

Resursfördelning, budgetering och kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	6
1.1	Syfte, begreppsanvändning och avgränsning.....	6
1.2	Tillvägagångssätt.....	7
1.3	Rapportens disposition.....	8
2	Resursfördelningen inom hälso- och sjukvården.....	10
2.1	Länsövergripande verksamheter vinner mark.....	10
2.2	Beställare- och utföraresystemet avskaffas av vissa och införs av andra.....	10
2.3	Fasta anslag dominerar.....	11
2.4	... även inom sjukhusen.....	12
2.5	Separat investeringsbudget lever vidare.....	13
2.5.1	Investeringsbeslut inom landstingen.....	13
2.5.2	Investeringsbeslut inom sjukhusen.....	13
2.6	Resursfördelning går åter mot prestationsersättning.....	14
2.7	Sammanfattning.....	14
3	Samband mellan verksamhetens mål och budget.....	16
3.1	Verksamhetsplaner som underlag till budgetuppställandet.....	16
3.1.1	Oklar planeringshorisont.....	16
3.1.2	Verksamhetsplaner vanligt förekommande.....	17
3.2	Framtidens planer i konkreta mål.....	17
3.2.1	Landstingen sätter upp mål, men få prioriterar.....	17
3.2.2	Flitiga målanvändare.....	18
3.3	Politikernas roll som målsättare är viktig.....	18
3.4	Bättre målkoppling i verksamheterna än på landstingsnivå.....	19
3.5	Frekvent uppföljning betonas.....	19
3.6	Politikernas inflytande försvårar.....	20
3.7	Sammanfattning.....	21
4	Kostnadskontroll.....	23
4.1	Kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården.....	24
4.2	Kostnadskontroll inom fem områden.....	24
4.2.1	Betoning av att budgeten uppnås.....	24
4.2.2	Budgetrevision under året.....	25
4.2.3	Detaljeringsgraden i budgeten.....	26
4.2.4	Budgetavvikelse under året.....	26
4.2.5	Intensitet i den budgetrelaterade kommunikationen.....	27
4.3	Diskussion.....	28
4.3.1	Modelljämförelse.....	28
4.3.2	Samsyn mellan verksamhetschefer och sjukhusledning.....	30
4.3.3	Andra sätt att åstadkomma kostnadskontroll.....	30
4.4	Sammanfattning.....	31
5	Avslutning.....	32
5.1	Länsövergripande verksamhet och fasta anslag sticker ut.....	32
5.2	Ont om politiska mål och prioriteringar i budgeten.....	33
5.3	Utrymme finns för ökad kostnadskontroll.....	33
6	Referenser.....	35
7	Bilaga 2. Enkät till landsting.....	37
8	Bilaga 3. Enkät till sjukhusen.....	42

Sammanfattning

Resursfördelning

Resursfördelningssystemet har gått igenom flera förändringar de senaste decennierna. Traditionellt anslagstänkande har ersatts med olika former av kapitationsmodeller, beställare- och utföraremodeller samt prestationsbaserad ersättning. Det har väckt frågan om hur resursfördelningen ser ut idag i landstingen. Den stora förändringen som skett på senare år är att flera landsting har övergett den traditionella organisationsformen utifrån sjukhusorganisation och istället övergått till att vara organiserade utifrån länsövergripande verksamhet. Detta för att garantera invånarna inom landstinget samma vård oavsett var i landstinget den bedrivs. Det är idag sex landsting som har övergått till denna organisationsform.

Tittar man på vilka former som används när resurserna ska fördelas är det fem landsting som använder beställare- och utförarsystem. Det är något färre än 2001 då det var sex landsting som använde modellen. Beställare- och utförarsystemet användes tidigare i kombination med någon form av prestationsersättning men idag använder endast tre landsting beställare- och utförarsystemet i kombination med prestationsersättning. Det vanligaste resursfördelningssystemet är att fördela resurserna utifrån fasta anslag. Det är 17 landsting som anger att det använder fasta anslag då resurserna fördelas till sjukhusen (eller motsvarande) inom landstinget. Det kan därmed uppfattas som en återgång till innan system med beställare- och utförare och prestationsersättning utvecklades. Detta har sannolikt skett som en reaktion på den höga kostnadsutvecklingen som många landsting haft. Som en del av åtgärderna för att bromsa kostnadsutvecklingen har då anslagsbudget återinförts.

Budgetering

När de ekonomiska resurserna är begränsade så att prioriteringar av resurserna måste göras, är det viktigt att det finns ett samband mellan de finansiella begränsningarna i budgeten och målen som finns i verksamheten. En enkätstudie är här gjord för att studera om ett sådant samband finns inom hälso- och sjukvården. Det har framkommit att i något mer än hälften av alla landstingen tas planer fram för verksamheten och det vanligaste är att de gäller för en treårsperiod. Vid sjukhusen är det dock vanligare att verksamhetsplaner utarbetas, här är framförhållningen endast ett år.

Finansiella mål eller restriktioner utarbetas inom såväl landsting som sjukhus. Andelen minskar något när det handlar om att ta fram icke-finansiell mål. Målen används dock

självständigt och det är få som gör prioriteringar mellan målen. Cirka en fjärdedel av landstingen och en tredjedel av sjukhusen som anger att de har prioriteringar mellan de finansiella och de icke-finansiella målen.

De politiska mål som tagits i landstinget har stor betydelse när budgeten utarbetas. Samtliga landsting uppger att de tar hänsyn till de politiska målen. När budgeten utarbetas inom sjukhusen är det lika vanligt att man tar hänsyn till de politiska mål som tagits inom landstinget som de historiska nivåer som uppnåtts inom sjukhuset.

Avslutningsvis kan man konstatera att kostnadskontrollen är viktig inom såväl landsting som sjukhus. När verksamheterna följs upp är det den ekonomiska uppföljningen som står i fokus. Samtliga landsting och sjukhus följer upp den ekonomiska situationen i verksamheterna i stort sett varje månad. Prestationer följs dock inte upp i samma omfattning.

Kostnadskontroll

Kostnadsutvecklingen har de senaste åren varit mycket hög i många landsting och åtgärder har satts in för att bromsa utvecklingen. För att få ökad kontroll över kostnaderna är det vanligt att kostnadskontrollen i budgeteringen stramas åt. Det innebär bland annat att ledningen är mer aktiv i de beslut som tas och att budgetuppföljningen är frekvent och detaljerad så att åtgärder kan sättas in tidigt då budgetavvikelse uppstår. Då kostnadskontrollen är prioriterad inom många landsting är det också väsentligt att kunna studera vad den innebär och hur den fungerar inom organisationen. Det har tidigare inte funnits några vedertagna instrument för att studera budgetstyrningen. Det finns dock ett instrument som är framtaget i syfte att mäta graden av kostnadskontroll. Instrumentet är utarbetat i privata organisationer och det är därför intressant att studera hur det ser ut inom hälso- och sjukvården om samma instrument används där.

En enkätstudie är genomförd där verksamhetschefer, ekonomichefer och sjukhuschefer (eller motsvarande) har fått svara på frågor om kostnadskontrollen inom ramen för budgeteringen. Fem kliniker vid 35 sjukhus i 15 slumpmässigt utvalda landsting har deltagit i studien. Totalt har 239 enkäter skickats ut och 177 svar kom in, vilket är en svarsfrekvens på 74 %.

Diskussionen om kostnadskontroll sker utifrån fem områden, med utgångspunkt i karaktären på frågorna i enkäten. De fem områdena är: *'Betoning av att budgeten uppnås'*, *'Budgetrevision under året'*, *'Detaljeringsgraden i budgeten'*, *'Budgetavvikelse under året'*, och slutligen *'Intensitet i den budgetrelaterade kommunikationen'*. Från enkätsvaren kunde man dra slutsatsen att verksamhetschefer och sjukhusledningen i relativt hög utsträckning uppfattar att det visas en låg tolerans för budgetavvikelse under året och att budgeten

kommuniceras frekvent i olika forum. Det framkom även att ledningen inte visar något större intresse för detaljer i budgeten vid klinikerna, vilket också styrks av verksamhetschefernas svar.

1 Inledning

Under det senaste decenniet har det skett förändringar i resursfördelningen i de svenska landstingen. Under 1990-talet ersattes traditionella resursfördelningsmodeller med dialog om kostnadsramar för olika organisatoriska enheter, helt eller delvis av resursfördelning i form av ersättning per prestation, ersättning per capita eller mer eller mindre omfattande förändringar av den traditionella resursfördelningsmodellen. Resultatet av förändringarna är att det idag finns ett antal modeller för resursfördelning i svenska landsting samt i olika verksamheter inom ett och samma landsting. Denna variation existerar i en situation då landstingens verksamhet brottas med stora underskott och mycket av intresset riktas mot landstingens budgetsöverskridanden.

Det övergripande målet med ekonomistyrning är att uppnå hög effektivitet och produktivitet i organisationen. Till sin hjälp kan man använda styrverktyg och här har budgeten en stor roll. Budgeten uttrycker de förväntningar och de åtaganden en organisation har rörande de ekonomiska konsekvenserna för en kommande period (Ax, 2003).

I den övergripande ekonomistyrningen sätts planer upp för framtiden, på såväl kort som lång sikt. Detta görs för att alla i organisationen ska kunna arbeta mot samma mål och därmed kunna förutse och förhindra större problem och överraskningar (Merchant med flera, 2003). De långsiktiga planerna handlar i hälso- och sjukvården bland annat om det övergripande innehållet med verksamheten samt om prioriteringar däremellan, medan den kortsiktiga planeringen handlar om exempelvis personalplanering. Det är väsentligt att de långsiktiga planerna samordnas med de mer kortsiktiga samt med budgeten, för att inte riskera att budgeten blir något som löper vid sidan av den övriga planeringen (Anell, 1990).

I korthet är detta en utveckling inom området som gjort oss intresserade av att veta mer om landstingens budgetering. Problemet är emellertid att det inte finns någon aktuell översikt som på ett kvalificerat sätt behandlar landstingens utformning och användning av budgeten. Det är därför intressant att studera vilken roll budgeten har som styrdokument i Sveriges landsting och regioner.

1.1 Syfte, begreppsanvändning och avgränsning

Denna rapport behandlar resursfördelningen och budgetarbetet enbart inom den somatiska hälso- och sjukvården. Det innebär att det är resursfördelningen vid landstingen centralt och sjukhusen kommer att beröras. Det övergripande syftet är att studera budgetens roll som styrdokument i Sveriges landsting och regioner, och tre delsyften har satts upp. *Ett första*

delsyfte är att kartlägga vilka resursfördelningsmodeller som används inom Sveriges landsting och regioner, när resurser fördelas till och inom sjukhusen.

I en organisation med begränsade ekonomiska resurser blir det extra viktigt att det finns ett tydligt samband mellan organisationens finansiella begränsningar i budgeten och verksamhetens mål i form av uppdraget. Om ett sådant samband saknas finns risk att de finansiella begränsningarna ställs mot verksamhetsmålen, med målkonflikter som följd. *Ett andra delsyfte är därför att analysera om det finns något samband mellan verksamhetsmålen och verksamhetens finansiella begränsningar i budgeten.*

De senaste årens utveckling av landstingens ekonomi, väcker emellertid frågor kring resursfördelningsmodellernas förmåga att bidra till resurskontroll. I och med att landstingen tampas med stora underskott och har ett ökat krav på kostnadskontroll, så kan man fråga sig vad kostnadskontrollen egentligen innebär och hur kostnadskontrollen ser ut inom organisationen. *Det tredje delsyftet med denna studie är följaktligen att göra en bedömning av hur kostnadskontrollen fungerar inom sjukhusorganisationen idag.*

Denna rapport behandlar resursfördelning, budgetering och kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården. För att underlätta läsningen i föreliggande rapport och förståelsen för innebörden av olika begrepp som används frekvent i rapporten kommer dessa begrepp att definieras. De tre begreppen som definieras är resursfördelning, budget (budgetering) och kostnadskontroll. Med *resursfördelning* avses tilldelning av ekonomiska resurser till de verksamheter som bedriver vård. *Budget* är den handlingsplan där verksamheternas tillgängliga resurser fastställs för en viss tidsperiod (sker i form av intäkter och kostnader). Här kan även icke-finansiella mål eller begränsningar fastställas, exempel på sådana kan vara antal patientbesök eller antal operationer för en viss tidsperiod. I budgetdokumentet fastställs därmed verksamhetsföreträdarnas åtagande för den kommande tidsperioden. *Budgetering* avser den process då budgeten utarbetas och fastställs (Anell, 1990; Anthony med flera, 2000). *Kostnadskontroll* är det arbete som görs i en organisation i syfte att upprätthålla kostnadskontrollen så att kostnaderna hålls inom givna ramar.

1.2 Tillvägagångssätt

Materialinsamling till denna studie har skett med hjälp av flera metoder, men tyngdpunkten har legat på enkätstudier. Tre enkätstudier har gjorts. Enkät ett och två handlar om hur resursfördelningen går till inom det egna landstinget och vid sjukhusen inom respektive landsting (se bilaga). Enkät ett vände sig till ekonomichefer inom samtliga 21 landsting¹ och

¹ I studien ingår samtliga 18 landsting i Sverige, samt Gotland, Region Skåne och Västra Götaland. Fortsättningsvis kommer alla landsting och regioner benämnas som landsting.

enkät två vände sig till ekonomicheferna inom 102 sjukhus i Sverige. Eftersom alla sjukhus inte har en ekonomichef, har enkäten i dessa fall gått till någon annan som rekommenderats kunna svara på den. Dessa båda enkäter skickades till respondenterna via e-post under december 2004, där de hade möjlighet att svara direkt i dokumentet eller att skriva ut enkäten, svara på den och skicka in den via post. Två påminnelser gick ut under januari 2005.

Från enkät ett, som gick ut till samtliga landsting, inkom svar från 19 av 21 landsting. De två landsting som inte svarade kontaktades för en intervju per telefon då motsvarande frågor som fanns i enkäten ställdes. De landsting där oklarheter förekommit i enkätsvaren har kontaktats per telefon för att ges möjlighet att förtydliga sina svar. Från enkät två, det vill säga den enkät som vände sig till sjukhusen, inkom 31 enkätsvar. Dessa 31 enkäter svarar för resursfördelningen vid 41 sjukhus. Det finns cirka 102 sjukhus i Sverige, så dessa sjukhus representerar 40 % av samtliga sjukhus i Sverige. Fem av sjukhusen är universitetssjukhus, 11 tillhör kategorin länssjukhus och 25 tillhör kategorin närsjukhus eller länsdelssjukhus.

Den tredje enkäten som behandlar kostnadskontrollen inom hälso- och sjukvården, distribuerades via post tillsammans med ett ofrankerat svarskuvert. Enkäten vände sig till sjukhusen inom 15 slumpmässigt utvalda landsting (om den finns fler sjukhus inom landstinget har tre valts ut). Den skickades till ekonomi- och sjukhuschefer eller motsvarande vid sjukhusen, samt verksamhetschefer vid fem kliniker (kirurgi, medicin, anestesi, ortopedi och röntgen). För att få kontakt med rätt personer har samtliga landsting kontaktats och respektive växel tillfrågats om rätt person på respektive post. Det visade sig dock att informationen som fanns i växeln inte alltid var uppdaterad, så att fel person därmed kontaktades. I en del fall tog respondenten kontaktat och meddelade detta och en ny enkät kunde skickas till rätt person. Enkäterna skickades ut under februari månad. Därefter gick ytterligare två påminnelser ut.

Totalt har 239 enkäter med bifogat ofrankerat svarskuvert skickats ut och 177 svar har kommit in, vilket innebär en svarsfrekvens på 74 %. Det fanns även möjlighet att svara på enkäten per e-post. En respondent valde att svara på enkäten via e-post.

1.3 Rapportens disposition

I rapportens första del görs en översikt över hur resursfördelningen går till inom Sveriges landsting och sjukhus idag.

I rapportens andra del behandlas budgeteringen. Budgeteringen belyses ur flera vinklar för att få en förståelse för hur processen fungerar i landstingen och sjukhusen och utifrån det kunna svara på huruvida det finns ett samband mellan verksamhetens mål och budget.

Så slutligen, i rapportens tredje del, diskuteras hur kostnadskontrollen kan studeras och granskas inom hälso- och sjukvården.

2 Resursfördelningen inom hälso- och sjukvården

2.1 Länsövergripande verksamheter vinner mark

Traditionellt har landsting varit organiserade utifrån geografiska områden, där varje sjukhus varit en organisatorisk enhet och ansvarat för verksamheterna inom den egna enheten. Denna bild håller på att förändras. Idag har flera landsting övergått från den traditionella sjukhusindelningen till att ha en länsövergripande verksamhet. Utformningen av den länsövergripande verksamheten skiljer sig dock åt. Att ha en länsövergripande verksamhet innebär, allmänt beskrivet, att landstinget är indelat i flera sjukvårdsverksamheter där en verksamhet ansvarar för exempelvis kirurgi. Då ansvarar den verksamheten för all kirurgi som bedrivs i hela landstinget. Organisationsformen med länsövergripande verksamheter har bland annat motiverats med att invånarna i ett och samma landsting ska erbjudas samma vård oavsett var inom landstinget den bedrivs. Denna förändring har även påverkat hur resursfördelningen går till inom landstingen. I exempelvis Östergötland fördelas resurserna via ett antal länsövergripande centra och därifrån ut till verksamheterna som bedrivs över hela landstinget. Från enkätstudien framkom att de landsting som är organiserade utifrån en länsövergripande verksamhet är:

- Landstinget Dalarna
- Jämtlands läns landsting
- Norrbottens läns landsting
- Landstinget i Värmland
- Västerbottens läns landsting
- Landstinget i Östergötland

2.2 Beställare- och utföraresystemet avskaffas av vissa och införs av andra

Under 1990-talet utvecklade flera landsting en beställare- och utförarestyrning och ersättningen till sjukhusen förändrades till att bli prestationsbaserad. Ersättningssystemet kunde utformas enligt fri prissättning på överenskomna tjänster, så som skedde i Dalamodellen, eller genom att landstingsstyrelsen fastställde priserna, enligt Bohusmodellen (Bergman med flera, 2001).

2001 gjordes en sammanställning av beställarstyrningen inom hälso- och sjukvården (Bergman med flera, 2001). Där framkom att sex landsting har sitt ursprung i beställare-

utförare system och ersätter verksamheter utifrån prestationsersättning respektive kapitationsersättning. Dessa landsting var:

- Landstinget Gävleborg
- Landstinget Halland
- Landstinget i Östergötland
- Region Skåne
- Region Västra Götaland
- Stockholms läns landsting

I denna studie har det framkommit att det är i stort sett lika många landsting som använder ett beställare- utföraresystem idag som 2001. Av de landsting som tidigare använde beställare-utföraresystemet har några upphört med det, medan andra landsting infört det. Det är idag fem landsting som använder ett beställare- och utföraresystem:

- Landstinget i Uppsala län
- Landstinget i Östergötland
- Stockholms läns landsting
- Västra Götalands region
- Örebro läns landsting

2.3 Fasta anslag dominerar...

Det finns flera möjliga tillvägagångssätt då resurser ska fördelas till sjukhus inom landsting. Resurserna kan fördelas utifrån fasta anslag eller med hjälp av prestationsersättning. Det skiljer sig inte enbart mellan landstingen hur de väljer att fördela resurserna, utan även inom gruppen som har en beställare- och utföraresorganisation. Det är idag fyra landsting som använder sig av både fast och rörlig ersättning. Dessa är Västra Götalandsregionen, Landstinget Halland, Stockholms läns landsting och Landstinget i Uppsala². Det är därmed 17 landsting som ersätter vårdgivarna/förvaltningarna med fasta anslag för den vård som bedrivs inom det egna landstinget. Det innebär att förvaltningarna tilldelas en viss summa ersättning oavsett hur mycket vård som bedrivs.

² Landstinget i Uppsala tillämpar en tredelad ersättningsmodell där 1 % utgör målrelaterad ersättning, 79 % utgör fast ersättning samt 20 % av ersättningen är prestationsrelaterad.

2.4 ... även inom sjukhusen

I den traditionella hälso- och sjukvårdsorganisationen fördelas resurser i två steg. Först fördelar landstingen resurser till sjukhusen eller motsvarande förvaltning inom det egna landstinget, och i nästa steg fördelar sjukhusen resurserna vidare inom den egna organisationen. Det innebär att det kan finnas olika principer för hur resurserna fördelas inom en och samma organisation och motsättningar mellan olika system kan därför uppstå. Det kan exempelvis vara så att ett landsting använder sig av ett visst resursfördelningssystem i syfte att uppnå vissa effekter, medan sjukhusen inom samma landsting kan använda sig av ett annat system som gör att andra effekter uppkommer. Frågan är om resurserna fördelas på likartat sätt mellan ett landsting centralt och sjukhusen inom samma landsting, som inom enskilda sjukhus, eller om systemen på något sätt motverkar varandra?

Av de svar som inkommit från enkäten som vände sig till sjukhusen, framkom att majoriteten av sjukhusen sätter upp budgetramar när resurserna ska fördelas, det är 27 respondenter av de 31 som svarat att de gör på det sättet. När resurserna fördelas till klinikerna framkom också att det i princip är lika många av sjukhusen som ersätter klinikerna med en fast ersättning (11 respondenter anger att de gör det), som det är sjukhus som ersätter klinikerna med både rörlig och fast ersättning (har 12 respondenter angett) för de prestationer som utförs.

Då olika resursfördelningssystem används i en organisation finns risk att systemen motverkar varandra. Som exempel kan nämnas Region Skåne. I budgeten för 2004 kan man läsa att *”ekonomi i balans är därför ett av de främsta målen för Region Skånes budgetar framöver”* (Region Skåne, 2004, s. 5). När resurserna ska fördelas från landstinget centralt ut till de olika förvaltningarna används kostnadsramar. När resurserna sen ska fördelas i nästa steg, inom respektive sjukhus, har det i enkätsvaren framkommit att fem av sjukhusen i Region Skåne ersätter klinikerna inom det egna sjukhuset med både fast och rörlig ersättning tillsammans med en budgetram.

Det ska dock sägas att Region Skåne inte är det enda landsting där detta fenomen uppträder. Liknande exempel går att hitta i Örebro läns landsting, som fördelar resurserna till sjukhusen med fasta kostnadsramar. Inom ett av sjukhusen i landstinget ersätts klinikerna med rörlig och fast ersättning för sina prestationer. Det motsatta fenomenet finns inom Västra Götalands regionen, där prestationsersättning används vid resursfördelningen till sjukhusen. När man sedan tittar i enskilda förvaltningar fördelas resurserna istället utifrån fast ersättning.

Resursfördelningssystemet används till att förstärka möjligheterna att uppnå organisationens mål. Genom val av resursfördelningssystem sänder ledningen ut signaler om vad som bör prioriteras och olika effekter kan därmed uppnås. Då kostnadskontroll prioriteras är det

rimligt att använda fast prestationsersättning eftersom det sänder signaler att *Vi har denna ram att hålla oss till, och den får inte överskridas*. En rörlig ersättning, där betalning sker utifrån vad som presteras, är istället att föredra då en hög produktivitet eftersträvas. Signalerna vid en rörlig ersättning är istället, *Ni får mer betalt ju mer ni gör, så sträva efter att göra mer*. En rörlig produktionsersättning är i sig kostnadsdrivande. Om de två resursfördelningssystemen motverkar varandra beror bland annat på hur systemen är utformade, om de fasta anslagen är helt fasta och oberoende av produktion och om den rörliga produktionsersättningen är helt rörlig utifrån produktion och utan tak (i produktion eller ersättning), eller om den har någon form avtagande ersättning utifrån producerad volym.

Om ett landsting lägger stor vikt vid att budgeten ska hållas, är det rimligt att styrsystemet förstärker detta genomgående i hela landstingsorganisationen. Om resursfördelningssystemet i slutändan lyckas med de intentioner det är infört för att uppnå beror också på om individerna i organisationen agerar utifrån det som är tänkt med systemet.

2.5 Separat investeringsbudget lever vidare

Inom många delar av hälso- och sjukvården krävs att resurser i form av investeringar läggs ned på verksamheten för att den ska kunna bedrivas på ett tillfredställande sätt. Var och vilken verksamhet som bör genomföra dessa investeringar kan beslutas av den klinik eller avdelning där investeringen behövs. Ibland kan det finnas skäl att flytta beslutanderätten till andra delar i organisationen än där investeringen ska användas. När resurserna är begränsade flyttas gärna kontrollen över denna typ av beslut mer centralt i organisationen, för att därigenom förbättra deras kontroll över resursutnyttjandet. I enkätstudien ställdes frågan om en separat budget ställs upp för just investeringar. Till sjukhusen ställdes även frågan var eventuella investeringar förhandlas.

2.5.1 Investeringsbeslut inom landstingen

15 av landstingen upprättar en separat budget för de investeringar som bedöms ska göras vid förvaltningarna inom landstinget. En del landsting har lämnat över sådana beslut till nämnder vilket innebär att en separat budget för investeringar kan upprättas, det görs dock ej på landstingsövergripande nivå.

2.5.2 Investeringsbeslut inom sjukhusen

Det normala är att en separat budget sätts upp för investeringar inom sjukhusen (27 av respondenterna anger att detta görs). 18 respondenter har svarat att större investeringar beslutas av någon annan än klinikerna själva. Det kan röra sig om sjukhuschefen eller en viss grupp som sitter mer centralt på sjukhuset. Vid en del sjukhus kan klinikerna själva besluta

om investeringar upp till ett visst belopp, men behöver godkännande från ledningen innan investeringen görs. Det finns även annat som klinikerna inte själva kan besluta över. Sådana beslut avser exempelvis forskning och utveckling (anges av 8 respondenter) och omstrukturering (anges av 9 respondenter).

2.6 Resursfördelning går åter mot prestationsersättning

Som framkommit här så har det hänt en del med resursfördelningen det senaste decenniet. Under 1990-talet ökade decentraliseringen på sjukhusen och man införde interna marknader och olika modeller av betalning per prestation. Även om intresset låg på vårdens tillgänglighet och prestationerna vid sjukhusen blev effekten en ökad uppmärksamhet på ekonomin (Aidenmark, 2001; Brorström, 1995). Idag, när så många landsting har stora underskott har fokus flyttat till kostnadskontrollen. Frågan är vad som kommer att hända med resursfördelningssystemet i framtiden och vad det finns för planer i landsting och sjukhus vad gäller resursfördelningssystemet.

I femton av landstingen pågår diskussioner som handlar om att förändra resursfördelningssystemet inom de närmaste åren. Omfattningen av dessa planer skiljer sig åt. Det kan handla om en önskan att olika former av prestationsersättning ska införas, rörlig kontra fast ersättning och fördelning däremellan i mindre eller större delar av hälso- och sjukvården inom landstinget.

Bland de svar som inkommit från sjukhus framkom i 16 av svaren att det inom sjukhuset pågår diskussioner om att förändra resursfördelningssystemet. De förändringar som nämns här är prestationsersättning, uppdragsbaserad ersättning och målrelaterad ersättning.

2.7 Sammanfattning

Den traditionella organisationsformen inom landstingen är under förändring. Från enkätundersökningen framkom att sex landsting är organiserade utifrån en länsövergripande verksamhetsfördelning. Motiven till denna förändring är bland annat att invånare inom ett och samma landsting ska kunna erbjudas samma vård oavsett var i landstinget vården bedrivs.

Beställare- och utföraresystemet används av fem landsting. Organisationsformen användes tidigare vanligen i kombination med någon form av prestationsersättning. Idag är det endast tre landsting som har beställare- och utföraresystem i kombination med prestationsersättning.

Resurserna fördelas vanligen i flera steg när de ska ut till verksamheterna som bedriver vård. Först fördelas resurserna från landsting till sjukhus (eller motsvarande förvaltning) och

därefter till respektive sjukhus och ut till kliniker och avdelningar. Vid val av resursfördelningssystem är det väsentligt att systemet går i linje och betonar organisationens övergripande mål.

3 Samband mellan verksamhetens mål och budget

Inledningsvis nämndes att inom en organisation sätts mål upp, såväl långsiktiga som kostsiktiga, i syfte att signalera vartåt verksamheten strävar. För att tydliggöra och konkretisera långsiktiga och övergripande mål utarbetas även kortsiktiga mer detaljerade mål. Målen är viktiga för att individer inom organisationen ska arbeta mot samma mål. Finns inte sådana mål finns risk att individerna, istället för att förverkliga organisationens mål, förverkliga sina egna personliga mål. Det är därför väsentligt att det utarbetas medel för att styra individernas handlingar så att de handlar i linje med organisationens mål (Ouchi, 1991). Målformulering handlar även om att göra prioriteringar mellan olika mål inom verksamheten och ange vilka mål som är viktiga idag och vilka mål som kan skjutas på framtiden.

3.1 Verksamhetsplaner som underlag till budgetuppställandet

3.1.1 Oklar planeringshorisont

Verksamhetens framtida planer kan upprättas för olika tidsperioder, både längre och kortare. Inom landstingen är det 13 landsting som angett att de har sådana planer. Det vanligaste är att dessa planer tas fram för en treårsperiod (anges av 7 landsting). Här har dock flera avstått från att ange vilket tidsperspektiv man har på sina verksamhetsplaner. Att verksamhetsplaner ska tas fram för en viss tidsperiod är inte samma sak som att det faktiskt görs i praktiken, vilket också påtalats av en respondent som konstaterat att planer ska tas fram för tre år framåt, men att det inte görs i praktiken.

Av de landsting som säger sig ta fram verksamhetsplaner är det tre landsting som svarat att de inte används i någon utsträckning eller att de används i viss utsträckning när budgeten görs, medan fem landsting anser att verksamhetsplanerna används i hög eller mycket hög utsträckning som underlag när budgeten upprättas.

I kommunallagen (1991:900) finns krav på att landstingen ska upprätta en ettårsplan för verksamheten och ekonomin (8:4-5) samt en ekonomisk plan för tre år framåt (8:5). Varför så många som åtta landsting svarar att de inte upprättar någon verksamhetsplan är svårt att svara på. Möjligen kan frågan ha missuppfattas, att det finns andra begrepp som används för verksamhetsplanen och därför inte anser att en verksamhetsplan upprättas. Ett annat alternativ är att dessa planer är så innehållslösa att de inte uppfattas som långsiktiga planer för verksamheten.

3.1.2 Verksamhetsplaner vanligt förekommande

28 respondenter vid sjukhusen anger att de tar fram någon form av verksamhetsplaner för sin verksamhet. Majoriteten av dessa (15 respondenter) tar fram verksamhetsplaner med ett års framförhållning. Det torde innebära att verksamhetsplanerna sammanfaller med utarbetandet av budgeten och därmed inte fungerar som underlag för någon längre planering av verksamheten. Sju sjukhus tar fram verksamhetsplaner för en treårsperiod, medan två sjukhus tar fram femårsplaner.

Av de sjukhus som använder verksamhetsplaner anger sex respondenter att verksamhetsplanerna endast används i någon utsträckning som underlag när budgeten utarbetas. Den största andelen (18 respondenter har svarat detta) anser att verksamhetsplanerna fungerar i hög eller mycket hög utsträckning som beslutsunderlag när budgeten upprättas.

28 respondenter angav, som nyss nämnades, att långsiktiga planer tas fram. Det är framförallt ettårsplaner som upprättas, vilket inte är särskilt långsiktig planering för verksamheten. Det är därför inte särskilt förvånande att så stor andel inom sjukhusen anser att planerna i hög utsträckning fungerar som underlag när budgeten utarbetas.

3.2 Framtidens planer i konkreta mål

3.2.1 Landstingen sätter upp mål, men få prioriterar

Från landstingens svar i enkäterna och i efterföljande telefonintervjuer har det framkommit att samtliga landsting sätter upp finansiella mål i någon form. Det är dock stor skillnad på hur dessa mål är utformade. Flera landsting har enstaka övergripande mål på landstingsnivå medan mer specifika mål för hälso- och sjukvården tas fram på andra nivåer, såsom i nämnder. Andra landsting har mer precisa mål. För att tydliggöra vilka mål som är överordnade andra mål och vilka mål som ska prioriteras om konflikt mellan målen uppstår, kan det vara lämpligt att göra prioriteringar mellan uppsatta mål. Fem landsting har angett att de har prioriteringar mellan målen.

I 17 av de 21 landstingen sätts icke-finansiella mål upp som underlag när budgeten utarbetas. Även bland de icke-finansiella målen är det fem landsting som anger att det finns prioriteringar mellan målen. Det visade sig dock att dessa prioriteringar i större utsträckning handlar om prioriteringar mellan de finansiella och de icke-finansiella målen, än om prioriteringar inom de finansiella respektive de icke-finansiella målen. Det är exempelvis flera landsting som har målet `budget i balans` som överordnat alla andra mål.

3.2.2 Flitiga målanvändare

I stort sett samtliga sjukhus som svarat på enkäten sätter upp finansiella mål eller restriktioner som underlag när budgeten utarbetas. I enkäten fick respondenterna välja mellan flera alternativa mål och då angav 27 respondenter att de satte upp målet 'budget i balans'. Även investeringsramar är en vanlig begränsning (angavs av 20 respondenter). Andra finansiella mål som används är; pris- eller taxesättning (angavs av 6 respondenter), finansiella begränsningar (angavs av 6 respondenter) samt avkastningskrav (angavs av 4 respondenter). 9 av 27 svarande har angett att det finns prioriteringar mellan de finansiella målen.

Inom sjukhusen är det även mycket vanligt att icke-finansiella mål sätts upp, det anges av 28 respondenter. De vanligaste målen som sätts upp är antal läkarbesök, antal vård dagar, kvalitet på utförd vård samt DRG.

Tio respondenter har angett att det finns prioriteringar mellan de icke-finansiella målen. Denna siffra har dock visat sig vara något missvisande eftersom en del tolkat prioriteringarna av de icke-finansiella målen så att de står i konkurrens med de finansiella, vilket innebär att en del har "budget i balans" överordnade alla mål, även de icke-finansiella. I vilken omfattning det är på detta sätt kan inte utläsas.

3.3 Politikernas roll som målsättare är viktig

Utgångspunkten när en budget ställs upp kan skilja sig åt. Exempelvis kan man utgå från historiska data och endast uppdatera budgeten utifrån förväntade förändringar för året. I enkäten som gick ut till landsting och sjukhus skulle respondenterna ange vilken utgångspunkt de hade då budgeten upprättades, om de hade landstingets politiska mål som utgångspunkt, historiska data eller om det fanns något annat som de tog hänsyn till. Den vanligaste utgångspunkten som landstingen använder sig av är de politiska mål som satts inom landstinget. 20 av 21 landstingen har denna utgångspunkt. 9 landsting har historiskt uppnådda nivåer som utgångspunkt.

Svaren från sjukhusen avviker något från landstingens svar. När budgeten utarbetas och kravnivåer sätts upp i budgeten har 22 respondenter angett att utgångspunkterna framför allt är de tidigare nivåerna som uppnåtts inom sjukhuset. I stort sett lika många har angett att de har de politiska mål som tagits inom landstinget som utgångspunkt då budgeten upprättas (21 respondenter anger detta).

3.4 Bättre målkoppling i verksamheterna än på landstingsnivå

Landstingens pressade ekonomi omnämns ofta. Det är dock intressant att veta hur den ekonomiska situationen uppfattas inom organisationen. I enkäten som vände sig till landstingen fick respondenterna frågan om i vilken utsträckning de anser att de finansiella resurserna för hälso- och sjukvården inom landstinget står i relation till de mål som beslutats. De skulle svara på en skala från 1-5, där ett står för *`Ingen utsträckning`* och fem står för *`I mycket hög utsträckning`*. 18 av 21 landsting har besvarat frågan. Nio respondenter har svarat att resurserna står i ingen eller endast i viss utsträckning i relation till de mål som beslutats, medan sex respondenter anser att resurserna står i hög eller mycket hög utsträckning i relation till de mål som beslutats.

Samma fråga ställdes till sjukhusen. Något överraskande kan konstateras att cirka hälften av respondenterna (15) anser att de finansiella resurserna i hög utsträckning eller mycket hög utsträckning står i relation till de mål som beslutats. 9 respondenter anser inte eller anser i mycket lite utsträckning att de finansiella resurserna för hälso- och sjukvården står i relation till de mål som beslutats.

Vidare upplever mer än hälften av respondenterna (17 personer) vid sjukhusen att de inte över huvudtaget eller i mycket liten utsträckning har möjlighet att förhandla om budgeten. En mindre andel (5 respondenter) anser att de i hög eller mycket hög utsträckning har möjlighet att påverka sin budget.

3.5 Frekvent uppföljning betonas

Uppföljningar görs frekvent i såväl landsting som sjukhus. Det är stort fokus på den ekonomiska uppföljningen. Den ekonomiska uppföljningen görs i stort sett varje månad i samtliga landsting. 15 landsting följer upp varje månad medan övriga använder sig av något annat tidsintervall. Det innebär vanligen att man har uppföljning varje månad men hoppar över uppföljning i januari och juni. Av dessa är det flera som gör fördjupade uppföljningar varje tertiäl och i samband med delårs- samt årsbokslut, då icke-finansiella mått följs upp i högre grad än i månadsuppföljningarna.

Uppföljningarna vid sjukhusen sker på tämligen likartat sätt. Samtliga sjukhus gör budgetuppföljningar varje månad. Det är även vanligt att det utöver de månatliga uppföljningarna görs fördjupade tertiäl uppföljningar.

Även vad som ingår i dessa uppföljningar ter sig likartade mellan landsting och sjukhus. Samtliga sjukhus följer upp periodens resultat jämfört med budget. Det är även vanligt att

följa upp periodens resultat jämfört med samma period tidigare år (anges av 28 respondenter). Majoriteten följer även upp antal vårddygn (anges av 19 respondenter), antal vårddagar (anges av 21 respondenter), antal läkarbesök (anges av 21 respondenter) samt DRG (anges av 17 respondenter). Det är dock mycket ovanligt att periodens resultat jämförs med andra sjukhus med liknande verksamhet, endast en respondent har svarat att detta görs.

3.6 Politikernas inflytande försvårar

Politikernas roll inom hälso- och sjukvården är bland annat att göra prioriteringar mellan olika verksamheter samt att besluta om den övergripande strukturen och dess innehåll. Enligt Anell (2004) har det i praktiken visat sig att det är verksamheterna inom organisationen som till stor del driver utvecklingen och det har varit svårt för bland annat politiker att påverka den. Behovet av prioriteringar i organisationen och följaktligen ett starkt politiskt inflytande torde vara större idag, när många landsting har en mycket ansträngd ekonomi, än när tillgången på de finansiella resurserna är goda. I denna studie har det dock framkommit att de icke-finansiella målen för hälso- och sjukvården vanligen är av övergripande karaktär och inte i den formen att prioriteringar görs.

I en så stor organisation, som landstingen, kan långsiktiga planer behövas så att verksamheterna vet år vilket håll organisationen ska styras, vilket underlättar förändringar och investeringar. Att ta fram sådana planer och genomföra förändringar kan dock vara problematiskt. För enskilda politiker kan obekväma beslut exempelvis innebära att bli utskälld och uthängd i media och riskerar då att göra så att de inte väljs om i nästa val, vilket kan innebära att beslut om sådana förändringar istället undviks.

Det tas stor hänsyn till de politiska målen då budgeten ställs upp i landstingen. 20 av 21 landsting anger detta som den främsta utgångspunkten då budgeten ska utarbetas. Politiken är i sig framåtriktad där framtida övergripande visioner får stort utrymme. Det får till följd att det som varit tidigare kan komma i skymundan och tidigare gjorda misstag upprepas. Det innebär också att verksamheten kan utsättas för stora organisatoriska svängningar utifrån vem som för tillfället innehar den politiska makten.

Det är förvånansvärt många landsting och sjukhus som anser att de ekonomiska resurserna i hög eller mycket hög utsträckning står i relation till de mål som beslutats, med tanke på hur många landsting som har ett negativt resultat. Över en tredjedel av svaren från landstingen och hälften av svaren från sjukhusen instämmer i detta.

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns stort utrymme för förbättring av den långsiktiga målformuleringen för både landsting och sjukhus. Detta för att man inom organisationen ska

veta vilka målen är för den verksamhet man arbetar inom. Med en förbättrad målformulering skulle de också finnas förbättrade möjligheter att fördela resurserna i en budgetprocess och därmed också utvärdera den egna verksamheten för att kunna göra en bedömning om resurserna utnyttjas på det avsedda sättet.

Man kan dock konstatera att det är stort fokus på kostnader och på den ekonomiska uppföljningen i såväl landsting som sjukhus. Samtliga följer upp det ekonomiska utfallet i stort sett varje månad. Uppföljningen av de icke-finansiella målen sker inte i samma omfattning. Under 1990-talet då flera landsting införde olika former av beställare- och utföraresystem fanns bland annat en strävan efter att få bort vårdköerna som fanns. Stora underskott uppstod dock under denna tid och underskotten nådde sin botten 2002, då underskottet uppgick till -7,6 miljarder kronor (Landstingsförbundet, 2004). Många landsting höjde i samband med det landstingsskatten och införde besparingsprogram. Det skedde i sådan omfattning att kostnadsutvecklingen kunde bromsas (Landstingsförbundet, 2004). Frågan är vilka konsekvenser vårdgarantin³, som införs från 1 november 2005 och gäller väntetider till behandling, kommer att ha på kostnadsutvecklingen?

3.7 Sammanfattning

Från enkätsvaren har det framkommit att 13 landsting har angett att de tar fram verksamhetsplaner för sin verksamhet. Det vanligaste är att planerna tas fram för en treårsperiod. Det är vanligare att verksamhetsplaner tas fram inom sjukhusen jämfört med landstingen. Bland sjukhusen anger 28 respondenter att det tas fram verksamhetsplaner för deras verksamhet. Majoriteten av dessa tar fram planer med ett års framförhållning.

5 av 13 landsting som tar fram verksamhetsplaner anger att dessa används i hög eller mycket hög utsträckning då budgeten utarbetas. Bland sjukhusen är det en högre (18 av 28 respondenter) andel jämfört med landstingen som anser att verksamhetsplanerna används i hög eller mycket hög utsträckning då budgeten utarbetas.

Samtliga landsting och sjukhus sätter upp finansiella mål eller restriktioner för sin verksamhet. Men andelen minskar när det handlar om att sätta upp icke-finansiella mål. Cirka en fjärdedel av landstingen anger prioriteringar mellan såväl de finansiella målen som de icke-finansiella målen. Motsvarande andel bland sjukhusen är en tredjedel.

När budgeten utarbetas tar i stort sett samtliga landsting hänsyn till de politiska mål som sätts upp medan motsvarande andel inom sjukhusen är två tredjedelar. Inom sjukhusen tar man lika

³ Vårdgarantin innebär att patienterna ska erbjudas vård inom det egna landstinget inom 90 dagar efter det att beslut om behandling har tagits (Pressmeddelande från Sveriges kommuner och landsting 2005-02-11).

stor hänsyn till de historiska nivåer som uppnåtts som de politiska målen som tagits inom landstinget.

Det är den ekonomiska uppföljningen som står i fokus i såväl landsting som sjukhus. Denna uppföljning görs i stort sett varje månad.

4 Kostnadskontroll

Från enkätsvaren om resursfördelning som genomförts i denna studie framkom att det är stort fokus på kostnadskontroll i såväl landsting som sjukhus och arbete pågår för att förstärka kostnadskontrollen ytterligare. Frågan är om det är rimligt att anta att de landsting och sjukhus som har som övergripande mål att ha en budget i balans eller där de finansiella målen är överordnade alla andra, också har en genomgående kostnadskontroll på alla nivåer i organisationen. Inom hälso- och sjukvården har det emellertid inte funnits något vedertaget instrument för att kunna bedöma hur kostnadskontrollen fungerar. Det innebär att om målen inte uppfylls kan det vara svårt att skapa sig en uppfattning om hur resurserna ska prioriteras för att förbättra kostnadskontrollen.

I litteraturen brukar det talas om hård- (*tight-*) och mjuk styrning (*loose control*). Den hårda styrningen bygger på en idé om att ansvariga arbetar bäst under press och att ledningens aktiva medverkan förbättrat besluten. Planer ses här som åtaganden och uppföljningen, som är detaljerad och frekvent, används för att kontrollera att verksamheterna går enligt planerna. Den mjuka styrningen bygger istället på att ledningen litar på att de ansvariga gör ett bra jobb. Ledning är därmed mindre involverad i beslutsprocessen, till skillnad från den hårda styrningen där ledningen är aktiv i beslutsprocessen. Det innebär att ledningen informeras mer sällan och då på en mer övergripande nivå. Uppföljningarna har framförallt en funktion som inlärningsinstrument (Anthony med flera, 1998). Beroende på vilken verksamhet som bedrivs, vilka mål man vill uppnå med verksamheten och ledningens inställning till styrningen, så lämpar sig den hårda och mjuka styrningen olika bra.

Eftersträvas en ökad kostnadskontroll brukar en hårdare styrning anses vara lämplig. Det innebär att budgeten uppfattas som ett åtagande av den budgetansvarige och att dennes prestation bedöms främst utifrån hur budgeten uppnås (Anthony med flera, 2000). Kostnadskontrollen ökas genom att budgetstyrningen stramas upp, vilket bland annat uppnås genom att överenskomna mål stäms av frekvent. Det gör att avvikelser från målen snabbt kan korrigeras även då små avvikelser uppstår från de överenskomna målen (Merchant med flera, 2003; Van der Stede, 2001).

I en artikel från 2001 försöker Van der Stede att göra en hållbar definition av vad det innebär att ha en hög grad av kostnadskontroll. Han har även tagit fram ett mätinstrument för detta ändamål. Kostnadskontrollen anses kunna uppnås bland annat genom frekvent budgetuppföljning och att ledningen även visar intresse för detaljer i budgeten. Slutsatserna

har dragits utifrån en enkätstudie bland vinstdrivande företag. Vi ställer oss frågan om utfallet blir detsamma om instrument används inom hälso- och sjukvården?

4.1 Kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården

En enkät är skickad till sjukhus- och ekonomichefer (sjukhusledning), divisionschefer samt verksamhetschefer från ett urval av landsting, sjukhus och kliniker där de har svarat på 24 frågor angående kostnadskontrollen. Frågorna i enkäten är en översättning av en enkät utformad av Van der Stede (2001). En del frågor har uteslutits från den ursprungliga enkäten dels på grund av att frågorna inte ansågs lämpa sig för den offentliga sektorn, och dels för att den ursprungliga studien inte kunde påvisas något samband mellan händelsen i budgeteringen och en hög grad av kostnadskontroll. Frågorna ställdes så att respondenterna skulle besvara i vilken grad de ansåg att påståendet var *Sant* eller *Falskt*, på en sjugradig skala. Utifrån svaren kan man sedan skapa sig en uppfattning om kostnadskontrollen.

Nedan redovisas hur sjukhusen inom de 15 landstingen har svarat i medeltal för respektive landsting. Svaren ska tolkas så att har man svarat *sju* så finns en hög grad av kostnadskontroll, medan har man svarat *ett* så finns en låg grad av kostnadskontroll.

4.2 Kostnadskontroll inom fem områden

I detta avsnitt kommer kostnadskontrollen att diskuteras med utgångspunkt i fem områden. De fem frågeområdena utgår från Van der Stedes (2001) artikel och därmed de frågor som ställts i enkäten. Ett antal frågor gällande budgetprocessen ställdes, inom respektive område. De fem områdena är: *'Betoning av att budgeten uppnås'*, *'Budgetrevision under året'*, *'Detaljeringsgraden i budgeten'*, *'Budgetavvikelser under året'*, och slutligen *'Intensitet i den budgetrelaterade kommunikationen'*. Dessa fem områden kommer att förtydligas nedan.

4.2.1 Betonning av att budgeten uppnås

När kostnadskontrollen är i fokus är det väsentligt att budgetansvariga också uppfattar att kostnadskontrollen är något viktigt som ska uppnås. Frågorna inom denna grupp handlar därför om hur budgetansvariga (här verksamhetschefer) anser att de bedöms utifrån hur de uppnår budgeten och vilken press de uppfattar att de har på sig att budgeten ska uppnås. Ju högre värdet är desto mer betonas vikten av att budgeten ska uppnås.

På en skala från ett till sju, är medelvärdet 4,5 från svaren av verksamhetscheferna tillsammans med sjukhusledning. Svaren kan även delas upp på verksamhetschefer och sjukhusledning. Då visar det sig att medelvärdet för verksamhetscheferna i landstingen är 4,4 och för sjukhusledningen är motsvarande värde 4,6. Som synes ligger dessa tal mycket nära

varandra vilket tyder på liknande uppfattningar om hur verksamhetschefer och sjukhusledningen uppfattar vikten av att uppnå verksamhetens budget.

Nedan har svaren sammanställts i en tabell. Tabellen ska läsas så att graderingen ett till sju representerar svarsalternativen i enkäten som verksamhetschefer och sjukhusledning svarat på. Från enkätsvaren som kommit in har medelvärdet beräknats för frågorna inom respektive områden. Det är medelvärdet för respektive landsting som är markerat i tabellen nedan. Medelvärdena är uppdelade på svaren från verksamhetschefer och sjukhusledning.

Som synes i tabellen nedan är spridningen inom materialet relativt stort för frågorna inom detta område. För verksamhetscheferna är lägsta medelvärdet 3,5 och det högsta 6,1. För sjukhusledningen är differensen mellan högsta och lägsta värdet något mindre, 3,8 att jämföra med 5,7.

		1	2	3	4	5	6	7
1	Verksamhetschefer							
	Sjukhusledning							

4.2.2 Budgetrevision under året

Efter att budgeten är fastställd kan händelser i omgivningen göra att budgeten behöver revideras. Det kan handla om nya förutsättningar som man inte kunde ta hänsyn till då budgeten utarbetades. Revideringar av budgeten kan göras antingen systematiskt efter en tid eller efter speciella omständigheter (Anthony med flera, 2000). Ett alternativ till att revidera budgeten är att göra prognoser om budgetens utfall. Uppföljningar görs i sådana fall mot den ursprungliga budgeten, men behöver man ta beslut som bygger på mer aktuella data kan det göras gentemot den mer aktuella prognosen. I praktiken behöver det inte vara någon väsentlig skillnad mellan reviderad budget och budgetprognos.

Frågorna i enkäten inom denna grupp frågor handlar just om hur lätt eller svårt det är att revidera budgeten under innevarande budgetår. Ju högre värdet är desto mindre tolerans ges till att göra budgetrevideringar under året.

I landstingen är medelvärden på frågorna 4,8. För verksamhetscheferna varierar svaren från ett medel på 4,1 till 5,8, vilket är en spridning på 1,7. För sjukhusledningen är motsvarande siffra 3,3 och 5,9 (spridning på 2,6). Det innebär att det skiljer sig mer inom gruppen sjukhusledning än bland verksamhetscheferna som grupp. Det är dock lika många landsting

där verksamhetscheferna uppfattar att det finns en högre grad av kostnadskontroll än vad sjukhusledningen anser, som tvärt om.

		1	2	3	4	5	6	7
2	Verksamhetschefer Sjukhusledning	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> </div>						

4.2.3 Detaljeringsgraden i budgeten

Detaljeringsgraden i budgeten handlar om på vilken detaljeringsnivå budgeten diskuteras. Det handlar exempelvis om att den budgetansvarige i budgetdiskussioner måste förklara avvikelserna från budget i detalj och hur den budgetansvarige uppfattar att dennes chefer granskar budgeten. Ju högre detaljeringsgraden är, det vill säga att även enskilda poster i budgeten diskuteras i budgetdiskussionerna, desto större är kostnadskontrollen. Här redovisas en högre kostnadskontroll som ett högre värde på skalan ett till sju.

Medelvärde för frågorna är i landstinget 3,5. Bland verksamhetscheferna i landstinget är skillnaden mellan högsta och lägsta medelvärde 2,7. Det landstinget med högst värde har 5,3 och det landsting med lägst värde har 2,6. Studerar man spridningen i svaret hos sjukhusledningen framträder en annan bild. Det landstinget med högst medelvärde har här 4,6 och det landsting med lägst medelvärde har 1,3. Det är inte bara en stor differens mellan högsta och lägsta värde (3,3), det torde även visa på något mer. I ledningen på sjukhusen anser man inte att det finns något större intresse för detaljerna i budgeten, utan verksamhetscheferna har befogenhet sköta sin egen budget så länge den totala budgeten uppnås.

		1	2	3	4	5	6	7
3	Verksamhetschefer Sjukhusledning	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> </div>						

4.2.4 Budgetavvikelser under året

För ledningen i en organisation är budgetuppföljningen av enheters budgetar ett av de viktigaste styrmedlen tillsammans med att reagera då det uppstår avvikelser gentemot budgeten. Uppföljningen kan också ge svar på orsaker till varför utfallet avviker i jämförelse med budgeten (Arwidi med flera, 1991). Uppföljningarna kan genomföras i varierande omfattning och tidsperioder beroende på vad uppföljningen ska fylla för syfte. Om

uppföljningen ska användas för att analysera avvikelser för åtgärder krävs en mer frekvent uppföljning än om den ska användas för beräkning av årsbonus för de anställda (Ax med flera, 2003).

Enkätfrågorna som ställts inom detta område handlar om hur budgetansvariga agerar vid budgetavvikelser som uppstår under året, vilken betydelse den budgetansvarige upplever att dennes chef lägger vid budgetavvikelseerna och om skriftliga rapporter måste lämnas in till ledningen rörande orsakerna till budgetavvikelseerna och vilka åtgärder som vidtas för att korrigera avvikelserna från budget.

Inom detta område ligger landstingen högt på skalan ett till sju, där sju betecknas som hög grad av kostnadskontroll. För både verksamhetschefer och sjukhusledning gäller att medelvärdet ligger på den övre delen på skalan. För sjukhusledningen ligger det något högre än för verksamhetscheferna. Medelvärdet för sjukhusledningen är 6,2, medan det är 5,4 för verksamhetscheferna. Med tanke på att sju är högsta möjliga värde får detta värde uppfattas som relativt högt. Resultatet skulle kunna tyda på att inom just detta område kan kostnadskontrollen uppfattas som relativt hög.

		1	2	3	4	5	6	7
4	Verksamhetschefer					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sjukhusledning					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.5 Intensitet i den budgetrelaterade kommunikationen

Här handlar frågorna om den kommunikation som finns mellan den budgetansvarige och den närmsta chefen, samt personer i omgivningen som det kan vara relevant att diskutera budgeten med. Ju mer kommunikation som förekommer om budgeten, oavsett om budgetavvikelser finns eller inte, desto högre grad av kostnadskontroll. Detta kan förklaras med att genom kommunikationen förmedlas det som uppfattas som väsentligt. Diskuteras budgeten frekvent så läggs också tyngd på den vilket gör att det kan uppfattas som viktigt att komma med positiva resultat.

Medelvärdet för svaren från både verksamhetschefer och sjukhusledning är 5,2. Delas svaret upp på verksamhetscheferna respektive sjukhusledningen så skiljer det sig något mellan varandra. Medelvärdet för verksamhetscheferna är 4,9 medan motsvarande värde för sjukhusledningen är 5,4. Spridningen inom gruppen verksamhetschefer är dock relativt stor. Det högsta medelvärdet ligger på 6,7, medan det lägsta är 3,8. Det innebär en spridning på 2,9.

		1	2	3	4	5	6	7
5	Verksamhetschefer Sjukhusledning	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> </div>						

4.3 Diskussion

4.3.1 Modelljämförelse

Det stora fokus på kostnadskontroll inom Sveriges landsting och sjukhus har väckt frågan om hur kostnadskontrollen fungerar inom organisationen, dvs. hur kostnadskontrollen fungerar mellan flera nivåer av budgetansvariga inom en och samma ansvarskedja. Då det är sällsynt med sådana studier, har här gjorts ett försök att studera hur kostnadskontrollen, inom ramen för budgeteringen, uppfattas inom organisationen. Studien är gjord dels från de budgetansvariga verksamhetschefernas perspektiv, dels från ekonomichefernas och sjukhuschefernas perspektiv. Van der Stede (2001) har tagit fram ett mätinstrument som studerar hur kontrollen fungerar inom budgetprocessen. Detta instrument har översattas till svenska. Dessutom har en del justeringar gjorts för att anpassa formuläret till den svenska hälso- och sjukvården. Det har bland annat inneburit att en del frågor som inte ansetts passa den offentliga sektorn uteslutets. Dessutom har frågor där författaren inte hittat några samband mellan hög grad av kostnadskontroll och vissa fenomen också uteslutits.

Utifrån de svar som framkommit i enkäterna inom hälso- och sjukvården är det intressant att jämföra hur Van der Stede (2001) rangordnat de fem områdena gällande kostnadskontrollen utifrån hur relevanta de är, med de medelvärden som framkom i denna studie.

Van der Stede har rangordnat de fem ämnesgrupperna (rangordnade utifrån betydelse) och kommit fram till att en hög grad av budgetkontroll omfattar:

- Låg tolerans för budgetavvikelser under året
- Detaljerad ”rad för rad” uppföljningar
- Intensiv budgetrelaterad kommunikation
- Betoning av att infria budgeten, även kortsiktigt

Något samband mellan en hög grad av budgetkontroll och budgetrevideringar av budgeten kunde inte påvisas.

Efter rangordning av medelvärden för såväl verksamhetschefer som sjukhusledning, får de fem ämnesområdena följande rangordning:

- Låg tolerans för budgetavvikelse under året
- Intensiv budgetrelaterad kommunikation
- (Budgetrevideringar under året)
- Betoning av att möta budgeten även kortsiktigt
- Detaljerad "rad för rad" uppföljningar

Sätts rangordningen samman i en tabell för jämförelse ser det ut som nedan:

Kostnadskontroll

Van der Stede (2001)

- Låg tolerans för budgetavvikelse under året
- Detaljerad 'rad för rad' uppföljning
- Intensiv budgetrelaterad kommunikation
- Betoning av att möta budgeten även kortsiktigt
- (Tillåtelse av att göra budgetrevideringar under året)

Sjukhus

- Låg tolerans för budgetavvikelse under året
- Intensiv budgetrelaterad kommunikation
- Tillåtelse av att göra budgetrevideringar under året
- Betoning av att möta budgeten även kortsiktigt
- Detaljerad 'rad för rad' uppföljning

Det område som fått högst medelvärde bland verksamhetschefer och sjukhusledning är 'Budgetavvikelse under året'. Det innebär att respondenterna i hög utsträckning svarat att det visas en låg tolerans för budgetavvikelse under året. Det inkluderar även krav på att lämna in skriftliga förklaringar till varför avvikelserna uppstått samt krav på att rapportera de åtgärder som vidtas för att korrigera avvikelserna. Det resultatet överensstämmer med det Van der Stede (2001) kom fram till i sin studie. Detta kan inte tyckas särskilt förvånande med tanke på vad som framkom i de två första enkätstudierna i denna rapport. Där visade det sig att den ekonomiska uppföljningen av verksamheten görs i stort sett varje månad inom såväl landstingen som sjukhusen. Denna frekventa uppföljning gör att diskussioner om möjliga åtgärder samt korrigeringar snabbt kan vidtas till följd av utfallet. Detta brukar framhållas som ett väsentligt moment då kostnadskontrollen prioriteras.

Med tanke på att det uppfattas som det finns en låg tolerans för budgetavvikelse under året kan det tyckas märkligt och möjligen motsägelsefullt, att *'Betoning av att budgeten uppnås'* kom först på fjärde plats i utfallet från denna enkätstudie. Tittar man på innehållet i de båda områdena skiljer det sig i karaktären på frågorna. *'Betoning av att budget uppnås'* har ett bredare perspektiv än den föregående *'Budgetavvikelse under året'*. Att det finns en betoning av att budgeten ska uppnås handlar mer om hur den egna prestationen bedöms utifrån hur budgeten uppnås, medan den förra handlar om hur det går till i det praktiska arbetet, om avvikelse rapporter ska skrivas osv. Resultatet skulle därmed kunna tolkas som att det är stort fokus på att rapportera och åtgärda budgetavvikelse under året. När den egna prestationen sedan ska bedömas så har inte utfallet av den egna budgeten lika stor betydelse.

Det är också intressant att se att verksamhetschefer och sjukhusledning var tämligen eniga i frågorna om *'Detaljeringsgraden i budgeten'*. Här framkom att båda grupperna uppfattade att man inte i detalj är intresserad av eller behöver förklara enskilda poster i budgeten. Det skulle innebära att de budgetansvariga verksamhetscheferna har relativt stora frihetsgrader att ändra fördelningen mellan olika konton, så länge budgeten som helhet uppfylls. För ökad kostnadskontroll skulle det därmed finnas utrymme att göra uppföljningen mer detaljerad än den uppfattas vara i nuläget.

4.3.2 Samsyn mellan verksamhetschefer och sjukhusledning

Det är intressant att se att *'Intensiv budgetrelaterad kommunikation'* hamnar så högt som på andra plats i sammanställningen. Av enkätsvaren kan även konstateras att det inte är någon större skillnad mellan svaren från verksamhetscheferna och sjukhusledningen, vilket tyder på att man har liknande syn om i vilken omfattning budgeten diskuteras, huruvida man har personliga möten för att diskutera budgetavvikelse och om diskussioner förekommer oberoende av om budgetavvikelse existerar eller inte.

Detta resultat är intressant då det ofta framställs som om det finns en konflikt mellan grupper av medicinska ansvariga och den administrativa delen inom hälso- och sjukvården. Utfallet av studien skulle även kunna vara en signal om att grupperna förbättrat kommunikationen och en samsyn börjat framträda.

4.3.3 Andra sätt att åstadkomma kostnadskontroll

De frågor som ställts i enkäten är ett sätt att göra en bedömning om hur kostnadskontrollen fungerar inom en organisation. Enkäten fångar upp hur budgetarbetet går till i den dagliga verksamheten, hur ofta budgeten diskuteras, vilket tryck den budgetansvarige känner på sig att uppnå budgeten och så vidare. Det finns dock andra sätt att få en bild av hur kostnadskontrollen fungerar. Sådana sätt kan vara att kostnadskrävande beslut flyttas uppåt i

hierarkin. Som exempel på detta kan nämnas beslut om investeringar som ska genomföras på enskilda kliniker. Det är vanligt att dessa investeringsbeslut flyttas från kliniknivå till sjukhusledningen. I den första enkätstudien som handlade om resursfördelningen inom sjukhusen, framkom att 90 % av sjukhusen har en separat budget för investeringar. Vid majoriteten av sjukhusen hade klinikerna inte själva möjligheten att besluta om investeringar utan att först diskuterat frågan med sjukhusledningen, eller med exempelvis sjukhusets investeringskommitté.

Andra exempel som kan ses som ett sätt att strama upp kostnadskontrollen är apotekens möjlighet att byta ut läkemedel till en billigare sort.

4.4 Sammanfattning

Inom litteraturen brukar man tala om *hård* och *mjuk* styrning. För att få kontroll över kostnaderna, vilket är ett vanligt förekommande mål inom landstingen, brukar en hårdare styrning hävdas bäst lämplig. Ett problem inom hälso- och sjukvården har dock varit att det inte finns några vedertagna instrument för att studera hur kostnadskontrollen fungerar inom organisationen. Här har ett instrument framtaget av Van der Stede (2001) används för att studera kostnadskontrollen inom ramen för budgeteringen inom hälso- och sjukvården. En enkätstudie är genomförd och den vände sig till verksamhetschefer och sjukhuschefer eller motsvarande vid ett urval sjukhus och kliniker inom 15 landsting. Från enkätsvaren kan man förstå att man inom sjukhusen främst visar en låg tolerans för budgetavvikelse under året och att budgeten kommuniceras frekvent i olika forum. Däremot framkom att sjukhusledningen i högre grad än verksamhetscheferna inte har eller visar något större intresse för detaljer i klinikernas budgetar.

5 Avslutning

Denna rapport har fokuserat på tre områden i hälso- och sjukvården. Det första området handlar om hur resursfördelningen fördelas i landsting och inom sjukhus. Det andra området handlar om budgeteringen, om det finns något samband mellan verksamheternas mål och de finansiella begränsningar som finns i budgeten. Den tredje och sista delen har tagit upp kostnadskontrollen inom hälso- och sjukvården. I detta avslutande kapitel kommer de viktigaste lärdomarna som kommit fram i denna studie att tas upp.

5.1 Länsövergripande verksamhet och fasta anslag sticker ut

Organisationsformen för landstingen går mot en förändring. Det är sex landsting som har övergått till att använda en länsövergripande organisationsform. Det innebär exempelvis att ett visst område, såsom kirurgi, ansvarar för all den kirurgiska vård som bedrivs inom landstinget. Detta fungerar dock mer eller mindre utpräglat i de sex landstingen.

Under 1990-talet kom nya former för resursfördelningen. Från att ha ett traditionellt anslagstänkande diskuterades och infördes på många håll andra modeller när resurserna skulle fördelas. En av de vanligare modellerna var beställare- och utförareorganisation som användes i kombination med någon form av prestationsersättning. Idag är det fem landsting som använder en beställare- och utförareorganisation, men endast tre gör det i kombination med prestationsersättning. I 17 landsting ersätts vårdgivarna, det vill säga sjukhusen, eller motsvarande, med fasta anslag. Det innebär att metoden för resursfördelning i stort sett är tillbaka där den var innan de nya resursfördelningsmodellerna infördes. En trolig orsak till denna tillbakagång är att många landsting haft en alltför hög kostnadsutveckling, vilket gjort att de gått tillbaka till anslagsbudget för att få en bättre helhetsbild över kostnaderna. Majoriteten av landstingen diskuterar förändringar av resursfördelningsmodellen i större eller mindre omfattning. Men det som främst tas upp i dessa möjliga förändringar är införande av någon form av rörlig ersättning.

I de flesta landsting används samma resursfördelningssystem inom sjukhusen såväl som det landsting sjukhusen finns inom. Det framkom från de enkätstudier som gjorts. Här finns dock ett stort bortfall vad gäller svaren från sjukhusen. Så någon heltäckande kartläggning av situationen har inte kunnat göras. Dock framkom att resursfördelningssystemen skiljer sig åt i tre landsting mellan det system som används i landstingen då resurserna fördelas till sjukhus, och det system som används inom sjukhusen. Att resursfördelningssystemen skiljer sig åt behöver i sig inte vara något anmärkningsvärt, snarare tvärt om. Det som torde spela större roll är om resursfördelningssystem understryker de mål som finns i organisationen. Det har

framkommit att flera landsting betonar kostnadskontroll och då kan en rambudget med fasta anslag underlätta, då den har ett kostnadsfokus. Den prestationsbaserade ersättningen ger incitament att öka produktionen, och därmed kostnaderna. Den prestationsbaserade ersättningen med ett totalkostnadsansvar har dock andra fördelar som inte beaktas då fasta anslag används.

5.2 Ont om politiska mål och prioriteringar i budgeten

Endast 13 av landstingen anger att de tar fram verksamhetsplaner och av dem är det 7 som tar fram verksamhetsplaner för en treårsperiod. Att så få anger att de tar fram verksamhetsplaner kan tyckas förvånande då det i kommunallagen anges att planer ska tas fram och att en treårsbudget ska upprättas. Den troligaste orsaken till detta är att någon form av mål sätts upp men att det inte sammanställs i något som kallas verksamhetsplan. Det är också möjligt att befintliga planer uppfattas som så innehållslösa att de inte ses som planer för verksamheten.

Att ta fram planer för den verksamhet som bedrivs där mål och riktning på verksamheten anges är viktigt. Med tydliga målformuleringar markeras vad som är viktigt och vad som prioriteras samt att verksamheten har något att utvärdera sina prestationer mot. Finns inte sådana mål och planer finns risk att individerna istället börjar utveckla och förverkliga sina egna mer personliga mål. Kortsiktiga mål sätts dock upp inom såväl landsting som sjukhus. Dessa mål har emellertid fokus på finansiella mått och de ickefinansiella målen tycks ofta komma i andra hand.

Politikerna tycks ha en viktig roll som målsättare när budgeten utarbetas. Detta skulle kunna vara ett av skälen till att planeringen tycks vara relativt kortsiktig och att prioriteringar mellan mål tycks finnas i relativt liten utsträckning i landstingen. Med en ansträngd ekonomisk situation torde det finnas ett stort behov av prioriteringar och här har politiker ett stort ansvar. Trots bristen på långsiktiga mål och prioriteringar mellan målen är det oväntat många inom landstingen och sjukhusen som anser att resurserna står i hög eller mycket hög utsträckning i relation till de mål som beslutats. En tredjedel inom landstingen och hälften av respondenterna inom sjukhusen anser det.

5.3 Utrymme finns för ökad kostnadskontroll

Kostnadskontrollen har kommit att få ett stort utrymme i landsting och sjukhus de senaste åren som en följd av den höga kostnadsutvecklingen. Det verkar dock som om kostnadsökningen avstannat något det senaste året. När resurserna är begränsade och neddragningar ska göras är en åtgärd att minska antalet behandlingar, vilket resulterat i att köer skapas. I vilken utsträckning detta gjorts är svårt att få någon uppfattning om. Men det mest troliga är att det varit en del av åtgärderna för att avstanna kostnadsutvecklingen. Frågan

är vad som kommer att hända med kostnaderna och kostnadskontrollen när en vårdgaranti införs från första november 2005, som innebär att patienter ska erbjudas behandling inom 90 dagar i det egna landstinget från det att beslut om behandling tagits? Det finns då risk att kostnaderna kortsiktigt åter kommer att öka med hänvisning till den nya vårdgarantin. För information om konsekvenser av införande av vårdgarantin 1992, se Hanning, 2005.

I litteraturen anges att för att uppnå en ökad kontroll över kostnaderna bör kostnadskontrollen i budgeteringen intensifieras. Det innebär bland annat att ledningen är mer aktiv i de beslut som tas i organisationen och att uppföljning av verksamheterna sker frekvent och ingående, för att snabbt kunna korrigera avvikelser mot budgeten. Det har dock varit få empiriska studier gällande kostnadskontrollen inom ramen för budgeteringen inom offentlig sektor. Den belgiska forskaren Wim Van der Stede har utarbetat ett instrument för att studera kostnadskontrollen inom privat verksamhet. Här har samma instrument används, men med vissa justeringar för att passa den offentliga sektorn. Verksamhetschefer, ekonomichefer och sjukhuschefer eller motsvarande vid ett urval landsting, sjukhus och kliniker har svarat på frågor om kostnadskontrollen i budgeteringen. Där framkom att det finns en låg tolerans för budgetavvikelser under året och budgeten diskuteras frekvent. Det som kan tyckas något förvånande är att varken sjukhusledning eller budgetansvariga verksamhetschefer anser att det läggs särskilt stor vikt vid detaljer i budgeten. Det torde innebära att det finns friheter för budgetansvariga att justera poster inom budgeten utifrån vad som anses lämpligt. För att öka kontrollen ytterligare skulle detta vara ett område som kan diskuteras i vilken grad detta ska vara möjligt.

Att intensifiera kontrollen i budgeteringen är ett sätt att få en ökad kostnadskontroll. Det finns dock andra möjligheter som också används till stor del inom många landsting och sjukhus. Det är att flytta beslut från den operativa verksamheten högre upp i organisationen. Det är exempelvis vanligt då investeringar ska göras.

6 Referenser

- Aidenmark, Lars-Göran. (2001). Managed health care perspectives: a study of management accounting reforms on managing financial difficulties in a health care organization. *The European Accounting Review*, vol. 10, nr 3, s. 545-560.
- Anell, Anders. (1990). *Från central planering till lokalt ansvar - Budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård*. Lund: Lund University Press.
- Anell, Anders. (1990). *Ekonomistyrssystem i sjukvården: Kartläggning av praxis och förnyelse i landstingen*. IHE arbetsrapport 1990:2. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Anell, Anders. (2004) *Strukturer Resurser Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Anthony, Robert N. & Govindarajan, Vijay. (2000). *Management Control Systems*. (10:th ed). Boston: McGraw-Hill.
- Anthony, Robert N. & Govindarajan, Vijay. (1998). *Management Control Systems*. (9:th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Arwidi, Olof & Samuelson, Lars. (1991). *Budgetering i industriföretagets styrsystem*. Stockholm: Sveriges mekanförbund.
- Ax, Christian, Johansson, Christer & Kullén, Håkan.(2003). *Den nya ekonomistyrningen*. Malmö: Liber ekonomi.
- Bergman, Sven Eric & Dahlbäck, Ulla. (2001). *Ersättningsmodeller – en kartläggning inom hälso- och sjukvården*. Rapport Nr 2. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys.
- Bergstrand, Jan & Olve, Nils-Göran. (2002). *Styr bättre med bättre budget*. Malmö: Liber-Hermods.
- Brorström, Björn. (1995). *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer. En studie av nya styrformer inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanning, Marianne. (2005). *Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy to Long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996*. Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis.
- Landstingsförbundet & Svenska kommunförbundet. (2004). *Landstingens ekonomi - maj 2004*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Merchant, Kenneth A & Van der Stede, Wim A. (2003). *Management control systems. Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. Harlow: Financial Times Prentice Hall.
- Ouchi William G. (1991) Markets, bureaucracies and clans. I Thompson Grahame, Jennifer Frances, Rosalind Levacic & Jeremy Mitchell (red): *Markets, Hierarchies & Networks. The coordination of social life*. London: Sage. I Hallin, Bo & Siverbo, Sven. (2001). *Jakten*

- på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. Rapport Nr 3. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys.*
- Region Skåne. (2004). *Budget för 2004 med plan för 2004-2005.*
- Van der Stede, Wim A. (2001). Measuring 'tight budgetary control'. *Management Accounting Research, vol. 12, nr. 1, s. 119-137.*

7 Bilaga 2. Enkät till landsting

Bakgrundsinformation

1. Namn på landsting/region:

1.2 Antal sjukhus inom landstinget/regionen:

2. Befolkningsstorlek inom landstinget/regionen:

3. Landstingets/regionens ekonomiska avvikelse jämfört med budget (i över- eller underskott för hälso- och sjukvården):

a) År 2002 miljoner kronor

b) År 2003 miljoner kronor

c) År 2004 miljoner kronor

Egna kommentarer:

Planering och samband mellan resurser och verksamhetsmål i form av uppdrag

2.1 a) Sätts finansiella mål upp som underlag för budgeten? (Exempel på finansiella mål kan vara avkastningskrav, finansiella begränsningar eller budget i balans)

Nej

Ja. *Hur är dessa utformade?*

b) Finns prioriteringar mellan målen?

Nej

Ja.

Egna kommentarer:

2.2 a) Sätts icke- finansiella mål upp som underlag för budgeten? (Exempel kan vara antal vårdplatser, antal läkarbesök, eller krav på tillgänglighet)

Nej

Ja. *Hur är dessa utformade?*

b) Finns prioriteringar mellan målen?

Nej

Ja

Egna kommentarer:

2.3 Vilka utgångspunkter använder Ni när Ni bestämmer målen, inom landstinget/regionen?

De historiska nivåer som uppnåtts

De politiska mål som tagits i landstinget/regionen

Annat

2.4 I vilken utsträckning anser du att de finansiella resurserna för hälso- och sjukvården inom landstinget/regionen har satts i relation till de mål som beslutats?

Ingen

utsträckning

I mycket hög

utsträckning

2.5 Tar man inom Ert landsting/region fram driftsplaner/verksamhetsplaner som underlag för budgetuppställandet?

Nej

Ja. För vilket tidsperspektiv?

2.6 I vilken utsträckning tycker Du att driftsplaner/verksamhetsplaner fungerar som underlag när Ni gör er budget?

Ingen

utsträckning

I mycket hög

utsträckning

2.7 Vilka av följande alternativ anser Du för närvarande idealt bör vara de viktigaste målen för landstinget/regionen? (Rangordna de tre viktigaste: 1= viktigaste, 2= näst viktigaste, 3=minst viktiga)

0 Att ni klarar budgeten?

- 0 Att ni kan tillgodose vårdbehovet i landstinget/regionen?
- 0 Att ni är kostnadseffektiva?
- 0 Att ni har en klar långsiktig strategi?
- 0 Att ni har en hög service- och kvalitetsnivå inom landstinget/regionen?

2.8 Vilka av följande alternativ anser Du i praktiken är de viktigaste målen inom landstinget/regionen (utifrån ur det faktiskt fungerar i landstinget/regionen)? (Rangordna de tre viktigaste: 1=viktigaste, 2=näst viktigaste, 3 = minst viktiga)

- 0 Att ni klarar budgeten?
- 0 Att ni kan tillgodose vårdbehovet i landstinget/regionen?
- 0 Att ni är kostnadseffektiva?
- 0 Att ni har en klar långsiktig strategi?
- 0 Att ni har en hög service- och kvalitetsnivå inom landstinget/regionen?

Kartläggning av resursfördelning till sjukhus och primärvård

3.1 Kan Du mycket övergripande beskriva hur landstinget/regionen är organiserad utifrån resursfördelningen till hälso- och sjukvården. (Exempel: Landstinget är organiserat i två distrikt. Varje distrikt ansvarar för resursfördelning och verksamhet inom det egna distriktet).

3.2 Kan Du mycket övergripande beskriva hur resursfördelningen går till inom landstinget/regionen och ut till de olika verksamheterna, med utgångspunkt i föregående fråga. (Exempel: Landstinget fördelar resurser till de två distrikten. Varje distrikt fördelar vidare resurserna till verksamheterna inom det egna distriktet.)

3.3 Kan Du mycket övergripande beskriva hur de olika verksamheterna inom landstinget/regionen ersätts. (Exempel på rörlig ersättning kan vara ersättning per vårddygn eller DRG. En fast ersättning kan innebära en klumpsumma till en verksamhet oberoende vad som presteras).

3.4 a) Sjukhuset/sjukhusen inom landstinget/regionen har:

- Kostnads- och intäktsansvar (Resultatansvar)
- Kostnadsansvar
- Annat, vilket

b) Primärvården inom landstinget/regionen har:

- Kostnads- och intäktsansvar (Resultatansvar)
- Kostnadsansvar
- Annat, vilket

Egna kommentarer:

3.5 a) Har Ni en separat budget för investeringar till sjukhusen?

- Nej
- Ja

b) Har Ni en separat budget för investeringar till primärvården?

- Nej
- Ja

3.6 a) Har Ni en separat budget för receptbelagda läkemedel för sjukhusen?

- Nej
- Ja

b) Har Ni en separat budget för receptbelagda läkemedel för primärvården?

- Nej
- Ja

3.7 Pågår diskussioner inom landstinget/regionen att inom de närmsta åren förändra resursfördelningssystemet?

- Nej
- Ja. På vilket sätt?

Uppföljning av sjukhus och primärvård

4.1 a) Hur ofta följer Ni upp budgeten för verksamheterna/begär in uppföljningar av budgeten från verksamheterna inom landstinget/regionen centralt?

b) Vad följs upp i dessa uppföljningar?

4.2 a) Överförs eventuella överskott (hela eller delar av) i budgetutfall inom respektive sjukhus inom landstinget/regionen till påföljande budgetår?

Nej

Ja. *I vilken utsträckning?*

b) Överförs eventuella överskott (hela eller delar av) i budgetutfall inom primärvården inom landstinget/regionen till påföljande budgetår?

Nej

Ja. *I vilken utsträckning?*

4.3 a) Överförs eventuella underskott (hela eller delar av) i budgetutfall inom respektive sjukhus inom landstinget/regionen till påföljande budgetår.

Nej

Ja. *I vilken utsträckning?*

b) Överförs eventuella underskott (hela eller delar av) i budgetutfall inom primärvården inom landstinget/regionen till påföljande budgetår.

Nej

Ja. *I vilken utsträckning?*

4.4 Använder Ni någon form av belöningsystem inom landstinget/regionen?
(Exempel på belöningsystem kan vara vidareutbildning, personlig årlig bonus, bonus på sjukhus, löneförhöjning)?

Nej

Ja. *Hur är den utformad?*

Övriga kommentarer:

8 Bilaga 3. Enkät till sjukhusen

1. Bakgrundsinformation

1.1 Namn på sjukhus:

1.2 Kategori på sjukhus:

- Universitetssjukhus
- Länssjukhus
- Närsjukhus/Länsdelssjukhus

1.3 Är Du ekonomiansvarig för flera sjukhus, och därmed inte kan svara på fråga 1.1 och 1.2, kan du svara i löpande text, vilka sjukhus du är ekonomiansvarig för samt kategorin på dessa sjukhus.

1.4 Antal anställda på sjukhuset:

1.5 Sjukhusets ekonomiska avvikelse jämfört med budget (i över- eller underskott):

- a) År 2002: kronor
- b) År 2003: kronor
- c) År 2004: kronor

2. Utformning av verksamhetsmål

2.1 a) Sätts finansiella mål eller restriktioner upp som underlag för budgeten, inom sjukhuset?

- Nej
- Ja. *Gäller dessa?*
 - Avkastningskrav
 - Röntabilitetskrav
 - Investeringsram
 - Finansiella begränsningar
 - Pris- och taxersättning
 - Budget i balans
 - Annat:

b) Finns prioriteringar mellan målen?

- Nej
 Ja

Egna kommentarer:

2.2 a) Sätts finansiella mål eller restriktioner upp som underlag för budgeten på respektive klinik?

- Nej
 Ja. *Gäller dessa?*

- Avkastningskrav
- Röntabilitetskrav
- Investeringsram
- Finansiella begränsningar
- Pris- och taxersättning
- Budget i balans
- Annat:

b) Finns prioriteringar mellan målen?

- Nej
 Ja

Egna kommentarer:

2.3 a) Sätts icke- finansiella mål upp som underlag för budgeten inom sjukhuset?

- Nej
 Ja. *Hur är dessa mål utformade?*

- DRG
- Antal läkarbesök
- Antal vård dagar
- Kvalitetskrav på utförd vård
- Annat;

b) Finns prioriteringar mellan målen?

- Nej
 Ja

Egna kommentarer:

2.4 a) Sätts icke- finansiella mål upp som underlag för budgeten på respektive klinik?

Nej

Ja. *Hur är dessa mål utformade?*

DRG

Antal läkarbesök

Antal vård dagar

Kvalitetskrav på utförd vård

Annat;

b) Finns prioriteringar mellan målen?

Nej

Ja

Egna kommentarer:

2.5 Vilka utgångspunkter använder Ni när kravnivåerna på klinikerna bestäms?

De historiska nivåer som uppnåtts inom respektive klinik

De politiska mål som tagits i landstinget/regionen

Annat;

2.6 I vilken utsträckning anser Du att de finansiella resurserna för hälso- och sjukvården inom sjukhuset satts i relation till de mål som beslutats?

Ingen

utsträckning

I mycket hög

utsträckning

2.7 Tar man inom Ert sjukhus fram driftsplaner/verksamhetsplaner?

Nej

Ja. *Vilket tidsplan har dessa?* år.

2.8 I vilken utsträckning anser Du att driftsplaner/verksamhetsplaner fungerar som underlag när ni gör er budget?

Ingen

utsträckning

I mycket hög

utsträckning

2.9 Vilka av följande alternativ anser Du för närvarande idealt bör vara de viktigaste målen för sjukhuset? (Rangordna de tre viktigaste: 1= viktigaste, 2= näst viktigaste, 3= minst viktiga)

- 0 Att ni klarar budgeten
- 0 Att ni kan tillgodose vårdbehovet inom Ert upptagningsområde?
- 0 Att ni är kostnadseffektiva
- 0 Att ni har en klar långsiktig strategi
- 0 Att ni har en hög service- och kvalitetsnivå inom sjukhuset

2.10 Vilka av följande alternativ anser Du i praktiken är de viktigaste målen inom sjukhuset (utifrån ur det faktiskt fungerar)? (Rangordna de tre viktigaste: 1= viktigaste, 2= näst viktigaste, 3=minst viktiga)

- 0 Att ni klarar budgeten?
- 0 Att ni kan tillgodose vårdbehovet inom Ert upptagningsområde?
- 0 Att ni är kostnadseffektiva?
- 0 Att ni har en klar långsiktig strategi?
- 0 Att ni har en hög service- och kvalitetsnivå inom sjukhuset?

3. Kartläggning av resursfördelning

3.1 Kan Du mycket övergripande beskriva hur sjukhuset är organiserat? (Exempel: sjukhuset är indelat i fem divisioner, med en divisionschef som är ansvarig för respektive division. Inom varje division finns ett antal kliniker. Varje klinik leds av en verksamhetschef osv.).

3.2 Kan Du mycket övergripande beskriva hur resursfördelningen går till inom sjukhuset och ut till de olika verksamheterna, med utgångspunkt i föregående fråga. (Exempel: sjukhuset fördelar sina resurser till de olika divisionerna. Varje divisionschef fördelar sedan vidare resurserna ut till klinikern. Verksamhetscheferna på klinikerna fördelar slutligen vidare resurserna ut på avdelningarna)

3.3 Vilka logiker/metoder använder Ni för att fördela resurserna inom sjukhuset?

- Klinikerna får en budgetram att hålla sig inom
- Klinikerna får ersättning utifrån vad de presterar (interndebitering)
- Annat:

Egna kommentarer gällande resursfördelningen inom sjukhuset:

3.3 Används samma metod för resursfördelning, inom alla sjukhusets verksamheter?

Nej. *Vilka delar har en särskild form av resursfördelning, och enligt vilka principer får dessa resurser tilldelade?*

Ja

3.4 Ersätts klinikerna med rörlig eller fast ersättning eller båda (i sådana fall vilken procentuell fördelning)? (Exempel på rörlig ersättning kan vara ersättning per vårddygn eller DRG. En fast ersättning kan innebära en klumpsumma till en verksamhet oberoende vad som presteras)

Enbart rörlig ersättning. *Hur är en sådan utformad?*

Enbart fast ersättning. *Hur är en sådan utformad?*

Både rörlig och fast ersättning. *Hur är en sådan utformad?*

Annat. *Hur är den utformad?*

3.5 Verksamhetscheferna på klinikerna har:

Kostnads- och intäktsansvar (Resultatansvar)

Kostnadsansvar

Annat. *Vilket?*

Egna kommentarer:

3.6 Använder Ni er av interndebitering, inom sjukhuset?

Nej

Ja. *För vilken typ av verksamhet?*

3.7 Har Ni en separat budget för investeringar på klinikerna?

Nej

Ja

3.8 Förhandlas större investeringar som ska göras på klinikerna centralt på sjukhuset?

Nej

Ja. *Vilken storlek på investeringar kan kliniker och avdelningar besluta över själva?*

3.9 Har Ni en separat budget för receptbelagda läkemedel på klinikerna?

Nej

Ja

3.10 Finns andra ”aktiviteter eller satsningar” som kliniker inte själva kan besluta över (exempelvis forsknings- eller omstruktureringskostnader)?

Nej

Ja. Inom vilka områden gäller det, och hur och av vem beslutas dessa?

3.11 I vilken utsträckning anser Du att verksamhetscheferna på klinikerna har möjlighet att förhandla om budgeten för den egna kliniken?

Ingen

utsträckning

I mycket hög

utsträckning

Egna kommentarer:

3.12 I vilken utsträckning anser Du att Ni på sjukhuset har möjlighet att förhandla om budgeten för det egna sjukhuset?

Ingen

utsträckning

I mycket hög

utsträckning

4. Uppföljning

4.1 Hur ofta följer Ni upp budgeten för verksamheterna inom sjukhuset?

- Varje vecka
- Varje månad
- Varje kvartal
- Varje tertial
- Varje halvår
- En gång om året

Egna kommentarer:

4.2 Vad inom budgeten följs upp? (Flera alternativ kan väljas)

- Periodens resultat jämfört med budget
- Periodens resultat jämfört med samma period tidigare år
- Periodens resultat jämfört med andra sjukhus med liknande verksamhet
- Antal vård dygn
- Antal vård dagar
- Antal läkarbesök
- Antal DRG
- Annat. Vad?

Egna kommentarer:

4.3 Överförs eventuella överskott i budgetutfall för kliniker till påföljande budgetår?

- Nej
 Ja. *I vilken utsträckning?*

4.4 Överförs eventuella underskott i budgetutfall för kliniker eller avdelningar till påföljande budgetår.

- Nej
 Ja. *I vilken utsträckning?*

Egna kommentarer:

4.5 Använder Ni någon form av belöningsystem inom sjukhuset? (Exempel på belöningsystem kan vara vidareutbildning, personlig årlig bonus, bonus på avdelnings- eller klinik, löneförhöjning)?

- Nej
 Ja. *Omfattas belöningsystemet av något av nedanstående:*

- Vidareutbildning
- Personlig årlig bonus
- Bonus till verksamhetschef på klinik
- Bonus till avdelningschef på avdelningarna
- Löneförhöjning
- Annat. Vad?

Egna kommentarer:

4.6 Pågår diskussioner inom sjukhuset att, inom de närmaste åren, förändra resursfördelningssystemet?

- Nej
 Ja. *På vilket sätt?*

Övriga kommentarer: