



---

**Handelshögskolan vid Göteborgs universitet**  
**Företagsekonomiska institutionen**  
**01/02:7D**

# **Ekonomistyrning i vården**

## **KPP som ekonomistyrningsverktyg i vårdverksamhet**

Magisteruppsats i företagsekonomi  
Redovisning och Finansiering  
Höstterminen 2001

Handledare: Christer Dagman  
Författare: Leif Karlsson 700125

Thomas Svahn 710613

## Sammanfattning

### **Examensarbete i företagsekonomi, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, Redovisning och Finansiering, Magisternivå, Ht-01**

**Författare:** : Leif Karlsson och Thomas Svahn

**Handledare:** Christer Dagman

**Titel:** Ekonomistyrning i vården – KPP som ekonomistyrningsverktyg i vårdverksamhet

**Problembakgrund:** Avvägningen mellan kostnad och kvalitet är kanske svårare inom vårdområdet än på många andra områden. Etiska aspekter samt värdighet och diskretion är exempel på aspekter som är svåra att mäta i ekonomiska termer men som är nödvändiga för att kvaliteten på vården skall kunna betraktas som hög. Eftersom vården i Sverige finansieras via skatter är medlen tämligen begränsade. Ekonomistyrning inom vårdverksamhet blir därför av yttersta vikt bland annat för att möjliggöra kontroll, att önskvärda prioriteringar görs och att de begränsade medlen används på ett effektivt sätt. Ett ekonomistyrningsverktyg som har börjat användas inom vården är KPP - Kostnad Per Patient. I denna modell samlas alla kostnader för vården så långt det är möjligt till enskilda vårdtillfällen. Vi har valt att undersöka hur KPP används och kan användas för ekonomistyrning i vården inom Västra Götalandsregionen.

**Syfte:** Syftet med denna uppsats är att undersöka problemområden, användningsområden och utvecklingsmöjligheter för KPP i ekonomistyrningen av vårdverksamheten i Västra Götalandsregionen. Ett delsyfte är att undersöka hur KPP fungerar i den övergripande ekonomistyrningsmodellen i Västra Götalandsregionen.

**Avgränsningar:** Två av regionens sjukhus är med i undersökningen; Sahlgrenska universitetssjukhuset och Kungälv's sjukhus. Mindre vikt har i uppsatsen lagts på beskrivning och analys av den tekniska utformningen av KPP, d v s hur resultaten faktiskt räknas fram. Undersökningen är huvudsakligen inriktad på läns- och regionsjukvården eftersom det är där KPP-arbetet kommit längst.

**Metod:** Totalt har djupintervjuer med 20 st respondenter genomförts av vilka merparten har varit personliga intervjuer och resterande telefonintervjuer. Personerna är huvudsakligen verksamma som ekonomer, praktiker eller politiker inom Västra Götalandsregionen. Övriga är sakkunniga med anknytning till KPP och/eller ekonomistyrning i vårdverksamhet.

**Resultat, slutsatser:** Situationen i vården är mycket komplex vilket gör den svårstyrd och det finns aspekter i den övergripande styrmodellen i Västra Götalandsregionen som inte fungerar tillfredsställande. Generellt kan det sägas att användningen av KPP i ekonomistyrningen idag verkar relativt begränsad men att potentialen kan vara betydande framöver. Det största problemet med KPP är att det inte finns någon harmonisering i beräkningssätt mellan olika sjukhus. Det finns ett flertal användningsområden för KPP på olika nivåer inom vården, t ex jämförelser av olika slag, kostnadsanalyser, produktivitetsuppföljning, beräkning av priser, förhandlingsunderlag, effektivisering av vårdprocesser etc. Framtida utvecklingsmöjligheter kan t ex vara ytterligare nyansering av KPP-data, mer frekvent uppdatering, sammanlänkning med kvalitetssystem samt spridning av KPP till fler delar av vården så att exempelvis hela vårdkedjeperspektiv blir möjliga att fånga.

**Förslag till fortsatt forskning:** Det vore av intresse att studera skillnaden i framtagande av KPP mellan olika sjukvårdsenheter för att komma fram till hur en bättre harmonisering kan uppnås. Ett förslag är också att utreda hur KPP skulle kunna uppdateras mer frekvent än vad som idag är fallet. En övergripande genomlysning av hela styrmodellen i Västra Götalandsregionen vore även det av stort intresse.

# Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 Inledning</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1 Problembakgrund   | 1         |
| 1.2 Problemformulering  | 2         |
| 1.3 Syfte   | 2         |
| 1.4 Avgränsningar   | 3         |
| <b>2 Metod</b>  | <b>4</b>  |
| 2.1 Tillvägagångssätt   | 4         |
| 2.2 Forskningsansats  | 4         |
| 2.3 Fallstudier   | 5         |
| 2.4 Primärdatainsamling   | 5         |
| 2.4.1 Utformning av intervjuguide   | 6         |
| 2.4.2 Val av målpopulation  | 6         |
| 2.4.3 Presentation av empiri  | 6         |
| 2.5 Sekundärdatainsamling   | 6         |
| 2.6 Validitet, reliabilitet och relevans                                  | 7         |
| 2.6.1 Källkritik  | 7         |
| 2.7 Målgrupp  | 8         |
| 2.8 Anknytning till aktuell forskning                                     | 8         |
| <b>3 Västra Götalandsregionen</b>   | <b>9</b>  |
| 3.1 Struktur och organisation   | 9         |
| 3.1.1 Regional utveckling   | 10        |
| 3.1.2 Hälso- & sjukvårdsorganisation                                      | 10        |
| 3.2 Ekonomisk styrmodell  | 11        |
| <b>4 Teori om Ekonomistyrning</b>   | <b>13</b> |
| 4.1 Ekonomistyrning   | 13        |
| 4.1.1 Syften med ekonomistyrning  | 13        |
| 4.1.2 Definitioner inom ekonomistyrning                                   | 13        |
| 4.1.3 Ekonomistyrningsmodeller  | 14        |
| 4.1.3.1 Ansvarsfördelning   | 15        |
| 4.1.3.2 Styrmått i ekonomistyrningen                                      | 15        |
| 4.1.3.3 Produktkalkylering  | 16        |
| 4.1.4 Kritik mot traditionell ekonomistyrning                             | 17        |
| 4.1.4.1 Balanced Scorecard  | 18        |
| 4.2 Ekonomistyrning i offentlig verksamhet                                | 18        |
| 4.2.1 Utmärkande för offentlig verksamhet                                 | 18        |
| 4.2.1.1 Utmärkande drag för vården  | 19        |
| 4.2.2 Marknadstänkande i offentlig verksamhet                             | 20        |
| <b>5 Teori om KPP</b>   | <b>23</b> |
| 5.1 Översikt av KPP-modellen  | 23        |
| 5.2 KPP-modellens begrepp   | 24        |
| 5.3 KPP-modellens steg  | 25        |
| 5.3.1 Första steget - relevanta sjukvårdskostnader                        | 25        |
| 5.3.2 Andra steget – kostnader för gemensamma aktiviteter                 | 26        |
| 5.3.3 Tredje steget – kostnadsberäkning av vårdtjänster                   | 26        |
| 5.3.4 Fjärde steget –knytning av vårdtjänster till enskilda vårdkontakter | 26        |
| 5.4 Syften och användningsområden för KPP                                 | 26        |
| 5.4.1 Styrning på klinisknivå   | 27        |
| 5.4.2 Styrning på region- och landstingsnivå                              | 27        |
| 5.4.3 Flödes- och processtyrning  | 27        |
| 5.4.4 Kalkylering av ersättningsunderlag                                  | 28        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>6 Empiri</b>  | <b>29</b> |
| <b>6.1 Ekonomistyrning i vården</b>                            | <b>29</b> |
| <b>6.2 Ekonomistyrning i vården i Västra Götalandsregionen</b> | <b>30</b> |
| 6.2.1 Den anslagsfinansierade delen av ersättningen            | 31        |
| 6.2.2 Den prestationsbaserade delen av ersättningen            | 31        |
| 6.2.3 Rollfördelning i beställar-utförarmodellen               | 32        |
| 6.2.4 Förbättringsmöjligheter i styrmodellen                   | 33        |
| <b>6.3 KPP</b>   | <b>34</b> |
| 6.3.1 Allmänt om KPP   | 34        |
| 6.3.2 Problemområden inom KPP                                  | 36        |
| 6.3.3 Användningsområden för KPP                               | 37        |
| 6.3.4 Utvecklingsmöjligheter för KPP                           | 39        |
| 6.3.5 Sammanfattning av empiriskt underlag kring KPP           | 42        |
| <b>7 Analys</b>  | <b>43</b> |
| <b>7.1 Ekonomistyrning i Västra Götalandsregionen</b>          | <b>43</b> |
| 7.1.1 Jämförelse med ekonomistyrningsteori                     | 43        |
| 7.1.1.1 Målkongruens och suboptimering                         | 44        |
| 7.1.1.2 Kriterier för ansvarsfördelning                        | 44        |
| 7.1.1.3 Styrmodeller   | 45        |
| 7.1.1.4 Balanced Scorecard                                     | 45        |
| <b>7.2 KPP</b>   | <b>45</b> |
| 7.2.1 Problemområden   | 46        |
| 7.2.2 Användningsområden                                       | 46        |
| 7.2.2.1 Styrning på kliniknivå                                 | 47        |
| 7.2.2.2 Styrning på sjukhusnivå                                | 47        |
| 7.2.2.3 Styrning på region- och landstingsnivå                 | 47        |
| 7.2.3 Utvecklingsmöjligheter                                   | 48        |
| <b>8 Slutsatser</b>  | <b>50</b> |
| <b>8.1 Västra Götalandsregionens styrmodell för vården</b>     | <b>50</b> |
| <b>8.2 KPP</b>   | <b>50</b> |
| 8.2.1 Problemområden   | 51        |
| 8.2.2 Användningsområden                                       | 51        |
| 8.2.3 Utvecklingsmöjligheter                                   | 53        |
| <b>9 Förslag till fortsatt forskning</b>                       | <b>54</b> |

### Källförteckning

## Bilagor

*Bilaga 1 – Intervjuguide*

*Bilaga 2 – Ordlista*

## Figur- och tabellförteckning

*Figur 1 Patienten som kostnadsbärare.*

*Figur 2 Undersökningsmodell.*

*Figur 3 Västra Götalandsregionen i jämförelse med andra organisationer.*

*Figur 4 ABC-begrepp.*

*Figur 5 Intäktsfördelning i Västra Götalandsregionen år 2000.*

*Figur 6 Översiktsskild av KPP-modellen.*

*Figur 7 Kalkylprocessens optimala utformning.*

*Figur 8 Relationen mellan de olika rollerna i Västra Götalandsregionens beställar-utförarmodell.*

*Tabell 1 Syftet med de nya styrmodellerna inom sjukvården.*

*Tabell 2 Sammanfattning av det empiriska underlaget som framkommit kring KPP-området.*

*Tabell 3 Sammanställning av användningsområden och utvecklingsmöjligheter för KPP på olika nivåer i sjukvårdsorganisationen.*

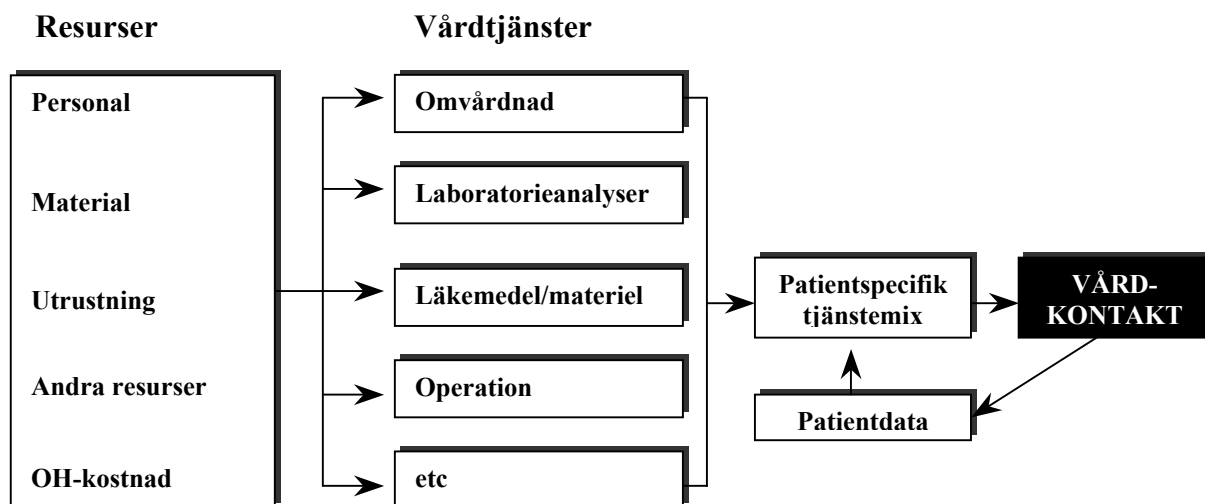
# 1 Inledning

## 1.1 Problembakgrund

Diskussioner kring kostnader inom vårdverksamhet kan betraktas som ett kontroversiellt ämne. Avvägningen mellan kostnaden för verksamheten och dess kvalitet är kanske svårare på detta område än många andra. Etiska aspekter samt värdighet och diskretion är exempel på aspekter som är svåra att mäta i ekonomiska termer men som är nödvändiga för att kvaliteten på vården skall kunna betraktas som hög. För att detta skall vara uppfyllt krävs att patienterna får mycket tid av vårdpersonalen och i de ständiga kostnadsbesparingarnas tidevarv är tid en bristvara. Det kan därmed sägas finnas en inbyggd konflikt mellan vissa kvalitetsaspekter och kostnaden för vården.

Av ovanstående diskussion följer att ekonomistyrning inom vårdverksamhet blir av yttersta vikt, t ex för att möjliggöra kontroll, att önskvärda prioriteringar görs och att de begränsade medlen används på ett effektivt sätt. Det yttersta ansvaret för vården i Sverige har riksdagen. Detta ansvar har fördelats ut på ett antal landsting och regioner. I Västsverige ansvarar sedan den 1 januari 1999 Västra Götalandsregionen för vården i regionen.<sup>1</sup> Hur styrningen fungerar och bör fungera i regionen är föremål för mycket debatt och det pågår dessutom forskning på området.<sup>2</sup>

I kontakter med Västra Götalandsregionen har vi identifierat ett intresse att titta närmare på hur ekonomistyrningen fungerar i praktiken.<sup>3</sup> Ett sätt att göra detta är att granska befintliga styrmodeller. Ett ekonomistyrningsverktyg som har börjat användas inom vården är KPP - Kostnad Per Patient. I denna modell samlas alla kostnader för vården så långt det är möjligt till enskilda vårdtillfällen. Alla insatta resurser skall fördelas till olika vårdtjänster som sedan relateras till en vårdtjänstmix som är specifik för varje patient, se figur 1.<sup>4</sup>



Figur 1 Patienten som kostnadsbärare. Källa: Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt

<sup>1</sup> [http://www.vastragotaland.se/politik/pol\\_region.htm](http://www.vastragotaland.se/politik/pol_region.htm), 2001-10-21

<sup>2</sup> Brorström B (red), 2000, *Effektivitet, styrmodellers effekter och institutioners betydelse*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 3, s 19

<sup>3</sup> Då vi har diskuterat fram uppsatsämnet tillsammans med Eva Andersson och Göran Gustavsson på Västra Götalandsregionen har nedan valt att kalla dem diskussionspartners.

<sup>4</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 6 f

Information som insamlats via befintliga system t ex ekonomisystem, patientadministrativa system och andra vårdrelaterade system, organiseras om för att KPP skall kunna användas i styrning och uppföljning av verksamheten. Informationen kan aggregeras för att användas i ekonomistyrningsfrågor i landstingen och på olika nivåer inom vården.<sup>5</sup>

## 1.2 Problemformulering

För att kunna diskutera ekonomistyrning är det nödvändigt att först definiera själva ekonomistyrningsbegreppet. Inom området används många olika begrepp och i avsnitt 4.1.2 presenteras ett antal av dessa. För tillfället väljer vi att redovisa den definition som vi valt för vårt arbete. Enligt denna definition innebär ekonomistyrning *processen att implementera och genomföra en organisations strategi i syfte att nå dess övergripande mål.*

KPP som ekonomistyrningsverktyg har använts under en längre tid i den svenska vården. Redan i mitten på 80-talet började modellen till exempel användas på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Västra Götalandsregionen tillhör de främsta i landet på KPP-området varför det kan vara av intresse att göra utredningar av modellen i just denna region.<sup>6</sup> Modellen har hunnit användas så länge att den rimligen bör vara implementerad på ett tillfredsställande sätt. Det bör därför vara möjligt att göra utvärderingar kring hur och i vilka sammanhang modellen används och att i dessa utvärderingar erhålla relevanta resultat som kan användas för vidareutveckling av densamma.

Ovanstående diskussion kompletterat med beskrivningen i problembakgrunden leder fram till ett antal konkreta problemställningar att utforska vidare:

- Hur används KPP för ekonomistyrning i Västra Götalandsregionen och vilka problemområden finns? Detta kan vara av intresse att undersöka på olika nivåer i organisationen.
- Vilka alternativa ekonomistyrningsapplikationer finns för KPP? Hur kan de resultat som erhålls användas?

Dessa två problem kan sägas utgöra huvudproblemen i denna uppsats. För att förstå hur KPP kan fungera som ekonomistyrningsverktyg är det även viktigt att sätta in modellen i sitt sammanhang. Sammanhanget är i detta fall ekonomistyrning i vårdverksamhet och då i synnerhet inom Västra Götalandsregionen. Därför är ett delproblem att utreda hur den övergripande ekonomistyrningsmodellen för vården i Västra Götalandsregionen ser ut och är tänkt att fungera?

## 1.3 Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka problemområden, användningsområden och utvecklingsmöjligheter för KPP i ekonomistyrningen av vårdverksamheten i Västra Götalandsregionen. Ett delsyfte är att undersöka hur KPP fungerar i den övergripande ekonomistyrningsmodellen i Västra Götalandsregionen.

---

<sup>5</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 6 f

<sup>6</sup> Andersson Eva, Revisor Västra Götalandsregionen, intervju 2001-10-08

## 1.4 Avgränsningar

För att göra uppsatsen hanterbar och för att kunna komma längre i analysen och slutsatserna har vissa avgränsningar gjorts i undersökningen. De aspekter som valts bort redovisas punktvis nedan:

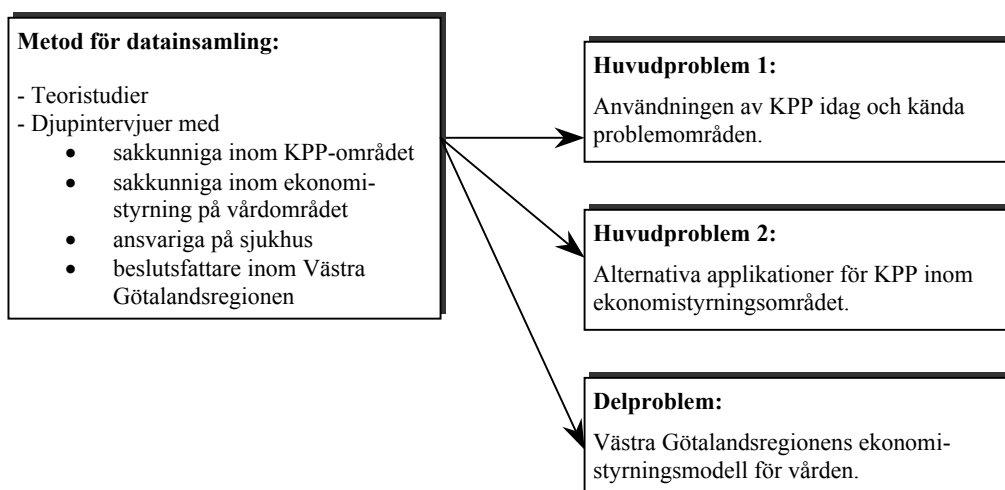
- För att få information till uppsatsen om användningen av KPP har vi gjort ett antal intervjuer. Dessa intervjuer har begränsats till personer från två av regionens sjukhus; Sahlgrenska universitetssjukhuset och Kungälv's sjukhus.
- Mindre vikt har i uppsatsen lagts på beskrivning och analys av den tekniska utformningen av KPP, d v s hur resultaten faktiskt räknas fram. Fokus har istället varit på hur KPP används och kan användas.
- Av våra diskussionspartners har vi fått reda på att arbetet med KPP kommit längst i läns- och regionsjukvården. I primärvården har endast initiala försök påbörjats och vi har därför valt att huvudsakligen inrikta oss på läns- och regionsjukvården.



## 2 Metod

### 2.1 Tillvägagångssätt

Innan vi går in mer i detalj på hur vår undersökning gått till och vad som styr vårt metodval presenterar vi i nedanstående figur vårt övergripande tillvägagångssätt. Inledningsvis diskuterades och konkretiserades uppsatsämnet tillsammans med våra diskussionspartners, Eva Andersson och Göran Gustavsson på Västra Götalandsregionen. De gav oss uppslag på personer med expertis inom KPP-området att kontakta och intervjua. Syftet med dessa intervjuer med experter var i ett första skede att skaffa uppslag om relevant teori och att få en allmän bakgrund till KPP. Vidare utgjorde dessa intervjuer även en del av det empiriska underlaget kring KPP-området. Intervjuer har sedan gjorts med personer inom ekonomistyrningsområdet ute på sjukhus för att se hur KPP faktiskt används. Slutligen har politiker på olika nivåer i regionen med en direkt anknytning till vården intervjuats. Avsikten med de sistnämnda intervjuerna var dels att få information om Västra Götalandsregionens ekonomistyrningsmodell och dels att undersöka om KPP används eller kan användas även av politikerna.



Figur 2 Undersökningsmodell. Källa: egen.

### 2.2 Forskningsansats

Val av undersökningsmetod i denna uppsats har styrts eller kan sägas vara en konsekvens av ämnesvalet. Som diskuteras senare har vi genomfört djupintervjuer med öppna frågeställningar kring ämnet. Uppsatsen har därför huvudsakligen en kvalitativ inriktning. Kvalitativa metoder ställer forskarens uppfattning eller tolkning av information i centrum. Det kan t ex handla om tolkning av teori, motiv, sociala processer och sociala sammanhang. Denna metod används i första hand när resultaten inte kan eller bör omvandlas till kvantifierbara data för statistisk analys.<sup>7</sup>

Vidare har uppsatsen en induktiv ansats, d v s undersökning utgår från empiri och drar sedan slutsatser. Proceduren går alltså från botten och upp och undersökaren försöker undvika förutfattade meningar om det som studeras. Med en induktiv ansats grundar sig således inte

<sup>7</sup> Holm I M, Solvang B K, 1991, *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Studentlitteratur, Lund, s 85

undersökningen på ett antal förutbestämda svarsalternativ utan består istället av respondenternas egna ord.<sup>8</sup>

## 2.3 Fallstudier

Fallstudier går till på det sättet att ett fåtal fall studeras på djupet och innebär normalt att inga direkta samband mellan olika variabler söks. På grund av det begränsade urvalet blir det ofta svårt att dra generella slutsatser om målpopulationen. En fallstudie tillämpas med fördel då en beskrivande ansats används i forskningen.<sup>9</sup> Denna uppsats är till viss del deskriptiv eftersom en del av syftet är att beskriva hur KPP används idag. I den bemärkelsen att uppsatsen behandlar situationen i Västra Götalandsregionen är den att betrakta som en fallstudie. Vi avser inte att dra några statistiskt säkerställda slutsatser kring detta område utan kommer endast att använda resultaten i denna del av studien för fortsatt diskussionsunderlag.

Vid fallstudier används ofta djupintervjuer eftersom utredaren behöver ha tillgång till utförlig data. Detta kan leda till så kallat accessproblem, det vill säga problem med att införskaffa data, p g a att utredaren ofta inte har särskilt stor erfarenhet av den organisation som studeras. Om accessproblemet inte blir löst riskerar undersökningen att bli ytlig eller till och med missvisande.<sup>10</sup> I och med att våra diskussionspartners själva arbetar inom Västra Götalandsregionen anser vi att accessproblemet åtminstone till viss del undanröjts. Uppdragsgivarna har möjliggjort för oss att komma i kontakt med flera nyckelpersoner inom regionen med kunskap både om KPP och om styrmodellen.

## 2.4 Primärdatainsamling

Vår studie bygger på både primär- och sekundärdata som främst är av kvalitativ karaktär. Primärdata är information som är inhämtad för ett specifikt ändamål och som inte tidigare presenterats.<sup>11</sup> I vårt fall handlar det om de djupintervjuer som genomförts med olika personer. Intervjuerna har haft formen av personliga intervjuer och telefonintervjuer.

Fördelen med personliga intervjuer är att de bland annat ger stor möjlighet till flexibilitet, dialog samt att det går att kontrollera svarssituationen. Personliga intervjuer är även lämpliga att använda när det handlar om komplicerade frågor utan några enkla svar.<sup>12</sup> Nackdelar kan vara att stora urval blir svåra att undersöka av resurs- och tidsskäl, en viss intervjuareffekt kan förekomma samt att det kan vara svårt att få respondenterna att ta emot besök.<sup>13</sup> Eftersom vår metod är av kvalitativ karaktär och frågorna var ganska komplicerade gjorde vi avvägningen att personliga intervjuer var att föredra.

Telefonintervjuer har fördelarna att de går fort att genomföra, den som intervjuar kan följa upp med ytterligare följdfrågor samt att det blir en hög svarsfrekvens. Nackdelar kan vara att frågorna måste hållas tämligen enkla, tiden blir begränsad samt att intervjuareffekt kan förekomma.<sup>14</sup>

<sup>8</sup> Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö, s 150

<sup>9</sup> Lekvall P, Wahlbin C, 1993, *Information för marknadsföringsbeslut*, IHM Förlag AB, Göteborg, s 143f

<sup>10</sup> Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö, s 109

<sup>11</sup> Andersen I, 1998, *Den uppenbara verkligheten – val av samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund, s 150

<sup>12</sup> Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö, s 87

<sup>13</sup> Lekvall P, Wahlbin C, 1993, *Information för marknadsföringsbeslut*, IHM Förlag AB, Göteborg, s 186

<sup>14</sup> Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö, s 87

### 2.4.1 Utformning av intervjuguide

För de personliga intervjuerna upprättades en intervjuguide, se bilaga 1. En sådan innehåller ett antal breda frågeområden med särskilt förberedda följdfrågor eller stödord inom varje område. Följdfrågorna används endast om respondenten inte svarar på dessa spontant.<sup>15</sup> Frågorna och stödorden valdes med utgångspunkt i våra egna teoretiska efterforskningar och vad som framkommit när vi träffat våra diskussionspartners och vår handledare. Ordningen och uppdelningen mellan frågorna gjordes dels med avsikt att de skulle komma i en naturlig och enkel följd för respondenten och dels för att efterarbetet och sammanställningen skulle göras smidigt.

### 2.4.2 Val av målpopulation

En mängd enheter som egenskaper och attityder studeras för kallas benämns population. Målpopulationen är den enhet som idealt studeras.<sup>16</sup> Inom Västra Götalandsregionen finns ett antal sjukhus av vilka Sahlgrenska universitetssjukhuset är det största. Vi anser därför att det är naturligt att detta sjukhus utgör en del av målpopulationen. I våra initiala efterforskningar fick vi reda på att Kungälvssjukhus är ett av de sjukhusen som kommit längst i arbetet med KPP. Eftersom vi bland annat avser att vara framåtblickande i denna uppsats, dvs att titta på hur KPP *kan* användas, valde vi även att göra Kungälvssjukhus till en del av målpopulationen eftersom de kommit så långt i sitt arbete.

### 2.4.3 Presentation av empiri

Respondenterna presenteras inte med namn i empiriavsnittet av uppsatsen. Ett skäl till detta är att respondentens namn inte skall störa läsarens möjlighet att förhålla sig objektiv. Ett annat skäl är att inte riskera att några uppgifter som är känsliga av personliga eller integritetsskäl sprids på ett oönskat sätt. Vid förfrågan har detta omnämnts för respondenterna för att de skulle få möjlighet att tala så fritt som möjligt. Respondenterna listas endast i källförteckningen utan koppling till presentationen i empiriavsnittet.

## 2.5 Sekundärdatainsamling

Sekundärdata är information som samlats in för något annat ändamål än det aktuella. Fördelen med sekundärdata är att den är enklare och billigare att få fram. En nackdel kan vara att informationen inte är specifikt anpassat för det aktuella området.<sup>17</sup> Sekundärdata har haft en central roll då vi insamlat bakgrundsinformation till vår undersökning. Data som använts kommer främst från relevant litteratur, artiklar på området samt via Internet. Vi har sökt på Göteborgs universitetsbibliotek, Ekonomiska biblioteket, via GUNDA:s sökmotor och Libris. Dessutom har vi sökt i olika databaser, t ex Affärsdata tidningsdatabasen, ABI/Inform Global och Social Sciences Citation Index. Dessa databaser innehåller bland annat fulltextformat av svenska och utländska tidskrifter. På Internet har vi besökt relevanta hemsidor, läst årsredovisningar samt letat efter aktuell forskning, bland annat på olika universitets och forskningsinstituts hemsidor. En fullständig källförteckning återfinns i slutet av uppsatsen.

<sup>15</sup> Lekvall P, Wahlbin C, 1993, *Information för marknadsföringsbeslut*, IHM Förlag AB, Göteborg, s 186

<sup>16</sup> Dahmström K, 1996, *Från datainsamling till rapport- att göra en statistisk undersökning*, Studentlitteratur, Lund, s 43

<sup>17</sup> Andersen I, 1998, *Den uppenbara verkligheten – val av samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund, s 150 ff

## 2.6 Validitet, reliabilitet och relevans

Validitetskravet innebär att en undersökning skall mäta det den utger sig för att mäta, dvs undersökningens giltighet.<sup>18</sup> Undersökningen är kvalitativ och uppsatsen utger sig inte för att dra några generella slutsatser av statistisk art. Omfattningen på undersökningen skulle kunna ha utökats till fler sjukhus och fler experter. Vi har dock valt att begränsa oss till detta urval, dels av tidsskäl och dels eftersom kännedom om KPP enligt våra diskussionspartners är begränsad utanför vissa kretsar. En tänkbar vidareutveckling hade t ex kunnat vara hur den högsta politiska ledningen i Västra Götalandsregionen, dvs regionfullmäktige, såg på KPP-frågorna. Enligt Lennart Hagvall, controller och medlem av regionledningen i Västra Götalandsregionen, finns dock ingen kännedom om KPP på dessa nivåer.<sup>19</sup> En av avgränsningarna har därför varit att begränsa oss till politiker som mer direkt har ansvaret för styrningen av hälso- och sjukvården.

Reliabilitet syftar på om undersökningen är tillförlitlig, dvs hurvida den innehåller systematiska fel.<sup>20</sup> Det föreligger en risk att vi i intervjusituationerna kan ha påverkat respondenterna så att svaren inte är helt överensstämmande med deras faktiska uppfattning. Försök att undvika detta har gjorts genom att använda så kallad tratteknik, dvs att ingångsfrågan till ett område är generellt ställd för att sedan efterföljas av mer specifika frågor kring det som inte framkommer spontant.<sup>21</sup> Andra fel som kan ha uppkommit är att vi gjort vissa feltolkningar av intervjusvaren eller att några av frågorna varit ledande, dvs intervjuareffekt.<sup>22</sup>

Med relevans avses att utredningen medvetet skall röra sammanhang och aspekter som är betydelsefulla och väsentliga. En utredning leder oftast till vissa slutsatser i vilka rimligheten och trovärdigheten avgörs av om de är framtagna med acceptabla metoder.<sup>23</sup> Vi anser att de löpande samtalen med våra diskussionspartners bidragit till att öka relevansen i uppsatsen. De har dels hjälpt oss att hitta personer med relevanta kunskaper att intervjua för den empiriska studien och dels hjälpt oss att hitta relevanta källor till teoriavsnitten. Vi har i denna fråga försökt göra en avvägning mellan att bedriva vårt arbete självständigt och oberoende samt att få tillgång till nyckelpersoner och relevant information.

### 2.6.1 Källkritik

Källkritik syftar till att säkerställa att de källor som använts uppfyller de krav som nämnts ovan, dvs validitet, reliabilitet och relevans. Dessa frågor har delvis redan diskuterats men vi vill ändå komplettera med några kommentarer. Situationen kan föreligga att en respondent har speciella intressen i frågan (tendenskritik) eller att flera intervjupersoner hämtat uppgifter från samma källa som kan vara felaktig (beroendekritik).<sup>24</sup> Det är inte omöjligt att båda dessa aspekter har en viss giltighet för vår undersökning. Tendenskritiken kan t ex vara relevant eftersom många av personerna som intervjuats aktivt jobbar med att sprida KPP. Det är därför inte omöjligt att de målar upp en allt för positiv bild av hur situationen ser ut. Denna bild skulle kunna vara av normativ karaktär, dvs hur de tycker att saker bör vara och inte hur de

<sup>18</sup> Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö, s 153

<sup>19</sup> Hagvall Lennart, controller och medlem av regionledningen Västra Götalandsregionen, telefonintervju, 2001-11-13

<sup>20</sup> Andersen I, 1998, *Den uppenbara verkligheten – val av samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund, s 85

<sup>21</sup> Lekvall P, Wahlbin C, 1993, *Information för marknadsföringsbeslut*, IHM Förlag AB, Göteborg, s 200

<sup>22</sup> Lekvall P, Wahlbin C, 1993, *Information för marknadsföringsbeslut*, IHM Förlag AB, Göteborg, s 216

<sup>23</sup> Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö, s 37

<sup>24</sup> Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö, s 154

faktiskt är. Detta är ett av skälen till att vi valt att även göra intervjuer med respondenter som inte har KPP som sin huvudsyssla. Även beroendekritiken kan vara relevant eftersom många av respondenterna kommer från Västra Götalandsregionen där det är tänkbart att gemensamma uppfattningar existerar. Därför har vi även valt att gå utanför regionen för att göra vissa intervjuer med sakkunniga inom KPP och ekonomistyrning på vårdområdet.

## 2.7 Målgrupp

Den målgrupp som uppsatsen i första hand riktar sig till är personer inom regioner och landsting som i sitt arbete kommer i kontakt med ekonomi- och ekonomistyrningsfrågor. Vi förutsätter att läsarna av uppsatsen har en grundläggande kunskap i ekonomi och har därför inte definierat grundläggande ekonomiska termer.

## 2.8 Anknytning till aktuell forskning

För att öka uppsatsens relevans har vikt lagts vid att anknyta till aktuell forskning. Kopplingen utgörs av två större forskningsprojekt som pågår för närvarande:

1. *Landstingsförbundets KPP-projekt* vars syfte är att medverka till att möjligheterna till jämförelser och analys av hälso- och sjukvårdens kostnader och verksamhet förbättras. Arbetet startade våren 1999 och avslutas i mars 2002.<sup>25</sup> Uppsatsens anknytning till projektet består i att ett flertal av projektets rapporter används i teoriavsnitten samt att ett antal av de personer som ingår i projektet intervjuats. Vi har även delvis försökt ta vid där Landstingsförbundets projekt slutar på det sättet att vi intresserat oss för vilka tänkbara ekonomistyrningsapplikationer som finns för KPP. Detta har alltså delvis legat utanför ramen för Landstingsförbundets KPP-projekt.<sup>26</sup>
2. *Utvärderingsprogrammet Västra Götaland* som bedrivs på flera institutioner vid Göteborgs universitet. En del av programmet, som genomförs av forskare vid Förvaltningshögskolan, inbegriper studier om hur sjukvården styrs, organiseras och leds.<sup>27</sup> Uppsatsens anknytning till projektet består i att vi tagit del av och refererat till några av de rapporter som hittills publicerats samt att vi intervjuat en av forskarna som ingår i forskningsprogrammet.

Övrig forskningsanknytning består i att två intervjuer gjorts med personer som forskar inom ekonomistyrning på vårdområdet; Paula Liukkonen som är ekonomie doktor i företagsekonomi på Stockholms universitet samt Lars-Göran Aidemark som är ekonomie doktor och verksam vid ekonomihögskolan i Växjö.

<sup>25</sup> <http://www.lf.se/sek/kpp.htm>, 2001-10-30

<sup>26</sup> Heurgren Mona, ekonom Landstingsförbundet, telefonintervju 2001-11-13

<sup>27</sup> <http://www.spa.gu.se/vgrr.htm>, 2001-10-30

## 3 Västra Götalandsregionen

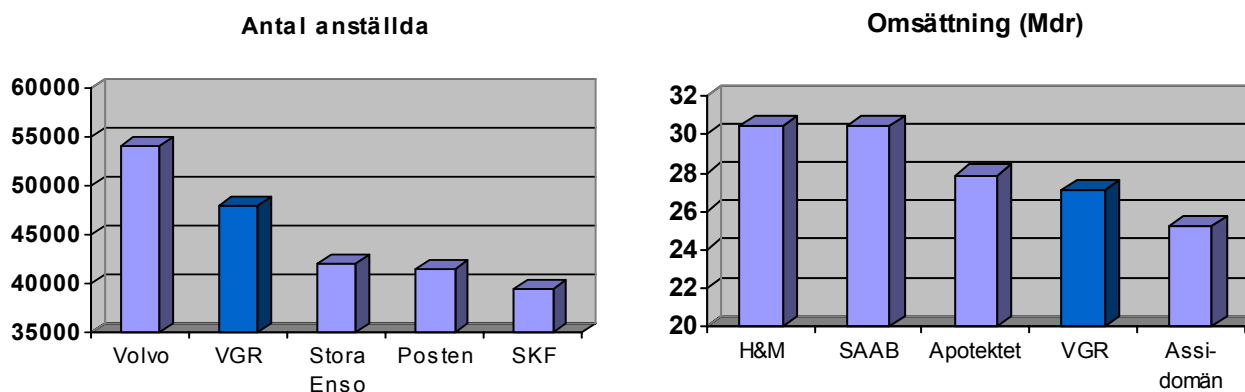
I detta avsnitt presenteras översiktligt vårt studieobjekt; Västra Götalandsregionen. Kunskap och förståelse för de förhållanden som föreligger är viktigt för en diskussion kring ekonomistyrningen i regionen. Först ges därför en allmän beskrivning av struktur och organisation. Sedan presenteras Västra Götalandsregionens ekonomiska styrmodell som den ser ut idag. Några termer som är viktiga för förståelsen av verksamheten återfinns i en ordlista i bilaga 2.

### 3.1 Struktur och organisation

Västra Götalandsregionen bildades den 1 januari 1999. Regionen tog då över de uppgifter som tidigare låg på Landstinget i Älvsborg, Landstinget i Skaraborg, Bohuslandstinget och Göteborgs sjukvård. De främsta ansvarsområdena för regionen är att ansvara för hälso- & sjukvård, kollektivtrafik, regional kultur och andra regionala frågor. Det högsta beslutande organet är regionfullmäktige som väljs direkt av regionens invånare.<sup>28</sup>

Regionens intäkter på totalt 27,1 miljarder kr utgörs huvudsakligen av skatter av olika slag, ca 84 %. Av kostnaderna är ca 54 % personalkostnader. Regionen har ca 48000 anställda. Resterande kostnader fördelas på läkemedel, inköp av privat sjukvård, inköp av externa tjänster, hyror etc.<sup>29</sup>

För att få lite perspektiv på regionens verksamhet kan det vara intressant att jämföra skalan med andra organisationer. Om vi exempelvis jämför antalet anställda i Västra Götalandsregionen (VGR) med svenska börsföretag så är de närmaste exemplen AB Volvo (54000 anställda), Stora Enso (42000 anställda), Posten (41500 anställda) och SKF (39500 anställda). Omsättningsmässigt är de närmaste exemplen H & M (30,4 Mdr), SAAB Automobile (30,4 Mdr), Apoteket (27,9 Mdr) och Assidomän (25,2 Mdr), se figurer nedan. Siffrorna avser år 2000.<sup>30</sup>



Figur 3 Västra Götalandsregionen i jämförelse med andra organisationer. Källa: egen

<sup>28</sup> [http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk\\_organisation/Hur\\_styrs\\_Sverige/hur\\_styrs\\_sverige.cfm](http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk_organisation/Hur_styrs_Sverige/hur_styrs_sverige.cfm), 2001-11-12

<sup>29</sup> [http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body\\_nyckeltal.cfm](http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body_nyckeltal.cfm), 2001-10-20

<sup>30</sup> Agneskog C et. al., Sveriges 500 största företag, *Veckans affärer*, nr 38 september 2001

### 3.1.1 Regional utveckling

När regionen bildades fördes även ansvaret för regional utveckling på försök över till de direktvalda politikerna i regionen. Enligt förarbetena till försöksverksamheten med Västra Götalandsregionen är syftet att "...utveckla former för en bättre demokratisk förankring av det regionala utvecklingsarbetet."<sup>31</sup> Det innebär att en del av statens ansvar förs över till regionen, t ex avseende planering och utveckling av infrastruktur, högre utbildning, turism, miljö och internationella frågor.<sup>32</sup> Motiven är bland annat att en större region med ökat självstyre kan få bättre möjlighet till samordning av resurser inom vård och kommunikationer, samt att Västsverige får en tydligare företrädare på regional nivå gentemot Europa och övriga världen. Försöksverksamheten pågår till och med 2002 och skall sedan utvärderas.<sup>33</sup>

### 3.1.2 Hälso- & sjukvårdsorganisation

Västra Götalandsregionen har implementerat en så kallad beställar-utförarmodell vilken kortfattat innebär att regionen beställer vård av olika sjukvårdsenheter i området. En mer utförlig beskrivning av beställar-utförarmodeller finns i teoriavsnittet om ekonomistyrning i offentlig verksamhet. I detta avsnitt presenteras endast de specifika förhållanden som är gällande i Västra Götalandsregionen.

Sjukvårdsorganisationen i Västra Götalandsregionen kan delas in i tre huvudsakliga roller som har olika ansvar i verksamheten:<sup>34</sup>

- *Ägare* med ansvar för verksamhetens finansiering. I uppgiften ingår också att göra en övergripande utvärdering av verksamheten och ekonomin.
- *Beställare* vilket innebär att vara befolkningsföreträdare och beställa sjukvård, både av offentliga och privata alternativ.
- *Utförare* är de som bedriver sjukvård i regionen.

Regionstyrelsen och regionfullmäktige som är *ägare* har lagt över det strategiska och övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i regionen på Hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Denna styrelse ansvarar således för att regionens invånare får den sjukvård de har rätt till. Vidare ansvarar de för sjukhusstrukturen runt om i regionen samt för uppföljning av verksamheten. Slutligen ansvarar de för den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten i regionen.<sup>35</sup>

Med budgeten och vårdbehovet som utgångspunkt beställer Hälso- och sjukvårdsstyrelsen vård av regionens sjukhus, sk läns- och regionsjukvård. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är alltså *beställare*. Utöver detta fördelar styrelsen pengar till 10 st lokala hälso- och sjukvårdsnämnder som i sin tur beställer primärvård och tandvård av de ca 160 vårdcentralerna och de ca 140 tandvårdsmottagningarna.<sup>36</sup> Arrangemanget kräver att beställarna besitter mycket kunskaper, t ex gällande befolkningens hälsotillstånd nu och i framtiden samt även att kunskap finns om medicinska aspekter. Ett viktigt skäl till detta är att beställarna skall kunna väga olika intressen mot varandra och klara att stå emot tryck från

<sup>31</sup> Prop. 1996/97:108, *Ändrad länsindelning och försöksverksamhet i Västsverige*

<sup>32</sup> [http://www.vgregion.se/politik&beslut/politisk\\_organisation/regionens\\_ansvar/regionens\\_ansvar.cfm](http://www.vgregion.se/politik&beslut/politisk_organisation/regionens_ansvar/regionens_ansvar.cfm), 2001-11-24

<sup>33</sup> [http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk\\_organisation/Regionens\\_syfte/body\\_regionens\\_syfte.cfm](http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk_organisation/Regionens_syfte/body_regionens_syfte.cfm), 2001-11-24

<sup>34</sup> Falkman P, Siverbo S, 1999, *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 1, s 18

<sup>35</sup> Hälso- & sjukvårdsstyrelsen, *Budget 2002 & flerårsplan 2003-2004*, Västra Götalandsregionen, s 8 ff

<sup>36</sup> [http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/Halso-\\_och\\_sjukvardsstyrelsens/halso\\_och\\_sjukvardsstyrelsens.cfm](http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/Halso-_och_sjukvardsstyrelsens/halso_och_sjukvardsstyrelsens.cfm), 2001-11-27

olika utförare som värnar om just sina områden.<sup>37</sup> Hälso- och sjukvårdsstyrelsen stöds också i sitt arbete av ett antal kommittéer och kanslier, t ex folkhälsokommittén och kommittén för etik-, prioriterings- och vårdgarantifrågor.<sup>38</sup>

Beställningen av läns- och regionsjukvård görs till sjukhusens utförarstyrelser, vilka alltså representerar *utförarna*. Dessa fattar beslut om hur resurserna skall fördelas inom respektive sjukhus. Regionen har fyra utförarstyrelser och dessa svarar för de större sjukhusen i regionen, t ex Sahlgrenska universitetssjukhuset och Kärnsjukhuset i Skövde.<sup>39</sup> Sjukhusens ledning består därmed dels av en tjänstemannasida, under ledning av sjukhusdirektören, och dels av en politikersida vilken utgörs av utförarstyrelsen. Denna typ av arrangemang med en tjänstemannaorganisation parallellt med en politisk organisation, som för övrigt även förekommer i de flesta delar av regionen, kan erbjuda både möjligheter och svårigheter i styrningen av sjukhusen.<sup>40</sup> Utöver sjukhusen med utförarstyrelser finns även fristående sjukhus, t ex Kungälv's sjukhus, av vilka Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beställer sjukvård direkt.<sup>41</sup>

### 3.2 Ekonomisk styrmodell

Ansvarsfördelningen i regionens sjukvård har beskrivits ovan. I detta avsnitt skall vi gå in närmare på den faktiska resursfördelningen. Hela processen kan översiktligt beskrivas som följer: Regionfullmäktige fattar först ett beslut om hur mycket resurser som skall tilldelas Hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Styrelsen gör sedan en avvägning mellan hur stor del av resurserna som skall användas till läns- och regionsjukvård respektive primär- och tandvård (via de lokala nämnderna).<sup>42</sup>

Eftersom det främsta intresset för denna uppsats är läns- och regionsjukvård väljer vi att göra en mer noggrann beskrivning av ekonomistyrningsmodellen på detta område. I Västra Götalandsregionen finns en modell som till 50 % är anslagsfinansierad och till 50 % prestationsbaserad. Den anslagsbaserade delen är en traditionell fördelningsmodell med budgeten som grund och som funnits inom vården länge.<sup>43</sup>

Den prestationsbaserade delen utgår från principen att den som presterar mer också får mer ersättning. Prestationsfinansieringen bygger på det så kallade DRG-systemet vilket beskrivs närmare i avsnitt 5.4.4. Kortfattat går det ut på att den på förhand fastställda diagnosklassificeringen avgör hur mycket ersättning sjukhuset erhåller för varje prestation.<sup>44</sup> Prestationsersättningen är dock inte oinskränkt. Det finns ett tak för ersättningen som innebär att oavsett hur mycket vård som till slut utförs får sjukhusen endast betalt för ett förutbestämt antal prestationer. Prestationsersättningen gäller alltså endast upp till en viss nivå och görs mer än så erhålls ingen extra ersättning. Undantaget är om patienter från andra landsting och

<sup>37</sup> Arender I, Sjukvård i akut behov av styrning, *Ekonomi & Styrning*, Nr 6/01

<sup>38</sup> [http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/Halso-och\\_sjukvardsstyrelsens/halso\\_och\\_sjukvardsstyrelsens.cfm](http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/Halso-och_sjukvardsstyrelsens/halso_och_sjukvardsstyrelsens.cfm), 2001-11-27

<sup>39</sup> <http://www.vgregion.se/politik&beslut/Halso&sjukvardsst/Utforarstyrelser/utforarstyrelser.cfm>, 2001-11-27

<sup>40</sup> Leffler M, 2000, *Sjukhusledningsperspektiv på styrning*, i Brorström B (red), *Effektivitet, styrmodellens effekter och institutioners betydelse*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 3, s 36

<sup>41</sup> <http://www.vgregion.se/politik&beslut/Halso&sjukvardsst/Utforarstyrelser/utforarstyrelser.cfm>, 2001-11-27

<sup>42</sup> Falkman P, Siverbo S, 1999, *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 1, s 18 f

<sup>43</sup> Falkman P, Siverbo S, 1999, *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 1, s 19

<sup>44</sup> Falkman P, Siverbo S, 1999, *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 1, s 19



regioner vårdas eftersom dessa då står för ersättningen. Taket på ersättningen kan göra att de incitament som en prestationsbaserad ersättningsmodell var tänkt att skapa begränsas.<sup>45</sup> Anledningen till att det ändå finns ett tak är att det skulle innebära en betydande finansiell risk att inte ha någon form av begränsning. Eftersom det handlar om så stora summor skulle en överproduktion på endast någon procent innebära ökade kostnader på flera hundra miljoner.<sup>46</sup>

Ersättningsmodellen genomgår kontinuerlig utvärdering och försök till förbättringar görs. Målet är att hitta bästa möjliga modell för både beställare och utförare. Under 2002 kommer försök att inledas med att ersätta vissa diagnoser fullt ut även i de fall då grundåtagandet överskrids. Tanken är då att använda en form av brutna ersättningskurva för att kunna upprätthålla kostnadskontrollen och begränsa den finansiella risken.<sup>47</sup> Den brutna ersättningskurvan innebär enligt nuvarande överenskommelse att ersättning sker med 100 % upp till 105 % av angiven vårdvolym. Därutöver ges 50 % ersättning per utförd åtgärd.<sup>48</sup>

På sikt är det också av vikt att styrmodellen beaktar de olika sjukhusens specifika uppdrag. Sahlgrenska universitetssjukhuset har t ex vissa unika uppgifter som sannolikt innebär merkostnader jämfört med andra sjukhus, även om eventuella skalfördelar beaktas. Områden som åsyftas är t ex att SU som universitetssjukhus har ett betydande ansvar för forskning och utbildning och att de fungerar som sista utpost i regionen. Idag ges olika ersättning per DRG-poäng till sjukhusen, men det saknas ordentliga underlag till skillnaderna i ersättning. Detta område är tänkt att utredas de närmaste åren.<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> Falkman P, Siverbo S, 1999, *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 1, s 22

<sup>46</sup> Falkman P, Siverbo S, 1999, *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 1, s 23

<sup>47</sup> Hälso- & sjukvårdsstyrelsen, *Budget 2002 & flerårsplan 2003-2004*, Västra Götalandsregionen, s 31

<sup>48</sup> Västra Götalandsregionen, *Överenskommelse om sjukhusvård mellan Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och Sahlgrenska universitetssjukhuset 2002*, s 4

<sup>49</sup> Regionstyrelsens kansli, *Rapport – analys av Sahlgrenska universitetssjukhusets ekonomi och styrning, 4 december 2001*, s 31

---

## 4 Teori om Ekonomistyrning

---

I detta avsnitt skall vi gå igenom relevant teori på ekonomistyrningsområdet. Avsnittet är indelat i två delar där en del behandlar allmän ekonomistyrningsteori och en del behandlar teori kring ekonomistyrning i offentlig verksamhet. Tanken är att detta skall utgöra en bakgrund till efterföljande teoriavsnitt som mer specifikt behandlar KPP.

### 4.1 Ekonomistyrning

Denna första del av kapitlet rör alltså allmän ekonomistyrningsteori och områden som syften, definitioner, modeller och kritik behandlas.

#### 4.1.1 Syften med ekonomistyrning

En organisations olika aktiviteter bör planeras och genomföras på ett sådant sätt att det blir möjligt att dess mål uppfylls. Ett grundläggande syfte med ekonomistyrning är att säkerställa detta genom att möjliggöra att strategier implementeras som i sin tur kan leda till måluppfyllelse.<sup>50</sup> En förändrad omvärld med bland annat ökad konkurrens gör att olika syften med ekonomistyrning kan vara relevanta att beakta. En fungerande ekonomistyrning kan t ex göra att organisationen klarar av att hantera förändringar i omgivningen. Ledare kan via en effektiv styrning snabbt förändra verksamheten i takt med att förutsättningarna förändras. Andra områden kan vara att styrningen skall stödja olika kvalitetssträvanden.<sup>51</sup>

Det centrala syftet med en styrmodell i en organisation är att uppnå målkongruens. Begreppet målkongruens beskriver relationen mellan företagets mål och de personliga mål som individerna i organisationen har. Syftet med en styrmodell är alltså att individernas handling, som styrs av individuella preferenser och mål, skall leda till måluppfyllelse för organisationen som helhet. För att uppnå målkongruens krävs alltså att styrmodellen är utformad så att medarbetarna i organisationen känner att de uppnår sina personliga mål i arbetet, samtidigt som deras handlande genererar måluppfyllelse för organisationen. Två viktiga frågor vid utformning av styrmodell blir därmed:<sup>52</sup>

- Vilka handlingar ligger i medarbetarnas eget intresse?
- Är dessa handlingar överensstämmande med organisationens intresse?

Om en organisation inte lyckas uppnå målkongruens är det risk att suboptimering uppstår i olika delar av organisationen. Detta innebär att individer eller grupper inom organisationen som handlar i eget intresse motverkar dess övergripande mål.<sup>53</sup>

#### 4.1.2 Definitioner inom ekonomistyrning

Ekonomistyrning är ett brett område och avgränsningen mellan olika discipliner är inte helt självklar. Det finns ett antal begrepp, både på svenska och på engelska, som används i anknytning till området. Nedan följer några olika definitioner som förekommer i litteratur kring ämnet.

---

<sup>50</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 1

<sup>51</sup> Stoner J A F et al, 1995, *Management*, Prentice-Hall International Ltd, London, s 558

<sup>52</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 59

<sup>53</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 59

- Traditionell *ekonomistyrning* kan definieras som styrning med hjälp av finansiella mätetal och vanliga styrmetoder är räntabilitets- eller budgetstyrning.<sup>54</sup>
- Den bredare termen *verksamhetsstyrning* har under senare år kommit att användas för att beskriva en ansats som även beaktar andra mått än enbart finansiella och som har en tydlig koppling till företagets strategi.<sup>55</sup>
- *Management control* avser den process där ledningen försöker påverka medarbetare i syfte att implementera företagets övergripande strategi. Områden som berörs är planering, samordning, kommunikation, beslutsfattande etc. Det rör dock inte den övergripande formuleringen av strategier eller långsiktiga mål och inte heller den dagliga driften på detaljnivå. *Management control* avser således den taktiska nivån, inte den övergripande strategiska och inte heller den operativa.<sup>56</sup>
- För att tillgodose interna behov av information till beslutsfattare krävs att det finns en försörjning av relevant information och detta kan benämnas *Management accounting*. Termen kan möjligen motsvaras av den svenska termen internredovisning. *Financial accounting* innebär däremot företagets försörjning av information för att tillgodose ett externt behov.<sup>57</sup>
- När det gäller *Strategic management accounting* har bidrag som Bromwich (1990) och Shank & Govindarajan (1993) använt ett vidare perspektiv på styrning vilket inkluderar externa faktorer i förhållande till företaget, t ex data om kunder och konkurrenter. Dessa data sammanställs systematiskt och inkluderas i intern rapportering.<sup>58</sup>
- *Performance management* är en relativt generell term som syftar på en systematisk process att förbättra medarbetar- och teamprestationer och utveckla deras förmåga för att uppnå organisationens mål.<sup>59</sup>

För att förtydliga och undvika eventuella missförstånd har vi valt att göra en stipulativ definition av termen ekonomistyrning. Vi riktar i första hand in oss på betydelsen i uttrycken verksamhetsstyrning och Management control. När vi nedan använder oss av begreppet ekonomistyrning avses därför *processen att implementera och genomföra en organisations strategi i syfte att nå dess övergripande mål*.

### 4.1.3 Ekonomistyrningsmodeller

För att ha en utgångspunkt för vidare diskussioner presenteras i detta avsnitt vanligt förekommande ekonomistyrningsmodeller. En ofta tillämpad metod för styrning av företag och organisationer är med hjälp av *budget*. Ekonomistyrningen kan ses som en löpande process och inkluderar delar som strategisk planering, budgetering och uppföljning. Den strategiska planeringen innefattar processen att besluta om de åtgärder som organisationen skall vidta och de resurser som kommer att krävas för att genomföra dem. Budgeten är ett kortsiktigt verktyg för planering och styrning av verksamheten i ett företag som ofta löper på ett års sikt och fungerar som ett redskap för ledningen. En vanlig metod för uppföljning är analys med hjälp av budgetavvikelse (*Management by exception*). Vidare skall budgeten inte

---

<sup>54</sup> Harting A, 1997, *Instrumentbrådan - Förverkliga strategin med en balanserad verksamhetsstyrning*, Klaraberg Managementkonsulter AB, Stockholm, s 17ff

<sup>55</sup> Olve N-G, Roy J, Wetter M, 1997, *Balanced Scorecard i svensk praktik*, Liber Ekonomi, Malmö, s 17 f

<sup>56</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 6

<sup>57</sup> Drury C, 1996, *Management and Cost Accounting*, International Thomson Business Press, London, s 4

<sup>58</sup> Bjornenak T, Olson O, Unbundling management accounting innovations, *Management Accounting Research*, 1999, 10, s 325 ff

<sup>59</sup> Hendry, Bradley & Perkins, 1997, i Armstrong M, Baron A, 1998, *Performance Management - the new realities*, Institute of Personnel and Development, London, s 50

förväxlas med prognoser som är mer utpräglat framåtblickande och därmed har ett något annorlunda användningsområde.<sup>60</sup>

#### 4.1.3.1 Ansvarsfördelning

Många organisationer bryter ner övergripande mål på definierade ansvarsenheter. *Ansvarsfördelningen* i ett företag skall vara tydlig och de olika avdelningarna bör stimuleras till att arbeta effektivt. Vid delegering av ansvar är det viktigt att följande kriterier uppfylls:<sup>61</sup>

- Syfteskriteriet: Fördelningen av ansvar skall leda till konsekvenser som är gynnsamma för hela organisationen. För att undvika suboptimering, vilket diskuterats tidigare, är det viktigt att det mål den ansvarige har överensstämmer med organisationens mål.
- Påverkbarhetskriteriet: En person som har ett ansvar måste kunna påverka de aspekter som denne utvärderas på. Om en chef anser att hon eller han inte kan påverka resultaten finns det risk att motivationen försämras. Påverkbarhet behöver inte nödvändigtvis innebära att den ansvarige direkt kan påverka utfallet eftersom vissa aspekter kanske endast kan påverkas indirekt.
- Acceptanskriteriet: Då ansvar skall fördelas är det viktigt att cheferna accepterar det ansvar de fått. Acceptanskriteriet kan i hög utsträckning sägas bygga på att påverkbarhetskriteriet är uppfyllt.
- Precisionskriteriet: De mått som används i styrningen bör vara precisa och korrekta. Om måtten inte är tillräckligt precisa finns det risk att detta används som ursäkt då ett resultat inte är tillfredsställande.

#### 4.1.3.2 Styrmått i ekonomistyrningen

Vid *räntabilitetsstyrning* används någon form av relationsmått, d v s ett resultatmått som ställs i relation till kapitalanvändning. Vanliga mått är räntabilitet på totalt kapital ( $R_T$ ), räntabilitet på sysselsatt kapital ( $R_{SYSS}$ ) och räntabilitet på eget kapital ( $R_E$ ). Vilket som används beror på syftet med utvärderingen. Resultatmättet som används kommer ifrån företagets resultaträkning och tillgångarna går att utläsa ur balansräkningen.<sup>62</sup>

En modell som rönt mycket uppmärksamhet på senare år är *Economic Value Added* (EVA). I denna modell är EVA ett mått uttryckt i monetära termer till skillnad från de relationsmått som används i räntabilitetsstyrning. EVA beräknas genom att dra ifrån kapitalkostnaden från nettoresultatet.<sup>63</sup>

*Resultatstyrning* innebär att avdelningarnas prestationer mäts efter det resultat som genereras till företaget. Resultatet ställs således inte i relation till någon kapitalbas som är fallet i räntabilitetsstyrning.<sup>64</sup>

Då det är svårt eller olämpligt att mäta resultatet på en avdelning kan enheterna styras efter *kostnads- eller intäktsansvar*. Vid intäktsstyrning mäts avdelningens prestationer efter den

<sup>60</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 299 ff

<sup>61</sup> Dagman C, föreläsning Handelshögskolan, Göteborg, 2001-02-05

<sup>62</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 299 ff

<sup>63</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 299 ff

<sup>64</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 164

output (i monetära termer) den genererar. Avdelningen är ansvarig för de direkta kostnader den orsakar men inget försök görs att relatera samtliga kostnader till intäkten.<sup>65</sup> Vid kostnadsstyrning mäts avdelningen efter de resurser som förbrukas. Om det går att kvantifiera den output som produceras brukar enheten benämnas nollresultatenhet. Standardkostnaden för producerad output är då den kostnadsram avdelningen har.<sup>66</sup>

#### 4.1.3.3 Produktkalkylering

Kalkyler är ett av de verktyg som används för att planera och i efterhand kontrollera verksamheten. Kalkyler syftar bland annat till att ge svar på följande frågor: Vad kostar inköpta varor och tjänster? Vad kostar den egna förädlingsprocessen? Hur mycket och till vilka priser kan vi finna avsättning för de varor och tjänster vi producerar?<sup>67</sup> KPP är i grund och botten en kalkylmetod för vårdverksamhet. I detta avsnitt ger vi därför en teoribakgrund till de vanligaste kalkylmetoderna för att en jämförelse med KPP skall bli möjlig.

Inom kalkyleringsområdet har val av kalkylmetod kommit att stå mellan två huvudmetoder: självkostnads- eller bidragskalkyl, eller en kombination av dessa. Båda metoderna påför kalkylobjekten de direkta kostnaderna de orsakar. Skillnaden mellan metoderna ligger i hur de gemensamma resurser kalkylobjekten tar i anspråk behandlas.<sup>68</sup>

Vid självkostnads-kalkylering fördelas samtliga kostnader ner på kalkylobjekten efter deras tidsanspråk, värdeandel, orderrader eller någon annan fördelningsnyckel.<sup>69</sup> Självkostnaden definieras vanligen som summan av alla kostnader för en viss produkt tills dess att den är levererad och betald. Avsikten med detta är att alla kostnader skall påföras produkterna även om det inte finns något helt naturligt sätt att fördela kostnaderna ner till kalkylobjekten. Tanken är att alla produkter skall bära sin del av företagets totala kostnader och att det är produkterna som ger upphov till dessa kostnader. Det vanligaste sättet att belasta produkterna med olika typer av omkostnader är genom pålägg. Detta sker genom att förväntad/budgeterad volym av omkostnaden divideras med budgeterat belopp för den påläggsbas som väljs.<sup>70</sup>

Vid bidragskalkylering är det ett visst produktslags särintäkter och särkostnader som är intressanta. De kostnader som skulle bortfalla om ett visst produktslag inte tillverkades kallas särkostnader. De intäkter som produktgruppen genererar är dess särintäkt. Skillnaden mellan särintäkten och särkostnaden kallas för täckningsbidrag och summan av företagets totala täckningsbidrag skall täcka samtliga omkostnader. Bidragskalkylerna var främst avsedda att användas vid prissättning och produktval i krislägen, t ex vid låg sysselsättning. Metoden har dock kommit att användas i många fler produktbeslut.<sup>71</sup> En metod som kan sägas fungera som ett mellanting mellan de olika metoderna är stegkalkylen där organisationens kostnader belastar kalkylobjekten på olika nivåer, allt efter dess särkaraktär.<sup>72</sup>

1987 utkom boken "Relevance Lost - The Rise and Fall of Management Accounting" skriven av H. Thomas Johnson och Robert S. Kaplan. I boken, som blev mycket uppmärksam, menar författarna att den traditionella kalkyleringen var föråldrad och alltför schablonmässig för att ge relevanta underlag för beslut. Författarna tillsammans med Robin Cooper utvecklade

<sup>65</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 112

<sup>66</sup> Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore, s 114 f

<sup>67</sup> Olsson U E, 1994, *Kalkylering för produkter och investeringar*, Studentlitteratur, Lund, s 10

<sup>68</sup> Alnestig P, Segerstedt A, 1997, *Produktkalkyler*, Industrilitteratur, Stockholm, s 38

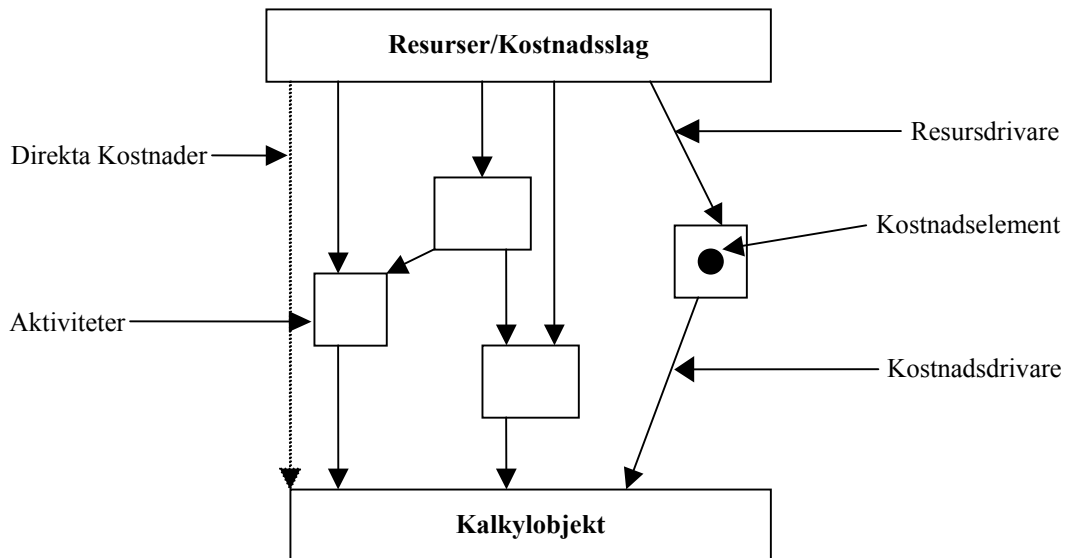
<sup>69</sup> Alnestig P, Segerstedt A, 1997, *Produktkalkyler*, Industrilitteratur, Stockholm, s 38

<sup>70</sup> Alnestig P, Segerstedt A, 1997, *Produktkalkyler*, Industrilitteratur, Stockholm, s 39f

<sup>71</sup> Alnestig P, Segerstedt A, 1997, *Produktkalkyler*, Industrilitteratur, Stockholm, s 46ff

<sup>72</sup> Alnestig P, Segerstedt A, 1997, *Produktkalkyler*, Industrilitteratur, Stockholm, s 50ff

en kalkylmodell som kallas "Activity Based Costing", ABC-kalkylering. I en ABC-kalkyl är logiken att det är aktiviteterna som konsumerar resurser och kalkylobjekten konsumerar aktiviteter. Varje produkts konsumtion av aktiviteterna spåras till produkterna med hjälp av kostnadsdrivare. Summan av varje produkts konsumtion av olika aktiviteter utgör dess produktkostnad.<sup>73</sup> Logiken i ABC kan beskrivas enligt modellen nedan.



Figur 4 ABC-begrepp. Källa: Alnestig P, Segerstedt A, 1997

#### 4.1.4 Kritik mot traditionell ekonomistyrning

Det finns en del kritik mot traditionell ekonomistyrning och dess modeller. Lite kort går det att säga att den traditionella ekonomistyrningen kan ge missvisande mål för ledningens uppmärksamhet. Risken är att de mått som används inte rättvisande speglar organisationens teknologi, produkter, processer och omgivning. Några punkter som det finns kritik mot är:<sup>74</sup>

- De traditionella rapporterna som systemen i företagen producerar ger liten hjälp för ledningen i deras försök att reducera kostnader och förbättra produktiviteten.
- Systemen kan misslyckas med att visa på korrekta kostnader för organisationens produkter och tjänster.
- Ledningens fokus blir oftast på ett kort tidsperspektiv, t ex det månatliga resultatet.

Vidare är en vanlig kritik som framförs att dagens företag har stora tillgångar som inte syns i balansräkningen, t ex intellektuellt kapital. Vid användning av räntabilitetsmått ställs resultatet endast i relation till hela eller delar av balansräkningen vilket således kan ge missvisande värden.<sup>75</sup>

Den traditionella ekonomistyrningen utvecklades under det tidiga 1900-talet men efter det har både omgivningen och organisationerna i sig förändrats. Bland tillverkande företag har t ex produktlinjerna blivit fler och produktionsmetoderna förändrats, samtidigt som produkternas

<sup>73</sup> Alnestig P, Segerstedt A, 1997, *Produktkalkyler*, Industrilitteratur, Stockholm, s 54ff

<sup>74</sup> Johnson T H, Kaplan R S, The Rise and Fall of Management Accounting, *Management Accounting*, 1987, Jan, s A1-1

<sup>75</sup> Olve N-G, Roy J, Wetter M, 1997, *Balanced Scorecard i svensk praktik*, Liber Ekonomi, Malmö, s 33 ff

livscyklar har kortats. I omgivningen har framförallt en ökad global konkurrens och uppkomsten av IT gjort att förutsättningarna ändrats. Då en allt större del av de totala kostnaderna inte är direkt kopplade till produktionen, utan en större del uppkommer redan innan produktionen startar, blir traditionella finansiella mått som periodiska intäkter och räntabilitetsmått mindre aktuella.<sup>76</sup> Traditionell ekonomistyrning har ibland även kritiserats för att vara ensidigt inriktad mot finansiella mått.<sup>77</sup>

#### 4.1.4.1 Balanced Scorecard

Bland modeller som har ett bredare perspektiv, mer inriktat mot verksamhetsstyrning, kan t ex *Balanced Scorecard* nämnas. Denna utvecklades som en framtida metod för resultatmätning av de amerikanska forskarna Kaplan och Norton i början av 1990-talet. De gamla modellerna var främst baserade på redovisningsmått vilket inte gav de möjligheter som behövdes för att kunna bedöma det framtida ekonomiska mervärdet för företaget. Det behövdes ett utvärderingsverktyg som skulle ge en bredare bild av verksamheten. Balanced Scorecard består i den ursprungliga modellen av fyra olika perspektiv vilka är tydligt avskilda från varandra nämligen; finans, kund, process och utveckling/lärande. I dagens klimat med en ny operativ miljö och ett tvärfunktionellt synsätt på organisationer där tydligare kopplingar finns till kunder och leverantörer, är modeller som Balanced Scorecard i hög grad efterfrågade.<sup>78</sup>

## 4.2 Ekonomistyrning i offentlig verksamhet

I detta avsnitt är avsikten att ta upp några områden som kan särskilja ekonomistyrning i offentlig verksamhet från privat verksamhet.

### 4.2.1 Utmärkande för offentlig verksamhet

Det finns både likheter och skillnader mellan verksamheter som bedrivs i offentlig respektive privat regi. Möjligheter bör finnas att dra nytta och lärdom från respektive sektor och sedan applicera detta i den andra.<sup>79</sup> <sup>80</sup> Några viktiga områden som skiljer offentlig verksamhet jämfört med verksamhet som bedrivs i näringslivet redovisas i detta avsnitt. Det mest uppenbara exemplet är kanske att den offentliga verksamheten huvudsakligen är skattefinansierad.<sup>81</sup> I Västra Götalandsregionen utgör exempelvis ca 63 % av intäkterna rena skatteintäkter. Dessutom är ytterligare ca 21 % av intäkterna olika former av statsbidrag. 13 % utgör regionens övriga intäkter, t ex sålda tjänster, biljettintäkter från lokaltrafik etc. Endast ca 3 % utgör direkta patientavgifter, se figur nedan (siffrorna avser år 2000).<sup>82</sup>

<sup>76</sup> Johnson T H, Kaplan R S, The Rise and Fall of Management Accounting, *Management Accounting*, 1987, Jan, s A1-6 ff

<sup>77</sup> Kaplan R S, Norton D P, Putting the Balanced Scorecard to work, *Harvard Business Review*, September-October 1993, s 134

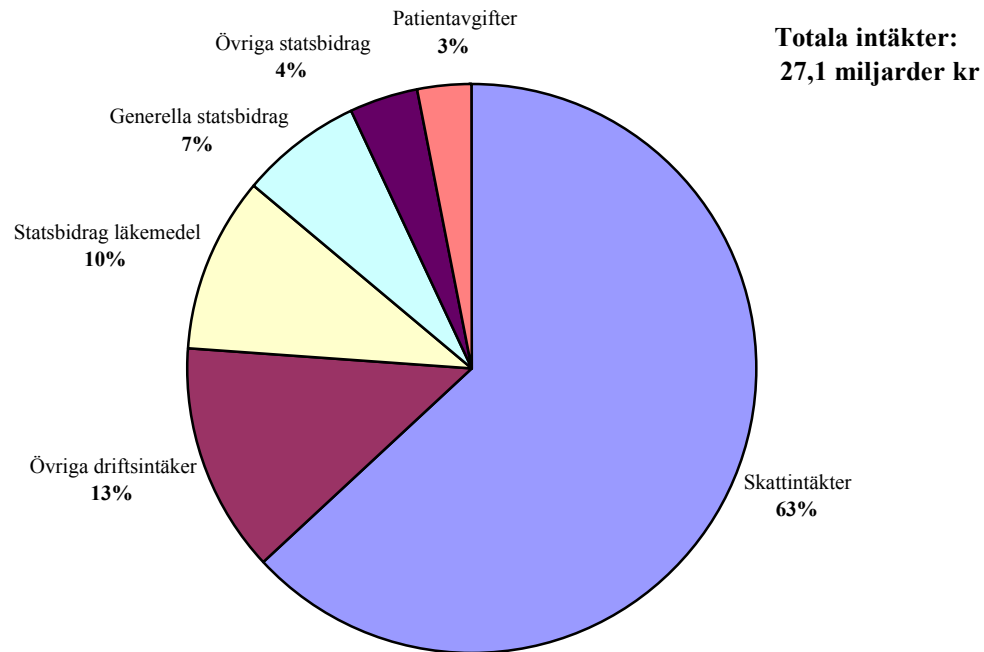
<sup>78</sup> Kaplan R S, Norton D P, 1999, *Från strategi till handling – The Balanced Scorecard*, ISL Förlag AB, Göteborg, s 7 f

<sup>79</sup> Arvedsson L, Gavatin P, 1997, *Ledningsinformationssystem inom vården – utvecklingstendenser inom organisation och styrning av verksamheter*, i *På samma spår med rätt ledning*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 91

<sup>80</sup> Liukkonen P, 2000, *Verksamhetsuppföljning av sjukvårdens ekonomi, personal och organisation*, OskarMedia, Stockholm, s 71

<sup>81</sup> Forsell A, 1998, *Statens företag – mellan politik och marknad*, i Ahrne G (red.), 1998, *Stater som organisationer*, Nerenius & Santérus förlag, Stockholm, s 265

<sup>82</sup> [http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body\\_nyckeltal.cfm](http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body_nyckeltal.cfm), 2001-10-20



**Figur 5 Intäktsfördelning i Västra Götalandsregionen år 2000.**

Källa: [http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body\\_nyckeltal.cfm](http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body_nyckeltal.cfm)

Ur ett ekonomistyrningsperspektiv skapar detta en speciell situation eftersom intäktssidan inte automatiskt hänger ihop med prestationen. Detta förhållande är en av drivkrafterna bakom beställar-utförarmodellerna som införts i Västra Götalandsregionen och stora delar av den svenska sjukvården under 90-talet.<sup>83</sup> Mer om denna modell i avsnitt 4.2.2.

Andra aspekter som är utmärkande för offentlig verksamhet är att en förvaltning, till skillnad från ett privat företag, har ett uppdrag att genomföra vissa uppgifter i enlighet med vad dess huvudman fastslagit och som är reglerat i lagar. Ett privat företags viktigaste uppgift är snarare att generera avkastning på aktieägarnas kapital. Således är syftena och målen med de olika verksamheterna tydligt åtskilda.<sup>84</sup> Vidare präglas offentlig verksamhet av statens rätt till myndighetsutövning mot medborgarna eftersom dessa är obligatoriskt bundna till statens organisationer. Privat verksamhet präglas snarare av frivillighet och konkurrens.<sup>85</sup> Ytterligare en aspekt är att kravet på öppenhet, t ex avseende redovisning, är viktigare i offentlig verksamhet. Orsaken är framförallt att öppenhet och genomlysning krävs för att upprätthålla förtroendet hos medborgarna. I normalläget finns inte heller några konkurrensmässiga förhållanden eller andra särskilda faktorer som begränsar öppenheten.<sup>86</sup>

#### 4.2.1.1 Utmärkande drag för vården

Bland utmärkande drag specifikt för vårdverksamhet kan nämnas att den präglas av ett antal tydligt åtskilda professioner, t ex läkare och sjuksköterskor. Dessa professioner har ofta egna

<sup>83</sup> Bergman S-E, Dahlbäck U, 1995, *Att beställa hälso- och sjukvård – Erfarenheter från Landsting med beställarstyrning*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 16 ff

<sup>84</sup> Forsell A, 1998, *Statens företag – mellan politik och marknad*, i Ahrne G (red.), 1998, *Stater som organisationer*, Nerenius & Santéus förlag, Stockholm, s 264

<sup>85</sup> Forsell A, 1998, *Statens företag – mellan politik och marknad*, i Ahrne G (red.), 1998, *Stater som organisationer*, Nerenius & Santéus förlag, Stockholm, s 264

<sup>86</sup> Falkman P, Orrbeck K, 2001, *Den offentliga sektorns redovisning*, Studentlitteratur, Lund, s 241



intressen och en egen logik.<sup>87</sup> De professionellas kunskap och arbete är baserad på teoretiska och praktiska kunskaper från en lång grundutbildning och har en tydlig koppling till universitetsforskning. Kompetensen som dessa grupper besitter anses vanligen så speciell att den inte kan värderas och bedömas av andra som inte har motsvarande utbildning. Därför kännetecknas professionernas yrkesutövning av eget ansvar och autonomi.<sup>88</sup> En speciell problematik är huruvida dessa professioners värderingar är förenliga med en ökad användning av ekonomistyrning. Det kan finnas risker i att motstånd finns mellan det ekonomiska tänkandet och den professionella ideologin.<sup>89</sup>

Den sistnämnda problematiken hör ihop med att det även finns andra yrkesgrupper med sin egen logik inom vårdområdet. Förutom den ovan nämnda kategorin professionella kan två grupper tydligt urskiljas: administratörer och politiker. Dessa gruppers logik står många gånger i skarp kontrast mot de professionellas logik. Administratörer leder, organiserar, mäter och värderar sjukvården och dess resultat. Politiker är satta att fördela resurser och se till att vi har en sjukvård som överensstämmer med medborgarnas intresse. De tre gruppernas olika intressen, styrformer och regelverk gör att de ibland står långt ifrån varandra. Avvägningar på olika nivåer måste därför återkommande göras mellan professionella, administrativa och politiska principer. Beroende på vilken logik som tas som utgångspunkt ges olika svar på frågor om vad en effektiv sjukvård innebär, vad vårdkvalitet innebär, vem som skall styra vården och vad som är en önskvärd utveckling?<sup>90</sup> Enligt en studie av Brorström med flera pågår en maktkamp mellan de olika grupperna inom vården som främst handlar om vilka organisationsideal som skall gälla. Situationen som uppstått innebär bland annat att det finns tendenser till isolering mellan grupperna vilket kan leda till bristande förtroende och viss uppgivenhet.<sup>91</sup>

#### 4.2.2 Marknadstänkande i offentlig verksamhet

Styrningen av offentlig verksamhet i Sverige har de senaste årtiondena genomgått stora förändringar. Detta gäller t ex i landstingen där styrningen av sjukhusen, kollektivtrafiken etc har genomgått omfattande reformer. Det har bland annat gällt nya organisationsformer, ledningsmodeller och uppföljningsrutiner, t ex beställar-utförarmodellerna som nämnts ovan. I beställar-utförarmodellerna beställer de förtroendevalda politikerna vård av utförarna, d v s sjukhusen och liknande institutioner. Det är alltså en sådan modell som används i Västra Götalandsregionen. Ett motiv med en sådan uppdelning är att effektiviteten i hushållningen med resurserna förmodas öka, bland annat eftersom högre krav kan ställas på utförarna samtidigt som de i viss mån ges större svängrum.<sup>92</sup> Ett annat motiv kan vara att det blir möjligt att konkurrensutsätta verksamheten. Konkurrens kan t ex skapas genom att verksamhet läggs ut på entreprenad som är helt eller delvis offentligt finansierad och kan även

<sup>87</sup> Blomgren M, 1999, *Omvårdnad och ekonomi*, i Lampou K, Anderson B (red.), 1999, *Studier i sjukvårdsorganisation*, Uppsala universitet, s 35

<sup>88</sup> Östergren K, Sahlin-Andersson K, 1999, *Att hantera skilda världar – Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 16 f

<sup>89</sup> Lidman R, Lampou K, 1999, *Sjukvårdsprofessioners värderingar och attityder gentemot vårdens ekonomisering*, i Lampou K, Anderson B (red.), 1999, *Studier i sjukvårdsorganisation*, Uppsala universitet, s 63

<sup>90</sup> Östergren K, Sahlin-Andersson K, 1999, *Att hantera skilda världar – Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 18 f

<sup>91</sup> Brorström B, 2000, *Idealmodeller och verklighet – om överläkares uppfattningar om styrning och organisation*, i Brorström B (red), *Effektivitet, styrmodellers effekter och institutioners betydelse*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 3, s 22

<sup>92</sup> Bergman S-E, Dahlbäck U, 1995, *Att beställa hälso- och sjukvård – Erfarenheter från Landsting med beställarstyrning*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 16 ff

bedrivs i privat eller offentlig regi.<sup>93</sup> Det finns även en demokratisk aspekt i beställarutförarmodellen som går ut på att politikernas roll som företrädare för medborgarna (i motsats till företrädare för producenterna) förmodas blir tydligare.<sup>94</sup> Drivkrafter bakom förändringarna i stort har varit förändringar i samhällets struktur, politisk utveckling, demografiska aspekter, teknisk utveckling, kunskapsutveckling etc.<sup>95</sup>

Gemensamt för många av de genomförda reformerna är att de har någon form av marknadstänkande som utgångspunkt. Exempel från vårdsektorn är att anslagsfinansiering delvis bytts mot prestationsersättning, att nya marknader har skapats med hjälp av beställarutförarmodeller, att konkurrenstänkande delvis har införts och att sjukvård har beretts möjlighet att drivas i privat regi.<sup>96</sup> Det finns flera tänkbara anledningar till varför detta tänkande fick fäste i början av 90-talet. En av de viktigaste är troligen finansieringskrisen i den offentliga budgeten i början av 90-talet. Eftersom sjukvården utgör så stor del av den offentliga budgeten är det naturligt att försöka hitta nya effektiviserings- och produktivitetsokningsåtgärder när budgeten blir ansträngd. Dessutom ökade kostnaderna för vården mellan 1960-1990 med 235 %, rensat från inflation. Detta betyder inte nödvändigtvis att produktiviteten blev sämre, utan det är troligen en kombination av flera faktorer, t ex att den medicinska utvecklingen har gjort det möjligt att tillfredsställa stora vårdbehov som tidigare inte kunde tillgodoses. Kostnadsutvecklingen har dock ändå fungerat som pådrivare för att olika typer av åtgärder skall sättas in.<sup>97</sup> Några syften med sjukvårdens nya styrmodeller sammanfattas i följande tabell:

|                     | <b>Resursfördelning</b>  | <b>Styrmodell</b>  |
|---------------------|--|--|
| <b>Strävan från</b> | <i>Anslagsfinansiering</i>   | <i>Interna monopol</i>   |
| <b>Strävan mot</b>  | <i>Prestationsfinansiering:</i><br>- Incitament<br>- Ekonomisk medvetenhet<br>- Resurser till de som presterar | <i>Beställar-utförarmodell:</i><br>- Konkurrens<br>- Affärsmässighet |

**Tabell 2 Syftet med de nya styrmodellerna inom sjukvården.**

**Källa: omarbetad ur Falkman P, Siverbo S, 1999**

Förändringen i tankesätt har inte gått obemärkt förbi. Marknadstänkande inom vården är ett kontroversiellt ämne som rör upp mycket känslor, både positiva och negativa. Några av de positiva argumenten har redan nämnts ovan, t ex ökad effektivitet och produktivitet. Andra motiv kan vara kund Anpassning i den mening att invånare är kunder och att kunder har rätt till

<sup>93</sup> Västra Götalandsregionen, 1999, *Handbok för beställare – om konkurrensprogrammet och dess tillämpningsanvisningar*, konkurrenskansliet, Vänersborg, s 4

<sup>94</sup> Bergman S-E, Dahlbäck U, 1995, *Att beställa hälso- och sjukvård – Erfarenheter från Landsting med beställarstyrning*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 16 ff

<sup>95</sup> Blomgren M, Lindholm C, Sahlin-Andersson K, 1999, *Att leda landsting – Styrning, samordning och ansvar i nätverk*, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet, s 7

<sup>96</sup> Johansson A, 1995, *Makten och valfriheten, i Hur skall sjukvården räcka till alla? – en debattbok om sjukvårdspolitikens vägval*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 7

<sup>97</sup> Grankvist R, 2000, *Ekonomiskt tänkande om sjukvården under 1990-talet*, s 265 ff i Szebehely M (red.), SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*, s 265 ff

valfrihet.<sup>98</sup> Argument har även förts fram som hävdar att reformerna skapat fler arbetsgivare så att arbetstagarna inom området fått en bättre fungerande arbetsmarknad.<sup>99</sup>

Negativa argument som förts fram är i många fall grundade på att marknadstänkandet kan leda till en sämre vårdkvalitet när det blir för stort fokus på ekonomiska aspekter.<sup>100</sup> Vidare kan tänkandet leda till en ändrad syn på människans värde som i viss mån är både omänsklig och odemokratisk.<sup>101</sup> Andra menar att marknadstänkandet kan leda till en snedvridning av resursfördelningen mot verksamheter som förefaller mer lönsamma än andra, även om behovet av dessa verksamheter egentligen är mindre akut.<sup>102</sup> Kritik har också förts fram att politikerna ställt orimliga krav och tilldelat vården ekonomiska resurser som är mindre än de faktiska kostnaderna för att bedriva den vård de beställt.<sup>103</sup> Mer generellt kan sägas att kritiker menar att det finns en risk att marknadstänkandet kan leda till att verksamheten tappar sitt egentliga fokus, d v s sitt uppdrag gentemot medborgarna.<sup>104</sup>

Det kan konstateras att en ökad marknadsorientering i vården ställer frågan på sin spets om huruvida det går att kombinera ett effektivt resursutnyttjande och valfrihet för patienterna med en bibehållen solidarisk finansiering och rättvisa i behandlingen av medborgarna.<sup>105</sup>

---

<sup>98</sup> Svedberg Nilsson K, 2000, *Marknadens decennium – gränsomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet*, i Szebehely M (red.), SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*, s 235 f

<sup>99</sup> Hjertqvist J, Rojas M, Ny sjukvård inspirerar, *Svenska Dagbladet*, 2001-11-06

<sup>100</sup> Lidman R, Lampou K, 1999, *Sjukvårdsprofessioners värderingar och attityder gentemot vårdens ekonomisering*, i Lampou K, Anderson B (red.), 1999, *Studier i sjukvårdsorganisation*, Uppsala universitet, s 54

<sup>101</sup> Järhult B, 1995, *Svensk sjukvård vid skiljevägen*, i *Hur skall sjukvården räcka till alla? – en debattbok om sjukvårdspolitikens vägval*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 63

<sup>102</sup> Enkvist C, 1995, *Högteknologi eller omvårdnad, konkurrens eller mänsklighet*, i *Hur skall sjukvården räcka till alla? – en debattbok om sjukvårdspolitikens vägval*, Landstingsförbundet, Stockholm, s 101

<sup>103</sup> Stenqvist O, Budgetortyr hindrar vården, *Göteborgs-Posten*, 2001-11-13

<sup>104</sup> Dees J G, Enterprising Nonprofits, *Harvard Business Review*, jan-feb 1998

<sup>105</sup> Blomkvist P, Rothstein B, 2000, *Välfärdsstatens nya ansikte – demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*, Agora, Bjärnum, s 191

---

## 5 Teori om KPP

---

I detta avsnitt skall vi ge en beskrivning av KPP-modellens uppbyggnad och tänkta användningsområden. Avsikten är att skapa en förståelse för grundtanken med modellen för att i det empiriska avsnittet gå vidare med hur den faktiskt används i praktiken. Teoriavsnittet bygger i första hand på de rapporter som utgivits inom ramen för det KPP-projekt som Landstingsförbundet drivit sedan våren 1999. Avsnittet har sedan kompletterats med annan relevant teori.

### 5.1 Översikt av KPP-modellen

Liksom inom alla andra verksamheter är en effektiv resursanvändning ett grundläggande krav inom offentlig verksamhet. Inom vården är detta särskilt angeläget eftersom den medicinska utvecklingen gjort att allt mer blivit möjligt samtidigt som det finns en begränsning i tillgängliga medel. Detta förhållande ger upphov både till att olika prioriteringar blir nödvändiga och att det är av yttersta vikt att de begränsade resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt.<sup>106</sup> KPP kan komma att spela en viktig roll både när det gäller prioriterings- och effektiviseringsfrågor genom att modellen bidrar till att förse olika intressenter med relevant information för beslutsunderlag. I KPP samlas redan tillgänglig information upp och organiseras på ett sätt som gör att den kan användas som input i verksamhetens nuvarande och framtida styrmodeller.<sup>107</sup>

Den information som sammanställs kommer t ex från patientadministrativa system, röntgensystem, ekonomisystem och patientklassificeringssystem för omvårdnad. Idén är att all data sedan skall knytas till enskilda vårdkontakter så att dessa blir slutliga kostnadsbärare av alla kostnader på exempelvis en vårdcentral eller ett sjukhus. Kostnaden som påförs patienten är beroende av vilka vårdtjänster som utnyttjas. På så sätt blir den erhållna informationen organisationsoberoende. Vårdkontakten är den minsta byggstenen vilket möjliggör olika typer av benchmarking och jämförelser, t ex kostnader för vård av olika patientgrupper eller omhändertagande.<sup>108</sup>

För att de kostnader som räknas fram i KPP skall vara relevanta för jämförelser och som beslutsunderlag, krävs att definitioner och avvägningar om vad som skall komma med i beräkningarna är klargjort. Det är viktigt att det finns logiska standarder och entydiga definitioner så att det till en rimlig nivå blir säkerställt att beräkningar på olika kliniker och sjukhus sker med liknande metoder.<sup>109</sup> Kvalitetssäkring av KPP är en avgörande faktor både för användbarhet och trovärdighet i systemet.<sup>110</sup> Harmoniseringen av beräkningsprinciper har också varit ett av huvudmålen i Landstingsförbundets KPP-projekt.<sup>111</sup>

---

<sup>106</sup> Hälso- & sjukvårdsstyrelsen, *Budget 2002 & flerårsplan 2003-2004*, Västra Götalandsregionen, s 12 f

<sup>107</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 11

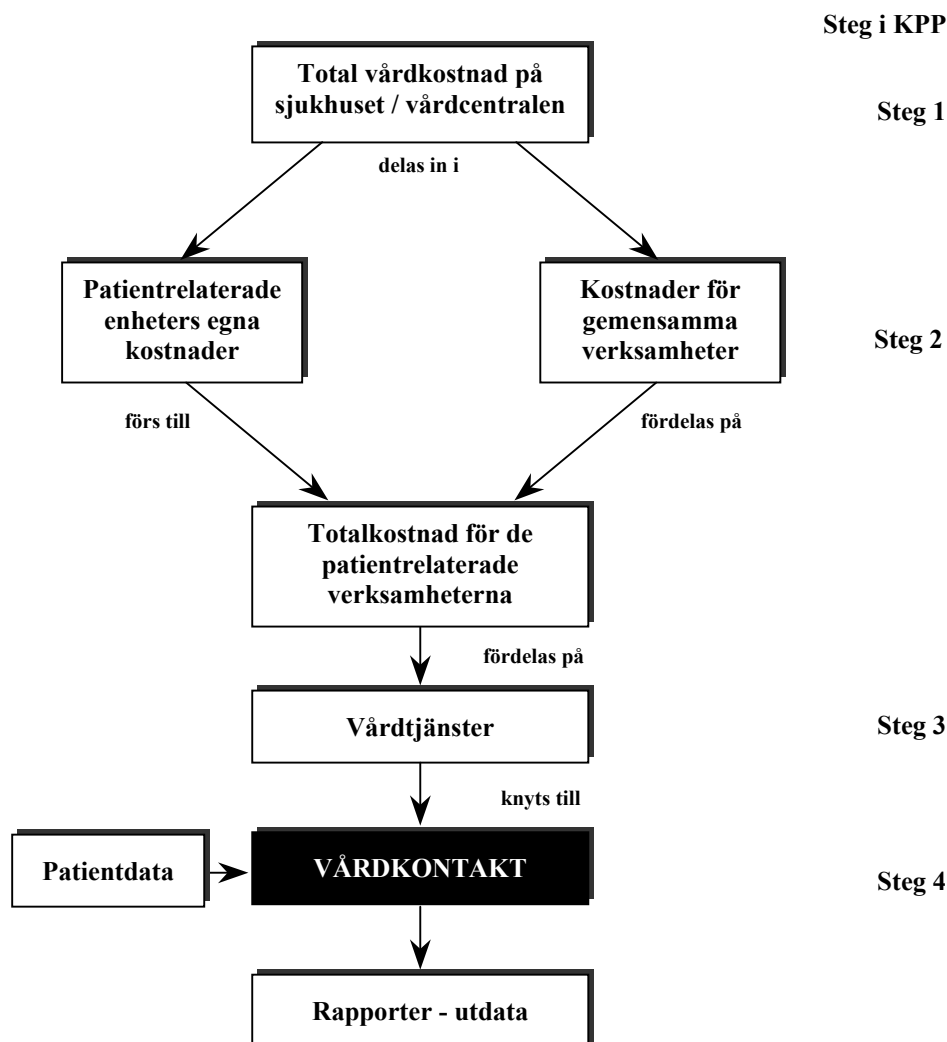
<sup>108</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 6 f

<sup>109</sup> Weibull H et al, 1996, *Vad kostar vården – patientrelaterad kostnadsredovisning i KPP-projektet*, Spri, Stockholm, s 15

<sup>110</sup> Landstingsförbundet, 2000, *Principer för totalkostnadsredovisning och fördelning av gemensamma kostnader i ett KPP-system*, Delrapport 4 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 6

<sup>111</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 9

En översiktlig bild av KPP-modellen visas i figuren nedan och i efterföljande avsnitt presenteras de begrepp och steg som ingår enligt Landstingsförbundets definitioner.



Figur 6 Översiktlig bild av KPP-modellen. Källa: Landstingsförbundet 1999.

## 5.2 KPP-modellens begrepp

Innan vi går vidare i beskrivningen av KPP-modellen är det viktigt att vissa vanligt förekommande begrepp definieras. Nedan förklaras begreppen och dess inbördes relation:<sup>112</sup>

- *Vårdkontakt* avser vårdgivarens kontakt med patienten, t ex för behandling, utredning, rådgivning eller omvårdnad.

<sup>112</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 17

- *Vårdtjänst* kan exempelvis vara ett laboratorieprov, en operationstyp eller antal omvårdnadsdagar. Dessa knyts i KPP-systemet till enskilda vårdkontakter. Vårdtjänster kan även kallas delprestationer eller deltjänster.
- *Patientrelaterade verksamheter* är de verksamheter som producerar vårdtjänster och kommer i direktkontakt med patienterna.
- *Gemensamma verksamheter* är t ex sjukhusets stab, reception och telefonväxel. Tjänsterna som dessa utför kan inte knytas direkt till en patient utan fördelas i stället enligt schabloner inom KPP-systemet.

Dessutom förekommer vissa ekonomiska begrepp:

- *Totalkostnadsbokslut* utgör ett bokslut där alla kostnader fördelas till olika enheter som bär sina egna kostnader.
- *Patientspecifika kostnader* är kostnader som kan relateras till enskilda patienter. (kallas i Västra Götalandsregionen för särkostnader<sup>113</sup>)
- *Baskostnader* är kostnader som inte kan relateras direkt till enskilda patienter och som därför schablonmässigt fördelas till vårdtjänsterna vid kostnadsberäkning. (kallas i Västra Götalandsregionen för grundkostnader<sup>114</sup>).

### 5.3 KPP-modellens steg

Tillvägagångssättet vid utformning och användning av KPP kan sammanfattas i fyra principiella steg:<sup>115</sup>

1. Identifiering av vilka kostnader som är relevanta att ta med i sjukvårdskostnaden.
2. Identifiering och fördelning av kostnader för gemensamma aktiviteter.
3. Beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster.
4. Konsumtion av vårdtjänster knyts till enskild vårdkontakt.

#### 5.3.1 Första steget - relevanta sjukvårdskostnader

I första steget identifieras kostnader som skall ingå i KPP-beräkningen och vidare avgörs hur dessa kostnadsposter skall hanteras. Grundregeln i KPP är att alla resurser som ett sjukhus tar i anspråk för att utföra vårdtjänster, även de tjänster som tillkommer utifrån, skall tas med i beräkningen. I många fall är det dock svårt att avgöra exakt var en kostnad hör hemma. Det här ger således upphov till vissa gränsdragningsproblem.

För att se vilka kostnader som skall räknas med kan två åtgärder utföras. Den första innebär att se över vilka kostnader som skall lyftas bort från verksamheten som helhet. Exempel på kostnader som exkluderas i denna första fas är sjukresor, kostnader för den politiska beställarorganisationen, större poster av engångskaraktär och köpt utomlänsvård. Den andra åtgärden går till på det sättet att vissa delverksamheter som inte skall räknas med i vårdtjänsterna på det egna sjukhuset bryts ut. Exempel på sådana verksamheter kan vara externt sålda laboratorietjänster, projekt med extern finansiering samt forskning & utveckling som bedrivs integrerat i den dagliga verksamheten.

<sup>113</sup> Sundberg Leif, Västra Götalandsregionen, intervju 2001-11-01

<sup>114</sup> Sundberg Leif, Västra Götalandsregionen, intervju 2001-11-01

<sup>115</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 17 ff. Efterföljande beskrivning av de fyra stegen är hämtad från denna källa utom där annat anges.

### 5.3.2 Andra steget – kostnader för gemensamma aktiviteter

Ur det första steget kommer en total KPP-kostnad för sjukhuset och i det andra steget delas denna upp i patientrelaterade verksamheters kostnader och gemensamma verksamheters kostnader. Patientrelaterade verksamheter avser exempelvis vårdavdelningar, läkarmottagningar, klinker, röntgenavdelningar etc. Gemensamma verksamheter är stödfunktioner som ligger utanför den patientrelaterade verksamheten, t ex ledningsfunktioner, fastighetsförvaltning, städning, administration etc. Syftet med att i detta skede skilja ut de gemensamma kostnaderna är att de med hjälp av schabloner skall kunna fördelas till de patientrelaterade verksamheterna för att ett totalkostnadsbokslut skall kunna upprättas för dessa. Det är inte förrän de patientrelaterade enheterna påförts samtliga dessa kostnader som vårdtjänsterna kan kostnadsberäknas vilket sker i steg tre.

### 5.3.3 Tredje steget – kostnadsberäkning av vårdtjänster

Det tredje steget startar med en beskrivning av vårdtjänsterna, d v s de tjänster som tas i anspråk vid patientens vistelse eller besök på vårdenheten. Beroende på vilken typ av enhet det handlar om ser vårdtjänsterna olika ut. En operationsavdelning utför t ex olika operationstyper som sedan delas in i operationsminuter. På en vårdavdelning finns t ex tjänsten omvårdnadsdag och på ett laboratorium utförs tjänster i form av olika analyser.

Vikt skall läggas vid att beskrivningen blir meningsfull både ur verksamhets- och ur KPP-synpunkt. Detta kan uppnås genom att några viktiga aspekter beaktas när vårdtjänsterna definieras. Exempel på sådana aspekter är att det skall vara logiskt att knyta vårdtjänsten till en patient, att det skall vara möjligt att knyta resursförbrukningsmått till vårdtjänsten och att registrering av vårdtjänsten sker i ett datasystem.<sup>116</sup>

När beskrivningen är gjord skall vårdtjänsterna kostnadsberäknas. I denna beräkning fördelas de patientspecifika kostnaderna så långt det är möjligt till den tjänst som tagit resurserna i anspråk. Kostnaderna för de gemensamma verksamheterna fördelas som nämnts ovan via schabloner på de olika vårdtjänsterna.

### 5.3.4 Fjärde steget –knytning av vårdtjänster till enskilda vårdkontakter

I det sista steget skall konsumtionen av vårdtjänster kopplas till enskilda vårdkontakter. Det går till på det sättet att information som samlats in om vårdtjänsterna från olika verksamhetssystem förs in i KPP-systemet som matchar informationen med rätt vårdkontakt. De verksamhetssystem som åsyftas är ett stort antal befintliga system, t ex patientadministrativa system, röntgensystem, operationssystem, redovisnings- och faktureringsystem samt olika laboratoriesystem. En viktig princip i KPP är att inga nya registreringar skall göras enbart för KPP-beräkningarnas skull. Endast befintlig data som sedan omsorteras för KPP-ändamål skall användas.

## 5.4 Syften och användningsområden för KPP

I detta avsnitt presenteras de syften och användningsområden för KPP som vi funnit i litteraturen. Kartläggningen är tänkt att kunna användas som utgångspunkt för tänkbara utvecklingsmöjligheter framöver.

---

<sup>116</sup> Landstingsförbundet, 2000, *Beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster i ett KPP-system – en översikt*, Delrapport 3 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 13

### 5.4.1 Styrning på kliniknivå

Vi har redan varit inne på att ett huvudsyfte med KPP är att det skall vara ett verktyg för att skapa en effektiv resursanvändning. En del av detta kan uppnås genom att det förbättrade statistikunderlaget som KPP kan generera är möjligt att använda för många olika typer av jämförelser, t ex mellan vårdenheter.<sup>117</sup> Här kan aspekter som vårdkultur och olika läkares uppfattningar om hur sjukdomar bäst behandlas, d v s medicinsk praxis, också lyftas fram.<sup>118</sup>

Ett av de viktigaste användningsområdena är dock att information skall kunna användas av klinikerna för styrning och uppföljning av den egna verksamheten.<sup>119</sup> Eftersom KPP gör det möjligt att knyta kostnaderna till den enskilda vårdkontakten blir det möjligt att göra nya typer av jämförelser, t ex för enskilda patienter eller grupper av patienter. Detta ger applikationer som avvikelseanalys ytterligare dimensioner, t ex genom att vårdresultat kan jämföras över tiden.<sup>120</sup>

### 5.4.2 Styrning på region- och landstingsnivå

Information som erhålls i KPP skall också kunna användas som input i de övergripande styrmodeller som finns på region- eller landstingsnivå. Exempel på sådana modeller kan vara beställar-utförarmodeller (vilka beskrivits ovan), Balanced Scorecard, benchmarking och medicinskt programarbete. Tack vare det förbättrade statistiska underlag som kan erhållas med hjälp av KPP, kan precisionen i styrmodellerna bli bättre och därmed kan även styreffekterna förbättras.<sup>121</sup>

Exempel på konkreta tillämpningar av KPP-information som uppkommer på region- och landstingsnivå skulle kunna vara:<sup>122</sup>

- Vårdavtal kan baseras på mer rättvisande kostnadsbedömningar.
- Befolkningsbaserad resursfördelning kan bli mer rättvis tack vare att information om vården av olika befolkningskategorier blir synlig. Det blir därmed möjligt sätta in resurser specifikt till särskilda patientgrupper.
- Strukturella förändringar av mer genomgripande slag kan baseras på mer relevanta beslutsgrunder.

### 5.4.3 Flödes- och processtyrning

Ännu ett användningsområde för KPP är flödes- och processtyrning. Information om enskilda vårdkontakter kan användas för att kartlägga flödet inom vårdenheter och vårdkedjor. Informationen kan också användas i beskrivningen och utvärderingen av processerna. En analys av KPP-data kan t ex användas för att upptäcka i vilka processer potential för förbättringar finns.<sup>123</sup>

<sup>117</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 9

<sup>118</sup> Weibull H et al, 1996, *Vad kostar vården – patientrelaterad kostnadsredovisning i KPP-projektet*, Spri, Stockholm, s 35

<sup>119</sup> Vad kostar patienten? Fyra landsting tar fram exakta svar för att öka styrningen i vården, *Dagens Medicin*, 1997-03-18

<sup>120</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 15 f

<sup>121</sup> Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 15 f

<sup>122</sup> Weibull H et al, 1996, *Vad kostar vården – patientrelaterad kostnadsredovisning i KPP-projektet*, Spri, Stockholm, s 15

<sup>123</sup> Landstingsförbundet, 2001, *Förbättringsarbete på Kungälv's sjukhus avseende processen för kirurgisk behandling av prostataförstoring*, Delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 32



Ett exempel på detta användningsområde återfinns i delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt. I denna rapport beskrivs genomförandet av en kartläggning av processen för kirurgisk behandling av prostataförstoring vid Kungälv's sjukhus. Kartläggningen syftade till att ge objektiv bild av verksamheten utifrån vilken slutsatser skulle kunna dras om förbättringsmöjligheter.<sup>124</sup> Vid denna kartläggning gjordes jämförelser och analyser med hjälp av KPP-data. Förbättringsåtgärder sattes in efter att kartläggningen gjorts och i denna fas användes KPP-systemet för att analysera vilka kostnadseffekter som skulle erhållas.<sup>125</sup>

#### 5.4.4 Kalkylering av ersättningsunderlag

Ett naturligt område där KPP är användbart är olika typer av kalkylering. Det kan gälla för priskalkylering av externa och interna priser, ersättningsunderlag i ett prestationsbaserat ersättningssystem etc. Ett viktigt område för kalkylering är att KPP ofta används som underlag för beräkning av DRG-vikter. DRG (Diagnosis Related Groups) är ett system för patientklassificering som förutom för medicinska applikationer bland annat kan användas som ett ersättningssystem i vårdverksamheter.<sup>126</sup> DRG används bland annat som underlag för en del av ersättningen av vården i Västra Götalandsregionen. DRG-vikterna räknas fram genom att kostnaden för olika grupper ställs i relation till genomsnittskostnaden för alla grupper. På så sätt erhålls en vikt/poäng som används som ersättningsunderlag. I dessa kostnadsberäkningar kan alltså KPP utgöra ett viktigt verktyg.<sup>127</sup>

---

<sup>124</sup> Landstingsförbundet, 2001, *Förbättringsarbete på Kungälv's Sjukhus avseende processen för kirurgisk behandling av prostataförstoring*, Delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 17

<sup>125</sup> Landstingsförbundet, 2001, *Förbättringsarbete på Kungälv's Sjukhus avseende processen för kirurgisk behandling av prostataförstoring*, Delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 32

<sup>126</sup> Andrén-Sandberg Å, 1994, *Diagnosrelaterade grupper – bakgrund, praktiska problem, kvalitetskontroll och etik*, Liber utbildning, Malmö, s 7 f

<sup>127</sup> Landstingsförbundet, 2001, *Förbättringsarbete på Kungälv's sjukhus avseende processen för kirurgisk behandling av prostataförstoring*, Delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt, s 13 f

---

## 6 Empiri

---

I föreliggande avsnitt presenteras det empiriska underlaget som framkommit vid de intervjuer som gjorts för denna uppsats. Den övergripande strukturen på kapitlet följer intervjuguidens huvudindelning. I enlighet med resonemang i metodavsnittet presenteras respondenterna anonymt. För att strukturera framställningen och underlätta för läsaren har respondenterna delats in i tre kategorier; politiker, personer i verksamheten och personer utanför verksamheten. Dessa benämningar eller synonymmer används i den löpande texten nedan.

### 6.1 Ekonomistyrning i vården

Den största skillnaden mellan ekonomistyrning i privat och offentlig verksamhet är enligt en person i verksamheten att offentlig verksamhet styrs av politiker. Intäktssidan påverkas alltså av skatter. Det gör att ekonomistyrningen vanligtvis blir väldigt budgetfixerad. Därför är det svårt att få ekonomiska incitament att slå igenom. En politiker har dock en annan uppfattning och menar att erfarenheter visar att sjukvården är väldigt känslig för incitament. Sjukhusen prioriterar väldigt mycket efter ekonomin när prioritering enligt samma politiker istället borde göras efter vårdverksamheten.

Avsaknaden av intäkter som motivationsfaktor är enligt en person utanför verksamheten en svårighet. Intäktssidan finns möjligen på sjukhusnivå, tack vare beställar-utförarmodellerna. Intäkterna når dock inte ända ner på kliniknivå. Klinikerna är fortfarande i allra högsta grad budgetstyrda varför intäktssidan inte kan fungera som motivationsfaktor på denna nivå. Klinikerna kan få motivation genom tacksamma patienter etc, men aldrig ”ekonomisk tacksamhet”.

En person utanför verksamheten menar att ekonomistyrning är ett för smalt begrepp att använda i vårdverksamhet. När 70-80 % av kostnaderna utgörs av arbetskraftskostnader måste perspektivet breddas till något som mer liknar verksamhetsstyrning. En av politikerna fortsätter på samma linje och menar att eftersom hälso- och sjukvårdslagen ger tydliga riktlinjer för doktorerna att jobba efter kan inte endast ekonomin vara det överordnade målet. Riktlinjerna i lagen vilar på en helt annan grund än ekonomin och går ofta stick i stäv med densamma. Synsättet måste helt enkelt vara bredare när ekonomistyrning i vården diskuteras.

Ett stort problem inom vården är enligt en extern person läkarnas brist på motivation att jobba med administration. Det brister redan där. Attityden är mycket fientlig. Läkare ser sig själv som viktiga och framstående personer och vill inte underkasta sig administratörer och ekonomer. Läkare har liten eller ingen ekonomisk utbildning överhuvudtaget, ändå är det de som ansvarar för ekonomin i verksamheten. Det är idag vanligt att universiteten ger korta ekonomiutbildningar för läkare. Dessa kurser är ingen lösning på problemet eftersom läkarna ofta anser att de kan ekonomin efter att ha gått en sådan kurs, vilket de givetvis inte kan jämfört med en högskoleutbildad ekonom. För att komma tillrätta med problemet måste det synliggöras och läkarnas ekonomiska ansvar ifrågasättas. En person inom vården (en ekonom) har dock ett lite annat synsätt och menar att eftersom läkarna har en så framträdande roll är det helt nödvändigt för ekonomerna att verkligen försöka förstå verksamhetsfrågorna. Annars går det inte att få gehör för de ekonomiska frågorna.

En person i verksamheten anser att ekonomistyrningen skall vara en funktion av ledningsfilosofin, d v s vad som skall uppnås. Ekonomistyrningen skall stödja det som

organisationen vill uppnå. Ett exempel kan vara att ett område, t ex labbmedicin, gör uppdrag utanför sjukhuset för att fylla upp ledig kapacitet. Om ett mål är stordrift i labbverksamheten bör de externt sålda tjänsterna premieras av styrningen. Incitament bör vara inriktade på att premiera önskat beteende. På så sätt skapas gynnsamma styreffekter.

Det används enligt en extern person väldigt lite kalkylmetoder inom vården. Området är väldigt outvecklat jämfört med hur det ser ut inom näringslivet. Ett industriföretag skulle t ex aldrig vilja arbeta på ett sådant sätt, utan att egentligen veta vad saker och ting kostar.

En person inom vården menar att balansräkningen är betydligt mer underordnad på många sjukhus än hur det normalt ser ut i privat verksamhet. Det som verkligen är i fokus är resultaträkningen. Det enda som sker med balansräkningen är egentligen att det egna kapitalet följer med över årsskiftet. Investeringar sker t ex via regionen i ett förfarande som kan liknas vid ett äskande. Sjukvårdsenhetens självständighet blir därmed mycket inskränkt.

Dynamiken och förändringen av ekonomistyrningen i den offentliga sektorn har fått ett mycket stort genomslag. En av politikerna menar att turbulensen och debatten har suddat ut allt det positiva som har kommit ur förändringen. Det finns enligt politikern en bild som inte stämmer överens med verkligheten.

## 6.2 Ekonomistyrning i vården i Västra Götalandsregionen

Som nämnts i teoriavsnittet har Västra Götalandsregionen infört en beställar-utförarmodell. Resursfördelningen i sjukvården är indelad i två delar, en anslagsfinansierad och en prestationsbaserad. Modellen verkar mycket omdebatterad och i stort sett alla respondenter har åsikter om den.

Marknadstänkande är enligt en person i verksamheten delvis etablerat tack vare beställar-utförarmodellen men det finns vissa oklarheter. Det krävs t ex mycket kunskap från beställarna för att kunna köpa så komplexa tjänster som det handlar om. Den kunskapen har egentligen endast utförarna varför de måste konsulteras av beställarna vilket skapar en lite dubbelbottnad situation. För att komma till rätta med problemet och underlätta för beställarna görs försök att beställa i termer av volym. Olika vård har också olika prioritet vilket är ytterligare en faktor som komplicerar. Akut vård måste utföras direkt, annan vård kan planeras, så kallade vårdgarantiområden. Det är egentligen endast den planerade vården som är föremål för förhandling eftersom den kan skjutas på om det behövs.

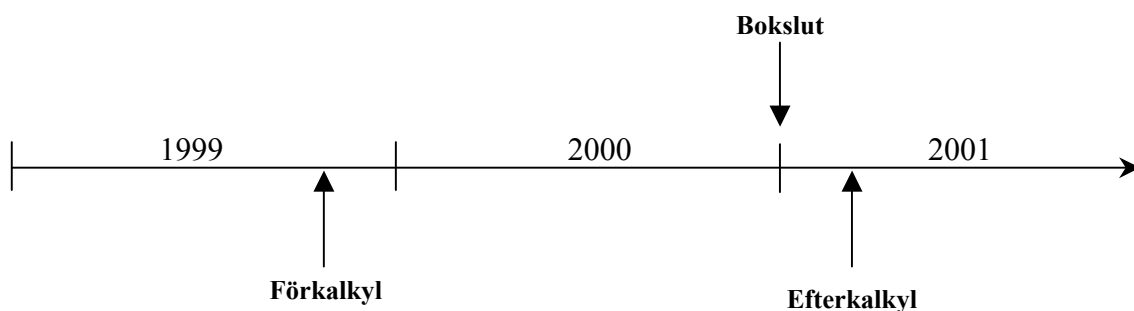
Ett problem som förs fram av en person i verksamheten är att de som utför vården billigare får mindre betalt. Vissa sjukhus får generellt en lägre ersättningsnivå än de övriga sjukhusen i regionen, alltså en lägre ersättning per DRG-poäng. DRG-ersättning har således fallgropar. Vissa sjukhus måste få mer ersättning, t ex Sahlgrenska som bedriver mycket specialforskning som inte finns någon annanstans. Denna ersättning bör dock komma från den fasta ersättningen och inte som nu blandas ihop med prestationsersättningen så att sjukhus får olika ersättning per DRG-poäng. En annan person i verksamheten menar att användandet av sjukhusspecifika priser blir till ett negativt incitament för de mest effektiva sjukhusen. Grundprincipen måste vara att samma ersättning betalas för samma typ av verksamhet.

En kritik som förs fram mot modellen är att den inte har något genomslag nere i verksamheten. En person i verksamheten menar att koppling till regionens styrmodell på klinisknivå ute på sjukhusen saknas. Den har ingen genomslagskraft direkt mot klinikerna utan stannar på övergripande sjukhusnivå. DRG-ersättningen är alldeles för grov för att det skall

vara möjligt att nå hela vägen ner i organisationen. Det finns dock i regionen ett uttalat mål att styrmodellen på sikt skall få mer genomslag genom att olika åtgärder som underlättar detta sätts in.

### 6.2.1 Den anslagsfinansierade delen av ersättningen

När det gäller den anslagsfinansierade delen beställs en på förhand bestämd mängd vård till fastslagna priser. Dessa priser borde enligt en person i verksamheten vara mer baserade på förkalkylerade kostnader (se figur nedan) som räknas fram av sjukhusen. De förkalkylerade kostnaderna skall ge upphov till någon slags standardkostnad som sedan skall kunna jämföras med efterkalkylen. Idag är det istället så att priserna sätts enligt en ram som beställaren sätter upp och saknar därmed delvis förankring i verkligheten.



Figur 7 Kalkylprocessens optimala utformning. Källa: Västra Götalandsregionen

En av politikerna menar att priset även styr formen för produktionen eftersom det ger incitament att skapa smartare strukturer i processerna och logistiken. SU har t ex 50 % mer förflyttningar av äldre patienter än något annat sjukhus i regionen vilket är både dyrt och inhumant. Här finns stora besparingar att göra och det är i de stora strukturerna förändringar måste ske, annars kan aldrig kontroll på kostnaderna i sjukvården fås enligt denna politiker.

### 6.2.2 Den prestationsbaserade delen av ersättningen

Det som verkar ge upphov till mest diskussioner i styrmodellen är det absoluta tak som finns på den prestationsbaserade delen av ersättningen. Dagens styrmodell i Västra Götalandsregionen är enligt en person i verksamheten tämligen verkningslös. Att 50 % skulle vara prestationsbaserad kan närmast betraktas som en missuppfattning eftersom varje sjukhus har sitt eget pris och att det dessutom finns ett tak. Möjliga marginaleffekter försvinner därför. Dessutom pratar ägarsidan, d v s regionledningen, bara om kostnadskontroll när det väl kommer till kritan.

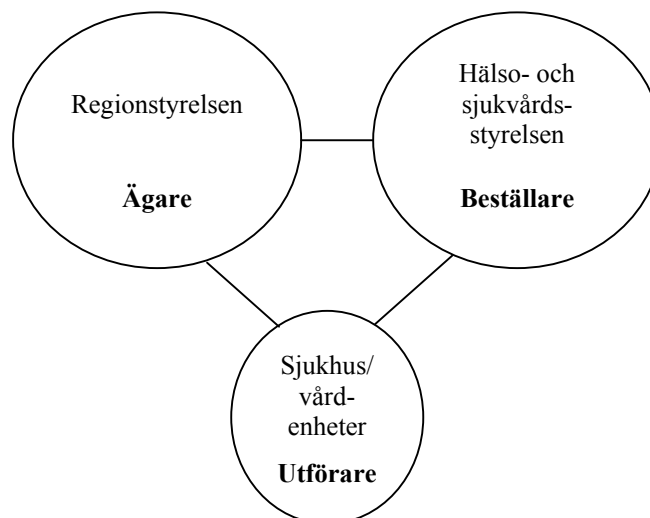
En av politikerna menar att taket på den prestationsbaserade ersättningen har en bromsande effekt. Ett alternativ vore att låta sjukhusen konkurrera och få 100 % ersättning, men detta är av resursskäl endast möjligt att genomföra för några få diagnosgrupper. En annan av politikerna berättar att år 2002 startar en delvis ny typ av styrning och fördelning i regionen som liknar detta. Det tidigare systemet kommer att vidareutvecklas. Från och med nu kommer 14 st DRG att ersättas fullt ut, utan tak för ersättningen. Om det finns behov av att åtgärda vissa diagnoser, exempelvis för att minska köerna, går det att ta in bud. Det kan t ex handla om att köpa ett antal höftledsoperationer. Inköp görs på marginalen, utöver ordinarie beställningar, vilket kan sänka kostnaderna. Det finns därför enligt politikern konkurrens på marknaden, oavsett vad många kritiker säger.

Det finns dock olika uppfattningar om hurvida den kommande modellen verkligen är ett nytt ersättningssystem. En person i verksamheten säger att satsningen också kan betraktas som ett köförtkortningsprojekt. De DRG som avses har idag långa köer. Köförtkortningsprojektet kan ge positiva ekonomiska effekter för sjukhusen, men det kan dock skapa problem genom en snedvriden resursfördelning och att vissa, kanske mer behövande grupper prioriteras ner. Detta utgör ett frustrationsmoment bland flera av de som är aktiva i verksamheten. I och med detta system ökar också kraven på beställarnas förmåga att se var de viktigaste behoven finns eftersom de gör mer riktade beställningar. Ett annat problem kan enligt en politiker vara att det nu i praktiken blir två ersättningssystem, vilket kan upplevas förvirrande och otydligt.

På grund av taket i prestationsersättningen får enligt en person i verksamheten hela modellen stora drag av internhandel trots att syftet var ett helt annat. I praktiken är det nästan som innan beställar-utförarmodellerna infördes, d v s anslagsfinansiering. ”Pengarna är dock överordnade som regelverk framför behovet”. Den stora risken med anslagsfinansiering är att flit inte stimuleras, d v s det finns inga incitament att göra mer eftersom pengarna ändå kommer in.

### 6.2.3 Rollfördelning i beställar-utförarmodellen

Enligt några av respondenterna finns en problematik i fördelningen mellan de olika rollerna i regionen; ägare, beställare, utförare. Se figur nedan.



**Figur 8 Relationen mellan de olika rollerna i Västra Götalandsregionens beställar-utförarmodell. Källa: Västra Götalandsregionen**

Resonemanget utvecklas av en person ur verksamheten: Ägaren (Regionstyrelsen) har ett ansvar för sjukhusen, t ex för tillgångar, skulder etc. Samtidigt ger ägaren ekonomiska medel till beställaren (Hälso- och sjukvårdsstyrelsen) för att denna skall kunna beställa vård av utföraren (sjukhusen). Beställaren kan även välja att beställa vård från privata aktörer eller andra sjukhus men då är det tänkbart att de egna sjukhusen missgynnas. Eftersom ägaren har det yttersta ansvaret för sjukhusen uppstår en ogynnsam situation genom att rollerna riskerar att blandas ihop. Alla tre roller utgår i slutändan från en och samma organisation, nämligen Västra Götalandsregionen. ”Är sjukhusen egna företag eller bara ett konto i Vänersborg” (där regionledningen sitter)? Vad råder sjukhusen själva över och vad råder de inte över? Det är viktigt att inte låtsas att sjukhusen råder över saker de egentligen inte gör. Detta bör tydliggöras. Ett kontrakt skulle kunna upprättas där vissa förutsättningar är fastslagna för som

det är nu så blir sjukhusdirektören alltid den som gör fel ("Svartepetter"). För lite vård ger inga pengar, för mycket vård ger inga pengar.

En politiker har en annan uppfattning och menar att det inte finns något egentligt problem med ägaransvaret. "Är privata alternativ bättre så är de". Detta kan leda till att det t ex kommer att finnas behov av att knoppa av viss verksamhet eller liknande åtgärder. Det finns en myt, framförallt i media, om att de gamla partipolitiska strukturerna bevarar det gamla och är emot privata alternativ. Finns det något privat alternativ som är bättre så är det positivt. Det finns en bred politisk enighet om detta vilket ibland kan vara lite frustrerande för utförarna på de offentliga sjukhusen.

#### 6.2.4 Förbättringsmöjligheter i styrmodellen

Det finns vissa tankar om hur olika problem med styrmodellen skall kunna åtgärdas. Enligt en person i verksamheten är en tanke att utveckla kunskapen hos beställaren vilket just nu pågår, bland annat med hjälp av så kallade sektorsråd som består av medicinska experter. Det är viktigt att hålla isär tjänstemän och politiker. Tjänstemännen skall förse politikerna med ett objektiva beslutsunderlag och således även beakta frågor som kan vara politiskt kontroversiella, t ex nedläggning av sjukhus etc. Sedan får politikerna fatta beslut baserat på detta underlag. De kan då välja att inte fatta vissa kontroversiella beslut, t ex av regionalpolitiska skäl. Det får dock aldrig vara så att tjänstemännen blandar sig i politiken eller tvärtom.

En andra åtgärd är enligt samma person att försöka avveckla internhandeln och återgå till en tidigare anslagsmodell. Som det är nu "leker man affär", d v s många förutsättningar som kännetecknar en väl fungerande marknad existerar inte. Hit hör t ex den ovannämnda rollfördelningen inom en och samma organisation. Andra aspekter är att det inte råder någon fri prissättning, samt att det finns ett tak på den prestationsbaserade delen av ersättningsmodellen. Därför kan det vara bättre att avveckla denna del av beställarutförarmodellen. Däremot kan det vara bra att behålla modellen gentemot privat vårdverksamhet där det finns en fungerande marknad.

En av politikerna för ett längre resonemang om hur styrningen bör se ut. Enligt denna person skall utgångspunkten tas i vad som är målet att uppnå. Där måste allt styrarbete börja. Olika typer av verksamheter bör drivas och styras på olika sätt:

- Viss verksamhet kräver hög produktionstakt för att fungera optimalt, t ex operationer av starr. Dessa bör således prestationsersättas till 100 %
- I annan verksamhet är tiden av särskilt värde, t ex psykiatri. Denna verksamhet bör ersättas enligt en "klok mix" av tid, antal patienter, kvalitet etc.
- Viss verksamhet kan beställas med abonnemang. En akutverksamhet kan t ex beställas att ha öppet x antal dagar om året. Kostnaden för denna verksamhet varierar inte så mycket beroende på skiftande patienttillströmning. Är det öppet och bemannat så är det och därför kan en fast ersättning per dygn eller liknande ges.

Resonemanget går således ut på att ersättningen bör anpassas till vilken typ av verksamhet som bedrivs. I grunden bör en prislista finnas på nationell eller regional nivå. Behovsuppgifter skall användas för grundanslag och sedan skall specifikt riktade beställningar göras.

Andra utvecklingsmöjligheter finns enligt samma politiker i anslutning till frågan om var vården bedrivs. Sverige är mycket "sjukhusfixerat". Andra länder är mer inriktade på vård i hemmet, husläkare, vårdcentraler etc. Sjukhusvård är förhållandevis dyrt och

kostnadsbesparingar kan således göras om en del flyttas från främst slutenvården. Detta skall hållas i åtanke när diskussionen om att det finns för lite vårdplatser förs. Det är klart att om det finns platser så är de fyllda, men en översyn bör göras över om alla platser verkligen används optimalt.

En person i verksamheten menar att det som nu finns är en förvaltningsorganisation där avtal skrivs med beställarna som innebär att utförarna tvingas arbeta med underskott i verksamheten. Lösningen vore att jobba efter den modell som redan fungerar i Stockholm med bolagiserade vårdenheter som utsätts för konkurrens. Detta skulle ge tydligare roller mellan ägare, beställare, utförare. Ett konkret förslag är att göra om Sahlgrenska till en stiftelse, Östra till ett kommunalt bolag och att avyttra Mölndal, bland annat för att få fart på konkurrensen i regionen.

En annan person i verksamheten föreslår ett system som bygger på 30 % prestation och 70 % fast ersättning. Då skulle taket kunna tas bort från prestationsersättningen eftersom taket enligt samma person förstör hela idén med prestationsersättningen. Ytterligare en variant skulle kunna vara att skapa ett brutet tak, ungefär som den modell som finns i Stockholm. Detta skulle göra att risken delas mellan utförare och beställare.

Slutorden i detta avsnitt får komma från en av politikerna som anser att sjukhusen skall ses som kunskapsföretag i en framtidsbransch med en stark koppling till regional och nationell tillväxt. Hur de skall finansieras och styras när vi i framtiden blir äldre och vårdbehoven ökar är mycket intressanta frågor.

## 6.3 KPP

I detta avsnitt presenteras vad respondenterna sagt om olika aspekter kring KPP-området. För att skapa en översiktlig struktur har kapitlet delats in i ett antal underrubriker och börjar med en allmän bakgrund. I slutet av avsnittet sammanfattas de aspekter som framkommit om KPP i en överskådlig tabell.

### 6.3.1 Allmänt om KPP

Västra Götalandsregionen är som tidigare nämnts långt framme på KPP-området. KPP-system har funnits på Sahlgrenska ända sedan 1985. En person i verksamheten berättar att utvecklingen av KPP inom Sahlgrenska hade lite andra syften än de som idag är aktuella. Det var för att kunna prestera en faktura som var ordentligt specificerad till den dåvarande huvudmannen Göteborg. Ett annat viktigt skäl till utvecklingen var att när internfaktureringen kom igång krävdes ett system som visade vad saker och ting verkligen kostade. Även Kungälv's sjukhus tillhör de främsta i landet på KPP-området. En person i verksamheten berättar att det just nu pågår ett regionalt KPP-projekt där ett av delmålen varit att alla sjukhus i den slutna vården inom regionen skulle ha infört KPP senast år 2000, ett mål som har uppnåtts. Dessutom pågår i regionen vissa försök att införa KPP i öppenvården.

Det viktigaste syftet med KPP är enligt en person inom verksamheten att reda ut hur den reella kostnadsnivån ser ut. Behovet av att få ett fungerande kalkylsystem inom denna typ av verksamhet är stort. Om kalkylsystemet fungerar på ett tillfredsställande sätt kan sedan arbetet gå vidare med att ta fram relevanta nyckeltal etc.

KPP kan också vara ett sätt att komma ifrån de vanliga hierarkierna och jobba över klinikgränserna. Det anser en av respondenterna inom verksamheten som också menar att detta missas i den traditionella ekonomistyrningen med ansvarsfördelning och budgetansvar

på klinisk nivå. Samma person säger dock att det faktum att två system verkar parallellt kan skapa en del problem kring vem som har det faktiska ansvaret.

En person utanför verksamheten menar att politikerna kommer in för sent i ekonomistyrningsprocessen. Samma person uppger att intresset på politikernivå brister och att det är svårt att förklara varför det är så. ”Om jag var beställare förstår inte jag hur man kan klara sig utan informationen som fås ur KPP.” I Stockholm verkar de ha fått upp ögonen lite mer för detta och intresset har väckts. Det kan vara intressant att integrera konsumtionsperspektivet och produktionsperspektivet för att ge information till beställare av vården. Politikerna verkar dock inte ta till sig idéerna från näringslivet. Av dessa anledningar initierades KPP-projektet ursprungligen underifrån. Kliniker och sjukhus insåg att de måste få bättre kontroll över verksamheten och se över effektivitet etc. Ovanstående får dock inte stå oemotsagt. En person inom verksamheten menar att det finns ett stort intresse för KPP bland en del politiker, i alla fall på lite lägre nivåer i Västra Götalandregionen.

Även bland politikerna går åsikterna isär. En politiker menar att det inte är intressant att jobba direkt med KPP-data utan ser det mer som ett styrinstrument på lägre nivåer. Samma politiker menar att det kan vara svårt att jämföra sjukhus utifrån KPP då olika sjukhus har olika uppdrag, exempelvis beträffande specialistsjukvård. I framtiden kan det dock vara av intresse att jämföra sjukhus med samma eller liknande uppdrag. En annan politiker är betydligt mer positiv och säger att ”KPP är vårt viktigaste hjälpmedel i vår budgetprocess”. Enligt denna respondent måste nyttan och kostnaderna vägas mot varandra samtidigt som uppställda lagar följs. Alla, oavsett ålder, har samma rätt till vård oavsett vad som är samhällsekonomiskt fördelaktigt.

En person inom verksamheten menar att det är viktigt att förstå att KPP i grunden inte handlar om priser eller ersättningar utan om kostnader. Data till KPP kommer från totalt 30-40 olika system och därför blir hanteringen av datamängden omfattande. I arbetet med KPP är det viktigt att det blir så få manuella inslag som möjligt. Inga extra system skall upprättas eftersom det ytterligare ökar arbetsbördan. Det optimala är om KPP mäter hela vårdprocessen, t ex från första klinikkontakten via initial behandling vidare till operation etc vilket resulterar i en kostnad. Det enda manuella inslaget bör vara att informationen revideras efter hand så att kostnadsflaggorna är korrekta och uppdaterade. ”KPP är egentligen inget svårt alls, det kräver bara en jäkla massa arbete”.

Det finns en viktig möjlighet som bör utnyttjas i arbetet med KPP och det är läkarkårens särart. Detta menar en person inom verksamheten med en bakgrund inom professionen. Personen menar att drivkraften för läkarkåren är en slags ”strebermentalitet”. Alla vill helt enkelt vara bäst och det skall utnyttjas i styrningen. ”Visa vad kostnaderna är så slår de knut på sig själva för att bli bäst”. Medicinska resultat är mer godtyckliga eftersom de i högre utsträckning bygger på bedömningar. Kostnader är dock något väldigt konkret som är lätt att jämföra.

En person inom vården diskuterar likheter och skillnader mellan KPP och ABC-kalkylering. Personen menar att målet är samma oavsett vilken kalkylmetod som används. Egentligen liknar KPP och ABC varandra mycket. Tiden är t ex en viktig faktor och olika aktiviteter utförs. Däremot bygger KPP lite mer på uppskattningar.



### 6.3.2 Problemområden inom KPP

Ett problem med KPP som de flesta av respondenterna nämner är att alla sjukhus har sina egna sätt att mäta och räkna på. En person utanför verksamheten säger att målet med Landstingsförbundets KPP-projekt är att harmonisera detta i så hög grad som möjligt så att informationen skall kunna bli mer användbar. En högre grad av harmonisering kan göra benchmarking mellan olika enheter etc mer relevant. De viktigaste harmoniseringsfrågorna att lösa är, enligt en person inom vården, dels hur de gemensamma kostnaderna skall fördelas, och dels hur utförda tjänster, t ex labbprover, skall knytas till vårdkontakter.

Ett närbesläktat problem till harmoniseringsproblemet är att det även kan finnas lokala brister och felaktigheter i data som samlats in. Detta anser en person i verksamheten och ger som exempel att enstaka kostnadskrävande vårdfall kan störa statistiken. Problemet kan lösas genom att de extrema fallen rensas bort ur det statistiska underlaget. Respondenten menar att kvalitetskontroller av erhållen data därför måste in i KPP-systemet. Det borde finnas kontrollmallar som varnar för avvikelser från det normala, t ex om någonting kostar för lite eller för mycket, att olika diagnoser verkligen innehåller behandlingar som alltid måste vara med etc. Här har alldeles för lite gjorts hittills. En annan person uppger vidare att patientjournalerna är överläkarens ansvar enligt socialstyrelsen och att de innehåller kvalitetsmått, värden provsvar etc. Dessa samlas ihop och kodas efter protokoll till DRG-systemet. Just nu verkar det ske en viss underregistrering vilket sänker kvaliteten på de data som kommer ur systemet.

Många är som nämnts kritiska till förhållandet att det är svårt att få trovärdighet i resultaten om de inte beräknas på samma sätt. En person inom vården menar dock att det kan vara en slags dimridå som skapas när det är siffror som inte är gynnsamma för den egna verksamheten. ”Nej så illa kan det inte vara, ni måste ha räknat fel...”. De som missgynnas tror helt enkelt mindre på siffrorna. Därför är det viktigt att principerna för beräkningarna verkligen provas objektivt.

Beskrivningen av vården är ett minst lika viktigt problem att lösa som harmoniseringen av beräkningarna. Det menar en respondent i verksamheten och hänvisar till studier som visar att fel huvuddiagnos redovisas i 20 % av fallen i den slutna vården. I den öppna vården görs egentligen ingen beskrivning alls. Utan beskrivning är KPP tämligen meningslöst. Kunskap erhålls om vad vårdtillfället kostar men om det inte visas tillsammans med vad som verkligen är gjort kan det inte jämföras med någonting annat. Här görs just nu stora utbildningsinsatser, främst av läkarsekreterare, så att de kan avlasta läkarna i arbetet med registreringen.

Det finns enligt en person utanför verksamheten vissa svårigheter med att identifiera kostnader på olika nivåer. I KPP blir det många lager av fördelningar ovanpå varandra varför det är risk att kostnadens särart går förlorad. Erhållna resultat kan bli ganska oanvändbara. ”Jämförbart ja, men ganska meningslöst”. Benchmarking kan vara mer intressant på DRG-nivå.

Eftersom KPP är så krävande menar en person inom vården att det är viktigt att det finns ett engagemang hos ledningen (sjukhusledningen), så att KPP kommer med på dagordningen. En förutsättning för ledningens engagemang är dock att administrationen kan presentera ett material och leverera efterkalkyler, produktivitetsutveckling etc. Dessa två delar fungerar alltså som förutsättningar för varandra. Finns inte det ena så finns inte det andra.

KPP kan vara ett kontroversiellt ämne för läkarna menar en respondent från verksamheten. KPP möjliggör inte bara att olika diagnoser, enheter osv jämförs utan även att olika läkare jämförs. Av integritetsskäl har därför ett sjukhus i regionen fattat beslutet att ingen person löpande får ha tillgång till berörd data, utan den skall endast plockas fram av behöriga personer vid utvärderingstidpunkten.

Ett närbesläktat ämne som berör sjukhusen som helhet är att motstånd mot KPP kan bero på att sjukhusen inte vill ”lyfta på täcket” och visa hur det står till egentligen. Detta anser en politiker och säger att ett mer utpräglat offertförfarande kan vända på problemet genom att det gör beställarna mer medvetna genom att deras kunskaper ökar. Det i sin tur kräver att vårdgivarna är effektiva och kostnadsmedvetna eftersom de annars förlorar uppdragen. Bevisbördan blir med förfarandet omvänd. Kostnad per patient blir en nyckelfråga i detta.

En person inom vården nämner att mycket få i sjukvårdsprofessionerna verkligen tittar på de data KPP genererar. En ökning av detta skulle i sig kunna öka kvaliteten eftersom de kan upptäcka saker som är orimliga och liknande. Som det är nu begär de på sin höjd lite rapporter ur systemen.

Det kan också vara så att olika verksamhetsinriktningar inom vården har olika svårt att ta till sig KPP. En person inom vården nämner att för en kirurg är det t ex enklare eftersom kirurgi är lättare att räkna på än t ex medicin, psykiatri etc. De sistnämnda verksamheterna är svårare att kvantifiera. En och samma DRG kan t ex ha väldigt olika kostnader beroende på svårigheten i sjukdomstillståndet etc. Intresset hos t ex kirurgläkare är därför i allmänhet större.

Ett viktigt mål är enligt en respondent i verksamheten att få KPP att fungera snabbare än idag. Nu används för gamla data och användbarheten begränsas därmed. Det borde finnas ett system som fördelar kostnader löpande så att KPP-resultat kan erhållas varje månad istället för en gång om året som det är nu. En mer process- och verksamhetsbeskrivande redovisning är således önskvärd. På detta sätt kan kostnaderna jämföras med matchande intäkter vilket ger ett resultatänkande. Omställningen av redovisningen är dock ett jättejobb.

Överhuvudtaget innebär KPP mycket arbete. Det menar en person inom vården som hävdar att systemet kräver mycket tid och underhåll för att fungera tillfredsställande. Därför krävs ett stort engagemang från ledning och anställda. Engagemanget i organisationen kommer på köpet om folk ser någon riktig nytta med KPP. Om KPP kunde påverka resurstilldelningen vore det en bra motivationsfaktor, varför denna aspekt är viktig för att få modellen att fungera.

### 6.3.3 Användningsområden för KPP

Generellt kan sägas att de flesta respondenterna menar att KPP kan ge bättre beslutsunderlag i många olika situationer. Följande sammanställning av användningsområden nämns som möjliga av en person inom verksamheten:

- *Förhandlingsunderlag* för både beställare och utförare som synliggör den verkliga kostnaden för olika verksamheter.
- *Ersättningsunderlag*. För Västra Götalandsregionen handlar det för närvarande om den högspecialiserade vården samt ytterfallsbehandling inom den slutna region- och länssjukvården. KPP är även underlag för ersättning från självbetalande patienter, t ex turister.
- *Kostnadsanalyser*. Målgrupp är beslutsfattare inom vården och regionen.

- *Jämförelser* med egna och andra vårdenheter. Områden av intresse är ekonomiska jämförelser, hur vården förändras, jämförelse mellan olika behandlingsmetoder av samma sjukdomstillstånd, t ex medicinering eller operation.
- *Produktivitetssuppföljningar*.
- *DRG-viktlistan*. KPP fungerar som underlag vid framtagande av DRG-viktlista vilken t ex ger en genomsnittlig kostnad för varje typ av grupp samt en överblick över hur resurskrävande olika grupper är i förhållande till varandra.

Sammanställningen återspeglar vad flera av de övriga respondenterna nämnt som tänkbara användningsområden, även om de inte använt samma terminologi. Nedan återges andra användningsområden som framkommit.

En politiker vill använda KPP för att skapa prislistor. Vårdgivare bör alltså få betalt i enlighet med KPP. Sjukvården är mycket svårstyrd beroende på att den är så komplex. De mest gynnsamma styreffekterna kan uppnås om kostnaderna och intäkterna hamnar på samma ställe vilket kan ske med hjälp av KPP. Ersättning kan då ges där kostnaden uppstår.

Enligt en person inom vården väljs ibland behandlingsmetoder av fel skäl. Om t ex en röntgenavdelning får in en patient så finns det ett antal olika analyser som kan göras. En mer komplicerad analys kanske är det som borde göras direkt, men ofta väljs en något enklare från början för att sedan bygga på med fler tjänster efter hand. Kostnaden blir till slut mycket högre än om rätt metod använts direkt. Ett annat exempel på denna problematik är att generika används i alltför liten utsträckning. Generika är billigare alternativ till mer kända läkemedel och utan att det egentligen finns rationella skäl till detta används fortfarande mycket märkesläkemedel. I dessa sammanhang kan KPP spela en mycket viktig roll i och med att alla kostnader lyfts fram i ljust. ”Detta kan verkligen ge resultat”.

Att arbeta med att effektivisera processer inom vården är ett användningsområde som nämns av många. Här råder dock en viss begreppsförvirring eftersom även begreppet vårdkedja används för att benämna vårdprocesser. Begreppet vårdkedja används också i en bredare mening, ur ett samhällsperspektiv (se avsnittet om utvecklingsmöjligheter för KPP). När det gäller vårdprocesserna menar en person i verksamheten att effektiviseringsarbete kan göras. Det kan t ex handla om att kartlägga processerna för att korta ledtider och göra tidsstudier. Målet med sådana åtgärder är att medvetandegöra och lyfta fram informationen för att kunna sätta in åtgärder, effektivisera och spara kostnader. Det är processerna som driver kostnaderna och därmed är det på det området de allra största besparingseffekterna kan uppnås. En annan person i verksamheten anser att ett bra sätt att styra i vården vore att sätta ansvariga läkare för hela vårdprocesser, tvärs igenom organisationens normala hierarki och de olika specialiteterna.

Vid diskussionerna om processtänkande har även den tekniska beräkningen av KPP berörts. Många respondenter påvisar att de har börjat styra verksamheten i ett horisontellt perspektiv – processperspektiv. Respondenterna menar att då de definierat processer och dess aktiviteter kan en bättre kalkyl erhållas. I Östergötland har ABC-metodik börjat användas för att på så sätt få en tydligare differentiering av processernas kostnader. Respondenterna där menar att de förutom den bättre fördelningen också får ett bättre förklaringsvärde i kalkylen. Det bör också nämnas att personer i verksamheter som inte uttryckligen använder sig av ABC ändå säger att deras kalkyler har mycket inslag av metoden. En respondent utanför verksamheten säger att den stora potentialen för ABC hittas i vårdtjänster där baskostnadens andel är relativt hög. Frågan om kalkylprinciper har behandlats på övergripande nivå för flera landsting. Dessa

projekt har kommit till slutsatser om vilka vårdtjänster som verksamheterna skall beskriva och kalkylera. Det är dock endast inom vissa områden, t ex intensivvård där det är en stor del patientspecifika kostnader, som beskrivningen går så långt att principer för kalkyleringen rekommenderas. I senare skeden kan rekommendationer ges på andra områden där baskostnadens andel är relativt hög. För att kunna uttala sig om de områdena avvaktas resultat som erhålls från de olika projekten runt om i landet. På sikt är det önskvärt att få ner baskostnadens andel inom respektive vårdtjänst. Här poängteras dock tydligt att det hela tiden är viktigt att väga nyttan av ökad precision i modellerna mot den kostnad/merarbete som det innebär.

Möjligheten att utveckla kombinationen av ekonomiskt och medicinskt ansvar är enligt en person inom verksamheten ett viktigt användningsområde för KPP. Syftet är att fördela ekonomiskt ansvar till professionerna på ett mer trovärdigt och effektivt sätt. Detta kan rationalisera styrningen av sjukhusen genom att den som påverkar kostnaderna mest också bär ansvaret för dem.

Ett viktigt område är enligt en person i verksamheten att kunna kalkylera på nya arbetsmetoder, t ex nya behandlingar och diagnoser. Detta görs inte idag. För att klara det krävs kunskaper om kostnaden för olika behandlingar etc, vilket erhålls med hjälp av KPP.

En politiker menar att om KPP-data visar att en avdelning blivit mer effektiv borde detta premieras och således vara incitamentskapande. Enheter bör på något sätt få behålla sitt överskott likväl som sitt underskott. Det pågår just nu en diskussion i Västra Götalandsregionen om hur detta skall gå till. Ett överskott skulle t ex kunna användas till kompetensutveckling eller till FoU-insatser.

På en mer aggregerad nivå menar en politiker att KPP kan bli ett verktyg för att få gehör för en del kontroversiella men ändå nödvändiga beslut. Effektiviseringsarbete och andra förbättringar kan t ex långsiktigt leda till att något av regionens sjukhus måste försvinna. Det är mycket känslor och engagemang i vården och det kan bli svårt för politikerna om medborgarna gör uppror över att just deras sjukhus försvinner. Läkarna är enligt politikern annars de som är mest militanta i dessa sammanhang och politikerna har mycket lågt förtroende bland allmänheten i jämförelse med läkarna. Här är beställar-utförarmodellen räddningen eftersom politikerna tack vare modellen har större möjligheter att styra var vården skall utföras. KPP är enligt politikern en viktig grund för beställar-utförarmodellen.

#### **6.3.4 Utvecklingsmöjligheter för KPP**

Stöd för resursfördelning kräver en standardiserad produktbeskrivning och fördelning av overhead-kostnader och FoU. Detta har nämnts tidigare och en person inom vården menar att lösningen på detta problem är en grundförutsättning för fortsatt utveckling av KPP. Detsamma gäller för att det skall fungera som stöd för den lokala verksamheten på sjukhusen.

KPP måste enligt en politiker hela tiden uppgraderas och förändras. Inget förändras så snabbt som sjukvården även om jämförelser görs med olika företag, t ex Volvo. Hela den biomedicinska forskningen kommer t ex att innebära nya ställningstaganden och krav på nya ekonomisystem för att kunna styra vården. Läkemedelsbranschen är redan en mycket utvecklad bransch som blir mer och mer integrerad i vården.

KPP-beräkningarna bör nyanseras i högre utsträckning än vad som sker idag. Det menar en av respondenterna inom vården som tycker att det exempelvis vore önskvärt att beakta om ett

ingrepp sker akut eller om det är planerat eftersom kostnaderna blir olika. Det bör således skapas en prisdifferentiering i KPP. Att vissa sjukhus fungerar som sista utpost, d v s att de får ta det som ingen annan klarar av, bör också beaktas. Samma person anser även att kostnader för FoU bör vägas in i KPP-beräkningarna. Annars riskerar forskningen att bli utarmad på sikt eftersom inte vården får bära alla kostnader. Det är dock mycket svårt att skilja ut FoU från den vanliga vårdverksamheten eftersom mycket av forskningen bedrivs på de vanliga klinikerna av samma personal som utför den ordinarie vården. Överhuvudtaget borde en förfinad KPP-diskussion komma till stånd som är lite vassare och lite tydligare.

Huruvida öppenvården integreras i KPP verkar vara en nyckelfråga. En respondent utanför verksamheten menar att om KPP även kan appliceras i den öppna vården och att all data sedan kan kopplas ihop med kvalitetsaspekter, så erhålls ett verkligt kraftfullt verktyg för utredning, styrning och utvärdering.

Flera av respondenterna säger att om öppenvården kommer med kan även vårdkedjeperspektivet bli mycket mer intressant, eftersom bilden då blir mer komplett. En person inom vården menar att ur ett samhällsekonomiskt perspektiv finns mycket att reflektera över. Vilket system ger t ex bäst stöd till befolkningen som helhet? Det finns idag ingen samlad information på detta område. Om vi studerar exemplet diabetes finns t ex ingen information om vad hela diabetesvården kostar i Göteborg, eller ens vad en diabetespatient kostar under sin livstid. Detta är en viktig effektivitetsfråga för samhället och kan synliggöras om mer kompletta KPP-beräkningar blir möjliga att genomföra, d v s om även öppenvården ansluts till systemet.

En person inom vården säger att ytterligare användningsområden tillkommer när kvalitetsregister kopplas ihop med KPP. Då kan alla konsekvenser som vårdtillfället får kartläggas. Här görs försök att beakta hela vårdprocessen. Medicinska åtgärder kan i detta fall vara:

- ett snabbt omhändertagande eftersom det visat sig att patienter som snabbt blir behandlade kommer igång snabbare efter behandlingen.
- säkerställa att rätt behandling ges direkt, t ex genom att samarbeta med den som remitterat och genom att intervjua patienten.
- att flytta patienter direkt till rehabiliteringsavdelningar istället för att vänta och se om det behövs.

Sammantaget förkortar alla dessa åtgärder tiden i hela vårdkedjan vilket är samhällsekonomiskt fördelaktigt, alltså inte bara positivt för sjukhuset. Respondenten menar att den gamla devisen att kvalitet kostar inte är sann. I själva verket är det så att ”görs det bättre blir det billigare”. Inom vården finns många exempel på det. Ett som nämns är att en något längre operationstid oftast leder till en betydligt kortare tid för återhämtning efter operationen, vilket givetvis sparar pengar.

En person inom verksamheten menar att det relativt enkelt borde gå att få in även det kvalitativa vårdresultatet i KPP-beräkningen. Målet bör vara ett KPPR där R:et står för resultat. Resultatvariabeln kan t ex vara någon slags tydligt definierad förändringsgrad i sjukdomstillståndet. En enkel skala kan upprättas där 1 innebär att patienten helt botats och 10 innebär att patienten avlidit. Däremellan ligger exempelvis förbättrad, försämrad osv. Här avses således två processer som löper parallellt:

- En process som ger ekonomiskt beslutsunderlag på ett korrekt och trovärdigt sätt. Detta ger alltså produktionskostnaden.

- En process som stödjer den medicinska delen och kvaliteten i vården. Denna process tydliggör vårdens resultat på ett enkelt sätt.

I framtiden kommer det, enligt en person inom verksamheten, att finnas möjligheter till online-registrering av KPP- och DRG-data direkt in i datasystemet. Idag finns ett trattsystem där all data tankas över en gång per månad. Med online-registrering blir det möjligt att skapa en medicinsk kvalitetssäkring direkt i processen. I kombination med noggrant genomtänkta vårdprogram kan ett sådant system bli ett stöd i det dagliga arbetet. Exempelvis kan läkare och annan personal få varningar när någonting avviker från det standardiserade vårdprogrammet. Detta gäller både den medicinska behandlingen och de ekonomiska aspekterna.

### 6.3.5 Sammanfattning av empiriskt underlag kring KPP

För att skapa en överblick av de aspekter som framkommit kring KPP sammanfattas dessa i nedanstående tabell. Kategoriseringen har gjorts enligt kapitelindelningen i det empiriska avsnittet om KPP.

| Problemområden   | Användningsområden   | Utvecklingsmöjligheter  |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Olika sätt att mäta och beräkna KPP på olika sjukhus. Bristande harmonisering.</li> <li>Bristande kvalitetssäkring av KPP-data.</li> <li>Beskrivning av vården bristfällig och utan beskrivning blir KPP mindre relevant.</li> <li>Flera lager av fördelningar kan göra att kostnadernas särart förloras.</li> <li>Mycket krävande att få KPP att fungera och därför krävs ett stort engagemang från ledning och personal.</li> <li>Möjlig integritetsproblematik gentemot enskilda läkare.</li> <li>Används idag endast i begränsad utsträckning av sjukvårdsprofessionerna.</li> <li>KPP-data sammanställs idag för sällan (årsvis).</li> <li>Kan vara svårt att få sjukhusen att öppna sig och bli genomlysta på det sätt som sker med KPP.</li> <li>Skillnader i adaptionsvilja beroende på olika medicinsk inriktning, t ex kirurgi gentemot medicin.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ersättningsunderlag för vårdverksamhet.</li> <li>Jämförelser av olika slag, t ex kostnader för olika enheter, olika behandlingsformer och förändringar över tiden.</li> <li>Kostnadsanalyser för beslutsfattare på olika nivåer.</li> <li>Förhandlingsunderlag för beställare och utförare.</li> <li>Underlag för framtagning av prislistor.</li> <li>Kartläggning och effektivisering av processer, bland annat för att åstadkomma kostnadsbesparingar.</li> <li>Produktivitetstoppföljning</li> <li>Utveckla kombinationen av ekonomiskt och medicinskt ansvar.</li> <li>Kalkylering av nya och alternativa behandlingsmetoder.</li> <li>Incitamentskapande</li> <li>Politiskt hjälpmedel för att skapa gehör för kontroversiella men nödvändiga förändringar.</li> <li>Framtagning av DRG-viktlistor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisering av beskrivning och beräkning är grunden för framtida utveckling.</li> <li>Snabba förändringar sker inom vården varför KPP måste uppdateras och förbättras kontinuerligt.</li> <li>En högre grad av nyansering av KPP önskvärd så att fler omständigheter beaktas, t ex om det är akut eller planerad vård.</li> <li>Integrering av öppenvården i KPP kan öka möjligheterna att ta ett helt vårdkedjeperspektiv för samhället totalt sett.</li> <li>Sammankoppling av KPP med kvalitetsaspekter kan möjliggöra en kartläggning av alla konsekvenser ett vårdtillfälle för med sig.</li> <li>Ett sätt att få in mer av kvalitetsaspekter i KPP är att göra om det till KPPR, där r står för ett kvantifierbart vårdresultat.</li> <li>Framtida online-registrering av KPP-data kan göra KPP till ett mer användbart stöd i den dagliga verksamheten. Ett exempel är att varningar kan genereras om avvikelser från normala värden sker.</li> </ul> |

Tabell 2 Sammanfattning av det empiriska underlaget som framkommit kring KPP-området. Källa: egen

---

## 7 Analys

---

I denna del av uppsatsen har vi för avsikt att väva samman presenterad teori med det som framkommit i den empiriska studien. Tidigare i uppsatsen har vi försökt att presentera materialet på ett så objektivt sätt som möjligt, utan inslag av egna åsikter och analyser. I detta avsnitt ges det utrymme att även presentera egna tankar och idéer kring det material som nu föreligger för att detta sedan skall kunna leda in på våra slutsatser i ämnet.

### 7.1 Ekonomistyrning i Västra Götalandsregionen

Som vi sett är styrmodellen för vården i Västra Götalandsregionen en mycket omdebatterad fråga. I stort sett alla inblandade har åsikter. Mycket tyder på att dagens styrmodell uppvisar grundläggande brister ur ett ekonomistyrningsperspektiv. Det bör dock framhållas att situationen är mycket komplex och det finns oerhört många aspekter att ta hänsyn till. Några saker som komplicerar situationen är:

- Efterfrågan på vård är i princip obegränsad. Kostnaderna ökar snabbare än vad som är möjligt att finansiera med hjälp av skatter. Demografiska förutsättningar ändras t ex genom att människor blir äldre, medicinsk utveckling går framåt så att mer blir möjligt att genomföra och nya områden tillkommer. Oavsett hur effektiv vården blir kommer den aldrig att komma ikapp behovet under en överskådlig framtid.
- Västra Götalandsregionen som helhet är en mycket stor organisation som redan på grund av sin storlek blir svår att överblicka och därmed svår att styra. Det är svårt att få ett helhetsgrepp om styrningen.
- Vården måste beakta ett grundläggande ramverk av lagar och regler för behandling av patienter. Således är inte verksamheten fri att fatta egna beslut i vissa frågor utan hänsyn måste tas till dessa förhållanden.
- Det finns många intressenter inom vården: Politiker, läkare, ekonomer, administratörer, sjukvårdspersonal och patienter. Varje grupp drivs av sin egen logik. Ofta är intressena motstridiga.
- Det är svårt att skapa incitament utan någon verklig intäktssida. De sjukvårdsenheter som klarar effektivitetskraven riskerar att straffas genom att mindre anslag erhålls.
- Det är svårt att skapa en fungerande marknad för sjukvård. I nuläget är det många aspekter som försvårar skapandet av en marknad fri från väsentliga restriktioner, t ex att ägare och utförare ofta är samma organisation inom den offentliga delen av vården.
- Det finns både en politikerorganisation och en tjänstemannaorganisation som fungerar parallellt vilket ibland kan skapa en oklar maktsituation.
- Massmedia har ett stort intresse för vården och påverkar opinionen. Den bild som förmedlas stämmer enligt vissa respondenter inte speciellt väl med hur det ser ut i verkligheten.

#### 7.1.1 Jämförelse med ekonomistyrningsteori

Ovanstående aspekter gör tillsammans med flera andra att utformningen av en ekonomisk styrmodell för vården som är vederhäftig ur alla intressenters synvinklar blir mycket svårt. Det är därför inte förvånande att flera av respondenterna anser att nuvarande styrmodell uppvisar betydande brister. Nedan skall vi försöka jämföra styrmodellens utformning med den teori om ekonomistyrning som presenterats i uppsatsen för att kunna konkretisera några problemområden.



### **7.1.1.1 Målkongruens och suboptimering**

Först och främst lider den nuvarande modellen av att målkongruens i många fall inte är uppfyllt. Risken för suboptimering i organisationen blir därmed överhängande. I både teori och empiri har vi funnit att en marknadsmässig intäktssida i realiteten saknas vilket skapar andra förutsättningar för ekonomistyrning av vårdverksamhet jämfört med privat verksamhet. Intäkterna blir snarare en förhandlingsfråga än ställt i relation till vad organisationen åstadkommer och presterar. Detta gör också att det blir komplicerat att utnyttja olika former av belöningsystem för att skapa målkongruens, något som är vanligt i näringslivet. Vissa av respondenterna har idéer om att det eventuellt skulle kunna gå att införa belöningar. Om t ex en enhet uppnått vissa effektiviseringskrav så kan en del av besparingarna komma enheten till del, antingen som extra anslag till verksamheten eller som personliga belöningar till personalen. Framförallt det sistnämnda skulle säkert vara politiskt mycket kontroversiellt och därför svårt att genomföra, men det är sannolikt att det skulle skapa ökad målkongruens i organisationen och därmed troligen öka effektiviteten. Den nuvarande styrmodellen verkar snarare åt motsatt håll. Vissa respondenter menar att de enheter som är mest effektiva bestraffas genom att de får mindre betalt för samma arbete kommande period. Detta är en allvarlig brist i modellen.

En aspekt som inte är specifik för den nuvarande modellen men som ändå ger upphov till bristande målkongruens är de olika aktörernas logik som i många fall strider mot varandra. Sjukvårdsprofessionerna, den administrativa personalen och politikerna verkar i många fall dra åt olika håll. Uppfattningen om vad som är målet och vilket som är det bästa sättet att nå dit varierar mellan de olika grupperna och i vissa fall även inom grupperna. Problemet är som nämnts inte specifikt för denna modell, men oavsett vilken styrmodell som används bör problemet beaktas. Medel bör sökas som skapar en ökad harmonisering mellan de olika grupperna. Det är tänkbart att KPP skulle kunna utgöra ett sådant medel eftersom det, som en av personerna inom verksamheten nämner, lyfter fram och synliggör fakta. De siffror som framkommer skulle kunna utgöra en någorlunda objektiv sanning kring vilken det går att enas och en gemensam syn kan därmed skapas. Återigen är dock problemet med det bristande förtroendet för KPP-beräkningarna en faktor som måste överkommas innan ett sådant scenario kan bli aktuellt.

### **7.1.1.2 Kriterier för ansvarsfördelning**

Enligt de svar som erhållits från respondenterna är den nuvarande styrmodellen inte i paritet med flertalet av de kriterier som presenterats för hur ansvarsfördelning bör gå till:

- Syfteskriteriet: Ansvarsfördelningen skapar idag inte konsekvenser som är gynnsamma för hela organisationen. De inskränkningar som finns i den prestationsbaserade delen av ersättningen begränsar ansvarsfördelningens trovärdighet och vissa anser att den totala budgeten är orimlig. Dessa förhållanden riskerar att skapa suboptimeringar i organisationen om de ansvariga ändå inte anser att det finns någon möjlighet att hålla sig inom ramarna.
- Påverkbarhetskriteriet: Här tycker vi oss ha märkt en viss frustration bland personerna som arbetar inom verksamheten. Eftersom styrmodellen på många sätt inte är något annat än en anslagsfinansieringsmodell finns endast begränsade möjligheter att påverka. Eftersom den prestationsbaserade delen av ersättningen har ett tak finns små möjligheter för sjukhusen att påverka sin situation, oberoende av hur effektivt vården bedrivs.
- Acceptanskriteriet: Av ovanstående följer att acceptanskriteriet är svårt att uppfylla eftersom trovärdighet saknas.

- **Precisionskriteriet:** På detta område är diskussionen om KPP-modellens harmoniseringsproblem av visst intresse. För att ledare i organisationen skall acceptera ett visst ansvar är det viktigt att de kan lita på de siffror som presenteras. KPP-modellens användning begränsas just nu av detta problem.

### 7.1.1.3 Styrmodeller

De sjukvårdsenheter som idag finns i Västra Götalandsregionen är endast i begränsad utsträckning självständiga. Situationen med de olika rollerna för ägare, beställare och utförare lyftes fram som ett problem av några av respondenterna. Ett annat problem som diskuteras av en respondent är att balansräkningen används mycket sällan. Allt fokus ligger på resultaträkningen och exempelvis tas beslut om investeringar högre upp i regionens ledning, något som begränsar sjukhusets egen möjlighet till ekonomistyrning. Rëntabilitetsstyrning är t ex ej möjlig utan att ansvar för balansräkningen är delegerat till enheten. Resultatstyrning och intäktsansvar kan dock möjliggöras med hjälp av internhandel vilket också sker i en betydande utsträckning. I detta arbete kan KPP spela en viktig roll eftersom det kan fungera som ett debiteringsunderlag mellan enheterna. Givetvis är det även så att kostnadsansvar kan fördelas i organisationen med hjälp av KPP.

Den bristfälliga självständigheten för sjukhusen utgör en försvårande faktor i beställar-utförarmodellen eftersom utförarna står i en direkt beroendeställning till ägarna. Ägarna har dessutom ytterst ansvaret för utförarnas verksamhet och det blir därför svårt att skapa en fungerande marknad med nuvarande modell. En fungerande marknad torde kräva mer självständiga sjukvårdsenheter.

### 7.1.1.4 Balanced Scorecard

Med tanke på komplexiteten i vårdverksamhet är det tänkbart att Balanced Scorecard skulle kunna utgöra ett bra ekonomistyrningsverktyg. I vården torde det t ex vara speciellt viktigt att beakta andra aspekter än enbart ekonomiska. Balanced Scorecard är också infört på många ställen, t ex finns det på Kungälv's sjukhus. Det pågår också ett projekt i Västra Götalandsregionen som behandlar frågan. KPP kan sägas utgöra en viktig grund för införandet av ett balanserat styrkort, framförallt i det ekonomiska perspektivet men det finns även applikationer inom processperspektivet.

## 7.2 KPP

Som vi sett i ovanstående analys är det tänkbart att KPP skulle kunna stödja och utveckla den nuvarande styrmodellen i Västra Götalandsregionen. I detta avsnitt skall vi mer ingående diskutera olika aspekter kring KPP med utgångspunkt i den teori och empiri som tidigare presenterats.

Vi kan konstatera att den faktiska användningen av KPP varierar. För det första sammanställs endast KPP-data en gång per år vilket begränsar användningsområdena. För det andra är det egentligen inte förrän nu som KPP är implementerat i hela slutenvården i regionen, trots att Västra Götalandsregionen enligt flera av respondenterna är bland de främsta i landet på området. Att det tagit så lång tid att införa KPP i hela regionen kan bero på flera orsaker t ex osäkerhet kring modellens nytta, användbarhet och liknande men framförallt kanske det vittnar om hur komplext arbetet faktiskt är. Många av respondenterna har framhållit att det krävs stora resursinsatser att starta igång systemet och att få det att fungera. Detta måste givetvis ske innan modellen ens kan börja användas för ekonomistyrningsapplikationer. Inte minst hanteringen av all data som skall sammanställas ur olika system utgör en betydande arbetsbörda för de inblandade.

När vi diskuterat KPP har vi kallat det för ett ekonomistyrningsverktyg vilket det också är. I grunden är det dock en kalkylmetod som kan jämföras med de kalkylmetoder som återgetts i ett teoriavsnitt tidigare i uppsatsen. I grunden finns många likheter med en traditionell självkostnads-kalkyl på det sättet att det finns direkta kostnader vilka kan jämföras med KPP:s patientspecifika kostnader, samt fördelade gemensamma kostnader som kan jämföras med KPP:s baskostnader. Eftersom KPP även har kopplingar till vårdprocesser/aktiviteter finns kanske ännu mer likheter med ABC-kalkylering. Flera respondenter är också inne på att det finns stora likheter mellan ABC och KPP, men att KPP är specifikt anpassat till de förutsättningar som råder inom vården. Mer om beröringspunkterna mellan KPP och ABC återfinns längre fram.

### 7.2.1 Problemområden

Det mest överhängande problemområdet är enligt både teori och empiri bristande harmonisering i hur KPP räknas fram. I teorin har vi funnit att det framförallt är fördelningen av de gemensamma aktiviteternas kostnader som utgör ett problem, något som bekräftas av den empiriska studien. De patientrelaterade kostnaderna är lättare att på ett mer naturligt sätt knyta till specifika vårdkontakter även om det inte är helt självklart hur vissa tjänster skall fördelas. Vidare utgör kvalitetsproblemen i de KPP-data som insamlas ett närbesläktat problemområde. Som en respondent föreslår är det av intresse att försöka bygga in kvalitetskontroller i systemet som varnar vid onormala värden och rensar bort orimligheter som stör statistiken.

Andra områden som framkom i empirin är att sjukhusen på grund av integritetsproblem och dylikt kanske inte vill visa upp de verkliga siffrorna och att det därmed finns ett motstånd mot KPP. Det hindrar i och för sig inte att sjukhusen själva använder KPP, men att de inte sprider siffrorna till beställarna. Vård som drivs i privat regi visar säkerligen inte upp sina exakta kostnader för beställarna eftersom de utgör affärshemligheter. Däremot är det av stor vikt att organisationen internt vet hur kostnaderna ser ut för att verksamheten skall kunna bedrivas effektivt.

En annan aspekt på samma problemområde är att det även inom vården finns motsättningar mellan olika grupper. I empirin framkom att enskilda läkare kan uppleva det besvärande att de följs upp med hjälp av KPP. Möjligen kan detta ha att göra med det som lyftes fram i ett teoriavsnitt om att olika grupper drivs av olika logik. Det är tänkbart att läkare som har det medicinska ansvaret inte vill att någon av de andra grupperna skall lägga sig i frågor som vilken typ av behandling som skall ges. Besluten måste givetvis fattas av läkare eftersom det är de som bär ansvaret enligt lagen. Det är dock sannolikt att en viss typ av samverkan ändå är möjlig för att undvika en ineffektiv resursanvändning. Ett exempel på detta skulle kunna vara att generika som ersättning till dyrare läkemedel skulle kunna användas mer utan ett försämrat vårdresultat. En öppen dialog och mindre rivalitet mellan grupperna kan delvis lösa detta problem.

### 7.2.2 Användningsområden

Med tanke på den relativt begränsade användningen av KPP idag borde det finnas en tämligen stor potential till utökad användning inom ekonomistyrningen. I teori och empiri har vi sett många exempel på tänkbara användningsområden av intresse på olika nivåer i verksamheten.

### **7.2.2.1 Styrning på kliniknivå**

Både i teori och empiri bekräftas att styrning på kliniknivå är ett av de viktigaste användningsområdena för KPP. Detta användningsområde verkar dock endast vara i ett initialskede idag. Som vi redogjort för i empiriavsnittet används KPP endast i begränsad utsträckning på kliniknivå idag. Detta kan bero på en mängd orsaker, t ex ovannämnda harmoniseringsproblem. Det kan även bero på andra redovisade aspekter som integritetsproblematik gentemot läkare och att KPP-data sammanställs för sällan. Det finns dock en mängd användningsområden för KPP som borde vara av intresse för klinikerna, t ex kostnadsanalyser av olika slag, jämförelser med andra enheter, kalkylering av nya och alternativa behandlingsmetoder och produktivitetssuppföljning. Detta är områden som i vilken verksamhet som helst är viktiga instrument för ekonomistyrning och borde därför även vara ett självklart inslag i styrning av vården. Det förekommer en del olika åsikter om huruvida det är bra att läkare även har ansvaret för ekonomin på kliniknivå. Oavsett vad resultatet av den diskussionen blir torde det vara av intresse att skapa bästa möjliga situation utifrån de förutsättningar som nu föreligger. Därför är det av intresse att se till att samarbetet mellan administratörer, främst ekonomer, och verksamhetsansvariga på kliniknivå flyter så smärtfritt som möjligt. En respondent menade att ekonomer behöver förstå verksamheten för att kunna samarbeta på ett smidigt sätt med läkarkåren. Med hjälp av KPP är det tänkbart att även läkare får en bättre förståelse för ekonomin, vilket kan resultera i ett mer fruktsamt samarbete och en utveckling av kombinationen mellan ekonomiskt och medicinskt ansvar som en respondent var inne på. Det bör vara ekonomernas uppgift att fungera som ett stöd och visa på möjligheterna och användningsområdena för KPP.

### **7.2.2.2 Styrning på sjukhusnivå**

För styrningen högre upp i hierarkin finns fler användningsområden, både på sjukhusnivå och på region- och landstingsnivå. I både teori och empiri framkommer exempelvis flödes- och processtyrning som ett intressant användningsområde. Kartläggning och effektivisering av processer kan leda både till kostnadsbesparingar och skapa en bättre situation för patienten genom att väntetider etc kan förkortas. Detta är således ett användningsområde som tar fasta på de omständigheter som råder i vården och kombinerar ekonomiska med mänskliga aspekter.

Även på sjukhusnivå är det intressant med olika kostnadsanalyser och jämförelser, t ex för utvärdering av enheters prestationer inom sjukhuset samt jämförelser med andra liknande sjukhus. Det här användningsområdet kan vara en möjlighet att öka genomslaget av ekonomistyrningen ner i organisationen som några respondenter nämnt som ett problem. En nyckelfaktor i sammanhanget verkar vara att styrningen anpassas till de olika medicinska inriktningarna. Även på detta område borde en levande dialog mellan administration och profession vara av stor vikt.

Ett annat viktigt användningsområde för sjukhusen är för framtagande av prislistor och ersättningsunderlag. KPP kan i detta fall användas som produktkalkyler jämförbart med vilken annan verksamhet som helst. De priser som sätts måste skapa täckning för de kostnader av olika slag som uppstår i verksamheten.

### **7.2.2.3 Styrning på region- och landstingsnivå**

I den politiska styrningen, främst i beställarorganisationen, finns användningsområden som är kopplade till dialogen med utförarna och ersättningsproblematiken. Utifrån de kalkyler som görs av utförarna kan prislistor tas fram som enligt en respondent borde vara samma i hela landet. Ett problem idag är att trots att arbete pågår med att ta fram för- och efterkalkyler i

verksamheten används de inte alltid i slutändan när politikerna beställer vård. Då är det ofta, enligt en respondent, den krassa ekonomiska verkligheten som är avgörande och ersättningen baseras på föregående år med en indexuppräkningskrav på några procent i kombination med ett avdraget produktivitetsökningskrav på någon procent. Det är meningen att KPP skall användas som förhandlingsunderlag, men i praktiken sker ofta ingen förhandling. Detta är ytterligare en aspekt som försämrar trovärdigheten i den ekonomiska styrmodellen som helhet samtidigt som det undergräver användningen av KPP som ersättningsunderlag.

Ett annat intressant användningsområde som framkommit i den empiriska studien är att politiker kan använda KPP i kombination med annan relevant beslutsdata för att påvisa att mer omfattande förändringar är nödvändiga, t ex att på sikt göra förändringar i antal och lokalisering av sjukvårdsenheter runt om i regionen.

### **7.2.3 Utvecklingsmöjligheter**

Nyanseringen av KPP verkar vara ett intressant utvecklingsområde. Brister idag är enligt vissa personer att KPP inte tar hänsyn till huruvida det är akut eller planerad vård samt att sjukhusens olika uppdrag i för låg utsträckning beaktas. Dessutom tar många upp kvalitetsaspekterna, vilka idag vanligen inte kopplas samman med KPP. Det bör dock sägas att ytterligare nyansering av modellen möjligen står lite i strid mot att förenkla och harmonisera KPP. En mer nyanserad modell blir sannolikt även mer avancerad och krävande vilket kan skapa ytterligare skillnader i tillvägagångssätt mellan sjukvårdsenheter.

Vid kartläggning av processer och dess aktiviteter tvingas verksamhetens individer att verkligen gå igenom de metoder som används för att leverera tjänsterna. Om en bra beskrivning och dokumentation av de aktiviteter som hittas i vårdkedjan upprättas, ges också en bra övergång för att jobba med mer sofistikerade kalkylmetoder som exempelvis ABC. Först då går det att på allvar hävda att vården styrs horisontellt. Detta genom att aktiviteterna organiserats och beskrivits samt att det finns ett kalkylsystem som är utformat för styrning ur ett horisontellt perspektiv. Sjukvården har då möjligheten att analysera och justera sin arbetsmetodik, d v s snarare att utveckla processerna än att endast kartlägga dem. De brister vi påvisat tidigare gällande åtagande och acceptans för regionens styrmodell kan sannolikt minska med detta arbetssätt. De olika personerna i verksamheten tvingas att engagera sig för att en bra beskrivning skall kunna ges. Processen med att beskriva och kalkylera de olika aktiviteterna kan skapa en bättre förståelse för de resultat som erhålls. Kalkylerna får då ett bättre förklaringsvärde och kan ses som ett forum för ökad acceptans i verksamheten.

En annan utvecklingsmöjlighet som verkar vara av intresse är det som nämndes som ett problemområde tidigare i analysen; att uppdateringen sker för sällan. Det är tänkbart att en mer frekvent uppdatering i viss mån skulle öka användbarheten till att även omfatta styrning på kort sikt och därmed öka flexibiliteten i organisationen genom att avvikelser upptäcks snabbare. Då blir det även mer relevant att integrera KPP med budgetarbetet och sätta upp målkostnader etc.

En brist i KPP kan sägas vara att det inte inbegriper kvalitetsaspekter. Ensidighet i användningen av KPP i ekonomistyrningen kan resultera i en alltför snäv inriktning på kostnader och att andra viktigare värden därmed hamnar i skymundan. Å andra sidan argumenterar en respondent för att KPP skall vara ett renodlat instrument för analys av kostnader. De flesta verkar överens om att det vore önskvärt att på något sätt knyta ihop KPP med kvalitetsaspekter. Om det sedan skall integreras i KPP eller inte är kanske inte så viktigt i sig. Det är dock tänkbart att en utveckling mot att KPP samkörs med kvalitetsdata kan ge

utökade analysmöjligheter, både ur medicinsk och ekonomisk synvinkel. En given aspekt att utforska är först och främst huruvida ökade kostnader nödvändigtvis ger högre vårdkvalitet. Kanske är det i själva verket så att en mer genomtänkt process blir både billigare och ger högre kvalitet för patienten vilken en respondent är inne på.

Ovanstående diskussion gränsar till vårdkedjeperspektivet. Den empiriska undersökningen tyder på att det är av stort intresse att få in KPP även i den öppna vården, samt även i en förlängning i äldrevård etc. Om detta lyckas bör det finnas stora utvecklingsmöjligheter, framförallt för att få fram beslutsunderlag på en högre nivå, t ex regionnivå. Kartläggningar kan göras där patienter följs genom hela vårdkedjan vilket kan möjliggöra att vården totalt sett blir både mer kostnadseffektiv och bättre på en övergripande samhällsnivå. Om det är vattentäta skott mellan olika vårdenheter är det svårt att se effektiviseringspotential likväl som brister i hela kedjan. Det bör skapas möjligheter för beslutsfattare att ta ett helhetsgrepp i vården vilket kan bli möjligt om bland annat KPP införs i fler verksamheter.

---

## 8 Slutsatser

---

Syftet med denna uppsats har varit att utreda hur KPP används och kan användas som ekonomistyrningsverktyg i Västra Götalandsregionen. För att få en helhetsbild har vi även undersökt den övergripande ekonomistyrningsmodellen för vården i regionen. Generellt kan sägas att användningen av KPP i ekonomistyrningen idag är relativt begränsad, framförallt för styrning på klinisknivå, men att potentialen kan vara betydande framöver. I detta kapitel presenteras våra slutsatser kring de berörda områdena. Kapitelindelningen har gjorts i enlighet med tidigare delar av uppsatsen.

### 8.1 Västra Götalandsregionens styrmodell för vården

Vi vill först och främst framhålla att situationen i vården är mycket komplex och därmed svårstyr. Vi har redogjort för en mängd faktorer som gör ekonomistyrning i vården annorlunda än i många andra verksamheter. Det finns således inga enkla svar på hur vården skall styras och därför bör en ödmjuk inställning tas när ämnet behandlas. Med detta i åtanke vill vi trots allt kommentera några aspekter.

En av våra slutsatser när det gäller Västra Götalandsregionens övergripande styrmodell är att ett av huvudproblemen är att den är ett mellanting mellan de två ytterligheterna ren anslagsfinansiering och fullständig marknadsorientering. Syftet med att skapa en modell som kombinerar de båda världarna är antagligen att försöka erhålla fördelarna med bägge systemen. I nuvarande form verkar det istället bli varken eller. Å ena sidan existerar inte grundtryggheten som en ren anslagsmodell skulle kunna erbjuda. De prestationsbaserade delarna är å andra sidan belagda med så allvarliga restriktioner att själva tanken med dem som skapande av incitament går förlorad. Modellen lider således av att steget inte tas fullt ut åt något av hållen. Tanken att försöka skapa en kombination är god, men i verkligheten har den inte visat sig fungera tillfredsställande i sin nuvarande form.

En fråga av intresse för oss har varit hur KPP skulle kunna stödja och förbättra den nuvarande styrmodellen med det yttersta syftet att den skall bli mer vederhäftig och därmed i högre grad accepteras på olika nivåer runt om i regionen. Det bristande förtroendet för modellen som sådan är ett problem såtillvida att avsedda styreffekter troligen uteblir. Snarare är det så att en ineffektiv styrmodell leder till bristande målkongruens och därmed suboptimeringar i organisationen. Vår inställning är att en ökad användning av KPP i viss mån faktiskt skulle kunna förbättra styrmodellens funktion. Ett exempel kan vara att KPP kan användas för att bryta ner övergripande mål på sjukhusnivå i mer relevanta mål för verksamheten. Några respondenter klagar just på att det är svårt för styrningen att nå ända ner på klinisknivå. Detta skulle kunna vara ett sätt att åstadkomma det.

### 8.2 KPP

KPP behövs! Kännedom om och en korrekt nedbrytning av de verkliga kostnaderna kan sägas vara ett grundläggande krav för en fungerande ekonomistyrning i alla verksamheter. De delar av vården som ännu inte infört KPP arbetar vanligen med någon slags genomsnittskostnad vilket är ett alltför grovt instrument för att kunna göra en adekvat kostnadsanalys och därmed erhålla relevanta beslutsunderlag. I detta avsnitt försöker vi lyfta fram de viktigaste slutsatserna som framkommit kring KPP. Även här följer strukturen den i tidigare delar av uppsatsen.

### 8.2.1 Problemområden

Eftersom hela användbarheten i KPP bygger på att data som erhålls är trovärdiga är en slutsats att betydande ansträngningar bör läggas på att komma till rätta med det harmoniseringsproblem som nu finns mellan olika sjukvårdsenheter. Landstingsförbundet presenterar inom kort sin slutrapport för KPP-projektet där detta varit ett av huvudmålen. Det vore önskvärt om sjukvården kunde enas om en helt gemensam standard över exakt hur KPP skall räknas fram. Denna standard bör om möjligt vara mer nyanserad än idag samt beakta olika enheters specifika förutsättningar. En svårighet som är tydlig idag är just att de olika enheterna har väldigt olika förutsättningar vilket också försvårar arbetet. Det är tänkbart att det är svårare att genomföra ett mycket ambitiöst KPP-projekt på ett större sjukhus än på ett mindre. Detta är ytterligare ett skäl till att en objektiv standard bör skapas och det möjligen är rimligt att nöja sig med en något mindre ambitiös standard så att alla enheter kan vara med på samma villkor. Om ett mindre sjukhus ändå är intresserade av en fördjupad beräkning för att använda i den interna styrningen kan denna upprättas parallellt. När utbredningen och användningen av KPP så småningom ökar, kan sedan standarden uppdateras i en takt som alla hinner med i. Möjligen finns på detta område en motsättning mellan dels att skapa en enkel standard som alla kan enas kring och dels en utveckling och nyansering av modellen så att den blir mer verklighetsförankrad. Avslutningsvis är det viktigt att det säkerställs att den fastställda standarden verkligen efterföljs, lämpligen med något slags revideringsförfarande från centralt håll i regionen och på längre sikt i hela landet.

Ett annat problem av vikt är den låga frekvensen med vilken KPP-data redovisas idag. För att användningen och utbredningen skall öka torde det vara viktigt att initiera en mer löpande redovisning av KPP-data. En gång om året kan räcka för att göra övergripande analyser på en högre nivå, t ex sjukhusledning, utförarstyrelser och Hälso- & sjukvårdsstyrelsen. Om KPP-data däremot skall kunna stödja enheternas dagliga verksamhet krävs en betydligt tätare uppdatering. Data som erhålls en gång om året kan visa långsiktiga trender och dylikt men är knappast användbar för den dagliga styrningen. I näringslivet har utbredningen av affärssystem och datawarehouse-lösningar med tillhörande analysverktyg möjliggjort att ledare med olika ansvarsområden kan få mer eller mindre minutuppdaterad information om företagets nuvarande ställning. Med en sådan uppdateringsfrekvens blir erhållen data givetvis mycket mer användbar för att skapa möjlighet att sätta in relevanta styråtgärder med en högre grad av aktualitet. Det är t o m tänkbart att läkare i sina medicinska beslut kan få ett kompletterande beslutsunderlag med hjälp av ett sådant system, t ex genom att det kan rapportera avvikelser från jämförbara vårdprogram etc. Det borde inte vara någon omöjlighet att lösa problemet, även om det kräver stora resursinsatser. Om det kan påvisas att fördelarna med ett sådant system är tillräckligt stora borde resurserna kunna göras tillgängliga.

### 8.2.2 Användningsområden

Om harmoniseringsproblemet kan lösas bör det finnas stora möjligheter att utveckla ekonomistyrningen inom vården med hjälp av KPP. I de olika delarna av uppsatsen har ett flertal nuvarande och potentiella användningsområden lyfts fram. I nedanstående tabell presenteras de användningsområden och utvecklingsmöjligheter som vi identifierat som de viktigaste på tre nivåer inom sjukvårdsorganisationen i regionen:



| Nivå<br>Område                | Kliniknivå  | Sjukhusnivå  | Regionnivå   |
|-------------------------------|---|--|--|
| <b>Användningsområden</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jämförelser, t ex med liknande enheter.</li> <li>Kalkylering av befintliga och alternativa behandlingsmetoder.</li> <li>Produktivitetsuppföljning.</li> <li>Utveckla kombinationen av medicinskt och ekonomiskt ansvar.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jämförelser mellan egna enheter och med enheter från andra sjukhus.</li> <li>Flödes- och processtyrning för att öka effektivitet och spara kostnader.</li> <li>KPP kan öka genomslaget av den övergripande styrmodellen ner i organisationen.</li> <li>Framtagande av ersättningsunderlag och prislister.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jämförelser mellan sjukhus av olika slag.</li> <li>Underlag för förhandling mellan beställare och utförare.</li> <li>Beslutsunderlag för övergripande förändringar i lokalisering av vårdenheter.</li> </ul>  |
| <b>Utvecklingsmöjligheter</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nyansering av KPP kan t ex öka användbarheten för olika medicinska inriktningar.</li> <li>Mer frekvent uppdatering gör att KPP kan användas mer i den dagliga styrningen av kliniken.</li> <li>Ett bättre samarbete mellan administration och sjukvårdsprofession kan bli möjligt genom att KPP erbjuder en relativt objektiv grund.</li> <li>Sammanlänkning med kvalitetssystem ökar relevans i beslutsunderlag.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nyansering av KPP kan t ex förbättra jämförelser mellan olika enheter.</li> <li>Mer frekvent uppdatering gör att avvikelser kan upptäckas tidigt och orsakerna kan analyseras för snabba åtgärder.</li> <li>Bättre samarbete mellan administration och sjukvårdsprofessionerna.</li> <li>Sammanlänkning med kvalitetssystem ökar relevans i beslutsunderlag.</li> <li>Spridning av KPP till öppenvård etc ökar sjukhusens egna möjligheter att bedriva effektiv vård i samarbete med andra delar av vårdapparaten.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nyansering av KPP kan t ex öka jämförbarhet mellan sjukhus med olika uppdrag.</li> <li>Sammanlänkning med olika kvalitetssystem ökar beställarnas möjlighet till jämförelser mellan olika sjukhus. När kostnaden ställs i relation till vårdresultatet ökar relevansen i beslutsunderlaget.</li> <li>Spridning av KPP till öppenvård etc kan skapa förutsättningar för att hela vårdkedjeperspektiv kan tas vilket på sikt kan bidra till en bättre sjukvård för samhället som helhet.</li> </ul> |

**Tabell 3 Sammanställning av användningsområden och utvecklingsmöjligheter för KPP på olika nivåer i sjukvårdsorganisationen. Källa: egen**

För att inte riskera att upprepa oss hänvisar vi till diskussionen i analysen kring respektive punkt i tabellen och nöjer oss i detta avsnitt med att övergripande kommentera de olika

nivåerna. Det främsta användningsområdet idag anser vi är på kliniknivå. Det är på kliniknivå direkt påverkan på kostnaderna är möjlig varför en korrekt förståelse av den aktuella kostnadssituationen är av stor vikt. Direktiv ovanifrån kan endast i begränsad utsträckning påverka den dagliga verksamheten, speciellt eftersom vården i många fall inte kan planeras. För att användningen av KPP skall öka på kliniknivå krävs också en utveckling av samarbetet mellan administratörer, främst ekonomer, och sjukvårdsprofessionerna.

I tabellen redovisas även flera intressanta användningsområden på högre nivåer i sjukvårdsorganisationen. Sammanfattningsvis kan sägas att KPP även på dessa nivåer borde vara ett självklart instrument i ekonomistyrningen eftersom det bidrar med mycket relevant information för olika typer av beslut. Den potentiella användningen hänger dock ihop med hur väl de redovisade problemområdena hanteras.

### 8.2.3 Utvecklingsmöjligheter

På samtliga organisationsnivåer har vi identifierat att en nyansering av KPP skulle kunna öka användbarhet och relevans i de erhållna resultaten. Vi anser även att uppdateringsfrekvensen av KPP-data är ett mycket intressant område att arbeta vidare med eftersom vinsterna skulle kunna bli betydande. Vi har dock förstått att det krävs mycket stora insatser och omställningar av redovisningen för att klara en snabbare uppdatering och kostnaderna måste givetvis stå i rimlig proportion till nyttan.

Ännu ett område med stor potential för förbättringar är om KPP kan införas i en större del av vården än vad som är fallet idag. Förmågan att ta ett helhetsperspektiv på vårdkedjor är ut samhällets synvinkel ett mycket intressant område som kan skapa stora vinster på längre sikt, både för den övergripande ekonomin och för den enskilde patienten.

Avslutningsvis kan sägas att även om vi i denna uppsats studerat KPP i ekonomistyrningen i Västra Götalandsregionen så är det tänkbart att många av slutsatserna är gällande även i många andra landsting och regioner. Eftersom Västra Götalandsregionen kommit relativt långt i sitt arbete är det dock tänkbart att det tar tid innan utvecklingen hunnit så långt även i andra delar av landet. Det kan konstateras att införandet av KPP i vården är ett mycket omfattande projekt som kräver att stora resurser görs tillgängliga. Ytterst handlar det troligen också om att det finns ett antal eldsjälar, precis som de vi stött på i Västra Götalandsregionen, som verkligen tror på det här och genom sin entusiasm och sitt kunnande får hela organisationen att förstå potentialen i KPP.

---

## 9 Förslag till fortsatt forskning

---

I denna uppsats har den huvudsakliga inriktningen varit att titta på nuvarande och framtida användningsområden för KPP. Vi har således inte gått in närmare på modellens tekniska beräkningsaspekter. Ett område av intresse att utreda ytterligare kan därför vara att på ett mer djuplodande sätt undersöka hur data beräknas och sammanställs i praktiken. Syftet med en sådan undersökning kan vara att studera vari skillnaden mellan olika enheters sätt att ta fram uppgifterna består för att sedan komma med förslag till hur en bättre harmonisering kan uppnås. Ett närbesläktat område kan vara att undersöka hur hänsyn till de olika sjukhusens specifika förutsättningar kan tas.

Ett av de viktigaste utvecklingsområdena för KPP-modellen som identifierats i denna uppsats är att möjliggöra en mer kontinuerlig uppdatering av de beslutsdata som erhålls. I diskussioner med några av respondenterna har vi förstått att detta ställer mycket höga krav på de olika sjukvårdsenheternas redovisningssystem. En mer ingående studie skulle kunna göras av en lämplig sjukvårdsenhets redovisningssystem med målet att bedöma vilka förändringar som krävs för att en mer frekvent uppdatering skall bli möjlig och om kostnaden för dessa förändringar står i rimlig proportion till nyttan. En sådan studie bör inledas med en kartläggning över hur systemstrukturen ser ut ur vilken underlag till KPP insamlas.

Hur de olika grupperna som figurerar i vården agerar är ett tema som diskuterats i uppsatsen. Vi har lyft fram att de olika gruppernas logik ibland gör att de strävar åt olika håll med bristande målkongruens och suboptimering som följd. Det finns många aspekter att utreda ytterligare i detta avseende. Det vore t ex intressant att undersöka hur en bättre samverkan och en ökad förståelse mellan grupperna skulle kunna uppnås eftersom det borde finnas mycket att vinna på en sådan utveckling.

Vi har endast haft som delsyfte att studera ekonomistyrningsmodellen för vården i Västra Götalandsregionen och inriktat oss på att se på befintliga och potentiella kopplingar till KPP-modellen. En övergripande genomlysning av hela styrmodellen kan utgöra grunden i en kommande studie. Det finns många intressanta aspekter att diskutera som vi endast haft möjlighet att beröra perifert. Frågor att använda som utgångspunkt kan vara:

- Finns det realistiska möjligheter att införa en helt prestationsbaserad ersättningsmodell i Västra Götalandsregionen?
- Om inte, är det då bättre att återgå till en renodlad anslagsmodell?
- Kan frågan om de olika intressenterna i regionen (ägare, beställare, utförare) lösas på ett smidigare sätt än idag? Vore det bättre att hitta alternativa driftsformer där ägandet till sjukhusen övergår i annan regi? Kan det skapa en bättre fungerande sjukvårdsmarknad?
- Hur skall frågan om medborgarnas ökade vårdbehov lösas när det inte finns möjlighet att finansiera mer via skatter? Vilka alternativa finansieringskällor eller driftsformer finns?

---

## Källförteckning

---

### Litteratur

Alnestig P, Segerstedt A, 1997, *Produktkalkyler*, Industrilitteratur, Stockholm

Andersen I, 1998, *Den uppenbara verkligheten – val av samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund

Andrén-Sandberg Å, 1994, *Diagnosrelaterade grupper – bakgrund, praktiska problem, kvalitetskontroll och etik*, Liber utbildning, Malmö

Anthony R N, Govindarajan V, 2001, *Management Control Systems*, McGraw Hill, Singapore

Arvedsson L, Gavatin P, 1997, *Ledningsinformationssystem inom vården – utvecklingstendenser inom organisation och styrning av verksamheter*, i *På samma spår med rätt ledning*, Landstingsförbundet, Stockholm

Bergman S-E, Dahlbäck U, 1995, *Att beställa hälso- och sjukvård – Erfarenheter från Landsting med beställarstyrning*, Landstingsförbundet, Stockholm

Blomgren M, 1999, *Omvårdnad och ekonomi*, i Lampou K, Anderson B (red.), 1999, *Studier i sjukvårdsorganisation*, Uppsala universitet

Blomgren M, Lindholm C, Sahlin-Andersson K, 1999, *Att leda landsting – Styrning, samordning och ansvar i nätverk*, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet

Blomkvist P, Rothstein B, 2000, *Välfärdsstatens nya ansikte – demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*, Agora, Bjärnum

Brorström B (red), 2000, *Effektivitet, styrmodellens effekter och institutioners betydelse*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 3

Brorström B, 2000, *Idealmodeller och verklighet – om överläkares uppfattningar om styrning och organisation*, i Brorström B (red), *Effektivitet, styrmodellens effekter och institutioners betydelse*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 3

Dahmström K, 1996, *Från datainsamling till rapport- att göra en statistisk undersökning*, Studentlitteratur, Lund

Drury C, 1996, *Management and Cost Accounting*, International Thomson Business Press, London

Enkvist C, 1995, *Högteknologi eller omvårdnad, konkurrens eller mänsklighet*, i *Hur skall sjukvården räcka till alla? – en debattbok om sjukvårdspolitikens vägval*, Landstingsförbundet, Stockholm

Falkman P, Orrbeck K, 2001, *Den offentliga sektorns redovisning*, Studentlitteratur, Lund

- Falkman P, Siverbo S, 1999, *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 1
- Forsell A, 1998, *Statens företag – mellan politik och marknad*, i Ahrne G (red.), 1998, *Stater som organisationer*, Nerenius & Santéus förlag, Stockholm
- Grankvist R, 2000, *Ekonomiskt tänkande om sjukvården under 1990-talet*, s 265 ff i Szebehely M (red.), SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*
- Harting A, 1997, *Instrumentbrädan - Förverkliga strategin med en balanserad verksamhetsstyrning*, Klaraberg Managementkonsulter AB, Stockholm
- Hendry, Bradley & Perkins, 1997, i Armstrong M, Baron A, 1998, *Performance Management - the new realities*, Institute of Personnel and Development, London
- Holm I M, Solvang B K, 1991, *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Studentlitteratur, Lund
- Johansson A, 1995, *Makten och valfriheten*, i *Hur skall sjukvården räcka till alla? – en debattbok om sjukvårdspolitikens vägval*, Landstingsförbundet, Stockholm
- Järhult B, 1995, *Svensk sjukvård vid skiljevägen*, i *Hur skall sjukvården räcka till alla? – en debattbok om sjukvårdspolitikens vägval*, Landstingsförbundet, Stockholm
- Kaplan R S, Norton D P, 1999, *Från strategi till handling – The Balanced Scorecard*, ISL Förlag AB, Göteborg
- Landstingsförbundet, 1999, *Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård – syfte och beräkningsprinciper*, Delrapport 1 från Landstingsförbundets KPP-projekt
- Landstingsförbundet, 2000, *Beskrivning och kostnadsberäkning av vårdtjänster i ett KPP-system – en översikt*, Delrapport 3 från Landstingsförbundets KPP-projekt
- Landstingsförbundet, 2000, *Principer för totalkostnadsredovisning och fördelning av gemensamma kostnader i ett KPP-system*, Delrapport 4 från Landstingsförbundets KPP-projekt
- Landstingsförbundet, 2001, *Förbättringsarbete på Kungälv's sjukhus avseende processen för kirurgisk behandling av prostataförstoring*, Delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt
- Leffler M, 2000, *Sjukhusledningsperspektiv på styrning*, i Brorström B (red), *Effektivitet, styrmodellens effekter och institutioners betydelse*, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 3
- Lekvall P, Wahlbin C, 1993, *Information för marknadsföringsbeslut*, IHM Förlag AB, Göteborg

Lidman R, Lampou K, 1999, *Sjukvårdsprofessioners värderingar och attityder gentemot vårdens ekonomisering*, i Lampou K, Anderson B (red.), 1999, *Studier i sjukvårdsorganisation*, Uppsala universitet

Liukkonen P, 2000, *Verksamhetsuppföljning av sjukvårdens ekonomi, personal och organisation*, OskarMedia, Stockholm

Olsson U E, 1994, *Kalkylering för produkter och investeringar*, Studentlitteratur, Lund

Olve N-G, Roy J, Wetter M, 1997, *Balanced Scorecard i svensk praktik*, Liber Ekonomi, Malmö

Seymour D T, 1992, *Marknadsundersökningar med kvalitativa metoder*, IHM Förlag AB, Göteborg

Stoner J A F et al, 1995, *Management*, Prentice-Hall International Ltd, London

Svedberg Nilsson K, 2000, *Marknadens decennium – gränsomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet*, i Szebehely M (red.), SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*

Västra Götalandsregionen, 1999, *Handbok för beställare – om konkurrensprogrammet och dess tillämpningsanvisningar*, konkurrenskansliet, Vänersborg

Weibull H et al, 1996, *Vad kostar vården – patientrelaterad kostnadsredovisning i KPP-projektet*, Spri, Stockholm

Wiedersheim P F, Eriksson L T, 1997, *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, Malmö

Östergren K, Sahlin-Andersson K, 1999, *Att hantera skilda världar – Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*, Landstingsförbundet, Stockholm

## Artiklar

Agneskog C et. al., Sveriges 500 största företag, *Veckans affärer*, nr 38 september 2001

Arender I, Sjukvård i akut behov av styrning, *Ekonomi & Styrning*, Nr 6/01

Bjornenak T, Olson O, Unbundling management accounting innovations, *Management Accounting Research*, 1999, 10

Dees J G, Enterprising Nonprofits, *Harvard Business Review*, jan-feb 1998

Hjertqvist J, Rojas M, Ny sjukvård inspirerar, *Svenska Dagbladet*, 2001-11-06

Johnson T H, Kaplan R S, The Rise and Fall of Management Accounting, *Management Accounting*, 1987, Jan

Kaplan R S, Norton D P, Putting the Balanced Scorecard to work, *Harvard Business Review*, September-October 1993

Stenqvist O, Budgettortyr hindrar vården, *Göteborgs-Posten*, 2001-11-13

Vad kostar patienten? Fyra landsting tar fram exakta svar för att öka styrningen i vården, *Dagens Medicin*, 1997-03-18

## Internet

[http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body\\_nyckeltal.cfm](http://www.vgregion.se/ekonomi/Nyckeltal/body_nyckeltal.cfm), 2001-10-20

[http://www.vastragotaland.se/politik/pol\\_region.htm](http://www.vastragotaland.se/politik/pol_region.htm), 2001-10-21

<http://www.lf.se/sek/kpp.htm>, 2001-10-30

<http://www.spa.gu.se/vgrr.htm>, 2001-10-30

[http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk\\_organisation/Hur\\_styrs\\_Sverige/hur\\_styrs\\_sverige.cfm](http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk_organisation/Hur_styrs_Sverige/hur_styrs_sverige.cfm), 2001-11-12

[http://www.vgregion.se/politik&beslut/politisk\\_organisation/regionens\\_ansvar/regionens\\_ansvar.cfm](http://www.vgregion.se/politik&beslut/politisk_organisation/regionens_ansvar/regionens_ansvar.cfm), 2001-11-24

[http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk\\_organisation/Regionens\\_syfte/body\\_regionens\\_syfte.cfm](http://www.vgregion.se/politik&beslut/Politisk_organisation/Regionens_syfte/body_regionens_syfte.cfm), 2001-11-24

[http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/Halso-\\_och\\_sjukvardsstyrelsens/halso\\_och\\_sjukvardsstyrelsens.cfm](http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/Halso-_och_sjukvardsstyrelsens/halso_och_sjukvardsstyrelsens.cfm), 2001-11-27

<http://www.vgregion.se/politik&beslut/Halsosjukvardsst/Utforarstyrelser/utforarstyrelser.cfm>, 2001-11-27

## Intervjuer

### **Politiker Västra Götalandsregionen**

Cederbratt Mikael, vice ordförande Hälso- & sjukvårdsstyrelsen, Västra Götalandsregionen, intervju 2001-12-06

Eriksson Eva, ordförande Hälso- & sjukvårdsstyrelsen, Västra Götalandsregionen, intervju 2001-12-05

Johansson Lars, ordförande utförarstyrelsen Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen, intervju 2001-11-28

### **Tjänstemän Västra Götalandsregionen**

Andersson Eva, revisor, Västra Götalandsregionen, intervju 2001-09-18, 2001-10-09 och 2001-12-17

Gustavsson Göran, utredningsledare, Västra Götalandsregionen, intervju 2001-10-09 och 2001-12-17

### **Sahlgrenska universitetssjukhuset**

Bengtsson Bengt-Åke, professor och klinikchef medicinkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, intervju 2001-11-27

Melin Sune, ekonomichef område Sahlgrenska, Sahlgrenska universitetssjukhuset, intervju 2001-11-22

Sundberg Leif, controller ekonomistaben, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Med i Landstingsförbundets KPP-projekt och leder KPP-projektet i VGR. intervju 2001-11-01 och 2001-12-19

Vekselius Juhani, chefscontroller, Sahlgrenska universitetssjukhuset, intervju 2001-12-11

### **Kungälv Sjukhus**

Lindberg Bengt, överläkare ortoped/kirurg-kliniken, Kungälv sjukhus. Projektledare för KPP-projekt på Kungälv sjukhus, intervju 2001-11-22.

Hillberg Anders, ekonomichef, Kungälv sjukhus, intervju 2001-12-06

Sofia Claesson, ekonom, Kungälv sjukhus, intervju 2001-12-06

### **Övriga**

Aidemark Lars-Göran, ekonomie doktor, ekonomihögskolan i Växjö. Avhandling: "Vårdens ekonomi i förändring", telefonintervju 2001-11-19

Falkman Pär, ekonomie doktor, Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet. Medverkar i Förvaltningshögskolans projekt uppföljning och utvärdering av Västra Götalandsregionen, intervju 2001-12-05

Gavatin Peter, konsult ConcoursCepro. Författare till boken "Kalkylering i vården", telefonintervju 2001-11-23

Heurgren Mona, ekonom Landstingsförbundet. Landstingsförbundets KPP-projekt. telefonintervju 2001-11-13, 2001-12-18

Karlsson Mikael, projektledare KPP-projektet, Landstinget i Östergötland, telefonintervju 2001-12-17

Liukkonen Paula, ekonomie doktor i företagsekonomi, Stockholms universitet och Tekniska Högskolan i Tammerfors. Författare till ett flertal böcker om ekonomistyrning i vården. telefonintervju 2001-11-21

Sjöli Per, ekonom, Kärnsjukhuset i Skövde. Medverkar i Landstingsförbundets och i Västra Götalandsregionens KPP-projekt, intervju 2001-12-07

Weibull Henrik, produktionsstaben sjukvården region Skåne. Är från början kirurg med kärkirurgi som specialitet. Har tidigare bland annat jobbat med Värmlands KPP-projekt redan



1992-1993. Var sedan det privata vårdföretaget Praktikertjänsts medicinske chef under 3 år innan han kom till region Skåne. Telefonintervju 2001-11-20.

## Övrigt

Dagman C, föreläsning Handelshögskolan, Göteborg, 2001-02-05

Hälso- & sjukvårdsstyrelsen, *Budget 2002 & flerårsplan 2003-2004*, Västra Götalandsregionen

Prop. 1996/97:108, *Ändrad länsindelning och försöksverksamhet i Västsverige*

Regionstyrelsens kansli, *Rapport – analys av Sahlgrenska universitetssjukhusets ekonomi och styrning, 4 december 2001*

Västra Götalandsregionen, *Överenskommelse om sjukhusvård mellan Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och Sahlgrenska universitetssjukhuset 2002*

## Bilaga 1 - Intervjuguide

---

Respondentens namn och befattning

### **Inledning**

En kort inledning med en presentation av uppsatsens inriktning och syfte.

### **Ekonomistyrning i vården i Västra Götalandsregionen**

Stödord:

- utmärkande drag för Ekonomistyrning i vårdverksamhet
- hur styrs verksamheten idag
- problemområden
- ansvarsfördelning
- budget
- internprissättning
- kalkylering

### **Om KPP**

Stödord:

- teknisk utformning
- funktion
- syften
- problemområden
- perspektiv på olika nivåer, vårdkedjeperspektivet
- sjukvårdsprofessionen
- ABC-metodik – likheter, skillnader, utveckling

### **Användningsområden för KPP - applikationer**

Stödord:

- verksamhetsstyrning – brett perspektiv
- processtyrning
- ansvarsfördelning
- Balanced Scorecard
- internpriser, interndebitering
- underlag för debitering
- uppföljning av den egna verksamheten (kliniknivå)
- styrning på regionnivå

### **Utvecklingsmöjligheter**

Stödord:

- framtida utvecklingsmöjligheter

### **Frågeunderlag**

Relevanta frågor att undersöka vidare.

Uppslag på tänkbara intervjupersoner.

---

## Bilaga 2 - Ordlista

---

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <i>beställar-<br/>utförarmodell</i> | En marknadsorienterad styrmodell för offentlig verksamhet där rollerna delas upp i ägare, beställare och utförare.  |
| <i>DRG</i>                          | Diagnosis Related Groups. System för patientklassificering i vården.  |
| <i>generika</i>                     | Alternativ till läkemedel med mer kända varumärken, vanligen mer kostnadseffektiva.   |
| <i>Högspecialiserad<br/>vård</i>    | Avancerad vård som bedrivs av högst tre sjukhus i landet  |
| <i>KPP</i>                          | Kostnad Per Patient. Kalkylmetod som så långt som möjligt knyter sjukvårdskostnader till enskilda vårdkontakter.  |
| <i>läns- och<br/>regionsjukvård</i> | Vård som bedrivs på de större sjukhusen i landstinget eller regionen.   |
| <i>primärvård</i>                   | Vård som bedrivs på vårdcentraler och liknande.   |
| <i>sluten vård</i>                  | Vård där patient blir inskriven, d v s får en säng tilldelad sig  |
| <i>SU</i>                           | Sahlgrenska universitetssjukhuset vilket inbegriper Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus (Nordeuropas största sjukhus).  |
| <i>utomlänsvård</i>                 | Vård som säljs till eller köps av annat landsting eller region.   |
| <i>vårdkedja</i>                    | två olika definitioner: 1. En patients förflyttning in och ut ur vården och mellan olika vårdenheter under en längre tid, t ex kroniskt sjuka (samhällsekonomiskt perspektiv). 2. Ett kortare perspektiv, t ex en sammanhängande behandling som inbegriper olika avdelningar inom en och samma vårdenhet (kan även benämnas process eller vårdprocess). |
| <i>vårdprogram</i>                  | En serie med standardiserade behandlingar av patienter med liknande sjukdomstillstånd, t ex kroniska sjukdomar.   |
| <i>öppen vård</i>                   | Vård som bedrivs över dagen, t ex ett läkarbesök eller liknande.  |

För definitioner av de termer som ingår i KPP-modellen hänvisas till aktuellt teoriavsnitt.