

Regionerna finansierar majoriteten av hälso- och sjukvårdsutgifterna (78 procent). Hushållen finansierar själva ("ur egen ficka", ex. patientavgift) ca 16 procent, medan staten står för strax över 2 procent (ex. läkemedelsförmåner) och kommunerna strax under 2 procent (ex. hemsjukvård och skolhälsovård). Resterande ca 1,5 procent finansieras av företag, hushållens ideella föreningar och frivilliga sjukvårdsförsäkringar. Denna lilla del har inkluderats för att visa på helheten, men har ingen egentlig påverkan på andelarna.

B3 Regionernas styrning och budget

I Sverige finns 21 regioner. De ansvarar för uppgifter som är gemensamma för stora geografiska områden och som kräver stora ekonomiska resurser. De uppgifter som är obligatoriska för regionerna är hälso- och sjukvården, tandvård för barn och unga upp till 23 års ålder och regionalt utvecklingsansvar. Regional och lokal kollektivtrafik är en gemensam obligatorisk uppgift för kommuner och regionerna. Frivilliga uppgifter för regionerna är kultur, utbildning och turism.(37)

3.1 Regionernas styrning och organisation

Varje region styrs av politiker som valts direkt av medborgarna i respektive region. Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige, regionstyrelse, nämnder och utskott.(38) Därtill finns en förvaltningsverksamhet med tjänstemän.

Regionfullmäktige består av folkvalda och är det högsta beslutande organet på regional nivå. De tar beslut om regionens inriktning, verksamhet och ekonomi, till exempel om budget och skattesats; beslutar om förvaltningens organisation och verksamhetsformer; väljer ledamöter och ersättare till regionstyrelsen och nämnderna; väljer revisorer som granskar regionens verksamhet. Regionfullmäktige kan delegera till regionstyrelsen eller övriga nämnder i vissa ärenden.

Regionstyrelsen leder och samordnar allt arbete inom regionen. Den ansvarar för regionens ekonomi. Regionstyrelsen har representanter från alla partier i regionfullmäktige och utses även av den.

Varje *nämnd* ansvarar för ett visst ansvarsområde, till exempel hälso- och sjukvårdsnämnden och trafiknämnden. Varje region bestämmer själv vilka nämnder som ska finnas, vilket innebär att det kan se lite olika ut i olika regioner. Nämnderna ansvarar för den löpande verksamheten inom regionen, förbereder ärenden som ska beslutas av fullmäktige och genomför beslut som fattas i fullmäktige. I mindre frågor kan nämnderna besluta direkt.

Utöver den politiska delen av regionen finns *förvaltningar* som består av tjänstemän som är opolitiska och leds av en förvaltningschef. Det finns förvaltningar både till regionstyrelsen och till nämnderna. Förvaltningarna tar fram underlag till politiska beslut och ser till att politiskt fattade beslut genomförs. Regionstyrelsens förvaltning leds av regiondirektören, som är den högst ansvarig tjänstemannen och även leder samordningen av förvaltningscheferna och hela förvaltningen. Region Stockholm kallar regionstyrelsens förvaltning för Regionledningskontoret (39), medan Västra Götalandsregionen (40) och Region Skåne (41) kallar det för Koncernkontoret.

Varje förvaltning får uppdrag från ”sin” nämnd vilket innebär att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får sina uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämnden. Denna förvaltning har olika uppgifter, till exempel att analysera behovet av hälso- och sjukvård i regionen, lämna förslag och följa upp resultat.

3.2 Budgetprocessen

Budgetering är ett viktigt styrinstrument som offentliga verksamheter måste använda sig av enligt lag. Kommunallagen (2017:725) (12) gäller för kommuner och regioner, som också kallas primär- och sekundärkommuner, och anger hur det lokala självstyret ska utövas.

I kommunallagens kapitel 11 om ekonomisk förvaltning framgår att skattesats och anslag ska anges i budgeten. Budgeten ska även innehålla en plan för verksamheten under budgetåret, där det framgår mål och riktlinjer som är viktiga för en god ekonomisk hushållning. Budgeten ska dessutom innehålla en plan för ekonomin för en tidsperiod på tre år där budgetåret alltid är tidsperiodens första år.

Det finns ingen definition av vad god ekonomisk hushållning betyder. (42) Det finns dock ett balanskrav som beskrivs som att budgeten ska upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna, samt att kommuner och regioner ska återställa ett negativt resultat inom tre år. En god ekonomisk hushållning innebär därmed också att ett visst överskott bör eftersträvas för att ha ekonomiska marginaler för konjunktursvängningar eller oväntade kostnader.

Enligt kommunallagen ska förslag till budget upprättas av styrelsen före oktober månads utgång. Styrelsen bestämmer när övriga nämnder senast ska lämna in sina särskilda budgetförslag till styrelsen. Budgeten ska fastställas av fullmäktige före november månads utgång. Dessa tidsangivelser anger när något senast ska vara gjort, men kan göras tidigare.

Regionstyrelsen har enligt Kommunallagen (6 kap) ett ansvar för att leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter, bl.a. den ekonomiska, och att säkerställa att den bedrivs ändamålsenligt och effektivt. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över övriga nämnder och styrelser.

Enligt kommunallagen ska det tas fram minst en delårsrapport, och när styrelsen har fått övriga nämnders redovisningar ska den upprätta en årsredovisning. Årsredovisningen ska lämnas över till fullmäktige och revisorerna snarast möjligt, men senast den 15 april året efter det år som redovisningen avser. Årsredovisningen ska godkännas av fullmäktige.

3.3 Uppräkning av budget

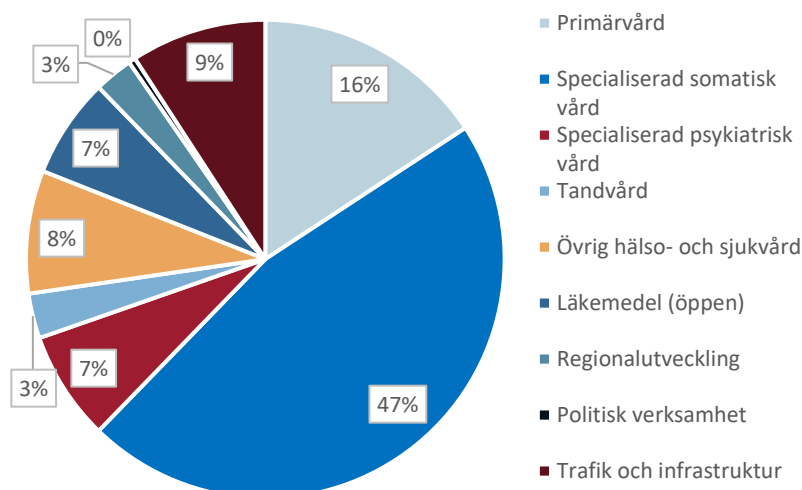
I regionernas förslag till budget återfinns olika uppräkningsfaktorer eller index som används för att räkna upp kostnaderna för exempelvis demografisk utveckling, löne- och prisutveckling och

medicinteknisk utveckling. Dessa kan kombineras med effektiviseringskrav som då blir en ”minuspost”.

Kommuner och regioner samt företag som är verksamma inom den kommunala sektorn använder ett speciellt framtaget prisindex för att budgetera, planera och genomföra upphandling. Indexet beskriver sektorns kostnadsutveckling och används som underlag vid beräkning av kostnadsutveckling av regionernas fasta löner och priser.(43) Indexet kallas Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) och tas fram av Sveriges Kommuner och regioner (SKR).⁹ LPIK tas fram av SKR genom att priset för löner, material och tjänster samt köpt verksamhet viktas till ett genomsnittligt pris. En prisförändring mellan två år skattas för varje grupp. Baserat på personalstrukturen viktas en total prisförändring, vilket innebär att förändringar i sammansättningar av ålders- och yrkeskategorier inte påverkar lönepriset.(44)

3.4 Regionernas kostnader per område

Enligt statistik från Sveriges kommuner och regioner, SKR uppgick regionernas kostnader¹⁰ år 2018 till 357 miljarder kronor.(45) Det största kostnadsområdet var specialiserad somatisk vård som uppgick till 47 procent, följt av primärvården med 16 procent, figur 3. Slutenvårdsläkemedel ingår i specialiserad somatisk och psykiatrisk vård, medan öppenvårdsläkemedel redovisas som egen post.

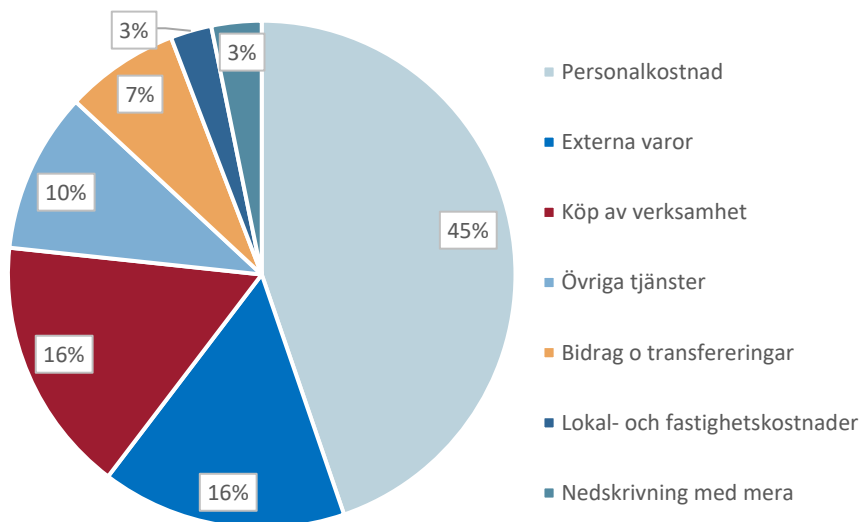


Figur 3. Fördelning av regionernas kostnader per område år 2018 (357 miljarder kronor)

⁹ Det finns även ett landstingsprisindex (LPI) som håller på att fasa ut, och det som skiljer sig åt mot LPIK är endast sättet att skatta löneförändringar.

¹⁰ SKR redovisar till Räkenskapsammandraget som samlar in intäkter/kostnader. Dessa intäkter och kostnader går in som variabler i de offentliga konsumtionsberäkningarna som är en del av Nationalräkenskaperna (inkl. Hälsoräkenskaperna) som använder begreppen utgifter/inkomster. Enligt e-postkommunikation med Fredrik Nilsson, SCB 20210305.

SKR redovisar vidare hur kostnaderna år 2018 fördelades på olika slag, där personalkostnader utgjorde den största delen (45 procent), följt av externa varor (16 procent) och köp av verksamhet (16 procent), figur 4.



Figur 4. Regionernas kostnader per slag år 2018 (357 miljarder kronor)

3.5 Regionernas finansiering

Verksamheterna för regionerna finansierades år 2018 till 70 procent av skatteintäkter och till 3 procent av taxor, avgifter och 5 procent ”övriga intäkter”.(45) Resterande intäkter till av regionerna (21 procent) utgjordes av olika statsbidrag, vilka brukar delas in i tre typer (46):

- Generella statsbidrag
- Statsbidrag för läkemedelsförmånerna
- Riktade statsbidrag

Generella statsbidrag (8 procent) omfattar den kommunalekonomiska utjämningen och används främst för att finansiera inkomstutjämningsystemet och strukturbidraget. *Statsbidrag för läkemedelsförmånen* (7 procent) innebär att regionerna erhåller medel för att ersätta kostnader för läkemedelsförmånerna och vissa andra läkemedel. *Riktade statsbidrag* (6 procent) är öronmärkta för ett visst ändamål. Inom området vård och omsorg har staten och SKR kommit överens om olika överenskommelser för riktade statsbidrag. De tre typerna av statsbidrag beskrivs i avsnitten nedan.

3.5.1 Generella statsbidrag

De generella statsbidragen omfattar systemet för kommunalekonomisk utjämning och där regleras också eventuellt utökad eller minskat uppdrag mellan staten och kommunsektorn enligt finansieringsprincipen.(46) Syftet med systemet för kommunalekonomisk utjämning är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla kommuner och regioner i landet så att invånarna ska kunna få likvärdig service oberoende av invånarnas inkomst och andra strukturella förhållanden.(47) De generella statsbidragen är inte avsedda för någon utpekad verksamhet, utan politikerna i respektive region beslutar hur de ska användas, på samma sätt som skatteintäkter.

3.5.2 Statsbidrag för läkemedelsförmånerna

Staten ger ett speciellt bidrag till regionerna för att ersätta kostnaderna för läkemedelsförmånerna, hepatit C-läkemedel och vissa andra läkemedel ex. sådana som förskrivs enligt smittskyddslagen. För hepatit C-läkemedel erhåller regionerna en ersättning motsvarande 70 procent av kostnaden. Dessutom ingår en solidarisk finansiering för vissa dyra läkemedel med mycket ojämn fördelning mellan regionerna, där regionerna står för en del av kostnaderna själv enligt en trappstegsmodell.(48) De tre sjukdomar som omfattas av den solidariska finansieringen är år 2020 Gauchers, blödarsjuka och HIV.(49)

År 2020 uppgår överenskommelsen för läkemedelskostnaderna till totalt 31 705 miljoner kronor, och fördelningen framgår av tabell 1.(50) Den del av bidraget som rör läkemedelsförmånerna och läkemedel för hepatit C baseras på en läkemedelsprognos som tas fram av Socialstyrelsen.(50) Statsbidraget fördelas mellan regionerna enligt en särskild *behovsmodell* och baseras på förbrukningen av läkemedel i olika åldrar givet kön, och med hänsyn till vissa socioekonomiska variabler.(48) För närvarande pågår en översyn av läkemedelssystemet, men för år 2020 är staten och SKR överens om att samma utformning och upplägg ska användas som i 2019 års överenskommelse. (50)

Tabell 1. Statsbidrag för läkemedelsförmånerna m.m. år 2020 (miljoner kronor)

	Överenskommet belopp
Läkemedelsförmånen	29 290
Övrigt	1 620
Hepatit C	795
Totalt	31 705

Utbetalning av statsbidraget för läkemedelsförmånerna sker per månad med 1/12 av årets bidrag, dock med två månaders eftersläpning.(49) Statens bidrag till regionerna för kostnaderna för

läkemedelsförmånerna är varken ett generellt eller öronmärkt bidrag utan beskrivs som ett särskilt bidrag. (51)

I överenskommelsen mellan staten och SKR 2020 framgår att staten och regionerna delar på utfallet av den återbäring som gemensamt framtagna avtal inom ramen för TLV:s arbete resulterar i. Det gäller för förmånläkemedel och för vissa läkemedel förskrivna enligt smittskyddslagen. Under 2020 ska 60 procent tillfalla regionerna och 40 procent tillfalla staten.

Överenskommelsen innehåller också en vinst- och förlustdelningsmodell som innebär att om regionernas totala kostnader för läkemedelsförmånen överstiger det överenskomna beloppet (29 290 miljoner kronor) med mer än 3 procent förbinder sig staten att finansiera 50 procent av avvikelsen över 3 procent. På motsvarande sätt ska en återbetalning ske till staten om de faktiska kostnaderna blir mer än 3 procent lägre än överenskommet belopp.(49)

3.5.3 Riktade statsbidrag inom området vård och omsorg

Riktade statsbidrag inom området vård och omsorg, där staten och SKR kommit överens och samarbetar, avser områden som anses särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. De riktade statsbidragen är öronmärkta och måste användas till att finansiera ett specifikt ändamål eller uppdrag. De flesta av de riktade statsbidragen betalas ej ut automatiskt utan måste sökas hos olika myndigheter.

För år 2020 avser överenskommelserna bland annat områdena En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (944 miljoner kronor), Förlossningsvård och kvinnors hälsa (937 miljoner kronor), Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider (447 miljoner, varav 320 miljoner till regionerna), Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2 896 miljoner) och En god och nära vård (6 250,5 miljoner, varav 5 551 till regionerna). En del av dessa medel har prestationskrav ex. kortare väntetid.(52)

B4 Kunskapsstyrning

4.1 Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård drivs av Sveriges regioner i samverkan och stöttas av Sveriges kommuner och regioner, SKR, en medlems- och arbetsgivarorganisation för regioner. Måldokumentet beskriver syftet med system att stödja regionernas arbete med att tillhandahålla vård av hög kvalitet som är kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv.(53) I kunskapsstyrningen ingår tre delar:

- kunskapsstöd
- uppföljning och analys
- stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap

Kunskapsstyrningen innebär att man arbetar på tre nivåer som samspekar med varandra: mikro, meso och makro. Mikro avser vårdteam, stödsystem och verksamhetschefer där arbetet ska ha fokus på patienternas behov samt kunskaps- och erfarenhetsspridning. Meso avser 21 regioner med hälso- och sjukvårdsledning, sex sjukvårdsregioner och samarbete med kommuner. Makro avser regioner i samverkan, SKR och staten. Genom att samarbeta och gemensamt ta fram kunskapsunderlag på nationell nivå kan man regionalt lägga mer på implementering och förbättringsarbete. Kvalitetsregistren utgör en viktig del i systemet för kunskapsstyrning. (53)

4.1.1 Programområden och samverkansgrupper

Nationell nivå

Nationella systemet för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård omfattar ca 25 nationella programområden (NPO), ex. hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk hälsa, reumatologiska sjukdomar.(54) Dessutom finns sju nationella samverkansgrupper (NSG), ex. läkemedel och medicinteknik, forskning och life science, patientsäkerhet, och metoder för kunskapsstöd.(55)

NPO och NSG består av experter med bred kompetens inom respektive område och representanter från samtliga sjukvårdsregioner. Uppdraget för NPO och NSG är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom området.(55) NPO och NSG tillsätter dessutom nationella arbetsgrupper (NAG) för att driva förbättringsarbete inom olika områden, exempelvis att ta fram eller se över nationella vårdprogram, eller att anpassa och implementera regionalt.

Regional och lokal nivå

Den regionala strukturen speglar den nationella. På sjukvårdsregional nivå finns ett regionalt programområde (RPO) för varje nationellt programområde. För att sprida kunskap vidare finns även motsvarande lokala programområden (LPO) för respektive region. För sjukvårdsregionerna Stockholm och Västra Götaland finns endast nivån RPO.

4.1.2 Nationellt ordnat införande av läkemedel

Ordnat införande av läkemedel är den del av regionernas samverkansmodell för läkemedel och ingår numera inom det nationella systemet för kunskapsstyrning.(56) Det innebär att regionerna samverkar för att uppnå en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel över hela landet. Majoriteten av de läkemedel som ingår i nationellt ordnat införande är rekvisitionsläkemedel och används inom slutenvården, men i vissa fall kan även receptläkemedel omfattas, beroende på regionernas behov.(57)

Rådet för nya terapier (NT-rådet) utser vilka läkemedel som ingår i nationell samverkan och har regionernas mandat att ge rekommendationer hur de ska användas.(58) NT-rådet bildades 2015 och, och kan ses som en utveckling av NLT-gruppen (Nya LäkemedelsTerapier) som bildades 2009.(59) NT-rådet bildades eftersom det fanns ett behov att arbeta regionövergripande med vissa frågor kring läkemedel för att säkerställa en rättvis, jämlik och ändamålsenlig läkemedelsanvändning för alla patienter i Sverige oavsett vilken region man bor i.(60)

Nationell nivå

Processen för nationellt ordnat införande består av ett antal steg. Det börjar med en spaning framåt, så kallad *horizon scanning*, där en arbetsgrupp med fyra regioner bestående av Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Östergötland kartlägger vilka nya substanser och indikationer som väntas bli godkända inom de närmsta 1-2 åren. Arbetsgruppen har dessutom särskild dialog med kontaktpersoner i regionerna. (61)

För att ett läkemedel eller indikation ska kunna beaktas för nationellt ordnat införande ska det uppfylla minst ett av följande kriterier:

- Stor patientpopulation
- Signifikant morbiditet förknippat med tillståndet
- Har potential att tillföra kliniska fördelar
- Innovativt sätt att behandla sjukdomen
- Potentiella kostnadskonsekvenser
- Kan leda till behov av omorganisation av vården
- Potential för påverkan på behandlingsriktlinjer och andra rekommendationer
- Potentiella säkerhetsaspekter att beakta
- Potentiellt högt media-/patientintresse

- För snabb eller för långsam introduktion kan förväntas efter ett godkännande
- Är potentiellt juridiskt, etiskt eller politiskt intressant

Hänsyn tas också till om substansen eller indikationen tillhör en växande läkemedelsgrupp eller terapiområde, är ett nytt sätt att behandla eller en ny läkemedelsgrupp och är relevant för svenska förhållanden. För läkemedel som bedöms kunna få en inverkan på vården skrivs en tidig bedömningsrapport fram som innehåller information om aktuellt kunskapsläge om behandling och vilka konsekvenser det kan få för vården. Ambitionen är att den tidiga bedömningsrapporten (för de läkemedel som valts ut) ska vara klar sex månader innan läkemedlet blir godkänt för försäljning.(61)

Beslut om ett läkemedel eller indikation ska ingå i den nationella processen för ordnat införande tas av NT-rådet, antingen baserat på den tidiga bedömningsrapporten från Horizon scanning eller genom att en region nominerar ett läkemedel för rekommendation av NT-rådet. Läkemedelsföretag kan inte nominera en produkt.(57)

För de läkemedel som hanteras genom nationell samverkan för ordnat införande avger NT-rådet en rekommendation till regionerna baserad på bland annat på TLV:s hälsoekonomiska värdering av rekvisitionsläkemedel. TLV:s avslutade hälsoekonomiska bedömningar finns att hämta på TLV:s hemsida om klinikläkemedel, och där listas även planerade och pågående bedömningar.(62)

NT-rådet kan initiera en *förhandling* med läkemedelsföretaget med målet att få till stånd en rabatt, vilket skulle bidra till att göra läkemedlet kostnadseffektivt. När förhandlingen avslutats, meddelar NT-rådets sin rekommendation och regionerna kan teckna avtal med företaget. Regionerna kan även upphandla rekvisitionsläkemedel gemensamt, och då oftast genom att en region erhåller fullmakt att genomföra upphandlingen för samtliga regioner. Storleken på rabatterna omfattas oftast av sekretess på företagets begäran.(63)

NT-rådets *rekommendation* utgår från de tre principerna i den etiska plattformen. I sin bedömning väger NT-rådet samman tillståndets svårighetsgrad, behandlingens effektstorlek, tillförlitligheten i det vetenskapliga underlaget och tillståndets sällsynthet, vilket sedan relateras till kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår från den hälsoekonomiska bedömningen. NT-rådets yttranden med rekommendationer till regionerna finns att hämta på Janusinfos hemsida. (64)

Regional och lokal nivå

När NT-rådet har beslutat om rekommendation har många av landets regioner egna processer för regionalt ordnat införande som tar vid. Dessa processer skiljer sig mellan regionerna. NT-rådets förhoppning är att rekommendationerna följs av regionerna för att säkerställa att vården ska bli jämlik mellan regioner. I varje region finns en kontaktperson för nationellt ordnat införande. Kontakt-

personen ansvarar för kontakten med sjukvården, för kommunikation av NT-rådets rekommendation och för stöd vid tillämpningen av råden.(65)

I regionerna är det Läkemedelskommittéerna (benämns Läkemedelsrådet i Skåne) och deras terapigrupper/lokala arbetsgrupper (LAG) som är expertorgan för läkemedelsfrågor. I deras arbete kan bland annat ingå att utarbeta läkemedelsrekommendationer och terapiråd, samt att bevaka och värdera nationella kunskapsunderlag.

4.2 Stöd för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

4.2.1 De tre principerna i den etiska plattformen

Prioriteringar görs inom alla områden, även hälso- och sjukvården, eftersom resurser är begränsade och behovet större än resurserna. Därför måste man på något sätt välja och prioritera hur befintliga resurser bäst används. Som stöd för hur prioriteringar görs i vården formulerades i Prioriteringsutredningen ”Vårdens svåra val” (SOU 1995:5) tre etiska principer(66), som därefter antagits av regeringens proposition ”Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop1996/97:60).(20, 67) I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (68) skrivs att vården ska ges på lika villkor och att den som har störst behov av vård ska få vård först.

Prioriteringarna i hälso- och sjukvården ska bygga på en värdegrund som innehåller tre principer, vilka utgör den så kallade etiska plattformen:

- *Människovärdesprincipen* innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, ex. ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning.
- *Behovs- och solidaritetsprincipen* innebär att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt av behandlingen. Om till exempel två olika behandlingar ger samma effekt så bör den som kostar mindre väljas.

Enligt riksdagens beslut är de tre principerna rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

4.2.2 Den nationella modellen för öppna prioriteringar

Som stöd för det praktiska arbetet med prioriteringar har Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet tagit fram ett stöddokument ”Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården”.(69) Den nationella modellen för öppna prioriteringar är ett verktyg för systematisk

rangordning av olika hälsotillstånd och dess åtgärder. Modellen är baserad på riksdagens riktlinjer för prioriteringar och dess etiska plattform, se bilagans avsnitt 4.2.1.

Stöddokumentet vänder sig till personer som planerar att genomföra ett prioriteringsarbete och behöver ett verktyg för att rangordna olika tillstånd och åtgärder utifrån den etiska plattformens tre etiska principer.

Prioriteringsmodellen kan användas vid prioritering inom alla typer av offentligt finansierad hälso- och sjukvård både inom och mellan olika prioriteringsområden i form av hälsotillstånd och dess vårdåtgärder på gruppnivå. Modellen innehåller åtta steg och resulterar i en sammanvägning och rangordning. För varje hälsotillstånd och åtgärd bedöms svårighetsgrad, patientnytta och kostnad i relation till patientnytta. Rangordningen anges i en tiogradig skala där 1 utgör högst prioritet och 10 lägst. Några absoluta kriterier för prioriteringsgraderna finns inte. Frågor kring vilka konsekvenserna en prioritering får måste besvaras regionalt och lokalt. Modellen kan användas för prioritering både horisontellt (mellan diagnosområden, specialiteter eller produktområden) och vertikalt (inom diagnos, specialitet etc.).

B5 Region Stockholm

Antalet invånare i Stockholms län var 2,38 miljoner den 31 december 2019.(70)

5.1 Organisation

Den politiska organisationen i Region Stockholm omfattar regionfullmäktige, regionstyrelsen samt nämnder, utskott och beredningar, liksom beskrivs i bilagans avsnitt 3.1. Uppdrag och ansvarsområden framgår i reglemente för regionstyrelse och nämnder. (39, 71)

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm ansvarar för att det finns ett utbud av hälso- och sjukvård som svarar mot befolkningens behov. *Vårdens kunskapsstyrningsnämnd* ansvarar för att leda kunskapsstyrningen inom Region Stockholms hälso- och sjukvård samt tandvård, till exempel nationella nivåstruktureringen av sjukvården, kunskapsstöd, vårdprogram, läkemedelsfrågor i patientperspektiv (introduktion, prioriteringar) och frågor om vårdens prioriteringar. *Stockholms läns sjukvårdsområde* (SLSO) är en nämnd som ansvarar för sin egen organisations verksamhet och bedriver hälso- och sjukvård inom områdena primärvård, psykiatri, geriatrik, ASIH, somatisk specialistvård samt habilitering och hjälpmedel. SLSO utövar också omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet inom dessa områden tillsammans med Karolinska Institutet (KI) och andra lärosäten.(72) Under nämnden lyder en förvaltning med samma namn (Stockholms läns sjukvårdsområde) som leds av en förvaltningschef. *Karolinska Universitetssjukhuset* är en nämnd som ansvarar för sin egen organisations verksamhet. Under nämnden lyder en förvaltning med samma namn (Karolinska Universitetssjukhuset) som leds av en förvaltningschef och som inför nämnderna är ansvariga för verksamheterna.(73)

Inom tjänstemannaorganisationen finns Regionledningskontoret och de olika förvaltningarna. *Regionledningskontoret* stödjer regionstyrelsen tar fram underlag och ger stöd i övergripande styrnings-, lednings- och samordningsfrågor.(74) *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen* (HSF) får uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden, till exempel att ta reda på hur behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård i regionen ser ut. Utifrån analyserna kan förvaltningen också lämna förslag till hälso- och sjukvårdsnämnden, som i sin tur kan beställa eller upphandla hälso- och sjukvård samt tandvård för barn och unga. *Läkemedelsenheten* är en del av HSF och tar bland annat fram prognoser kring regionens användning och kostnader av läkemedel. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer också upp vårdens resultat och kvalitet. Syftet med uppföljningarna är att säkerställa att vårdgivare, som tecknar avtal med Region Stockholm, levererar den vård som länets invånare behöver.(75)

Läkemedelskommittén är en rådgivande expertgrupp som arbetar med frågor kring läkemedel och läkemedelsnära medicinteknik och ska bidra till en säker, rationell och kostnadseffektiv användning

av läkemedel och läkemedelsnära medicinteknik. Bland de viktigaste uppgifterna för gruppens finns att granska evidens, att ge rekommendationer samt att sprida kunskap.(76)

Vidare finns en grupp för utvärdering som kallas *Metodrådet Region Stockholm – Gotland*. Metodrådet är en regional funktion för utvärdering av kunskapsläget kring nya och ifrågasatta metoder och processer inom vården (Health Technology Assessment, HTA). Metodrådets uppdrag är att stödja regionala intressenter i att göra en systematisk, vetenskaplig utvärdering.(77)

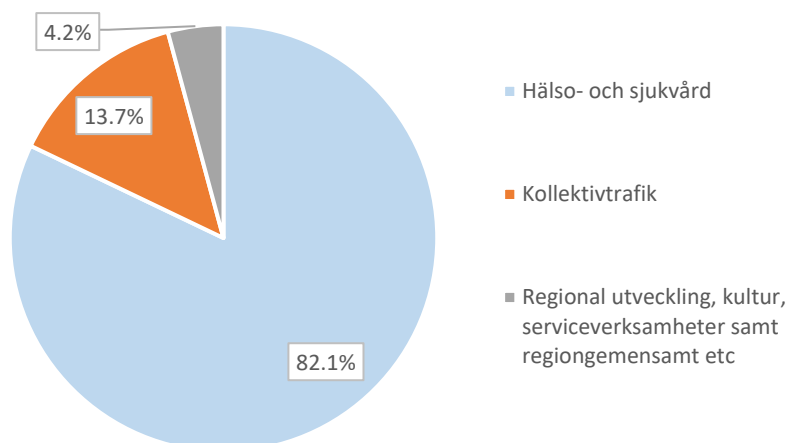
5.2 Region Stockholms budget 2020

I Region Stockholm börjar budgetprocessen i februari (n-1). Regionfullmäktige beslutar budgeten i november, och därefter tar nämnder och styrelser fram och beslutar verksamhetsplaner för budgetåret.(15)

I Budget 2020 för Region Stockholm presenteras inriktningsmålen som anger en övergripande inriktning för Region Stockholm:

- Långsiktig ekonomisk hållbarhet
- En hållbar regional utveckling
- Region Stockholm ska bli en hållbar arbetsgivare

Regionfullmäktige fastställde budgeten för 2020 den 19-20 november 2019. Budgeten innehåller bland annat Region Stockholms fördelning av verksamhetsanslag, resultatkrav och investeringsramar. Regionfullmäktige i Region Stockholm fastställde också skattesatsen för 2020 till 12,08 kronor. Nämnderna tillfördes 80,2 miljarder kronor i anslag år 2020 och majoriteten av anslaget, 63,6 miljarder eller 82,1 procent, används för hälso- och sjukvård. 13,7 procent går till kollektivtrafik och färdtjänst, 0,7 procent till kultur, medan resterande 3,6 procent går till övrigt som regional utveckling, serviceverksamheter samt regiongemensamt, figur 5.(78)



Figur 5. Region Stockholms fördelning av anslag till nämnder år 2020

I budgetdokumentet beskrivs att regionen sedan 2007 visat positiva resultat, och det skrivs att en ekonomi i balans med överskott är en nödvändighet för att finansiera de stora investeringar i hälso- och sjukvård och kollektivtrafik som är beslutade. (79)

5.3 Hälso- och sjukvården

5.3.1 Ersättningsmodell för sjukhusen

Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade under hösten 2019 beslut om en gemensam avtalsmodell för akutsjukhusen åren 2020-2023. (80, 81) Med den nya modellen ska en högre andel av ersättningen styras av dels hur mycket vård akutsjukhusen utför, dels hur måluppfyllelser kring exempelvis kvalitet nås. Totalersättningen utgör ersättning för en fastställd målvolym. Totalersättningen är ett belopp som är fastställt för varje kalenderår, och uppdelat i fyra delar:

- uppdragsrelaterad ersättning (basersättning för fasta kostnader) 54 procent
- produktionsrelaterad (rörlig) ersättning 40 procent
- målrelaterad ersättning 5 procent
- utvecklingsrelaterad ersättning 1 procent

Syftet med modellen och avtalen är att stimulera utveckling och kostnads kontroll. Separata avtal finns för de regionägda akutsjukhusen: Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus AB och S:t Eriks Ögonsjukhus AB. Uppdraget för Capio S:t Görans sjukhus styrs av ett avtal som är upphandlat i enlighet med Lagen om offentlig upphandling, LOU. Uppdraget för Norrtälje sjukhus regleras via en separat överenskommelse mellan Norrtälje sjukhus och Kommunalförbundet för Sjukvård och Omsorg Norrtälje. (80, 81)

5.3.2 Kostnadsansvar för läkemedel

Region Stockholm har ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel till vårdverksamheterna, vilket innebär att vårdgivare har kostnadsansvar för läkemedel. För vissa mycket dyra läkemedel delas kostnaden mellan HSN och vårdgivarna. Det huvudsakliga syftet med ett decentraliserat kostnadsansvar är att möjliggöra för vården att prioritera läkemedelsbehandlingen ur såväl ett patientperspektiv som ett ekonomiskt perspektiv och välja det sammantaget mest fördelaktiga. (81, 82)

För Region Stockholm gäller att vårdgivare i öppenvården ska ta över en del av kostnadsansvaret för läkemedel från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Denna övergång kallas KÖL (kostnadsansvar öppenvårdsläkemedel), och ansvaret är förtydligt i respektive vårdgivares avtal etc. Från år 2020

har de regionägda akutsjukhusen fullt kostnadsansvar för läkemedel i öppenvård (exklusive smittskyddsläkemedel).(83)

5.3.3 Mål för hälso- och sjukvården 2020

I budgeten för 2020 beskrivs att det nämndspecifika målet är en hälso- och sjukvård av god kvalitet som i sin tur har ett antal underrubriker: Vård på rätt plats, Vård i rätt tid, Säker vård, Effektiv vård, Stärkt folkhälsa och Vård med patienten i fokus.(79) Vidare beskrivs i budgeten 2020 att hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet under 2020 ska ha följande inriktning:

- Primärvården ska förstärkas.
- Tillgängligheten ska förbättras bland annat genom kortare köer.
- Vården för lätt till måttlig psykisk ohälsa för hela befolkningen ska byggas ut.
- Kvaliteten i vården ska förbättras genom stärkt kunskapsstyrning och uppföljning.
- Vårdkedjor ska utvecklas med fokus på sammanhållen vård, patientsäkerhet och patientens trygghet.
- Vården ska bli mer personcentrerad samtidigt som arbetet med att säkra vård på rätt nivå utvecklas.
- Patientens ställning och valfrihet i vården ska utvecklas.
- Det hälsofrämjande arbetet ska utvecklas.
- Moderna IT-stöd ska implementeras för att förbättra arbetsmiljö och stärka tillgängligheten till hälso- och sjukvård för invånarna.
- Genomföra beställning och uppföljning av att hälso- och sjukvård bedrivs kostnadseffektivt, är av god kvalitet och har hög tillgänglighet.

5.3.4 Budget 2020 för hälso- och sjukvården

Anslaget för hälso- och sjukvårdsnämnden uppgår enligt budgetbeslutet för år 2020 till 63,6 miljarder kronor, eller mer precist 63 589 miljoner kronor. (84) Det motsvarar en ökning på 1 564 miljoner kronor eller ca 2,5 procent från 2019. Fördelningen på de olika områdena ges i tabell 2.

Tabell 2. Fördelning av anslag inom hälso- och sjukvården (miljoner kronor)

Hälso- och sjukvård	Budget 2020
Somatisk specialistvård	32 428 047
Psykiatri	6 959 505
Primärvård	13 202 700
Äldresjukvård	3 686 510
Övrig köpt vård	5 429 405
Tandvård	1 202 323
Övrig verksamhet	680 041
Totalt	63 588 531

I verksamhetsplanen beskrivs att det finns ett betydande gap mellan det ekonomiska utrymmet och förväntade kostnader 2020. Förutsättningarna i budgetunderlaget på våren sommaren 2019 var att hälso- och sjukvårdsnämndens anslag för 2020 skulle öka med 3,1 procent, vilket i beslutet istället blev 2,5 procent. Den viktigaste orsaken till denna minskning är ett krav om effektivisering genom

att Region Stockholms minskade skatteintäkter när den nya modellen för kommunalekonomisk utjämning införs från och med 2020.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att hälso- och sjukvården i regionen möter befolkningens behov, och i ansvar ingår att beställa den hälso- och sjukvård, tandvård etc. som krävs. För akutsjukhusen infördes en ny avtalsmodell kring ersättning som började gälla för år 2020, se avsnitt 5.3.1. I verksamhetsplanens riskanalys framgår att akutsjukhusen riskerar få högre kostnader än budgeterat till följd av den nya ersättningsmodellen med förändrade volymer och vårdutbud.

Den interna budgeten för Karolinska universitetssjukhuset fanns ej offentligt tillgänglig.

5.3.5 Årsredovisning 2019

Region Stockholms årsredovisning för 2019 visade att resultatet för den samlade hälso- och sjukvården var –1 628 miljoner kronor, vilket motsvarade en avvikelse mot budget på -1 729 miljoner kronor. Skillnaden mot det budgeterade resultatet förklaras framför allt av högre kostnader för personal samt ökade kostnader för köpt hälso- och sjukvård samt övriga kostnader. Kostnaderna för personal (inklusive inhyrd) avvek från budget med – 1 379 miljoner kronor, varav 653 miljoner kronor avsåg kostnad för inhyrd personal. De åtgärder som beskrivs för att de större sjukhusen ska få en ekonomi i balans är att genomföra framtagna åtgärdsprogram som att få högre intäkter vid vård av utomlänspatienter, och åtgärder för att minska kostnaderna för material och provtagning. Dessutom skrivs att exempelvis man ska bli mindre beroende av inhyrd personal. (85)

Karolinska Universitetssjukhuset visade för 2019 ett negativt resultat på 1 867 miljoner kronor, vilket är en avvikelse mot budget på 1 587 miljoner kronor. De orsaker som anges för underskottet är främst personalkostnader, reparations- och underhållskostnader, kundförluster, kostnad för it-tjänster, material, läkemedel samt köpta externa sjukvårdstjänster. (85)

5.4 Granskning av hälso- och sjukvårdens kostnader

Landstingsrevisorerna granskade under 2017 hälso- och sjukvårdsnämndens analys och uppföljning av kostnader inför beslut, samt vilka förutsättningar de ger för en god ekonomisk hushållning. Behovet av granskning uppstod eftersom landstinget (regionen) under flera år haft en kostnadsökning som varit högre än den planerade. I rapporten beskrivs att nämnden vidtagit ett antal åtgärder för att minska kostnaderna, till exempel att kostnadsansvaret för läkemedel har decentraliserats.

Revisorerna konstaterar att konsekvensanalyserna behöver utvecklas på olika sätt, exempelvis att kvantifiera de ekonomiska konsekvenserna, förlänga tidsperspektivet för prognoser, inkludera effekter på andra områden samt risker och osäkerheter. Ett konkret exempel som beskrivs är att det

inte räcker att skriva att ett förslag ryms inom budget, utan i stället ska analysen innehålla en kvantifiering av vilka kostnader som förslaget medför över tid. I de prognoser som har granskats fokuserades ofta på innevarande och nästkommande års budget. Analyserna behöver göras mer utvecklade och enhetliga i hur de ekonomiska konsekvenserna av ett beslut och vilka systemeffekter, alltså effekter på andra områden som väntas uppstår.(4)

B6 Västra Götalandsregionen

Antalet invånare i Västra Götaland län var 1,73 miljoner den 31 december 2019.(70)

6.1 Organisation

Västra Götalandsregionen har liknande styrning och organisation som beskrivits i bilagans avsnitt 3.1 med regionfullmäktige, regionstyrelse, nämnder, styrelser, etc. Uppdrag och ansvarsområden framgår bland annat i reglemente för regionstyrelse.(86)

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ och har ett övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet.(87) I Västra Götalandsregionen finns fem *hälso- och sjukvårdsnämnder* med politiskt utsedda ledamöter: Göteborgs, Norra, Södra, Västra och Östra Hälso- och sjukvårdsnämnden. Nämndernas uppgift är att verka för en god hälsa och vård på lika villkor och har ett befolkningsansvar inom det egna geografiska området. De är *beställare*, vilket innebär att de utifrån befolkningens behov beställer den verksamhet som behövs genom att teckna avtal, upphandla och upprätta vårdöverenskommelser med olika utförare.(88) *Utförare* är Västra Götalandsregionens egna sjukhus, förvaltningar, verksamheter och bolag, men det kan också vara externa verksamheter som inte ägs av Västra Götalandsregionen.

Tjänstemannaorganisationen leds av regiondirektören, som ansvarar för samordning av VGR:s samtliga verksamheter. Regiondirektören leder även *koncernkontoret* som arbetar dels koncernövergripande, dels med direkt förvaltningsstöd för ett antal politiska organ.(89) *Koncernstab hälso- och sjukvård* har som uppdrag att driva, samordna och skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet i VGR, och ger stöd åt ägare, beställare och utförare. Till gruppen hör ett ledningsstöd och avdelningarna för kunskapsstöd, vårdgivarfrågor och vårdens digitalisering. En av enheterna är *Enheten för läkemedel och hjälpmedel*, som bland annat tar fram prognoser för kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen.

Det finns även expertgrupper som *Läkemedelskommittén*, som har en rådgivande expertfunktion och ska bidra till en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Bland arbetsuppgifterna finns bland annat utarbetandet av läkemedelsrekommendationer, terapiråd och regionala medicinska riktlinjer för läkemedel.(90) *Program- och prioriteringsrådets* uppdrag är att arbeta med gemensamma prioriteringar, riktlinjer och vårdprogram i VGR. Bland uppgifterna finns att utarbeta förslag till ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag, samt att bereda frågor och yttra sig över förslag till införande av nya läkemedel och medicinska metoder.(91)

6.2 Västra Götalandsregionens budget 2020

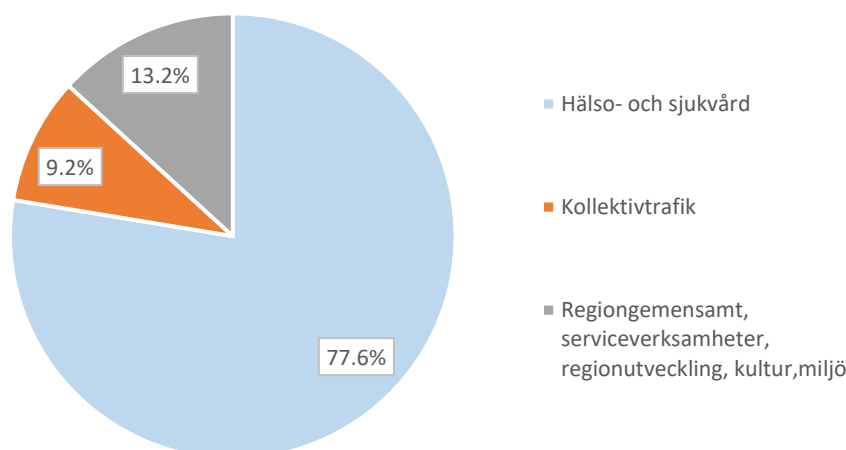
Västra Götalandsregionen har dokumentet ”Övergripande ramverk för budgetprocessen” med syfte att förtydliga ramverket kring koncernens budget samt nämnders och styrelsers arbete med överenskommelser, uppdrag och detaljbudgetar. Där beskrivs att processen börjar med att Koncernkontoret i början på året (n-1) lämnar ett planeringsunderlag med beskrivning av nuläget och utmaningarna till partierna inför budgetarbetet. Partierna fördelar sedan regionbidrag¹¹ till nämnder och styrelser samt formulerar den övergripande inriktningen för budget- och planperioden. Regionfullmäktige bör ta budgetbeslutet under juni året innan. Nämnder och styrelser bör innan oktober månads slut (n-1) ta beslut besluta om detaljbudget för nästkommande år. (13)

I Budget 2020 samt plan för ekonomin åren 2021-2022 för Västra Götaland regionen anges de övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska sträva mot. Målen är:

- Hållbar, innovativ och kreativ region
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård

Regionfullmäktige fastställde den 11 juni 2019 budgeten 2020 för Västra Götalandsregionen när de godkände förslaget från den styrande minoriteten Grönblå samverkan (M, L, C, KD, MP). Budgeten slår fast utmaningar, prioriterade mål och fokusområden samt plan för ekonomin 2021-2022. Regionbidraget för år 2020 är cirka 55,7 miljarder kronor, varav cirka 43,2 miljarder går till hälso- och sjukvården. Därtill kommer det riktade statsbidraget som uppgår till 2,1 miljarder, varav 1,5 går till hälso- och sjukvården. Regionfullmäktige beslutade samtidigt att på varje intjänad hundralapp betalas i Västra Götaland 11,48 kronor i regionskatt. Av regionbidragets totala budget går 77,6 procent till hälso- och sjukvård, 9,2 procent till kollektivtrafik, 2,1 procent till kultur, 1,7 procent till regionutveckling och miljö, samt 9,4 procent till serviceverksamheter och regiongemensamt, figur 6. (92, 93)

¹¹ Det tycks inte finnas någon tydlig definition av begreppet regionbidrag. Man skulle kunna beskriva det som de skattebaserade medel som regionen fördelar på nämnder, utförare etc. Därutöver har sjukhus intäkter till exempel i form av patientavgifter etc.



Figur 6. Västra Götalandsregionens fördelning av regionbidrag år 2020

6.3 Hälsa- och sjukvården

6.3.1 Ersättningsmodell

I Västra Götalandsregionen används beställar- och utförarmodellen. Det innebär att hälso- och sjukvårdsstyrelsen och de fem sjukvårdsnämnderna är beställare av vård.(94) Utifrån befolkningens behov beställer de den verksamhet som behövs och tecknar avtal, upphandlar och upprättar vårdöverenskommelser med olika utförare som regionens egna sjukhus. Befolkningens behov baseras bland annat på befolkningsutveckling, struktur, levnadsvillkor och levnadsvanor.(95) I vårdöverenskommelserna fastläggs inriktning, volym och ersättning för vård vid ett visst sjukhus för invånare i VGR. Ersättningen till Sahlgrenska från regionen är en blandning av fast och rörlig. (96)

6.3.2 Kostnadsansvar för läkemedel

I Västra Götalandsregionen är kostnadsansvaret för läkemedel generellt decentraliserat till förskrivande enhet, men det finns undantag med central finansiering, till exempel introduktionsfinansiering inom ramen för ordnat införande.(97) Introduktionsfinansieringen beskrivs i avsnitt 6.3.7.

6.3.3. Prioriterade områden

Prioriterade mål och fokusområden inom hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionens budget för 2020 avser: medicinsk kvalitet, digitala vårdformer, tillgång till vård och psykisk hälsa.(93, 98)

Den *medicinska kvaliteten* ska öka och den *organisatoriska effektiviteten* förbättras. Detta innebär bland annat att detaljstyrning av hälso- och sjukvården ska ersättas av tillsynsstyrning där mer ansvar, makt och befogenheter ska decentraliseras till första linjens chefer.¹² Antalet tillgängliga vårdplatser ska också öka, och samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommun ska minska överbeläggningarna.

Invånarnas tillgång till *digitala vårdformer* ska öka liksom verksamhetens användning av digitala lösningar. Detta kan ske genom att takten för implementering av digitala lösningar och artificiell intelligens ska öka, för bättre diagnostik och ökad patientsäkerhet.

Invånarnas *tillgång till den vård de behöver* ska öka. Detta kan uppnås genom att man premierar de vårdcentraler som kan erbjuda sina patienter en fast vårdkontakt. Samtidigt är målet att stärka tillgängligheten och att korta väntetiden för förstabesök och behandling.

Den *psykiska hälsan* ska förbättras liksom tillgängligheten till vård för personer med psykisk sjukdom, bland annat genom att korta väntetiderna för barn och ungdomar med psykisk hälsa.

6.3.4 Budget 2020 för hälso- och sjukvården

I Västra Götalandsregionens Budget för 2020 samt plan för ekonomin åren 2021-2022 återfinns fördelning av regionbidraget på de olika sjukvårdsstyrelserna och nämnderna. Den totala summan regionbidrag till hälso- och sjukvårdsnämnderna uppgår till 43,3 miljarder kronor, och fördelningen framgår av tabell 3. Hälso- och sjukvårdsnämndernas regionbidrag för 2020 och planåren 2021-2022 räknas generellt upp med uppräkningsfaktorn 2 procent per år för perioden, baserat på regionbidraget för 2019.(93)

Tabell 3. Regionbidragets fördelning inom hälso- och sjukvården (miljoner kronor)

Hälso- och sjukvård	Budget 2020
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen	11 252,8
Hälso- och sjukvårdsnämnderna	31 998,4
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden	5 473,5
Södra hälso- och sjukvårdsnämnden	4 292,8
Östra hälso- och sjukvårdsnämnden	5 295,7
Västra hälso- och sjukvårdsnämnden	6 547,3
Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd	10 389,1
Totalt	43 251,1

¹² Det framgår ej vad tillsynsbaserad styrning innebär. I en granskning av Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen publicerad i december 2020 rekommenderas regionstyrelsen att konkretisera på vilket sätt detaljstyrningen av hälso- och sjukvården ska ersättas av tillsynsstyrning, för att tydligare kunna styra mot fullmäktiges beslutade mål. [Granskning av hur regionstyrelsen och utförarstyrelserna i hälso- och sjukvården förbereder verksamheten för en mer tillsynsbaserad styrning.pdf \(vgregion.se\)](#)

I budgetdokumentet konstateras att hälso- och sjukvården i VGR är av hög kvalitet, men att kostnaderna samtidigt ökar i en hastighet som inte är hållbar på sikt samt att produktiviteten sjunker. En omställning som nämns är att resurser måste omfördelas från de stora sjukhusen till den nära vården.(93)

6.3.5 Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har tagit fram en verksamhetsplan och detaljbudget för 2020.(99) Sjukhusets styrelse har valt ett eget prioriterat mål: ”Vi är landets ledande universitetssjukhus”. Vidare arbetar sjukhuset under 2020 med förbättrad tillgänglighet, kortade köer och stärkt vårdproduktion i egen regi.

Verksamhetsplanen och budget 2020 baseras på vårdöverenskommelsen (VÖK) som beskriver inriktning, volymer och ersättning för den vård som ges på Sahlgrenska Universitetssjukhuset till invånarna i Västra Götalandsregionen. Av Sahlgrenska Universitetssjukhusets totala intäkter på 18,2 miljarder kronor utgör VÖK cirka 11,7 miljarder kronor (99), men detta syns ej explicit i tabell 4 utan ingår som såld vård internt. Sahlgrenska universitetssjukhusets detaljbudget för år 2020 framgår av tabell 4, och även budget respektive prognos för år 2019.

Tabell 4. Sahlgrenska universitetssjukhusets detaljbudget år 2020 (miljoner kronor)

Resultatsammanställning	Budget 2019	Prognos 2019	Budget 2020
Såld vård internt	12 181,1	12 053,4	12 502,0
Såld vård externt	1 087,7	1 175,0	1 250,0
Patientavgifter	172,8	160,0	160,0
Driftbidrag från nämnd inom region	1 169,7	1 169,7	1 225,0
Övriga erhållna bidrag	2 323,0	2 362,3	2 258,0
Försäljning av tjänster	717,8	678,5	730,0
Hysesintäkter	2,1	2,1	5,0
Försäljning av material och varor	27,7	27,7	30,0
Övriga intäkter	97,5	97,5	60,0
VERKSAMHETENS INTÄKTER	17 779,4	17 726,1	18 220,0
Personalkostnader, inkl. hyrd personal	-10 746,7	-10 574,6	-10 670,0
Köpt vård	-300,0	-399,0	-255,0
Läkemedel	-2 142,3	-2 165,5	-2 316,0
Verksamhetsanknutna tjänster	-559,6	-589,6	-618,0
Övriga tjänster, inkl. konsultkostnader	-562,0	-562,6	-569,0
Material och varor, inkl. förbrukningsmtrl	-1 278,0	-1 323,5	-1 486,0
Lokal- och energikostnader	-1 190,1	-1 190,0	-1 243,0
Lämnade bidrag	-49,9	-61,0	-34,0
Avskrivningar	-370,0	-370,0	-382,0
Övriga kostnader	-530,2	-563,8	-602,0
VERKSAMHETENS KOSTNADER	-17 728,8	-17 799,5	-18 175,0
Finansiella intäkter/kostnader	-50,6	-46,6	-45,0
RESULTAT	0	-120,0	0,0

I detaljbudgeten konstateras att Sahlgrenska under ett antal år haft ett ansträngt ekonomiskt läge, där kostnadstakten varit högre än intäktstakten. Det beskrivs vidare att flera nya uppdrag har lagts på sjukhuset samtidigt som finansiering är oklar eller saknas på lång sikt. Bland de åtgärder som tagits för att minska kostnaderna nämns att man i början av 2018 infört en mycket restriktiv anställningsprövning som medfört att kostnadsökningen för personal brutits.

6.3.6 Årsredovisning 2019

I Västra Götalands årsredovisning för 2019 framgår att underskottet i budgeten för hälso- och sjukvården motsvarade 629 miljoner kronor vilket motsvarade en avvikelse mot budget på -587 miljoner kronor. Vidare framgår att kostnaderna för läkemedel har ökat med 160 miljoner kronor (3,1 procent) till 5 339 miljoner kronor mellan 2018 och 2019. Trenden är en fortsatt ökning, men där ökningstakten är något lägre än tidigare. Den minskade ökningstakten är en effekt av dels lägre priser för hepatit C-läkemedel dels patentutgångar för läkemedel som förskrivs mot kroniska inflammatoriska sjukdomar (TNF-hämmare). Jämfört med budget syns en positiv avvikelse för läkemedel på 141 miljoner kronor.(100)

I årsredovisningen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisas en negativ budgetavvikelse om 71 miljoner kronor för år 2019, vilket är en förbättring i jämförelse med föregående år med 138 miljoner kronor. I sjukhusets årsredovisning beskrivs att en bidragande orsak till svårigheten att nå ekonomisk balans har varit att det fattas regionala kostnadsdrivande beslut utan att finansiering anvisats. Detta har inneburit att sjukhuset har fått kostnader utan finansiering vilket tvingar fram ytterligare besparingar i verksamheten. Bland de åtgärder som lyfts fram av Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att uppnå en hållbar ekonomi och kunna möta oförutsedda utgifter och behov är att förstärka sjukhusets ekonomiska reserver. En annan åtgärd som lyfts fram är att det bör finnas en klar finansiering för samtliga beslut som fattas som innebär en påverkan på sjukhusets kostnader.(101)

6.3.7 Ordnat införande och introduktionsfinansiering av läkemedel och medicinska metoder

Nya läkemedel och medicinska metoder utvecklas kontinuerligt och i snabb takt, vilket innebär att fler sjukdomar kan behandlas mer framgångsrikt. Detta behöver därför utvärderas så att de skapar verklig patientnytta genom förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och ökad överlevnad. I Västra Götalandsregionen kallas denna process för "ordnat införande", vilket innebär en strukturerad process med nominering, analys, prioritering, beslut, finansiering och implementering av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag. Ordnat införande med gemensam introduktionsfinansiering

för regionen syftar till att ta tillvara innovationer, implementera ny kunskap och underlätta ett likvärdigt införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag.(102)

År 2020 uppgick anslaget för ordnat införande till 423 miljoner kronor, enligt Hälso- och sjukvårdsstyrelsens detaljbudget.(23)

I Västra Götaland är det möjligt att nominera läkemedel och medicinska metoder till Ordnat införande vid tre tillfällen per år där så kallat stoppdatum är 15 mars, 15 augusti och 15 november. Detta är en regional process inom Västra Götalandsregionen, och avser inte det nationella ordnade införandet som beskrivs i bilagans avsnitt 4.1.2. I detta regionala ordnade införande har hälso- och sjukvårdsförvaltningarna, regionala programområden, terapigrupperna med flera möjligheter att föreslå nya läkemedel, indikationer och medicinska metoder att ingå i processen. Kriterier för ordnat införande är bland annat att det ännu inte är infört i rutinsjukvården och att det har betydande regionala konsekvenser, figur 7.(103)

- Frågan ska röra läkemedel, medicinteknisk produkt eller metod för införande rutinsjukvård. Med metod avses metoder inom hälso- och sjukvård för utredning, behandling och uppföljning. Centumbildning, ny organisering, verksamhetsutveckling, inmatning i register, FoU, strategiska utrustningsinvesteringar och IT-system hanteras inte inom ordnat införande.
- Läkemedlet, produkten eller metoden får inte vara infört i rutinsjukvård i regionen på nominerad indikation. Ordnat införande kan dock vara aktuellt om det föreligger en större ojämlikhet eller underanvändning i regionen och att ordnat införande är kopplat till regional plan för att åtgärda detta.
- Läkemedlet ska ha marknadsföringsgodkännande och den medicintekniska produkten ska vara CE-märkt.
- Det ska finnas ett vetenskapligt underlag för att ta ställning till patientnyttan.
- Ett införande ska medföra betydande regionala konsekvenser. Minst ett av nedanstående kriterier ska vara uppfyllt:
 - De årliga merkostnaderna i regionen ska uppgå till minst 2 mnkr om införandet ska ske på en vårdnivå och till minst 4 mnkr om införandet ska ske på flera vårdnivåer. De fyra vårdnivåerna är primärvård, länssjukvård, regionvård och nationell högspecialiserad vård.
 - Kräva större organisatorisk förändring som berör flera vårdnivåer eller flera utförare.
 - Komplexa etiska överväganden, till exempel principiellt nya etiska överväganden.

Figur 7. Kriterier för ordnat införande

Nomineringar till ordnat införande granskas och bereds av Program- och prioriteringsrådet (PPR) som har två beredningsgrupper: en för metoder och en för läkemedel. Beredningsgrupperna går igenom förslagen, analyserar och rangordnar dem. Utgångspunkt för PPR:s arbete med processen för ordnat införande är den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som beslutats av riksdagen. Grundläggande etiska principer är; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Regionens rangordningsmodell bygger på det arbetssätt som Socialstyrelsen tillämpar vid framtagandet av nationella riktlinjer.(104, 105) I Program- och prioriteringsrådets uppdrag ingår att bevaka om nya nationella riktlinjer och rekom-

mendationer innehåller nya läkemedel, indikationer eller metoder som bör beaktas i arbete. PPR utarbetar ett samlat förslag som överlämnas till hälso- och sjukvårdsdirektören för beslut i hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Beslut som tas inom processen ordnat införandet gäller i hela Västra Götalandsregionen.

I samband med beslut om att ett nytt läkemedel eller en ny behandlingsmetod ska införas i hälso- och sjukvården avsätts medel för de extra kostnader som införandet förväntas innebära för berörda verksamheter. Vid beslut om regiongemensam introduktionsfinansiering sker denna under två år. Medlen rekvireras av förvaltningarna allt eftersom kostnader uppstår i verksamheten. Efter att introduktionsfinansieringen upphör tas finansieringsansvaret över gemensamt av beställare och utförare i arbetet med vårdöverenskommelser och andra vårdavtal. Det är möjligt att ovan prioriterade åtgärder medför ett större eller mindre finansieringsbehov i vårdöverenskommelserna respektive vårdavtalen än det beräknade beloppet. Beställare och utförare förväntas arbeta proaktivt och kontinuerligt med utmönstring av läkemedel och metoder samt med att effektivisera sina processer för att skapa ekonomiska förutsättningar för att ta över finansieringsansvaret efter att introduktionsfinansieringen upphör.(104)

Denna process kan således innebära att NT-rådet rekommenderar en behandling, men att VGR:s egna process inte prioriterar denna. I Handlingsplan för utveckling av ordnat införande, beslutad av hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2017-11-29, §322, tydliggörs att i de fall en läkemedelsbehandling som rekommenderas av NT-rådet inte prioriteras i regionens process ska PPR utfärda en rekommendation om behandling kan införas eller om den inte bör införas tillsammans med en motivering kring varför den skiljer sig från NT-rådets.(104)

Under 2017 uppstod kritik mot VGR:s ordnade införande eftersom ett nytt läkemedel, en immunterapi mot cancer, som fått en positiv rekommendation av NT-rådet på nationell nivå den 30 juni 2016, inte fick klartecken i VGR förrän den 22 februari 2017. En viktig anledning var att det år 2017 endast fanns två tillfällen för att beslut om ordnat införande. En klinik i VGR hade därför valt att behandla med annat läkemedel än det som NT-rådet nu rekommenderade, eftersom det annars skulle innebära att hela kostnaden skulle hamna på den ordinerande enheten. Den ökade kostnaden skulle betyda att enheten hade fått prioritera bort andra patientgrupper.(106) Sedan 2018 tas beslut om ordnat införande vid tre tillfällen per år.

6.4 Granskning av Västra Götalandsregionen

6.4.1 Granskning av vårdöverenskommelsen

Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen fick i uppdrag av revisorskollegiet att beskriva processen för vårdöverenskommelserna (VÖK) ur ett redovisningsperspektiv. Orsaken är att under flera år har både beställare och utförare i anslutning till den årliga ansvarsprövningen lyft problem med styrmodellen i form av beställar- och utförarmodellen och VÖK som används i Västra Götalandsregionen. De kommentarer som då tagits upp med revisorerna är att vårdöverenskommelserna är underfinansierade, beställningarna är oprecisa och tillkommande uppdrag inte är finansierade. Revisorskollegiet har vid flera tillfällen kritiserat styrmodellen om att den varken är ändamålsenlig eller tydlig för styrning och ledning. Rapporten har avgränsats till att undersöka Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd som beställare och Frölunda specialistsjukhus som utförare, och publicerades år 2019.(107)

Det framkommer av granskningen att när budget läggs för VÖK-arbetet baserar man det på tidigare års kostnader. Varje hälso- och sjukvårdsnämnd tecknar VÖK med de sjukhus som finns inom nämndens område och har länssjukvårdsuppdrag. I granskningen framgår att det är svårt för en nämnd att fatta beslut om enskilda beställningar utan att det påverkar andra nämnders utrymme. En slutsats är att det granskade sjukhusets intäkter inte täcker kostnaderna. Ledningen på det granskade sjukhuset betonar att det är viktigt att beställare och utförare har en gemensam bild och kunskap kring förutsättningar och ramverk för att driva hälso- och sjukvård.

Liknande slutsatser framkom i en granskning av ändamålsenligheten i Hälso- och sjukvårdsnämndens beställarroll som publicerades 2018, där en av iakttagelserna är att systemet inte är ändamålsenligt utformat för att styra och följa upp beställning av sjukhusvård. (108)

6.4.2 Granskning av ekonomiska obalanser inom hälso- och sjukvården

Revisionsenheten granskade under 2019 om Regionstyrelsen har vidtagit ändamålsenliga och tillräckliga åtgärder för att komma till rätta med ekonomiska obalanser i hälso- och sjukvården. Orsaken är att Västra Götalands sjukhus under flera år visat på ökande underskott. Det konstateras att personalkostnaderna utgör ca 60 procent av sjukhusens totala kostnader och är den viktigaste orsaken till ökning av bruttokostnaden. I de detaljbudgetar som granskats framkommer att sjukhusen pekar ut ett antal problem som till exempel ingående obalanser, låg indexuppräknings jämfört med beräknade löne- och prisökningar 2019 och flera extrakostnader till följd av regionala beslut.(6)

I revisionsgranskningen beskrivs att sjukhusens detaljbudgetar uppvisar stora brister. Även om sjukhusen listade åtgärder för att minska kostnaderna konstaterar revisorerna att det inte finns detaljerade bedömningar av vilka besparingseffekter som uppstår på exempelvis berörda verksamheter. En annan observation är att sjukhusen tvingas verka i en styrmiljö som både är alltför komplex, instabil och otydlig. I rapporten beskrivs ”styrmodellen inom hälso- och sjukvården har lappats och lagats i så stor utsträckning att det idag kan ifrågasättas om regionen har någon tydlig styrmodell efter alla justeringar. ”Regionstyrelsen rekommenderas att utveckla styrmiljön så att den ger mer långsiktiga och stabila förutsättningar för sjukhusstyrelserna. I granskningen konstateras också att även om regionstyrelsen haft dialog med sjukhusen har de inte tagit hänsyn till sjukhusens önskemål om mer stabila planeringsförutsättningar.

B7 Region Skåne

Antalet invånare i Skåne län var 1,38 miljoner den 31 december 2019.(70)

7.1 Organisation

Region Skåne har liknande styrning och organisation som beskrivs i bilagans avsnitt 3.1 där *regionfullmäktige* är det högsta beslutande organet och *regionstyrelsen* leder och samordnar. Uppdrag och ansvarsområden framgår i reglemente för regionstyrelse och nämnder. (109, 110)

Inom den politiska organisationen är det *Hälso- och sjukvårdsnämnden* som ansvarar för att bedöma det samlade behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård i Skåne.(111)

Inom förvaltningen har *koncernkontoret* uppdraget att stödja regionstyrelsen och även ansvaret för den samlade förvaltningsorganisationen. Koncernkontoret arbetar bland annat med frågor som rör regional utveckling, folkhälsa och miljöfrågor, hälso- och sjukvårdsplanering, kommunikation, ekonomi och HR. *Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning* bistår politikerna i att utveckla och följa upp den skånska hälso- och sjukvården med utgångspunkt från det samlade behovet av vård. Inom avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning finns även *Område läkemedel* som bland annat tar fram prognoser för utvecklingen av läkemedelskostnader i Region Skåne.

Det finns även ett *Kunskapsstyrningsråd* som har som uppdrag att leda, styra och samordna Region Skånes kunskapsstyrning. Rådet leds av chefen för enheten för kunskapsstyrning och FoU på Koncernkontoret, och i rådet ingår representanter från Region Skånes förvaltningar och har även representanter från kommun, patientförening och privata vårdgivare. Bland uppdragen finns bland annat att fastställa riktlinjer och vårdprogram, stödja arbetet med regiongemensamma prioriteringar och samordnar uppföljning av Region Skånes kunskapsstyrning.(112)

Region Skåne knyter även till sig rådgivande experter som kan ge nya perspektiv och lösningar på viktiga frågor.(113) Bland de rådgivande organen finns Läkemedelsrådet och Metod- och prioriteringsrådet. *Läkemedelsrådet* är ett expertorgan som utvecklar och samordnar läkemedelsfrågor inom Region Skåne. Bland uppgifterna ingår att ta fram Skånelistan med rekommenderade läkemedel, vara det medicinska expertorganet vid upphandling av läkemedel, följa forskrivningsmönster och kostnader, samt utbilda och informera.(114) *Metod- och prioriteringsrådet* består av experter inom olika områden, såsom medicin, etik och hälsoekonomi. Det är en del av den nationella strukturen för kunskapsstyrning.(115) Rådet lämnar yttranden till hälso- och sjukvårdsdirektören för fastställande och beslut om vidare hantering, och deras uppdrag och organisation beskrivs i arbetsordningen.(116) Rådets fokus ligger på metoder som inte redan har genomgått HTA-bedömning eller motsvarande.

7.2 Region Skånes budget 2020

År 2019 togs beslut i Region Skåne om en förkortad övergripande budgetprocess. Det innebär att regionfullmäktiges beslut om verksamhetsplan och budget tidigareläggs till juni månad, från att tidigare ägt rum i oktober. En av fördelarna är att det ger mer tid för nämnder och styrelser att bereda och besluta om internbudgetar i god tid inför nytt verksamhetsår.(117)

I februari året innan beslutar regionstyrelsen om arbetsprocessen och budgetplanering för yttrande skickas ut till angivna nämnder. I juni tar först regionstyrelsen och strax därefter regionfullmäktige budgetbeslut, medan i oktober (n-1) tar styrelser och nämnder beslut om internbudget och verksamhetsplan.(14)¹³

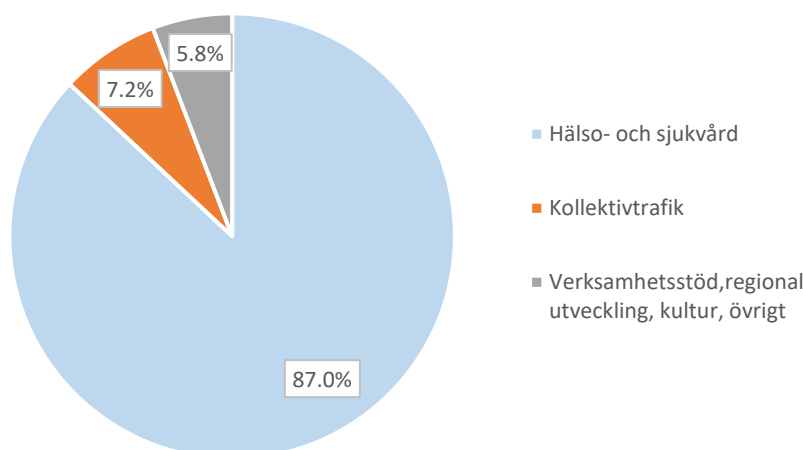
I budget och verksamhetsplanering för 2020 (118) beskrivs regionens övergripande mål som är styrande för verksamheten och påverkar inriktning och mer specifika uppdrag. Målen är:

- Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet
- En drivande utvecklingsaktör
- Attraktiv arbetsgivare
- En långsiktigt stark ekonomi

Regionfullmäktige i Region Skåne beslutade den 17-18 juni 2019 det totala regionbidraget¹⁴ till 42,7 miljarder kronor för budgetåret 2020. Regionbidraget ökade med 1,6 miljarder kronor (3,9 procent) jämfört med budgetår 2019, från 41,1 till 42,7 miljarder. Majoriteten av regionbidraget, 87,0 procent, går till hälso- och sjukvården, 7,2 procent går till kollektivtrafiken, 0,7 procent till kultur, 0,5 procent till regional utveckling och 4,6 procent till verksamhetsstöd och övrigt, figur 8. Regionfullmäktige fastställde samtidigt skattesatsen till 11,18 kronor.(118)

¹³ I dokumentet från Region Skåne beskrivs fler detaljer och ett ”budgethjul” visar de olika budgetstegen under ett år. [Budget och uppföljningsplan 2019, beslut rsau 29 jan. NY.pdf \(skane.se\)](#)

¹⁴ Det tycks inte finnas någon tydlig definition av begreppet regionbidrag. Man skulle kunna beskriva det som de skattebaserade medel som regionen fördelar på nämnder, utförare etc. Därutöver har ex. sjukhus intäkter i form av patientavgifter etc.



Figur 8. Region Skånes fördelning av regionbidrag år 2020

I Region Skånes budget 2020 beskrivs att regionens finansiella ställning är svag, med tredje svagast soliditet i Sverige. Vidare framkommer att det trots tidigare förbättringsarbete krävs ytterligare åtgärder för att förbättra ekonomin.(118)

7.3 Hälsa- och sjukvården

7.3.1 Ersättningsmodell för sjukhusvård

Sjukhusvård och psykiatri ersätts i Region Skåne i huvudsak baserat på anslag, vilket innebär ett på förhand bestämt totalbelopp som betalas ut utan direkt koppling till en viss kvantitet av produktion. Ersättningsmodellen infördes år 2012 och ersatte en DRG-baserad prestationsersättning.(119) Syftet att ändra ersättningsmodell var att stödja utvecklingen av öppna vårdformer och andra strukturella förändringar. Andra orsaker till den nya modellen var ökad kostnadskontroll, ökad möjlighet att styra på effektivitet och mot resultat samt att stimulera förvaltningarna att optimera sina vårdprocesser.(118)

7.3.2 Kostnadsansvar för läkemedel

Ansvar för läkemedelskostnader i Region Skåne delas upp på olika typer av läkemedel. Kostnadsansvaret för läkemedel inom förmånen är i Region Skåne sedan 2009 uppdelat på två typer av förmånläkemedel: basläkemedel och klinikläkemedel. (120) Region Skåne har tagit fram en lista där det framgår vad som är basläkemedel respektive klinikläkemedel.(121)

För *basläkemedel*, det vill säga läkemedel som förskrivs främst inom primärvården, finns ett befolkningsbaserat kostnadsansvar. Fortfarande delas kostnadsansvaret för basläkemedel mellan hälso- och sjukvårdsnämnden (20%) och hälsovalsenheterna (80%), men kostnadsansvaret ska succesivt utökas till att slutligen helt ligga på hälsovalsenheterna. (120)

För *klinikläkemedel*, d.v.s. läkemedel som förskrivs främst av specialister på sjukvårdsförvaltningarna, gäller förskrivarbaserat kostnadsansvar (100%). (118)

Rekvissionsläkemedel avser läkemedel som framför allt ges till ineliggande patienter. För läkemedel som rekvireras till vården har rekvirerande enhet normalt kostnadsansvar. Det finns inte någon särskild läkemedelsbudget för detta på central nivå. (118)

Vissa läkemedel är *solidariskt finansierade*, vilket bestäms nationellt och främst berör genetiska sjukdomstillstånd som har en ojämn geografisk utbredning, se bilagan avsnitt 3.5.2. (118)

7.3.3 Prioriterade områden för hälso- och sjukvården 2020

Prioriterade områden för hälso- och sjukvården för budgetår 2020 och planperioden är primärvården, psykisk hälsa, akutsjukvården, cancervården samt förlossningsvård, neonatalvård och kvinnors hälsa.(118, 122)

Akutsjukvården omfattar akuta insatser på alla vårdnivåer: primärvård, sjukhus och hemsjukvård, och ska göras mer tillgänglig och effektiv. Det kräver bland annat en långsiktig tillgång till både specialistläkare och specialistsjuksköterskor. I regionens verksamhetsplan och budget för 2020 (118) framgår att 13 miljoner kronor ska avsättas för ytterligare en dygnsambulans i Malmö och att 22 miljoner satsas på att skapa fler intensivvårdsplatser och intermediära platser.

Cancervård lyfts också fram som ett prioriterat område, och vikten av preventivt arbete lyfts fram. Det beskrivs vidare att kostnaderna för cancerläkemedel vänta söka och att man i Region Skåne kommer fortsätta utveckla uppföljningen av kostsamma läkemedel. Vidare kommer screening för kolorektalcancer att införas för åldern 60-74 år, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation och beslut i Södra regionsjukvårdsnämnden.

För *primärvården* är målet att utveckla och stärka den som navet i hälso- och sjukvården och koordinera patienternas vårdprocesser med kommunala hälso- och sjukvården samt sjukhusen. Region Skåne beskriver att vården blir effektivare när den ges på rätt nivå och att fler uppdrag därmed ska flyttas till primärvårdsnivå. I regionens verksamhetsplan och budget för 2020 (118) beskrivs att det år 2020 satsas 250 miljoner kronor utöver ordinarie uppräknings. Primärvården ska stärkas under planperioden genom en fortsatt ökad andel av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten.

Förlossnings-, neonatalvård och kvinnohälsa ska vara prioriterade områden, där exempelvis vårdplatser för eftervård ska finnas kopplat till alla förlossningsavdelningar och öppen eftervård ska byggas ut. Hälsöfrämjande åtgärder kring ex. övervikt och rökning bland gravida behöver stärkas. För området Förlossnings-, neonatalvård och kvinnohälsa finns också statliga satsningar med riktade medel.

God vård vid *psykisk ohälsa* lyfts fram som ett prioriterat område då den psykiska ohälsan ökar. I Region Skånes Strategisk plan för psykisk hälsa 2017-2023 beskrivs ramarna för hur utvecklingen på området ska ske. (123) På detta område finns även statliga satsningar med riktade medel.

7.3.4 Budget 2020 för hälso- och sjukvården

I Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2020 med plan för 2021-2022 återfinns fördelning av regionbidraget på de olika sjukvårdsstyrelserna och nämnderna. Den totala summan regionbidrag för hälso- och sjukvård uppgår till 37,2 miljarder kronor, och fördelning beskrivs i tabell 5. Som en kompensation för löne- och prisuppräknning (LPIK) har regionbidragen räknats upp med 2,5 procent för sjukhusstyrelser, psykiatri och primärvård samt med 3,0 procent för habilitering- och hjälpmedelsverksamhet. Demografiuppräknning har inte gjorts för år 2020. Uppdraget har getts ett effektiviseringskrav om 2 procent. (118)

Tabell 5. Regionbidragets fördelning inom hälso- och sjukvården (miljoner kronor)

Hälso- och sjukvård	Budget 2020
Psykiatri-, habiliterings- och hjälpmedelsnämnden	3 258,6
Sjukhusstyrelse Sus	10 472,0
Sjukhusstyrelse Landskrona	270,3
Sjukhusstyrelse Helsingborg	2 674,3
Sjukhusstyrelse Ängelholm	442,1
Sjukhusstyrelse Kristianstad	1 683,8
Sjukhusstyrelse Hässleholm	677,7
Sjukhusstyrelse Ystad	890,2
Sjukhusstyrelse Trelleborg	519,5
Primärvårdsnämnd	613,7
Medicinsk service	490,6
Hälso- och sjukvårdsnämnden	15 086,4
Anslag E-hälsa till regionstyrelsens förfogande	93,0
Totalt	37 172,2

I Region Skånes uppdrag för vård i egen regi 2020 förtydligas att uppdraget inte innehåller några fastslagna volymer som ska uppnås. Däremot ska antalet unika patienter och produktionsvolym följas upp på regelbunden basis och jämföras med året innan, för att kunna mäta effektivitet och produktivitet. För de övergripande målen och delmål till årets prioriterade områden i Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård följs upp med ett antal utvalda indikatorer.(124)

Sjukhusstyrelser och nämnder ska baserat på regionbidraget fastställa en verksamhetsplan och internbudget.(124) I avsnitt 7.3.5 beskrivs verksamhetsplan och internbudget övergripande för sjukhusstyrelse Sus. Alla styrelser har ett övergripande ansvar för att verksamheternas resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet.

7.3.5 Sjukhusstyrelse Sus

Sjukhusstyrelse Sus har tagit fram en verksamhetsplan och internbudget,(125) som beskrev Sus fyra övergripande mål:

- Medicinska resultat av högsta kvalitet
- Rätt vård i rätt tid
- Framstående forskning, utbildning och utveckling
- Nöjda patienter och närstående samt allmänhetens förtroende

Varje verksamhetsområde (VO) ansvarar verksamhetsområdets ledningsgrupp för att mål och aktiviteter inom det egna området samordnas, prioriteras, dokumenteras och att resultatet följs upp.

I dokumentet skrivs att ”utifrån förutsättningarna i intäktsbudgeten skall en kostnadsbudget beslutas som medger ett 0-resultat”. Därefter beräknas Sus kostnadsbudget i två steg: först görs antagande om kostnaderna år 2020 innan effektivisering vilket ger ett första resultat, därefter framgår storleken på behovet av besparing och effektivisering så att det kan riktas per kostnadsslag. Utifrån prognosticerat utfall för 2019 per kostnadsslag räknas detta upp. Tillsammans med kapitalkostnader gav det ett resultat och effektiviseringsbehov på -590 miljoner kronor för Sus.

Budgeten 2020 för Sus verksamhetsområden och avdelningar utgår från budget 2019 och räknas upp med LPIK (prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner) för höjda löner och priser. Regionens effektiviseringskrav på 2 procent fördelas inom Sus per verksamhetsområde och centrala avdelningar proportionellt utifrån 2019-års kostnadsbudget.

Beslut om internbudget för sjukhusstyrelse Sus togs den 18 oktober 2019. Därefter gjordes justeringar i budget med anledning av bland annat beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden. Reviderad internbudget antogs 19 november 2019, och framgår av tabell 6.(126) I tabellen presenteras även budget och prognos för 2019 som jämförelse.

Tabell 6. Skånes universitetssjukhus budget år 2020 (miljoner kronor)

Resultatsammanställning	Budget 2019	Prognos 2019	Budget 2020
Regionbidrag	10 209,2	10 209,2	10 472,0
Patientavgifter	134,0	134,0	135,8
Försäljning av verksamhet, varor och tjänster	2 859,5	2 896,5	3 120,9
Övriga intäkter och bidrag inkl statsbidrag	1 004,4	981,6	877,2
VERKSAMHETENS INTÄKTER	14 207,1	14 221,4	14 605,8
Personalkostnader	-7 999,2	-8 192,1	-8 240,3
Kostnader för inhyrd personal	-104,0	-108,0	-100,8
Köp av verksamhet, material och tjänster	-1 985,8	-2 046,6	-1 998,7
Läkemedel	-1 767,9	-1 782,9	-1 854,4
Övriga kostnader och bidrag	-2 093,2	-2 134,7	-2 151,9
VERKSAMHETENS KOSTNADER	-13 950,0	-14 264,3	-14 346,1
Kapitalkostnad	-257,1	-242,1	-259,7
RESULTAT	0	-285,0	0

Åtgärderna som Sus arbetar med för att nå ekonomisk balans sker dels med verksamhetsspecifika handlingsplaner, dels med förvaltningsövergripande åtgärder. Varje verksamhet ska löpande ta fram handlingsplaner för att säkerställa att verksamhetsområdets ekonomiska resultat är i balans. Det konstateras i dokumentet att sjukhusets kostnadstakt måste avta.

7.3.6 Årsredovisning 2019

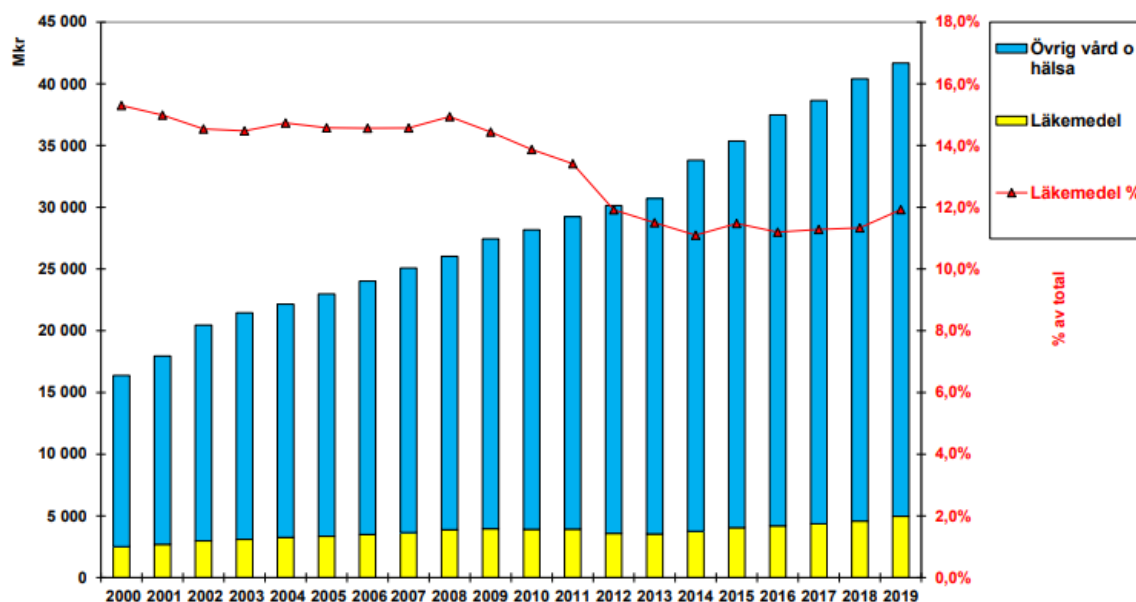
I Region Skånes årsredovisning och bokslutsrapporten för 2019 framgår att hälso- och sjukvårdssektorn har ett sammanlagt resultat på -840 miljoner kronor vilket motsvarade en avvikelse mot budget på -877 miljoner kronor. Huvudorsaken anges vara kraftigt ökade kostnader för köpt vård. Köpt vård avser den vård som köpts för vårdgarantipatienter exempelvis från andra landsting och regioner. Övrigt underskott i sjukvården är kopplat till sjukhusstyrelserna och den somatiska sjukhusvården. Läkemedelskostnaden ligger några procent lägre än budgeterat, vilket förklaras som en kombination av arbetet med kunskapsstyrning och ekonomisk styrning.(127, 128)

Kostnaderna för inhyrd personal av läkare och sjuksköterskor från bemanningsföretag ökat med cirka 30 procent mellan 2018 och 2019. Tidigare har kostnaderna för inhyrd bemanningspersonal minskat under ett antal år.(128)

7.3.7 Läkemedelskostnader 2019

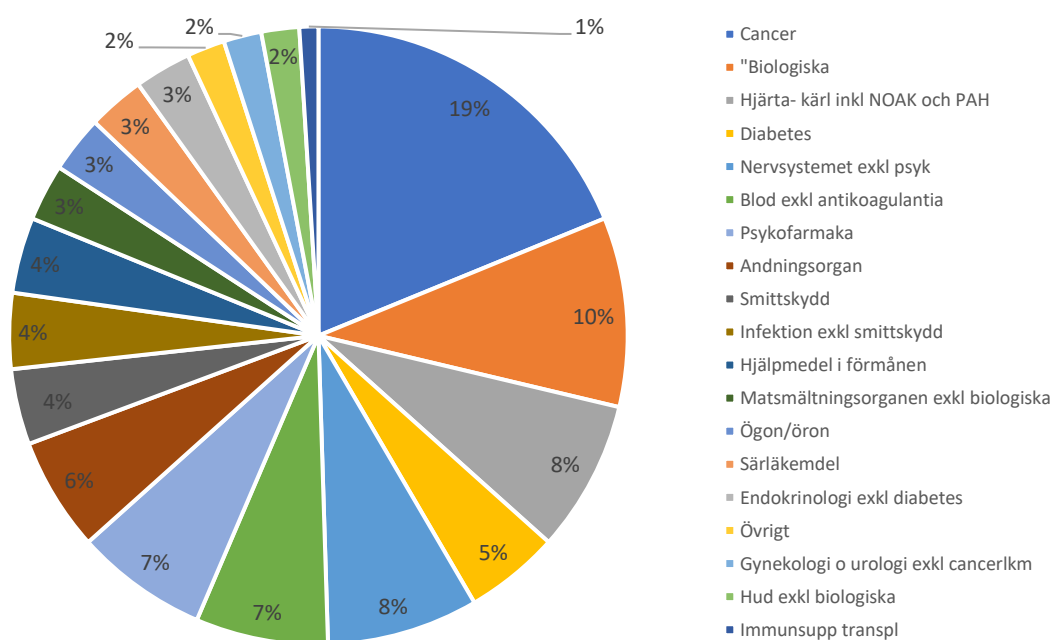
Läkemedelskostnaderna i Region Skåne uppgick år 2019 till 5,3 miljarder kronor vilket motsvarar en ökning med 4,8 procent jämfört med 2018. Detta avser totala bruttokostnader för läkemedel inom förmån och rekvisition, smittskyddsläkemedel och handelsvaror inom förmånen. Däremot innebär sidoöverenskommelserna att det finns sekretessbelagda rabatter, vilket innebär att försäljningsdata i

bruttopriser inte ger hela bilden, särskilt gäller detta läkemedel inom cancer och hepatitis samt vissa biologiska läkemedel inom ex. reumatologi. Figur 9 visar utvecklingen av kostnader inom vård och omsorg i Region Skåne under 2000-talet. Statistiken visar bland annat att läkemedel under 2019 utgjorde cirka 12 procent av de totala kostnaderna för vård och hälsa inom region Skåne.(129)



Figur 9. Kostnader för läkemedel respektive övriga kostnader inom Vård och hälsa Region Skåne 2000-2019 samt läkemedelskostnadens andel av totalkostnaden

Figur 10 visar storleken på olika läkemedelsgrupper för 2019, där de tre största är cancer, biologiska och hjärt-kärl.(129)



Figur 10. Läkemedelskostnad (brutto) fördelad per läkemedelsgrupp. År 2019

7.4 Granskningar av Region Skåne

7.4.1 Granskning av budgetprocessen

Under flera år har Region Skåne redovisat väsentliga avvikelser mellan budget och utfall, framför allt inom området vård. Därför fick PWC i uppdrag av Region Skånes revisorer att under hösten 2019 undersöka om budgetprocessen är ändamålsenlig och effektiv, med visst fokus på hälso- och sjukvårdsdelen.(7)

Den sammanfattande revisionsbedömningen är att budgetprocessen i Region Skåne varken är ändamålsenlig eller effektiv. Processen är otydlig och det saknas ett dokumenterat, systematiskt och enhetligt arbetssätt vilket negativt påverkar möjligheten att få en ekonomi i balans. PWC konstaterar också att det interna budgetarbetet i nämnder och styrelser i varierande omfattning är ändamålsenligt, exempelvis genom att det finns tydliga anvisningar och en fastställd tidplan för budgetarbetet. I granskningen framkom att endast 7 av 16 har tagit fram interna anvisningar och tidplaner. Bland de som inte tagit fram det finns bland annat regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukhusstyrelse SUS.

Det bedöms också att regionstyrelsen och dess arbetsutskott brustit i beredningen av budgeten för 2020, bland annat eftersom de inte begärt in yttranden från alla nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvård, utan hälso- och sjukvårdsnämnden har fått ett övergripande ansvar.

Ett exempel på brister som beskrivs är att Regionstyrelsen hade beslutat om en mall för yttrande där nämnder och styrelser skulle ge en beskrivning av verksamhetens tre största och viktigaste utmaningar, samt redovisa förbättringsarbeten som krävs för att nå verksamhetsmålen med en budget i balans år 2020 och 2021. Däremot efterfrågas inga specifika ekonomiska redogörelser i yttrandet. PWC beskriver att det i intervju med företrädare för nämnder/styrelser visats både förvåning och frustration över att det ekonomiska perspektivet inte efterfrågades i nämnder/styrelsers yttranden. PWC konstaterar att regionstyrelsen inte tillräckligt beaktat de ekonomiska förutsättningarna och riskerna för budgeten 2020, exempelvis genom att ta hänsyn till tidigare års underskott och verkliga kostnadsutveckling. Därmed finns det en risk att mönstret med underskott upprepas och att hälso- och sjukvården inte kommer att klara en ekonomi i balans 2020.

7.4.2 Granskning av läkemedel

Revisorerna med stöd av Helseplan Consulting Group AB genomförde under hösten 2019 en granskning i Region Skåne med syftet att bedöma om arbetet avseende läkemedelshantering bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Den sammanfattande bedömningen var att arbetet med läkemedelshantering till viss del bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. (19)

Helseplan konstaterar att det finns upparbetade strukturer och rutiner för hur läkemedelsbudgeten beräknas på en regionövergripande nivå vilket även beskrivs. ”Enheten för analys och uppföljning av läkemedel” inom Område läkemedel ansvarar för att ta fram prognoser för läkemedelskostnaderna som sedan ligger till grund för budgeten. Prognosarbetet grundar sig på tidigare års försäljningsdata för förmånläkemedel och rekvisitionsläkemedel samt för smittskyddsläkemedel. Därefter identifieras kostnadsdrivande och balanserande faktorer, där man bland annat utgår utifrån omvärldsbekant och rekommendationer om aktuella behandlingsterapier och riktlinjer. Prognosen stäms av med läkemedelsrådet kring bland annat volymer på patientgrupper, nytillkomna läkemedel och deras introduktionsgrad på den svenska marknaden, samt läkemedelspatent på väg att löpa ut.

I granskningen framkom dock att respondenter inom sjukhusförvaltningarna menar att det finns en inbyggd osäkerhet i prognosarbetet eftersom grunden för beräkningarna är året före, det vill säga att den prognos som görs i mars 2019 bygger på 2018 års data och ska resultera i budget för 2020, och eftersom ändringar i läkemedelsbehandlingar och kostnader ofta sker hastigt är det svårt att fånga i prognosarbetet.

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) grundades 1979, och är därmed det äldsta hälsoekonomiska forskningscentret i Sverige. Som ett oberoende forskningsinstitut med rötterna i hälsoekonomi arbetar vi med uppdragsgivare från alla samhällssektorer för att generera evidens för ett sunt beslutsfattande. Våra uppdragsgivare finns såväl i Sverige som internationellt.

IHE är specialiserat på tillämpad policyanalys och hälsoekonomiska studier, baserat på kunskap från framkanten av internationell utveckling samt oberoende intern metodutveckling. Arbetet var tidigt inriktat på att utveckla metoder för hälsoekonomiska utvärderingar och att genomföra analyser av behandlingsalternativ för att stödja beslutsfattande inom hälso- och sjukvården.

IHE är en av Nordens största och mest erfarna hälsoekonomiska forskargrupper. Vår personal består av erfarna akademiska hälsoekonomer och högkvalificerade tvärvetenskapliga specialister inom hälsoekonomi, medicinsk vetenskap, statistik och företagsekonomi.

Utöver våra projektuppdrag arrangerar IHE också årligen IHE Forum, en policyinriktad, tvådagarskonferens där hälso- och sjukvårdens aktörer möts och diskuterar aktuella ämnen. Vi håller också öppna och skräddarsydda kurser inom hälsoekonomi, samt organiserar ett nätverk för svenska hälsoekonomer med årliga möten sedan 2002.



Informerat beslutsfattande för hälsa och välfärd

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi
The Swedish Institute for Health Economics
www.ihe.se